



Forschungsgutachten

zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen
und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

BEGLEITBAND

April 2009

Inhaltsübersicht

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	VIII
A. Angaben zu potentiellen Interessenkonflikten der GutachterInnen	1
B. Übersicht über die Ausbildungsstätten und Aufsichtsbehörden	11
C. Zusammenfassende Darstellung der Delphibefragung.....	39
D. Materialien zur Analyse der Studiengänge	95
E. Erhebungsinstrumente	129
F. Stellungnahmen und Kommentare	295
G. Zusammenfassung des Panels vom 28. Januar 2009 Berlin	463

Inhaltsverzeichnis

A.	Angaben zu potentiellen Interessenkonflikten der GutachterInnen	1
B.	Übersicht über die Ausbildungsstätten und Aufsichtsbehörden	11
1.	Ausbildungsstätten	12
2.	Aufsichtsbehörden	36
C.	Zusammenfassende Darstellung der Delphibefragung	39
1.	Einleitung	39
1.1.	Ziel der Befragung	39
2.	Vorgehen	39
2.1.	Erhebungsinstrumente.....	39
2.2.	Erhebungszeitraum.....	39
2.3.	Stichprobe.....	40
3.	Ergebnisse der Befragungen.....	41
3.1.	Bewertung der Komponenten des Gesetzes in Befragung	41
3.2.	Häufigkeitsangaben der schriftlichen Statements in den vorgegebenen Antwortsektionen der Befragung	42
3.3.	Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse des Durchgangs 1 und der Ergebnisse der daraus abgeleiteten Fragen an die Expertinnen und Experten des Durchgangs 2 zum Gesetz	42
	A. Regelungen zur Berufsausübung (PsychThG § 1), außer Heilkundebegriff	42
	1. Ist es notwendig, eine Definition des Begriffes „Psychotherapie“ einzuführen und diese gesetzlich zu schützen?	43
	B. Definition des Begriffes der heilkundlichen Psychotherapie (PsychThG § 1 Abs. 3).....	43
	2. Ist der Terminus „wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren“ präziser zu definieren?	43
	3. Sind Prävention und Rehabilitation in die Definition der heilkundlichen Psychotherapie mit aufzunehmen?.....	44
	4. Sollte die somatische Abklärung vor psychotherapeutischer Behandlung klarer definiert werden?	44
	C. Regelungen zum Umfang und zu qualitativen Aspekten der Ausbildungsbausteine (PsychThG § 8 und APrVen ff.).....	44
	1. Sind die im Folgenden aufgeführten Ausbildungsbausteine in dieser Form zu belassen, zu streichen, zu verlängern oder zu verkürzen?	46
	2. Sind einheitliche Honorierungsregelungen einzuführen? Welche Regelungen schlagen Sie für PT1, für PT2 und für PA vor?	47
	3. Ist eine curriculare Struktur für PT 1 einzuführen?	48
	4. Ist eine curriculare Struktur für PT2 einzuführen?	48
	5. Sind Tätigkeiten für das PT1 anzuerkennen, die postgradual und vor Beginn der PT-Ausbildung durchgeführt wurden?	49
	6. Sind absolvierte Tätigkeiten für das PT2 anzuerkennen, die postgradual und vor Beginn der PT-Ausbildung durchgeführt wurden?	49
	7. Sollten für PT1 nur solche Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten anerkannt werden, die über die Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie und Psychotherapie verfügen?	50
	8. Sollten für PT nur solche Ausbildungsstätten anerkannt werden, die über die Weiterbildungsermächtigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verfügen?	50
	9. Sollte die PA zukünftig auch anteilig in Kliniken durchgeführt werden dürfen?	51

10. Sollten die Ausbildungskandidaten zukünftig an den Einnahmen der PA nach einem einheitlichen Verfahren beteiligt werden?	51
D. Regelung zu den Verfahren (Berufsausübung und Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren) (PsychThG § 11)	52
1. Sollte es beim bisherigen Anerkennungsverfahren für die Wissenschaftlichkeit von Therapieverfahren bleiben?	52
2. Sehen Sie einen Bedarf der Revision des § 11 mit genauerer Spezifikation des Anerkennungsverfahrens?.....	52
E. Regelung zum Alter der Behandlungsgruppen: PP jede Altersgruppe, KJP 1-21 Jahre (PsychThG § 1 Abs. 2).....	53
1. Sollten PP zukünftig generell, auch ohne Ergänzungsqualifikation Kinder und Jugendliche behandeln dürfen?	53
2. Ist hierzu eine Zusatzqualifikation erforderlich?.....	54
3. Ist die bisherige Ergänzungsqualifikation ausreichend?.....	54
4. Sollten KJPP zukünftig auch Erwachsene behandeln dürfen?.....	55
5. Ist hierzu eine Zusatzqualifikation erforderlich?.....	55
6. Halten Sie die jetzigen Altersregelungen für angemessen?.....	55
F. Regelung zur staatlichen Prüfung (schriftlicher und mündlicher Teil, Inhalte, Prüfungskommission, Benotung) (APrVen §§ 8, 9, 11, 12)	56
1. Besteht Änderungsbedarf in den Regelungen zur staatlichen Prüfung?.....	56
1.1. Bei der Überarbeitung des Gegenstandskatalogs	56
1.2. Bei der Reduktion medizinischer Prüfungsinhalte	57
1.3. Bei der Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen	57
1.4. Bei der Vorverlegung der schriftlichen Prüfung auf den Zeitraum vor Beginn der praktischen Ausbildung	58
1.5. Bei der Beschränkung der Fragen auf das Verfahren, in welchem ausgebildet wird	58
1.6. Bei der Reduktion von Redundanzen zwischen Studieninhalten und schriftlicher Prüfung?	59
3.4. Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse des Durchgangs 1 und der Ergebnisse der daraus abgeleiteten Fragen an die Expertinnen und Experten des Durchgangs 2 zu ausgewählten Zukunftsperspektiven.....	59
A. Mindestalter (bisher keine Vorgaben).....	59
1. Soll für die PP-Ausbildung ein Mindestalter von 25 Jahren eingeführt werden?.....	59
2. Soll für die die KJP-Ausbildung ein Mindestalter von 25 Jahren eingeführt werden?	60
B. Mindestabschlüsse, die künftig berechtigen, die Ausbildung aufzunehmen (formal).....	61
1. Welcher Mindestabschluss ist für die Ausbildung vorauszusetzen (bitte ankreuzen)?	61
C. Mindestvoraussetzungen (inhaltlich), die künftig berechtigen, die Ausbildung aufzunehmen; Inhalte von Bachelor- und Masterstudiengängen, die ggf. zur Ausbildung berechtigen	62
1. Welche inhaltlichen Voraussetzungen sollten der Psychotherapie-Ausbildung unbedingt vorgeschaltet sein (bitte ankreuzen)?	62
D. Auswahlverfahren (zukünftige AusbildungsteilnehmerInnen, formale und inhaltliche Kriterien)	64
1. Welche Auswahlverfahren oder Zugangsvoraussetzungen betrachten Sie als unabdingbar?	65
E. Bewertung der unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen für PP, KJP	65
1. Sollten einheitliche Zulassungsvoraussetzungen für PP und KJP eingeführt werden?	65
F. Sind PP nach der Approbation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP? Bitte begründen!	66
G. Sind PP nach der Approbation und mit Zusatzqualifikation (Psychotherapievereinbarung, KV) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter für die Behandlung von	

	Kindern und Jugendlichen qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP? Bitte begründen!.....	66
H.	Mit welcher Berufsgraduierung sollen PP und KJP künftig abschließen (z.B. wie sollten sie vergleichsweise in das Besoldungssystem eingruppiert werden)?	66
	1. Sollten Psychologische Psychotherapeuten zukünftig facharzt- äquivalent besoldet werden?	67
	2. Sollten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zukünftig facharzt- äquivalent besoldet werden?	67
	3. Sollten Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zukünftig gleich besoldet werden?	68
I.	Wie sollte die Psychotherapieausbildung zukünftig konzeptualisiert und gewichtet werden? (z. B. Ausbildung in einzelnen Verfahren, in Verfahren- kombinationen, eher störungsspezifisch, an Wirkfaktoren orientiert?).....	68
	1. Wie sollte die zukünftige Psychotherapieausbildung konzeptualisiert und gewichtet werden?	68
J.	Struktur der Ausbildung bzw. des Berufsweges (wie bisher, d.h. Ausbildung nach der Ausbildung (= 2. Beruf); Master- oder postgraduale Studien- gänge; Direktausbildung, d.h. Erstausbildung mit „(Teil-) Approbation“ und Weiterbildung zum (KJ)-Psychotherapeuten; anderes...)	70
	1. Welche Ausbildungsstruktur hat für Sie die höchste Priorität?	70
	2. Sollte als Abschluss der PP ein Masterdegree vergeben werden?	72
	3. Sollte als Abschluss der KJP ein Masterdegree vergeben werden?	72
K.	Verortung der Durchführung der Ausbildung (z.B. universitäre Studien- gänge, universitätsverzahnte – privatrechtliche – Institute, private Ausbildungsinstitute ggf. Aufteilung welcher Bausteine auf unterschiedliche Institutionen?).....	73
L.	Verteilung von Ausbildungsstätten (z.B. Anzahl pro Einwohner)	73
	1. Sehen Sie einen Regulierungsbedarf bei der Verteilung von Ausbildungsstätten?	73
M.	Sollten die Ausbildungsinstitute an Universitäten angebunden werden? Wenn ja, in welcher Form?	74
N.	Welche Mindestanforderungen sollten an Ausstattung und Qualitäts- sicherung von Ausbildungsinstituten gestellt werden?	74
	1. Welche Mindestanforderungen an Ausstattung und Qualitätssicherung der Ausbildungsinstitute halten Sie für unabdingbar?.....	75
O.	Sollten Ausbildungsstätten künftig zertifiziert werden (ggf. durch wen?)?	76
	1. Sollten Institute zukünftig zertifiziert werden?	76
	2. Sollten in regelmäßigen Abständen ein Rezertifizierungsverfahren erfolgen?	76
	3. Wer sollte ggf. die Zertifizierung durchführen (bitte nur eine Angabe)?	76
P.	Bewertung der Kosten der Ausbildung und Förderung (z. B. Höhe der Kosten, BAföG)	76
	1. Sollte Bafög als Regelfinanzierung im Rahmen der Ausbildung eingeführt werden?.....	78
	2. Sollte es angestrebt werden, die Ausbildung bei gleichem Standard kostengünstiger anzubieten?	78
Q.	Ausbildung/Qualifikation von Lehrkräften, SelbsterfahrungsleiterInnen und SupervisorInnen (bitte ggf. getrennt beschreiben)	79
	1. Sind neue Qualifikationsrichtlinien für Lehrkräfte, Selbsterfahrungs- leiterInnen und SupervisorInnen zu erarbeiten?	79
R.	Welche medizinischen Inhalte sollten unbedingt in die Ausbildung integriert werden?	81
	1. Sollte in den folgenden Bereichen eine Ausweitung bei der Vermittlung von Ausbildungsinhalten erfolgen?	81
	2. Sollte in der Ausbildung stärker auf Indikationskenntnisse und Kooperationsmöglichkeiten/-notwendigkeiten in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzten eingegangen werden?	82
S.	Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Psychopharmaka zu verschreiben (Begründung)?	82
	1. Sollten PP und KJPP die Berechtigung erhalten, Psychopharmaka zu verschreiben?	82

2.	Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul im Rahmen der Psychotherapieausbildung Voraussetzung?	83
3.	Sollte diese Intervention nach einer entsprechenden Weiterbildung/ Zusatzqualifikation möglich sein?	83
T.	Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen vorzunehmen (Begründung)?	84
1.	Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen vorzunehmen?	84
2.	Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul Voraussetzung?	85
3.	Sollte dies nach einer ergänzenden Qualifikation nach der Ausbildung möglich sein?	85
U.	Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Einweisungen / gesetzliche Unterbringungen in psychiatrische(n) Kliniken einzuleiten (Begründung)?	86
1.	Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Einweisungen in psychiatrische oder psychosomatische Kliniken einzuleiten?	86
2.	Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, gesetzliche Unterbringungen in psychiatrische Kliniken einzuleiten?	87
3.	Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul Voraussetzung?	87
V.	Rolle und Funktion der Aufsichtsbehörden (z.B. Landesprüfungsämter) oder: Wer sollte zukünftig die PP-Ausbildung kontrollieren?	88
W.	Für welche Arbeitsfelder (z.B. in Institutionen mit bestimmten Zielgruppen) sollte zukünftig vermehrt ausgebildet werden?	89
X.	Welche Ergänzungsqualifikationen (EQ) für die ambulante/stationäre Versorgung sollten künftig in die Ausbildung integriert werden? (heute laut. Psychotherapierichtlinien z.B. Entspannungsverfahren, Kinder- und Jugendlichenbehandlung, Gruppentherapie)	91
4.	Abkürzungsverzeichnis der Verbände und Organisationen	93
D.	Materialien zur Analyse der Studiengänge	95
1.	Methodisches Vorgehen und Hintergrundinformationen	95
1.1	Akkreditierung von Studiengängen – das Akkreditierungsverfahren	95
2.	Bereich Psychologische Studiengänge	97
2.1.	Analyse der strukturellen Vorgaben hinsichtlich Vergleichbarkeit von Diplom-Studiengang „Psychologie“ und gestuften Studiengängen „Psychologie“	97
2.1.1.	Allgemeine Empfehlungen zu den neuen gestuften Studiengängen	98
2.1.2.	Gegenüberstellung Vordiplom und Studiengang „B.Sc. in Psychologie“	98
2.1.3	Gegenüberstellung Diplom-Hauptstudium und Studiengang „M.Sc. in Psychologie“	101
2.1.4	Inhaltliche Spezifizierung der Anforderungen an für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie geeignete gestufte Studiengänge gemäß § 5 Abs. 2 PsychThG	105
2.2.	Empirischer Vergleich zwischen Diplomstudiengängen und konsekutiven Bachelor-/Masterstudiengängen in Psychologie	106
2.2.1	Standortbezogener inhaltlicher Vergleich von Diplomstudiengang und gestuften Studiengängen	106
	Ruhr-Universität Bochum	106
	Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig	107
	Friedrich-Alexander Universität Erlangen – Nürnberg	107
	Friedrich-Schiller Universität Jena	107
	Universität Konstanz	108
2.2.2.	Schlussfolgerungen	108
3.	Bereich Studiengänge, die als Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung zum Kinder-Jugendlichenpsychotherapeuten anerkannt sind (ausgenommen Psychologie)	109
3.1.	Zusammenfassung der Analyse der Diplom- bzw. BA/MA-Studiengänge für den KJP Bereich	109
3.1.1.	Pädagogik – Übersicht über die analysierten Studiengänge und deren klinische und methodische Inhalte	109

3.1.2.	Heilpädagogik– Übersicht über die analysierten Studiengänge und deren klinische und methodische Inhalte.....	112
3.1.3.	Soziale Arbeit / Sozialpädagogik – Übersicht über die analysierten Studiengänge und deren klinische und methodische Inhalte	113
3.1.4.	Zusammenfassungen der Studiengänge und deren Besonderheiten.....	114
3.4.1.1	Zusammenfassung der Analyse der Diplom- bzw. BA/MA-Studiengänge in Pädagogik.....	114
	Vorgehen bei der Analyse	114
	Entwicklung des Studiengangs Pädagogik	114
	Der Studiengang Pädagogik und Differenzen Diplom und BA/MA	114
	Gemeinsamkeiten / Unterschiede der einzelnen Studienorte:.....	115
3.1.4.2	Zusammenfassung der Analyse der Diplom- bzw. BA/MA-Studiengänge in Heilpädagogik	117
	Vorgehen bei der Analyse (Heilpädagogik).....	117
	Entwicklung des Studiengangs Heilpädagogik	117
	Der Studiengang Heilpädagogik und Differenzen Diplom und BA/MA	117
	Gemeinsamkeiten / Unterschiede der einzelnen Studienorte	118
3.1.4.3	Zusammenfassung der Analyse der Diplom- bzw. BA/MA-Studiengänge in Sozialpädagogik / Soziale Arbeit	119
	Vorgehen bei der Analyse	119
	Die Studiengänge in Sozialpädagogik / Soziale Arbeit und Differenzen Diplom und BA/MA.....	119
	Gemeinsamkeiten / Unterschiede der einzelnen Studienorte	119
	Gemeinsamkeiten / Unterschiede zwischen den Ergebnissen	120
3.2.	Weitere Informationen zu strukturellen Analysen der Studiengänge	120
3.2.1	Struktur der erziehungswissenschaftlichen BA- und MA-Studiengänge mit dem Hauptfach Erziehungswissenschaft.....	120
	Allgemeines zum Kerncurriculum Erziehungswissenschaft.....	120
	Kerncurriculum für konsekutive BA/MA-Studiengänge im Hauptfach Erziehungswissenschaft mit spezifischen Studienrichtungen	121
	Strukturelemente der konsekutiven BA/MA-Studiengänge der Erziehungswissenschaft.....	122
	Kerncurriculum für nicht-konsekutive Master-Studiengänge im Hauptfach Erziehungswissenschaft	123
	Zusammenfassung.....	123
3.2.2	Analyse der strukturellen Vorgaben für die Gestaltung von Studiengängen „Soziale Arbeit / Sozialarbeit“	123
3.2.3.	Auszug aus der Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Heilpädagogik an Fachhochschulen.....	126
3.2.4.	Analyse der Struktur der Lehrerausbildung.....	126
	Zur LehrerInnenausbildung generell	126
	Psychologische Inhalte.....	127
	Fazit.....	127
E.	Erhebungsinstrumente	129
1.	Fragebogen für die Ausbildungsstätten – InstitutsleiterInnenbefragung I.....	129
2.	Fragebogen für die Leiterinnen und Leiter der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten – InstitutsleiterInnenbefragung II.....	135
3.	Fragen an die Aufsichtsbehörden / Landesprüfungsämter	165
4.	Fragebogen für Ausbildungsstätten zur Praktischen Tätigkeit nach dem PsychThG – niedergelassene FachärztInnen/PsychotherapeutInnen	177
5.	Fragebogen für Ausbildungsstätten zur Praktischen Tätigkeit nach dem PsychThG – Klinikbefragung	187
6.	Fragebogen für aktuelle AusbildungsteilnehmerInnen.....	197
7.	Fragebogen für Lehrkräfte (für theoretischen Unterricht, Selbsterfahrung, Supervision und Prüfung).....	213
8.	Fragebogen für Psychologiestudierende.....	231
9.	Fragbogen für ehemalige AusbildungsteilnehmerInnen (AbsolventInnen)	241
10.	Delphi-ExpertInnenbefragung I (1. Welle)	259
11.	Delphi-ExpertInnenbefragung II (2. Welle)	263
12.	Erhebung zur Situation der Psychotherapie in anderen (EU-)Ländern.....	287

F.	Stellungnahmen und Kommentare	297
1.	AG Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP)	299
2.	Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.	305
3.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger-verbände für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	309
4.	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	313
5.	Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs).....	333
6.	Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie und Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).....	339
7.	Prof. Dr. jur. Thorsten Kingreen für die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPV)	349
8.	Jörn Gleiniger – Anmerkungen zum Kingreen-Gutachten	389
9.	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT) und der Ausbildungsverbund der DGVT	411
10.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).....	419
11.	Gruppenanalyseseminare e.V. (GRAS).....	425
12.	Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie – HochschullehrerInnen im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie.....	429
13.	Ressort Psychotherapie in Institutionen	437
14.	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.	441
15.	Universitäre Ausbildung für Psychotherapie e.V. (unith)	447
16.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	453
G.	Zusammenfassung des Panels vom 28. Januar 2009 Berlin	465
1.	Ein Beruf – zwei Berufe	465
2.	Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutischen Ausbildungen.....	473
3.	Ausbildungsstruktur (Verortung, Ausbildung, Weiterbildung).....	489
4.	Aufsicht, Qualitätssicherung, Kontrolle, Zertifizierung	511
5.	Ausbildungsbausteine	517
6.	Schwerpunktausbildung	543
7.	Medizinorientierung	557

Abkürzungsverzeichnis

ABS	AbsolventInnen
ABst./ABstätten	Ausbildungsstätten
APrVen	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung(en)
AVM	Arbeitsgemeinschaft Verhaltensmodifikation, Sektion Deutschland
AZA-KJP	Arbeitsgemeinschaft Zugang und Qualitätssicherung der Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
BA	Bachelor-Abschluss
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BDP	Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKJ	Berufsverband der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSc / MSc	Bachelor of Science / Master of Science
BVKJ	Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter
BVVP	Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten
DFT	Deutsche Gesellschaft für Tiefenpsychologie
DGAP	Deutsche Gesellschaft für analytische Psychologie
DGfE	Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft
DGIP	Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DGS	Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit
DGSF	Deutsche Gesellschaft für systemische Familientherapie
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DPtV	Deutscher Psychotherapeutenverband
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
DVT	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System: Erwerb von Leistungspunkten durch Leistungsnachweise – vorwiegendes Bewertungssystem bei Bachelor-/Masterstudiengängen

EQ	Ergänzungsqualifikation
GNP	Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie
GWG	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
HRG	Hochschulrahmengesetz
ILB	InstitutsleiterInnenbefragung
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
KMK	Kultusministerkonferenz
LK	Lehrkräfte
LPA	Landesprüfungsamt
M	Mittelwert
MA	Master-Abschluss
PA	Psychoanalyse/analytische Psychotherapie
PAus	Praktische Ausbildung
PD	Psychodynamische Psychotherapieverfahren (PA / TP / PA/TP)
PiA	PsychotherapeutIn in Ausbildung
PP	Psychologische Psychotherapie
PsychKG	Landesgesetz für psychisch kranke Personen
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PT I / PT II	Praktische Tätigkeit I / Praktische Tätigkeit II
QS	Qualitätssicherung
SD	Standardabweichung / Streuung
SGB	Sozialgesetzbuch
StäKO	Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände
SWS	Semesterwochenstunden – Einheit zur Angabe des Zeitaufwandes für eine Lehrveranstaltung (1 SWS = 45 min pro Woche für die Dauer eines Semesters)
TN	AusbildungsteilnehmerInnen
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
Unith	Universitäre Ausbildung für Psychotherapie
VAKJP	Verband analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
VT	Verhaltenstherapie

A. Angaben zu potentiellen Interessenkonflikten der GutachterInnen

Professor Dr. Sven Barnow

- Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)
- Ordinarius und Leiter der Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie
- Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz
- Mitglied des Leitungsgremiums des Zentrums für Psychologische Psychotherapie
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und speziell der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie
- Dozent und Supervisor an mehreren Ausbildungsinstituten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie, aber auch Tiefenpsychologie

Tätigkeiten im Bereich der Psychotherapie Ausbildung zum Psychologischen

Psychotherapeutenausbildung am Institut für Verhaltenstherapie in Berlin und später Institut für VT in Lübben, gleichzeitige Ausbildung zum Glaubwürdigkeitsgutachter zusammen mit Prof. Fischer, Mitglied im Ausbildungsausschuss des Ausbildungsinstituts für Verhaltenstherapie an der Universität Greifswald, Tätigkeit als Dozent und Supervisor an mehreren Ausbildungsinstituten, seit 2007 Ausscheiden aus dem Ausbildungsausschuss der Universität Greifswald und mit Ruf nach Heidelberg Übernahme der Leitung der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz und Mitglied des Leitungsgremiums des Zentrums für Psychologische Psychotherapie. Zuvor lange Jahre Leitender Psychologe einer Psychotherapiestation für Persönlichkeitsstörung und Ausbildung in Dialektisch Behavioraler Therapie.

Forschungsförderung in den letzten fünf Jahren Forschungsförderung durch die DFG, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, Förderung durch Privatpersonen im Bereich der Borderline-Forschung

Honorare und Aufwandsentschädigung: Aufwandsentschädigungen erfolgen primär durch Vortragstätigkeit, Workshops oder Tätigkeit als Dozent und Supervisor, nicht jedoch im Rahmen psychopharmakologischer Studien bzw. multizentrischer Psychotherapiestudien. Es gibt keine Beteiligung an pharmazeutischen Firmen, kein Aktienbesitz, keine Verbindlichkeiten gegenüber äußeren Geldgebern

Prof. Dr. Elmar Brähler

- Medizinpsychologe
- Leiter der Selbständigen Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig
- Kommissarischer Leiter der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Leipzig
- Prodekan der Medizinischen Fakultät Leipzig
- Mitglied des Akademischen Senats der Universität Leipzig
- Ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (1996 – 2000)
- Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Kollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft für Differentielle, Diagnostische, Klinische und Medizinische Psychologie

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie
- Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie

Tätigkeiten im Bereich Psychotherapie:

- 1970 – 1986 Psychotherapieforschung und Familientherapieforschung
- In jüngerer Zeit zahlreiche Befragungen von Psychotherapiepatienten und Psychotherapeuten

Forschungsförderung in den letzten 5 Jahren:

Durch DFG, BMBF, Europäischer Sozialfonds, Europäischer Flüchtlingsfonds, Carreras-Stiftung, Deutsche Krebshilfe, VW-Stiftung, Else Kröner-Fresenius-Stiftung, AOK Sachsen, Regierungspräsidium Leipzig, Roland-Ernst-Stiftung, Medice Arzneimittel, Pflegeversicherung, Rosa-Luxemburg-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Otto-Brenner-Stiftung

Honorare und Aufwandsentschädigungen für Vortragstätigkeit, Reiseunterstützung:

Durch Firma Lilly, DFG, Bundesministerien, verschiedene Hochschulen, Kliniken und Ausbildungsinstitute, Fortbildungsträger, Europäische Akademie Bad Neuenahr-Ahrweiler, ARD, ZDF; MDR, WDR, HR, SWR

Keine Beteiligung an pharmazeutischen Firmen, kein Aktienbesitz, kein Mitglied eines Psychotherapieausbildungsinstituts

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

- Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- Arzt für psychotherapeutische Medizin
- Psychotherapie (tiefenpsychologisch orientiert)
- Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm
- Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm
- Vorsitzender des Kompetenzzentrums E-Learning in der Medizin der Universität Ulm
- Mitgeschäftsführer des Dreiländerinstitut Jugend-Familie-Gesellschaft-Recht GmbH, einem Fortbildungsträger und Organisationsberater im psychosozialen Bereich derzeit ohne Psychotherapieweiterbildungsangebote in Deutschland
- Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Leiter der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie und Jugendhilfe
- Mitglied der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- Mitwirkung in der Kommission Pediatric Psychopharmacology Initiative

Tätigkeiten im Bereich Psychotherapie:

Zunächst in Berlin, Mitte der 90-iger Jahre zusammen mit Frau Prof. Lehmkuhl, Gründung eines tiefenpsychologisch orientierten Weiterbildungskreises, dann Ende der 90 Jahr, zusammen mit Prof. Wolfgang Schneider (Rostock) und Prof. Harald Freyberger (Greifswald) Gründung eines tiefenpsychologisch orientierten Weiterbildungsinstituts in Mecklenburg-Vorpommern. 2003, nach dem Wechsel 2001 nach Ulm, Ausscheiden aus den Leitungsfunktionen und dem Weiterbildungsausschuss des Instituts in Mecklenburg-Vorpommern.

Zusammen mit Prof. Dr. Lutz Goldbeck im Hauptamt Antragsteller zur Betreibung einer Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am Universitätsklinikum Ulm beim Regierungspräsidium Stuttgart, geplante Eröffnung der Ausbildung Herbst 09.

Forschungsförderung in den letzten 5 Jahren durch DFG, EU, Bundesministerien, insbesondere BMBF und BMFSFJ, Länder, Sozialministerien Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Thüringen, diverse Stiftungen, insbesondere Volkswagenstiftung, Unrestricted Research Grants der pharmazeutischen Industrie und Teilnahme an multizentrischen klinischen Studien unter 5 % des Gesamtdrittmittelvolumens. Keine Drittmiteinnahmen über Ausbildungsinstitute.

Honorare und Aufwandsentschädigungen für Vortragstätigkeit, Reiseunterstützung durch Bundes-, Länderministerien, den Vatikan, die pharmazeutische Industrie (Janssen, Medice, Lilly, Astra Zeneca Aventis, Bayer, Bristol-MS, J&J, Celltech/USB, Lilly, Medice, Novartis, Pfizer, Ratiopharm, Sanofi-Synthelabo, Servier, VFA & Generikaverband) NIMH (National Institut of Mental Health) USA, Hastings Center USA, Europäische Akademie Bad Neuenahr-Ahrweiler und verschiedene Ausbildungsinstitute und Fortbildungsträger.

Keine Beteiligung an pharmazeutischen Firmen, kein Aktienbesitz, Mehrheitseigner des Dreiländerinstituts.

Dr. Steffen Fliegel

- Diplom-Psychologe
- Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Heutige Tätigkeiten:

Gesellschafter in der Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung, Münster mit folgenden Aufgaben:

- Vorträge und Seminare in Psychotherapieaus- und -weiterbildungen (PP, KJP, ÄrztInnen), insbesondere
- Seminare zu verhaltenstherapeutischen Themen, zu psychischen Störungen, zu Aspekten der Gesundheitspolitik (Versorgung, Recht, Ethik), zu integrativen Therapieansätzen
- u.a. an den Ausbildungszentren des Ausbildungsverbundes der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt), an den Universitäten Bochum, Gießen, Bern, am Klaus-Grawe-Institut für Allgemeine Psychotherapie.
- Fachliche Leitung von sexualtherapeutischen/sexualmedizinischen Weiterbildungen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS, Hamburg) und der Arbeitsgemeinschaft Verhaltenstherapie (AVM, Salzburg)
- Gerichtsgutachter in den Bereichen Familienrecht, Sexualstrafrecht
- Berater der Geschäftsführung des Ausbildungsverbundes (AV) der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt) zu Themen der Ausbildungsorganisation und -evaluation und zur Erarbeitung von Konzepten der Qualitätssicherung
- Patientenbehandlungen

Frühere Tätigkeiten:

- Ausbildungsleiter der Universität Hagen und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (dgvt) für die Umsetzung der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG)
- Fachliche Beteiligung an der Gesetzgebung zum PsychThG und der anschließenden Umsetzung in verschiedenen Verbänden und Gremien.
- Geschäftsführer und stellvertretender Leiter des Zentrums für Psychotherapie an der Universität Bochum
- Psychotherapeutischer Leiter der psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachklinik für Kinder und Jugendliche des DRK in Bad Neuenahr
- Psychologischer Redakteur und Moderator von Sendungen zu psychischen Störungen beim Westdeutschen Rundfunk (WDR)
- Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (dgvt)
- Vorträge und Publikationen zu Themen der Verhaltenstherapie, Integrativen Therapie, Sexualtherapie, Psychischen Störungen, Gesundheitspolitik

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
- V.E.R.D.I.
- Vorstandsmitglied der Akademie für Psychiatrie und Psychotherapie – Ärztlicher und psychologischer Weiterbildungsverbund Ostwestfalen-Lippe

Honorare und Aufwandsentschädigungen:

Die Ausbildungsstätten und Institutionen, an denen Vorträge gehalten und Seminare durchgeführt werden, zahlen Honorare und Reisekosten, ohne Sponsoring durch die Medizinindustrie.

Keine Beteiligung an pharmazeutischen Firmen, kein Aktienbesitz

Prof. Dr. Harald J. Freyberger

- Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Ausbildung
- Ordentlicher Professor für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Direktor der entsprechenden Tagesklinik mit Institutsambulanz am Universitätsklinikum Greifswald und der Klinik und Poliklinik am Hanse-Klinikum Stralsund
- Im Vorstand der Forschungsverbände Community Medicine und Neurowissenschaften der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald
- Mitglied in folgenden Gesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP), Aktion Psychisch Kranke (APK), Gesellschaft für Nervenheilkunde des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Tätigkeiten im Bereich Psychotherapie:

2001 zusammen mit Prof. Dr. Wolfgang Schneider (Rostock) und Prof. Dr. Jörg Fegert (Ulm) Gründung eines tiefenpsychologisch orientierten Weiterbildungsinstituts (Institut für Psychotherapie, Gesundheitswissenschaften und Organisationsentwicklung, IPGO GmbH) mit Geschäftsführerfunktion und Dozententätigkeit. Mitglied des Ausbildungsausschusses des Integrierten Postgradualen Ausbildungsstudienganges Psychologische Psychotherapie Schwerpunkt Verhaltenstherapie (APPVT) am Institut für Psychologie der Universität Greifswald mit Dozententätigkeit. Seit 2008 Lehrtherapeut am Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern (IPPMV, Rostock/Greifswald). Seit 2006 Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen nach dem Göttinger Modell.

Stellvertretender Leiter des Referates Psychotherapie Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) seit 2008. Stellvertreter von Herrn Prof. Dr. M. Linden (Berlin) im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie seit 2009).

Im Editorial Board der Zeitschrift Psychotherapy & Psychosomatics, Mitherausgeber der Zeitschriften Psychodynamische Psychotherapie und Zeitschrift für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychologie sowie Trauma & Gewalt.

Forschungsförderung in den letzten 5 Jahren durch DFG, EU, Bundesministerien (BMBF, BMG und BMFSFJ), Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, Stiftung Aufarbeitung des Bundes, Unrestricted Research Grants der pharmazeutischen Industrie und Teilnahme an multizentrischen klinischen Studien unter 5 % des Gesamtdrittmittelvolumens. Keine Drittmittleinnahmen über Ausbildungsinstitute.

Honorare und Aufwandsentschädigungen für Vortragstätigkeit, Reiseunterstützung durch Bundes-, Länderministerien, die pharmazeutische Industrie (Janssen, Lilly, Astra Zeneca Aventis, Bristol-MS, Novartis, Pfizer, Sanofi-Synthelabo, Servier und verschiedene Ausbildungsinstitute und Fortbildungsträger. Keine Beteiligung an pharmazeutischen Firmen, kein Aktienbesitz.

Prof. Lutz Goldbeck, PhD

- Diplom-Psychologe
- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Apl. Prof. an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm
- Leiter der Sektion Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie an der Universitätsklinik Ulm
- Ltd. Psychologe an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm

Mitgliedschaften:

- DGPs: Fachgruppen Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie
International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)
ISPCAN Working Group on National Data Registries for Child Maltreatment International
Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS)
Society of Pediatric Psychology (SPP)
- Vorstandsmitglied im Arbeitskreis Psychosoziales Forum der Mukoviszidose e.V.
- Associate Editor des Independent Open Access Journals Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health (CAPMH)

Tätigkeiten im Bereich Psychotherapieaus- und -weiterbildung:

- Gastdozent am Marburger Institut für Verhaltenstherapie e.V.
- Dozent bei kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildungsveranstaltungen zu psychotherapeutischen Themen an diversen Kliniken
- Zusammen mit Prof. Dr. Jörg M. Fegert Antragsteller zur Betreibung einer Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am Universitätsklinikum Ulm beim Regierungspräsidium Stuttgart, geplante Eröffnung der Ausbildung Herbst 09.

Forschungsförderung in den letzten 5 Jahren durch DFG, BMBF, Deutsche Krebshilfe, World Childhood Foundation, Christliches Jugenddorfwerk Berchtesgaden, Berufsbildungswerk Adolf Aich gGmbH, Mukoviszidose Institut – gemeinnützige Gesellschaft für Forschung und Therapieentwicklung mbH.

Keine Drittmitteleinnahmen über Ausbildungsinstitute.

Honorare und Aufwandsentschädigungen für Vortragstätigkeit / Reiseunterstützung durch DFG, BMBF, Mukoviszidose e.V., Deutsche Krebsgesellschaft, North American Cystic Fibrosis Foundation, verschiedene Kliniken und Ausbildungsinstitute, die GRÜNEN.

Keine Industriemittel, Keine Beteiligung an pharmazeutischen Firmen, keine Beteiligung an Aus- oder Weiterbildungsinstituten.

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber

- Klinische Psychologin, lic. phil., Dr. phil. habil.
- Grundausbildung in Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie an der Universität Zürich
- Vollausbildung in Psychoanalyse (Mitglied der Schweizer Gesellschaft für Psychoanalyse (SGP), Lehranalytikerin der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) und der International Psychoanalytical Association (IPA))
- Professorin für Psychoanalytische Psychologie an der Universität Kassel
- Geschäftsführende Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts (seit 2001)
- Mitglied der Schweizer Gesellschaft für Psychologie
- Mitglied der Society for Psychotherapy Research
- Chair des Research Subcommittees of Clinical, Conceptual, Epistemological and Historical Research of the International Psychoanalytical Association
- Visiting Professor of the University College London
- Editorial Board der Zeitschriften Neuropsychoanalysis, Journal for Applied Psychoanalysis, Kinderanalyse, New Israel Psychoanalytic Annual

Tätigkeiten im Bereich Psychotherapie:

- Seit 1971: Tätigkeit als Kinderpsychotherapeutin, 1 Jahr Vollzeittätigkeit in der Kinderpsychiatrischen Abteilung von Prof. Dr. H. Herzka in Winterthur, CH, Nebentätigkeit in der Privatpraxis in Glarus
- 1975-1981 Tätigkeit an der (Psychotherapeutischen) Beratungsstelle der Abteilung für Klinische Psychologie (Prof. Dr. U. Moser) der Universität Zürich (zuletzt als Leiterin), Schwerpunkte: Diagnostik, differentielle Indikation, Kurzpsychotherapien, Methodenkombination (psychoanalytische Kurztherapien mit Verhaltenstherapien)
- 1981 Abschluss der Ausbildung zur Psychoanalytikerin, seither nebenamtlich in der Praxis tätig
- 1981-1988 Mitglied des Sonderforschungsbereichs 129 der DFG: „Psychotherapeutische Prozesse“ an der Universität Ulm (Sprecher: Prof. Dr. H. Kächele), Leiterin des Projekts B5: Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen, seit 1985 Forschungsstipendium der Breuninger Stiftung
- 1988 Habilitation: „Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen“ an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich
- seit 1988 Mitglied der Forschungskommission der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (1995-2002 als Leiterin)
- 1996-2001: federführende Leitung der repräsentativen Ergebnisstudie von Psychoanalysen und psychoanalytische Langzeitbehandlungen
- seit 2001: Leiterin verschiedener Forschungsprojekte im Bereich der Vergleichenden Psychotherapieforschung (Vergleichende Studie zur Wirksamkeit verhaltenstherapeutisch/medikamentöser und psychoanalytischer Behandlung von hyperaktiven Kindern (F 90,91); Vergleichende Wirksamkeitsstudie von verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen **Langzeitbehandlungen** chronisch Depressiver (**LAC**); Studien im Bereich der Frühprävention (Frankfurter Präventionsstudie, STARTHILFE, „Willkommen in früher Elternschaft“ und EVA (Evaluation zweier Präventionsprogramme im Rahmen des IDeA Exzellenzzentrums))

Forschungsförderung in den letzten 5 Jahren durch DFG, EU, Landesoffensive zur Entwicklung Wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz (LOEWE), Hope for Depression Foundation, NY; Zinnkann Stiftung, Hertie Stiftung, Stiftung Polytechnische Gesellschaft, Crespo Foundation, Research Advisory Board der IPA, Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), keine Unterstützung durch die Pharmaindustrie

Honorare und Aufwandsentschädigungen: keine

Prof. Dr. Bernhard Strauß

- Diplom-Psychologe
- Psychologischer Psychotherapeut (Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)
- Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Jena (Fachvertreter für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Ehem. Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Ehemaliger Vorsitzender des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM, 2000-2003) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP, 2004-2008, seit 2008 2. Vorsitzender), Mitglied des Vorstands und des Fort- und Weiterbildungsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS)
- Aktuell President der Society for Psychotherapy Research (SPR)
- Mitglied in anderen Fachgesellschaften (z. B. Deutsche Gesellschaft für Psychologie, FG Klinische Psychologie; Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), American Group Psychotherapy Association (AGPA); Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA); Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS))
- Seit 2004 zunächst stellvertr., ab 2008 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Tätigkeiten im Bereich Psychotherapieaus- und -weiterbildung:

- Seit vielen Jahren regelmäßig Dozent bei verschiedenen „Psychotherapiewochen“ (Lindau, Erfurt),
- Mitglied im wiss. Beirat der Erfurter Psychotherapiewoche (EPW),
- Dozent und Lehrgangleiter (Sexualtherapie) am Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung Schloß Hofen (Vorarlberg),
- Balintgruppenleiter (anerkannt durch die Landesärztekammer Thüringen),
- Organisation von Weiterbildungscurricula zur Gruppentherapie („Keine Angst vor Gruppen“) gemeinsam mit Dr. D. Mattke (München),
- Dozent am Institut für Angewandte Tiefenpsychologie und Psychoanalyse, Jena,
- Dozent, Supervisor und Lehrtherapeut an der Akademie für Psychotherapie Erfurt (AfP),
- Dozent am Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) des Instituts für Psychologie der FSU Jena,
- Gastdozent an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien
- Regelmäßige Seminar- und Workshops in klinischen Einrichtungen (Themen: Klinische Bindungsforschung, Sexualtherapie, Gruppenpsychotherapie, Krankheitslehre etc.)

Forschungsförderung in den letzten 5 Jahren durch DFG, BMG, BMBF, Sander-Stiftung, Deutsche Krebshilfe, Berufsgenossenschaft Gaststätten und Nahrungsmittel (BGN), Volkswagenstiftung. Keine Drittmitteleinnahmen über Ausbildungsinstitute.

Honorare und Aufwandsentschädigungen für Vortragstätigkeit, Reiseunterstützung durch DFG, Bundesministerien (im Rahmen von Projekten), verschiedene Hochschulen, Ausbildungsinstitute, Kliniken und Fortbildungsträger.

Keine Beteiligung an pharmazeutischen Firmen, kein Aktienbesitz.

Prof. Dr. Ulrike Willutzki

- Diplom-Psychologin
- Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)
- Apl.-Professorin an der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum
- Aktuell Lehrstuhlvertretung des dortigen Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie; Ko-Leitung des Weiterbildenden Studienganges Psychotherapie der Fakultät für Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum
- Ko-Leitung des Zentrums für Psychotherapie Dortmund, Ausbildungszentrum der DGVT (gemeinsam mit Dr. A. Veith)
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie), Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Society of Psychotherapy Research

Tätigkeiten im Bereich Psychotherapie und Ausbildungsforschung:

- Absolventin des ersten Jahrgangs des Modellstudienganges Klinische Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum 1989. Konzeptionelle und organisatorische Mitarbeit beim Ausbau des Weiterbildenden Studienganges Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum. Aufbau des Zentrums für Psychotherapie Dortmund seit 1995. Psychotherapeutische Tätigkeit im Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum und in eigener Praxis.
- Fortbildung in systemischer Therapie, tiefenpsychologisch orientiertem Psychodrama.
- Seit 1989 Mitglied des Steering Committees der Forschungsgruppe zum „Professional Development of Psychotherapists“ (Sprecher: Prof. Dr. David Orlinsky, Chicago)

Forschungsförderung in den letzten 5 Jahren durch DFG und BMBF.

Honorare und Aufwandsentschädigungen für Vortragstätigkeit, Ausbildungsveranstaltungen und Supervision durch verschiedene Ausbildungsinstitute und Fortbildungsträger in der BRD und der Schweiz, nicht jedoch im Rahmen psychopharmakologischer Studien bzw. multizentrischer Psychotherapiestudien. Reiseunterstützung durch DFG und BMBF.

Keine Beteiligung an pharmazeutischen Firmen, kein Aktienbesitz, keine Verbindlichkeiten gegenüber äußeren Geldgebern.

B. Übersicht über die Ausbildungsstätten und Aufsichtsbehörden

1. Ausbildungsstätten

Staatliche/staatlich anerkannt Ausbildungsstätten zur Ausbildung Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Deutschland (Stand: Erhebungszeitraum des Forschungsgutachtens (Januar bis Oktober 2008))

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
1		Aus- und Weiterbildungsinstitut für Psychoanalytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg	79104 Freiburg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	universitär angebunden
2		Ausbildungszentrum Bodensee der DGVT	88046 Friedrichshafen	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
3		C.G. Jung-Institut Stuttgart e.V.	70182 Stuttgart	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
4		Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie der Universität Freiburg	79106 Freiburg	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebunden
5		Heidelberger Akademie für Psychotherapie am Deutschen Zentrum für Musiktherapieforschung e.V.	69123 Heidelberg	KJP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
6		Heidelberger Institut für Tiefenpsychologie	69115 Heidelberg	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
7		Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg e.V.	69120 Heidelberg	KJP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
8		Institut für Fort- und Weiterbildung in Klinischer Verhaltenstherapie gem. e.V. Mannheim	68165 Mannheim	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
9		Institut für Psychoanalyse (DPG) Stuttgart e.V.	70178 Stuttgart	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
10	Baden-Württemberg	Institut für Psychoanalyse der Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft Stuttgart-Tübingen	72072 Tübingen	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
11		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Freiburg e.V.	79098 Freiburg	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
12		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Heidelberg-Mannheim e.V.	69115 Heidelberg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
13		Luisenlinik, Zentrum für Verhaltensmedizin	78073 Bad Dürrenheim	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
14		Psychoanalytisches Institut Heidelberg-Karlsruhe e.V.	69115 Heidelberg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
15		Psychoanalytisches Institut Stuttgart e.V.	70178 Stuttgart	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
16		Psychoanalytisches Seminar Freiburg e.V.	79100 Freiburg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
17		Studienzentrum Verhaltensmedizin und Psychotherapie e.V.	70178 Stuttgart	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
18		Tiefenpsychologisches Institut Baden e.V.	76332 Bad Herrenalb	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
19		Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie	72072 Tübingen-Bühl	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
20		Ulmer Psychotherapeutisches und Psychoanalytisches Institut e.V.	89081 Ulm	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	universitär angebonden
21		Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) Psychologisches Institut der Universität Heidelberg	69117 Heidelberg	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebonden

Baden-Württemberg

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
22		Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München	80339 München	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
23		Alfred-Adler-Institut für Individualpsychologie e.V. München	80638 München	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
24		Ausbildungsinstitut München im Verein zur Förderung der Klinischen Verhaltenstherapie (VFKV) e.V.	80337 München	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
25	Bayern - Oberbayern	Ärztlich-Psychologischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/Südbayern e.V.	80636 München	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
26		Bayerische Private Akademie für Psychotherapie GmbH	80634 München	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
27		Centrum für Integrierte Psychotherapie GmbH München	80634 München	beide	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
28		C.G. Jung-Institut München e.V.	81667 München	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
29		Ausbildungszentrum München/Bad Tölz der DGVt	83646 Bad Tölz	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
30		IFT Gesundheitsförderung GmbH	80804 München	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
31		Intalklinik Simbach Fachlinik für integrierte Psychosomatik und Ganzheitsmedizin	84359 Simbach am Inn	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
32		Lehrinstitut für Psychotherapie und Psychoanalyse München LPM e.V.	81829 München	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
33		Münchener Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse e.V.	81667 München	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
34		Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.	80336 München	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
35		AVR Psychotherapy & Supervision Ltd. Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie Regensburg	93197 Zeitlarn	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Bayern - Oberbayern

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
36	Bayern - Oberbayern	Psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft München e.V.	81925 München	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
37		Süddeutsche Akademie für Psychotherapie - Wilhelm Ritthaler	87730 Bad Grönenbach	beide	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
38		Telos Institut für Psychotherapie, Beratung und Weiterbildung	80637 München	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
39	Bayern - Unterfranken	Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e.V. mit Institutsambulanz in Würzburg und München	96047 Bamberg	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
40		Centrum für Integrative Psychotherapie gGmbH Bamberg	96045 Bamberg	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
41	Bayern - Unterfranken	Institut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Nürnberg e.V. Klinikum Nord	90491 Nürnberg	KJP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
42		Institut für Psychoanalyse (DPG) Nürnberg e.V.	90419 Nürnberg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
43	Bayern - Unterfranken	Institut für Psychoanalyse und analytische Psychotherapie Würzburg e.V.	97070 Würzburg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
44		Institut für Psychodynamische Psychotherapie Nürnberg e.V.	90419 Nürnberg	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
45		Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V.	90491 Nürnberg	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
46		Weiterbildungsausschuss für Psychologische Psychotherapeuten (WAPP) am Lehrstuhl für Psychologie I Bayerische Julius-Maximilians-Universität Würzburg	97070 Würzburg	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
47	Berlin	Alfred Adler Gesellschaft für Individualpsychologie e.V. Berlin	14057 Berlin	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
48		Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V.	10115 Berlin	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
49		Ausbildungszentrum Berlin der DGVT e.V.	10629 Berlin	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
50		Ausbildungszentrum Berlin für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der DGVT e.V.	10825 Berlin	KJP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
51		Berliner Akademie für Psychotherapie	10117 Berlin	beide	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich anerkannt	nicht universitär
52		Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse e. V.	10707 Berlin	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
53		Berliner Psychoanalytisches Institut Karl- Abraham-Institut	10785 Berlin	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
54	Berlin	Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Berlin	10247 Berlin	KJP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
55		Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik	10557 Berlin	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
56		Institut für Psychologische Psychotherapie und Beratung e.V.	10717 Berlin	PP	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich anerkannt	nicht universitär
57		Institut für Psychotherapie e. V. Berlin	12207 Berlin	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
58		Institut für Tiefenpsychologie, Gruppendynamik und Gruppentherapie	14050 Berlin	beide	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
59		Institut für Verhaltenstherapie Berlin GmbH (DVT)	14199 Berlin	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
	Berlin						
60		Lehr- und Forschungsinstitut der DAP e.V.	10625 Berlin	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
61		Zentrum für Psychotherapie am Institut für Psychologie Humboldt-Universität zu Berlin	12489 Berlin	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebonden
62		Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung GmbH	14467 Potsdam	KJP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär
	Brandenburg						
63		Brandenburgische Akademie für Tiefenpsychologie und analytische Psychotherapie e.V. Cottbus	03048 Cottbus	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
64		Institut für Psychotherapie Potsdam GmbH (zum Zeitpunkt der Befragung existierte dieses Institut noch nicht, dafür das jetzt aufgelöste: Märkisches Institut für Psychotherapie, 15837 Baruth/Mark)	14482 Potsdam	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
65	Brandenburg	Institut für Verhaltenstherapie GmbH (IVT) mit den Dependancen in Berlin, Rostock, Leipzig, Chemnitz, Magdeburg, Oschersleben, Erfurt (alle einzeln staatlich anerkannt)	15907 Lübben/Spreewald	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
66	Bremen	Bremer Psychoanalytische Vereinigung e.V.	28209 Bremen	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
67	Bremen	Norddeutsches Institut für Verhaltenstherapie e.V.	28195 Bremen	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
68	Bremen	Psychoanalytisches Institut Bremen e.V.	28211 Bremen	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
69	Hamburg	Adolf-Ernst-Meyer-Institut	20246 Hamburg	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
70	Hamburg	Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik Hamburg e.V.	21075 Hamburg	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
71	Hamburg	Arbeitskreis für Psychotherapie e. V. (AFP) am Michael-Balint-Institut	20251 Hamburg	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
72		Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie Hamburg der DGVt e.V.	20459 Hamburg	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
73		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Hamburg e.V. (DPG)	20148 Hamburg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
74	Hamburg	Institut für Psychotherapie Universität Hamburg	20146 Hamburg	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Gesprächspsychotherapie als halbiertes Kreis 14.11.2008 halb gelb/ halb hellblau	staatlich anerkannt	universitär angebunden
75		Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg gGmbH	22083 Hamburg	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
76		Psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft Hamburg der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung e. V. (PAH) am Michael-Balint-Institut	20251 Hamburg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
77		Psychoanalytische Arbeitsgruppe für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V. (PAKJP) des Michael-Balint-Institutes	20251 Hamburg	KJP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
78	Hessen	Alexander-Mitscherlich-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Kassel e.V.	34117 Kassel	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
79		Aus- und Weiterbildungseinrichtung für klinische Verhaltenstherapie Kassel mit regionalen Dependancen in Marburg und Friedrichsdorf	34117 Kassel	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
80		Ausbildungsprogramm Psychologische Psychotherapie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main	60054 Frankfurt/M.	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär angebonden
81		Frankfurter Psychoanalytisches Institut e.V.	60323 Frankfurt/M.	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
82		Gesellschaft für Ausbildung in Psychotherapie Frankfurt	60325 Frankfurt/M.	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
83		Hessische Akademie für Personzentrierte Psychotherapie, Beratung und Supervision e.V.	63065 Offenbach/M.	beide	Gesprächspsychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
84		Institut für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Hessen e.V.	60323 Frankfurt/M.	KJP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
85		Institut für Psychoanalyse (DPG) Frankfurt e.V.	60325 Frankfurt/M.	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Hessen

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
86		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen e.V.	35392 Gießen	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
87		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Kassel (DPG) e.V.	34131 Kassel	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
88		Institut für Verhaltenstherapie u. Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e.V.	35039 Marburg	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebounden
89	Hessen	Institut für Psychotherapieausbildung Marburg (IPAM) - Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität	35032 Marburg	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebounden
90		Psychotherapie- Aus- und Weiterbildungsstätte Marburg/Kassel/Gießen e.V.	35392 Gießen	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
91		Seminar für Psychotherapeutische Weiterbildung Rhein-Main e.V.	64550 Riedstadt	KJP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
92		Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie - Justus-Liebig-Universität Gießen	35394 Gießen	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
93		Wiesbadener Akademie für Psychotherapie GmbH	65185 Wiesbaden	beide	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
94	Mecklenburg-Vorpommern	Ausbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie Institut für Psychologie (Ernst-Moritz-Arndt-Universität)	17489 Greifswald	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
95		Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern e.V.- mit den Standorten Rostock Geschäftsstelle und Greifswald	18055 Rostock	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
96		Institut für Psychotherapie, Gesundheitswissenschaften und Organisationsentwicklung GmbH	18119 Rostock	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
97	Niedersachsen	Akademie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie GmbH	49074 Osnabrück	KJP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
98		Alfred-Adler-Institut Nord e.V.	27749 Delmenhorst	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
99		Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin	30623 Hannover	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
100		Ausbildungszentrum Hannover/Hildesheim der DGVT e.V.	31174 Dinklar	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
101		Fortbildungsinstitut für klinische Verhaltenstherapie e.V.	31812 Bad Pyrmont	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
102		Institut für angewandte Psychologie, Transaktionsanalyse und Erwachsenenbildung GmbH	30169 Hannover	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
103		Institut für Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung des Zentrums für Psychologische Medizin der MHH	30623 Hannover	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	universitär angebunden
104		Institut für Psychotherapie Braunschweig / Göttingen e.V.	38379 Wolsdorf	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
105	Niedersachsen	Lehrinstitut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. Hannover	30173 Hannover	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
106		Lou Andreas-Salomé Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (DGP) Göttingen e.V.	37073 Göttingen	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
107		Weiterbildender Studiengang Psychologische Psychotherapie (WSPP) an der Georg-August-Universität Göttingen	37073 Göttingen	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
108		Weiterbildender Studiengang Psychologischer Psychotherapeut (WSPP) an der Technische Universität Braunschweig	38106 Braunschweig	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
109	Niedersachsen	Weiterbildungstudiengänge Psychotherapie der Universität Osnabrück	49069 Osnabrück	beide	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich	universitär
110	Niedersachsen	Winnicott Institut Diplomstudiengang Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Fachhochschule Hannover	30173 Hannover	KJP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
111	Niedersachsen	Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung Carl von Ossietzky Universität	26129 Oldenburg	beide	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	universitär angebunden
112	Nordrhein-Westfalen	Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie Köln GmbH	51143 Köln	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
113	Nordrhein-Westfalen	Akademie für Verhaltenstherapie Köln GmbH	50667 Köln	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
114	Nordrhein-Westfalen	Alfred-Adler-Institut Aachen-Köln e.V.	50835 Köln	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
115	Nordrhein-Westfalen	Alfred-Adler-Institut Düsseldorf e.V.	40235 Düsseldorf	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
116		Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am Klinikum der Universität zu Köln	50931 Köln	KJP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebunden
117		Ausbildungsinstitut für Klinische Verhaltenstherapie GmbH (AFKV)	45894 Gelsenkirchen	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
118		Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie e.V. Gesellschaft für Angewandte Psychologie und Verhaltensmedizin mbH	48143 Münster	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
119		Ausbildungszentrum für Psychologische Psychotherapeuten Ostwestfalen/Lippe der Akademie für Psychiatrie und Psychotherapie OWL und der DGVT e.V.	33617 Bielefeld	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
120		Ausbildungszentrum Köln für Kinder- und Jugendpsychotherapie der DGVT e.V.	50931 Köln	KJP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
121		Ausbildungszentrum Münster der DGVT e.V. - Ausbildungszentrum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	48155 Münster	KJP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
122		Bielefelder Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung	33602 Bielefeld	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebunden
123		Institut für klinische Verhaltenstherapie in den Rheinischen Kliniken – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	40629 Düsseldorf	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebunden

Nordrhein-Westfalen

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
124		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (DPG) Siegen-Wittgenstein e.V.	57319 Bad Berleburg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
125		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf e.V.	40479 Düsseldorf	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
126	Nordrhein-Westfalen	Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche im Rheinland e.V.	50968 Köln	KJP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
127		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie im Rheinland e.V.	50676 Köln	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
128		Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Ostwestfalen	33611 Bielefeld	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
129		Institut für Psychologische Psychotherapie Bochum	44787 Bochum	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
130		Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung an der Westfälischen Wilhelms Universität in Münster	48147 Münster	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebounden
131		Institut für psychotherapeutische Forschung, Methodenentwicklung und Weiterbildung (IPFMW) an der Universität zu Köln	50969 Köln	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	universitär angebounden
132		Institut für psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und Psychosomatik Düsseldorf e.V.	40629 Düsseldorf	PP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
133		Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie GmbH	53111 Bonn	beide	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich anerkannt	nicht universitär
134		Köln-Bonner-Akademie für Verhaltenstherapie GmbH	53111 Bonn	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
135		Lehrinstitut Bad Salzuflen Zentrum Ausbildung Psychotherapie ZAP GmbH	32105 Bad Salzuflen	beide	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich anerkannt	nicht universitär
136		Lehrinstitut für Verhaltenstherapie Köln GmbH	50674 Köln	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
137		Postgradualer Weiterbildungsstudiengang FernUniversität GH Hagen Kurt Lewin Institut für Psychologie , Institut Bonn	53111 Bonn	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär

Nordrhein-Westfalen

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
138		Postgradueller Weiterbildungsstudiengang FernUniversität GH Hagen Kurt Lewin Institut für Psychologie , Institut Dortmund	44139 Dortmund	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
139		Postgradueller Weiterbildungsstudiengang FernUniversität GH Hagen Kurt Lewin Institut für Psychologie , Institut Münster	48155 Münster	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
140	Nordrhein-Westfalen	Psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft Köln-Düsseldorf e.V.	50668 Köln	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
141		Rheinische Akademie für Psychotherapie und Verhaltensmedizin gGmbH der DGVT e.V.	47798 Krefeld	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
142		Weiterbildender Studiengang Psychotherapie Ruhr-Universität Bochum Fakultät für Psychologie	44780 Bochum	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
143	Rheinland-Pfalz	Alfred Adler-Institut Mainz Gemeinnützige GmbH für Freie Psychoanalyse	55116 Mainz	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
144		Ausbildungsstätte Psychosomatische Fachklinik St. Franziskastift	55543 Bad Kreuznach	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
145		Eifeler Verhaltenstherapie-Institut e.V.	54550 Daun/Vulkaneifel	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
146		Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie gem. e.V. Bad Dürkheim	67098 Bad Dürkheim	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
147		Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein-Eifel	53489 Sinzig	KJP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
148		Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein-Eifel - Annelise Heigl-Evers Institut -	56626 Andernach	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
149	Rheinland-Pfalz	Mainzer Psychoanalytisches Institut	55131 Mainz	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
150		Universität Trier Weiterbildungsstudiengang "Psychologische Psychotherapie" Fachbereich I - Psychologie	54286 Trier	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
151		Weiterbildungsstudiengang in Psychologischer Psychotherapie an der Universität Koblenz-Landau	76829 Landau	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
152		Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie - Johannes Gutenberg-Universität Mainz - Psychologisches Institut	55099 Mainz	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
153		Institut für Fort- und Weiterbildung in der klinischen Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin in der Klinik Berus	66802 Überherrn-Berus	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
154	Saarland	Lehrinstitut für Gesundheitsberufe Saarländisches Institut zur Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie Saarland Heilstätten GmbH	66130 Saarbrücken	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
155		Saarländisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft	66111 Saarbrücken	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
156		Saarländisches Institut für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	66119 Saarbrücken	beide	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
157		Aufbaustudiengang Psychologische Psychotherapie - TU Dresden - Klinische Psychologie und Psychotherapie	01187 Dresden	PP	Verhaltenstherapie	staatlich	universitär
158	Sachsen	Ausbildungszentrum Dresden der DGVT e.V.	01324 Dresden	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
159		Dresdner Akademie für Psychotherapie	01099 Dresden	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
160		Institut für Psychologische Therapie e.V. Leipzig	04103 Leipzig	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
161		Sächsischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin e. V. - mit den Standorten Leipzig (Geschäftsstelle), Chemnitz, Dresden (jeweils PA/TP und PP)	04103 Leipzig	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
162	Sachsen	Sächsisches Institut für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V. Hochschule Mittweida (FH)	04741 Roßwein	KJP	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich anerkannt	nicht universitär
163		Sächsisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V.	04105 Leipzig	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
164		Zentrum für Psychotherapie Chemnitz e.V.	09126 Chemnitz	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
165		Institut für Psychoanalyse u. Psychotherapie Magdeburg e.V.	39104 Magdeburg	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
166		Magdeburger Ausbildungsinstitut für Psychotherapeutische Psychologie GmbH & Co. KG -Ausbildungszentrum der DGVT	39104 Magdeburg	beide	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich anerkannt	nicht universitär
167	Sachsen-Anhalt	Mitteldeutsches Institut für Psychoanalyse Halle e.V.	06108 Halle (Saale)	PP	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär

Nr.	Bundesland	Name des Instituts	PLZ Ort	Ausbildungsgang	Vertiefungsrichtung	Anerkennung	Verortung
168	Schleswig-Holstein	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung	24105 Kiel	beide	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
169		John-Rittmeister-Institut	24103 Kiel	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
170		Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt	24576 Bad Bramstedt	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
171	Thüringen	Akademie für Psychotherapie Erfurt GmbH	99084 Erfurt	beide	Verhaltenstherapie/ psychoanalytisch begründetes Verfahren	staatlich anerkannt	nicht universitär
172		Institut für Psychotherapie und angewandte Psychoanalyse e. V.	07745 Jena	beide	analytische Psychotherapie/ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	staatlich anerkannt	nicht universitär
173		Zentrum für Psychologische Psychotherapie des Instituts für Psychologie (ZPP) Jena	07743 Jena	PP	Verhaltenstherapie	staatlich anerkannt	universitär angebunden

2. Aufsichtsbehörden

Tabelle 1: Staatliche Aufsichtsbehörden für die Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz

Bundesland	Hausanschrift
Baden-Württemberg	Regierungspräsidium Stuttgart Landesgesundheitsamt Referat 97 - Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie Nordbahnhofstr. 135 70191 Stuttgart
Bayern	
Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben	Regierung von Oberbayern Landesprüfungsamt für Humanmedizin und Pharmazie Maximilianstraße 39 80538 München
Regierungsbezirke Ober-, Mittel- und Unterfranken	Regierung von Unterfranken Sachgebiet 55.2 Peterplatz 9 97070 Würzburg
Berlin	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin - Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe - Fehrbelliner Platz 1 10707 Berlin
Brandenburg	Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg Landesgesundheitsamt Dezernat 41 - Akademische und Nichtakademische Gesundheitsberufe Wünsdorfer Platz 3 15806 Zossen
Bremen	Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen Bahnhofsplatz 29 28195 Bremen
Hamburg	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Landesprüfungsamt für Heilberufe Billstraße 80 20539 Hamburg
Hessen	Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen Adickesallee 36 60322 Frankfurt am Main
Mecklenburg-Vorpommern	Landesprüfungsamt für Heilberufe beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern Am Reifergraben 4 18055 Rostock

Bundesland	Hausanschrift
Niedersachsen	Niedersächsischer Zweckverband zur Approbationserteilung (Landesprüfungsamt) Berliner Allee 20 30175 Hannover
Nordrhein-Westfalen	Bezirksregierung Düsseldorf Dez. 24 LPA Cecilienallee 2 40474 Düsseldorf
Rheinland-Pfalz	Landesprüfungsamt für Studierende der Medizin und der Pharmazie beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Schießgartenstraße 6 55116 Mainz
Saarland	Landesamt für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz (LSGV) - Zentralstelle für Gesundheitsberufe - - Landesprüfungsamt für Medizin, Pharmazie und Psychotherapie - Hochstraße 67 66115 Saarbrücken
Sachsen	Regierungspräsidium Dresden Sächsisches Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe Stauffenbergallee 2 01099 Dresden
Sachsen-Anhalt	Landesverwaltungsamt des Landes Sachsen-Anhalt - Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe - Ernst-Kamieth-Str. 2 06122 Halle/Saale
Schleswig-Holstein	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familien, Jugend und Senioren - Prüfungsamt Gesundheitsberufe Adolf-Westphal-Str. 4 24143 Kiel
Thüringen	Thüringer Landesverwaltungsamt Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe Weimarplatz 4 99423 Weimar

C. Delphi-Befragung im Rahmen des Forschungsgutachtens

1. Einleitung

1.1. Ziel der Befragung

Ziel der Befragung war es, ExpertInnengruppen hinsichtlich ihrer bisherigen Erfahrungen und Meinungen zum PsychThG zu befragen, um Aussagen darüber zu erhalten, wie das Gesetz in seiner bisherigen Form und Umsetzung in der Praxis beurteilt wird und welche Veränderungen als notwendig erachtet werden.

2. Vorgehen

2.1. Erhebungsinstrumente

Die Delphi-Befragung erfolgte in 2 Durchgängen. Durchgang 1 wurde als internetbasierte Befragung, Durchgang 2 in schriftlicher Form durchgeführt. Die verwendeten Fragebögen wurden in einer kleinen Arbeitsgruppe (H.J. Freyberger, B. Strauß, F. Michels-Lucht) entwickelt und von der Gutachtergruppe überarbeitet und revidiert.

Der verwendete Fragebogen in Durchgang 1 bestand aus 2 Abschnitten und enthielt insgesamt 44 Items. Der 19 Fragen umfassende Abschnitt 1 fokussierte schriftlich abzugebende Stellungnahmen zu den einzelnen Paragraphen und Inhalten des Gesetzes und der zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Dabei war jeder einzelne Abschnitt des Gesetzes auf einer 6-stufigen Skala (von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) zu bewerten und mit einer schriftlichen Stellungnahme zu versehen. Der 25 Fragen umfassende Abschnitt 2 fokussierte Fragen zu notwendigen zukünftigen Veränderungen. Den Experten standen für die Beantwortung jeder Einzelfrage maximal 500 Zeichen zur Verfügung.

Für den Durchgang 2 der Befragung wurden die Ergebnisse des Durchgangs 1 kondensiert abschnittsweise dargestellt und mit geschlossenen (ja/nein) und rangreihenbezogenen Fragen versehen, die zu einer Präzisierung der in Durchgang 1 gewonnenen Ergebnisse führen sollten. Den Experten wurden hier zunächst die skalenbezogenen Bewertungen der Einzelabschnitte des Gesetzes und die Häufigkeiten der schriftlichen Statements vorgestellt. Am Ende des Fragebogens hatten die Experten die Gelegenheit, die 5 wichtigsten Einzelaspekte der gesamten Delphi-Befragung jeweils auf einer halben Seite nochmals zu diskutieren.

2.2. Erhebungszeitraum

Der Durchgang 1 wurde von 20.08.2008 – 30.09.2008, der Durchgang 2 vom 07.02.2009 – 25.02.2009 durchgeführt.

2.3. Stichprobe

Folgende ExpertInnengruppen wurden aufgefordert, Statements in Durchgang 1 und Durchgang 2 abzugeben: BVVP, DGPT, DPV, DPG, DVT, DGVT, DPtV, AVM, VAKJP, DFT, GWG, DGKJP, BKJPP, BAG KJPP, DGSF, GNP, DGPM, DKPM, DGPPN, unith, BKJ, BVKJ, BDP, PIA-Vertreter VPP im BDP, PIA-Netze Hamburg, NRW, Baden-Württemberg, Mitglieder Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, BNN, BPM, BAG Träger psychiatrischer Krankenhäuser, Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, Fachgruppe Klinische Psychologie DGPs, StÄKO, AZA-KJP, DGAP, DGIP, Bundesärztekammer, Landesärztekammern, Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammern (Abkürzungsverzeichnis am Ende der Delphi-Ergebnisdarstellung).

Insgesamt nahmen 66 Experten am Durchgang 1 teil. Während in Durchgang 1 aus datenschutzrechtlichen Erwägungen keine absenderbezogenen Daten erhoben wurden, wurden in Phase 2 entsprechende Angaben erfragt, so dass eine Zuordnung von 42 (71.2%) Teilnehmern zur Berufsgruppe der Psychologen und 17 (28.8%) Teilnehmern zur Berufsgruppe der Mediziner erfolgen konnte. Folgende ExpertInnen, die auf den Antwortungsbögen identifizierbar waren, nahmen teil: DPG, DGPT, DFT, DPtV, DGVT, unith, BVKJ, GWG, PIA Netz HH, Nordrhein, Landesärztekammer Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein, Bundespsychotherapeutenkammer, Landespsychotherapeutenkammer Berlin, Baden-Württemberg, NRW, Schleswig-Holstein, ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, VAKJP, BKJPP, BVVP, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, BDP.

3. Ergebnisse der Befragungen

3.1. Bewertung der Komponenten des Gesetzes in Befragung 1

Die 66 an der Befragung 1 beteiligten „Expertinnen und Experten“ bewerteten die Komponenten des Psychotherapeutengesetzes und die zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen wie folgt (von 1-6, 1 = sehr gut, 6 = ungenügend):

	MW	SD
a) Regelung zur Berufsausübung (PsychThG § 1)	2,68	1,07
b) Definition der heilkundlichen Psychotherapie (PsychThG § 1 Abs. 3)	3,00	1,33
c) Regelungen bezüglich der Approbation (PsychThG § 2)	2,08	1,02
d) Regelung Ausbildungsstätten (Anerkennung) (PsychThG § 6)	2,66	1,17
e) Regelungen Zugangsvoraussetzungen für PP (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1)	2,92	1,39
f) Regelungen Zugangsvoraussetzungen der KJPP (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 2)	3,95	1,18
g) Regelungen zur Dauer der Ausbildung (3- vs. 5 J.) (PsychThG § 5 Abs. 1)	3,09	1,25
h) Regelungen zum Umfang der Ausbildung (Mindest-Stundenumfänge der Ausbildungsbausteine (PsychThG § 8 und APrVen)	3,31	1,34
i) Regelung zu den Richtlinienverfahren (Berufsausübung und Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren) (PsychThG § 11)	2,87	1,28
j) Regelung zu den theoretischen Inhalten der Ausbildung (APrVen § 3 und Anlage 1 Rahmencurriculum)	2,45	0,93
k) Regelung zur sog. „Freien Spitze“	2,59	1,47
l) Regelung zur Praktischen Ausbildung (PatientInnenbehandlung) (PsychThG § 8 und APrVen § 4)	2,64	1,24
m) Regelung zum Alter der Behandlungsgruppen: PP jede Altersgruppe, KJP 1-21 Jahre (PsychThG § 1 Abs. 2)	3,10	1,42
n) Regelung zur Supervision (Umfang, Frequenz und Setting) (APrVen § 4)	2,44	0,85
o) Regelung zur Selbsterfahrung (Umfang, Frequenz und Setting) (APrVen § 5)	2,82	1,36
p)PP) Regelung zur Praktischen Tätigkeit I (1200 Std./1 Jahr an psychiatrischer Einrichtung) (PsychThG § 8 Abs. 3 Ziffer 3 und APrVen § 2)	3,83	1,42
p)KJP) Regelung zur Praktischen Tätigkeit I (1200 Std./1 Jahr an psychiatrischer Einrichtung) (PsychThG § 8 Abs. 3 Ziffer 3 und APrVen § 2)	3,83	1,35
q)PP) Regelungen zur Praktischen Tätigkeit II (6 Monate/600 Stunden)	3,43	1,25
q)KJP) Regelungen zur Praktischen Tätigkeit II (6 Monate/600 Stunden)	3,56	1,24
r) Regelung zur staatlichen Prüfung (APrVen §§ 8, 9, 11, 12)	3,25	1,16

3.2. Häufigkeitsangaben der schriftlichen Statements in den vorgegebenen Antwortsektionen der Befragung 1

Auch die folgenden Häufigkeitsangaben der schriftlichen Statements in den vorgegebenen Antwortsektionen zeigen, dass eine stark variierende Anzahl von Experten schriftlich zu den einzelnen Aspekten Stellung nehmen wollte:

A. Fragen zum gegenwärtigen PsychThG und zu den zusätzlichen Komponenten der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Berufsausübung	44	Begriffsdefinition	45
Approbation	29	Ausbildungsstätten	45
Zugangsvoraussetzungen PP	45	Zugangsvoraussetzungen KJP	51
Dauer der Ausbildung	46	Umfang der Ausbildung	50
Richtlinienverfahren	48	Theoretische Inhalte	50
Freie Spitze	37		
Prakt. Ausbildung – Patienten	36	Alter Behandlungsgruppen	46
Supervision	41	Selbsterfahrung	40
Prakt. Tätigkeit I PP	56	Prakt. Tätigkeit I KJP	56
Prakt. Tätigkeit II PP	48	Prakt. Tätigkeit II KJP	49
Staatliche Prüfung	44	Weitere Kommentare	24

B. Zukunftsperspektiven

Mindestalter PP	47	Mindestalter KJPP	46
Mindestabschlüsse PP	57	Mindestabschluss KJP	58
Mindestvoraussetzungen PP	50	Mindestvoraussetzungen KJP	56
Auswahl und Zugang PP	47	Auswahl und Zugang KJP	49
Zulassungsvoraussetzungen	50	PP – KJP nach Approbation	58
PP – KJP Zusatz	51	Berufsgraduierung PP	48
Berufsgraduierung KJP	46	Psychotherapieausbildung PP	57
Psychotherapieausbildung KJP	54	Struktur Ausbildung Beruf PP	54
Struktur Ausbildung Beruf KJP	55	Verortung Ausbildung	59
Verteilung Ausbildungsstätten	43	Universitäten	59
Mindestanforderungen QS	55	Zertifizierung	58
Kosten	55	Qualifikation Leiter PP	54
Qualifikation Leiter KJP	45	Medizinorientierung	57
Psychopharmaka	59	Krankschreibung	58
Einweisung/Unterbringung	59	Aufsichtsbehörden	55
Arbeitsfelder PP	49	Arbeitsfelder KJP	44
Ergänzungsqualifikation	57	Anmerkungen	38

3.3. Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse des Durchgangs 1 und der Ergebnisse der daraus abgeleiteten Fragen an die Expertinnen und Experten des Durchgangs 2 zum Gesetz

Ergebnisse der Phase 1 der Delphi-Befragung und Fragen der Phase 2 zu ausgewählten Komponenten des bisherigen Gesetzes

A. Regelungen zur Berufsausübung (PsychThG § 1), außer Heilkundebegriff

Diskutiert wird in **Phase 1** von einer größeren Gruppe von Experten auch eine Definition des Begriffes „Psychotherapie“ einzuführen und diesen gesetzlich zu schützen. Damit zusammenhängend wird eine Überarbeitung des Heilpraktikergesetzes kontrovers diskutiert, wobei sich die Mehrheit der Experten für eine Überarbeitung des Gesetzes und eine Aufhebung der Psychotherapieoption für Heilpraktiker ausspricht. Eine Abgleichung mit den Texten im SGB V und in den Kammer- und Heilberufgesetzen wird angeregt.

In **Phase 2** wird hierzu die folgende Frage gestellt und wie folgt beantwortet:

1. Ist es notwendig, eine Definition des Begriffes „Psychotherapie“ einzuführen und diese gesetzlich zu schützen (1 = ja; 2 = nein)?

Wie die folgenden Tabellen zeigen, sprechen sich 88% der ExpertInnen für einen gesetzlichen Schutz aus, wobei das Votum durch die Berufsgruppe der Ärzte deutlicher erfolgt.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	52	88,1
	nein	7	11,9
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	36	85,7
		Nein	6	14,3
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	16	94,1
		Nein	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

B. Definition des Begriffes der heilkundlichen Psychotherapie (PsychThG § 1 Abs. 3)

Diskutiert wird in **Phase 1** von einer größeren Gruppe von Experten, die Definition „wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren“ präziser zu definieren oder zu belassen einschließlich von Hinweisen neue, in der Forschungserprobung befindliche Verfahren sowie Prävention und Rehabilitation mit einzubeziehen. Einige Experten sehen einen Verbesserungsbedarf bei der Definition der somatischen Abklärung vor psychotherapeutischer Behandlung.

In **Phase 2** wurden daraus die folgenden Fragen abgeleitet und beantwortet:

1. Ist der Terminus „wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren“ präziser zu definieren (1 = ja / 2 = nein)?

Wie die folgenden Tabellen zeigen, spricht sich die Mehrheit der ExpertInnen gegen eine präzisere Definition aus, wobei dieses Votum durch die Mehrheit der psychologischen Berufsgruppe getragen wird.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	23	39,0
	nein	36	61,0
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	14	33,3
		Nein	28	66,7
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	9	52,9
		Nein	8	47,1
		Gesamt	17	100,0

2. Sind Prävention und Rehabilitation in die Definition der heilkundlichen Psychotherapie mit aufzunehmen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich die Mehrheit der Expertengruppe in eindeutiger Weise für eine Einbeziehung aus, wobei sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigen.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	47	79,7
	nein	12	20,3
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	34	81,0
		Nein	8	19,0
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	13	76,5
		Nein	4	23,5
		Gesamt	17	100,0

3. Sollte die somatische Abklärung vor psychotherapeutischer Behandlung klarer definiert werden (1 = ja / 2 = nein)?

Die Mehrheit der Expertengruppe spricht sich gegen eine klarere Definition aus, wobei die psychologische Berufsgruppe mehrheitlich gegen und die ärztliche Berufsgruppe mehrheitlich für eine Modifikation votiert.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	22	37,3
	nein	37	62,7
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	11	26,2
		Nein	31	73,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	11	64,7
		Nein	6	35,3
		Gesamt	17	100,0

- C. Regelungen zum Umfang und zu qualitativen Aspekten der Ausbildungsbausteine (PsychThG § 8 und APrVen ff.)** (Mindest-Stundenumfänge der Ausbildungsbausteine: Theorie 600 Std.; PT I 1 Jahr/1.200 Std., PT II 6 Monate/600 Std.; PAus 600 Std.; Superv. 100 Gruppe, 50 Einzel; Selbsterfahrung 120 Std.; Freie Spitze 930 Std.)

In **Phase 1** findet sich für den **Theoretischen Unterricht** ein breites Spektrum von Voten, das von 900 Stunden bis zu 300 Stunden Umfang reicht. Die Option 200 Stunden Theorie vor der Aus-

bildung zu platzieren wird diskutiert. Weitere Voten weisen auf die inhaltlichen Redundanzen mit den Inhalten des Psychologiestudiums hin und plädieren dafür, den Erwerb von Grundkenntnissen vor den Beginn der eigentlichen Psychotherapie-Ausbildung zu verlagern.

Für die **praktische Ausbildung** werden von den Experten variierende Vorschläge unterbreitet:

Zur **PT1** wird von insgesamt 20 Experten die Länge kritisch betrachtet und eine Kürzung und/oder eine die Stundenzahl reduzierende Zusammenlegung mit PT II vorgeschlagen. Eine Gruppe von Experten plädieren für Kürzung auf einen Umfang zwischen 500 und 900 Stunden.

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Eine Gruppe von Experten betrachten die Regelungen hinsichtlich des Umfangs als notwendig. Das gesamte Spektrum psychischer Störungen (nicht primär Psychotherapie) sei kennenzulernen. Psychotherapie soll im Gesamtbehandlungsplan aus biologischen Verfahren, sozialtherapeutischen Verfahren und anderen Therapiemöglichkeiten kennengelernt werden. Kontrovers wird der Anteil in der psychiatrischen Akutversorgung und die Einbeziehung von Beratungsstellen und Reha-Einrichtungen diskutiert. Die Anrechenbarkeit vorheriger psychiatrischer Tätigkeit wird gefordert.

Zahlreiche Experten empfehlen eine klare (einheitliche) Regelung in Bezug auf die Honorierung. Zahlreiche Experten fordern eine bessere Anleitung (Betreuung, Supervision, möglichst curricular) (vgl.: DGPPN-Empfehlungen) einschließlich Rotationsregelungen. Ein Begleitseminar und ggf. Supervision am Ausbildungsinstitut seien sinnvoll. Der rechtliche Status mit Definition, was AusbildungskandidatInnen klinisch übernehmen dürfen, sei zu spezifizieren.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Zahlreiche Experten betrachten die Regelungen analog zu den für Psychologische Psychotherapeuten kritisch. Die kollegiale Zusammenarbeit von Ärzten u. KJP wird gefordert, Standards (Curriculum, Lernziel-Beschreibung) seien notwendig. Einige Experten empfehlen Kürzungen auf 500 – 900 Stunden. Eine klare und einheitliche Honorierung sei notwendig.

Zum **PT2** reichen die Voten von „abschaffen“ über Stundenreduktionen auf 100-300 bis hin zu Einzelvoten, die inhaltliche Veränderungen (Einbeziehung verschiedener Berufsfelder, Integration in Studiengänge) vorschlagen.

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Für das Belassen der Regelungen sprechen sich größere Gruppen von Experten aus. Eine Erweiterung auf verschiedene Berufsfelder sei sinnvoll. Anleitung und Aufgabendefinition seien verbindlicher zu regeln (curricular), und ein Regelungsbedarf ergebe sich bezüglich des rechtlichen Status. Ein gewisser Umfang müsse zwingend in der Praxis eines entsprechend weitergebildeten Arztes oder PP abgeleistet werden. Qualitätssichernde Maßnahmen seien erforderlich.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

22 Experten sehen die Regelungen kritisch, 14 sprechen sich dafür aus, alles zu belassen. Es solle Möglichkeiten geben, die Zeit zumindest teilweise in Beratungsstellen (SGB VIII) u. in stationären Jugendhilfeeinrichtungen etc. zu absolvieren. Zumindest ein Teil müsse zwingend in Praxis eines entsprechend weitergebildeten Arztes oder KJP abgeleistet werden können (mit Sicherstellung von Supervision und Qualitätssicherung). Es bestehe Regelungsbedarf bezüglich des rechtlichen Status und ein Bedarf an klaren Regelungen der einzelnen Tätigkeiten. Entgeltregelungen seien erforderlich.

Für die **praktische Ausbildung** reichen die Voten von Beibehaltung des Status quo bis zur Forderung nach höheren Stundenzahlen (bis 1.200). Einige Experten betrachten die Regelungen als bewährt und betonen, dass die PAus auch in Kliniken durchgeführt werden sollte. Gefordert werden auch Regelungen, damit kein Behandlungsabbruch nach Ausbildungsabschluss erforderlich wird. Auch fehle ein klares Finanzierungsmodell.

Für die **Supervision** werden Voten von 100 Stunden bis zu 500 Stunden angegeben und unterschiedliche Angaben zur Gewichtung von Einzel- und Gruppensupervision abgegeben.

Für die **Selbsterfahrung** wird eine breite Varianz von Voten abgegeben, in denen einige Experten höhere Stundenzahlen bis mindestens 300 Stunden fordern. Die Gewichtung von Einzel- und Gruppenselbsterfahrung wird unterschiedlich diskutiert.

Selbsterfahrungsleitungen ebenso wie SupervisorInnen sollten wie bisher die jeweiligen KandidatInnen nicht prüfen dürfen.

Für die **Freie Spitze** findet sich ein ähnlich uneinheitliches Bild, das von überflüssig bis zu maximal 500 Stunden reicht. Eine große Gruppe von Experten fordert, die Freie Spitze zu belassen. Dabei seien Literaturstudium und Vor- und Nachbereitung der Behandlungsstunden fest aufzunehmen. Einige Experten betonen eine Nutzung der „Freien Spitze“ für besondere Spezialisierungen (Ergänzungsqualifikationen).

Für **Phase 2** wurden hieraus die folgenden Fragen abgeleitet:

1. Sind die im Folgenden aufgeführten Ausbildungsbausteine in dieser Form zu belassen, zu streichen, zu verlängern oder zu verkürzen (s. folgende Tabellen)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich jeweils die Mehrheit der Gesamtexpertengruppe dafür aus, die einzelnen Ausbildungsbausteine zu belassen. Mit einer knappen Mehrheit von 52% zu 46% spricht sich die psychologische Berufsgruppe für eine Verkürzung von PT1 während die ärztliche Berufsgruppe für eine Beibehaltung plädiert. In der psychologischen Berufsgruppe spricht sich bezogen auf die Selbsterfahrung ein Anteil von jeweils 48% dafür aus, die gegenwärtigen Regelungen zu belassen vs. zu verlängern, während die ärztliche Berufsgruppe für eine Ausweitung der Supervision plädiert.

Antworten insgesamt

	1 = zu belassen	2 = zu streichen	3 = zu verlängern	4 = zu verkürzen
Theorie 600 Std.	51 (87%)	---	---	7 (12%)
PT1: 1 Jahr/1.200 Std.	33 (56%)			24 (41%)
PT2: 6 Monate/600 Std.	44 (75%)	2 (3%)	2 (3%)	9 (15%)
PAus 600 Std.	47 (80%)		10 (17%)	1 (2%)
Supervision 100 Gruppe	38 (64%)		1 (2%)	15 (25%)
Supervision 50 Einzel	30 (51%)		28 (48%)	
Selbsterfahrung 120 Std.	30 (51%)		26 (44%)	2 (3%)
„Freie Spitze“ 930 Std.	44 (75%)	2 (3%)	3 (5%)	9 (15%)

Antworten Psychologen

	1 = zu belassen	2 = zu streichen	3 = zu verlängern	4 = zu verkürzen
Theorie 600 Std.	36 (86%)	---	---	6 (14%)
PT1: 1 Jahr/1.200 Std.	19 (46%)			22 (52%)
PT2: 6 Monate/600 Std.	30 (71%)	1 (2%)	2 (5%)	8 (19%)
PAus 600 Std.	32 (76%)		9 (21%)	1 (2%)
Supervision 100 Gruppe	30 (71%)		1 (2%)	8 (19%)
Supervision 50 Einzel	25 (60%)		17 (41%)	
Selbsterfahrung 120 Std.	20 (48%)		20 (48%)	2 (5%)
„Freie Spitze“ 930 Std.	31 (74%)	2 (5%)	2 (5%)	7 (17%)

Antworten Mediziner

	1 = zu belassen	2 = zu streichen	3 = zu verlängern	4 = zu verkürzen
Theorie 600 Std.	15 (88%)			1 (6%)
PT1: 1 Jahr/1.200 Std.	14 (82%)			2 (12%)
PT2: 6 Monate/600 Std.	14 (82%)	1 (6%)		1 (6%)
PAus 600 Std.	15 (88%)		1 (6%)	
Supervision 100 Gruppe	8 (47%)			7 (41%)
Supervision 50 Einzel	5 (29%)		11 (65%)	
Selbsterfahrung 120 Std.	10 (59%)		6 (35%)	
„Freie Spitze“ 930 Std.	13 (77%)		1 (6%)	2 (12%)

2. Sind einheitliche Honorierungsregelungen einzuführen (1 = ja / 2 = nein)? Welche Regelungen schlagen Sie für PT1, für PT2 und für PAus vor?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich die Mehrheit der Expertengruppe deutlich (86 und 78%) für eine einheitliche Honorierung von PT1 und PT2 aus, während eine einheitliche Honorierung für die Praktische Ausbildung von nur 49% gefordert wird. Während die Mehrheit der psychologischen Berufsgruppe gegen eine einheitliche Honorierung der Praktischen Ausbildung votiert, spricht sich die ärztliche Berufsgruppe mehrheitlich für eine eigenständige Honorierung aus.

einheitliche Honorierung PT1

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	51	86,4
	Nein	8	13,6
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	35	83,3
		Nein	7	16,7
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	16	94,1
		Nein	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

einheitliche Honorierung PT2

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	46	78,0
	Nein	13	22,0
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	30	71,4
		Nein	12	28,6
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	16	94,1
		Nein	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

einheitliche Honorierung PAus

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	29	49,2
	Nein	28	47,5
	Keine Angabe	2	3,4
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	15	35,7
		Nein	25	59,5
		keine Angabe	2	4,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	14	82,4
		Nein	3	17,6
		Gesamt	17	100,0

3. Ist eine curriculare Struktur für PT I einzuführen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich eine Mehrheit der Expertengruppe dafür aus, wobei die ärztliche Berufsgruppe eindeutiger votiert als die Ärztliche.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	40	67,8
	nein	19	32,2
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	26	61,9
		Nein	16	38,1
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	14	82,4
		Nein	3	17,6
		Gesamt	17	100,0

4. Ist eine curriculare Struktur für PT2 einzuführen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich eine knappe Mehrheit (49 vs. 42%) für eine curriculare Struktur aus.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	29	49,2
	nein	25	42,4
	keine Angabe	5	8,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	22	52,4
		Nein	20	47,6
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	7	41,2
		Nein	5	29,4
		keine Angabe	5	29,4
		Gesamt	17	100,0

5. Sind Tätigkeiten für das PT1 anzuerkennen, die postgradual und vor Beginn der PT-Ausbildung durchgeführt wurden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich eine klare Mehrheit der Gesamtexperten-
gruppe dafür aus, wobei diese Mehrheit von den Voten der psychologischen Berufsgruppe
getragen wird, während die ärztliche Berufsgruppe mit knapper Mehrheit (53 vs. 47%) dagegen
votiert.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	45	76,3
	nein	14	23,7
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	37	88,1
		Nein	5	11,9
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	8	47,1
		Nein	9	52,9
		Gesamt	17	100,0

6. Sind absolvierte Tätigkeiten für das PT2 anzuerkennen, die postgradual und vor Beginn der PT-Ausbildung durchgeführt wurden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine Mehrheit der Expertengruppe für eine
Anerkennung, wobei diese Einschätzung im Wesentlichen durch die psychologische Berufsgruppe
getragen wird und die ärztliche Berufsgruppe unentschieden votiert.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	40	67,8
	nein	18	30,5
	keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	32	76,2
		Nein	10	23,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	8	47,1
		Nein	8	47,1
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

7. Sollten für PT1 nur solche Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten anerkannt werden, die über die Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie und Psychotherapie verfügen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich eine Mehrheit der Gesamtextpertengruppe für eine solche Regelung aus, wobei die Zustimmung der ärztlichen Berufsgruppe mit 82% positiver Antworten deutlicher ausfällt als das Votum der psychologischen Berufsgruppe.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	40	67,8
	nein	19	32,2
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	26	61,9
		Nein	16	38,1
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	14	82,4
		Nein	3	17,6
		Gesamt	17	100,0

8. Sollten für PT nur solche Ausbildungsstätten anerkannt werden, die über die Weiterbildungsermächtigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verfügen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich eine Mehrheit der Gesamtextpertengruppe für eine solche Regelung aus, wobei dieses Votum von der ärztlichen Berufsgruppe mit 82% positiver Antworten deutlicher bejaht wird als von der psychologischen Berufsgruppe mit etwa 55% positiver Antworten.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	37	62,7
	nein	22	37,3
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	23	54,8
		nein	19	45,2
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	14	82,4
		nein	3	17,6
		Gesamt	17	100,0

9. Sollte die PAus zukünftig auch anteilig in Kliniken durchgeführt werden dürfen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, wird diese Frage von einer Mehrheit der Experten bejaht, wobei das positive Votum der ärztlichen Berufsgruppe mit 82% deutlicher ausfällt als das Votum der psychologischen Berufsgruppe mit 64%.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	41	69,5
	nein	18	30,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	27	64,3
		nein	15	35,7
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	14	82,4
		nein	3	17,6
		Gesamt	17	100,0

10. Sollten die Ausbildungskandidaten zukünftig an den Einnahmen der PAus nach einem einheitlichen Verfahren beteiligt werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine knappe Mehrheit (52,5%) der Gesamtexpertengruppe für eine solche Regelung. Von der psychologischen Berufsgruppe wird dieser Vorschlag allerdings mit einem Votum von 57% abgelehnt, während er von der ärztlichen Berufsgruppe mit einem Votum von 82% bejaht wird.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	31	52,5
	nein	26	44,1
	keine Angabe	2	3,4
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	17	40,5
		nein	24	57,1
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	14	82,4
		nein	2	11,8
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

D. Regelung zu den Verfahren (Berufsausübung und Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren) (PsychThG § 11)

In **Phase 1** präferiert eine große Gruppe von Experten bei den wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu bleiben. Einige Experten betonten, neu zu schaffende Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Erprobung neuer Ansätze zu eröffnen und störungsspezifischer Techniken breiter in der Ausbildung zuzulassen. Einige Experten betonten, dass § 11 missverständlich formuliert sei und keine klaren Angaben zu der Anerkennung von Verfahren enthalte (Hinweis auf OVG-NRW-Urteile und weitere Urteile von VGn).

Für **Phase 2** wurden hieraus folgende Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollte es beim bisherigen Anerkennungsverfahren für die Wissenschaftlichkeit von Therapieverfahren bleiben (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine klare Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit 76% für eine Beibehaltung der bisherigen Regelungen. Mit 94% Zustimmung fällt das Votum der ärztlichen Berufsgruppe deutlicher aus als die der psychologischen Berufsgruppe mit 69%.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	45	76,3
	nein	11	18,6
	keine Angabe	3	5,1
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	29	69,0
		Nein	11	26,2
		keine Angabe	2	4,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	16	94,1
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

2. Sehen Sie einen Bedarf der Revision des § 11 mit genauerer Spezifikation des Anerkennungsverfahrens (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich eine knappe Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit etwa 56% dagegen aus. Während die psychologische Berufsgruppe mit 64% keinen Änderungsbedarf sieht, votiert die ärztliche Berufsgruppe mit etwa 59% anders.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	22	37,3
	nein	33	55,9
	keine Angabe	4	6,8
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	12	28,6
		Nein	27	64,3
		keine Angabe	3	7,1
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	10	58,8
		Nein	6	35,3
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

E. Regelung zum Alter der Behandlungsgruppen: PP jede Altersgruppe, KJP 1-21 Jahre (PsychThG § 1 Abs. 2)

In **Phase 1** betonen einige Experten die jetzigen Regelungen zu belassen, andere Experten geben getrennte Voten für die für KJP- und für die PP-Altersregelungen vor. Von einigen Experten wird ein Überschneidungsbereich bei 18-21jährigen Patienten gesehen, von 5 Experten wird eine Altersschwelle von 16 Jahren für PP empfohlen. Eine Reihe von Experten betonen, dass PP ohne Ergänzungsqualifikation nicht ausreichend ausgebildet seien, um Kinder und Jugendliche zu behandeln.

Hieraus wurden für **Phase 2** die folgenden Fragen angeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollten PP zukünftig generell, auch ohne Ergänzungsqualifikation Kinder und Jugendliche behandeln dürfen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, wird diese Frage von einer klaren Mehrheit der Gesamtextpertengruppe von etwa 74% verneint, wobei 100% der ärztlichen und etwa 64% der psychologischen Berufsgruppe entsprechend votieren.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	8	13,6
	nein	44	74,6
	keine Angabe	7	11,9
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	8	19,0
		Nein	27	64,3
		keine Angabe	7	16,7
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Nein	17	100,0

2. Ist hierzu eine Zusatzqualifikation erforderlich (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine klare Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit etwa 80% für eine Zusatzqualifikation, wobei ein höherer Zustimmungsanteil in der ärztlichen Berufsgruppe erreicht wird.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	47	79,7
	nein	4	6,8
	keine Angabe	8	13,6
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	31	73,8
		Nein	4	9,5
		keine Angabe	7	16,7
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	16	94,1
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

3. Ist die bisherige Ergänzungsqualifikation ausreichend (1 = ja / 2 = nein)?

Von einer knappen Mehrheit von 54% der Gesamtextpertengruppe wird diese Frage verneint, wobei das ablehnende Votum der ärztlichen Berufsgruppe mit etwa 76% deutlicher ausfällt als das der psychologischen Berufsgruppe mit etwa 45 %.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	17	28,8
	nein	32	54,2
	keine Angabe	10	16,9
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	14	33,3
		nein	19	45,2
		keine Angabe	9	21,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	3	17,6
		nein	13	76,5
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

4. Sollten KJPP zukünftig auch Erwachsene behandeln dürfen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine klare Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit etwa 76% gegen diese Behandlungsoption. Das Votum der ärztlichen Berufsgruppe fällt mit 100% deutlicher aus als das Votum der psychologischen Berufsgruppe (etwa 67%).

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	7	11,9
	nein	45	76,3
	keine Angabe	7	11,9
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	7	16,7
		Nein	28	66,7
		keine Angabe	7	16,7
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Nein	17	100,0

5. Ist hierzu eine Zusatzqualifikation erforderlich (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, halten etwa 56% der Gesamtextpertengruppe eine Zusatzqualifikation für erforderlich, wobei sich in der psychologischen (etwa 59%) und der ärztlichen (etwa 47%) unterschiedliche Voten finden.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	33	55,9
	nein	2	3,4
	keine Angabe	24	40,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	25	59,5
		Nein	2	4,8
		keine Angabe	15	35,7
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	8	47,1
		keine Angabe	9	52,9
		Gesamt	17	100,0

6. Halten Sie die jetzigen Altersregelungen für angemessen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, werden von einer Mehrheit von 61% der Gesamtextpertengruppe die bisherigen Altersregelungen als angemessen betrachtet. Das Votum der ärztlichen Berufsgruppe fällt mit etwa 88% deutlicher aus als das der psychologischen Berufsgruppe mit 50%.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	36	61,0
	nein	15	25,4
	keine Angabe	8	13,6
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	21	50,0
		nein	13	31,0
		keine Angabe	8	19,0
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	15	88,2
		nein	2	11,8
		Gesamt	17	100,0

F. Regelung zur staatlichen Prüfung (schriftlicher und mündlicher Teil, Inhalte, Prüfungskommission, Benotung) (APrVen §§ 8, 9, 11, 12)

In **Phase 1** empfiehlt ein Teil der Experten, die Regelungen beizubehalten, wobei eine interdisziplinäre Prüfungskommission erhalten und eine mündliche Prüfung belassen werden soll. Eine größere Gruppe von Experten plädiert für Änderungen. Für die schriftliche Prüfung werden angemahnt: Überarbeitung des Gegenstandskatalogs des IMPP, Reduktion der „Medizinlastigkeit“, mehr psychotherapeutische Behandlungsfragen. Die schriftliche Prüfung könnte vor Beginn der praktischen Ausbildung nach theoretischer Grundausbildung erfolgen. Inhalte des vorgeschalteten Studiums sollten weggelassen werden.

Hieraus wurden für **Phase 2** die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Besteht Änderungsbedarf in den Regelungen zur staatlichen Prüfung (1 = ja / 2 = nein)?

1.1. Bei der Überarbeitung des Gegenstandskatalogs

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine klare Mehrheit der Gesamtexpertengruppe mit etwa 88% für eine Überarbeitung des Gegenstandskatalogs, wobei sich die Stimmen der psychologischen (etwa 86%) und der ärztlichen (etwa 94%) nur unwesentlich unterscheiden.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	52	88,1
	Nein	7	11,9
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	36	85,7
		Nein	6	14,3
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	16	94,1
		Nein	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

1.2. Bei der Reduktion medizinischer Prüfungsinhalte

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, gibt die Gesamtexpertengruppe bei dieser Frage ein unentschiedenes Votum ab. Allerdings votiert die psychologische Berufsgruppe mit etwa 57% für eine Reduktion medizinischer Prüfungsinhalte, während sich die ärztliche Berufsgruppe mit einem Anteil von etwa 71% dagegen ausspricht.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	29	49,2
	nein	29	49,2
	keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	24	57,1
		Nein	17	40,5
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	5	29,4
		Nein	12	70,6
		Gesamt	17	100,0

1.3 Bei der Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine klare Mehrheit von etwa 80% der Gesamtexpertengruppe für eine Erhöhung. Bei der ärztlichen Berufsgruppe fällt dieses mit etwa 94% deutlicher aus als bei der psychologischen Berufsgruppe mit etwa 76%.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	48	81,4
	nein	10	16,9
	keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	32	76,2
		nein	9	21,4
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	16	94,1
		nein	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

1.4. Bei der Vorverlegung der schriftlichen Prüfung auf den Zeitraum vor Beginn der praktischen Ausbildung

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich eine knappe Mehrheit der Gesamt-expertengruppe gegen eine Vorverlegung aus. Mit etwa 48 zu 45% spricht sich die psychologische Berufsgruppe für eine Vorverlegung und die ärztliche Berufsgruppe mit einem Anteil von etwa 53% gegen eine Vorverlegung aus.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	27	45,8
	Nein	28	47,5
	weiß nicht	1	1,7
	Keine Angabe	3	5,1
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	20	47,6
		nein	19	45,2
		weiß nicht	1	2,4
		keine Angabe	2	4,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	7	41,2
		nein	9	52,9
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

1.5. Bei der Beschränkung der Fragen auf das Verfahren, in welchem ausgebildet wird

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine klare Mehrheit der Gesamtexpertengruppe gegen eine solche Regelung. Beide Berufsgruppen unterscheiden sich in ihren Voten (etwa 91% vs. etwa 94%) nicht wesentlich.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	4	6,8
	nein	54	91,5
	keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	3	7,1
		Nein	38	90,5
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	1	5,9
		Nein	16	94,1
		Gesamt	17	100,0

1.6. Bei der Reduktion von Redundanzen zwischen Studieninhalten und schriftlicher Prüfung

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, votiert eine klare Mehrheit der Gesamtextpertengruppe für eine Reduktion der Redundanzen. Das Votum der ärztlichen Berufsgruppe fällt dabei mit etwa 94% deutliche aus als das Votum der psychologischen Berufsgruppe mit etwa 76%.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	48	81,4
	nein	11	18,6
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	32	76,2
		nein	10	23,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	16	94,1
		nein	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

3.4. Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse des Durchgangs 1 und der Ergebnisse der daraus abgeleiteten Fragen an die Expertinnen und Experten des Durchgangs 2 zu ausgewählten Zukunftsperspektiven

A. Mindestalter (bisher keine Vorgaben)

In **Phase 1** wurden folgende Statements für diesen Bereich abgegeben:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Die Mehrzahl der Experten ist hier für das Belassen der bisherigen Regelung (keine Vorgaben). Von Einigen wird eine Altersvorgabe von 25 Jahren vorgeschlagen.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Hier spricht sich ebenfalls die Mehrzahl der Experten für ein Belassen der bisherigen Regelung aus. Einige Experten schlagen auch für diesen Bereich ein Mindestalter von 25 Jahren vor.

Hieraus wurden für **Phase 2** folgende Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Soll für die PP-Ausbildung ein Mindestalter von 25 Jahren eingeführt werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich die Mehrheit der Gesamtextpertengruppe gegen ein solches Mindestalter aus. Das Votum der psychologischen Berufsgruppe fällt mit etwa 71% klarer aus als das der ärztlichen Berufsgruppe mit etwa 47%.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	16	27,1
	nein	38	64,4
	keine Angabe	5	8,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	11	26,2
		Nein	30	71,4
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	5	29,4
		Nein	8	47,1
		keine Angabe	4	23,5
		Gesamt	17	100,0

2. Soll für die die KJP-Ausbildung ein Mindestalter von 25 Jahren eingeführt werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich eine Mehrheit von etwa 66% der Gesamtexpertengruppe gegen ein Mindestalter aus. Das Votum der psychologischen Berufsgruppe fällt mit etwa 74% klarer aus als das der ärztlichen Berufsgruppe mit etwa 47%.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	15	25,4
	nein	39	66,1
	keine Angabe	5	8,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	10	23,8
		Nein	31	73,8
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	5	29,4
		Nein	8	47,1
		keine Angabe	4	23,5
		Gesamt	17	100,0

B. Mindestabschlüsse, die künftig berechtigen, die Ausbildung aufzunehmen (formal)

In **Phase 1** wurden folgende Statements abgegeben:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Hier sprechen sich fast alle Experten als Mindestabschluss für einen Diplom- bzw. einen Masterabschluss in Psychologie aus. Nur wehr wenige Experten schlagen einen Bachelorabschluss (mit psychologischen/ sozialwissenschaftlichen Inhalten) vor, diskutiert wird hier auch ein darauf folgender Psychotherapie-Master-Studiengang mit integrierter (praktischer) Psychotherapieausbildung.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Hier votieren die meisten Experten, die Ausbildung äquivalent der Erwachsenenbildung zu gestalten. Die große Mehrheit ist für einen Master- bzw. einen Diplomabschluss. Diskutiert wird auch, Personen mit (Heil-) Pädagogik- und Sozialpädagogikabschlüsse auf Masterlevel zuzulassen.

Hieraus wurden folgende Fragen für **Phase 2** abgeleitet und wie folgt beantwortet:

Welcher Mindestabschluss ist für die Ausbildung vorauszusetzen (bitte ankreuzen)?

1. Für Psychologische PsychotherapeutInnen

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, plädieren 91% der Gesamtextpertengruppe für Diplom/Master als Abschluss, wobei die psychologische Berufsgruppe ein Votum von 88% und die ärztliche Berufsgruppe ein Votum von 100% abgibt. Der Bachelor wird als Zugangsvoraussetzung von 95 % (psychologische Berufsgruppe) bzw. von 100% (ärztliche Berufsgruppe) als nicht ausreichend betrachtet.

	Gesamt	Psychologen	Mediziner
Diplom/Master in Psychologie +	54 (91 %)	37 (88 %)	17 (100 %)
Diplom/Master in Psychologie -	4 (7 %)	4 (9 %)	---
Bachelor in Psychologie +	1 (2 %)	1 (2 %)	---
Bachelor in Psychologie -	57 (97 %)	40 (95 %)	17 (100 %)
Sonstiger +	19 (32 %)	17 (40 %)	2 (12 %)
Sonstiger -	39 (36 %)	24 (57 %)	15 (89 %)

2. Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, wird von der Gesamtextpertengruppe als Zugangsvoraussetzung ein Abschluss als Diplom/Master in Psychologie (91%), als Master in Pädagogik (69%), als Master in Sozialpädagogik (66%) und als Master in Heilpädagogik (59%) präferiert. Bachelorabschlüsse werden über alle Fächer als nicht ausreichend betrachtet.

	Gesamt	Psychologen	Mediziner
Diplom/Master in Psychologie +	54 (91 %)	37 (88%)	17 (100 %)
Diplom/Master in Psychologie -	4 (7 %)	4 (9 %)	---
Bachelor in Psychologie +	1 (2 %)	1 (2 %)	---
Bachelor in Psychologie -	57 (97 %)	40 (95 %)	17 (100 %)
Master in Pädagogik +	41 (69 %)	29 (69 %)	12 (71 %)
Master in Pädagogik -	17 (29 %)	12 (29 %)	5 (29 %)
Bachelor in Pädagogik +	1 (2 %)	1 (2 %)	---
Bachelor in Pädagogik -	57 (97 %)	40 (95 %)	17 (100 %)
Master in Sozialpädagogik +	39 (66 %)	31 (74 %)	8 (47 %)
Master in Sozialpädagogik -	19 (32 %)	10 (24 %)	9 (53 %)

	Gesamt	Psychologen	Mediziner
Bachelor in Sozialpädagogik +	---	---	---
Bachelor in Sozialpädagogik -	58 (98 %)	41 (98 %)	17 (100 %)
Bachelor in Heilpädagogik +	---	---	---
Bachelor in Heilpädagogik -	57 (97 %)	40 (95 %)	17 (100 %)
Master in Heilpädagogik +	35 (59 %)	29 (69 %)	6 (35 %)
Master in Heilpädagogik -	22 (37 %)	11 (26 %)	11 (65 %)
Sonstiger +	12 (20 %)	10 (24 %)	2 (12 %)
Sonstiger -	45 (76 %)	30 (71 %)	15 (88 %)

C. **Mindestvoraussetzungen (inhaltlich), die künftig berechtigen, die Ausbildung aufzunehmen; Inhalte von Bachelor- und Masterstudiengängen, die ggf. zur Ausbildung berechtigen**

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Ein allgemeiner Konsens besteht darin, dass gute Kenntnisse der psychologischen Grundlagen vorhanden sein sollen. Die Bedeutung der klinischen Psychologie sei zu betonen. Weiterhin werden von mehreren Experten Kenntnisse der Grundlagen aller PT-Verfahren gefordert, sowie Kenntnisse in Forschung, Ethik und Gesundheitsökonomie.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Hier schließen sich die meisten Experten den o. g. Empfehlungen an. Es sollten ebenfalls gute psychologische Grundlagenkenntnisse vorhanden sein. Beim Pädagogikstudium sollte ein gewisses Mindestmaß an Kenntnissen der klinischen Psychologie gefordert werden. Der Masterabschluss in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik (mit Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches profil) sollte Zugangsvoraussetzung sein.

Hieraus wurden für **Phase 2** die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Welche inhaltlichen Voraussetzungen sollten der Psychotherapie-Ausbildung unbedingt vorgeschaltet sein (bitte ankreuzen)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, plädiert die Gesamtexpertengruppe für solide Kenntnisse in den Bereichen Psychologie (95%), klinische Psychologie/Störungswissen (95%), relevante Psychotherapieverfahren (71%), Forschungsmethoden (64%), Diagnostik/Begutachtung (86%), während solide Kenntnisse in Gesundheitspsychologie/Rehabilitation (68%), Ethik (70%), Pädagogik/Sozialpädagogik (88%), Recht (81%) und Gesundheitsökonomie (86%) vorausgesetzt werden. Im Vergleich zur ärztlichen wird dabei von der psychologischen Berufsgruppe mit 79% der Anteil Forschungsmethoden etwas stärker gewichtet.

a. Für Psychologische Psychotherapeuten

Antworten insgesamt

	Grundkenntnisse	solide Kenntnisse
- Psychologie	3 (5 %)	56 (95 %)
- klinische Psychologie/Störungswissen	3 (5 %)	56 (95 %)
- Relevante Psychotherapieverfahren	15 (25 %)	42 (71 %)
- Forschungsmethoden	21 (36 %)	38 (64 %)
- Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	40 (68 %)	17 (29 %)
- Diagnostik/Begutachtung	6 (10 %)	51 (86 %)
- Ethik	41 (70 %)	15 (25 %)
- Pädagogik/Sozialpädagogik	52 (88 %)	3 (5 %)
- Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	48 (81 %)	5 (8 %)
- Gesundheitsökonomie	51 (86 %)	1 (2 %)

Antworten Psychologen

	Grundkenntnisse	solide Kenntnisse
- Psychologie	2 (5 %)	40 (95 %)
- klinische Psychologie/Störungswissen	3 (7 %)	39 (93 %)
- Relevante Psychotherapieverfahren	10 (24 %)	31 (74 %)
- Forschungsmethoden	9 (21 %)	33 (79 %)
- Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	25 (60 %)	16 (38 %)
- Diagnostik/Begutachtung	4 (9 %)	37 (88 %)
- Ethik	27 (64 %)	13 (31 %)
- Pädagogik/Sozialpädagogik	36 (86 %)	3 (7 %)
- Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	33 (79 %)	5 (12 %)
- Gesundheitsökonomie	36 (86 %)	1 (2 %)

Antworten Mediziner

	Grundkenntnisse	solide Kenntnisse
- Psychologie	1 (6 %)	16 (94 %)
- klinische Psychologie/Störungswissen	---	17 (100 %)
- Relevante Psychotherapieverfahren	5 (29 %)	11 (65 %)
- Forschungsmethoden	12 (71 %)	5 (29 %)
- Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	15 (88 %)	1 (6 %)
- Diagnostik/Begutachtung	2 (12 %)	14 (82 %)
- Ethik	14 (82 %)	2 (12 %)
- Pädagogik/Sozialpädagogik	16 (94 %)	1 (6 %)
- Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	15 (88 %)	---
- Gesundheitsökonomie	15 (88 %)	---

b. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, plädiert die Gesamtexpertengruppe für solide Kenntnisse in den Bereichen Psychologie (83%), klinische Psychologie/Störungswissen (88%), relevante Psychotherapieverfahren (68%), Forschungsmethoden (63%), Diagnostik/Begutachtung (81%) und Pädagogik/Sozialpädagogik (75%), während solide Kenntnisse in Gesundheitspsychologie/Rehabilitation (73%), Ethik (73%), Recht (56%) und Gesundheitsökonomie (85%) vorausgesetzt werden. Im Vergleich zur ärztlichen wird dabei von der psychologischen Berufsgruppe der Anteil Forschungsmethoden (76%) etwas stärker gewichtet.

Antworten insgesamt

	Grundkenntnisse	solide Kenntnisse
- Psychologie	9 (15 %)	49 (83 %)
- klinische Psychologie/Störungswissen	6 (10 %)	52 (88 %)
- Relevante Psychotherapieverfahren	17 (29 %)	40 (68 %)
- Forschungsmethoden	22 (37 %)	37 (63 %)
- Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	43 (73 %)	14 (24 %)
- Diagnostik/Begutachtung	10 (17 %)	48 (81 %)
- Ethik	43 (73 %)	14 (24 %)
- Pädagogik/Sozialpädagogik	12 (20 %)	44 (75 %)
- Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	33 (56 %)	22 (37 %)
- Gesundheitsökonomie	50 (85 %)	1 (2 %)

Antworten Psychologen

	Grundkenntnisse	solide Kenntnisse
- Psychologie	6 (14 %)	36 (86 %)
- klinische Psychologie/Störungswissen	4 (9 %)	38 (90 %)
- Relevante Psychotherapieverfahren	12 (29 %)	29 (69 %)
- Forschungsmethoden	10 (24 %)	32 (76 %)
- Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	28 (67 %)	13 (31 %)
- Diagnostik/Begutachtung	7 (17 %)	35 (83 %)
- Ethik	29 (70 %)	12 (29 %)
- Pädagogik/Sozialpädagogik	9 (21 %)	30 (71 %)
- Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	20 (48 %)	19 (45 %)
- Gesundheitsökonomie	36 (86 %)	1 (2 %)

Antworten Mediziner

	Grundkenntnisse	solide Kenntnisse
- Psychologie	3 (18 %)	13 (76 %)
- klinische Psychologie/Störungswissen	2 (12 %)	14 (82 %)
- Relevante Psychotherapieverfahren	5 (29 %)	11 (65 %)
- Forschungsmethoden	12 (71 %)	5 (29 %)
- Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	15 (88 %)	1 (6 %)
- Diagnostik/Begutachtung	3 (18 %)	13 (76 %)
- Ethik	14 (82 %)	2 (12 %)
- Pädagogik/Sozialpädagogik	3 (18 %)	14 (82 %)
- Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	13 (76 %)	3 (18 %)
- Gesundheitsökonomie	14 (82 %)	---

In den Diskussionen um die Neugestaltung der Ausbildung ist die Rede davon, vergleichbar zur Approbationsordnung für Ärzte eine Festlegung von Ausbildungsinhalten vorzunehmen, die in unterschiedlicher Weise erworben (z.B. im Rahmen des Studiums, einer Aus- oder Weiterbildung) werden und von einer autorisierten Behörde geprüft werden müssen. Halten Sie ein derartiges Modell für sinnvoll (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht wird von der Gesamtexpertengruppe ein derartiges Modell mit etwa 46% bejaht, wobei die psychologische Berufsgruppe mit etwa 52% positiv votiert.

gesamt	Häufigkeit	Prozent
Gültig ja	27	45,8
nein	22	37,3
keine Angabe	10	16,9
Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	22	52,4
		Nein	16	38,1
		keine Angabe	4	9,5
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	5	29,4
		Nein	6	35,3
		keine Angabe	6	35,3
		Gesamt	17	100,0

D. Auswahlverfahren (zukünftige AusbildungsteilnehmerInnen, formale und inhaltliche Kriterien)

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Hier spricht sich die Mehrheit der Experten dafür aus, die bisherigen Regelungen beizubehalten. Besonders betont wird die Bedeutung der persönlichen Auswahlverfahren durch die jeweiligen Institute. Einige Experten diskutieren, ob es sinnvoll sei 2 Erstinterviews durch verschiedenen-geschlechtliche Lehrtherapeuten standardmäßig durchführen zu lassen.

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Mehrere Experten betonen hier noch einmal die Wichtigkeit des Masterabschluss als Voraussetzung. Wichtig erscheint auch hier die Bedeutung der Auswahlverfahren. Besonders hervorgehoben wird von mehreren Experten die Wichtigkeit von praktischen Erfahrungen mit Kindern, möglichst sollten schon Berufserfahrungen nach Studienabschluss vorliegen.

Hieraus wurden folgende Fragen für **Phase 2** abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Welche Auswahlverfahren oder Zugangsvoraussetzungen betrachten Sie als unabdingbar (1 = ja, 2 = nein)?

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht plädiert die Gesamtextpertengruppe für PP und KJP konsistent für ein Auswahlverfahren durch die Institute. Erstinterviews werden als unbedingt notwendig erachtet. Während für PP und KJP Berufserfahrung nach dem Studium von 58% der Gesamtextpertengruppe nicht als notwendig erachtet wird, werden für KJP von 54% der Gesamtextpertengruppe Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern als sinnvoll bezeichnet. Diese Votum basiert allerdings auf 76% positiver Einschätzungen durch die ärztliche Berufsgruppe, während die psychologische Berufsgruppe dies nur zu 45% als sinnvoll annimmt.

<u>Für Psychologische Psychotherapeuten</u>	Insgesamt	Psychologen	Mediziner
Auswahlverfahren durch die Institute	59 (100 %)	42 (100 %)	17 (100 %)
Erstinterviews ja	48 (81 %)	33 (79 %)	15 (88 %)
Erstinterviews nein	11 (19 %)	9 (21 %)	2 (12 %)
Berufserfahrung nach Studium ja	18 (30 %)	13 (31 %)	5 (29 %)
Berufserfahrung nach Studium nein	34 (58 %)	27 (64 %)	7 (41 %)

Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten

	Insgesamt	Psychologen	Mediziner
Auswahlverfahren durch die Institute	59 (100 %)	42 (100 %)	17 (100 %)
Erstinterviews ja	47 (80 %)	32 (76 %)	15 (88 %)
Erstinterviews nein	11 (19 %)	9 (21 %)	2 (12 %)
Berufserfahrung nach Studium ja	18 (31 %)	13 (31 %)	5 (29 %)
Berufserfahrung nach Studium nein	34 (58 %)	27 (64 %)	7 (41 %)
Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern ja	32 (54 %)	19 (45 %)	13 (76 %)
Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern nein	26 (44 %)	22 (52 %)	4 (24 %)

E. Bewertung der unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen für PP, KJP

In der **Phase 1** sprach sich die Mehrzahl der Experten für einheitliche Zulassungsvoraussetzungen (Master) für PP und KJP aus. Die bisherigen Unterschiede seien nicht nachvollziehbar, da die Arbeit mit Kindern keineswegs leichter sei und auch Elternarbeit, also Arbeit mit Erwachsenen, beinhaltet. Einige Experten diskutieren allerdings, dass die unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen erhalten bleiben sollten. Grundsätzlich sei ein breites Spektrum zu begrüßen. Hier schlagen einige vor, nachweispflichtige Studieninhalte (z. B. für Pädagogen) zu definieren und Quereinstiege (Bachelorabschluss) zu ermöglichen.

Hieraus wurde die folgende Frage für **Phase 2** abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollten einheitliche Zulassungsvoraussetzungen für PP und KJP eingeführt werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, sprechen sich etwa 86% der Gesamtextpertengruppe für einheitliche Zugangsvoraussetzungen auf, die zu etwa 90% von der psychologischen Berufsgruppe besonders betont werden.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	51	86,4
	nein	6	10,2
	keine Angabe	2	3,4
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	38	90,5
		nein	3	7,1
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	13	76,5
		nein	3	17,6
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

- F. Sind PP nach der Approbation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP? Bitte begründen!**

Unter den Experten besteht in diesem Punkt in **Phase 1** ein klarer Konsens. Die PP seien für die Behandlung mit Kindern und Jugendlichen schlechter ausgebildet, insbesondere für die Behandlung mit Kindern. Es fehlten den PP u.a. Erfahrung im Umgang mit Kindern, fundierte Kenntnisse in Entwicklungspsychopathologie, sowie in speziellen Behandlungstechniken.

Fragen zur Phase 2: s. Teil I, E

- G. Sind PP nach der Approbation und mit Zusatzqualifikation (Psychotherapievereinbarung, KV) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP? Bitte begründen!**

Die Expertenantworten teilen sich hier in **Phase 1** in 2 Gruppen. Die eine Hälfte der Experten ist der Meinung, dass PP auch mit Zusatzqualifikation deutlich schlechter für die Behandlung mit Kindern und Jugendlichen qualifiziert seien. Sie begründen dies vor allem mit der nicht ausreichenden Zahl praktischer Fälle. Die andere Hälfte der Experten diskutiert, die PP seien gleich gut qualifiziert, da diese umfangreicheres Wissen, z.B. über Störungen im Lebensverlauf, besitzen würden.

Fragen zur Phase 2: s. Teil I, E

- H. Mit welcher Berufsgraduierung sollen PP und KJP künftig abschließen (z. B. wie sollten sie vergleichsweise in das Besoldungssystem eingruppiert werden)?**

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Die Mehrzahl der Experten spricht sich für eine Einstufung analog den Fachärzten aus (EG 15TVöD, BAT Ib, mind. TVöD 14). Einige Experten plädieren für eine Einstufung nach TÖVD 13 (nach Masterabschluss).

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Hier ist die Mehrzahl der Experten für eine Einstufung der KJP Kollegen nach BAT Ib (analog dem Facharzt) (bzw. TVöD: mind. 14, bzw. TVöD EG 15). Einige Experten sprechen sich für eine Einstufung nach TÖVD 13, nach Master of science oder Promotion aus.

Hieraus wurden folgende Fragen für **Phase 2** abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollten Psychologische Psychotherapeuten zukünftig facharztäquivalent besoldet werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, plädieren etwa 83% der Gesamtextpertengruppe für eine facharztäquivalente Besoldung, wobei dieses Votum wesentlich durch 100% der psychologischen Berufsgruppe getragen wird.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	49	83,1
	nein	5	8,5
	keine Angabe	5	8,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	7	41,2
		Nein	5	29,4
		keine Angabe	5	29,4
		Gesamt	17	100,0

2. Sollten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zukünftig facharztäquivalent besoldet werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, plädieren 78% der Gesamtextpertengruppe für eine facharztäquivalente Besoldung. Die psychologische Berufsgruppe hält dies mit einem Anteil von nahezu 98% für notwendig, während die ärztliche Berufsgruppe nur zu etwa 29% positiv votiert.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	46	78,0
	nein	8	13,6
	keine Angabe	5	8,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	41	97,6
		Nein	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	5	29,4
		Nein	7	41,2
		keine Angabe	5	29,4
		Gesamt	17	100,0

3. Sollten Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zukünftig gleich besoldet werden? (1 = ja / 2 = nein)

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, votiert ein Anteil von etwa 95% der Gesamt-expertengruppe für eine gleiche Besoldung, wobei diese Einschätzung von der psychologischen Berufsgruppe mit nahezu 98% stärker betont wird.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	56	94,9
	nein	3	5,1
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	41	97,6
		Nein	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	15	88,2
		Nein	2	11,8
		Gesamt	17	100,0

I. Wie sollte die Psychotherapieausbildung zukünftig konzeptualisiert und gewichtet werden? (z. B. Ausbildung in einzelnen Verfahren, in Verfahrenskombinationen, eher störungsspezifisch, an Wirkfaktoren orientiert?)

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Dieser Punkt wird unterschiedlich diskutiert. Die Mehrzahl der Experten spricht sich für ein Schwerpunktverfahren aus, wobei es wichtig sei, Kenntnisse in anderen Verfahren, Differentialdiagnostik, sowie störungsspezifische Besonderheiten und Wirkfaktoren zu vermitteln. Mehrere Experten wiederum halten Verfahrenskombinationen (Richtlinien-orientiert) für sinnvoll. Eine andere Gruppe votiert für folgende Gliederung für alle Kandidaten der Psychotherapieausbildung: 1. Abschnitt: Allgemeine Psychotherapieausbildung (an Wirkfaktoren orientiert). Danach eine vertiefte Ausbildung in einem Verfahren und schließlich ein Abschnitt, der störungsspezifisch ausgerichtet sei sinnvoll. Eine verfahrenskombinierte Ausbildung sei in 3 - 5 Jahren fundiert nicht leistbar.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Hier spricht sich die Mehrheit ebenfalls für ein Schwerpunktverfahren aus. Einige Experten plädieren auch hier für eine Verfahrenskombination. Wichtig seien jeweils aber auch störungsspezifische Kenntnisse, personale Kompetenzen, Zusatzverfahren und Techniken. Eine andere Expertengruppe votiert für folgende Gliederung für alle Ausbildungskandidaten: 1. Abschnitt allgemeine Psychotherapieausbildung (an Wirkfaktoren orientiert). Danach eine vertiefte Ausbildung für ein Verfahren und schließlich ein Abschnitt, der störungsspezifisch ausgerichtet sei. Eine verfahrenskombinierte Ausbildung sei in 3 - 5 Jahren fundiert nicht leistbar!

Hieraus wurden folgende Fragen für **Phase 2** abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Wie sollte die zukünftige Psychotherapieausbildung konzeptualisiert und gewichtet werden? Bitte bringen Sie die genannten 5 Faktoren in eine Rangreihe (von 1 = Priorität bis 4 = nachgeordnet):

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, wird für PP von der Gesamtexpertengruppe eine Ausbildung im Schwerpunktverfahren mit umfassenden Kenntnissen in anderen Verfahren präferiert (59%) und eine Ausbildung in einzelnen Verfahren etwas nachrangiger bewertet (Rang 1 und 2 mit zusammen 73%). Die anderen Ansätze spielen eine vergleichsweise weniger relevante Rolle.

Für Psychologische Psychotherapeuten:

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Rang 5
Ausbildung in einzelner Verfahren					
- Gesamt	22 (37 %)	21 (36 %)	6 (10 %)	2 (3 %)	4 (7 %)
- Psychologen	18 (43 %)	12 (29 %)	5 (12 %)	2 (5 %)	1 (2 %)
- Mediziner	4 (23 %)	9 (53 %)	1 (6 %)	---	3 (18 %)
Ausbildung in Verfahrenskombinationen					
- Gesamt	---	5 (8 %)	15 (25 %)	26 (44 %)	5 (8%)
- Psychologen	---	4 (9 %)	13 (31 %)	13 (31 %)	5 (12 %)
- Mediziner	---	1 (6 %)	2 (12 %)	13 (76 %)	---
Ausbildung im Schwerpunktverfahren und umfassende Kenntnisse in anderen					
- Gesamt	35 (59 %)	11 (19 %)	6 (10 %)	2 (3 %)	1 (2 %)
- Psychologen	23 (55 %)	8 (19 %)	4 (9 %)	2 (5 %)	1 (2 %)
- Mediziner	12 (71 %)	3 (18 %)	2 (12 %)	---	---
störungsspezifische Ausbildung					
- Gesamt	6 (10 %)	8 (14 %)	16 (27 %)	20 (34 %)	4 (7 %)
- Psychologen	5 (12 %)	7 (17 %)	6 (14 %)	17 (40 %)	3 (7 %)
- Mediziner	1 (6 %)	1 (6 %)	10 (59 %)	3 (18 %)	1 (6 %)
wirkfaktorenorientierte Ausbildung					
- Gesamt	2 (3 %)	13 (22 %)	11 (19 %)	22 (37 %)	4 (7 %)
- Psychologen	---	10 (24 %)	11 (26 %)	11 (26 %)	4 (9 %)
- Mediziner	2 (12 %)	3 (18 %)	---	11 (65 %)	---

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, wird für KJP ebenfalls von der Gesamtexpertengruppe eine Ausbildung im Schwerpunktverfahren mit umfassenden Kenntnissen in anderen Verfahren präferiert (58%) und eine Ausbildung in einzelnen Verfahren etwas nachrangiger bewertet (Rang 1 und 2 mit zusammen 63%). Andere Ansätze spielen eine vergleichsweise weniger relevante Rolle.

Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Rang 5
Ausbildung in einzelner Verfahren					
- Gesamt	22 (37 %)	21 (36 %)	6 (10 %)	2 (3 %)	4 (7 %)
- Psychologen	18 (43 %)	12 (30 %)	5 (12 %)	2 (5 %)	1 (2 %)
- Mediziner	4 (23 %)	9 (53 %)	1 (6%)	---	3 (18 %)
Ausbildung in Verfahrenskombinationen					
- Gesamt	---	6 (10 %)	14 (24 %)	26 (44 %)	5 (8 %)
- Psychologen	---	4 (9 %)	13 (31 %)	13 (31 %)	5 (12 %)
- Mediziner	2 (12 %)	1 (6 %)	13 (76 %)	---	---
Ausbildung im Schwerpunktverfahren und umfassende Kenntnisse in anderen					
- Gesamt	34 (58 %)	10 (17 %)	7 (12 %)	3 (5 %)	1 (2 %)
- Psychologen	22 (52 %)	7 (17 %)	5 (12 %)	3 (7 %)	1 (2 %)
- Mediziner	12 (71 %)	3 (18 %)	2 (12 %)	---	---

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Rang 5
Störungsspezifische Ausbildung					
- Gesamt	6 (10 %)	9 (15 %)	16 (27 %)	20 (34 %)	4 (7 %)
- Psychologen	5 (12 %)	8 (19 %)	6 (14 %)	17 (40 %)	3 (7 %)
- Mediziner	1 (6 %)	1 (6 %)	10 (59 %)	3 (18 %)	1 (6 %)
wirkfaktorenorientierte Ausbildung					
- Gesamt	2 (3 %)	15 (25 %)	10 (17 %)	21 (36 %)	4 (7 %)
- Psychologen	---	12 (29 %)	10 (24 %)	10 (24 %)	4 (9 %)
- Mediziner	2 (12 %)	3 (18 %)	---	11 (65 %)	---

J. Struktur der Ausbildung bzw. des Berufsweges (wie bisher, d.h. Ausbildung nach der Ausbildung (= 2. Beruf); Master- oder postgraduale Studiengänge; Direktausbildung, d.h. Erstausbildung mit „(Teil-) Approbation“ und Weiterbildung zum (KJ)-Psychotherapeuten; anderes...)

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Zur Frage, ob bzw. in wie weit die Struktur der Ausbildung insgesamt verändert werden sollte votiert die Mehrzahl der Experten für eine Ausbildung nach der Ausbildung (sprich berufsqualifizierendem Studienabschluss), Postgraduale Studiengänge seien ergänzend sinnvoll. Mehrere Experten betonen aber die Wichtigkeit, Teile der Ausbildung (z. B. Theorie) im Masterstudiengang zu absolvieren und auch an den Hochschulen anzusiedeln.

Eine weitere Gruppe spricht sich für eine Direktausbildung aus.

Die Frage des Masterabschlusses wird kontrovers diskutiert. Wenige Experten sprechen sich für einen eigenständigen Masterabschluss in Psychotherapie(wissenschaften) aus, einige Experten sind explizit dagegen.

Eine Gruppe schlägt folgende Struktur vor: die Hochschulausbildung verfahrensübergreifend, mit theoretischen Grundlagen, diagnostischen Basisfertigkeiten – Postgraduale Ausbildung PT, verfahrensspezifisch, Vertiefung der Persönlichkeits-, Störungs- u. Veränderungstheorie, Indikations-, Prozess- u. Veränderungsdiagnostik einschl. Evaluation von Behandlungsverläufen, Fähigkeit zur Realisierung von verfahrensspezifischen differentiellen Psychotherapie-Strategien (Einzel, Paare, Familien u. Gruppen), Qualifikation zu präventiver und rehabilitativer Tätigkeit. Zu den ansonsten diskutierten Modellen zählt auch die Medizinerorientierung der Ausbildung im Sinne einer Vorverlegung der Approbation (Abschluss des Studiums) mit nachfolgender Weiterbildung.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Viele Experten plädieren für die gleiche Struktur wie oben. Die übrigen Experten diskutieren diesen Punkt sehr unterschiedlich. Eine Expertengruppe plädiert für eine Ausbildung nach der Ausbildung, eine andere Gruppe ist für eine Direktausbildung. Eine gleiche Zahl von Experten spricht sich jeweils für einen Master- bzw. einen Bachelorabschluss aus. Eine weitere Gruppe fordert andere Lösungen.

Hieraus wurden folgende Fragen für **Phase 2** abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Welche Ausbildungsstruktur hat für Sie die höchste Priorität (bitte jeweils nur eine Antwort ankreuzen)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, votiert die Gesamtexpertengruppe für die PP mit 75% für eine Ausbildung nach der Ausbildung, wobei hier die psychologische Berufsgruppe mit 69% und die ärztliche Berufsgruppe mit 88% positiv einschätzt. Die Alternativvorschläge werden deutlich nachrangig beurteilt. Für die KJP-Ausbildung ergibt sich ein analoges Votum. Auch hier

votiert die Gesamtextpertengruppe mit 73% für eine Ausbildung nach der Ausbildung, während die anderen Optionen als weniger relevant eingeschätzt werden.

Für Psychologische Psychotherapeuten:

	Priorität	keine
Ausbildung nach der Ausbildung (wie bisher)		
- Gesamt	44 (75 %)	12 (20 %)
- Psychologen	29 (69 %)	11 (26 %)
- Mediziner	15 (88 %)	1 (6 %)
Postgradualer universitärer Studiengang		
- Gesamt	3 (5 %)	53 (90 %)
- Psychologen	2 (5 %)	38 (91 %)
- Mediziner	1 (6 %)	15 (88 %)
Direktausbildung („Studium“)		
- Gesamt	2 (3 %)	54 (91 %)
- Psychologen	2 (5 %)	38 (91 %)
- Mediziner	---	16 (94 %)
Vorverlegung der Approbation mit nachfolgender Weiterbildung		
- Gesamt	5 (8 %)	51 (86 %)
- Psychologen	5 (12 %)	35 (83 %)
- Mediziner	---	16 (94 %)
Anderes, bitte nennen		
- Gesamt	6 (10 %)	50 (85 %)
- Psychologen	6 (14 %)	34 (81 %)
- Mediziner	---	16 (94 %)

Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

	Priorität	keine
Ausbildung nach der Ausbildung (wie bisher)		
- Gesamt	43 (73 %)	12 (20 %)
- Psychologen	29 (69 %)	11 (26 %)
- Mediziner	14 (82 %)	1 (6 %)
postgradualer universitärer Studiengang		
- Gesamt	3 (5 %)	52 (88 %)
- Psychologen	2 (5 %)	38 (90 %)
- Mediziner	1 (6 %)	14 (82 %)
Direktausbildung („Studium“)		
- Gesamt	2 (3 %)	53 (90%)
- Psychologen	2 (5 %)	38 (90 %)
- Mediziner	---	15 (88 %)
Vorverlegung der Approbation mit nachfolgender Weiterbildung		
- Gesamt	5 (8 %)	50 (85 %)
- Psychologen	5 (12 %)	35 (83 %)
- Mediziner	---	15 (88 %)
Anderes, bitte nennen		
- Gesamt	6 (10 %)	49 (83 %)
- Psychologen	6 (14 %)	34 (81 %)
- Mediziner	---	15 (88 %)

2. Sollte als Abschluss der PP ein Masterdegree vergeben werden? (1 = ja / 2 = nein)

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, votiert die Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit nahezu 76% gegen einen Masterdegree, wobei sich in den Einschätzungen der Berufsgruppen keine besonderen Unterschiede zeigen.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	7	11,9
	nein	44	74,6
	keine Angabe	8	13,6
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	5	11,9
		nein	31	73,8
		keine Angabe	6	14,3
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	2	11,8
		nein	13	76,5
		keine Angabe	2	11,8
		Gesamt	17	100,0

3. Sollte als Abschluss der KJP ein Masterdegree vergeben werden? (1 = ja / 2 = nein)

Ein analoges Votum ergibt sich für den KJP-Abschluss. Auch hier votiert die Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit nahezu 75% gegen einen Masterdegree.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	7	11,9
	nein	44	74,6
	keine Angabe	8	13,6
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	5	11,9
		Nein	31	73,8
		keine Angabe	6	14,3
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	2	11,8
		nein	13	76,5
		keine Angabe	2	11,8
		Gesamt	17	100,0

K. Verortung der Durchführung der Ausbildung (z. B. universitäre Studiengänge, universitätsverzahnte – privatrechtliche – Institute, private Ausbildungsinstitute; ggf. Aufteilung welcher Bausteine auf unterschiedliche Institutionen?)

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Mehrzahl der Experten möchte die Vielfalt der Ausbildungsstrukturen beibehalten, möglicherweise seien Teile der Theorieausbildung in das vorausgehende Studium vorzuverlegen. Sie fordern eine gute Kooperation zwischen Theorie und Praxis. Eine Expertengruppe spricht sich für eine rein universitäre Verortung aus, eine andere Gruppe votiert für eine notwendigerweise „universitätsverzahnte“ Verortung. Einige andere Experten sprechen sich für private und universitätsverbundene – privatrechtliche – Institute aus.

Hieraus wurden für die **Phase 2** die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Welchem Verortungsmodell der Ausbildung würden Sie Priorität einräumen (bitte nur eine Angabe):

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, plädiert die Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit 81% für ein Nebeneinander verschiedener Organisationsformen. Eine notwendige Kooperation privatrechtlicher Institute mit universitären Studiengängen und ausschließliche universitäre Studiengänge werden demgegenüber als nachrangig relevant beurteilt.

	Priorität	keine
Nebeneinander verschiedener Organisationsformen wie bisher		
- Gesamt	48 (81 %)	11 (19 %)
- Psychologen	33 (79 %)	9 (21 %)
- Mediziner	15 (88 %)	2 (12 %)
Notwendige Kooperation privatrechtlicher Institute mit universitären Studiengängen		
- Gesamt	13 (22 %)	46 (78 %)
- Psychologen	10 (24 %)	32 (76 %)
- Mediziner	3 (18 %)	14 (82 %)
Ausschließlich universitäre Studiengänge		
- Gesamt	3 (5 %)	56 (95 %)
- Psychologen	2 (5 %)	40 (95 %)
- Mediziner	1 (6 %)	16 (94 %)

L. Verteilung von Ausbildungsstätten (z. B. Anzahl pro Einwohner)

Die Mehrheit der Experten spricht sich in **Phase 1** für die Marktregulierung aus, einige Experten fordern zusätzlich eine staatliche Förderung für die Gründung von Ausbildungsinstituten in unterversorgten Gebieten (z. B. neue Bundesländer).

Hieraus wurde für **Phase 2** die folgende Frage abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sehen Sie einen Regulierungsbedarf bei der Verteilung von Ausbildungsstätten (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, wird ein Regulierungsbedarf von 78% der Gesamtextpertengruppe und von etwa 93% der psychologischen Berufsgruppe verneint, während etwa 53% der ärztlichen Berufsgruppe einen Bedarf sieht.

Regulierungsbedarf bei Verteilung der Ausbildungsstätten

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	12	20,3
	nein	46	78,0
	keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	3	7,1
		nein	39	92,9
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	9	52,9
		nein	7	41,2
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

M. Sollten die Ausbildungsinstitute an Universitäten angebunden werden? Wenn ja, in welcher Form?

Die Mehrzahl der Experten hält dies in ihren Statements in **Phase 1** für möglich, aber nicht für zwingend, eine Kooperation wird für sinnvoll erachtet. Die Dozenten der Universitäten und Ausbildungsinstitute sollten an beiden Orten Vorlesungen/Seminare durchführen. Eine Gruppe Experten befürwortet dies, es sei mehr Forschung möglich, sowie eine evidenzbasierte Ausbildung. Die Institute könnten mit Psychologischen und Psychosomatischen Abteilungen verzahnt werden. Eine kleine Gruppe spricht sich klar dagegen aus.

Fragen zu Phase 2: s. Fragen bei K.

N. Welche Mindestanforderungen sollten an Ausstattung und Qualitätssicherung von Ausbildungsinstituten gestellt werden?

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Mehrzahl der Experten halten regelmäßige verbindliche QS-Maßnahmen (extern und intern) für wichtig. Folgende Vorschläge werden hierzu gemacht: eine Ausbildungsteilnehmerbefragung (anonym); Qualitätszirkel; Evaluation (Fremd/Selbst); Evaluation der Lehre; Lehrende müssen über ausreichende therapeutische Erfahrung verfügen; Mindeststandards für Anzahl und Qualifikation der Dozenten, Supervisoren und SE-Leiter.

Eine weitere große Gruppe der Experten meint, dass die Ausstattung bereits durch das PsychThG festgelegt wird. Hier legt eine Gruppe Wert auf eine gute räumliche Ausstattung (altersgerecht, Elternbereich, Behandlungsräume), eine andere betont die Wichtigkeit der altersgerechten Ausstattung bei Instituten für Kinder, sowie geeignete Räume für Angehörige. Eine angemessene Ausstattung mit Computer, Video etc. sei wichtig.

Hieraus wurden für die **Phase 2** die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Welche Mindestanforderungen an Ausstattung und Qualitätssicherung der Ausbildungsinstitute halten Sie für unabdingbar?

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, werden von der Gesamtexpertengruppe regelmäßige interne Befragungen der Ausbildungsteilnehmer (86%), regelmäßige interne Befragungen der Ausbilder (66%), eine interne Evaluation der Ausbildungsergebnisse (83%), eine Definition von Mindestvoraussetzungen an die Anzahl (68%) und die Qualifikation (95%) der Ausbilder sowie eine Definition der räumlichen und apparativen Ausstattung der Institute (88%) als unabdingbar angesehen. Demgegenüber werden externe Evaluationsstrategien eher skeptisch beurteilt.

	trifft zu	trifft nicht zu
Regelmäßige Befragungen der Ausbildungsteilnehmer (intern)		
- Gesamt	51 (86 %)	8 (14 %)
- Psychologen	37 (88 %)	5 (12 %)
- Mediziner	14 (82 %)	3 (18 %)
Regelmäßige Befragungen der Ausbildungsteilnehmer (durch unabhängige Externe)		
- Gesamt	18 (30 %)	41 (70 %)
- Psychologen	14 (33 %)	28 (67 %)
- Mediziner	4 (23 %)	13 (77 %)
Regelmäßige Befragungen der Ausbilder (intern)		
- Gesamt	39 (66 %)	20 (34 %)
- Psychologen	30 (71 %)	12 (29 %)
- Mediziner	9 (53 %)	8 (47 %)
Regelmäßige Befragungen der Ausbilder (durch unabhängige Externe)		
- Gesamt	7 (12 %)	52 (88 %)
- Psychologen	5 (12 %)	37 (88 %)
- Mediziner	2 (12 %)	15 (88 %)
Evaluation der Ausbildungsergebnisse (intern)		
- Gesamt	49 (83 %)	10 (17 %)
- Psychologen	33 (79 %)	9 (21 %)
- Mediziner	16 (94 %)	1 (6 %)
Evaluation der Ausbildungsergebnisse (extern)		
- Gesamt	28 (47 %)	31 (53 %)
- Psychologen	18 (43 %)	24 (57 %)
- Mediziner	10 (59 %)	7 (41 %)
Teilnahme an Qualitätszirkeln der Institute		
- Gesamt	23 (39 %)	35 (59 %)
- Psychologen	17 (40 %)	24 (57 %)
- Mediziner	6 (35 %)	11 (65 %)
Definition von Mindestvoraussetzungen an die Anzahl der Ausbilder		
- Gesamt	40 (68 %)	19 (32 %)
- Psychologen	27 (64 %)	15 (36 %)
- Mediziner	13 (77 %)	4 (23 %)
Definition von Mindestvoraussetzungen an die Qualifikation der Ausbilder		
- Gesamt	56 (95 %)	3 (5 %)
- Psychologen	40 (95 %)	2 (5 %)
- Mediziner	16 (94 %)	1 (6 %)
Definition einer räumlichen und apparativen Minimalausstattung der Institute		
- Gesamt	52 (88 %)	7 (12 %)
- Psychologen	38 (91 %)	4 (9 %)
- Mediziner	14 (82 %)	3 (18 %)

O. Sollten Ausbildungsstätten künftig zertifiziert werden (ggf. durch wen)?

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Eine Gruppe Experten spricht sich mit einem klaren Nein dagegen aus. Eine größere Gruppe meint die Anerkennung der Landesbehörden sei ausreichend. Die Mehrzahl der Experten befürwortet diese Frage (z. B.: durch Akkreditierungsagenturen; durch die Landesprüfungsämter in Kooperation mit Landes PT Kammern; durch Psychotherapeutenkammern; durch das Gesundheitsministerium oder durch eine Zertifizierung durch ein unabhängiges Institut oder durch Beiräte).

Hieraus wurden die folgenden Fragen für **Phase 2** abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollten Institute zukünftig zertifiziert werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, lehnen etwa 56% der Gesamtexpertengruppe eine Zertifizierung der Institute ab, wobei der Anteil der psychologischen Berufsgruppe bei 50% und der der Ärztlichen bei etwa 71% Ablehnung liegt.

Zertifizierung der Institute

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	24	40,7
	nein	33	55,9
	weiß nicht	1	1,7
	keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	19	45,2
		Nein	21	50,0
		weiß nicht	1	2,4
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	5	29,4
		Nein	12	70,6
		Gesamt	17	100,0

2. Sollten in regelmäßigen Abständen ein Rezertifizierungsverfahren erfolgen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, werden von der Mehrheit der Gesamtexpertengruppe (etwa 52%) auch Rezertifizierungsverfahren abgelehnt. Der Anteil der psychologischen Berufsgruppe liegt dabei bei etwa 45% und der der Ärztlichen bei etwa 71% Ablehnung.

regelmäßige Rezertifizierungsverfahren

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	21	35,6
	Nein	31	52,5
	keine Angabe	7	11,9
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	16	38,1
		Nein	19	45,2
		keine Angabe	7	16,7
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	5	29,4
		Nein	12	70,6
		Gesamt	17	100,0

3. Wer sollte ggf. die Zertifizierung durchführen (bitte nur eine Angabe)?

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, votiert die Mehrheit der Gesamtexpertengruppe mit 42% dafür, dass für eine etwaige Zertifizierung die Landesprüfungsämter herangezogen werden. In der psychologischen Berufsgruppe votieren 31% für die Landesprüfungsämter und 21% für unabhängige Akkreditierungsinstitute. Die anderen Optionen werden nachrangig beurteilt.

	trifft zu	trifft nicht zu
Landesprüfungsämter		
- Gesamt	25 (42 %)	18 (30 %)
- Psychologen	13 (31 %)	14 (33 %)
- Mediziner	12 (71 %)	4 (23 %)
Landespsychotherapeutenkammern		
- Gesamt	8 (14 %)	35 (59 %)
- Psychologen	6 (14 %)	21 (50 %)
- Mediziner	2 (12 %)	14 (82 %)
Gesundheits- oder Sozialministerium der Länder		
- Gesamt	3 (5 %)	40 (68 %)
- Psychologen	3 (7 %)	24 (57 %)
- Mediziner	---	16 (94 %)
Unabhängige Akkreditierungsinstitute		
- Gesamt	11 (19 %)	32 (54 %)
- Psychologen	9 (21 %)	18 (43 %)
- Mediziner	2 (12 %)	14 (82 %)
Beiräte		
- Gesamt	5 (8 %)	38 (64 %)
- Psychologen	3 (7 %)	24 (57 %)
- Mediziner	2 (12 %)	14 (82 %)

P. Bewertung der Kosten der Ausbildung und Förderung (z. B. Höhe der Kosten, BAföG)

Die Mehrzahl der Experten plädiert in **Phase 1** für eine Finanzierungsmöglichkeit über Bafög (Meisterbafög). Eine Gruppe Experten spricht sich dafür aus, die Ausbildung kostengünstiger zu gestalten, betont aber die Wichtigkeit der Beibehaltung der bisherigen Strukturen. Eine große Expertengruppe votiert für eine standardmäßige Vergütung der Praktischen Tätigkeit.

Fragen zur Phase 2: s.a. Frage C in Teil I

1. Sollte Bafög als Regelfinanzierung im Rahmen der Ausbildung eingeführt werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, votieren 78% der Gesamtexpertengruppe für Bafög als Regelfinanzierung, wobei etwa 74% der psychologischen und etwa 88% der ärztlichen Berufsgruppe entsprechend beurteilen.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	46	78,0
	nein	11	18,6
	keine Angabe	2	3,4
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	31	73,8
		Nein	9	21,4
		keine Angabe	2	4,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	15	88,2
		Nein	2	11,8
		Gesamt	17	100,0

2. Sollte es angestrebt werden, die Ausbildung bei gleichem Standard kostengünstiger anzubieten (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, votieren etwa 51% der Gesamtexpertengruppe für eine kostengünstigere Lösung. Dieser Auffassung sind etwa 48% der psychologischen und etwa 59% der ärztlichen Berufsgruppe.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	30	50,8
	nein	22	37,3
	keine Angabe	7	11,9
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	20	47,6
		Nein	18	42,9
		keine Angabe	4	9,5
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	10	58,8
		Nein	4	23,5
		keine Angabe	3	17,6
		Gesamt	17	100,0

Q. Ausbildung/Qualifikation von Lehrkräften, SelbsterfahrungsleiterInnen und SupervisorInnen (bitte ggf. getrennt beschreiben)

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Die Mehrzahl der Experten spricht sich bei den Supervisoren dafür aus, die formale Qualifikationsanforderung von 5 Jahren Berufstätigkeit zu belassen, wie es die APrVen und die Richtlinien der Fachgesellschaften vorsehen. Eine kleinere Untergruppe Experten wünscht eine Erstellung von SupervisorInnen-Qualifikationskatalogen, wieder eine andere erwartet breite praktische Erfahrung der Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter. Eine kleinere Gruppe Experten betont die Wichtigkeit curriculärer Angebote und die Anerkennung als Ausbilder erst nach einer Weiterbildung zum Ausbilder. Eine weitere Expertengruppe fordert, dass Ärzte als Selbsterfahrungsleiter und Supervisoren anerkannt werden sollten (nur Ärzte seien in der Lage Effekte z. B. einer medikamentösen Begleittherapie oder einer Behinderung des Pat. auf den Psychotherapieprozess zu beurteilen).

Für die Lehrkräfte erwartet eine große Anzahl der Experten eine Approbation als PP und 3 Jahre klinische Praxis. Andere fordern zusätzlich erworbene Didaktik-Kenntnisse (Hochschuldidaktik), und Anerkennung nur für Psychologische und Ärztliche PsychotherapeutInnen, die zum Zeitpunkt der Lehre selbst psychotherapeutisch im zu vermittelnden Verfahren tätig sind.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Die Mehrzahl der Experten macht für die Supervision gleiche Angaben wie bei PP, ein größere Gruppe Experten hält die bisherige Regelung für ausreichend.

Eine etwas kleinere Anzahl Experten fordert für die Supervisoren eine Ausbildung in Gruppensupervision sowie eine langjährige Erfahrung im Schwerpunktverfahren. Einige Experten fordern, dass der Supervisor und Selbsterfahrungsleiter auch KJPLer sei. Eine Gruppe votiert für einen Kinderpsychiater im Lehr- und Supervisorenteam als Fachberatung für medizinische Fragen.

Eine kleinere Expertengruppe meint die Ausbildung und Qualifikation von Dozenten sollte sich mindestens an die bisher geltenden Standards halten.

Hieraus wurden die folgenden Fragen für Phase 2 abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sind neue Qualifikationsrichtlinien für Lehrkräfte, Selbsterfahrungsleiter(innen) und SupervisorInnen zu erarbeiten (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, werden von der Mehrheit der Gesamtexpertengruppe keine neuen Qualifikationsrichtlinien für Lehrkräfte (nein-Voten bei etwa 59%), SelbsterfahrungsleiterInnen (etwa 56%) und SupervisorInnen (etwa 52%) für sinnvoll gehalten. In der psychologischen Berufsgruppe finden sich dabei Ablehnungsraten von etwa 67% (Lehrkräfte), etwa 64% (SelbsterfahrungsleiterInnen) und etwa 64% (SupervisorInnen), während die ärztliche Berufsgruppe neue Qualifikationsrichtlinien für Lehrkräfte (etwa 59% positiver Voten), SelbsterfahrungsleiterInnen (etwa 65%) und SupervisorInnen (etwa 71%) bejaht.

neue Qualifikationsrichtlinien für Lehrkräfte

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	23	39,0
	Nein	35	59,3
	Keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	13	31,0
		Nein	28	66,7
		Keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	10	58,8
		Nein	7	41,2
		Gesamt	17	100,0

neue Qualifikationsrichtlinien für Selbsterfahrungsleiter

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	25	42,4
	Nein	33	55,9
	Keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	14	33,3
		Nein	27	64,3
		Keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	11	64,7
		Nein	6	35,3
		Gesamt	17	100,0

neue Qualifikationsrichtlinien für Supervisoren

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	27	45,8
	Nein	31	52,5
	Keine Angabe	1	1,7
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	15	35,7
		nein	26	61,9
		keine Angabe	1	2,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	12	70,6
		nein	5	29,4
		Gesamt	17	100,0

R. Welche medizinischen Inhalte sollten unbedingt in die Ausbildung integriert werden?

Eine große Gruppe Experten votiert in **Phase 1** für die weitergehende Integration von Psychopharmakakennnissen (u. a. Indikationen, Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka) in die Ausbildung. Verschiedene etwa gleich große Gruppen sind für die Integration folgender Inhalte: Psychiatriekenntnisse, Kenntnisse über neurologische Krankheitsbilder (Neurowissenschaften/-biologie), Kenntnisse der Psychosomatik, sowie Wissen über Physiologie (Neuro- und Psychophysiologie). Eine kleinere Gruppe von Experten erwartet eine Integration medizinischer Inhalte insoweit, dass PP und KJP wüssten, wann frühzeitig Ärzte zuzuziehen seien und insgesamt mehr Kooperation mit Medizinern. Eine andere Gruppe hält die jetzige Regelung für ausreichend.

Für KJPs erwartet eine kleine Gruppe: weitergehende Kenntnisse über Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen, Kenntnisse über Psychopharmaka, Wissen über hirnganische / hirnphysiologische Grundlagen; Suchtstörungen und Substanzwirkungen.

Hieraus wurden für die **Phase 2** folgende Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollte in den folgenden Bereichen eine Ausweitung bei der Vermittlung von Ausbildungsinhalten erfolgen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, wird von der Gesamtexpertengruppe eine Ausweitung in den Bereichen Psychopharmakologie (52%) und Kenntnissen zu Suchtstörungen und Substanzwirkungen (68%) als notwendig erachtet. Für die Psychopharmakologie sieht die ärztliche Berufsgruppe mit 23% keine Ausweitungsnotwendigkeit, während die psychologische Berufsgruppe diese mit 64% positiver Voten betont. Die ärztliche Berufsgruppe sieht zudem eine Ausweitungsnotwendigkeit bei Kenntnissen in Neuro- und Psychophysiologie (65% positiver Voten), die von der psychologischen Berufsgruppe (40%) nicht geteilt wird.

	Ja	Nein
Psychopharmakologie		
- Gesamt	31 (52 %)	26 (44 %)
- Psychologen	27 (64 %)	13 (31 %)
- Mediziner	4 (23 %)	13 (77 %)
Psychiatriekenntnisse		
- Gesamt	21 (36 %)	36 (61 %)
- Psychologen	14 (33 %)	26 (62 %)
- Mediziner	7 (41 %)	10 (59 %)
Psychosomatikkenntnisse		
- Gesamt	23 (39 %)	34 (58 %)
- Psychologen	16 (38 %)	24 (57 %)
- Mediziner	7 (41 %)	10 (59 %)
Kenntnisse zu neurologischen Krankheitsbildern		
- Gesamt	17 (29 %)	40 (68 %)
- Psychologen	13 (31 %)	27 (64 %)
- Mediziner	4 (23 %)	13 (76 %)
Kenntnisse in Neuro- und Psychophysiologie		
- Gesamt	28 (47 %)	29 (49 %)
- Psychologen	17 (40 %)	23 (55 %)
- Mediziner	11 (65 %)	6 (35 %)
Kenntnisse zu Suchtstörungen und Substanzwirkungen		
- Gesamt	40 (68 %)	17 (29 %)
- Psychologen	27 (64 %)	13 (31 %)
- Mediziner	13 (77 %)	4 (23 %)

2. Sollte in der Ausbildung stärker auf Indikationskenntnisse und Kooperationsmöglichkeiten/-notwendigkeiten in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzten eingegangen werden (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, votiert nahezu 68% der Expertengruppe für eine stärkere Akzentuierung, wobei diese Notwendigkeit von etwa 62% der psychologischen und 82% der ärztlichen Berufsgruppe gesehen wird.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	40	67,8
	nein	15	25,4
	keine Angabe	4	6,8
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	26	61,9
		Nein	13	31,0
		keine Angabe	3	7,1
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	14	82,4
		Nein	2	11,8
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

S. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Psychopharmaka zu verschreiben (Begründung)?

Die Mehrzahl der Experten in **Phase 1** votiert dagegen. Eine Anzahl Experten betont hierzu, dass die Verschreibung von Psychopharmaka Sachverstand bezüglich Pharmakologie und unerwünschter Arzneimittelwirkung voraussetzt, die ausschließlich durch die medizinische Approbation gegeben sei. Beibehaltung der derzeitigen Rechtslage sei auch aus haftungsrechtlichen Gründen notwendig.

Einige Experten diskutieren, dass Medikamentenverschreibung die Therapeut-Patient-Beziehung beeinflusst (Übertragung/Gegenübertragung), daher sei die Einschaltung eines „Dritten“ sinnvoll. Eine große Gruppe der Experten spricht sich für Medikamenten-Verschreibung aus, hier betonen Einige als Voraussetzung eine entsprechende Weiterbildung.

Diskutiert wird auch, dass diese Interventionen für Leitende Psychologen in Kliniken sinnvoll sei. Insgesamt sei dies eher auf den klinischen Bereich zu beziehen.

Hieraus wurden für **Phase 2** die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollten PP und KJPP die Berechtigung erhalten, Psychopharmaka zu verschreiben (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, votieren etwa 69% der Gesamtpertengruppe (57% der psychologischen und 100% der ärztlichen Berufsgruppe) gegen diese Option.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	16	27,1
	Nein	41	69,5
	Keine Angabe	2	3,4
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	16	38,1
		nein	24	57,1
		keine Angabe	2	4,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	nein	17	100,0

2. Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul im Rahmen der Psychotherapieausbildung Voraussetzung (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, sind etwa 49% der Gesamtextpertengruppe nicht der Auffassung, dass ein eigenständiges Ausbildungsmodul eine Voraussetzung darstellt. 32% geben allerdings offenbar vor dem Hintergrund der in der vorangegangenen Frage gegebenen Voten keine Einschätzung ab.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Ja	11	18,6
	Nein	29	49,2
	Keine Angabe	19	32,2
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	11	26,2
		Nein	21	50,0
		keine Angabe	10	23,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Nein	8	47,1
		keine Angabe	9	52,9
		Gesamt	17	100,0

3. Sollte diese Intervention nach einer entsprechenden Weiterbildung/Zusatzqualifikation möglich sein (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, geht die Mehrheit der Gesamtextpertengruppe (etwa 49%) davon aus, dass Psychopharmakaverschreibungen nach einer entsprechenden Weiterbildung/Zusatzqualifikation nicht möglich sind. Während die ärztliche Berufsgruppe zu einem Anteil von etwa 88% mit „nein“ votiert, halten mehr als 52% der psychologischen Berufsgruppe die Verschreibung für möglich.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	23	39,0
	nein	29	49,2
	keine Angabe	7	11,9
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	22	52,4
		Nein	14	33,3
		keine Angabe	6	14,3
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	1	5,9
		Nein	15	88,2
		keine Angabe	1	5,9
		Gesamt	17	100,0

T. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen vorzunehmen (Begründung)?

Ein große Gruppe der Experten votiert in **Phase 1** dagegen. Begründet wird dies von einigen damit, dass in die therapeutische Beziehung ein „Machtfaktor“ eingeführt würde, der vermeidbare Beziehungsprobleme mit sich bringen könnte, ein „triangulierender Dritter“ sei sinnvoll. Einige Experten meinen die Stigmatisierungsgefahr der Krankschreibung sei weniger beeinträchtigend, wenn nicht direkt auf die durchgeführte Psychotherapie zu schließen sei. Die Mehrzahl der Experten spricht sich für das Krankschreiben aus. Diskutiert wird, dass dies bei Ausweitung der Ausbildung oder nach einer curricularen Fortbildung möglich sei. Eine Gruppe Experten meint, die behandelnden Psychotherapeuten würden Patienten besser kennen und hätten mehr Erfahrung mit ihnen.

Hieraus wurden für **Phase 2** die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen vorzunehmen (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, votiert die Mehrheit der Gesamtexpertengruppe mit etwa 49% für die Krankschreibungsoption. Während diese Option in der psychologischen Berufsgruppe von 64% bejaht wird, lehnen etwa 88% der ärztlichen Berufsgruppe dies ab.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	29	49,2
	nein	27	45,8
	keine Angabe	3	5,1
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	27	64,3
		Nein	12	28,6
		keine Angabe	3	7,1
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	2	11,8
		Nein	15	88,2
		Gesamt	17	100,0

2. Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul Voraussetzung (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, wird in der Gesamtexpertengruppe diese Frage mehrheitlich (etwa 46%) mit „nein“ beantwortet, wobei sich die Berufsgruppen nicht bedeutsam in ihren Voten unterscheiden. Etwa 30% geben allerdings offenbar vor dem Hintergrund der in der vorangegangenen Frage gegebenen Voten keine Einschätzung ab.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	14	23,7
	nein	27	45,8
	keine Angabe	18	30,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	12	28,6
		Nein	20	47,6
		keine Angabe	10	23,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	2	11,8
		Nein	7	41,2
		keine Angabe	8	47,1
		Gesamt	17	100,0

3. Sollte dies nach einer ergänzenden Qualifikation nach der Ausbildung möglich sein (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, ist die Mehrheit der Gesamtexpertengruppe (61%) nicht dieser Auffassung. Etwa 52% der psychologischen und etwa 82% der ärztlichen Berufsgruppe tragen dieses Votum.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	12	20,3
	nein	36	61,0
	keine Angabe	11	18,6
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	11	26,2
		Nein	22	52,4
		keine Angabe	9	21,4
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	1	5,9
		Nein	14	82,4
		keine Angabe	2	11,8
		Gesamt	17	100,0

U. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Einweisungen / gesetzliche Unterbringungen in psychiatrische(n) Kliniken einzuleiten (Begründung)?

Die Mehrzahl der Experten spricht sich in **Phase 1** dafür aus, dies erleichtere die sektorübergreifende Behandlung, insbesondere bei akuter Suizidalität. Außerdem verhindere es eine parallele Behandlung. Häufig würden Unterbringungsprozesse ärztlicherseits eingeleitet, ohne dass von ärztlicher Seite der Kontakt zum behandelnden PP/KJP gesucht würde. Einige Experten meinen Psychotherapeuten könnten wesentlich besser die Verfassung von Patienten und die Notwendigkeit einer Unterbringung beurteilen als ein Arzt, der Patienten nicht kenne und vielleicht nicht über die entsprechenden psychodiagnostischen Fertigkeiten verfüge.

Eine große Gruppe der Experten votiert dagegen. Sie diskutieren, die Voraussetzungen verlangten den kompetenten Arzt (mache Sinn wegen DD, anderer möglicher Maßnahmen etc.). Der hoheitsrechtliche Weg qua Psych-KG sei sowieso immer möglich einzuleiten. Bei Kindern könne ein KJP-Th Unterbringung (in Jugendhilfe, 1631b BGB) sowieso attestieren, in die Klinik sei fraglich.

Hieraus wurden für **Phase 2** die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Einweisungen in psychiatrische oder psychosomatische Kliniken einzuleiten (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, wird die Einweisungsberechtigung von der Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit etwa 54% bejaht. Hierfür sprechen sich etwa 71% der psychologischen Berufsgruppe, dagegen etwa 88% der ärztlichen Berufsgruppe aus.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	32	54,2
	nein	27	45,8
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	30	71,4
		Nein	12	28,6
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	2	11,8
		Nein	15	88,2
		Gesamt	17	100,0

2. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, gesetzliche Unterbringungen in psychiatrische Kliniken einzuleiten (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, spricht sich die Mehrheit der Gesamtexperten-
gruppe mit etwa 54% gegen diese Option aus. Allerdings votieren etwa 62% der psychologischen
Berufsgruppe dafür, während diese Option von etwa 94% der ärztlichen Berufsgruppe abgelehnt
wird.

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	27	45,8
	nein	32	54,2
Gesamt		59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	ja	26	61,9
		nein	16	38,1
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	ja	1	5,9
		nein	16	94,1
		Gesamt	17	100,0

3. Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul Voraussetzung (1 = ja / 2 = nein)?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, wird diese Frage von der Mehrheit der Gesamt-
expertengruppe bejaht (etwa 44%). Etwa 57% der psychologischen Berufsgruppe sprechen sich
für diese Option, etwa 53% der ärztlichen Berufsgruppe gegen diese Option aus.

Gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	ja	26	44,1
	nein	25	42,4
	keine Angabe	8	13,6
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	Ja	24	57,1
		Nein	16	38,1
		keine Angabe	2	4,8
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	Ja	2	11,8
		Nein	9	52,9
		keine Angabe	6	35,3
		Gesamt	17	100,0

V. Rolle und Funktion der Aufsichtsbehörden (z.B. Landesprüfungsämter) oder: Wer sollte zukünftig die PP-Ausbildung kontrollieren?

Hier sieht die Mehrzahl der Experten in **Phase 1** keinen Änderungsbedarf. Eine kleine Gruppe der Experten meint, die Kammern seien geeignet die Aufsicht über die Ausbildung (nicht nur über die Berufsausübung) zu haben. Eine etwas größere Expertengruppe wünscht sich eine intensivere Zusammenarbeit mit den Landesprüfungsämtern. Eine kleine Gruppe sähe die Aufsicht über die Ausbildungsinstitute gut durch eine unabhängige Instanz (z. B. Beiräte mit psychotherapeutischer Fachkompetenz) gegeben.

Hieraus wurden für Phase 2 die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Wer sollte zukünftig die PP- und KJP-Ausbildung kontrollieren (bitte nur eine Angabe)?
Landesprüfungsämter, Landespsychotherapeutenkammern oder unabhängige Zentralinstitute oder Beiräte?

Wie aus den nachfolgenden Tabellen hervorgeht, votiert die Mehrheit der Gesamtextpertengruppe mit etwa 71% für die Landesprüfungsämter. Diese erreichen in der psychologischen Berufsgruppe ein Zustimmung von etwa 59% und in der ärztlichen Berufsgruppe 100%.

Landesprüfungsämter

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	trifft zu	42	71,2
	trifft nicht zu	12	20,3
	keine Angabe	5	8,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	trifft zu	25	59,5
		trifft nicht zu	12	28,6
		keine Angabe	5	11,9
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	trifft zu	17	100,0

Landespsychotherapeutenkammer

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	trifft zu	9	15,3
	trifft nicht zu	45	76,3
	keine Angabe	5	8,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	trifft zu	9	21,4
		trifft nicht zu	28	66,7
		keine Angabe	5	11,9
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	trifft nicht zu	17	100,0

unabhängige Zentralinstitute/Beiräte

gesamt		Häufigkeit	Prozent
Gültig	trifft zu	6	10,2
	trifft nicht zu	48	81,4
	keine Angabe	5	8,5
	Gesamt	59	100,0

			Häufigkeit	Prozent
Psychologe	Gültig	trifft zu	4	9,5
		trifft nicht zu	33	78,6
		keine Angabe	5	11,9
		Gesamt	42	100,0
Mediziner	Gültig	trifft zu	2	11,8
		trifft nicht zu	15	88,2
		Gesamt	17	100,0

W. Für welche Arbeitsfelder (z. B. in Institutionen mit bestimmten Zielgruppen) sollte zukünftig vermehrt ausgebildet werden?

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Hier gab es sehr viele Einzelaussagen. Eine größere Expertengruppe sieht einen vermehrten Bedarf in der Ausbildung, Kenntnisse über Persönlichkeitsstörungen zu vermitteln.

Ein weiterer großer Ausbildungsbedarf wird von einer Gruppe für die Arbeit mit älteren Menschen gesehen, u. a. mehr Ausbildung direkt für die Gerontopsychotherapie und -psychiatrie. Eine weitere Gruppe wünscht mehr Ausbildung für Patienten mit Behinderungen.

Eine große Anzahl der Experten wünscht sich eine bessere Ausbildung für die Suchtbehandlung. Eine gleich große Anzahl sieht Bedarf in der Prävention. Eine weitere Gruppe Experten möchte mehr Ausbildung im Rehabereich.

Einige Experten halten eine bessere Ausbildung für den forensischen Bereich für wichtig.

Eine kleinere Gruppe Experten findet es wichtig sich in der Ausbildung mit Nichtsesshaften/Wohnungslosen zu beschäftigen. Eine Anzahl Experten sieht Bedarf bei (schwer traumatisierten) Migranten. Wieder eine kleinere Anzahl würde sich mehr Ausbildung im Bereich chronisch kranker Menschen wünschen (psychisch/körperlich).

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Auch hier gab es viele Einzelaussagen. Eine große Zahl der Experten sieht Bedarf im Bereich Beratung (Familie, Erziehung, Bildung). Eine Anzahl Experten wünscht mehr Ausbildung für die Arbeit in Jugendhilfeeinrichtungen mit therapeutischem Schwerpunkt, Familienberatungsstellen, Jugendhilfe, Familientherapie. Eine kleinere Gruppe sieht Bedarf für den Bereich JVA.

Eine größere Expertenzahl hält eine bessere Ausbildung in der Prävention (Gewaltprävention) für wichtig.

Eine weitere Gruppe der Experten möchte mehr Ausbildung für den Bereich der frühen Suchtentwicklung.

Eine kleinere Anzahl Experten spricht sich für eine bessere Ausbildung in der Rehabilitation aus, wieder eine andere möchte mehr Ausbildung in der Psychotherapie von Kleinstkindern und deren Eltern.

Hieraus wurden für die **Phase 2** die folgenden Fragen abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Für welche Arbeitsfelder sollte zukünftig vermehrt ausgebildet werden?
 - 1.1. Für Psychologische Psychotherapeuten (bitte bringen Sie die Nennungen in eine Rangreihe von 1 = Priorität bis 9 = nachrangig, bei gleicher Wichtigkeit gleiche Ränge vergeben)
 - Persönlichkeitsstörungen
 - ältere Menschen
 - Behinderungen (geistige?/körperliche?)
 - chronisch Kranke
 - Suchttherapie
 - Prävention
 - Rehabilitation
 - Forensik
 - Nichtsesshafte/Wohnungslose
 - Migranten

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, wird von der Gesamtexpertengruppe der Themenbereich Persönlichkeitsstörungen mit 49% Nennungen auf Rang 1 am bedeutsamsten gewichtet. Es folgen die Themenbereiche ältere Menschen (mit Voten von 37%, 20% und 15% auf den ersten 3 Rängen), Sucht (20% 24% und 13%), Migranten (16%, 22% und 10%), chronisch Kranke (13%, 27% und 25%) und Behinderungen (14%, 20% und 8%). Von der ärztlichen Berufsgruppe werden die Themenfelder ältere Menschen (59%, 23% und 12%), Persönlichkeitsstörungen (41%, 53% und 6%), Behinderungen (41%, 18% und 6%), chronisch Kranke (18%, 47% und 18%) und Suchttherapie (18%, 35% und 6%) besonders betont. Bei der psychologische Berufsgruppe finden sich andere Gewichtungen: Persönlichkeitsstörungen (52%, 7% und 7%), älteren Menschen (29%, 19% und 17%), Suchttherapie (21%, 19% und 17%), chronisch Kranke (12%, 19% und 29%).

**Arbeitsfelder, für die in Zukunft PP vermehrt ausgebildet werden sollten
(Zustimmung: Erste Priorität, in %)**

Arbeitsfeld	Gesamt	PsychologInnen	MedizinerInnen
PP			
Persönlichkeitsstörungen	49.2	52.4	41.2
Ältere Menschen	37.3	28.6	58.8
Behinderungen	13.6	2.4	41.2
Chronisch Kranke	13.6	11.9	17.6
Suchttherapie	20.3	21.4	17.6
Prävention	6.8	7.1	5.9
Rehabilitation	6.8	9.5	58.8
Forensik	5.1	7.1	5.9
Nichtsesshafte	5.1	2.4	17.6
Migranten	16.9	9.5	35.3

1.2. Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bitte bringen Sie die Nennungen in eine Rangreihe von 1 = Priorität bis 8 = nachrangig, bei gleicher Wichtigkeit gleiche Ränge vergeben):

- Beratung (Familie, Erziehung, Bildung)
- Jugendhilfeeinrichtungen
- Familientherapie
- Forensik
- Prävention und Gewaltprävention
- Sucht
- Rehabilitation
- Kleinstkinder und deren Eltern
- Migranten
- Kinderarmut (Resilienzfaktoren)

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, wird von der Gesamtexpertengruppe der Bereich Beratung (41%, 15% und 5% auf den Rängen 1, 2 und 3) Familientherapie (34%, 22% und 15%), Migranten (27%, 10% und 15%), Jugendhilfeeinrichtungen (25%, 14% und 15%) und Kleinstkinder (20%, 22% und 22%) hoch gewichtet. Von der psychologischen Berufsgruppe werden die Bereiche Beratung (45%, 17% und 5%), Familientherapie (24%, 24% und 17%), Jugendhilfe (31%, 12% und 17%) und Kleinstkinder (21%, 26% und 7%) besonders hervorgehoben.

**Arbeitsfelder, für die in Zukunft KJP vermehrt ausgebildet werden sollten
(Zustimmung: Erste Priorität, in %)**

Arbeitsfeld	Gesamt	PsychologInnen	MedizinerInnen
KJP			
Jugendhilfeeinrichtungen	25.4	31	11.8
Familientherapie	33.9	23.8	58.8
Forensik	5.1	7.1	5.9
Prävention	8.5	9.5	5.9
Sucht	6.8	7.1	5.9
Rehabilitation	3.4	4.8	11.8
Kleinstkinder	20.3	21.4	27.1

X. Welche Ergänzungsqualifikationen (EQ) für die ambulante/stationäre Versorgung sollten künftig in die Ausbildung integriert werden? (heute laut. Psychotherapierichtlinien z. B. Entspannungsverfahren, Kinder- und Jugendlichenbehandlung, Gruppentherapie)

Die Statements der **Phase 1** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Mehrzahl der Experten fordert, dass die Gruppentherapie integriert werden solle. Einige Experten fordern weiter eine EQ in der Therapie mit Migranten (unter Einbeziehung von Sprachmittlern) Eine größere Anzahl der Experten hält eine EQ im Bereich Entspannung für wichtig (u.a. Hypnose; Hypnotherapie), dagegen diskutiert eine etwas kleinere Gruppe, Entspannungsverfahren seien nur in Ansätzen in der Psychotherapieausbildung zu lehren.

Eine andere Anzahl Experten fordert, dass die Ergänzungsqualifikationen mehr störungsspezifisch auszurichten seien. Wieder eine Gruppe Experten hält die Pharmakotherapie (mit Berechtigung zur pharmakologischen Behandlung, evtl. auch in Form einer Weiterbildung) für wichtig.

Eine kleine Gruppe wünscht sich mehr suchtspezifische Qualifikationen.

Eine weitere Expertenzahl wünscht sich mehr EQ in der Familientherapie und im Bereich der Therapie mit Kindern und Jugendlichen.

Eine kleine Expertengruppe merkt an, die EQ könnten im Rahmen der freien Spitze geschehen (z. B. Entspannungsverfahren, Gruppentherapie, jedoch mit Vorgaben des Umfangs und ohne Ersatz für die Ausbildung (z. B. getrennte Supervision usw.).

Hieraus wurden für die **Phase 2** die folgende Frage abgeleitet und wie folgt beantwortet:

1. Welche Ergänzungsqualifikationen sollten zukünftig in die Ausbildung integriert werden? Bitte bringen Sie die Aspekte in eine Rangreihe von 1 = Priorität bis 6 = nachgeordnet (gleicher Rang = gleiche Zahl):

- Gruppentherapie
- Entspannungsverfahren
- störungsspezifische Ergänzungsqualifikationen
- Pharmakotherapie
- Sucht
- Familientherapie
- Kinder- und Jugendlichentherapie
- Psychotherapie mit Migranten

Wie aus der nachfolgenden Tabelle hervorgeht, werden von der Gesamtexpertengruppe die Bereiche Gruppentherapie (63%, 8% und 8% auf den Rangplätzen 1, 2 und 3), Entspannungsverfahren (24%, 8% und 29%) und Psychotherapie mit Migranten (15%, 15% und 20%) am stärksten gewichtet. In der psychologischen Berufsgruppe werden am stärksten Gruppentherapie (59%, 7% und 9%) und Entspannungsverfahren (29%, 12% und 17%) gewichtet.

Ergänzungsqualifikationen, für die in Zukunft PP/KJP vermehrt ausgebildet werden sollten (Zustimmung: Erste Priorität, in %)

Ergänzungsqualifikation	Gesamt	PsychologInnen	MedizinerInnen
Gruppenpsychotherapie	62.7	59.5	70.6
Entspannungsverfahren	23.7	28.6	11.8
Störungsspezifische Ergänzungsqualifikation	6.8	7.1	5.9
Pharmakotherapie	5.1	7.1	5.9
Suchtherapie	5.1	4.8	5.8
Familientherapie	6.8	4.8	11.8
Kinder- und Jugendlichentherapie	1.7	2.4	17.6
Psychotherapie mit Migranten	15.3	2.4	47.1

4. Abkürzungsverzeichnis der Verbände und Organisationen

AVM	Arbeitsgemeinschaft Verhaltensmodifikation, Sektion Deutschland
AZA-KJP	Arbeitsgemeinschaft Zugang und Qualitätssicherung der Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
BDP	Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen
BKJ	Berufsverband der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
BVKJ	Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter
BVVP	Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten
DFT	Deutsche Gesellschaft für Tiefenpsychologie
DGAP	Deutsche Gesellschaft für analytische Psychologie
DGIP	Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DGSF	Deutsche Gesellschaft für systemische Familientherapie
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft
DPTV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
DPV	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
DVT	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie
GNP	Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie
GWG	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
StäKO	Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände
Unith	Universitäre Ausbildung für Psychotherapie
VAKJP	Verband analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

D. Materialien zur Analyse der Studiengänge

1. Methodisches Vorgehen und Hintergrundinformationen

1.1 Akkreditierung von Studiengängen – das Akkreditierungsverfahren

Die neuen Studiengänge werden im Unterschied zum Diplomstudiengang nicht durch eine verbindliche länder- und hochschulübergreifende geltende Rahmenprüfungsordnung geregelt (so zuletzt 2002), sondern bedürfen „lediglich“ der Akkreditierung durch Akkreditierungsrat bzw. -agentur zur Sicherstellung der (Mindest-)Qualität der Abschlüsse. Im „Statut für ein länder- und hochschulübergreifendes Akkreditierungsverfahren“ der Kultusministerkonferenz vom 24.05.2002 heißt es, dass das Akkreditierungsverfahren „zur länder- und hochschulübergreifenden Sicherung der Qualität der Hochschulausbildung“ eingerichtet werde. Mit der Akkreditierung werde „in einem formalisierten und objektivierbaren Verfahren“ festgestellt, dass ein Studiengang in fachlich-inhaltlicher Hinsicht und hinsichtlich seiner Berufsrelevanz den Mindestanforderungen entspricht. Bei der Akkreditierung wird von einem Gutachterteam, in dem die relevanten Interessenträger, insbesondere Wissenschaftsvertreter, Studierende und Berufspraxisvertreter angemessen beteiligt sind, geprüft, ob der Studiengang den definierten Qualifikationszielen und Standards entspricht. Gemäß des § 9 Abs. 2 des Hochschulrahmengesetz (HRG)....

„Die Länder tragen gemeinsam dafür Sorge, dass die Gleichwertigkeit einander entsprechender Studien- und Prüfungsleistungen sowie Studienabschlüsse und die Möglichkeit des Hochschulwechsels gewährleistet werden“

... gibt die Kultusministerkonferenz am 10.10.2003 eine ländergemeinsame Strukturvorgabe für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen vor. Sie wird bei der Akkreditierung zugrunde gelegt und soll den Hochschulen als Grundlage für Planung und Konzeption von Studiengängen dienen. In diesem Rahmen wird die Gestaltung der Studiengänge weitgehend den Hochschulen unterstellt, sie sind relativ frei, inhaltliche Studiengänge zu entwickeln (siehe § 8 und § 19 HRG). In den ländergemeinsamen Strukturvorgaben wird der Bachelor als Regelabschluss mit einem eigenständigen berufsqualifizierenden Profil gegenüber dem Diplom- und Magisterabschluss charakterisiert. Bachelorstudiengänge mit berufsqualifizierenden Abschlüssen müssen wissenschaftliche Grundlagen, Methodenkompetenz und berufsbezogene Qualifikationen vermitteln. Auf den Bachelor kann ein Masterstudium folgen. Bei konsekutiven Studiengängen beträgt die Gesamtregelstudienzeit höchstens fünf Jahre. In der Regel sind für Bachelorabschluss 180 ECTS-Punkte und für Masterabschluss zusätzlich 120 ECTS-Punkte nachzuweisen. Zur Qualitätssicherung sehen Bachelor- ebenso wie Masterstudiengänge obligatorisch eine Abschlussarbeit vor, mit der die Fähigkeit nachgewiesen wird, innerhalb einer vorgegebenen Frist ein Problem selbstständig nach wissenschaftlichen Methoden zu bearbeiten.

Allgemein ist die Studierbarkeit des Lehrangebots in der Akkreditierung zu überprüfen. Die Zugangsvoraussetzung für einen Masterstudiengang ist immer ein berufsqualifizierender Hochschulabschluss; weitere Zugangsvoraussetzungen sind Gegenstand der Akkreditierung, wobei nach Einführung gestufter Studiengänge die Durchlässigkeit im Hochschulsystem erhalten bleiben soll. Masterstudiengänge sind nach den Profiltypen „stärker anwendungsorientiert“ und „stärker forschungsorientiert“ zu differenzieren. Eine solche Zuordnung der Bachelorstudiengänge zu den Typen erfolgt nicht. Die Hochschulen legen für jeden Masterstudiengang das Profil fest. Masterstudiengänge können nur akkreditiert werden, wenn sie einem der beiden Profiltypen zugeordnet sind, und dies im „diploma supplement“ dargestellt ist.

Bei der Akkreditierung eines Masterstudiengangs ist weiter festzulegen, ob es sich um einen konsekutiven, nicht-konsekutiven oder weiterbildenden Studiengang handelt. Konsekutive Bachelor- und Masterstudiengänge sind Studiengänge, die inhaltlich aufeinander aufbauen, während nicht-konsekutive Masterstudiengänge inhaltlich nicht auf dem vorangegangenen Bachelorstudiengang aufbauen. Sie entsprechen hinsichtlich der Anforderungen konsekutiven Masterstudiengängen und

führen zum gleichen Qualifikationsniveau und zu denselben Berechtigungen. Die Gleichwertigkeit der Anforderungen ist in der Akkreditierung festzustellen. Weiterbildende Masterstudiengänge setzen nach einem qualifizierenden Hochschulabschluss qualifizierende berufspraktische Erfahrungen voraus. Die Inhalte des weiterbildenden Masterstudiengangs sollen die beruflichen Erfahrungen berücksichtigen und an diese anknüpfen. Bei der Konzeption eines weiterbildenden Masterstudiengangs legt die Hochschule den Zusammenhang von beruflicher Qualifikation und Studienangebot dar. Auch weiterbildende Masterstudiengänge entsprechen hinsichtlich der Anforderungen konsekutiven Masterstudiengängen und führen zu gleichen Qualifikationsniveau und zu denselben Berechtigungen.

Zur Akkreditierung eines Bachelor- oder Masterstudiengangs ist allgemein nachzuweisen, dass der Studiengang modularisiert und mit einem Leistungspunktsystem ausgestattet ist. Die Inhalte eines Moduls sind so zu bemessen, dass sie in der Regel innerhalb eines Semesters oder eines Jahres vermittelt werden können. Die Einführung des Graduierungssystems nach § 19 HRG darf nicht zu einer Abwertung der herkömmlichen Diplom- und Magisterabschlüsse führen. Masterabschlüsse verleihen dieselben Berechtigungen wie Diplom- und Magisterabschlüsse an Universitäten und gleichgestellten Hochschulen.

Den „Zusammenhalt des Akkreditierungssystems“ soll nach dem o.g. Statut der KMK eine „zentrale Akkreditierungseinrichtung“ gewährleisten. Hauptaufgabe dieses Akkreditierungstatutes ist die Akkreditierung der Akkreditierungsagenturen. Er hat zu diesem Zweck, aber auch für die Akkreditierung von Studiengängen, am 30.11.1999 „Mindeststandards und Kriterien“ beschlossen. Zu den vom Akkreditierungsrat formulierten allgemein-formalen Kriterien für gestufte Studiengänge gehören u.a.: Anforderungen an Qualität und Internationalität des Curriculums, Modularisierung des Studienangebots, Einführung eines Leistungspunktesystems, Berufsbefähigung der Absolventen, personelles Potential der Hochschule, räumliche Ausstattung und die Prognose des Bedarfs auf dem Arbeitsmarkt. D.h. nicht eine Vereinheitlichung der Leistung und Angebote, sondern die Transparenz und Vergleichbarkeit der Qualität dieser Leistungen sowie der zur Leistungserbringung notwendigen Prozesse und der Ressourcenausstattung stehen im Vordergrund der Akkreditierungsverfahren. Die Akkreditierung steht also unter den Prämissen

- Qualität zu sichern
- Studierbarkeit nachzuweisen
- Vielfalt zu ermöglichen
- Transparenz zu schaffen

Anträge auf Akkreditierung von Studiengängen müssen zu folgenden Punkten Angaben machen:

1. Begründung des Studiengangs
U.a. Grund für die Einführung des Studiengangs; Zielsetzung, Ausrichtung und angestrebtes Profil, Berufsqualifizierung des Studiengangs
2. Struktur des Studiums und fachlich-inhaltliche Anforderungen
U.a. zu vermittelnde Fach-, Methoden-, Lern- und soziale Kompetenzen; Berufsvorbereitende Studieneinheiten; Struktur und Dauer des Studiums; Zulassungsvoraussetzung; Modularisierung (Modulhandbuch); Prüfungsverfahren und -ordnung; Didaktische Konzepte; Praxisbezug und Praktika und deren Integration in den Studienverlauf
3. Personelle, sächliche und räumliche Ausstattung
Lehrkörper und Ausstattung für Lehre und Forschung (u.a. personelle Ausstattung, Aussagen zur Qualifikation des Lehrpersonals, Betreuungsrelation, Räumlichkeiten, Finanzierung)
4. Qualitätssicherungsmaßnahmen
U.a. Betreuungsangebot; Evaluation während des Studiums; Erschließung der Praxisrelevanz
5. Studienbezogene Kooperation

Auf begründeten Antrag kann der Akkreditierungsrat bzw. die beauftragte -agentur Studiengänge akkreditieren. Zur Vorbereitung der Entscheidung werden zeitlich befristet fach-/fächer-/fächergruppenbezogene Gutachtergruppen aus Wissenschaft und Berufspraxis bestellt. Gutachter können von Hochschulen, Hochschulverbänden, Forschungseinrichtungen, Wissenschaftsorgani-

sationen und Fachverbänden/-gesellschaften oder anderen ausgewiesenen Organisationen vorgeschlagen werden. Die Gutachtergruppen empfehlen dem Akkreditierungsrat/-agentur eine Akkreditierung, eine Akkreditierung mit Maßgaben oder Auflagen oder eine Ablehnung des Antrags aufgrund Prüfung der vorgelegten Unterlagen und eventueller Begehung der Antrag stellenden Hochschule. Dabei sind Transparenz, Logik, Widerspruchsfreiheit des Antrags wichtige Aspekte. Der Akkreditierungsrat entscheidet über eine Akkreditierung aufgrund des von der Gutachtergruppe erstellten Berichts und nach Maßgabe der Kriterien für die Akkreditierung eines Studiengangs.

Der Akkreditierungsrat beschließt am 17.07.2006, geändert am 29.02.2008, die aktuellsten Kriterien für die Akkreditierung von Studiengängen, neben der Möglichkeit einer Systemakkreditierung, die Kriterien entsprechen weitestgehend den oben genannten.

2. Bereich Psychologische Studiengänge

Inhaltlicher Hintergrund: Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Psychologie (2002) und Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) zur Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Psychologie an den Universitäten (2005) sowie Inhaltliche Spezifizierung der Anforderungen an für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie geeignete gestufte Studiengänge gemäß § 5 Abs. 2 PsychThG durch den Vorstand der DGPs im März 2008.

2.1. Analyse der strukturellen Vorgaben hinsichtlich Vergleichbarkeit von Diplom-Studiengang „Psychologie“ und gestuften Studiengängen „Psychologie“

Der Diplomstudiengang Psychologie ist durch die verbindliche Rahmenprüfungsordnung Psychologie (zuletzt 2002) über Institute hinweg in den wesentlichen Elementen vergleichbar. Die Rahmenprüfungsordnung gibt qualitätssichernde, zugleich bewusst flexibel gestaltete Rahmenkriterien vor. Gestufte Bachelor- und Masterstudiengänge unterliegen nicht länger dieser länder- und hochschulübergreifenden Rahmenprüfungsordnung, sondern bedürfen lediglich der Akkreditierung durch eine Akkreditierungsagentur; dies ist verbunden mit größerer Gestaltungsfreiheit für die einzelnen Psychologischen Institute (zum Akkreditierungsprozess s. Anhang „Akkreditierung“). Die Empfehlung der DGPs für die gestuften Studiengänge Psychologie (2005) stellt eine unverbindliche Rahmenkonzeption dar, mit der die Einheit und Vergleichbarkeit des Faches Psychologie weiterhin gewährleistet werden soll. Im März 2008 hat der Vorstand inhaltliche Kriterien für die Gestaltung der gestuften Studiengänge spezifiziert, die den Absolventen den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie gemäß § 5, Abs. 2 des PsychThG ermöglichen soll.

Sowohl die Rahmenprüfungsordnung für den Diplomstudiengang als auch Empfehlung der DGPs für die gestuften Studiengänge sehen modularisierte Studiengänge mit studienbegleitenden Prüfungen vor.

2.1.1. Allgemeine Empfehlungen zu den neuen gestuften Studiengängen

Die Empfehlungen der DGPs sehen zur Wahrung der disziplinären Einheit einen einheitlichen, inhaltlich breiten Bachelor in Psychologie vor. Auf dieser allgemeinen Grundlage sollen in den Masterstudiengängen die größeren Gestaltungsmöglichkeiten genutzt werden, so dass die einzelnen Standorte im Rahmen des Masters stärker als bisher spezifische Profile entwickeln können¹.

¹ Eine ähnliche Struktur – allgemeine Grundlagen, darauf aufbauend Spezialisierung – findet sich auch in der Rahmenprüfungsordnung.

Als Ziele werden im Einzelnen genannt:

- Sicherung der bisherigen Qualität des Grundstudiums durch breite, weitgehend einheitliche Ausbildung in Grundlagenfächern und allgemeinen Methoden der Psychologie,
- Sicherung der bisherigen Qualität des Hauptstudiums mit Qualifikation für ein breites Spektrum von Berufen durch das Angebot klassischer, großer Anwendungsfächer und großes Gewicht der Methodenkompetenz,
- gleichzeitig größere Flexibilität in der Gestaltung des Hauptstudiums für Studierende durch Wahlmöglichkeiten aus einem Spektrum von Vertiefungsfächern, das von einer sehr breiten Orientierung bis hin zu einer starken Spezialisierung reicht
- und damit verbunden
- größere Flexibilität in der Gestaltung des Hauptstudiums mit der Möglichkeit der Profilbildung für Institute durch das Angebot neuer Anwendungsfächer und spezieller, insbesondere auch interdisziplinärer Vertiefungsfächer.

Diese größeren Spielräume in Hinblick auf Spezialisierung und Profilbildung in gestuften Studiengängen gehen mit einer geringeren Vergleichbarkeit der Studiengänge an unterschiedlichen Instituten einher. Zur Erhöhung der Transparenz der Studieninhalte und Einschätzung der Gleichwertigkeit von Anforderungen dient das „Diploma Supplement“, das als Zusatz zum Abschlusszeugnis die Inhalte des Studiums bzw. den Umfang der geforderten Studienleistungen und damit die erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen dokumentieren soll.

Der in den Empfehlungen konzipierte „B.Sc. in Psychologie“ berechtigt grundsätzlich zur Aufnahme eines Masterstudiums in Psychologie. Die einzelnen Standorte können bzw. müssen darüber hinaus weitere Zugangsvoraussetzungen für den Master festlegen.

Sowohl für den Bachelor als auch für den Master empfiehlt die DGPs einen allgemeinen, nicht inhaltlich spezifizierten Abschluss „B.Sc. in Psychologie“ und „M.Sc in Psychologie“ (Vorstand der DGPs, 9.6.2005). Die standortbedingte inhaltliche Spezifizierung geht aus dem „Diploma Supplement“ hervor.

Die Kultusministerkonferenz sieht den Bachelor als Regelabschluss vor. Die Empfehlung des DGPs sieht für die Psychologie dagegen den Master als Regelabschluss vor (<http://www.dgps.de/meldungen/detail.php?id=168> vom 29.11.2004). Im Rahmen des Plädoyers für den Master als Regelabschluss wird auch mit der geplanten Einführung eines „European Diploma in Psychology“ (EuroPsy) argumentiert. Mit dem EuroPsy sollen europaweit gültige Standards für eine qualitativ hochstehende psychologische Berufspraxis festgesetzt werden (<http://www.europsy.eu.com/consultation/EDP%20final.pdf>). Dieses Konzept sieht vor, dass ein 5-jähriges (konsekutives) Studium, gefolgt von einer mindestens 1-jährigen supervidierten Praxis, die Voraussetzung für die EU-weite Anerkennung einer unabhängigen psychologischen Berufspraxis darstellt.

Die Empfehlungen der DGPs sehen für B.Sc.- und M.Sc-Studiengänge ein forschungsbezogenes Studium, sowohl im Grundlagenbereich als auch im Anwendungsbereich, vor. Dabei soll in den konsekutiven Studiengängen eine frühzeitige Vernetzung von Grundlagen und Anwendung stattfinden; insbesondere im Masterstudiengang erfolgt die inhaltliche Ausgestaltung standortspezifisch. Die im Master angebotenen Anwendungs- bzw. Grundlagenfächer werden bereits im Bachelor vorbereitet. Neben der Vermittlung fachwissenschaftlicher Kompetenz kommt im Bachelor- und Masterstudiengang der Ausbildung im Professionalisierungsbereich besondere Bedeutung zu, z. B. die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen.

2.1.2. Gegenüberstellung Vordiplom und Studiengang „B.Sc. in Psychologie“

Der Diplomstudiengang gliedert sich in das Grundstudium, das nach vier Studiensemestern (120 ECTS) mit der Diplom-Vorprüfung abschließt, und das Hauptstudium, welches mit der Diplomprüfung abschließt. Mit der Diplom-Vorprüfung soll nachgewiesen werden, dass das Studium mit Aussicht auf Erfolg fortgesetzt werden kann und die inhaltlichen Grundlagen eines Faches, das methodische Instrumentarium sowie eine systematische Orientierung erworben wurden.

Die Diplom-Vorprüfung umfasst die folgenden Fachprüfungen:

- Allgemeine Psychologie
- Biologische Psychologie
- Entwicklungspsychologie
- Persönlichkeitspsychologie
- Sozialpsychologie
- Allgemeine Methoden der Psychologie und Grundlagen der Diagnostik,

jeweils auf Basis der den Prüfungsfächern zugeordneten Lehrveranstaltungen. Um die Breite dieser Fächer hervorzuheben bestehen die Fachprüfungen in Allgemeiner Psychologie, Allgemeinen Methoden der Psychologie und Grundlagen der Diagnostik jeweils aus mindestens zwei Prüfungsleistungen. Prüfungsvorleistungen bzw. fachliche Voraussetzungen für die Diplom-Prüfung sind inhaltliche Recherche, Planung von Untersuchungen, Datenanalyse und Präsentation, Kommunikation, Erfahrung als Untersuchungsteilnehmer.

**Beispielhafter Überblick über das Grundstudium des Diplomstudiums Psychologie
(jeweils modularisiert, studienbegleitende Prüfungen, jeweils 120 ECTS)**

Beispiel 1	Beispiel 2
Differenzierung zwischen Basismodulen (Pflichtbereich) und Wahlmodulen (Wahlpflichtbereich).	Differenzierung zwischen Basismodulen (Pflichtbereich), Ergänzungsmodulen (Ergänzungen von Basismodulen aus einem Wahlpflichtbereich) und Wahlmodulen (Wahlpflichtbereich).
→ Basismodule (114 ECTS)	→ Basismodule (95 ECTS)
Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten (3 ECTS)	Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten (3 ECTS)
Experimentelles Praktikum I (7 ECTS)	Experimentelles Praktikum (7 ECTS)
Experimentelles Praktikum II (8 ECTS)	Empirische Projekte (7 ECTS)
Allgemeine Psychologie (24 ECTS)	Allgemeine Psychologie (18 ECTS)
- Kognition (12 ECTS)	- Kognition (9 ECTS)
- Handlungsregulation (12 ECTS)	- Handlungsregulation (9 ECTS)
Biologische Psychologie (12 ECTS)	Biologische Psychologie (9 ECTS)
Entwicklungspsychologie (12 ECTS)	Entwicklungspsychologie (9 ECTS)
Persönlichkeitspsychologie (12 ECTS)	Persönlichkeitspsychologie (9 ECTS)
Sozialpsychologie (12 ECTS)	Sozialpsychologie (9 ECTS)
Allgemeine Methoden der Psychologie und Grundlagen der Diagnostik (24 ECTS)	Allgemeine Methoden der Psychologie und Grundlagen der Diagnostik (24 ECTS)
- Methoden I (9 ECTS)	- Methoden I (9 ECTS)
- Methoden II (9 ECTS)	- Methoden II (9 ECTS)
- Grundlagen der Diagnostik (6 ECTS)	- Grundlagen der Diagnostik (6 ECTS)
	Kommunikationstraining (3 ECTS)
	Beobachtungspraktikum (7 ECTS)
→ Wahlmodule (6 ECTS)	→ Wahlpflichtbereich (15 ECTS)
	Ergänzungsmodule:
	Allgemeine Psychologie I (3 ECTS)
	Allgemeine Psychologie II (3 ECTS)
	Biologische Psychologie (3 ECTS)
	Entwicklungspsychologie (3 ECTS)
	Persönlichkeitspsychologie (3 ECTS)
	Sozialpsychologie (3 ECTS)
	Wahlmodule / nicht psychologisches Ergänzungsfach (6-9 ECTS)
	(von 15 ECTS der Ergänzungsmodulen sind 6-9 ECTS abwählbar zugunsten eines nichtpsychologischen Ergänzungsfach)

Der Studiengang „B.Sc. in Psychologie“ ist auf 6 Semester (180 ECTS) ausgelegt und ist eine Zugangsvoraussetzung zum Studiengang „M.Sc. in Psychologie“, ähnlich wie die Diplom-Vorprüfung Voraussetzung für die Teilnahme am Hauptstudium darstellt. Im Unterschied zum Vordiplom stellt er einen berufsqualifizierenden Abschluss dar (für verschiedene Berufsfelder bzw. psychologische Routinetätigkeiten, in der Regel unter der Verantwortung einer/eines Dipl.-Psych. oder M.Sc. in Psychologie). Durch möglichst standortunabhängige Gestaltung des Studiums mit vergleichbarer Gewichtung des Anteils von Methoden, Grundlagenfächer und Anwendungsfächer soll eine breite Qualifikation und eine große Flexibilität geschaffen werden. Im Vergleich zu den ersten 4 bzw. 6 Semestern im Diplomstudiengang ist der B.Sc.-Studiengang ein stärker berufsorientiertes „Grundstudium“, da u.a. Grundlagen- und Anwendungsfächer mit jeweils 48 ECTS, also im Verhältnis 1:1, vertreten sind; zusätzlich ist ein 12-wöchiges berufsorientiertes Praktikum vorgesehen.

Insgesamt umfasst das empfohlene B.Sc.-Konzept 180 ECTS, die sich auf 18 Module in Psychologie, 1 Nebenfachmodul, 30 Versuchspersonenstunden sowie 12 Wochen berufsorientiertes Praktikum und die 12-wöchige Bachelorarbeit verteilen. Innerhalb des für die Grundlagen- und Anwendungsfächer vorgesehenen Gesamtrahmens von jeweils 48 ECTS können standortspezifische Gewichtungen für die einzelnen Fächer vorgenommen werden.

Module des B.Sc. in Psychologie

<p>→ Einführung, Methodik, Diagnostik (48 ECTS):</p> <p>A. Einführende Veranstaltungen (8 ECTS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einführung in Psychologie und ihre Geschichte (4 ECTS), Einführung in Forschungsmethoden der Psych. (4 ECTS) <p>B. Statistik (12 ECTS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deskriptive Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie (6 ECTS), Inferenzstatistik (6 ECTS) <p>C. Einführung in empirisch-wissenschaftliches Arbeiten (8 ECTS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computergestützte Datenanalyse (4 ECTS), Durchführung und Präsentation empirischer Untersuchungen (4 ECTS) <p>D. Empirisch – Experimentelles Praktikum (6 ECTS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empirisch – Experimentelles Praktikum (6 ECTS) <p>E. Grundlagen der Diagnostik (8 ECTS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundlagen Psychologischer Diagnostik (4 ECTS), Testtheorie: Grundlagen (4 ECTS) <p>F. Diagnostische Verfahren (6 ECTS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interview und Beobachtung (3 ECTS), Leistungs- und Persönlichkeitsmessung (3 ECTS)
<p>→ Grundlagen (48 ECTS)</p> <p>Grundlagenfächer: Kognitive und biologische Grundlagen des Verhaltens und Erlebens (24 ECTS)</p> <p>G. Allgemeine Psychologie I (8 +/-2 ECTS)</p> <p>H. Allgemeine Psychologie II (8 +/-2 ECTS)</p> <p>I. Biologische Psychologie (8 +/-2 ECTS)</p> <p>Grundlagenfächer: Grundlagen intra- und interpersoneller Prozesse (24 ECTS)</p> <p>J. Entwicklungspsychologie (8 +/-2 ECTS)</p> <p>K. Differentielle Psychologie und Persönlichkeitspsychologie (8 +/-2 ECTS)</p> <p>L. Sozialpsychologie (8 +/-2 ECTS)</p>
<p>→ Anwendung (48 ECTS)</p> <p>Anwendungsfächer: Basismodule (24 ECTS)</p> <p>M. Anwendungsfach I (8 +/-2 ECTS)</p> <p>N. Anwendungsfach II (8 +/-2 ECTS)</p> <p>O. Anwendungsfach III (8 +/-2 ECTS)</p> <p>Anwendungsfächer: Aufbaumodul (24 ECTS)</p> <p>P. Anwendungsfach I (8 +/-2 ECTS)</p> <p>Q. Anwendungsfach II (8 +/-2 ECTS)</p> <p>R. Anwendungsfach III (8 +/-2 ECTS)</p>
<p>→ Nebenfach (8 ECTS)</p> <p>S. Nebenfach (8 ECTS)</p>
<p>→ weitere Leistungen:</p> <p>30 Versuchspersonenstunden (1 ECTS)</p> <p>12-wöchiges Praktikum (15 ECTS)</p> <p>12-wöchige Bachelorarbeit (12 ECTS)</p>

2.1.3 Gegenüberstellung Diplom-Hauptstudium und Studiengang „M.Sc. in Psychologie“

Das Diplomstudium gliedert sich in das oben aufgeführte Grundstudium und dem Hauptstudium im Anschluss an die Diplom-Vorprüfung, welches mit der Diplomprüfung abschließt. Die Regelstudienzeit für das gesamte Diplomstudium beträgt unter Einschluss der Praktikumszeit neun Semester. Der zeitliche Gesamtumfang der für den erfolgreichen Abschluss des Studiums erforderlichen Lehrveranstaltungen im Pflicht- und Wahlpflichtbereich beträgt höchstens 156 Semesterwochenstunden.

Das Hauptstudium beinhaltet die Diplomprüfung aus Fachprüfungen und der Diplomarbeit, ggf. ergänzt um ein Kolloquium, sowie ein mindestens dreimonatiges Berufspraktikum. Die Diplomprüfung bildet den berufsqualifizierenden Abschluss des Diplomstudienganges. Durch die Diplomprüfung wird festgestellt, ob der Prüfling die Zusammenhänge seines Faches überblickt, die Fähigkeit besitzt wissenschaftliche Methoden und Erkenntnisse anzuwenden und die für den Übergang in die Berufspraxis notwendigen gründlichen Fachkenntnisse erworben hat. Die Diplomarbeit soll zeigen, dass der Prüfling in der Lage ist, innerhalb einer vorgegebenen Frist (in der Regel 6 Monate) ein Problem aus seinem Fach selbstständig nach wissenschaftlichen Methoden zu bearbeiten.

Die Diplomprüfung setzt sich zusammen aus zwei Fachprüfungen in Fächern, die primär Anwendungen der Psychologie betreffen (Anwendungsfächer: Pädagogische Psychologie, Klinische Psychologie sowie Arbeits- und Organisationspsychologie) sowie je eine Fachprüfung in zwei unterschiedlichen psychologischen Fächern, die vertieft studiert werden (Vertiefungsfächer). Vom Gesamtumfang dieser Prüfungsleistungen müssen wesentliche Anteile grundlagenbezogen und anwendungs- bzw. interventionsbezogen sein. Eine Fachprüfung in Speziellen Methoden der Psychologie (Diagnostik, Evaluation, Forschungsmethoden) und mindestens eine weitere Fachprüfung ist in den von den Studierenden gewählten psychologischen oder nicht psychologischen Fächern des Wahlpflichtbereichs abzulegen. Gegenstand der Fachprüfungen sind die Stoffgebiete der den Prüfungsfächern zugeordneten Lehrveranstaltungen. Studienleistungen (beispielsweise: Referat, Hausarbeit, Protokoll, Testat, Klausurarbeiten) werden im Zusammenhang mit Lehrveranstaltungen (Übung, Praktikum oder Seminar, seltener auch in Zusammenhang mit einer Vorlesungen) erbracht. Teilnahmebescheinigungen sind keine Studienleistungen. Eine Studienleistung setzt vielmehr eine bewertete - aber nicht notwendigerweise auch benotete – individuelle Leistung, wie z. B. ein Referat, voraus. Die Rahmenordnung regelt Studienleistungen grundsätzlich nur insoweit, als sie Prüfungsvorleistungen sind oder Fachprüfungen nachfolgen. Eine Prüfungsvorleistung ist eine Zulassungsvoraussetzung für eine Fachprüfung, d.h. die Fachprüfung kann nur abgelegt werden, wenn die als Prüfungsvorleistung zu erbringende Studienleistung nachgewiesen ist.

Die Rahmenordnung sieht vor, dass mindestens die oben benannten drei Anwendungsfächer als „Basisfächer“ angeboten werden, wobei allerdings eines durch ein anderes Anwendungsfach ersetzt werden kann. Mit dieser Regelung können Diplomstudiengänge durch das Angebot von anderen als den benannten Anwendungsfächern Profilbildungen anstreben. Sie bietet auch die Möglichkeit, die Angebote an Anwendungsfächern neuen Entwicklungen in Berufsfeldern für Psychologen anzupassen. Die aus Gründen der Vergleichbarkeit der Abschlüsse ebenfalls gewünschte Grenze dieser Flexibilität in der Gestaltung des Hauptstudiums wird durch die Festlegung erreicht, dass mindestens zwei der klassischen drei Anwendungsfächer angeboten werden, von denen mindestens eines auch mit einer Fachprüfung abgeschlossen wird.

Vertiefungsfächer können anwendungs- oder grundlagenbezogen sein. Anwendungsbezogene Fächer vertiefen Themen der Psychologie, die für eine praktische Tätigkeit qualifizieren. Eine Vertiefung in Psychotherapie sollte so angelegt werden, dass wesentliche Anteile der Theorieausbildung gemäß § 8 Abs. 3 Satz 1 des Psychotherapeutengesetzes bereits im Hauptstudium vermittelt werden, d.h. eingehende Grundkenntnisse in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sowie eine vertiefte Kenntnis mindestens eines dieser Verfahren. Grundlagenbezogene Fächer vertiefen Themen der Psychologie, die für eine Forschungstätigkeit in Grundlagen- oder Anwendungsgebieten qualifiziert. Die Vertiefungsfächer sind in ihrer inhaltlichen Gestaltung und Bezeichnung nicht festgelegt. Sie können auf einem Anwendungsfach,

Methodenfach oder auf einem Fach des Grundstudiums aufbauen und so für ein Anwendungs- oder Grundlagengebiet sowohl breit als auch tiefgehend qualifizieren. Grundlegend ist, dass die Zusammengehörigkeit von Grundlagen- und Anwendungsfächern sich in einer Repräsentanz wesentlicher Anteile von Grundlagen- bzw. Anwendungsaspekten widerspiegeln muss. Zum Beispiel bedeutet dies, dass ein Vertiefungsfach Klinische Psychologie beispielsweise dazu passende Anteile aus der Biologischen- oder Allgemeinen- oder Entwicklungspsychologie beinhalten sollte. Darüber hinaus können zwei Vertiefungsfächer bei entsprechender inhaltlicher Kohärenz auch zu einem Fachgebiet kombiniert werden (z. B. Psychotherapie und Rehabilitationspsychologie), oder ein Vertiefungsfach kann von vornherein so umfangreich konzipiert werden, dass sein Umfang dem von zwei normalen Vertiefungen entspricht („doppelte Vertiefung“, z. B. Klinische Psychologie und Psychotherapie).

Vergleichbarkeit und Gleichwertigkeit der Anforderungen wird über den Umfang der geforderten Studienleistungen kommuniziert und im „Diploma Supplement“ dokumentiert.

Eine besondere Bemerkung erfordert noch die Einbindung des bisherigen Prüfungsfaches „Intervention/Untersuchungsmethoden“. Intervention wird nun als ein integrativer Bestandteil der Vertiefungsfächer verstanden und sollte dementsprechend in die Prüfungsleistungen eingehen.

Die Vertiefungsfächer erlauben eine bisher nicht mögliche Profilbildung der Studiengänge in Form spezifischer Inhaltsgebiete im Hauptstudium unter Bewahrung einer einheitlichen, breiten Methodenausbildung. Sie ermöglicht ein Spektrum von Studienrichtungen, das von einer breiten Orientierung bis hin zu einer starken Spezialisierung reicht, wobei auch die Option des vertiefenden Studiums in einem grundlagenbezogenen Fach besteht.

Die Fachprüfung Spezielle Methoden der Psychologie (Diagnostik, Evaluation, Forschungsmethoden) setzt sich u. a. aus den Fächern Diagnostik und Forschungsmethoden/Evaluation zusammen, was an der besonderen Gewichtung des Leistungsumfanges sowie den zwei Prüfungsleistungen verdeutlicht wird. Das bisherige Fach Diagnostik und Intervention wurde zum Teil ins Grundstudium bzw. in die Vertiefungsfächer verlagert. Ziel der neuen Fachprüfung ist, sowohl die bisherige Möglichkeit zur forschungsorientierten Vertiefung in Methodenlehre zu erhalten als auch die Lehre in der primär anwendungsbezogenen Diagnostik und Evaluationsmethodik sicherzustellen.

Weitere interdisziplinäre Anteile kann das Hauptstudium durch Fachprüfungen in Ergänzungsfächern aus dem Katalog des Wahlpflichtbereiches enthalten.

Bei studienbegleitenden Prüfungen kann das Hauptstudium so gegliedert werden, dass die Fachprüfungen bis zum Ende des sechsten Semesters abgelegt werden. Inklusiv Grundstudium entspricht dies in etwa dem Umfang eines Bachelor-Studienganges. Vertiefungsgebiete, Berufspraktikum, Diplomarbeit und ergänzende Fachprüfungen entsprechen insgesamt in etwa dem Umfang eines Master-Studienganges. Damit ist das Diplom in Psychologie einem Masterabschluss in Psychologie äquivalent.

**Beispielhafter Überblick über das Hauptstudium des Diplomstudiums Psychologie
(jeweils modularisiert, studienbegleitende Prüfungen, jeweils 150 ECTS)**

Beispiel 1	Beispiel 2
Differenziert wird zwischen Basismodulen (Pflichtbereich) und Wahlmodulen (Wahlpflichtbereich)	Differenziert wird zwischen Basismodulen (Pflichtbereich), Ergänzungsmodulen (Ergänzungen von Basismodulen aus einem Wahlpflichtbereich) und Wahlmodulen (Wahlpflichtbereich).
5. und 6. Semester → Basismodule (48 ECTS) Spezielle Methoden der Psychologie (24 ECTS) <ul style="list-style-type: none"> - Angewandte Diagnostik (15 ECTS), Evaluation und Forschungsmethoden (9 ECTS) Basisfach Klinische Psychologie (12 ECTS) Basisfach Pädagogische Psychologie (12 ECTS) → Wahlmodul (12 ECTS) Arbeits- und Organisationspsychologie (12 ECTS) Entwicklungspsychologie (12 ECTS)	5. und 6. Semester → Basismodule (36 ECTS) Spezielle Methoden der Psychologie (24 ECTS) <ul style="list-style-type: none"> - Angewandte Diagnostik (15 ECTS) <ul style="list-style-type: none"> - Klinische Erwachsenendiagnostik (6 ECTS), Kinder- und Jugendlichendiagnostik (6 ECTS), Eignungsdiagnostik (6 ECTS), Forensische Diagnostik (6 ECTS), Fallbearbeitung (3 ECTS) - Evaluation und Forschungsmethoden (9 ECTS) Forschungsarbeit (12 ECTS) → Wahlmodule (24 ECTS) Basisfach Klinische Psychologie (12 ECTS) Basisfach AO-Psychologie (12 ECTS) Basisfach Pädagogische Psychologie (12 ECTS) Nicht psychologisches Ergänzungsfach (12 ECTS) (Aus dem Wahlpflichtbereich sind zwei Fächer des Wahlpflichtbereichs sind zu wählen, davon eines Klinische Psychologie oder AO-Psychologie)
7. und 8. Semester → Wahlmodule (60 ECTS) Vertiefungsfach Klinische und Kognitive Neuropsychologie (24 ECTS) Vertiefungsfach Angewandte und Klinische Entwicklungspsychologie (24 ECTS) Vertiefungsfach Psychologie der Arbeit, Umwelt und Gesundheit (24 ECTS) Nichtpsychologisches Ergänzungsfach II (12 ECTS) <ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitationswissenschaft (12 ECTS), Betriebswirtschaft (12 ECTS) 	7. und 8. Semester → Wahlmodule (60 ECTS) Doppelte Vertiefung und 1 Ergänzungsfach sind zu belegen; Gesamtsumme der ECTS mindestens 60. Ergänzungsfächer: nichtpsychologische Fächer oder weiteres psychologisches Basisfach → Doppelte Vertiefung Klinische Psychologie und Psychotherapie (42-51 ECTS) Teilnahme setzt erfolgreiche Teilnahme am Basisfach Klinische Psychologie voraus. → Basismodul (42 ECTS) Störungskunde I (9 ECTS), Störungskunde II (9 ECTS), Intervention I (9 ECTS), Intervention II (9 ECTS), Klinisch-psychologische Forschung (9 ECTS) → Wahlmodul (9 ECTS) Neurologie, Psychiatrie und Pathophysiologie (9 ECTS) → Ergänzungsfach (9-18 ECTS)
9. Semester Diplomarbeit incl. Diplomandenkolloquium (30 ECTS)	9. Semester Diplomarbeit incl. Diplomandenkolloquium (30 ECTS)

Das Rahmenkonzept für den Studiengang „M.Sc. in Psychologie“ empfiehlt einen 2-jährigen (4 Semester, 120 ECTS) Studiengang. Unabhängig vom jeweiligen inhaltlichen Profil des Studiengangs wird ein einheitliches Kerncurriculum vorgeschlagen, das in erster Linie aus methodischen Fächern (Forschungsmethoden und Psychologische Diagnostik) besteht. Die Strukturvorgaben der KMK sehen für die Akkreditierung von Masterstudiengängen vor, diese entweder dem Profil „stärker forschungsorientiert“ oder dem Profil „stärker anwendungsorientiert“ zuzuweisen. Es wird von der DGPs vorgeschlagen, zudem eine „Mischform“ als weitere Alternative in Erwägung zu ziehen. Bei einem anwendungsorientierten Profil sollte ein minimaler Anteil von Lehrveranstaltungen aus den Grundlagenfächern und bei einem forschungsorientierten/grundlagenorientierten Profil ein minimaler Anteil von Lehrveranstaltungen aus den Anwendungsfächern (jeweils mindestens 8 ECTS, die sich auf 1 bis 3 Fächer verteilen können) sichergestellt werden. Dabei sollten Grundlagen- und Anwendungsfächer möglichst eng ineinander greifen und so fachübergreifende Lehr- und Forschungsaktivitäten fördern. Die engere Verzahnung von Grundlagen- und Anwendungsfächern wird als wichtige Voraussetzung für die zukünftige Entwicklung und Einheit der Psychologie als wissenschaftliche Disziplin erachtet.

Masterstudiengänge, die darauf ausgerichtet sind, dass AbsolventInnen die Eingangskriterien für die postgraduale Weiterbildung nach dem Psychotherapeutengesetz erfüllen, sollten ein Modul in Klinischer Psychologie und Psychotherapie anbieten (in dem für die Module vorgesehenen Umfang von 8-12 ECTS)

Jeder Studiengang „M.Sc. in Psychologie“ unabhängig von jeweiligen Profil umfasst 120 ECTS-Punkte, davon entfallen 15 ECTS auf ein 12-wöchiges berufsorientiertes Praktikum und 30 ECTS auf die 6-monatige Masterarbeit. Das für alle Studiengänge „M.Sc. in Psychologie“ empfohlene Kerncurriculum besteht aus Forschungsmethoden (12 ECTS), Psychologischer Diagnostik (8 ECTS) und Kommunikation wissenschaftlicher Ergebnisse (7 ECTS). Im Rahmen von Projektarbeiten (8 ECTS) sollen die Studierenden die Möglichkeit erhalten, in aktuelle Forschungsarbeiten einbezogen zu werden. Gleichzeitig dienen Projektarbeiten der Verzahnung von verschiedenen Anwendungs- und/oder Grundlagenfächern.

Module des „M.Sc. in Psychologie

<p>A. Forschungsmethoden (12) Multivariate Verfahren (4), Computergestützte Erhebung, Modellierung und Analyse von Daten (4), Evaluation (4)</p> <p>B. Psychologische Diagnostik (8) Testen und Entscheiden (4), Testtheorie und Testkonstruktion: Vertiefung (4)</p> <p>C. Kommunikation wissenschaftlicher Ergebnisse (7) Erstellen und Präsentation von Gutachten (4), Kolloquium: Aktuelle Forschungsergebnisse (1), Kolloquium: Präsentation eigener Forschungsergebnisse (2)</p> <p>D. Nebenfach (8)</p>		
<p><i>M.Sc. Anwendungsorientiertes Profil</i> E. Grundlagenmodul (8-12) F. Anwendungsmodul 1 (8-12) G. Anwendungsmodul 2 (12)</p> <p>Die beiden Anwendungsmodulare können verschiedenen Anwendungsfächern oder demselben Anwendungsfach zugeordnet werden. Im Grundlagenmodul sollen nach Möglichkeit unterschiedliche Grundlagenfächer studiert werden. In einem der Module E und F sind 8 ECTS-Punkte, im anderen 12 ECTS-Punkte zu erwerben.</p>	<p><i>M.Sc. Grundlagenorientiertes Profil</i> E. Anwendungsmodul (8-12) F. Grundlagenmodul 1 (8-12) G. Grundlagenmodul 2 (12)</p> <p>Die beiden Grundlagenmodulare können verschiedenen Grundlagenfächern oder demselben Grundlagenfach zugeordnet werden. Im Anwendungsmodul sollen nach Möglichkeit unterschiedliche Anwendungsfächer studiert werden. In einem der Module E und F sind 8 ECTS-Punkte, im anderen 12 ECTS-Punkte zu erwerben.</p>	<p><i>M.Sc. Gemischtes Profil</i> E. Grundlagen & Anwendung (8-12) F. Grundlagenmodul (8-12) G. Anwendungsmodul (8-12)</p> <p>Im Modul E (Grundlagen und Anwendungen) sollen nach Möglichkeit unterschiedliche Grundlagen- und Anwendungsfächer studiert werden. In einem der drei Module E bis G sind 8 ECTS-Punkte, in den anderen beiden Modulen 12 ECTS zu erwerben.</p> <p>H. Projektmodul (Projektarbeit, 8)</p>
<p>Weitere Leistungen: 12-wöchiges Praktikum (15), 6-monatige Masterarbeit (30)</p>		

2.1.4 Inhaltliche Spezifizierung der Anforderungen an für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie geeignete gestufte Studiengänge gemäß § 5 Abs. 2 PsychThG

In Ergänzung zu den allgemeinen Empfehlungen für die Gestaltung der gestuften Studiengänge hat der Vorstand der DGPs in Abstimmung mit der Fachgruppe Klinische Psychologie und nach Gesprächen mit der Bundespsychotherapeutenkammer am 18. März 2008 Kriterien für Masterstudiengänge formuliert, die als geeignet für den Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten² gehalten werden (Aktuelle Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Ausgabe 12, Jahrgang 4, 18. März 2008). Der Vorstand der DGPs empfiehlt den Psychologischen Instituten diese Kriterien bei der Gestaltung von Masterstudiengängen zu berücksichtigen, um Absolventen mit ihrem Abschluss den Zugang für die postgraduale Psychotherapieausbildung zu ermöglichen.

Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 5 Abs. 2. PsychThG soll demnach ein Master-Abschluss sein, der die nachfolgend beschriebenen Kriterien erfüllt:

- Der konsekutive Masterstudiengang umfasst insgesamt mindestens 120 ECTS, baut auf einen Bachelor-Studiengang in Psychologie auf und schließt mit dem Master of Science in Psychologie ab. Der Master-Studiengang sollte in Umfang und Inhalt die Empfehlungen der DGPs vom Juni 2005 für Master-Studiengänge in Psychologie entsprechen. Wird diese Voraussetzung nicht erfüllt, kann eine Äquivalenzprüfung erfolgen. Gleiches gilt für Personen, die nach dem Bachelor-Studiengang in Psychologie direkt an einem psychologisch-geprägten Promotionsstudiengang teilnehmen. Detailregelungen einer solchen Äquivalenzbestimmung sind gesondert zu einem späteren Zeitpunkt festzulegen.
- Aus Praktika und Projektarbeiten mit klinisch-psychologischem Bezug **mind. 8 ECTS**
- Spezifische Lehrveranstaltungen aus Klinischer Psychologie und Psychotherapie:
- Klinisch-psychologische Diagnostik, Gesprächsführung, diagnostische Interviews **mind. 5 ECTS**
- Klinisch-psychologische Störungslehre, Veränderungsmodelle, Therapieforschung **mind. 8 ECTS**
- Rahmenbedingungen klinisch-psychologischen Handelns Versorgungsfragen, Prävention und Rehabilitation, Forensik, Public Health **mind. 4 ECTS**

Gesamt-Vorgabe: mind. 25 ECTS

Die einzelnen Bereiche müssen dabei mit dem jeweiligen Mindestumfang berücksichtigt sein. Fehlende ECTS-Punkte aus einem der Bereiche 2) und 3) können durch zusätzliche ECTS aus anderen Bereichen der Punkte 2) und 3) kompensiert werden. Diese wechselseitige Kompensation ist auf einen Umfang von max. 4 ECTS beschränkt.

Bei einem konsekutiven Masterstudiengang können aus einem Psychologie-Bachelorstudiengang von den dort erworbenen ECTS in Klinischer Psychologie (max. 16 Punkte) 50 Prozent für die Punkte 2) und 3) angerechnet werden (also max. 8 Punkte).

² In den Mitteilungen der DGPs vom 18. März 2008 wird in einer Fußnote angekündigt, dass die entsprechenden Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesondert formuliert werden.

2.2. Empirischer Vergleich zwischen Diplomstudiengängen und konsekutiven Bachelor-/Masterstudiengängen in Psychologie

Im Zuge der Umsetzung der Bologna-Deklaration befinden sich die meisten Universitäten in der Aufgabe des Diplomstudiengangs Psychologie und in der Einführung konsekutiver Bachelor- und Masterstudiengänge.

Zur Erfassung der inhaltlichen Gestaltung des Diplomstudienganges Psychologie im Vergleich zu den Bachelor-/Masterstudiengängen wurden via Internet Prüfungs-, Studienordnungen, Vorlesungsverzeichnisse und Modulhandbücher der einzelnen psychologischen Institute zusammengetragen.

Bei den meisten Instituten mit laufendem Bachelorstudiengang lagen zum Erhebungszeitpunkt keine Informationen zum Masterstudiengang vor, so dass ein Vergleich zwischen Diplom- und Masterstudiengang nicht möglich war. Ein allgemeiner Vergleich über alle Universitäten hinweg ist wegen der bereits vor Einführung der gestuften Studiengänge bestehenden Gestaltungsspielräume nicht sinnvoll. Deshalb wurden differenzierte standortbezogene Analysen für voll durchgeplante bzw. bereits voll umgesetzte Bachelor- und Masterstudiengänge vorgenommen; dies war nur für die psychologischen Institute in Bochum, Konstanz, Braunschweig, Erlangen-Nürnberg und Jena möglich. Insofern ist der hier durchgeführte Vergleich exemplarisch.

An vier der hier betrachteten Universitäten (Braunschweig, Erlangen-Nürnberg, Jena, Konstanz) wird von den Psychologischen Fakultäten bzw. Instituten entsprechend den Empfehlungen der DGPs ein einheitlicher Master „Psychologie“ angeboten. Nur in Bochum findet sich bereits auf der Ebene des Bachelors eine Differenzierung in Bachelor „Psychologie“ und Bachelor „Wirtschaftspsychologie“; auch im Master werden mit dem Master „Klinische Psychologie“ und Master „Psychologie“ zwei Studiengänge angeboten.

Im Folgenden werden summarisch die Ergebnisse der standortbezogenen Analyse der gestuften Studiengänge im Vergleich zum Diplomstudium Psychologie und in Bezug auf die Empfehlungen der DGPs zur Gestaltung der gestuften Studiengänge allgemein sowie in Hinblick auf die Anforderungen für die Zulassung zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie dargestellt

2.2.1 Standortbezogener inhaltlicher Vergleich von Diplomstudiengang und gestuften Studiengängen

Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie

- Diplomstudiengang Psychologie und konsekutive Studiengänge an der Ruhr-Universität Bochum sind inhaltlich vergleichbar.
- Bachelor Psychologie bzw. Master Psychologie und Master Klinische Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum entsprechen den Empfehlungen der DGPs zur Gestaltung von Bachelor- und Masterstudiengängen.
- Sowohl für den Master Klinische Psychologie als auch für den Master of Science Psychologie – Schwerpunkt Kognitive Neurowissenschaften sind die inhaltlichen Anforderungen der DGPs vom 18. März 2008 für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie deutlich erfüllt.
- Studierende des Master of Science Psychologie – Schwerpunkt Psychologische Organisationsberatung / Wirtschaftspsychologie können das Studium ohne klinische Inhalte absolvieren, wenn sie Klinische Psychologie nicht belegen. Die 16 benötigten Leistungspunkte aus dem Bereich „Psychologie“ können durch andere Module erworben werden.

Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig, Institut für Psychologie

- Diplomstudiengang Psychologie und konsekutive Studiengänge Psychologie an der Technischen Universität Braunschweig sind inhaltlich vergleichbar.

- Bachelor Psychologie bzw. Master Psychologie und Master Klinische Psychologie an der Technischen Universität Braunschweig entsprechen den Empfehlungen der DGPs zur Gestaltung von Bachelor- und Masterstudiengängen.
- Für den Master Psychologie – Schwerpunkt Klinische Psychologie sind die inhaltlichen Anforderungen der DGPs vom 18. März 2008 für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie deutlich erfüllt.
- Falls im Rahmen des Masterstudiengangs der Schwerpunkt „Arbeits-, Organisations- und Ingenieurspsychologie belegt wird, so sind 8 ECTS im klinischen Bereich zu erbringen. Dieses Modul besteht aus 2 Vorlesungen mit je 4SWS/60h und 180h Selbststudium (Literatur und Prüfungsvorbereitung). Folgende Inhalte werden vermittelt: Diagnostik, Klassifikation, Ätiologie und Intervention (Prävention, Krisenintervention, Beratung, Psychotherapie, Rehabilitation) von psychischen Störungen; psychotherapeutische Ansätze der VT, GPT, TP und PA; Indikation und Prognose; Berufsfelder; ethische und rechtliche Grundlagen sowie Informationen zum Gesundheitswesen. Die Modulprüfung besteht aus einer Klausur oder einer mündlichen Prüfung nach Wahl der Prüferin / des Prüfers.
Damit sind die Mindestanforderungen der DGPs zur Gestaltung von Masterstudiengängen (2005: 8-12 ECTS für ein Modul Klinische Psychologie und Psychotherapie im Masterstudiengang) formal erfüllt. Die weitergehenden Spezifizierungen der DGPs vom 18. März 2008 hinsichtlich der Anforderungen für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie sind nicht automatisch erfüllt.

Friedrich-Alexander Universität Erlangen – Nürnberg, Institut für Psychologie

- Diplomstudiengang Psychologie und konsekutive Studiengänge Psychologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg sind inhaltlich vergleichbar.
- Bachelor Psychologie bzw. Master Psychologie und Master Klinische Psychologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg entsprechen den Empfehlungen der DGPs zur Gestaltung von Bachelor- und Masterstudiengängen.
- Für den Master Psychologie – Schwerpunkt Klinische Psychologie sind die inhaltlichen Anforderungen der DGPs vom 18. März 2008 für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie deutlich erfüllt.
- Falls im Masterstudiengang der Schwerpunkt „Gerontopsychologie“ gewählt wird, hängt es von den inhaltlichen Schwerpunkten der Veranstaltungen ab, ob die inhaltlichen Anforderungen der DGPs vom 18. März für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie erfüllt werden. Der Umfang der entsprechenden Studienleistungen ist hinreichend.
- Falls im Masterstudiengang der Schwerpunkt „Psychologie im Arbeitsleben“ gewählt wird, sind keine klinischen Inhalte im Studiengang enthalten.

Friedrich-Schiller Universität Jena, Institut für Psychologie

- Diplomstudiengang Psychologie und konsekutive Studiengänge Psychologie an der Friedrich-Schiller Universität Jena sind inhaltlich vergleichbar.
- Bachelor Psychologie und Master Psychologie an der Friedrich-Schiller Universität Jena entsprechen den Empfehlungen der DGPs zur Gestaltung von Bachelor- und Masterstudiengängen.
- Für den Master Psychologie – Schwerpunkt Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheit sind die inhaltlichen Anforderungen der DGPs vom 18. März 2008 für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie deutlich erfüllt.
- Falls im Masterstudiengang der Schwerpunkt „Kognitive Neurowissenschaften“ gewählt wird, hängt es von der Wahl des jeweiligen Absolventen ab, ob die Anforderungen der DGPs vom 18. März für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie hinsichtlich Inhalt und Umfang erfüllt werden. Potentiell ist der Umfang der entsprechenden Studienleistungen hinreichend.

- Falls im Masterstudiengang der Schwerpunkt „Dynamik menschlichen Verhaltens in Gruppen und Organisationen“ gewählt wird, entspricht der Umfang der einschlägigen klinischen Inhalte nicht den Anforderungen der DGPs vom 18. März für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie.

Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie

- Diplomstudiengang Psychologie und konsekutive Studiengänge am Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz sind inhaltlich vergleichbar.
- Bachelor Psychologie bzw. Master Psychologie am Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz entsprechen den Empfehlungen der DGPs zur Gestaltung von Bachelor- und Masterstudiengängen.
- Für den Master Psychologie unter Einschluss des Anwendungsfaches „Klinische Psychologie“ sind die inhaltlichen Anforderungen der DGPs vom 18. März 2008 für den Zugang zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie deutlich erfüllt.
- Im Rahmen des Masterstudiums ist ein Abschluss ohne klinische Inhalte möglich, da das Anwendungsfach „Klinische Psychologie“ durch ein Forschungsvertiefungsfach ersetzt werden kann. So kann z. B. ein Studierender Arbeits- und Organisationspsychologie als Anwendungsfach wählen und anstelle von Klinischer Psychologie oder Klinischer Neuropsychologie das Forschungsvertiefungsfach „Psychologie des Handelns“. Demnach wäre die Mindestanforderung für eine Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten nicht erfüllt.

Die detaillierten Einzelanalysen, die anhand des Rasters im Gutachten (Tabelle D 2-2) erstellt wurden, sind hier aus Platzgründen nicht dargestellt.

2.2.2. Schlussfolgerungen

Insgesamt sind die bisher umgesetzten gestuften Studiengänge in Psychologie hinsichtlich der Inhalte und Anforderungen weitgehend mit den Diplom-Studiengängen Psychologie vergleichbar. Dabei gibt es ein gewisses Ähnlichkeitsspektrum von weitgehender Übersetzung der Inhalte des Diplomstudiengangs Psychologie in die gestuften Studiengänge bis hin zu weitergehender Nutzung des Gestaltungsspielraums, der sich durch die gestuften Studiengänge ergibt.

Bis auf die Ruhr-Universität Bochum bieten die Psychologischen Institute der Universitäten einheitliche Bachelor- und Masterstudiengänge Psychologie an, in deren Rahmen Schwerpunktsetzungen vorgenommen werden. An der Ruhr-Universität Bochum wird ein spezieller Masterstudiengang „Klinische Psychologie“ mit inhaltlicher Ausweitung der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Inhalte bei gleichzeitigem deutlichem wissenschaftlichem Profil angeboten.

Im Rahmen der jeweils möglichen Schwerpunktbildung im Bereich der Klinischen Psychologie entsprechen die Studiengänge sowohl den Empfehlungen der DGPs zur Gestaltung von Bachelor-Master-Studiengängen Psychologie aus dem Jahre 2005 wie auch die weitergehenden Empfehlungen der DGPs zum Absicherung des Zugangs zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie vom 18. März 2008.

Wird im Studium der Schwerpunkt nicht im klinisch-psychologischen Bereich gesetzt, so gibt es sowohl a) Schwerpunkte innerhalb der Master-Studiengänge, mit denen die Absolventen gleichwohl die Anforderungen für eine Zulassung zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie erfüllen (z. B. Bochum, Schwerpunkt „Klinische Neuropsychologie“) als auch b) Schwerpunkte innerhalb von Master-Studiengängen, bei denen je nach inhaltlicher Ausrichtung der jeweiligen Veranstaltungen die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt werden (z. B. Jena, Schwerpunkt „Kognitive Neurowissenschaften“) als auch c) Schwerpunkte innerhalb von Masterstudiengängen, bei denen die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt werden (z. B. Erlangen-Nürnberg, Schwerpunkt „Psychologie im Arbeitsleben“).

3. Bereich Studiengänge, die als Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung zum Kinder-Jugendlichenpsychotherapeuten anerkannt sind (ausgenommen Psychologie)

3.1. Zusammenfassung der Analyse der Diplom- bzw. BA/MA-Studiengänge für den KJP Bereich

Für die Studiengänge Pädagogik, Heilpädagogik, Soziale Arbeit / Sozialpädagogik erfolgten

1. die Analyse struktureller Vorgaben zur Gestaltung der Studiengänge (Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften bzw. der AZA-KJP) sowie
2. exemplarische empirische Analysen von Diplomstudiengängen im Vergleich zu gestuften Studiengängen in den verschiedenen Fächern.

Die detaillierten Einzelanalysen der Studiengänge an den jeweilig untersuchten Studienorten, die anhand des Rasters im Gutachten (Tabelle D 2-2) erstellt wurden, sind hier aus Platzgründen nicht dargestellt.

Die analysierten Fächer, Orte der Erhebung, ECTS/SWS der klinischen sowie der forschungsmethodischen Inhalte sind für alle drei Studiengänge aufgeteilt nach Diplom/BA/MA im Folgenden einzusehen.

3.1.1. Pädagogik – Übersicht über die analysierten Studiengänge und deren klinische und methodische Inhalte

Diplom			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungs- methoden
FU Berlin	Erziehungswissenschaft	kA (NF Psy: 48)	kA
TU Braunschweig	Erziehungswissenschaft („Bildung und Beratung“)	Pädpsych Beratung: 40 (NF Psy: bis 46)	16 (8+8)
TU Dresden	Erziehungswissenschaft	kA (evtl. viel!) (NF Psy: 20)	32
U Frankfurt	Erziehungswissenschaft	kA	kA
U Halle	Erziehungswissenschaft	kA	kA
U Hamburg	Erziehungswissenschaft	-- (NF Psy: 16) (psysoz Beratung: kA)	mind. 8
U Mainz	Erziehungswissenschaft	-- (psysoz Beratung: kA) (NF Psy: 80)	8 (im Grundstudium)
U Münster	Pädagogik	kA (WPF ³ Diagnostik, Beratung, Intervention: 12) (psysoz Beratung: 12) (NF Psy: 18-28)	18
U Rostock	Erziehungswissenschaft	16 (NF Psy: 32) (psysoz Beratung: kA)	16

³ Wahlpflichtfach

Master of Arts			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungs- methoden
U Bamberg	Erziehungs- und Bildungswissenschaft	kA	mind. 15
U Bielefeld	Erziehungswissenschaft (ab 2009/2010)	-- (psysoz Beratung: 36)	35 (11+24)
TU Dresden	Childhood and education research	-- (Psysoz Beratung: 9)	14
TU Karlsruhe	Pädagogik (forschungsorientierter Aufbaustudiengang)	(richtet sich nach Thematik der MA-Arbeit)	(richtet sich nach Thematik der MA-Arbeit)
U Kiel	Pädagogik	kA (psysoz Beratung: 8)	17
U Münster	Pädagogik	--	10
U Oldenburg	Erziehungs- und Bildungswissenschaft	24 (Rehabilitation in Rehabilitationspädagogik)	12
U Potsdam	Erziehungswissenschaft	--	kA
U Tübingen	Forschung und Entwicklung in der Erziehungswissenschaft	--	44

Bachelor of Arts			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungs- methoden
U Bamberg	Pädagogik	kA (NF Psy: 15)	mind. 15
FU Berlin	Bildung, Erziehung, Qualitätssicherung	ca. 13 (NF Psy: 20)	20
U Bielefeld	Erziehungswissenschaft	--	12
TU Braunschweig	Erziehungswissenschaft	kA ⁴	15
U Frankfurt	Erziehungswissenschaft	kA (NF Psy: 8-12)	22
U Halle	Erziehungswissenschaft	kA > 10	20
U Hamburg	Erziehungs- und Bildungswissenschaft	ca. 6 (+ psysoz Beratung: kA) (wählbares NF Psy: 45)	15
U Jena	Kernfach: Erziehungswissenschaft	--	10
TU Karlsruhe	Pädagogik	-- (psysoz Beratung: 2-4)	16
U Kiel	Pädagogik (2-fach)	-- (psysoz Beratung: 4; NF Psy: 8)	6
U Magdeburg	Pädagogik (mit dem affinen NF Psychologie)	kA (NF Psy: 46)	18
U Mainz	Erziehungswissenschaft	-- (Beifach frei wählbar)	kA
U Marburg	Erziehungs- und Bildungswissenschaft	kA (NF Psy: 24)	16
LMU München	Pädagogik/ Bildungswissenschaft	3 (wählbares NF Psy: 60)	bis 39
U Münster	Pädagogik	WPF ⁵ Diagnostik, Beratung, Intervention: 15	15
U Oldenburg	Pädagogik	bis 42 (incl. Vertiefung: Begleiten/Unterstützen/ Rehabilitieren)	12
U Potsdam	Erziehungswissenschaft (2-fach)	kA	10
U Tübingen	Erziehungswissenschaft	-- (NF Psy: 12)	16

Anmerkungen:

- kA = vorhanden aber keine genaueren Angaben
- (nicht klinische) psychologische Inhalte sind nicht in Auflistung aufgeführt

⁴ 12 ECTS in „Kommunikation/Beratung/Organisationsentwicklung“

⁵ Wahlpflichtfach

3.1.2. Heilpädagogik– Übersicht über die analysierten Studiengänge und deren klinische und methodische Inhalte

Diplom			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungsmethoden
Humboldt-Universität Berlin	Diplom-Rehabilitations- pädagogik	16 SWS (Psychologie allg.)	8 SWS
Evangelische Fachhochschule Bochum	Diplom-Heilpädagogik	12 SWS (Psychologie allg.)	10 SWS

Bachelor of Arts			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungsmethoden
Evangelische Fachhochschule Hannover	Heilpädagogik	15	15
Katholische Hochschule Münster	Heilpädagogik	6	15
Evangelische Fachhochschule Bochum	Heilpädagogik	8	8
Katholische Fachhochschule Freiburg	Heilpädagogik	6	6
Evangelische Fachhochschule Nürnberg	Heilpädagogik	10	6
Evangelische Fachhochschule Darmstadt	Integrative Heilpädagogik	11	15
FH Görlitz / Zittau	European Bachelor of Inclusion Studies	15	15
TU Dortmund	Rehabilitations- Pädagogik	10 (aber Wahlpflichtfach)	11

Master of Arts			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungsmethoden
Katholische Fachhochschule Freiburg	Heilpädagogik	0	3
Evangelische Fachhochschule Darmstadt	Integrative Heilpädagogik	0	5
TU Dortmund	Rehabilitations- Wissenschaften	10 (aber Wahlpflichtf.)	16
Evangelische Fachhochschule Bochum	Masterstudiengang Soziale Inklusion: Gesundheit und Bildung	15	15

3.1.3. Soziale Arbeit / Sozialpädagogik – Übersicht über die analysierten Studiengänge und deren klinische und methodische Inhalte

Diplom			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungsmethoden
Evangelische Fachhochschule Darmstadt	Soziale Arbeit	58 ETCS (+Beratung und Diagnosestellung 24 ETCS)	38 ETCS

Bachelor of Arts			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungsmethoden
Fachhochschule Wiesbaden	Soziale Arbeit	18 ETCS (+ 36 ETCS psycholog. Grundlagen + Diagnostik und Beratung 18 ETCS)	12 ETCS
Evangelische Hochschule Hamburg	Soziale Arbeit	kA	0
Hochschule Bremen	Soziale Arbeit	24 ETCS (+24 ETCS psycholog. Grundlagen)	30 ETCS
Fachhochschule Lausitz	Soziale Arbeit	Ja, aber keine Angabe über Umfang (BF: Klein. Psychologie + psychosoziale Beratung)	Ja, Umfang unklar
Alice Solomon Fachhochschule Berlin	Sozialarbeit / Sozialpädagogik	15 ETCS (+ Päd. Psych. 7,5 ETCS + psychosoziale Beratung 10 ETCS)	52,5 ETCS
Hochschule Regensburg	Soziale Arbeit	51 ETCS (+ psychosoziale Beratung 6 ETCS + 15 ETCS psycholog. Grundlagen)	9 ETCS
Fachhochschule Heidelberg	Soziale Arbeit	Vorhanden, Umfang unklar	Vorhanden, Umfang unklar
Fachhochschule Esslingen	Soziale Arbeit	2 ETCS (+ speziell auf soziale Arbeit bezogene Intervention und Diagnostik)	52 ETCS

Master of Arts			
Uni/Stadt	Studiengang	Lehrumfang: Klinische Psychologie	Lehrumfang: Methodenlehre/ Forschungsmethoden
Hochschule Neubrandenburg	Soziale Arbeit	0 (Psychosoziale Beratung 10 ETCS)	70 ETCS
Hochschule Coburg	Soziale Arbeit	10 SWS (+ 20 SWS psycholog. Grundlagen + 3 SWS psychosoziale Beratung)	5 SWS

3.1.4. Zusammenfassungen der Studiengänge und deren Besonderheiten

Zunächst erfolgt eine kurze Zusammenfassung der jeweiligen Studiengänge und deren jeweiliger Besonderheiten (Pädagogik, Heilpädagogik, Sozialpädagogik / Soziale Arbeit), im Anschluss werden Parallelen/Unterschiede aufgeführt.

3.4.1.1 Zusammenfassung der Analyse der Diplom- bzw. BA/MA-Studiengänge in Pädagogik

Vorgehen bei der Analyse

- Zunächst wurden zufällig aus einer Liste der Universitäten der einzelnen Bundesländer ein bzw. zwei Universitäten ausgewählt. (War an diesen Universitäten die Möglichkeit zum untersuchten Studium nicht gegeben, wurde anschließend eine andere gewählt.)
- Anschließend wurde auf den Hauptinternetseiten der Universität nach den Studienangeboten und dort nach der Beschreibung, Studienordnung oder den Modulhandbüchern des jeweiligen Studiengangs gesucht. Diese wurden durchgegangen und das Raster ausgefüllt. Hierbei wurde versucht, so spezifisch wie möglich vorzugehen. War ein Thema zwar enthalten, ohne dass jedoch ein genauer Umfang zu benennen war, so wurde dieses Thema im Raster mit einem ✓ markiert. In der Spalte zum Umfang konnte dann jedoch **keine Angabe** (kA) gemacht werden.
- Anschließend wurde nach weiteren Informationen auf den Internetseiten des Fachbereichs gesucht und das Raster ergänzt.
- Waren immer noch recht wenige Informationen vorhanden, so wurde versucht, diese durch eine Durchsicht des aktuellen Vorlesungsverzeichnisses zu ergänzen.
- Informationen über die Inhalte des Neben-, Wahlpflicht- oder Beifachs Psychologie wurden auf den Seiten des Fachbereichs Pädagogik oder gegebenenfalls auf den Internetseiten der Psychologie gesucht.

Entwicklung des Studiengangs Pädagogik

Die Diplomstudiengänge sind im Begriff auszulaufen und die Masterstudiengänge befinden sich z.T. noch im Aufbau, bzw. sind noch nicht vorhanden.

An einigen Universitäten fand eine Umbenennung der Studiengänge und Fachbereiche von Pädagogik in Erziehungs- oder/und Bildungswissenschaft statt (z. B. Uni Bielefeld). In dieser Zusammenfassung werden alle drei Benennungen äquivalent diskutiert.

Der Studiengang Pädagogik und Differenzen Diplom und BA/MA

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Studiengänge der Pädagogik/Erziehungswissenschaft/Bildungswissenschaft eine deutliche Heterogenität aufweisen. Insbesondere die gestuften Bachelor- und Masterstudiengänge weisen ein breites Spektrum mit großen inhaltlichen und strukturellen Unterschieden auf. So besteht an einigen Universitäten, die vor der Umstellung der Studiengänge noch einen Dipl.-Studiengang in Pädagogik anboten, nach der Umstellung keine Möglichkeit eines direkt äquivalenten Studiums. Beispielsweise wird an einigen Universitäten nur noch ein BA mit dem Kernfach Pädagogik (ca. 120 ECTS) und einem Nebenfach (ca. 60/45 ECTS) angeboten. Bei den *wählbaren Nebenfächern* gibt es ebenfalls ein breites Spektrum, was große inhaltliche Differenzen zulässt. Diese Struktur ist eher mit den ehemaligen Magisterstudiengängen vergleichbar. Eine generelle Charakterisierung der Studieninhalte (in Form des Rasters) ist daher äußerst schwierig.

Die Pädagogikstudiengänge (v.a. BA/MA) zeichnen sich durch ein breites Methodenspektrum aus. Sowohl qualitative als auch quantitative Methoden der Sozialforschung sind im Studium enthalten. Im Verhältnis zu den älteren Dipl.-Studiengängen ist in den neuen BA/MA-Studiengängen

tendenziell eine stärkere Gewichtung der empirischen Methodenausbildung festzustellen. Evaluation ist in den neuen Studiengängen (erstmalig) als spezifische Methode enthalten und nimmt in forschungsorientierten MAs teilweise eine besondere Rolle ein (z. B. MA „Forschung und Entwicklung in der Erziehungswissenschaft“, Uni Tübingen).

Da der MA in Pädagogik an zahlreichen Universitäten noch nicht eingerichtet wurde, können keine fundierten Aussagen über dessen Inhalte gemacht werden.

Generell lassen sich die Umfänge der Inhalte in den älteren Dipl.-Studiengängen nur äußerst schwer konkret bestimmen. Während die Modulhandbücher der neuen BA/MA-Studiengänge relativ genaue Aussagen über die Zeitumfänge zulassen, existieren aufgrund der zahlreichen Wahlmöglichkeiten im Diplom-Studiengang keine eindeutigen Ablaufpläne. Zahlreiche Informationen zu den Diplom-Studiengängen sind im Gegensatz zu den Informationen über die neuen Studiengänge nur schwer zugänglich.

In den neuen BA/MA-Studiengängen sind häufig „fächerübergreifende Module“ enthalten, die zum einen „soft skills“ wie Kommunikation, Konfliktmanagement, Moderation u.ä. vermitteln und zum anderen einen Einblick in andere Fächer ermöglichen sollen (z. B. Potsdam). Eine explizite Vermittlung von „soft skills“ in eigenen Lehrveranstaltungen fehlte in den älteren Diplom-Studiengängen.

In den meisten Diplom-Studiengängen Pädagogik war Psychologie (und Soziologie) als verpflichtendes Bei- bzw. Nebenfach integriert (z. B. Frankfurt, Rostock). Psychologische Basiskenntnisse waren daher in den Dipl.-Pädagogikstudiengängen in einem relativ großen Umfang enthalten. Auch innerhalb der neuen BA- und MA-Studiengänge ist Psychologie an zahlreichen Universitäten integriert. In einigen Studiengängen existiert jedoch kein solches verpflichtendes Beifach Psychologie, sondern ein Wahlpflicht- oder Nebenfach, welches frei gewählt werden kann (z. B. München, Bielefeld). Im Rahmen der gestuften Studiengänge erhöht sich der Umfang der psychologischen Inhalte enorm, wenn Psychologie als Nebenfach gewählt wird (ca. 45-60 ECTS). Wird der Umfang der psychologischen Inhalte relativ zum Gesamtumfang des Studiums, welcher mit 6 Semestern Regelstudienzeit im Verhältnis zum vorherigen Diplom-Studiengang deutlich kürzer ist, betrachtet, so findet eine deutliche Stärkung der psychologischen Inhalte statt.

Der Umfang der Psychologie im Pädagogikstudium hängt in einem großen Ausmaß von den Wahlmöglichkeiten an der jeweiligen Universität und den Interessen der Studierenden ab.

Darüber hinaus sind in zahlreichen pädagogischen Lehrveranstaltungen psychologische Inhalte enthalten (z. B. München, Mainz). Dabei fließen bspw. explizit behaviorale, psychoanalytische oder strukturgenetische Entwicklungskonzepte in Seminare zur Entwicklung oder Sozialisation ein. Eine Differenzierung des zeitlichen Umfangs im Raster war jedoch nicht möglich.

Gemeinsamkeiten / Unterschiede der einzelnen Studienorte:

An den Universitäten Bremen und Saarland wird nur noch ein Lehramts-, nicht aber ein Hauptfachstudium in Pädagogik angeboten, weshalb diese Bundesländer nicht weiter analysiert wurden. In Brandenburg wird ausschließlich an der Uni Potsdam ein Zwei-Fach-BA in Pädagogik angeboten in die Analyse aufgenommen).

Die Themen Biografie, Lebenslauf, Entwicklung (über die Lebensspanne), Sozialisation usw. nehmen im Pädagogikstudium an allen Universitäten methodisch und inhaltlich einen großen Umfang ein.

Praktische Pädagogik (Formen pädagogischen Handelns) ist thematisch in allen Studiengängen enthalten. Jedoch lässt sich der genaue Umfang nur schwer bestimmen, da zwar bspw. „Formen pädagogischen Handelns“ häufig als eigens Fach existiert, praktische Pädagogik zugleich jedoch auch in zahlreichen pädagogischen Fächern integriert ist. Die Angaben im Raster unterschätzen den Anteil der praktischen Pädagogik daher tendenziell. Des Weiteren stellen Berufspraktika (incl. Vor- und Nachbereitung), die in fast allen Studiengängen verpflichtend vorgeschrieben sind, einen wichtigen Teil des Studiums dar.

Innerhalb zahlreicher Studiengänge (sowohl Diplom als auch BA/MA) müssen ein bis zwei Studienschwerpunkte/-richtungen gewählt werden. Hierbei werden meist Schulpädagogik, Sozialpädagogik und Erwachsenen-/Weiterbildung (z. B. Tübingen, Münster) aber auch Sonder- bzw. Behindertenpädagogik/Rehabilitationspädagogik (z. B. Rostock, Magdeburg, Hamburg), Kindheitsforschung (z. B. Berlin) oder als Profildbereich „Beratung, Diagnostik, Intervention“ (z. B. Münster) angeboten. Die Inhalte des Studiums unterscheiden sich daher auch innerhalb einer Universität bzw. eines Studiengangs beträchtlich.

Die Inhalte mit klinisch-psychologischen Bezügen unterscheiden sich ebenfalls deutlich (abhängig von jeweils wählbaren Studienschwerpunkten). Klinische Inhalte sind v.a. innerhalb der Schwerpunkte Sozial- und besonders der Sonder-, Devianz- und Behindertenpädagogik enthalten.

Zahlreiche Universitäten legen einen Schwerpunkt auf Beratung als pädagogisches Arbeitsfeld (z. B. Münster). Dabei bestehen jedoch deutliche Differenzen zwischen den spezifischen Beratungsfeldern. Das Spektrum reicht von Organisationsberatung (z. B. im Zusammenhang mit Evaluation, z. B. Bielefeld, Braunschweig) über Familien- und Erziehungsberatung (z. B. Hamburg) bis hin zu dezidiert psychosozialer Beratung in klinischen Kontexten (z. B. Dresden, Münster). Letzteres ist v.a. in Studienschwerpunkten Sozial- und Sonderpädagogik enthalten und wird gegebenenfalls auch häufig mit Grundlagen der Intervention, Präventionsmethoden (z. B. von Suchterkrankungen) und Grundlagen der Psychotherapie verknüpft.

Diagnostik ist in einem sehr unterschiedlichen Umfang in den Studiengängen enthalten. Die thematische Integration von Diagnostik in den Studiengang hängt ebenfalls mit den Angeboten in Sozial- oder Sonderpädagogik sowie mit den enthaltenen psychologischen Anteilen zusammen. Dabei findet vorwiegend pädagogisch-psychologische Diagnostik Beachtung. Teilweise fließen jedoch auch Elemente klinischer Diagnostik in das Pädagogikstudium ein (z. B. Bamberg, Hamburg).

In den meisten Studiengängen ist ein darüber hinaus ein Überblick über rechtliche Grundlagen pädagogischen Handelns enthalten (z. B. Rostock, Tübingen). Dabei war jedoch die korrekte Zuordnung zu Berufs- oder Sozialrecht schwierig.

In vielen Studiengängen werden Themen wie „Geschlechterunterschiede, Diversity“ (u.a. im Bereich der Migration) behandelt.

Es ist auffällig, dass die Berufsperspektiven im Bereich der Psychotherapie für Pädagogikstudierende auf den Internetseiten der Fachbereiche Pädagogik fast keine Erwähnung finden.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Heterogenität der Studiengänge weiter erhöht, wenn die MAs an allen Universitäten eingeführt wurden. So ist bereits heute eine Spezialisierung der Studiengänge an einigen Universitäten festzustellen (z. B. M.A. „childhood research and education“, Uni Dresden). Dies könnte sich in Abhängigkeit von der jeweiligen Spezialisierung sowohl als eine Erhöhung/Stärkung als auch Verringerung der psychologischen sowie der methodischen Inhalte im Pädagogikstudium auswirken.

Fazit: Eine relativ gezielte Vorbereitung auf eine spätere (KJP-) Tätigkeit scheint möglich, da recht flexibel entsprechende Studienangebote gewählt werden können.

3.1.4.2 Zusammenfassung der Analyse der Diplom- bzw. BA/MA-Studiengänge in Heilpädagogik

Vorgehen bei der Analyse (Heilpädagogik)

- Über die Internetseite des Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (bhp) in Berlin, die Internetseite des Hochschulkompass der Hochschulrektorenkonferenz und der Internetseite des DBSH (Deutscher Berufsverband für soziale Arbeit e.V.) wurden die möglichen Studienorte und die Adressen der Fachhochschulen und Universitäten aufgelistet.
- Man kann nicht in allen Bundesländern Heilpädagogik studieren. Alle Studienorte, an denen man zum WS2008/09 oder später das Heilpädagogikstudium aufnehmen kann wurden mit Hilfe des Rasters analysiert. Studienorte sind: Berlin, Hannover, Münster, Bochum, Freiburg, Nürnberg, Darmstadt, Zittau/Görlitz und Dortmund.
- Auf den Internetseiten der Universität bzw. Fachhochschule wurden die Studienangebote und deren Beschreibung, Studienordnung, Prüfungsordnung und Modulhandbücher des jeweiligen Studiengangs erfasst.
- Zuordnung der Inhalte zum Raster: Psychologische Inhalte wurden im Raster mit Semesterwochenzahl und den Leistungspunkten markiert. Wenn der Umfang nicht eindeutig zu benennen war, wurde die Stelle im Raster mit k.A. markiert (keine Angabe). Wenn ein Fach mehrere Aspekte des Rasters abdeckte, erfolgte ein gesonderter Hinweis durch ein Sternchen (*) und Erläuterungen dazu.
- Des Weiteren wurde vermerkt, ob die Fächer Pflicht- oder Wahlinhalte sind.

Entwicklung des Studiengangs Heilpädagogik

Eigenständige Heilpädagogik-Studiengänge gibt es erst seit wenigen Jahren. Heilpädagogik wurde vorher als Schwerpunkt im Studienbereich Sozialwesen / Sozialarbeit / Sozialpädagogik angeboten. Die Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Heilpädagogik stammt aus dem Jahr 1999. Seit 2002 kann man Heilpädagogik auch nach dem neuen, nach internationalem Vorbild gestuften Studienmodell mit den Abschlüssen Bachelor und Master studieren. Die Diplomstudiengänge sind im Begriff auszulaufen und die Masterstudiengänge befinden sich z.T. noch im Aufbau.

Der Studiengang Heilpädagogik (Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Heilpädagogik an Fachhochschulen) und Differenzen Diplom und BA/MA

Der Studiengang Heilpädagogik als integrative Wissenschaft qualifiziert für pädagogisch-therapeutische Arbeit mit Menschen, deren Bedarf an Erziehung und Begleitung auf Grund innerer oder äußerer Belastungen oder Schädigungen höher ist als im Normalfall (Rahmenprüfungsordnung Heilpädagogik, 1999).

Die Regelstudienzeit für den auslaufenden Diplomstudiengang beträgt 8 Semester mit 140 Semesterwochenstunden. Psychologische Grundlagen fallen als zentraler Bestandteil bzw. Basis in das Fachgebiet Humanwissenschaftliche Grundlagen der Heilpädagogik (neben pädagogischen, medizinischen, ethischen, anthropologischen und philosophischen Grundlagen).

Bachelor/Master: Bestehende Rahmenprüfungsordnungen für Diplom- und Magisterstudiengänge (§ 18 HRG) gelten bis zu einer Entscheidung der Kultusministerkonferenz über die Ablösung der Rahmenprüfungsordnungen durch das Akkreditierungsverfahren fort. Jedoch ist auffällig, dass es z.T. erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Fachhochschulen / Universitäten in diesem Bereich gibt.

Gemeinsamkeiten / Unterschiede der einzelnen Studienorte

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass der Studiengang Heilpädagogik eine deutliche Heterogenität aufweist. Sowohl inhaltlich als auch strukturell unterscheiden sich v.a. die neuen BA- und MA-Studiengänge untereinander grundlegend. So besteht an einigen Universitäten, die vor der Umstellung der Studiengänge noch einen Dipl.-Studiengang in Heilpädagogik anboten, nach der Umstellung keine Möglichkeit eines direkt äquivalenten Studiums (z. B. Uni Köln). Eine generelle Charakterisierung der Studieninhalte (in Form des Rasters) gestaltete sich schwierig.

An einigen Universitäten fand eine Umbenennung der Studiengänge und Fachbereiche von Heilpädagogik in Inclusion Studies oder Rehabilitationspädagogik bzw. -wissenschaften statt (z. B. Zittau/Görlitz und Dortmund).

Der MA in Heilpädagogik wurde an zahlreichen Universitäten und FH's noch nicht eingerichtet, weshalb keine fundierten Aussagen über dessen Inhalte gemacht werden können.

Generell lassen sich die Umfänge der Inhalte in den älteren Dipl.-Studiengängen nur äußerst schwer konkret bestimmen. Während die Modulhandbücher der neuen BA/MA-Studiengänge relativ genaue Aussagen über die Zeitumfänge zulassen, existieren aufgrund der zahlreichen Wahlmöglichkeiten im Diplom-Studiengang keine eindeutigen Ablaufpläne. Darüber hinaus sind zahlreiche Informationen zu den Diplom-Studiengängen im Gegensatz zu den Informationen über die neuen Studiengänge nur schwer zugänglich.

Im BA-Studium sind psychologische Inhalte zumeist in einem Modul zusammengefasst, evtl. mit weiteren Humanwissenschaftlichen Bereichen gemeinsam. Dieses Modul ist in der Regel Pflicht, unterscheidet sich jedoch bzgl. der SWS und der ECTS an den verschiedenen Studienorten. Die Benennung und die Inhalte sind z.T. recht unterschiedlich, so gibt es in Berlin, Bochum, Nürnberg ein Modul „Psychologische Grundlagen (der Heilpädagogik)“ mit 8-10 ECTS, in Hannover „Menschliches Verhalten erklären und verstehen“ (15 ECTS), in Münster „Verhalten und Erleben- die psychosoziale Dimension“ (9 ECTS), in Darmstadt „Beiträge der Sozial- und Entwicklungspsychologie und der Psychopathologie für die Heilpädagogik“ (11 ECTS), und in Dortmund „Grundlagen der Rehabilitationspsychologie“ (9 ECTS).

Es gibt bisher nur drei MA-Studiengänge. In Freiburg beinhaltet er psychologische Themen im Bereich „Analysekompetenz von Bedingungs- und Änderungswissen“, welcher zusammen mit Intervention und Diagnostik einen Anteil von 40% der Prüfungsleistung ausmacht, wohingegen in Darmstadt keinerlei psychologische Inhalte zu finden sind.

Unterschiede der psychologischen Inhalte der Studienorte: Einige Hochschulen legen einen Schwerpunkt im Bereich der klinischen Psychologie: Es werden Grundlagen der Psychotherapie und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter behandelt (z. B. Berlin und Freiburg), andere Hochschulen (z. B. Hannover) lehren nur wenig klinische Inhalte (z. B. Hannover).

Besonderheit Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin: Hier kann man den Schwerpunkt Heilpädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als Wahlpflichtfach studieren.

In vielen heilpädagogischen Lehrveranstaltungen sind psychologische Inhalte enthalten. Eine Differenzierung des zeitlichen Umfangs im Raster war jedoch nicht möglich, weshalb diese integrierten Inhalte im Raster nicht ausreichend konkret aufgeführt werden konnten.

Fazit: Für eine Zulassung zur KJP-Psychotherapeutenausbildung ist eine Einzelfallprüfung notwendig. Ein/e Absolvent/in kann sich gezielt auf eine spätere Tätigkeit in diesem Bereich spezialisieren.

3.1.4.3 Zusammenfassung der Analyse der Diplom- bzw. BA/MA-Studiengänge in Sozialpädagogik / Soziale Arbeit

Vorgehen bei der Analyse

- Zufällige Auswahl an Hochschulen (Fachhochschulen, Universitäten) pro Bundesland durch Eingabe der Stichworte „Studium Soziale Arbeit Sozialpädagogik jeweiliges Bundesland“ in eine Internetsuchmaschine
- Suche auf der Homepage der jeweiligen Hochschule nach dem Curriculum und der Modulbeschreibung
- Zuordnung der Inhalte zum Raster; dabei wurden ETCS oder SWS eingetragen; wenn ein Fach mehrere Aspekte des Rasters abgedeckt hat, dann jeweiliger Vermerk durch eine Nummerierung und Erläuterung des Faches
- Teilweise war die Zuordnung uneindeutig, dann wurde versucht, die beste Zuordnung zu treffen, in der „Beurteilung“ wurden alle Beobachtungen zusammengefasst.

Die Studiengänge in Sozialpädagogik / Soziale Arbeit (zu Bundesländern) und Differenzen Diplom und BA/MA

Es fielen keine spezifischen Unterschiede zwischen den Bundesländern auf.

An den meisten Hochschulen gibt es den Studiengang „Sozialpädagogik“ nicht mehr, er wurde durch BA/MA-Studiengänge in „Social Work“, „Sozialarbeit“, „Soziale Arbeit“ ersetzt. In einer Suchmaschine erschienen unter „Sozialpädagogik“ nur drei Hochschulen (Bielefeld, Frankfurt, Berlin). An diesen Studienorten taucht auf den Homepages der Institute der Begriff „Sozialpädagogik“ jedoch nicht mehr auf.

In diesem Fach gibt es kaum mehr Diplomstudiengänge, meist BA/MA-Studiengänge; Eindruck: Bei MA-Studiengängen wird auf jeden Fall methodisches Wissen verstärkt gelehrt.

Darüber hinaus gibt es aber noch weitere Studiengänge wie „Pädagogik der Kindheit“ o.ä., diese wurden nicht analysiert.

Gemeinsamkeiten / Unterschiede der einzelnen Studienorte

Die analysierten Studiengänge lassen sich vier Gruppen zuordnen:

- Studiengänge, die nur unzureichend analysiert werden konnten, da wenig konkrete Modulbeschreibungen vorlagen (Heidelberg, Kiel, Saarbrücken);
- Studiengänge, die umfassend erscheinen und methodisches Wissen/ Forschungsmethodik vermitteln, sowie rechtliche Grundlagen, psychologische/ medizinische/ psychiatrische Grundlagen, Inhalte zu Intervention/ Beratung, Berufspraktikum und schriftliche Arbeit (Coburg, Wiesbaden, Regensburg, Darmstadt);
- Studiengänge, die umfassend methodisches Wissen/ Forschungsmethodik, Berufspraktikum, rechtliche Aspekte, Abfassen schriftlicher Arbeiten vermitteln, aber unzureichend psychologische/ medizinische/ psychiatrische Grundlagen oder Intervention/ Beratung (Esslingen = stark methodisch orientiert; Lausitz, Neubrandenburg, Berlin, Köln, Hannover, Magdeburg);
- Studiengänge, die psychologische, medizinische/ psychiatrische Grundlagen vermitteln, auch rechtliche, Berufspraktikum, Abfassen schriftlicher Arbeit, aber wenig methodisches Wissen/ Forschungsmethodik (Dresden, Osnabrück, Hamburg, Erfurt, Potsdam, Bielefeld)

Auffallend ist, dass Diagnostik (psychologisch-psychiatrische) fast nie auftaucht, auch keine Dokumentation oder Interventionsmethoden (psychologische); wenn diese Inhalte gelehrt werden, dann sehr spezifisch auf die Sozialarbeit bezogen.

Rechtliche Grundlagen des Hilfesystems im Sozialstaat werden in allen Studiengängen gelehrt.

Fast in jedem Studiengang werden Themen behandelt wie „Geschlechterunterschiede, Diversity“; können ansatzweise ebenfalls wichtige Hintergründe für PT-Ausbildung darstellen.

Empfehlung/ Beurteilung: Zur Zulassung KJ-PT müssten jeweils Inhalte geprüft werden, die ein Absolvent tatsächlich mitbringt.

Gemeinsamkeiten / Unterschiede zwischen den Ergebnissen

Gemeinsamkeiten

- Heterogenität allgemein (sowohl innerhalb der Studiengänge, als auch an den Universitäten, dies scheint jedoch nicht bundeslandspezifisch zu sein), verstärkt durch BA/MA Einführung
- Heterogenität im Umfang klinischer Inhalte (teils recht viel, teils kaum)
- Umbenennung (evtl. auch thematische/strukturelle Umgewichtung) aller drei Studiengänge
- Verstärkung des methodischen Wissens: v.a. in einigen MAs großer Methoden-Anteil (v.a. bei forschungsorientierten MAs → Problematik: Es könnte vorkommen, dass ein/e MA-Absolvent/in ein weites methodisches Verständnis, dafür aber deutlich weniger praktisches/klinisches Wissen usw. hat (s. Analyse Sozialpädagogik).
- Möglichkeit zu äquivalentem Studium zu altem Dipl-Studiengang entfällt an vielen Unis (was keine negativen Konsequenzen für die psychologischen Inhalte zur Folge haben muss)

Unterschiede

- MA an vielen Unis noch nicht eingerichtet (v.a. PÄD und HeilPÄD)
- Psychologische Inhalte in vielen thematisch weiter gefassten z. B. pädagogischen Modulen integriert (v.a. PÄD und HeilPÄD)
- Diversität (Geschlechter, Kultur usw.): Thema kommt in Pädagogikstudiengängen und Sozialer Arbeit verstärkt vor
- Diagnostik wird v.a. in Pädagogik angeboten
- „Sozialpädagogik“ (nur noch an drei Hochschulen in Suchmaschine gefunden) wird generell als Bezeichnung des Studiums nicht mehr verwendet

3.2. Weitere Informationen zu strukturellen Analysen der Studiengänge

3.2.1 Struktur der erziehungswissenschaftlichen BA- und MA-Studiengänge mit dem Hauptfach Erziehungswissenschaft

Allgemeines zum Kerncurriculum Erziehungswissenschaft

Im Rahmen der Umstellung der europäischen Hochschulen auf Bachelor- und Masterstudiengänge hat die Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE) 2008 ein Kerncurriculum für die neuen konsekutiven sowie nicht-konsekutiven Bachelor- und Master-Studiengänge in Erziehungswissenschaft vorgelegt. Dieses definiert ein verbindliches Minimum erziehungswissenschaftlicher Inhalte für die erziehungswissenschaftlichen Studiengänge, womit jedoch nicht spezifische theoretische und methodologische Ansätze, sondern viel mehr zentrale Frage- und Problemstellungen der Erziehungswissenschaft beschrieben werden. Indem ausschließlich Mindeststandards vorgegeben werden, möchte die DGfE einen ausreichenden Spielraum für die Profilbildung der einzelnen Institute gewährleisten. Dabei formuliert sie spezifische Kerncurricula für die Profildomänen Berufsbildung und Wirtschaftspädagogik, Erwachsenen- und Weiterbildung, Pädagogik der frühen Kindheit, Sozialpädagogik sowie Sonderpädagogik. Trotz der Möglichkeit zu institutspezifischen sowie der

bereits im BA-Studiengang vorgesehenen individuellen Profilbildung der Studierenden, soll das Kerncurriculum die Möglichkeit eines Studienortswechsels und die Verständigung zwischen den Berufsfeldern absichern sowie die Vergleichbarkeit der Studiengänge erhalten.

Kerncurriculum für konsekutive BA/MA-Studiengänge im Hauptfach Erziehungswissenschaft mit spezifischen Studienrichtungen

Das Kerncurriculum legt profilübergreifend vier verbindliche Studieneinheiten in ihrem Umfang fest, von denen drei auf den BA- und eine auf den MA-Studiengang entfallen sollen. Thematisch müssen diese Studieneinheiten in den institutsspezifischen Modulen enthalten sein und durch diese inhaltlich und organisatorisch konkretisiert werden. Das Kerncurriculum soll damit circa 20 bis 25 Prozent der Inhalte des Haupt- bzw. Zweitfachstudiums der Erziehungswissenschaft verbindlich vorgeben.

BA-Studiengang

1. Grundlagen der Erziehungswissenschaft

- Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft und ihrer Teildisziplinen (u.a. Sozialisation, Lebenslauf)
- Geschichte und Theorie der Erziehung und Bildung
- Wissenschaftstheoretische Ansätze der Erziehungswissenschaft
- Qualitative und quantitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft

2. Gesellschaftliche, politische und rechtliche Bedingungen von Bildung, Ausbildung und Erziehung in schulischen und nicht-schulischen Einrichtungen unter Einschluss internationaler Aspekte

- Theorien, Funktionen und geschichtliche Aspekte von Bildungs-, Erziehungs- und Hilfe-Institutionen sowie Sozialisationsinstanzen
- Bildungspolitik, Bildungsrecht und Bildungsorganisation sowie Systeme der sozialen Sicherung unter Einschluss international vergleichender Fragestellungen
- Differenz und Gleichheit, kulturelle, soziale und sprachliche Heterogenität

3. Einführung in erziehungswissenschaftliche Studienrichtungen

- Struktur der Erziehungswissenschaft in der Pluralität ihrer Teildisziplinen
- Einstellungen, Haltungen und Handlungsformen im Kontext pädagogischer Berufsfelder

MA-Studiengang

4. Bildungsforschung und forschungsmethodische Grundlagen

- Qualitative und quantitative Methoden
- Erziehungswissenschaftlich relevante Ansätze (u.a. pädagogisches Fallverstehen, Diagnostik, Evaluation, Bildungsstatistik)
- Bildungsforschung (u.a. Forschung zu Organisations- und Qualitätsentwicklung)

Diese Vorgaben werden im Kerncurriculum durch zwei weitere schwerpunktspezifische Studieneinheiten im BA-Studiengang und drei weitere schwerpunktspezifische Studieneinheiten im MA-Studiengang ergänzt. Hier sind nur die allgemeinen Bezeichnungen der Studieneinheiten aufgeführt, da sich diese in der genaueren Ausdifferenzierung zwischen den Schwerpunkten unterscheiden.

5. Schwerpunktspezifische Studieneinheiten im BA-Studiengang

- Theoretische und historische Grundlagen des Schwerpunktbereichs
- (Professionelle) Handlungskompetenzen und Arbeitsfelder im Schwerpunktbereich

6. Schwerpunktspezifische Studieneinheiten im MA-Studiengang

- Theorie, Forschung und Rahmenbedingungen bzw. Sozial- und ideengeschichtliche Vertiefung (schwerpunktspezifisch)
- Professionelle Handlungskompetenzen (schwerpunktspezifisch)
- Lehrforschungsprojekt

Somit sind durch das Kerncurriculum insgesamt neun Studieneinheiten für den konsekutiven BA- und MA-Studiengang im Hauptfach Erziehungswissenschaft definiert.

Für den *Schwerpunkt Sonderpädagogik* sind in der Studieneinheit „Professionelle Handlungskompetenzen und Arbeitsfelder in der Sonderpädagogik“ beispielsweise die psychotherapeutisch relevanten Bereiche „Diagnostik, Entwicklung, Sozialisation, Erziehung, Bildung, Lernen, Förderung; Didaktik und Methodik in der Sonderpädagogik“ vorgeschrieben.

Strukturelemente der konsekutiven BA/MA-Studiengänge der Erziehungswissenschaft

Der Erziehungswissenschaftliche Fakultäten-Tag (EWFT 2006) empfiehlt die Einführung eines sechssemestrigen BA- (180 LP) sowie eines viersemestrigen MA-Studiengangs (120 LP). Davon ausgehend skizziert die DGfE folgende fünf *Strukturelemente* und Umfänge eines BA- und MA-Studiengangs mit dem Hauptfach Erziehungswissenschaft:

Erziehungswissenschaft	Berufs- und Forschungsorientierung	Schwerpunktbereich	Nebenfach	Bachelor-Arbeit
KC: 26 LP Wahlpflichtbereich: 26 LP	Praktikum: 15 LP ABK-Module: 10 LP Schwerpunktspezifisches Praktikum: 15 LP	KC: 18 LP Wahlpflichtbereich: 18 LP	42 LP	10 LP
52 LP	40 LP	36 LP	42 LP	10 LP

(nach Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft 2008)

Erziehungswissenschaft	Berufs- und Forschungsqualifizierung	Schwerpunktbereich	Nebenfach	Master-Arbeit
KC: 9 LP Wahlpflichtbereich: 9 LP	Schwerpunktspezifisches Praktikum und berufsfachliche Kompetenzen: 14 LP	KC: 12 LP Wahlpflichtbereich: 12 LP	34 LP	30 LP
18 LP	14 LP	24 LP	34 LP	30 LP

(nach Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft 2008)

ABK = Allgemeine berufsqualifizierende Kompetenzen

LP = Leistungspunkte

KC = Kerncurriculum

In dem Strukturelement „*Erziehungswissenschaft*“ sollen auch erziehungswissenschaftlich relevante Bereiche der Psychologie und Soziologie miteinbezogen werden (DGfE 2008: 42).

Kerncurriculum für nicht-konsekutive Master-Studiengänge im Hauptfach Erziehungswissenschaft

Unter Beibehaltung der zuvor skizzierten neun Studieneinheiten sieht das Kerncurriculum nur vier Strukturelemente für den nicht-konsekutiven Master-Studiengang vor, mit dem Studierende nach der Absolvierung eines nicht-pädagogischen Bachelor-Studiengangs einen berufsqualifizierenden pädagogischen Abschluss erhalten können. Dabei entfällt das für den konsekutiven Studiengang aufgeführte Nebenfach.

Erziehungswissenschaft	Berufs- und Forschungsqualifizierung	Schwerpunkt-bereich	Master-Arbeit
KC: 35 LP	Schwerpunktspezifisches Praktikum und berufsfachliche Kompetenzen: 13 LP	KC: 30 LP Wahlpflichtbereich: 12 LP	30 LP
35 LP	13 LP	42 LP	30 LP

(nach Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft 2008)

Zusammenfassung

Das Kerncurriculum Erziehungswissenschaft bemüht sich trotz der Möglichkeit zur Profilbildung um eine grundlegende Vergleichbarkeit der erziehungswissenschaftlichen Studiengänge. Obwohl qualitative und quantitative Methoden sowohl in den BA- (innerhalb von „Grundlagen der Erziehungswissenschaft“) als auch in den MA-Studiengängen verbindlich gelehrt werden, wird nur in den MA-Studiengängen eine gesamte Studieneinheit explizit als „Bildungsforschung und forschungsmethodische Grundlagen“ definiert. Neben der Integration psychologischer Grundlagenkenntnisse im Strukturelement Erziehungswissenschaft, sieht das Kerncurriculum weitere für die Psychotherapie relevante Themengebiete wie z. B. Sozialisation und Lebenslauf sowie in den Master-Studiengängen Diagnostik und Evaluation vor. Grundsätzlich sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Vorgaben des Kerncurriculums ausschließlich ein verbindliches Minimum darstellen. In den konkreten Studiengängen können daher spezifische Inhalte auch deutlich umfangreicher vertreten sein.

3.2.2 Analyse der strukturellen Vorgaben für die Gestaltung von Studiengängen „Soziale Arbeit / Sozialarbeit“

Von der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) wurde am 28.1.2005 ein Kerncurriculum Soziale Arbeit / Sozialarbeitswissenschaft für Bachelor- und Masterstudiengänge in Sozialer Arbeit vorgelegt. Orientierend für die Gestaltung des Kerncurriculums sind die folgenden in der Ausbildung zu vermittelnden Schlüsselqualifikationen:

- Fähigkeit zur Analyse/Erklärung von sozialen Problemen, zur Bestimmung der wirksamsten Handlungsmethoden/Arbeitsweisen sowie zur Konzeptualisierung von „Policies“ zu deren Linderung, Lösung, Verhinderung;
- Fähigkeit, die Integration/Inklusion von marginalisierten, sozial ausgeschlossenen, schutzlosen, enteigneten, sozialen Risiken ausgesetzten Individuen und Gruppen („vulnerable groups“) zu ermöglichen;
- Kompetenz, schwerpunktmäßig auf mehreren, das heißt auf der individuellen, familiären, gemeinwesenbezogenen, organisationellen sozialen Ebene zu arbeiten und Menschen zu befähigen, ihr Wohlbefinden und ihre Problem- und Konfliktlösungskompetenzen zu verbessern;
- Kompetenz, auf diesen gleichen Ebenen strukturelle Verbesserungen der Dienstleistungen sowie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen anzustreben und zu erreichen;

- Kompetenz, in Struktur- und Kulturkonflikten nach den Regeln der Fairness und des Respekts zu vermitteln bzw. Grenzen zu setzen;
- Kompetenz, besonders schutzlose Individuen und Gruppen („vulnerable groups“) als Anwalt zu vertreten;
- Kompetenz, AdressatInnen Sozialer Arbeit zu ermutigen und zu befähigen, sich auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene zu engagieren;
- Kompetenz, Gerechtigkeits- und Menschenrechtsnormen im Alltag zu verdeutlichen sowie umzusetzen;
- Kompetenz, an öffentlichen Diskursen über soziale Probleme (z. B. durch Policy-/Politikberatung u.a) aktiv teilzunehmen;
- Kompetenz, nach wissenschaftlichen Regeln zu forschen.

Bei der weiteren Konkretisierung dieser Kompetenzen sind sowohl kulturelle und regionale Besonderheiten der Arbeitsfelder als auch die verschiedenen Ausbildungsniveaus (Bachelor bzw. Master) zu berücksichtigen.

Das als allgemein konzipierte Kerncurriculum definiert auf dieser Grundlage die folgenden sieben Makromodule, die die Studienbereiche konstituieren:

- Makro-Modul 1: Allgemeine Grundlagen der Sozialen Arbeit / Sozialarbeitswissenschaft
- Makro-Modul 2: Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit / Sozialarbeitswissenschaft
- Makro-Modul 3: Wertlehren, Ethik/Moral und Recht für Soziale Arbeit
- Makro-Modul 4: Entstehung, Wandel und aktive Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit
- Makro-Modul 5: Allgemeine Handlungstheorie und spezielle Handlungstheorien (Studienschwerpunkte)
- Makro-Modul 6: Handlungsfelder Sozialer Arbeit (Studienschwerpunkte)
- Makro-Modul 7: Sozialarbeitsforschung

Die weitere Ausdifferenzierung der Module nach Theorie-, Methoden- und Forschungsrichtungen ist von den einzelnen Hochschulen vorzunehmen, insbesondere auch die Verknüpfung der Lehre mit dem Lernort „Praxis“.

Der inhaltliche Strukturierungsvorschlag gilt für alle Ausbildungsniveaus, also sowohl für Bachelor- als auch für Master- und Promotionsstudiengänge. Komplexitätsniveau und die Reichweiten der Ausbildungsinhalte sind den verschiedenen Ausbildungsniveaus anzupassen.

Auf Basis der weitergehenden Spezifizierung der Makro-Module lassen sich für Inhalte, die für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie relevant sind, folgendermaßen in den Modulen verorten:

- Makro-Modul 1
Allgemeine Grundlagen der Sozialen Arbeit / Sozialarbeitswissenschaften: Im Bereich der Grundbegriffe Sozialer Arbeit (z. B. soziale Probleme, Armut, Marginalisierung, Familienkonflikte, Behinderung, Scheidung, Folgen von Migration, Sexismus, Rassismus, Frauen- und Kinderhandel, Bedürfnisse, Lernen, Wohlbefinden, Fürsorge, Hilfe, Sozialpolitik, Ressourcen- und Hilfesysteme etc.). Es wird jedoch keine Systematik der sehr vielfältigen zu vermittelnden Inhalte deutlich.
- Makro-Modul 2
Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit / Sozialarbeitswissenschaft: Hier werden Psychologie, Psychobiologie, Sozialpsychologie als relevante Bezugswissenschaften genannt.

- Makro-Modul 3
Wertlehren, Ethik/Moral und Rechtsgrundlagen für Soziale Arbeit: die wertbezogene, ethische und moralische Beurteilung von als „soziales Problem“ definierten Sachverhalten, die Rechtsgrundlagen und rechtliche Beurteilung von sozial problematischen Sachverhalten sowie die Auseinandersetzung mit Ethiken und ethisch-moralischen Dilemmata der Sozialen Arbeit.
- Makro-Modul 4
Entstehung, Wandel und aktive Veränderung der gesellschaftlichen, insbesondere ökonomischen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit: Dort insbesondere in Form der Themen „Sozialrechte“, „Wohlfahrtsphilosophie, Social Policy und Sozialpolitik“, „Sozialgesetzgebungen und deren Wandel“.
- Makro-Modul 5
Allgemeine Handlungstheorie und spezielle Handlungstheorien Sozialer Arbeit: In diesem Zusammenhang etwa „Handlungs- und Professionstheorie“, „Methoden der Problem- und Ressourcenerfassung im Hinblick auf Individuen, Familien, Gemeinwesen, Organisationen“, „Spezielle Handlungstheorien/-methoden für spezielle soziale Probleme und spezielle Handlungsfelder“, „Handlungsmethoden der direkten Arbeit mit individuellen und kollektiven AdressatInnen Sozialer Arbeit“, „Interventionsmethoden wie Supervision, Coaching“.
- Makro-Modul 6
Allgemeine und spezielle Handlungsfelder Sozialer Arbeit als spezielle Studienrichtungen/-schwerpunkte neben anderen für die Praxisfelder Lebensalter, Krankheit und Behinderung, Geschlechterverhältnisse, Soziale Not, gesellschaftliche Marginalität und Deprivation, Sozial-, Gesundheits-, Bildungswesen, Sozialsystemische Differenzierung (z. B. Familie, Kleingruppe, Organisation).
- Makro-Modul 7
Sozialarbeitsforschung, die eine eigenständige, wissenschaftliche Erforschung der Sozialen Arbeit, ihre Bedingungen und Folgen für die Klientel, die Gesellschaft sowie für die Profession ermöglichen soll (z. B. Wahrnehmung, Beobachtung, Wahrnehmungs- und Beobachtungsfehler, Qualitative und quantitative Forschungsmethoden, Forschungsmethoden zur Erfassung und Evaluation von Interaktionsgeschehen wie z. B. Fallverstehen, Inhaltsanalysen von Kommunikationsprozessen; teilnehmende Beobachtung; Single-System-Designs, Evaluations- bzw. Wirksamkeitsforschung u.a.) etc.

Zum zeitlichen Umfang der verschiedenen Studiengänge (Semester- bzw. Trimesterzahl), zur Gewichtung der einzelnen Module (Umfang, Semesterwochenstunden, ECTS), zur Verknüpfung der Ausbildung mit der Praxis Sozialer Arbeit (Inhalt, Umfang und Lage der Praktika bzw. der praktischen Semester), die für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in Sozialer Arbeit unabdingbar ist, zu den Qualifizierungsarbeiten (Qualitätsanspruch an Bachelor- und Masterarbeiten) und zu den Prüfungen (Art, Anzahl, Gewichtung u.a.) wird nichts ausgesagt. Der Text enthält auch keine Präferenz für bestimmte theoretische oder methodische Ansätze für die Soziale Arbeit. Das Kerncurriculum soll genügend Gestaltungsspielraum für je spezifische Profile der Hochschulen lassen und zugleich verbindlicher Mindeststandard für ein Hauptfachstudium der Sozialen Arbeit / Sozialarbeitswissenschaft an deutschen Hochschulen sein.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die strukturellen Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (2005) zur Gestaltung von Bachelor- und Masterstudiengängen potentiell vielfältige Möglichkeiten zur Integration von Inhalten eröffnen, die für die Ausbildung in Kinder-Jugendlichen-Psychotherapie relevant sein können. Die Vorstellungen zum Kerncurriculum Soziale Arbeit sind jedoch so weit gefasst und so wenig gewichtet, dass auf dieser Grundlage sehr unterschiedliche Studiengänge Soziale Arbeit entstehen können. Im Bereich der methodisch/wissenschaftlichen Grundlagen scheint ein Schwerpunkt auf qualitativen Verfahren zu liegen; diagnostische Verfahren im klinisch-psychologischen Sinne werden nicht benannt. Psychologie

wird als Bezugswissenschaft benannt, ohne das weitere Inhalte oder Umfänge spezifiziert werden. Klinisch-psychologische Inhalte werden explizit nicht thematisiert, können möglicherweise über bestimmte Problemfelder eingebracht werden.

3.2.3. Auszug aus der Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Heilpädagogik an Fachhochschulen

„Noch mehr als die allgemeine Pädagogik sind die Heilpädagogik und heilpädagogisches Handeln auf die Erkenntnisse, Methoden und Handlungskonzepte der Psychologie angewiesen. Tiefenpsychologie, klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie und Sozialpsychologie etc. tragen mit ihren auch empirisch gewonnenen Erkenntnissen dazu bei, die jeweilige erzieherische Wirklichkeit sowie die psychische Entwicklung und psychosoziale Situation der in ihr interagierenden und kommunizierenden Personen zu erkennen und zu verstehen. Die Bedeutung der Psychologie als Grundlagendisziplin für die Heilpädagogik ist unbestritten – psychologisches Wissen vom Menschen und psychologische Annäherung an den Menschen sind sowohl für heilpädagogische Theoriebildung wie auch für heilpädagogische Handlungskonzepte unverzichtbar. In diesem Prüfungsgebiet sollen insbesondere die für heilpädagogisches Handeln relevanten Erkenntnisse der Entwicklungs-, Sozial- und Klinischen Psychologie vermittelt werden. Neben der Vermittlung von fachlichem Wissen sollen insbesondere die Methoden aus der klinischen Psychologie mit dazu beitragen, erfahrungsbezogene Kompetenzen (Selbsterfahrung) und Handlungskompetenzen (Methoden/Beratungsverfahren) zu erlangen und zu entwickeln.“

Weitere Strukturvorgaben, wie z. B. Vorschläge der Berufsverbände, konnten für das Fach „Heilpädagogik“ nicht identifiziert werden.

3.2.4. Analyse der Struktur der Lehrerausbildung

Wegen sehr großer Heterogenität wurde keine systematische empirische Analyse der Studiengänge vorgenommen.

Zur LehrerInnenausbildung generell

Die LehrerInnenausbildung ist Ländersache und in jedem Bundesland etwas unterschiedlich geregelt. Derzeit werden in den meisten Bundesländern neue Lehrerausbildungskonzepte mit gestuften (konsekutiven) Bachelor-/Masterstudiengängen eingeführt oder im Rahmen von Modellversuchen erprobt. Dabei zeigt die Struktur der Lehrerausbildung sehr unterschiedliche Varianten und ist in einigen Fällen auch von der jeweiligen Schulform/Schulart abhängig. In einigen Ländern beginnt die Vermittlung der pädagogischen und didaktischen Inhalte bereits im Bachelorstudium, in anderen erst im Masterstudium. Generell gilt der Master als Voraussetzung für den Lehrerberuf (Master of Education).

In Deutschland werden inhaltlich Fachstudien, Fachdidaktik und erziehungswissenschaftliche Studienanteile miteinander gekoppelt und um Praxisanteile (in Form von Schulpraktika) ergänzt. Das Lehramtsstudium bezieht sich dabei in der Regel auf zwei (oder mehr) Studienfächer (Ausnahmen: Kunst und Musik sowie Sonderpädagogik) und kann – je nach Bundesland bzw. Hochschule – als sogenanntes grundständiges Studium (mit Grund- und Hauptstudium), das mit

dem Ersten Staatsexamen abschließt, oder als gestuftes Studium (mit Bachelor- und Master-Studium) absolviert werden.

Neben den Fächern unterscheiden sich Lehramtsstudiengänge auch nach Schulformen bzw. -stufen. Dabei hat jedes Bundesland seine eigene Lehramtsausbildungsordnung, auch die Unterteilung der Lehrämter ist sehr unterschiedlich. Die größten Gemeinsamkeiten gibt es noch beim Gymnasial- oder Sekundarstufe II-Lehramt, das prinzipiell an Universitäten stattfindet. Die übrigen Lehrämter werden in den meisten Bundesländern ebenfalls an Universitäten, in einigen Ländern – etwa Baden-Württemberg – jedoch auf speziellen Pädagogischen Hochschulen ausgebildet.

Psychologische Inhalte

Pädagogische Psychologie ist Inhalt des Erziehungswissenschaftlichen Bereichs der Ausbildung (zusammen mit Allg. Pädagogik, Schulpädagogik und Schulleben) und je nach Studiengang und Schulform mit unterschiedlichen Semesterwochenstunden zu studieren.

Fazit

Eine Einzelfallprüfung ist zur Zulassung für die KJP-Ausbildung notwendig (Ausnahme evtl.: Sonderschullehramt, da am meisten erziehungswissenschaftliche & psychologische Inhalte und Umfang).

Erhebungsinstrumente

1. Fragebogen für die Ausbildungsstätten – InstitutsleiterInnenbefragung I

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fragebogen für die Ausbildungsstätten

Name der Ausbildungsstätte:

Sehr geehrte Damen und Herren!

Dieser Fragebogen dient einer Aktualisierung der Übersicht zu Angeboten und Rahmenbedingungen der Ausbildungsgänge an den Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Die Daten und Ergebnisse dieser Umfrage werden mit größter Vertraulichkeit behandelt. Sie werden getrennt von einer Liste der Institute erfasst. Es findet keine Auswertung auf Institutebene statt.

Wir möchten Sie bitten, alle 11 Fragen zu beantworten.

Die Länge des Fragebogens ergibt sich überwiegend durch die Spezifizierung der Fragen in die verschiedenen Ausbildungsgänge und Vertiefungsrichtungen. Bitte tragen Sie daher bei den entsprechenden Fragen die Verfahrensrichtung(en) ein, welche an Ihrem Institut angeboten werden, und füllen Sie nur diesen Teil aus. Vielen Dank!

Die **Rücksendung des Fragebogens und der aktuellen Curricula** erbitten wir:

postalisch mit beiliegendem Rückumschlag an:

Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. B. Strauß
-Forschungsgutachten-
Stoyst. 3
07740 Jena

per Fax an:

Fax.nr. 03641 - 93 65 46.

Für Ihre Fragen stehen wir Ihnen telefonisch unter der Rufnummer 03641 - 93 54 90

Mo – Do in der Zeit von 10 bis 16 Uhr zur Verfügung.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!

Ein Hinweis zu den Tabellen:

Falls Ihr Institut mehrere Ausbildungsgänge anbietet, tragen Sie bitte jeweils die angebotenen Verfahren / Verfahrenskombinationen im Tabellenkopf ein und beantworten Sie die Fragen für den einzelnen Ausbildungsgang. Vielen Dank!

INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN

1. Wann erhielt Ihr Institut die **staatliche Anerkennung** nach § 6 des PsychThG? im Jahr.....

2. Welche **Vertiefungsverfahren / Ausbildungen** bieten Sie an (bitte ankreuzen)?

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) PP KJP
- Analytische Psychotherapie/Psychoanalyse (AP) PP KJP
- Verbindung von analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Therapie (AP/TP) PP KJP
- Verhaltenstherapie (VT) PP KJP
- Gesprächspsychotherapie (GPT) PP KJP
- Sonstige Verfahren/Kombinationen:
..... PP KJP

3. Hat Ihr Institut **regionale Ausbildungsstätten**?

- nein
- ja (Anzahl)

Welche Ausbildungsbausteine finden im Regionalinstitut statt? (Bitte ankreuzen und bei Unterschieden Regionalinstitute angeben)

- theoretische Ausbildung					
- fachliche Anleitung und Betreuung im Rahmen der praktischen Tätigkeit und Ausbildung					

4. Welchen **rechtlichen Status** hat Ihr Institut (Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. Mehrfachnennungen)?

- universitäres An-Institut Verein
- universitäres In-Institut Verbund von Ausbildungsstätten
- universitäres postgraduales Studium GmbH
- Staatliche Ausbildung GbR
- Staatlich anerkannte Ausbildung Sonstiger Status:

AUSBILDUNG

5. Welche **Laufzeiten und zeitliche Struktur** hat die Ausbildung? (bitte bei Zutreffendem jeweils Jahre eintragen)

Dauer in Jahren	Verfahren:		Verfahren:		Verfahren:		Verfahren:	
	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP
Vollzeit								
Teilzeit								

6. Wie viele **TeilnehmerInnen** haben Sie und wie viele TeilnehmerInnen **brechen die Ausbildung ab**?

Anzahl der TeilnehmerInnen (TN)	Verfahren:		Verfahren:		Verfahren:		Verfahren:	
	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP
TN Aktueller Jahrgang								
TN Voriger Jahrgang								
Abbrüche 2007								
Abbrüche 2006								

7. Bei **KJP-Ausbildung**: Wie hoch ist der Anteil der AusbildungsteilnehmerInnen (aktueller Jahrgang) mit einem Studium der
 Psychologie.....%
 Pädagogik.....%
 Sozialpädagogik.....%
 Sonstige Zugänge (.....).....%

8. Welche Möglichkeiten bestehen, die so genannte **Freie Spitze** zu füllen (ggf. Mehrfachnennungen)?

- Stundenüberhänge aus den anderen Bausteinen
- Zusatzangebote in der Ausbildungsstätte
- Veranstaltungen in Kliniken
- Veranstaltungen am Arbeitsplatz der Auszubildenden
- Tagungen/Kongresse/Fortbildungen
- Anderes:.....

9. Werden einzelne **Bausteine der Ausbildung** in größerem Umfang als gesetzlich vorgegeben verlangt?

- nein
- ja → Bitte Verfahren und den realen Umfang (Stunden insgesamt) in der Tabelle angeben:

Stundenumfang	Verfahren:		Verfahren:		Verfahren:		Verfahren:	
	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP
Theoretische Ausbildung								
Gruppenselbsterfahrung								
Einzelsupervision								
Gruppensupervision								
Praktische Tätigkeit 1								
Praktische Tätigkeit 2								
Praktische Ausbildung (Behandlungsstunden)								

KOSTEN

10. Bitte geben Sie die Kosten für die einzelnen Ausbildungsgänge an.

Angaben in €	Verfahren:		Verfahren:		Verfahren:		Verfahren:	
	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP
Gesamtkosten								
Fallen zusätzlich zu diesen Kosten noch weitere Kosten für die TeilnehmerInnen an? Bitte angeben:								
Theorieveranstaltungen (pro Semester)								
Gruppenselbsterfahrung (pro Stunde)								
Einzelbsterfahrung (pro Std., falls angeboten)								
Gruppensupervision (pro Stunde)								
Einzelbsterfahrung (pro Stunde)								
Verwaltungsgebühren (insgesamt)								
Raumkosten (insgesamt)								
Unterkunftskosten (insgesamt – falls vom Institut vorgegeben)								
Anmeldegebühren (insgesamt)								
Materialkosten (insgesamt)								
Sonstige Kosten (insgesamt)								
.....								
.....								
.....								

11. Erhalten die TeilnehmerInnen **Honorare für durchgeführte Behandlungen**?

nein

ja, fürStunden von den zu absolvierenden 600 Behandlungsstunden

Höhe der Vergütung im letzten Jahr€ (pro Stunde)

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Unterstützung!!!

Bitte senden Sie uns auch Ihre aktuellen Curricula. Dankeschön!

Universitätsklinikum Jena - Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
 Prof. Dr. B. Strauß
 -Forschungsgutachten-
 Stoysstr. 3
 07740 Jena

Tel.: 03641-93 54 90
 Fax: 03641-93 65 46

2. Fragebogen für die Leiterinnen und Leiter der
staatlich anerkannten Ausbildungsstätten –
InstitutsleiterInnenbefragung II



Forschungsgutachten

zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fragebogen für die Leiterinnen und Leiter der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten

Die Forschergruppe bittet darum, dass dieser Fragebogen von der offiziellen Leitung der Ausbildungsstätte ausgefüllt wird, nicht von Lehrgangsleitungen, Leitungen des Institute- oder Ausbildungs-Ausschusses, Ambulanzleitung, Geschäftsführung usw., sofern diese nicht identisch mit der Leitung der Ausbildungsstätte ist.

Weiterhin bitten wir sehr, den Fragebogen auf Grundlage Ihrer individuellen Erfahrungen in Ihrer Ausbildungsstätte auszufüllen; gerade diese konkrete Erfahrung ist wichtig!

Für Wiederholungsfragen zu vorigen Fragebögen bitten wir um Verständnis. Wegen der Anonymität Ihrer Antworten und den Bezugnahmen innerhalb des Fragebogens lassen sie sich leider nicht ganz umgehen.

Vielen Dank !

Für Ihre Fragen steht Ihnen

Frau Dipl.-Psych. S. Kohl in Jena unter 03641 - 93 54 90 (Mo-Fr 10-16)

zur Verfügung.

Ende des Befragungszeitraumes: 19. September 2008

A. Aktuelle Ausbildungssituation

INSTITUTIONELLE RAHMENBEDINGUNGEN

1. Wann erhielt Ihre Ausbildungsstätte die staatliche Anerkennung? _____

2. Welche Vertiefungsverfahren / Ausbildungen bieten Sie an (bitte –ggf. mehrfach ankreuzen)?

	PP (Psychologische Psychotherapie)	KJP (Kinder- und Ju- gendlichenpsy- chotherapie)
Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (TP)	0	0
Analytische Psychotherapie/Psychoanalyse (AP)	0	0
Verhaltenstherapie (VT)	0	0
Gesprächspsychotherapie (GPT)	0	0
verklammerte Ausbildung (bitte angeben): _____	0	0
Sonstige:	0	0

3. Wie viele Stunden beträgt jeder Baustein Ihrer Ausbildung (laut Curriculum)?
(bitte in entsprechenden Feldern Stundenangaben eintragen)

Art der Ausbildung	Theorie	Selbst- erfahrung		Supervision		Praktische Ausbildung	Praktische Tätigkeit	Sonstige
		Einz.	Grup	Einz.	Grup.			
Tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapie (TP)								
Analytische Psychotherapie /Psychoanalyse (AP)								
Verhaltenstherapie (VT)								
Gesprächspsychotherapie (GPT)								
verklammerte Ausbildung: (bitte angeben)								
Sonstige:								

4. Welchen rechtlichen bzw. anerkannten Status hat Ihr Ausbildungsinstitut?
(Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. Mehrfachnennungen)

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--------|---|
| Staatliches Ausbildungsinstitut | 0 | Verein | 0 |
| Staatlich anerkanntes Institut | 0 | GmbH | 0 |
| Postgradualer Studiengang | 0 | GbR | 0 |
| Universitär angebundenes Institut | 0 | | |

5. Gehört Ihr Ausbildungsinstitut einem Verbund / einer übergeordneten Dachgesellschaft an?

0 JA 0 NEIN

Falls JA: Organisiert als loser Zusammenschluss 0
 Mit verbindlichen Regularien für die Ausbildungsdurchführung 0

6. Wie hoch sind die Ausbildungskosten für die TeilnehmerInnen?

Alles inklusive (Theoretischer Unterricht, Selbsterfahrung, Supervision (Einzel- und Gruppe), verpflichtende Ausbildungsmaterialien, Verwaltungskosten, Startkosten, Abschluss- und Prüfungskosten) (*falls es Unterschiede zwischen den Verfahren/bzgl. der verklammerten Ausbildung gibt, bitte separat (ggf. auf Rückseite) angeben*):

_____ €

Welche Kosten kommen ca. hinzu für Reisekosten zu externen Pflichtveranstaltungen?

_____ €

Wie viel können die TeilnehmerInnen derzeit verdienen durch (ggf. von...bis)

- Praktische Tätigkeit 1 (*siehe Frage 41*)
- Praktische Tätigkeit 2 _____ €
- Praktische Ausbildung _____ €
 (____ €pro Behandlungsstunde. für höchstens ____ Stunden)
- Sonstiges _____ €

7. In welcher Höhe (durchschnittlich) bezahlt Ihre Ausbildungsstätte Honorare an

- Dozent(inn)en _____ €Std.
- Supervisor(inn)en _____ €Std.
- Selbsterfahrungsleiter(innen) _____ €Std.
- Prüfer(innen) _____ €pro zu Prüfendem/r

8. Wie viele Ausbildungsplätze pro Jahr wurden maximal von der Aufsichtsbehörde genehmigt?

_____ Plätze pro Jahr

9. Welche Ausbildungsbausteine werden in den Räumen der Ausbildungsstätte angeboten, welche außerhalb?

	Innerhalb	teils-teils	außerhalb
Theoretischer Unterricht	0	0	0
Selbsterfahrung	0	0	0
Praktische Tätigkeit 1	0	0	0
Praktische Tätigkeit 2	0	0	0
Praktische Ausbildung	0	0	0
Gruppensupervision	0	0	0

	Innerhalb	teils-teils	außerhalb
Einzel supervision	0	0	0
Abschluss-Prüfungen	0	0	0

AUSBILDUNG

10. Wie viele AusbildungsteilnehmerInnen/BewerberInnen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP)/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) haben Sie in Ihrer Ausbildungsstätte?

(Bitte Zahlen in zutreffende Felder eintragen und Verfahren angeben)

	Im Verfahren:		Im Verfahren:		Im Verfahren:		Im Verfahren:	
	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP	PP	KJP
Anzahl der AusbildungsteilnehmerInnen (TN) , gesamt zurzeit								
Anzahl der BewerberInnen pro Jahr im Schnitt								

11. Bei KJP-Ausbildung: Wie hoch ist bei Ihren KJP-AusbildungsteilnehmerInnen der Anteil der TeilnehmerInnen mit einem Studium der (ggf. ca.-Angaben)

- Psychologie.....%
- Pädagogik.....%
- Sozialpädagogik.....%
- Sonstige Zugänge %
-%
-%

12. Wie läuft das Bewerbungs- und Zulassungsverfahren für TeilnehmerInnen ab?

(Mehrfachnennungen möglich; bitte auf regulären Ablauf beziehen, nicht die Ausnahmen)

- Verteilung von Informationsmaterial 0
- Telefonische Beratung 0
- Informationsveranstaltung (unverbindlich) 0
- Informationsveranstaltung (verbindlich) 0
- Persönliche informelle Gespräche 0
- Persönliche Zulassungsgespräche 0
- Zulassungs-/Entscheidungsseminare 0
- Schriftliche Entscheidungshilfen (z.B. Tests) 0
- Sonstiges, nämlich _____

13. Wie beginnen AusbildungsteilnehmerInnen die Ausbildung (Zugangsregelung)?

- Einstieg jederzeit möglich 0
- Bildung fester Lehrgangsgruppen 0
- Lehrgangsbeginn erfolgt _____ -mal pro Jahr / _____ -mal in _____ Jahren
- Sonstiges: _____

14. Eignung der TeilnehmerInnen:

- a. Wie viel Prozent Ihrer bisherigen und heutigen AusbildungsteilnehmerInnen halten Sie nach näherer Kenntnis für die Ausübung des psychotherapeutischen Berufes für ungeeignet?**

PP:.....%

KJP:.....%

Bitte beschreiben Sie kurz stichwortartig, was Ihrer Meinung nach eine mangelnde Eignung als PsychotherapeutIn ausmachen kann (z.B. Fachliche/berufliche Vorerfahrung, Lebenserfahrung, Alter, Beziehungsfähigkeit usw.)

- b. Wer stellt in der Regel eine mangelnde Eignung fest?**

(Mehrfachnennungen möglich)

- SupervisorIn 0
- Selbsterfahrungsleitung 0
- Theorie-DozentIn 0
- Lehrgangsleitung 0
- Ausbildungsleitung 0
- Ambulanzleitung 0
- Andere TeilnehmerInnen 0
- Lehrgangsgruppe 0
- Sonstige _____ 0

- c. Welche Maßnahmen ergreifen Sie, wenn Sie eine(n) Ausbildungsteilnehmer(in) für ungeeignet halten? *(Mehrfachnennungen möglich)***

- **Gespräch des Ausbildungsteilnehmers/der Ausbildungsteilnehmerin**
 - mit Ausbildungsleitung 0
 - mit SupervisorIn 0
 - mit Selbsterfahrungsleitung 0

- Einberufung einer Kommission intern 0
- Einberufung einer Kommission extern 0
- Einberufung eines Fachausschusses 0
- Information der Aufsichtsbehörde 0
- Sonstiges: _____

15. Bitte nennen Sie bitte 3 zentrale Kompetenzen, die AusbildungsteilnehmerInnen am Ende der Ausbildung erlangt haben sollten:

- _____
- _____
- _____

16. Wie lange benötigen Ihre AusbildungsteilnehmerInnen von Ausbildungsbeginn bis zur Prüfungsanmeldung? (Angaben bitte in % der bisherigen AbsolventInnen)

	3-jährige AB		5-jährige AB	
	PP	KJP	PP	KJP
• in Mindestzeit	_____	_____	_____	_____
• + 0,5 Jahre	_____	_____	_____	_____
• + 1,0 Jahr	_____	_____	_____	_____
• + 1,5 Jahre	_____	_____	_____	_____
• + 2,0 Jahre	_____	_____	_____	_____
• + 3,0 Jahre	_____	_____	_____	_____
• mehr als + 3 Jahre	_____	_____	_____	_____

THEORETISCHE AUSBILDUNG

17. Wie wird der theoretische Unterricht organisiert?

(bitte entsprechend ausfüllen, bei Unterschieden zwischen Verfahren/Ausbildungsgängen ggf. Rückseite benutzen)

- ca. _____Std. Vorlesungen (vor allem Frontalunterricht)
- ca. _____Std. Seminare (Mischung Theorie/Demonstration/Praxis)
- ca. _____ Std. Übungen (viel Praxis: Methodentraining, Fallarbeit usw.)
- ca. _____ Std. Selbsterfahrungsanteile (in den Seminaren enthalten, additiv zu den Theoriestunden)

18. Wie wird der Theoretische Unterricht organisiert?

- ca. ____Std. nachmittags und abends unter der Woche
- ca. ____Std. eintägig unter der Woche
- ca. ____Std. eintägig am Wochenende
- ca. ____Std. zweitägig am Wochenende
- ca. ____Std. Blockveranstaltungen mit jeweils ____ Tagen

Wochenendveranstaltungen finden eher 0 freitags 0 samstags 0 sonntags statt.

19. Welche derzeit wissenschaftlich anerkannten Verfahren bieten Sie im Curriculum an?

- Gesprächspsychotherapie 0 NEIN 0 JA 0 auch praktisches Vorgehen
- Psychoanalyse 0 NEIN 0 JA 0 auch praktisches Vorgehen
- Tiefenpsychologie 0 NEIN 0 JA 0 auch praktisches Vorgehen
- Verhaltenstherapie 0 NEIN 0 JA 0 auch praktisches Vorgehen
- Neuropsychologie 0 NEIN 0 JA 0 auch praktisches Vorgehen
- Weitere Verfahren: _____

20. Wie ist Ihr Curriculum orientiert?

	Sehr				Gar nicht
▪ am Schwerpunktverfahren	0	0	0	0	0
▪ Schulen-offen/-übergreifend	0	0	0	0	0

21. Wie sehr orientieren Sie sich bei der Curriculumsplanung am Rahmencurriculum der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung?

- sehr genau 0
- recht genau 0
- zum großen Teil 0
- teils-teils 0
- eher wenig 0

SELBSTERFAHRUNG

(Falls einzelne Fragen zur Gruppen- und/oder Einzelselbsterfahrung auf Ihre Ausbildungsstätte nicht zutreffen, überspringen Sie diese bitte.)

22. Wird Einzelselbsterfahrung angeboten?

0 JA: 0 freiwillig 0 verpflichtend ____Std.
0 NEIN

23. Wie wird die Gruppenselbsterfahrung angeboten? (Teilnehmerstruktur)

(Mehrfachantworten möglich)

- Lehrgangsbezogen in Teilgruppen 0
- Lehrgangsübergreifend 0
- Gemeinsam für TeilnehmerInnen mit unterschiedlicher Ausbildungsdauer 0
- Gemeinsam für den kompletten Lehrgang 0
- sonstig: _____ 0

24. Wie wird die Gruppenselbsterfahrung angeboten? (Zeitstruktur)

(Mehrfachantworten möglich)

% in Bezug zum kompletten SE-Angebot

- Als Blockveranstaltungen mit ____ Tagen 0 ca. ____%
- Fortlaufend nachmittags/abends 0 ca. ____%
- Als Eintages-Veranstaltungen 0 ca. ____%
- Kombiniert mit dem Theoretischen Unterricht 0 ca. ____%
- Keine Gruppenselbsterfahrung 0

25. Haben die AusbildungsteilnehmerInnen die Möglichkeit zur freien Wahl

ihrer Selbsterfahrungsgruppe 0 JA 0 NEIN ?
ihres/ihrer Selbsterfahrungs-leiters/leiterIn 0 JA 0 NEIN ?

26. Wann beginnt die Selbsterfahrung in der Regel?

- Direkt zu Ausbildungsbeginn 0
- Nach einem halben Jahr 0
- Nach einem Jahr 0
- Mit der Praktischen Ausbildung 0
- Im letzten Ausbildungsdrittel 0
- anderer Zeitpunkt: _____ 0

27. Wie groß sind die Selbsterfahrungsgruppen?

(Mehrfachantworten möglich)

	<i>mit Leitung durch eine Person</i>	<i>mit Leitung durch zwei Personen</i>
• 2-4 TN	0	0
• 5-8 TN	0	0
• 7-10 TN	0	0
• 11-14 TN	0	0
• 15-18 TN	0	0
• Größer als 18 TN	0	0

Bei Leitung der Selbsterfahrungsgruppen durch zwei Personen:

gemischtgeschlechtlich 0 gleichgeschlechtlich 0

28. Gibt es vom Ausbildungsinstitut Vorgaben über den Beginn der Einzelselbsterfahrung?

0 JA: 0 unverbindlich 0 verpflichtend

0 NEIN

Gruppenselbsterfahrung?

0 JA: 0 unverbindlich 0 verpflichtend

0 NEIN

PRAKTISCHE AUSBILDUNG

29. Wann beginnt die Praktische Ausbildung?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Jederzeit möglich 0
- Ab Ausbildungsbeginn 0
- Nach der zeitlichen Hälfte der Ausbildung 0
- Nach der Hälfte der theoretischen Ausbildungsstunden 0
- Nach Klärung des individuellen Ausbildungsstandes 0
- Nach persönlichem Eignungsgespräch 0
- Nach der Zwischenprüfung 0
- Sonstiges: _____ 0

30. In welchem Umfang sind Variationen beim Klientel im Rahmen der Praktischen Ausbildung möglich?

(Bitte jeweils die maximal mögliche Stundenanzahl einsetzen)

	PP-Ausbildung (Std.)	KJP-Ausbildung (Std.)
Erwachsene (ohne Bezugspersonen)		
Kinder / Jugendliche		
Gruppen		
Stationäre PatientInnen		
Paare		
Familien		
Bezugspersonen		

31. Wie viele vergütete Stunden Praktische Ausbildung können die TeilnehmerInnen insgesamt durchführen (incl. einer eventuellen Zeit nach der Abschlussprüfung)?

_____Stunden

32. Wie erfolgt die Zuweisung von PatientInnen an die AmbulanztherapeutInnen?

- TherapeutInnen suchen aus Liste aus 0
- PatientInnen werden von Ambulanzleitung zugewiesen 0
- Übernahme wird gemeinsam mit TherapeutInnen besprochen 0
- Sonstiges

33. Wer führt die Erstgespräche mit den PatientInnen?

- Übernehmende/r TherapeutIn 0
- Ein/e AmbulanztherapeutIn 0
- Ambulanzleitung 0
- Andere/r approbierte/r PsychotherapeutIn 0
- Sonstiges:

34. Die Ambulanztherapien werden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- mit Bild und Ton aufgezeichnet 0
 - für TherapeutIn 0
 - für SupervisorIn 0
 - für Ambulanzleitung 0
- evaluiert 0
 - für TherapeutIn 0
 - für SupervisorIn 0
 - für Ambulanzleitung 0
- dokumentiert 0

SUPERVISION

35. Haben die AusbildungsteilnehmerInnen die Möglichkeit zur freien Wahl,

- ihrer Supervisionsgruppe 0 JA 0 NEIN ?
ihres Supervisors/ihrer Supervisorin 0 JA 0 NEIN ?

36. Gibt es eine Supervision der Praktischen Tätigkeit 1 durch das Ausbildungsinstitut?

- 0 JA: 0 verpflichtend 0 freiwillig
0 NEIN

37. Wird ein Teil der Supervisionsstunden durch Supervisor(inn)en durchgeführt, zu denen die Teilnehmer in einem berufsabhängigen Verhältnis stehen?

(z.B. durch Oberärzte oder Ltd. Psychologen in Kliniken, in denen sie beschäftigt sind)

- 0 JA 0 NEIN

PRAKTISCHE TÄTIGKEIT

38. Wann beginnt in der Regel die Praktische Tätigkeit 1 (PT1) (sog. Psychiatrie-Zeit)?

- Zu Beginn der Ausbildung 0
- Nach einem halben Jahr 0
- Nach einem Jahr 0
- Nach einer Zwischenprüfung 0
- Egal 0
- anderer Zeitpunkt: _____ 0

- Der Beginn ist 0 verpflichtend 0 freiwillig

39. Die Auswahl der Plätze

- für PT 1 (sog. *Psychiatrie-Zeit*) 0 wird zugewiesen 0 erfolgt durch TN
- für PT 2 (sog. *Psychosomatik*) 0 wird zugewiesen 0 erfolgt durch TN

40. Wo befinden sich die Plätze für PT 2? (alle Plätze sind 100%)

- Ambulanz der Ausbildungsstätte zu ____%
- Kliniken von PT 1 zu ____%
- Andere Kliniken/stationäre Einrichtung zu ____%
- Lehrpraxen zu ____%
- Andere psychotherapeutische Praxen zu ____%
- Andere ambulante Einrichtungen zu ____%

41. Inwieweit wird die Praktische Tätigkeit vergütet?

(Bitte ca.-Prozent-Angaben eintragen, 100% sind alle Plätze)

	0 €	bis 250 €	bis 750 €	bis 1000 €	bis 1500 €	> 1500 €
PT1 ____%	____%	____%	____%	____%	____%	____%
(„ <i>Psychiatrie</i> “)						
PT2 ____%	____%	____%	____%	____%	____%	____%
(„ <i>Psychosomatik</i> “)						

PRÜFUNGEN

42. Finden Zwischenprüfungen statt?

0 JA

0 NEIN

Falls JA:

Zu welchem Zeitpunkt? _____

Wer prüft? _____

Zweck und Ziel der Zwischenprüfungen: _____

43. Wie zufrieden sind Sie mit der Gesamt-Anzahl an PrüferInnen für die staatliche Prüfung am Ausbildungsinstitut?

0 sehr zufrieden 0 eher zufrieden 0 teils-teils 0 wenig zufrieden 0 nicht zufrieden

Wie sollte sich ggf. die Anzahl an PrüferInnen für die staatliche Prüfung verändern?

0 größer werden 0 geringer werden 0 ist angemessen

44. Wie viele zu Prüfende halten Sie als Obergrenze für ausreichend (staatliche Einzel- und Gruppenprüfung)?

Pro Halbtage _____ zu Prüfende

Pro Tag _____ zu Prüfende

45. Wie hoch war die Durchfallquote (staatliche mündliche Prüfung) an Ihrem Institut in den letzten 2 Jahren?

- _____ % mündliche Prüfung Einzel (Therapieverfahren: _____)
- _____ % mündliche Prüfung Einzel (Therapieverfahren: _____)
- _____ % mündliche Prüfung Gruppe (Therapieverfahren: _____)
- _____ % mündliche Prüfung Gruppe (Therapieverfahren: _____)

46. Welche Ausbildungsbausteine bewähren sich Ihrer Meinung nach besonders, damit Ihre Ausbildungsteilnehmer(innen) durch die Psychotherapieausbildung zu guten PsychotherapeutInnen werden?

Bitte bringen Sie nachfolgende Auflistung in eine Rangreihe von 1-8. (1=besonders guter Baustein). Sind Bausteine gleichermaßen wirksam, vergeben Sie bitte die entsprechende Rangzahl zweimal usw.)

AUSBILDUNGSBAUSTEIN	RANGZAHL (1=am besten)
Theoretischer Unterricht	
Selbsterfahrung	
Praktische Tätigkeit 1	
Praktische Tätigkeit 2	
Praktische Ausbildung	
Einzel supervision	
Gruppensupervision	
„Freie Spitze“	

ALLGEMEINE ORGANISATION DER AUSBILDUNG

47. Hat Ihr Institut weitere regionale Dependancen?

(nicht gemeint sind die Kooperationseinrichtungen)

0 NEIN 0 JA wie viele? _____

48. Welche Funktionen werden von unterschiedlichen Fachkräften wahrgenommen?

- Institutsleitung 0
- Ausbildungsleitung 0
- Ambulanzleitung 0
- Lehrgangsleitung 0
- TN-Betreuung 0
- Geschäftsführung 0

49. Welche Funktionen überschneiden sich in Ihrer Ausbildungsstätte?

(Bitte machen Sie Kreuze in die zutreffenden Felder)

	Instituts- leitung	Ausbil- dungs- leitung	Ambulanz- leitung	Lehrgangs- leitung	DozentIn	Supervi- sorIn	Selbst- erfahrungs- leiterIn	Prüfer-In
Institutsleitung								
Ausbildungs- leitung								
Ambulanz- leitung								
Lehrgangs- leitung								
DozentIn								
SupervisorIn								
Selbsterfahrungs- leitung								
PrüferIn								

50. Ist die Anwesenheit von Säuglingen/Kindern erlaubt

- bei theoretischen Veranstaltungen? 0 JA 0 nur in Ausnahmefällen 0 NEIN
- während der Ambulanztätigkeit? 0 JA 0 nur in Ausnahmefällen 0 NEIN
- bei Selbsterfahrungsseminaren? 0 JA 0 nur in Ausnahmefällen 0 NEIN

Gibt es während der Seminare ein Kinderbetreuungsangebot vor Ort? 0 JA 0 NEIN

51. Mit welcher Stellung würden Sie die AusbildungsteilnehmerInnen an Ihrer Ausbildungsstätte am ehesten vergleichen?

0 Schüler 0 Studenten 0 Kunden 0 Berufstätige 0

52. Können Fehlstunden ohne Mehrkosten nachgeholt werden?

- Theoretischer Unterricht: 0 NEIN
0 JA bis zu ____ %
0 mit versäumtem Inhalt
0 auch mit anderen Inhalten
0 durch externe Äquivalenzen
0 Anderes:
-

- Gruppenselbsterfahrung: 0 NEIN
0 JA bis zu ____ %

53. Kann die Ausbildung unterbrochen werden?

0 NEIN 0 JA
Wie häufig? _____ Mal
Wie lange? _____ Monate/Jahre
Mit welchen Gründen? _____

54. Wie verfahren Sie mit Quereinstiegen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Quereinstiege sind jederzeit möglich 0
- Quereinstiege sind nur möglich, wenn im entsprechenden Lehrgang ein Platz frei ist 0
- Lassen wir ungerne zu 0
- Müssen von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden 0
- Nur mit Probezeit möglich 0
- Nur mit Zustimmung der Lehrgangsgruppe möglich 0
- Aus jedem anderen Institut möglich 0
- Bevorzugt werden Quereinsteige aus ABstätten des gleichen Dachverbandes 0
- sonstiges: _____ 0

Wer trifft die letzte Entscheidung über die Aufnahme von QuereinsteigerInnen?

55. Können die AusbildungsteilnehmerInnen über das Internet von außen (natürlich gesichert) auf Informationen im Ausbildungszentrum zugreifen?

- Die Möglichkeit besteht generell 0 besteht nicht 0
 - auf ein Raumverteilungsprogramm 0
 - auf die Patientendaten, z.B. Evaluation 0
 - auf sonstige Informationen:
-

56. Die Institutsbibliothek

- umfasst etwa _____ Fachbücher _____ Fachzeitschriften
_____ Selbsthilfebücher (für PatientInnen)
- steht TeilnehmerInnen zur Verfügung
zeitlich begrenzt 0 zeitlich unbegrenzt 0
- hat ein Ausleihsystem für einen Großteil der Bücher 0

57. Wie ist die Zusammenarbeit mit

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht	entfällt
• den Einrichtungen der Praktischen Tätigkeit 1	0	0	0	0	0	0
• den Einrichtungen der Praktischen Tätigkeit 2	0	0	0	0	0	0
• den Lehrpraxen	0	0	0	0	0	0
• den staatlichen PrüferInnen	0	0	0	0	0	0
• der Aufsichtsbehörde	0	0	0	0	0	0
• den anderen regionalen Ausbildungsstätten	0	0	0	0	0	0

**58. Welche Informationen geben Sie an die zuständige Landesbehörde
(Aufsichtsbehörde, LPA) weiter?
(Bitte zutreffende Felder ankreuzen)**

Inhalt	Verpflichtende Weitergabe	Genehmigungs-pflichtig	Freiwillige Weitergabe
Neue TeilnehmerInnen			
Neuer Lehrgang			
QuereinsteigerInnen			
Neue DozentInnen			
Neue Selbsterfahrungsleitungen			
Neue Kooperationseinrichtungen: PT1			
dgl. PT 2			
dgl. PA			
Ausbildungsunterbrechungen von TN			
„Problemfälle“ TN			
<i>Sonstiges:</i>			

B. Das gegenwärtige Psychotherapeutengesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen: *Stärken und Schwächen*

Bitte bewerten Sie die folgenden Komponenten des aktuellen Psychotherapeutengesetzes und der dazu gehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychTh-APrVen) im Hinblick auf ihre Stärken und Schwächen

Vergeben Sie dabei jeweils eine Zensur von 1=sehr gut bis 6=ungenügend

THEMA	§§	Ihre Note
Regelung zur Berufsausübung (außer Heilkundebegriff)	PsychThG § 1	
Definition des Begriffes der heilkundlichen Psychotherapie	PsychThG § 1 Abs. 3	
Regelungen bezüglich der Approbation	PsychThG § 2	
Regelung zu den Ausbildungsstätten (Bedingungen für Anerkennung)	PsychThG § 6	
Regelungen zu den Eingangsvoraussetzungen der Ausbildungsteilnehmer(innen) für Psychologische PsychotherapeutInnen	PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1	
Regelungen zu den Eingangsvoraussetzungen der Ausbildungsteilnehmer(innen) für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 2	
Regelungen zur Dauer der Ausbildung (3- und 5jährige Ausbildung)	PsychThG § 5 Abs. 1	
Regelungen zum Umfang der Ausbildung (derzeitige Mindeststundenumfänge der Ausbildungsbausteine: Theorie: 600 Std.; PT1: 1 Jahr/1.200 Std., PT2: 6 Monate/600 Std.; PA 600 Std.; Supervision: 100 Gruppe, 50 Einzel; Selbsterfahrung 120 Std.; Freie Spitze 930 Std.)	PsychThG § 8 und APrVen	
Regelung zu den Richtlinienverfahren Berufsausübung und Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren	PsychThG § 11	
Regelung zu den theoretischen Inhalten der Ausbildung	APrVen § 3 /Anlage 1 Rahmencurriculum	
Regelung zur Praktischen Ausbildung (PatientInnenbehandlung)	PsychThG § 8 und APrVen § 4	
Regelung zum Alter der Behandlungsgruppen (PP jede Altersgruppe, KJP 1-21 Jahre)	PsychThG § 1 Abs. 2	
Regelung zur Supervision (Umfang, Frequenz und Setting)	APrVen § 4	
Regelung zur Selbsterfahrung (Umfang, Frequenz und Setting)	APrVen § 5	

Regelung zur sog. „ Freien Spitze “ (Mehrstunden aus den unterschiedlichen Bausteinen im Umfang von 930 Std.)	---	
PP: Regelung zur Praktischen Tätigkeit 1 (1200 Std./1 Jahr an psychiatrischer Einrichtung)	PsychThG § 8 Abs. 3 Ziffer. 3 +APrVen § 2 Abs. 2 Ziffer 1	
KJP: Regelung zur Praktischen Tätigkeit 1 (1200 Std./1 Jahr an psychiatrischer Einrichtung, ggf. kombiniert mit ambulanter. Versorgung, bis zu 600 Std.)	PsychThG § 8 Abs. 3 Ziffer 3+APrVen § 2 Abs. 2 Ziffer 1	
Regelung zur Praktischen Tätigkeit 2 (600 Std./6 Monate an einer Einrichtung der psychosomatischen/psychotherapeutische Versorgung)	PsychThG [8 Abs. 3 Ziffer 3 + APVen § 2 Abs. 2 Ziffer 2	
Regelung zur staatlichen Prüfung (schriftlicher und mündlicher Teil, Inhalte, Prüfungskommission, Benotung)	PsychThG§ 8 Abs.4+ APrVen §§ 8-9,11-12	

C. Zukunftsperspektiven

Bitte unterbreiten Sie nachfolgend (Änderungs-) Vorschläge speziell im Hinblick auf eine zukünftige Gestaltung der Ausbildung:

1. Sollte es ein Mindestalter für den Ausbildungsbeginn geben? (bisher keine Vorgaben)

0 JA 0 NEIN 0 weiß nicht
Falls JA, Mindestalter für PP _____ Jahre für KJP _____ Jahre

2. Welche Mindestabschlüsse sollten zukünftig berechtigen, die Psychotherapie-Ausbildung aufzunehmen (formal)? (Mehrfachnennungen möglich)

	PP	KJP
• Diplom	0	0
• Lehramt	0	0
• Master (Uni)	0	0
• Master (FH)	0	0
• Bachelor	0	0
• Magister	0	0
• Anderer FH-Abschluss	0	0

3. Sollte eine Master-Qualifikation auch erst im Verlauf der Psychotherapie-Ausbildung als Voraussetzung für die Approbation erworben werden können?

0 JA 0 JA, aber nur übergangsweise 0 NEIN 0 Weiß nicht

4. Welche Berufe (heute bestehende Berufsqualifikationen) sollten zukünftig zum Zugang der Psychotherapie-Ausbildung berechtigen? (Mehrfachnennungen möglich)

	PP	KJP
• Psychologie	0	0
• Medizin	0	0
• Pädagogik	0	0
• Sozialpädagogik	0	0
• Soziale Arbeit	0	0
• Heilpädagogik	0	0
• Lehramt (Sek.st. I)	0	0
• Lehramt (Sek.st. II)	0	0
• Musiktherapie	0	0
• Kunsttherapie	0	0
• Andere (bitte nennen):		

5. Beschreiben Sie –falls möglich- inhaltliche Mindestvoraussetzungen, die künftig berechtigen sollen, die Psychotherapie-Ausbildung aufzunehmen:

(z.B. notwendige Inhalte/Module von Bachelor- und Masterstudiengängen, unabhängig von beruflichen Qualifikationen oder dem Berufsabschluss)

PP:

KJP:

6. Wie sollte das Auswahlverfahren für zukünftige AusbildungsteilnehmerInnen verlaufen?

- nach formalen Kriterien (z.B. vorheriger Abschluss) 0
- nach inhaltlichen Kriterien (z.B. Nachweis absolvierter inhaltlicher Leistungen) 0
- formale und inhaltliche Kriterien 0
- mündliche und/oder schriftliche Prüfung der KandidatInnen 0
- Bewerberinterviews 0

Weitere Vorschläge:

PP:

KJP:

7. Soll es zukünftig weiterhin unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen zur PP- und zur KJP-Ausbildung geben?

0 JA 0 NEIN 0 weiß nicht

Falls nein, was sollte Ihrer Meinung nach die gemeinsame Zugangsvoraussetzung sein?

8. Soll es zukünftig klar getrennte psychotherapeutische Berufsausübungen geben, für z.B. Erwachsenenpsychotherapie (Behandlungsalter z.B. 18-XX Jahre) und Kinder-und-Jugendlichenpsychotherapie (z.B. 1-21 Jahre)

0 JA 0 NEIN 0 weiß nicht

9. Sind PP nach der heutigen Approbation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP?

0 gleich 0 besser 0 schlechter 0 weiß nicht

Ggf. kurze Begründung:

10. Sind PP nach der heutigen Approbation und mit heutiger Zusatzqualifikation „Kinder/Jugendliche“ (Psychotherapievereinbarung, KBV) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter qualifiziert als die grundständig ausgebildeten KJP?

0 gleich 0 besser 0 schlechter 0 weiß nicht

Ggf. kurze Begründung:

11. In welche Berufsgraduierung sollen PP und KJP künftig eingestuft werden (z.B. Eingruppierung in Besoldungssystem im Falle einer Anstellung)

PP _____ KJP _____

Sollten PP und KJP zukünftig gleich eingruppiert/vergütet werden? 0 JA 0 NEIN

12. Wie sollte die Psychotherapieausbildung zukünftig konzeptualisiert und gewichtet werden?
(Mehrfachnennungen möglich)

Ausbildung in

- einzelnen Verfahren (wie bisher) 0
- in einem Schwerpunktverfahren und mehr praktische Ausbildung in weiteren Verfahren 0
- in Verfahrenskombinationen 0
- verfahrensübergreifend 0
- eher störungsorientiert 0
- an Wirkfaktoren orientiert 0

- Andere: _____
- Flexible Gestaltung und Anpassungen sollten möglich sein 0

13. Sollten die Ausbildungsinstitute mit Universitäten kooperieren?

(Mehrfachnennungen möglich)

0 JA 0 TEILWEISE 0 NEIN

Wenn JA und TEILWEISE, in welcher Form?

- Gesamtkontrolle durch Universitäten 0
- Universitäten haben Kontrolle über die Gestaltung des Curriculum des theoretischen Unterrichts 0
- Beratungspflicht bezüglich Theorieausbildung, Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation 0
- Universitäten haben Kontrolle über die Gestaltung des Curriculums insgesamt 0
- Universitäten müssen Kooperationsmöglichkeiten anbieten 0
- HochschulvertreterInnen in einem wiss. Beirat der Ausbildungsstätt. 0
- Anderes: _____ 0

14. Welche Anforderungen sollten an Ausbildungsstätten bezüglich qualitätssichernder Maßnahmen gestellt werden?

- Kriterien für Aufnahme von TN zur Ausbildung 0
- Konzept für Umgang bei Eignungsbedenken im Ausbildungsverlauf 0
- Zwischenprüfung 0
- Regelmäßige Zufriedenheitsevaluation der AusbildungsteilnehmerInnen in Bezug auf Ausbildungsinhalte und -organisation 0
- Evaluation des Theoretischen Unterrichts durch TN 0
durch DozentInnen 0
- Evaluation der Selbsterfahrung 0
- Evaluation der Supervision 0
- Evaluation der Praktischen Tätigkeit 0
- Standardevaluation der Psychotherapien in der Ambulanz 0
- Abschlussevaluation der Ausbildung (neben Prüfung) 0
- Nachuntersuchungen nach Abschluss der Ausbildung 0

Sonstige: _____

15. Sollten Ausbildungsstätten künftig zertifiziert werden?

JA NEIN

Falls JA, durch wen?

16. Auf welchen Betrag sollten sich die reinen Ausbildungskosten (brutto) für die TeilnehmerInnen mindestens und höchstens belaufen, wobei

- von einem kompletten Ausbildungsangebot (Theorie, Selbsterfahrung, Praxis, Supervision, Verwaltung usw.) auszugehen ist und
- Einnahmen durch die durchgeführten Behandlungsstunden NICHT berücksichtigt werden.

Ausbildungskosten komplett höchstens _____ Euro

Ausbildungskosten komplett mindestens _____ Euro

- a. Sollte die Ausbildung weiterhin durch BAFÖG gefördert werden können?

JA NEIN

- b. Sollten Einnahmemöglichkeiten durch die eigenen Behandlungskosten im Rahmen der Praktischen Ausbildung weiterhin bestehen bleiben?

JA NEIN

Falls JA, wie viel % der (Kostenträger-)Einnahmen sollten die Ausbildungsinstitute zünftig mindestens an die AusbildungsteilnehmerInnen weitergeben bzw. verrechnen?

_____ %

17. Sollten zukünftig Bestandteile (Bausteine) der Ausbildung zeitlich und inhaltlich geändert werden?

BAUSTEIN	Heute: <i>(gesetzlich)</i> mind. Std.zahl	Zukünftig: Std. zahl	Kann wegfallen <i>(Kreuz)</i>	Inhaltliche Änderungsvorschläge
THEORETISCHER UNTERRICHT	600			
SELBSTERFAHRUNG Einzel	(120)			
SELBSTERFAHRUNG Gruppe	(120)			
PRAKTISCHE TÄTIGKEIT 1 („PSYCHIATRIE“)	1.200			
PRAKTISCHE TÄTIGKEIT 2 („PSYCHOSOMATIK“)	600			
PRAKTISCHE AUSBILDUNG Ambulant	600			
PRAKTISCHE AUSBILDUNG Stationär	möglich			
PRAKTISCHE AUSBILDUNG: Gruppe	möglich			
SUPERVISION Einzel	50			
SUPERVISION Gruppe	100			
„FREIE SPITZE“	930			
<u>Sonstiges:</u>				
<u>Gesamtstunden</u>	4.200			

18. Welche Qualifikation sollten Dozent(inn)en, Supervisor(inn)en, Selbsterfahrungsleiter(innen) haben?

	PP	KJP
DozentInnen		
SupervisorInnen		
Selbsterfahrungsleitungen		

19. Welche medizinischen Inhalte sollten unbedingt in die Ausbildung integriert werden?

1.
2.
3.
4.
5.

20. Sollte die Ausbildung von PP, KJP in Zukunft vergleichbarer mit der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Hinblick auf die psychotherapie relevanten Inhalte parallelisiert werden?

0 JA 0 NEIN 0 Weiß nicht

Anmerkungen:

--

21. Sollten PP und KJP zukünftig die Berechtigung erhalten

(Bitte entsprechend ankreuzen)

- | | | |
|---|---|---|
| • Psychopharmaka zu verschreiben? | | 0 |
| 1. in der ambulanten Versorgung | 0 | |
| 2. in der stationären Versorgung | 0 | |
| • Krankschreibungen vorzunehmen? | | 0 |
| • Zur stationären Behandlung zu überweisen? | | 0 |
| • Gesetzliche Unterbringung einzuleiten? | | 0 |

Falls Sie Elemente angekreuzt haben: Welche der dafür notwendigen Qualifikationen sollten in der psychotherapeutischen Ausbildung, welche in der Fortbildung erworben werden?

- | | Ausbildung | Fort/Weiterbildung |
|---|------------|--------------------|
| • Psychopharmaka zu verschreiben? | 0 | 0 |
| • Krankschreibungen vorzunehmen? | 0 | 0 |
| • Zur stationären Behandlung zu überweisen? | 0 | 0 |
| • Gesetzliche Unterbringung einzuleiten? | 0 | 0 |

22. Welche Struktur sollte eine zukünftige Psychotherapie-Ausbildung haben?

- | | |
|--|---|
| • wie bisher, d.h. PT-Ausbildung nach der 1. Berufsausbildung mit qualifizierendem Abschluss | 0 |
| • Universitäts-/Hochschul-Direktausbildung, d.h. Erstausbildung mit Approbation und anschließende Weiterbildung zum/zur (KJP/PP)-Psychotherapeuten/Psychotherapeutin | 0 |
| • Universitärer/Hochschul-Masterstudiengang mit Theorie-/Methoden-Grundlagenausbildung (Psychotherapie) mit anschließender Schwerpunkt-/Praxisausbildung in den derzeitigen Ausbildungsstätten, danach Approbation | 0 |
| • Anderes.... (bitte entsprechende Angaben im Kasten) | 0 |

PP:

KJP:

23. Könnte die schriftliche Abschlussprüfung, die sich ja vor allem auf theoretische Grundkenntnisse bezieht, bereits nach Ende der Grundausbildung, z.B. vor Beginn der Praktischen Ausbildung, vorgezogen werden?

0 JA

0 NEIN

0 Weiß nicht

24. Wer sollte zukünftig die Psychotherapieausbildung kontrollieren?

(Bitte entsprechend ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich)

- Staatliche Aufsichtsbehörden (z.B. Landesprüfungsamt) 0
- Staatliche Aufsichtsbehörde mit wissenschaftlich-fachlichem Beirat 0
- Landespsychotherapeutenkammern 0
- Landespsychotherapeutenkammern mit weitgehenden staatlichen Rechtsvorschriften und Weisungen 0
- Verbund aller Ausbildungsstätten (Selbstkontrolle) 0
- Unabhängige Agenturen (analog Masterstudien-Gang-Akkreditierung) mit verbindlichen Rechtsvorgaben 0
- Unabhängiger „Bundesausbildungsrat“ (z.B. besetzt aus Ausbildungsstätten, Kliniken, Fachverbände, Hochschulen, Kammern, TeilnehmerInnen) 0
- Zertifizierungsinstanz 0
- Hochschulen 0

25. Für welche Arbeitsfelder (z.B. in Institutionen, mit bestimmten Zielgruppen) sollte zukünftig vermehrt ausgebildet werden?

PP:

KJP:

26. Welche Ergänzungsqualifikationen für die ambulante/stationäre Versorgung sollten künftig in die Ausbildung integriert werden?

- | | Ganz | Teilweise |
|---------------------------------|------|-----------|
| • Entspannungsverfahren | 0 | 0 |
| • Kinder-Jugendlichenbehandlung | 0 | 0 |
| • Gruppentherapie | 0 | 0 |
| • Entspannungsverfahren | 0 | 0 |
| • Hypnotherapie | 0 | 0 |
| • Psychotraumatologie | 0 | 0 |
| • Sexualtherapie | 0 | 0 |
| • Weitere: (bitte benennen) | | |

Wir danken Ihnen herzlich für die umfangreiche Mitarbeit!

3. Fragen an die Aufsichtsbehörden / Landesprüfungsämter

Fragen an die **Aufsichtsbehörden der Bundesländer** zur Auslegung des PsychThG und der APrVen in den Genehmigungs-/Anerkennungsverfahren und der weiterführenden Aufsicht ¹

1. Zugang zur Ausbildung

a. Ist das **Prüfungsfach „Klinische Psychologie“** (§ 5 Abs.2 Ziffer 1a PsychThG)

- | | | | |
|------|----------------------------------|------|--------|
| I. | unabdingbar | 0 JA | 0 NEIN |
| II. | Gibt es Äquivalenzanerkennungen? | 0 JA | 0 NEIN |
| III. | Wenn JA, welche? _____ | | |

b. Welche **Berufsabschlüsse** werden für den Zugang zur **Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapieausbildung** anerkannt? (§ 5 Abs. 2 Ziffer 2b PsychThG). Bitte alle Möglichkeiten ankreuzen.

	Diplom	Master	Bachelor	FH	Magister
I. Psychologie	0	0	0		
II. Pädagogik	0	0	0	0	0
III. Sozialpädagogik	0	0	0	0	
IV. Sozialarbeit	0	0	0	0	
V. Heilpädagogik	0	0	0	0	
VI. Musiktherapie	0	0	0	0	
VII. Kunsttherapie	0	0	0	0	0
VIII. Lehramt	0	0	0	0	0
Ggf. welche Abschlüsse _____					
IX. Sonstige _____					

c. Welche **Berufsabschlüsse** werden für den Zugang zur **Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie** anerkannt? (§ 5 Abs. 2 Ziffer 1a PsychThG)

- | | | |
|------|----------------------------------|---|
| I. | Diplom-Studiengang Psychologie | 0 |
| II. | Bachelor-Studiengang Psychologie | 0 |
| III. | Master-Studiengang Psychologie | 0 |
| IV. | Sonstige _____ | |

d. Wie verfahren Sie mit anderen als im PsychThG genannten Berufsabschlüssen für die Zulassung zur Ausbildung?
aus EU-Ländern und aus nicht-EU-Ländern? (*Antwortblatt*)

¹ Bitte benutzen Sie für offene Fragen und weitere aus Ihrer Sicht wichtige Themen das angeheftete Antwortblatt

- e. Wie werden andere psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungen angerechnet? (§ 5 Abs. 3 PsychThG) (bitte *Antwortblatt* nutzen)
- I. Aus dem Inland
 - II. Aus EU-Ländern
 - III. Aus dem Nicht-EU-Ausland
 - IV. Berücksichtigt werden nur abgeschlossene 0
auch nicht-abgeschlossene 0
Aus- und Weiterbildungen
- f. Werden die Ausbildungsstätten (ABst) bei der Entscheidung für die Zulassung zur Ausbildung einbezogen?
- I. Bei **Erstzulassung**:
 - i. Entscheidet die ABst allein 0
 - ii. ABst trifft Vorauswahl, endgültige Entscheidung durch Behörde 0
 - iii. Aufsichtsbehörde entscheidet nur in Zweifelsfällen 0
 - iv. Sonstiges _____
 - II. Bei **Quereinstieg** (Wechsel der anerkannten Ausbildungsstätte)
 - i. ABst wird um Stellungnahme für inhaltliche Einstufung ersucht 0
 - ii. Behörde entscheidet vollständig 0
 - iii. Sonstiges _____

2. Meldung von Auszubildenden von Ausbildungsstätte an Behörde

- a. Alle TeilnehmerInnen, die sich in den Ausbildungsstätten (ABst) in Ausbildung befinden, sind der Behörde bekannt 0 JA 0 NEIN
- b. Falls JA, zu welchem Zeitpunkt erfolgt Meldung?
- I. Bei Ausbildungsbeginn 0
 - II. Im Verlauf der Ausbildungszeit 0
 - III. Vor der Prüfung 0
 - IV. Unterschiedlich 0

3. Praktische Tätigkeiten (PT)

(§ 8 Abs. 3 Ziffer 3 PsychThG / § 2 Abs. 2 Ziffer 1 und 2 APrVen)

- a. Welche Mindestzeiten für die Absolvierung von PT1 / PT2 werden gefordert?
- I. 1.200 / 600 Std. 0
 - II. 12 Monate / 6 Monate 0
 - III. Beides 0

- b. Werden ausbildungsrelevante Tätigkeiten aus der Zeit vor Ausbildungsbeginn im Ausnahmefall zur Anrechnung anerkannt?
 JA NEIN
- c. Können Inhalte / Zeiten der Praktischen Ausbildung (PA, s. u.) und der PT2 kombiniert werden, unter Beibehaltung der vorgeschriebenen Ausbildungszeiten?
 JA NEIN
- d. Ist der Beginn der Ausbildungsbausteine PT 1 und PT 2 im Verlauf der Ausbildungszeit vorgeschrieben? JA NEIN
- I. Wenn JA ab wann
- i. PT 1 _____
- ii. PT 2 _____
- e. Gibt es eine Festlegung für die Reihenfolgen von PT 1, PT 2, PA?
 JA NEIN
- I. Wenn JA welche?

- f. Was wird berücksichtigt beim Genehmigungsverfahren für die Genehmigung von Institutionen, in denen PT 1, PT 2 absolviert werden können?
- I. Entfernung von der Ausbildungsstätte NEIN JA (höchstens _____ km)
- II. Bundesland übergreifende Kooperationen möglich JA NEIN
- III. Vorliegende Anerkennung durch Behörden anderer Bundesländer
 JA NEIN
- IV. Spezielle Anforderungen an Institutionen für PT 2?
 (bei JA, bitte Antwortblatt nutzen) JA NEIN
- V. Mitnutzung genehmigter Ausbildungsplätze anderer Ausbildungsstätten für PT 1/PT 2/PA möglich JA NEIN
- VI. Generelle Notwendigkeit der Weiterbildungsermächtigung der ärztlichen Leitung (PT 1) JA NEIN
- VII. Ermächtigung der Klinik als Weiterbildungseinrichtung ausreichend
 JA NEIN
- VIII. Gibt es eine Obergrenze für Ausbildungsplätze in Institutionen für PT 1/PT 2/PA?
- a. Plätze für eine Institution (z.B. Klinik) JA NEIN
- b. Gesamtplätze für eine Ausbildungsstätte JA NEIN
- IX. Sind Individualverträge möglich? JA NEIN
- X. Genehmigung von mitwirkenden Einrichtungen im Ausland
- Europa (EU) JA NEIN
- Europa (Nicht-EU, z.B. Schweiz) JA NEIN
- Außerhalb Europa (z.B. USA) JA NEIN
- XI. Gibt es (weitere) Einschränkungen für Genehmigungen als mitwirkende Einrichtungen? (*Antwortblatt*)

4. Theoretische Ausbildung

- a. Müssen Therapieschulen als Ausbildungsschwerpunkte (vertiefte Ausbildung) bei der Anerkennung der Ausbildungsstätte festgelegt werden?
0 JA 0 NEIN
- b. Werden Kombinationen wissenschaftlich anerkannter Verfahren (§ 3 Abs. 1 APrVen) als Ausbildungsschwerpunkt (vertiefte Ausbildung) anerkannt (z.B. VT, PA)
0 JA 0 NEIN
- c. Wird darauf geachtet, ob alle wissenschaftlich (teil-) anerkannten Verfahren, wie Gesprächspsychotherapie, Neuropsychotherapie im Curriculum (Grundlagen) verankert sind?
0 JA 0 NEIN
- d. Wird die Umsetzung des Rahmencurriculum (Anlage 1 zu § 3 Abs.1 APrVen) geprüft?
0 JA 0 NEIN
- Falls JA:
- i. Für die Anerkennung der ABst. 0
- ii. Nach Anerkennung der ABst 0
- iii. In regelmäßigen Abständen 0
- e. Können
- i. elektronische Medien (Internet) 0 JA 0 NEIN
- ii. Fernstudienmaterialien 0 JA 0 NEIN
- zur Wissensvermittlung genutzt werden?
- f. Ist es notwendig, die Veranstaltungsformen (Vorlesung, Übung, Seminar) festzulegen?
0 JA 0 NEIN

5. Selbsterfahrung (§ 5 PsychTh-AP)

- a. Wird ein Teil der Selbsterfahrung als Einzelselbsterfahrung gefordert?
0 JA 0 NEIN
- Wenn JA, wie viele Stunden? _____ Stunden
- b. Müssen Selbsterfahrungsleitungen von der Aufsichtsbehörde anerkannt werden?
0 JA 0 NEIN
- c. Erfolgt die Anerkennung ggf. befristet? 0 JA 0 NEIN
- Wenn JA, für welchen Zeitraum? _____Jahre
- d. Werden Voraussetzungen an Selbsterfahrungsanleitungen gefordert?
0 JA 0 NEIN
- WENN JA, welche?
- _____
- _____

6. Praktische Ausbildung (PA)

- a. Können stationäre Behandlungsstunden durchgeführt werden?
0 JA 0 NEIN 0 Teilweise mit höchstens _____ Std.

- b. Wird die Durchführung von Behandlungsstunden
- i. bei der PP-Ausbildung auch mit Kindern und Jugendlichen anerkannt
0 NEIN 0 JA (bis zu ____ Stunden)
 - ii. bei der KJP-Ausbildung auch mit Erwachsenen (außer Familienangehörigen) anerkannt
0 NEIN 0 JA (bis zu ____ Stunden)
 - iii. mit Gruppen anerkannt
0 NEIN 0 JA (bis zu ____ Stunden)
- c. Gibt es von Seiten Ihrer Aufsichtsbehörde Ausbildungsvoraussetzungen für den möglichen Beginn der PA? 0 JA 0 NEIN
Wenn JA, welche? _____

- d. Kann PA während der Praktischen Tätigkeit durchgeführt werden (unter Wahrung der geforderten Stundenzahl) 0 JA 0 NEIN

7. Supervision (§ 4 PsychTh-AP)

- a. Werden die Qualifikationen der Supervisoren/Supervisorinnen geprüft?
0 JA 0 NEIN
- b. Wenn JA,
- i. wie wird die „Lehrtätigkeit“ überprüft?

 - ii. wie wird die „psychotherapeutische Praxis“ überprüft?

- c. Besteht eine zeitliche Befristung für die Anerkennung von SupervisorInnen?
0 JA 0 NEIN
Wenn JA, für welchen Zeitraum? _____ Jahre
- d. Für welchen Zeitraum werden SupervisorInnen anerkannt? ____ Jahre
- e. Gibt es eine Mindestzahl/Höchstzahl anerkannter SupervisorInnen?
- i. Mindestzahl SupervisorInnen ____ pro ____ Anzahl Auszubildender
 - ii. Höchstzahl SupervisorInnen ____ pro ____ Anzahl Auszubildender

8. „Freie Spitze“

- a. Werden Vorgaben über Inhalte für die Freie Spitze gemacht?
0 JA 0 NEIN
- b. Wenn JA, welche Inhalte werden anerkannt?
- i. Mehrstunden zu den Ausbildungsbausteinen 0
 - ii. Tagungen und Kongresse mit Ausbildungsinhalten 0

- iii. Klinik-Fortbildungen während PT 1 und PT 2 0
 - iv. Ausbildungsbezogene Arbeitsgruppen 0
 - v. Selbststudium 0
 - vi. Erstellung der Falldokumentationen 0
 - vii. Prüfungsvorbereitungen 0
 - viii. Sonstiges 0
-
-

9. Unterbrechung der Ausbildung (§ 6 Abs. 1 Ziffer 1 und 2 PsychTh-AP)

- a. Werden die ABSt bei der Prüfung auf mögliche Unterbrechung beteiligt?
0 JA 0 NEIN
 - b. Kann die Ausbildung bei längeren Krankheiten, persönlichen Schicksalen, oder vorübergehender Zahlungsunfähigkeit, bei von der Ausbildungsleitung auferlegten Pausen unterbrochen werden?
0 NEIN 0 JA (bis zu _____ Monaten/Jahren)
 - c. Wie wird bei Schwangerschaft/Geburt und längeren dadurch bedingten Pausen verfahren?
-
-

10. Dauer der Ausbildung

- Wird eine Höchstdauer der Ausbildung festgelegt? 0 JA 0 Nein
Wenn JA, die Höchstdauer beträgt
_____ Jahre (Vollzeit –dreijährige Ausbildung)
_____ Jahre (Teilzeit -fünfjährige Ausbildung)

11. Prüfungen

- a. Zur Zusammensetzung der Prüfungskommission (§ 9 APrVen)
 - i. Ist die ärztlichen Mitwirkung (§ 9 Abs. 1, Ziffer 3 APrVen) unabdingbar?
0 JA 0 NEIN
 - ii. Ist die Besetzung mit Mitgliedern, die nicht dem jeweiligen Institut angehören (§ 9 Abs. 1 PsychTh-AP) unabdingbar? 0 JA 0 NEIN
 - iii. Wird geprüft, dass der/die Prüfer/in nicht als Selbsterfahrungsanleiter/in tätig war? 0 JA 0 NEIN
- b. Werden zu Prüfende von der Behörde den Prüfungskommissionen zugeordnet? 0 NEIN 0 JA 0 in Abstimmung mit der ABStätte

- c. Wie wird mit Möglichkeiten von Auflagen bei nicht bestandener schriftlicher und/oder mündlicher Prüfung verfahren?
- i. Davon wird kein Gebrauch gemacht 0
 - ii. Entscheidet die Prüfungskommission 0
 - iii. Entscheidet die Ausbildungsstätte 0
 - iv. Sonstiges
- _____
- _____
- d. Wann kann der früheste Prüfungstermin stattfinden?
- i. Nach Ende der regulären Ausbildungszeit 0
 - ii. Vor Ende der regulären Ausbildungszeit 0
- Und zwar: _____
- e. Wann endet die Anmeldefrist zur Prüfung? _____ Wochen vor der schriftlichen Prüfung.
- Können fehlende Unterlagen nachgereicht werden? 0 JA 0 NEIN
- Wenn JA, bis wann? _____
- f. Werden Gebühren für die Prüfung erhoben? 0 JA 0 NEIN
- Wenn JA: 0 vom Prüfling 0 von ABStätte Höhe _____
- g. Werden erfolgreiche AbsolventInnen „gemeldet“ 0 JA 0 NEIN
- Wenn JA, wohin? _____

12. Sonstiges

- a. Wie erfolgt der Austausch/Kontakt mit den AB-Stätten? (*ggf. Antwortblatt*)
- i. Regelmäßige Telefonate 0
 - ii. Regelmäßige Besuche 0
 - iii. Kontakt bei Bedarf durch ABst 0
 - iv. Sonstiges
- _____
- _____
- b. Wie lang sind in der Regel die Bearbeitungszeiten für
- i. Anerkennung von Ausbildungsstätten? _____
 - ii. Genehmigungsverfahren für Institutionen (PT1/PT2/PA)? _____
 - iii. Anträge von Auszubildenden bei ABStätten-Wechsel? _____
 - iv. sonstige Anfragen? _____

- c. Wie hoch ist der Personalschlüssel im Bereich Psychotherapie in Ihrer Institution in Bezug auf
- i. zu betreuende Ausbildungsstätten _____ : _____ (ABSt)
 - ii. Auszubildende _____ : _____ Auszub.)
- d. Wie hoch sind Gebühren für
- i. Genehmigungen von Ausbildungsstätten _____ Euro
 - ii. Genehmigung einer Institution (PT 1,2, PA) _____ Euro
 - iii. ABstätten-Wechsel eines/einer Teilnehmer/in _____ Euro
- e. Geben Sie Unterstützung bei Finanzierungsfragen von Auszubildenden (z.B. BAFÖG) 0 JA 0 NEIN

13. Zufriedenheit

- a. Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit im den ABSt (im Schnitt)?
sehr zufrieden 0 zufrieden 0 mittel 0 wenig 0 nicht 0
- b. Gibt es Unterschiede (Zufriedenheit in der Zusammenarbeit) zwischen universitären und staatlich-anerkannten nicht universitären Ausbildungsstätten? 0 JA 0 NEIN

c.

Wenn JA, welche? _____

- d. Was behindert die Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten?

- e. Was könnte die Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten verbessern?

- e. Bitte beschreiben Sie weitere wichtige **Verbesserungsvorschläge** (bezogen auf Ihren Zuständigkeitsbereich) für eine Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG und APrVen)

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!!!

Verwenden Sie bitte für die **Rücksendung** beiliegenden frankierten Umschlag.

Bei **Rückfragen** zum Fragebogen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Steffen Fliegel: fliegel@klipsy-ms.de; 0251-60041; 0170/9699813

ANTWORTBLATT

für OFFENE ANTWORTEN und weitere Bemerkungen

zu Frage 1d

zu Frage 1e

I

II

III

IV

zu Frage 3 f IV

zu Frage 3 f XI

zu Frage 12a

WEITERE BEMERKUNGEN (bitte auch Rückseite verwenden)

4. Fragebogen für Ausbildungsstätten zur Praktischen Tätigkeit
nach dem PsychThG –
niedergelassene FachärztInnen/PsychotherapeutInnen

Fragebogen für Ausbildungsstätten zur Praktischen Tätigkeit nach dem PsychThG

niedergelassene FachärztInnen/PsychotherapeutInnen

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. Sven Barnow
Institut für Psychologie
Hauptstr. 47-51
69117 Heidelberg
Tel.: +49 6221 547350
Fax: +49 6221 547348
E-Mail: Hsven.barnow@psychologie.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Elmar Brähler
Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Tel.: +49 341-9718801
Fax: +49 341-9718809
E-Mail: Elmar.Braehler@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
D-89075 Ulm
Tel.: +49 731-5 00 6 16 00/01
Fax: +49 731-5 00 6 16 02
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Dr. Steffen Fliegel
Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung
Wolbecker Str. 138
D-48155 Münster
Tel.: +49 251-60041
Fax: +49 251-666642
E-Mail: Hfliegel@kllpsy-ms.de

Prof. Dr. Harald J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
im Hanse-Klinikum Stralsund
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund
Tel.: +49 3831-452100
Fax: +49 3831-452105
E-Mail: freyberg@uni-greifswald.de

PD Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstr. 5
D-89075 Ulm
Tel.: +49 731-50061661
Fax: +49 731-50061662
E-Mail: HLutz.Goldbeck@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber
Sigmund Freud Institut u. Universität Kassel
Mylusstr. 20
60323 Frankfurt/Main
Tel.: +49 69-9712020
Fax: +49 69-9712044
E-Mail: HM.Leuzinger-Bohleber@sigmund-freud-institut.de

Prof. Dr. Bernhard Strauß, Dipl. Psych.
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena
Stoystrasse 3
07740 Jena
Tel.: +49 3641-936700
Fax: +49 3641-936546
E-Mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

PD Dr. Ulrike Willutzki
AE Klinische Psychologie und Psychotherapie
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
44780 Bochum
Tel.: +49 234-322 4915
Fax: +49 234-321 4304
E-Mail: HWillutzki@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

1. Beschreibung/ Charakterisierung der Praxis / Einrichtung

a. Bitte Stempel der Praxis hier einfügen:

b. Anzahl Behandlungsfälle pro Quartal: _____

c. Gibt es in Ihrer Praxis einen verfahrensspezifischen Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung?

- nein
- ja, Verhaltenstherapie
- ja, tiefenpsychologisch
- ja, psychoanalytisch
- ja, Verhaltenstherapie
- ja, anderes Verfahren: _____

d. Gibt es störungsspezifische Schwerpunkte der Behandlung: (z.B. Suchtbehandlung, Demenzerkrankungen, Essstörungen, Depressionen, Angsterkrankungen)?

- nein
- ja, und zwar: _____

e. Welche Behandlungsmaßnahmen werden angeboten?

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Psychoedukation
- andere Maßnahmen (z.B. Erziehungstrainings): _____

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

f. Anzahl (Vollkräfte) der in der Praxis mitarbeitenden

- approbierten psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: _____
- nicht approbierten Psychologen: _____
- Fachärzte: _____
- Praxisassistenten: _____

3. Beschreibung/ Charakterisierung der Praktischen Tätigkeit in der Praxis

a. Wie viele Praktikumsplätze sind von der Aufsichtsbehörde (RP) zugeteilt worden?

Anzahl PT2: _____ Plätze

b. Wie hoch ist die durchschnittliche Belegung Ihrer Praktikumsplätze?

- 90-100 %
- 70-90%
- 50-70%
- < 50%

c. Anzahl der kooperierenden Ausbildungsstätten: _____

d. Wie wird die praktische Tätigkeit abgeleistet?

- Vollzeit (ca. 8 h/d)
- Teilzeit

Bei Teilzeit: welche Modelle?

- 3-Tage-Woche
- halbtags
- andere

e. Anstellungsverhältnis/beruflicher Status der Ausbildungsteilnehmer/innen?
(mehrere Antworten möglich)

- schriftlicher Praktikantenvertrag
- Anstellung als Psychologe/(Sozial)-Pädagoge
- Kombination Praktikum + Teilzeitanstellung als Psychologe/(Sozial)-Pädagoge

**Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

f. Wie wird das Praktikum vergütet (monatlich. brutto)?

- 0 €
- bis 500 €
- bis 1000 €
- bis 1500 €
- bis 2000 €
- bis 2500 €
- bis 3000 €
- > 3000 €

g. Wie erfolgt die Anleitung? (Mehrfachantworten möglich)

- individuelle Besprechungs-/Supervisionstermine
- Gruppenbesprechungen
- Teilnahme der Ausbildungsteilnehmer/innen an Fallbesprechungen
- interne Supervision
- externe Supervision

h. Haben die Ausbildungsteilnehmer/innen die Gelegenheit, innerhalb der Praktikumszeit an klinischen Fortbildungsangeboten teilzunehmen?

ja nein

i. Welche Tätigkeiten werden den Ausbildungsteilnehmern/innen zugewiesen?

- Psychodiagnostik
- Hospitation bei Diagnostik/Therapie
- Unterstützung des Pflege- und Erziehungsdienstes
- Co-Therapie (Einzeltherapie)
- Co-Therapie (Gruppentherapie)
- Fallführung/Einzeltherapie unter Supervision
- Gruppentherapie unter Supervision
- Kennenlernen biologischer Therapieformen (z.B. EKT, Lichttherapie)
- Kennenlernen medikamentöser Therapie
- Dokumentation
- Mitarbeit bei der Organisation der Praxis (z.B. Telefonkontakt, Terminvereinbarung, Abrechnung)
- Einarbeitung in die Abrechnung

- sonstige: _____

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

j. Erarbeiten sich die Ausbildungsteilnehmer/innen anhand von Fachliteratur theoretische Hintergründe zu den behandelnden Störungsbildern?

ja nein

k. Werden sie für die Teilnahme an ihrer theoretischen Ausbildung/Selbsterfahrung in ihrer Ausbildungsstätte freigestellt?

ja nein

l. Erfolgt eine Lernzielkontrolle (Kennenlernen psychiatrischer Störungsbilder und ihrer Behandlung)?

- nein
- ja, durch individuelle Beurteilung von Seiten des Praktikumsanleiters
- ja, durch formale Kriterien (z.B. Befundberichte, Therapiepläne, Verlaufsberichte etc.)

m. Welche Arbeitsbedingungen haben Ausbildungsteilnehmer/innen in Ihrer Einrichtung?

- eigener Schreibtisch
- eigener PC
- Internet
- eigenes Büro
- Mitnutzung der Arbeitsräume von angestellten Mitarbeitern

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

3. Beschreibung/ Charakterisierung der Ausbildungsteilnehmer/innen

a. Welche Basisberufe haben Ihre Ausbildungsteilnehmer/innen?

- Diplom-Psychologe
- Diplom-Pädagoge
- Lehrer
- Diplom-Sozialpädagoge (FH)
- Sozialarbeiter
- sonstige: _____

b. Kommen die Ausbildungsteilnehmer/innen bereits mit klinischen Erfahrungen (vorherige Tätigkeit in der Gesundheitsversorgung SGB V) zu Ihnen?

- nein
- ja, ca ____% der Ausbildungsteilnehmer/innen

4. Evaluation/Zufriedenheit

a. Wie schätzen Sie in der Gesamtbilanz die Belastung bzw. Entlastung Ihrer Klinik durch die Beschäftigung von Ausbildungsteilnehmer/innen nach dem PsychThG ein?

- deutliche Entlastung/Unterstützung
- leichte Entlastung/Unterstützung
- neutral, weder Belastung noch Entlastung
- leichte Belastung
- deutliche Belastung

b. Sollte Ihrer Meinung nach die Praktikantenanleitung für die Praxen vergütet werden?

ja nein

c. Welche mtl. Vergütung erscheint Ihnen für eine/n Ausbildungsteilnehmer/in (bei Vollzeitätigkeit) angemessen?

_____ €

d. Welche mtl. Praktikumsvergütung ist in Ihrer Praxis künftig voraussichtlich realisierbar?

_____ €

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
--

e. Wenn für Vollzeit-Praktikanten künftig eine Vergütung in Höhe eines vollen Akademikergehalts vorgeschrieben wäre, wie würde das Ihre Bereitschaft zur Beschäftigung von Ausbildungsteilnehmer/innen beeinflussen?

- keine Veränderung
- Verringerung der Praktikantenstellen
- wir würden keine Praktikanten mehr einstellen

f. Bitte schätzen Sie Ihre **Zufriedenheit** hinsichtlich folgender Aspekte der psychotherapeutischen Praktika ein:

	sehr zufrieden	eher zufrieden	teils/ teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Motivation der Ausbildungsteilnehmer/innen	<input type="checkbox"/>				
Ausbildungsstand zu Praktikumsbeginn	<input type="checkbox"/>				
Lernfähigkeit der Ausbildungsteilnehmer/innen	<input type="checkbox"/>				
Zusammenarbeit mit Instituten	<input type="checkbox"/>				
Zeitumfang des Praktikums	<input type="checkbox"/>				
Anleitungsaufwand	<input type="checkbox"/>				
Umgang mit Patienten	<input type="checkbox"/>				
Teamfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
insgesamt	<input type="checkbox"/>				

g. Was sollte bei einer Neuregelung der Praktika unbedingt verbessert werden?

5. Fragebogen für Ausbildungsstätten zur Praktischen Tätigkeit
nach dem PsychThG – Klinikbefragung

Fragebogen für Ausbildungsstätten zur Praktischen Tätigkeit nach dem PsychThG

- Klinikbefragung -

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. Sven Barnow
Institut für Psychologie
Hauptstr. 47-51
69117 Heidelberg
Tel.: +49 6221 547350
Fax: +49 6221 547348
E-Mail: sven.barnow@psychologie.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Elmar Brähler
Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Tel.: +49 341-9718801
Fax: +49 341-9718809
E-Mail: Elmar.Braehler@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
D-89075 Ulm
Tel.: +49 731-5 00 6 16 00/01
Fax: +49 731-5 00 6 16 02
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Dr. Steffen Fliegel
Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung
Wolbecker Str. 138
D-48155 Münster
Tel.: +49 251-60041
Fax: +49 251-666642
E-Mail: fliegel@klipsy-ms.de

Prof. Dr. Harald J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
im Hanse-Klinikum Stralsund
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund
Tel.: +49 3831-452100
Fax: +49 3831-452105
E-Mail: freyberg@uni-greifswald.de

PD Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstr. 5
D-89075 Ulm
Tel.: +49 731-50061661
Fax: +49 731-50061662
E-Mail: Lutz.Goldbeck@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber
Sigmund Freud Institut u. Universität Kassel
Mylusstr. 20
60323 Frankfurt/Main
Tel.: +49 69-9712020
Fax: +49 69-9712044
E-Mail: M.Leuzinger-Bohleber@sigmund-freud-institut.de

Prof. Dr. Bernhard Strauß, Dipl. Psych.
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena
Stoystrasse 3
07740 Jena
Tel.: +49 3641-936700
Fax: +49 3641-936546
E-Mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

PD Dr. Ulrike Willutzki
AE Klinische Psychologie und Psychotherapie
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
44780 Bochum
Tel.: +49 234-322 4915
Fax: +49 234-321 4304
E-Mail: Willutzki@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

1. Beschreibung/ Charakterisierung der Klinik

a. Fachrichtung der Klinik?

- Psychiatrie/Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- Psychosomatik/Psychotherapie
- Pädiatrie

sonstige: _____

Bitte Stempel der Institution hier einfügen:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| b. Fachklinik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Abteilung am Allgemeinkrankenhaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reha-Klinik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Universitätsklinik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| akademisches Lehrkrankenhaus | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

c. Anzahl der Betten: _____

d. Anzahl der teilstationären Behandlungsplätze: _____

e. Psychiatrische Institutsambulanz (§118 SGB V) vorhanden?
 ja nein

f. Welche Behandlungsmaßnahmen stehen im Vordergrund?

- psychiatrische Akutversorgung
- psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung
- Rehabilitation

sonstige: _____

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
--

g. Gibt es in Ihrer Klinik einen verfahrensspezifischen Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung? (Mehrfachantworten möglich)

- nein
- ja, Verhaltenstherapie
- ja, tiefenpsychologisch/analytisch
- ja, anderes Verfahren: _____

h. Gibt es störungsspezifische Schwerpunkte der Behandlung (z.B. Suchtbehandlung, Demenzerkrankungen, Essstörungen)?

- nein
- ja, und zwar: _____

i. Anzahl (Vollkräfte) der

	Anzahl
angestellten <u>approbierten</u> psychologischen Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?	
angestellten nicht approbierten Psychologen	
Oberärzte	
Fachärzte	
Assistenzärzte	

j. Sind in der Klinik Stellen für approbierte Psychologische Psychotherapeuten/KJPT ausgewiesen (als Qualifikationsmerkmal)?

- ja nein

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

2. Beschreibung/ Charakterisierung der Praktischen Tätigkeit in der Klinik

a. Welches Praktikum kann in Ihrer Klinik abgeleistet werden?

- Praktikum I (1200 h Psychiatrie)
 Praktikum II (600 h vom Sozialversicherungsträger anerk. Einrichtung)?

b. Wie viele Praktikumsplätze sind von der Aufsichtsbehörde (RP) insgesamt genehmigt worden?

Anzahl: _____ Plätze

Wie hoch ist die durchschnittliche Belegung Ihrer Praktikumsplätze?

- 90-100 %
 70-90%
 50-70%
 < 50%

c. Anzahl der kooperierenden Ausbildungsstätten? _____

d. Ist ein eigenes PT-Ausbildungsinstitut assoziiert?

- ja, unter der Trägerschaft der Klinik
 unter Trägerschaft eines Verbundes, dem die Klinik angehört
 ja, als An-Institut
 ja, durch Mitgliedschaft im Ausbildungsausschuss
 nein

falls nein, erfolgen regelmäßige Konsultationen mit den externen Instituten

- ja, mehrmals im Jahr
 ja, ca. einmal jährlich
 seltener als einmal jährlich
 nein

e. Wie wird die praktische Tätigkeit abgeleistet?

- Vollzeit (ca. 8 h/d) Teilzeit

Bei Teilzeit: welche Modelle?

- 3-Tage-Woche halbtags andere

DAUER: PT 1 : 8 10 12 Monate

PT 2: 4 5 6 Monate

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Können Praktika auch in kürzeren Einheiten absolviert werden?

Wenn JA:_Monate

f. Anstellungsverhältnis/beruflicher Status der Ausbildungsteilnehmer/innen?
(mehrere Antworten möglich)

- schriftlicher Praktikantenvertrag
- Anstellung als Psychologe/(Sozial)-Pädagoge
- Kombination Praktikum + Teilzeitanstellung als Psychologe/(Sozial)-Pädagoge

g. Werden die Ausbildungsteilnehmer/innen durch Ihre Institution ...

sozialversichert? ja nein

Berufshaftpflichtversichert? ja nein

h. Wie wird das Praktikum vergütet (monatlich. brutto)?

- 0 €
- bis 500 €
- bis 1000 €
- bis 1500 €
- bis 2000 €
- bis 2500 €
- bis 3000 €
- > 3000 €

i. Arbeiten die Ausbildungsteilnehmer/innen vorwiegend in der ...
Krankenversorgung?

- ambulanten
- stationären/teilstationären
- gemischt ambulant/(teil)-stationären

j. Wenn störungsspezifische Abteilungen/Stationen vorhanden sind, werden die
Ausbildungsteilnehmer/innen dort eingesetzt?

- nicht vorhanden
- vorhanden, Ausbildungsteilnehmer/innen werden dort auch eingesetzt
- vorhanden, Ausbildungsteilnehmer/innen werden dort nicht eingesetzt

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

- k.** Gibt es ein Rotationsverfahren (Wechsel der Ausbildungsteilnehmer/innen durch mehrere Abteilungen)?

ja nein

Wenn ja, nach wie vielen Monaten? _____ Monaten

- l.** Gibt es ein Curriculum für Ausbildungsteilnehmer/innen (systematischer Ausbildungskatalog)?

ja nein

- m.** Wer ist für die Anleitung der Ausbildungsteilnehmer/innen zuständig?
(bitte in Klammern ggf. Anteil an Anleitungsfunktion als % angeben)

- Chefarzt (___ %)
 Oberarzt (___ %)
 Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- u. Jgdlpsychotherapeuten
(___ %)
 andere Mitarbeiter: _____(___%)

- n.** Wie erfolgt die Anleitung? (Mehrfachantworten möglich)

- individuelle Besprechungs-/Supervisionstermine
 Gruppenbesprechungen
 Teilnahme der Ausbildungsteilnehmer/innen an Fallbesprechungen/Visiten
 interne Supervision
 externe Supervision

- o.** Haben die Ausbildungsteilnehmer/innen Gelegenheit, innerhalb ihrer Praktikumszeit an klinischen Fortbildungsangeboten teilzunehmen?

ja nein

- p.** Welche Tätigkeiten werden den Ausbildungsteilnehmern/innen zugewiesen?

- Psychodiagnostik
 Hospitation bei Diagnostik/Therapie
 Unterstützung des Pflege- und Erziehungsdienstes
 Co-Therapie (Einzeltherapie)
 Co-Therapie (Gruppentherapie)
 Fallführung/Einzeltherapie unter Supervision
 Gruppentherapie unter Supervision
 Kennenlernen biologischer Therapieformen (z.B. EKT, Lichttherapie)
 Kennenlernen medikamentöser Therapie
 Dokumentation

 sonstige: _____

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

- q.** Erarbeiten sich die Ausbildungsteilnehmer/innen anhand von Fachliteratur theoretische Hintergründe zu den behandelnden Störungsbildern (angeleitet/in der Klinik)?
- ja nein
- r.** Werden sie für die Teilnahme an ihrer theoretischen Ausbildung/Selbsterfahrung in der Ausbildungsstätte freigestellt?
- ja nein
- s.** Erfolgt eine Lernzielkontrolle (Kennenlernen psychiatrischer Störungsbilder und ihrer Behandlung)?
- nein
 - ja, durch individuelle Beurteilung von Seiten des Praktikumsanleiters
 - ja, durch formale Kriterien (z.B. Befundberichte, Therapiepläne, Verlaufsberichte etc.)
- t.** Welche Arbeitsbedingungen haben Ausbildungsteilnehmer/innen in Ihrer Einrichtung?
- eigener Schreibtisch
 - eigener PC
 - Internet
 - eigenes Büro
 - Mitnutzung der Arbeitsräume von angestellten Mitarbeitern

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

3. Beschreibung/ Charakterisierung der Ausbildungsteilnehmer/innen

a. Welche Basisberufe haben Ihre Ausbildungsteilnehmer/innen?

- Diplom-Psychologe
- Diplom-Pädagoge
- Lehrer
- Diplom-Sozialpädagoge (FH)
- Sozialarbeiter
- sonstige: _____

b. In welcher Ausbildungsphase wird das Praktikum hauptsächlich durchgeführt?

- während der Theorieausbildung
- begleitend zur praktischen Ausbildung (Behandlungsfälle)

c. Kommen die Ausbildungsteilnehmer/innen bereits mit klinischen Erfahrungen (vorherige Tätigkeit in der Gesundheitsversorgung SGB V) zu Ihnen?

- nein
- ja, ca ____% der Ausbildungsteilnehmer/innen

4. Evaluation/Zufriedenheit

a. Wie schätzen Sie in der Gesamtbilanz die Belastung bzw. Entlastung Ihrer Klinik durch die Beschäftigung von Ausbildungsteilnehmer/innen nach dem PsychThG ein?

- deutliche Entlastung/Unterstützung
- leichte Entlastung/Unterstützung
- neutral, weder Belastung noch Entlastung
- leichte Belastung
- deutliche Belastung

b. Sollte Ihrer Meinung nach die Praktikantenanleitung für die Kliniken vergütet werden?

ja nein

c. Welche mtl. Vergütung erscheint Ihnen für eine/n Ausbildungsteilnehmer/in (bei Vollzeitätigkeit) angemessen?

_____ €

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

- d. Welche mtl. Praktikumsvergütung ist in Ihrer Einrichtung künftig voraussichtlich realisierbar? _____ €
- e. Wenn für Vollzeit-Praktikanten künftig eine Vergütung in Höhe eines vollen Akademikergehalts vorgeschrieben wäre, wie würde das Ihre Bereitschaft zur Beschäftigung von Ausbildungsteilnehmer/innen beeinflussen?
- keine Veränderung
 Verringerung der Praktikantenstellen
 wir würden keine Praktikanten mehr einstellen
- f. Wenn für Praktikanten künftig eine Vergütung etwa in Höhe einer früheren AiP-Stelle (ca. 1.000,- € mtl.) vorgeschrieben wäre, wie würde das Ihre Bereitschaft zur Beschäftigung von Praktikanten beeinflussen?
- keine Veränderung
 Verringerung der Praktikantenstellen
 wir würden keine Praktikanten mehr einstellen
- g. Würden Sie bisherige Arzt- oder Psychologenstellen der Regelversorgung in Praktikantenstellen (mit voller oder teilweiser Vergütung) umwandeln, falls eine Bezahlung von Praktikanten obligatorisch würde? ja nein
- h. Entlasten Praktikanten personelle Engpässe in Ihrer Klinik, d.h. übernehmen sie einen Anteil der Regelversorgung? ja nein
- i. Sehen Sie in Ihrer Klinik künftig einen vermehrten Bedarf für die Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeuten?
 ja nein
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?
 ja nein
- j. Werden die Psychologischen Psychotherapeuten/KJPT Ihrer Meinung nach für eine künftige Tätigkeit in Kliniken angemessen ausgebildet?
- | | |
|---|---|
| die PP: | die KJPT: |
| <input type="checkbox"/> nein, viel zuwenig | <input type="checkbox"/> nein, viel zuwenig |
| <input type="checkbox"/> ja, teilweise | <input type="checkbox"/> ja, teilweise |
| <input type="checkbox"/> ja, genau richtig | <input type="checkbox"/> ja, genau richtig |

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
--

k. Bitte schätzen Sie Ihre **Zufriedenheit** hinsichtlich folgender Aspekte der psychotherapeutischen Praktika ein:

	sehr zufrieden	eher	teils/ teils	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Motivation der PraktikantInnen	<input type="checkbox"/>				
Ausbildungsstand zu Praktikumsbeginn	<input type="checkbox"/>				
Lernfähigkeit der PraktikantInnen	<input type="checkbox"/>				
Zusammenarbeit mit Instituten	<input type="checkbox"/>				
Zeitumfang des Praktikums	<input type="checkbox"/>				
Anleitungsaufwand	<input type="checkbox"/>				
Umgang mit Patienten	<input type="checkbox"/>				
Teamarbeit	<input type="checkbox"/>				
insgesamt	<input type="checkbox"/>				

l. Was sollte bei einer Neuregelung der Praktika unbedingt verbessert werden?

6. Fragebogen für aktuelle AusbildungsteilnehmerInnen

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fragebogen für Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer an einer psychotherapeutischen Ausbildung,

Befragung per Internet

Obwohl Sie einen Fragebogen in Papierform angefordert haben, können sie sich alternativ an dieser Befragung im Internet beteiligen. Bitte nutzen Sie dazu unsere Internetseite und als Login den Code Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 30 Minuten und kann jederzeit unterbrochen und zwischengespeichert werden.

Für **Ihre Rückfragen** stehen wir Ihnen gern zur Verfügung:

Dr. Astrid Sonntag und Dr. Heide Glaesmer

Universität Leipzig

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Philipp-Rosenthal-Str. 55

04103 Leipzig

Email: forschungsgutachten@medizin.uni-leipzig.de

Telefon: 0341 - 97 188 07

Fax 0341 - 97 188 09

Informationen zum Fragebogen

Unserer **Arbeitsgruppe** wurde vom Bundesministerium für Gesundheit das Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie übergeben. Es soll die Qualität der Ausbildung analysieren sowie Empfehlungen zur möglichen Neu- bzw. Umgestaltung erarbeiten. Weitere Informationen zum Gutachten erhalten Sie unter <http://www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/index.html>.

Zur Arbeitsgruppe gehören: Prof. Dr. Sven Barnow (Universität Heidelberg), Prof. Dr. Elmar Brähler (Universitätsklinikum Leipzig), Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm), Dr. Steffen Fliegel (Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung Münster), Prof. Dr. Harald J. Freyberger (Universität Greifswald/Hanse-Klinikum Stralsund), Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck (Universitätsklinikum Ulm), Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber (Sigmund Freud Institut Frankfurt/Universität Kassel), Prof. Dr. Bernhard Strauß als Projektleiter (Universitätsklinikum Jena) und Prof. Dr. Ulrike Willutzki (Universität Bochum).

Der hier vorliegende Fragebogen wird allen AusbildungsteilnehmerInnen zugeschickt, um die Ausbildung aus ihrer Sicht zu bewerten. Bitte nutzen Sie diese Möglichkeit zur Rückmeldung über die Ausbildungssituation und bringen Sie sich damit in den Gutachtenprozess ein.

Alle Informationen, die Sie zur Verfügung stellen, werden streng vertraulich behandelt (so z.B. keinesfalls an Ihr Ausbildungsinstitut oder andere Behörden weiter gegeben), so dass zu keinem Zeitpunkt ein Rückschluss auf Ihre Person oder auf ihr Ausbildungsinstitut möglich ist. Die Speicherung und Auswertung der Daten wird anonym erfolgen.

Bitte beantworten Sie den Fragebogen immer bezüglich Ihrer aktuell laufenden Psychotherapieausbildung. Sollten ihnen wichtige Aspekte im Fragebogen fehlen oder zu kurz kommen, haben sie am Ende des Fragebogens Gelegenheit ergänzende Bemerkungen zu machen.

VIELEN DANK im Voraus für Ihre Beteiligung und die Unterstützung der Befragung!

Bitte senden Sie Fragebogen in dem beigefügten Rückumschlag an:

Universitätsklinikum Leipzig

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Dr. Astrid Sonntag

Philipp-Rosenthal-Str. 55

04103 Leipzig

Allgemeine Angaben

1. Datum von heute Monat __ Jahr ____

Persönliche Angaben

2. Alter __ Jahre

3. Geschlecht männlich
 weiblich

4. Familienstand ledig
 verheiratet
 verheiratet, getrennt lebend
 verwitwet, geschieden

5. Leben Sie in einer festen Partnerschaft? ja
 nein

6. Leben in Ihrem Haushalt Kinder (essen und schlafen hier)? ja
 nein → weiter mit Frage 8

7. Wie viele davon sind?

	Anzahl
Personen unter 3 Jahren	
Personen von 3-5 Jahren	
Personen von 6-13 Jahren	
Personen von 14-17 Jahren	
Personen ab 18 Jahren	

Berufliche Entwicklung

8. Studienrichtung / Studienabschluss (bitte in der Tabelle ankreuzen):

	Bachelor	Master	Diplom	Diplom (FH)	Magister	Staatsexamen
Psychologie						
Pädagogik						
Lehramt						
Sozialpädagogik						
Sozialarbeit						
Sonderpädagogik						
Heilpädagogik						
Musiktherapie						
Kunsttherapie						
Sonstiges -----						

9. Prüfung im Nebenfach Psychologie abgeschlossen ja
 nein
 nicht zutreffend

10. Abschluss des ausbildungsrelevanten Studiums: Monat __ Jahr ____

11. Ich habe bereits vor Ausbildungsbeginn Erfahrung in Psychotherapie gesammelt (Mehrfachnennung möglich)

- nein
- Praktikum
- andere Therapieausbildung
- Berufsausbildung
- Berufstätigkeit
- Weiterbildung
- eigene Therapie
- Sonstiges: (bitte nennen).....

12. Ich habe Erfahrungen in der Arbeit mit

- Gruppen (als LeiterIn)
- Kindern
- Erwachsenen

Aktuelle Psychotherapieausbildung

13. Beginn der Ausbildung Monat __ Jahr _ _ _ _

14. Richtung

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- Psychoanalyse (PA)
- verklammerte Ausbildung (TP/PA)
- Gesprächspsychotherapie

15. Bereich

- Kinder- und Jugendliche (KJP)
- Erwachsene (PP)
- Bereich PP abgeschlossen, derzeit Erwerb KJP-Fachkunde
- Bereich KJP abgeschlossen, derzeit Erwerb PP-Fachkunde

16. Gründe für die Wahl dieses Ausbildungsganges (Mehrfachnennung möglich)

- inhaltliche
- Kosten der Ausbildung
- Approbation möglich
- Sonstige (bitte nennen).....

Ausbildungsteile

Bewertung der Ausbildungsteile

17. Wie **nützlich / hilfreich** sind ihrer Meinung nach die folgenden Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz?

	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr
Theorie					
Einzelselbsterfahrung					
Gruppenselbsterfahrung					
Praktische Tätigkeit I „Psychiatriepraktikum“ (1200 Std.)					
Praktische Tätigkeit II (600 Std.)					
Praktische Ausbildung (eigene Therapietätigkeit)					
Einzelsupervision					
Gruppensupervision					
Angebote im Rahmen der „Freien Spitze“					
Prüfungsvorbereitung					
Arbeit in „Kleingruppen“ von Ausbildungsteilnehmern					

18. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Angeboten in ihrer Ausbildung?						
	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr	noch nicht absolviert
Theorie						
Einzelselfsterfahrung						
Gruppenselfsterfahrung						
„Psychiatriepraktikum“ (1200 Std., PT I)						
Praktische Tätigkeit II (600 Std.)						
Praktische Ausbildung (eigene Therapietätigk.)						
Einzel-supervision						
Gruppensupervision						
Angebote im Rahmen der „Freien Spitze“						
Prüfungsvorbereitung						
Arbeit in „Kleingruppen“ von Ausb.teilnehmern						

Veränderung der Ausbildung				
19. Wenn sich die Ausrichtung der theoretischen Ausbildung ändern würde, wünschte ich,				
dass in der theoretischen Ausbildung der Anteil ...	reduziert wird	so bleibt	erhöht wird	weiß nicht
Falldarstellungen				
Behandlungstechniken				
störungsspezifisches Wissen				
verfahrenübergreifendes Wissen				
Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren				
Grundkenntnisse anderer Psychotherapieverfahren				
Basisvariablen therapeutischen Handelns				
medizinische Inhalte				
Lehrtätigkeit von Praktikern				
Prüfungsvorbereitung (Repetitorien, Kolloquium)				
Berufsethik, Berufsrecht, Psychotherapierichtlinien				

20. Halten Sie die verfahrensorientierte Ausbildung (d.h. die Festlegung auf eine Verfahrensrichtung innerhalb der Ausbildung, z.B. Verhaltenstherapie) für sinnvoll?

ja
 nein

21. Sollten Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Möglichkeit erhalten, durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen?

ja
 nein

22. Würden Sie persönlich diese Art der Kompetenzerweiterung anstreben?

ja
 nein

23. Sollten ambulant tätige Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen die Erlaubnis bekommen, Patienten ohne Konsultation von Ärzten in stationäre psychotherapeutische Bereiche einweisen zu dürfen?

ja
 nein

24. Würden Sie persönlich diese Art der Kompetenzerweiterung anstreben?

ja
 nein

Praktische Tätigkeiten

Praktische Tätigkeit I (1200 Std.) „Psychiatriejahr“

25. Ich habe die Praktische Tätigkeit I begonnen / absolviert

- ja
 - nein, weil (Mehrfachantworten möglich)
 - ich ein anderes Arbeitsverhältnis nicht beeinträchtigen will
 - ich keine Arbeitsstelle dafür gefunden habe
 - aus finanziellen Gründen
 - aus anderen Gründen
- falls nein → weiter mit „Praktische Tätigkeit II“

26. Ich wurde in der betreffenden Einrichtung eingearbeitet

- Ja, ungefähr __ Wochen lang
- Nein

27. Ich werde/ wurde während der Praktischen Tätigkeit I überwiegend angeleitet

- ja
- nein → weiter mit Frage 29

28. Ich werde/ wurde während der Praktischen Tätigkeit I hauptsächlich von Kollegen/innen folgender Qualifikationen angeleitet:

- Psychologische PT/ KJP meiner Vertiefungsrichtung
- Psychologische PT/ KJP anderer kassenärztlich anerkannter Verfahren
- Ärztin/Arzt mit PT-ausbildung meiner Vertiefungsrichtung
- Ärztin/Arzt mit PT-ausbildung anderer kassenärztlich anerkannter Verfahren
- Diplompsychologen/innen / Ärzte/innen mit Psychotherapieausbildung in.....

29. Ich übernehme/habe während der Praktischen Tätigkeit I („Psychiatriejahr“) eigene Arbeitsbereiche übernommen

- ja, mit fachlicher Anleitung
- ja, ohne fachliche Anleitung
- nein

30. Die Praktische Tätigkeit I ist meiner Ansicht nach

- zu kurz
- vom Umfang her angemessen
- zu lang

Anmerkung: Am Ende der Befragung haben Sie Gelegenheit in einem ausführlichen Fragebogen detaillierte Informationen zur Praktischen Tätigkeit I zu geben.

Praktische Tätigkeit II (600 Std.)

Ausbildungsteil noch nicht begonnen

31. Ich werde/ wurde in der betreffenden Einrichtung eingearbeitet

- Ja, ungefähr __ Wochen lang
- Nein

32. Ich werde/ wurde während der Praktischen Tätigkeit II überwiegend angeleitet

- ja
- nein → weiter mit Frage 34

33. Ich werde/ wurde während der Praktischen Tätigkeit II hauptsächlich von Kollegen/innen folgender Qualifikationen angeleitet:
- Psychologische PT/ KJP meiner Vertiefungsrichtung
 - Psychologische PT/ KJP anderer kassenärztlich anerkannter Verfahren
 - Ärztin/Arzt mit PT-ausbildung meiner Vertiefungsrichtung
 - Ärztin/Arzt mit PT-ausbildung anderer kassenärztlich anerkannter Verfahren
 - Diplompsychologen/innen / Ärzte/innen mit Psychotherapieausbildung in.....
34. Ich übernehme/ habe während der Praktischen Tätigkeit II eigene Arbeitsbereiche übernommen
- ja, mit fachlicher Anleitung
 - ja, ohne fachliche Anleitung
 - nein

Praktische Ausbildung (eigene Therapietätigkeit) Ausbildungsteil noch nicht begonnen

35. Wann haben Sie ihre praktische Ausbildung begonnen/ die Behandlungserlaubnis erhalten? (Mehrfachantworten möglich)
- es gab keine Vorschriften für den Start, Beginn war jederzeit möglich
 - nach einer institutsinternen Zwischenprüfung
 - nachdem __ Stunden Theorie erbracht wurden
 - nachdem __ Stunden praktische Tätigkeit I (Psychiatriejahr) erbracht wurden
 - nachdem __ Stunden praktische Tätigkeit II erbracht wurden
 - nachdem __ Stunden Selbsterfahrung erbracht wurden
 - nach der Genehmigung von Falldokumentationen aus praktischer Tätigkeit
 - nach der Genehmigung von Anamnesen aus praktischer Tätigkeit
 - nach genau der Hälfte der Ausbildungsstunden (2100 Std.)
 - nach der Hälfte der Ausbildungszeit (z.B. 1,5 oder 2,5 Jahre)
36. Der Beginn der praktischen Ausbildung ist bezüglich meiner damaligen Kompetenz
- zu zeitig im Ausbildungsverlauf
 - zeitlich angemessen
 - zu spät im Ausbildungsverlauf
37. Wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung in der Ausbildungsstätte vor Ort?
(bitte ankreuzen)
- | | | | | |
|----------------|------------|-------------|---------------|-----------|
| 1
gar nicht | 2
etwas | 3
mittel | 4
ziemlich | 5
sehr |
| | | | | |

„Freie Spitze“ Ausbildungsteil noch nicht begonnen → weiter mit Frage 39

38. Welche Inhalte werden Ihnen zur Erfüllung der sogenannten „Freien Spitze“ angerechnet? (Mehrfachantworten möglich)
- Teilnahme an institutsinternen Seminaren (z.B. Überschuss an Theorieseminaren)
 - institutsexterne Weiterbildungen
 - Kongressbesuche
 - eigene Dozenten- und Kursleitungstätigkeit
 - Arbeit in Kleingruppen
 - Literaturstudium
 - mehr Behandlungsstunden (praktische Ausbildung)
 - mehr Supervision
 - mehr Selbsterfahrung
 - Sonstiges (bitte nennen)....

Studium und Ausbildung

Studium vor der Ausbildung

39. Wenn Sie an Ihr Studium zurück denken, wie sind Sie über einzelne psychotherapeutische Verfahren informiert und wozu hätten Sie sich mehr / weniger Information gewünscht?

	ich bin darüber ...informiert				ich hätte mir dazu...gewünscht		
	gar nicht	dem Begriff nach	zum Teil	genau	weniger	genauso viel	mehr
Psychoanalyse							
Tiefenpsychologisch fundierte PT							
Verhaltenstherapie							
Gesprächspsychotherapie							
Systemische (Familien-) Therapie							
Andere							

Bezug zwischen Studium und Ausbildung

40. Wenn Sie an den theoretischen Teil der Ausbildung und ihr Studium denken, sind für Sie die folgenden Inhalte vergleichsweise neu oder eher Wiederholung?

in der Ausbildung sind die Themen, Inhalte	neu	Wiederholung		weiß nicht
		hilfreich	überflüssig	
Grundlagen der Psychotherapie				
Konzepte über psychische Krankheiten				
Diagnostik				
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter				
Paarbeziehungen				
Gruppenpsychotherapiekonzepte- und methoden				
Prävention				
Rehabilitation				
Medizinische Grundkenntnisse				
Methoden von Psychotherapieverfahren				
Dokumentation, Evaluation von Behandlungsverläufen				
Berufsethik, Berufsrecht				

41. Falls Sie Psychologie (Diplom) studiert haben: nicht Psychologie studiert
 → weiter mit Frage 42
 Wie **nützlich / relevant** schätzen Sie folgende Studieninhalte für die Ausbildung ein?

	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr	nicht beant- wortbar
Studium insgesamt						
Grundstudium (1. Studienabschnitt) bzw. Bachelor						
Hauptstudium (2. Studienabschnitt) bzw. Master						
Methodenlehre						
Allgemeine Psychologie						
Sozialpsychologie						
Entwicklungspsychologie						
Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie						
Biologische Psychologie						
Neuropsychologie						
Klinische Psychologie						
Intervention und Evaluation						

Wie nützlich / relevant schätzen Sie folgende Studieninhalte für die Ausbildung ein?						
	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr	nicht beant- wortbar
Diagnostik						
Forschungspraktika / Experimentelle Praktika						
Berufspraktika						
Schriftliche Arbeiten (z.B. Diplom- o. Masterarbeit)						
Tutorienunterstützte Seminare						
Seminare mit Übungselementen, wie Rollenspiele						
Sonstige (bitte nennen).....						

Organisation der Ausbildung

Dauer

42. Ausbildungsmodell

- Vollzeitausbildung (3 Jahre)
- Teilzeitausbildung (5 Jahre)

43. Gründe für die Wahl des Voll-/ Teilzeitmodells (Mehrfachnennung möglich)

- familiäre
- finanzielle
- andere berufliche Tätigkeit
- Ausbildungsablauf
- Sonstige: (bitte nennen).....

44. Ich werde die Ausbildung und Prüfung voraussichtlich in der vorgesehenen Zeit abschließen

- ja → weiter mit Frage 47
- es wird länger als 3 bzw. 5 Jahre dauern
- ich denke konkret über einen Ausbildungsabbruch nach
- nicht einschätzbar

45. Falls Ihre Ausbildung voraussichtlich nicht in 3 bzw. 5 Jahren abgeschlossen wird, welche Gründe gibt es dafür? (Mehrfachnennungen möglich)

- Finanzierung der Ausbildung und des Lebensunterhaltes
- Umzug
- Schwangerschaft / Kinder
- andere berufliche Verpflichtungen
- institutsbedingte Schwierigkeiten (bitte nennen)
- Schwierigkeiten mit Ausbildungsstruktur und Ablauf
- gesundheitliche Gründe
- persönliche Gründe
- Sonstige (bitte nennen).....

46. Welche Ausbildungsteile (bzw. Teile davon) fehlen Ihnen zum Abschluss der Ausbildung?

- Praktische Ausbildung eigene Behandlungsfälle noch nicht begonnen
 eigene Behandlungsfälle bereits begonnen
- Praktische Tätigkeit I und/ oder II
- Theoriebausteine
- Selbsterfahrung
- ausschließlich die Prüfung
- Sonstiges (bitte nennen).....

47. Würden Sie die Ausbildung gern unterbrechen/ für eine Zeit aussetzen?

- nein
- ja, für mindestens __ Monate
- ich habe die Ausbildung „inoffiziell“ schon unterbrochen (für __ Monate)

48. Haben Sie die schriftliche Prüfung schon absolviert?

- ja
- nein

Wechsel

49. Ein **Wechsel des Ausbildungsinstitutes** ist

- nicht gewünscht, nicht relevant für mich
- erfolgt
- geplant / gewünscht
- trotz meines Wunsches nicht erfolgt
- derzeit nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell unterstützt werden

50. Falls ein Wechsel des Institutes erfolgt / geplant / gewünscht ist:

Sehen /hatten Sie dabei Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- fehlende Anrechnung von bereits absolvierten Ausbildungsteilen
- finanzielle Mehrbelastung
- sonstige: (bitte nennen).....

51. Ein **Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen** ist

- nicht gewünscht
- erfolgt
- geplant / gewünscht
- trotz meines Wunsches nicht erfolgt
- derzeit nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell ermöglicht werden

52. Falls ein Wechsel der Verfahrensrichtung erfolgt / geplant / gewünscht ist:

Sehen /hatten Sie dabei Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- fehlende Anrechnung von bereits absolvierten Ausbildungsteilen
- finanzielle Mehrbelastung
- sonstige: (bitte nennen).....

Finanzierung

53. Wovon finanzieren Sie die Ausbildung und Ihren Lebensunterhalt?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Kredit
- Unterstützung durch (Ehe-)Partner/in
- Unterstützung durch Eltern
- Vergütung aus ausbildungsbezogener Tätigkeit
- finanzielle Mittel aus anderer Tätigkeit
- Ersparnisse
- BAföG
- Sonstiges (bitte nennen)

54. Was kostet Ihre Ausbildung schätzungsweise insgesamt

(ohne Fahrt- u. Unterkunftskosten)?

(bitte eintragen) €

55. Was zahlt Ihnen die Einrichtung, in der Sie die praktische Tätigkeit ausüben, als monatliche Vergütung? (bitte eintragen)
- Praktische Tätigkeit I€ mtl. Vergütung (Ausbildungsteil noch nicht begonnen)
Praktische Tätigkeit II€ mtl. Vergütung (Ausbildungsteil noch nicht begonnen)

56. Für die eigene Praktische Ausbildung erhalte ich durchschnittlich
__ € pro Behandlungsstunde (Ausbildungsteil noch nicht begonnen)

57. Wie viele der mindestens 600 selbständig durchgeführten Behandlungsstunden werden entsprechen bezahlt?
- genau 600 Therapiestunden
 - weniger als 600 Therapiestunden, insgesamt __ __ Therapiestunden
 - mehr als 600 Therapiestunden, insgesamt __ __ Therapiestunden

derzeitiges Einkommen

58. Wie hoch ist insgesamt Ihr monatliches Nettoeinkommen in Bezug auf alle Einkünfte? (bitte ankreuzen)

- bis unter 500 EUR
- 500 bis unter 650 EUR
- 650 bis unter 750 EUR
- 750 bis unter 900 EUR
- 900 bis unter 1.000 EUR
- 1.000 bis unter 1.150 EUR
- 1.150 bis unter 1.250 EUR
- 1.250 bis unter 1.500 EUR
- 1.500 bis unter 2.000 EUR
- 2.000 bis unter 2.500 EUR
- 2.500 bis unter 3.500 EUR
- 3.500 bis unter 5.000 EUR
- 5.000 EUR und mehr

Situation am Ausbildungsinstitut

59. Wie fand das Auswahlverfahren/ die Aufnahme in die Ausbildung statt?
(Mehrfachantworten möglich)

- Anmeldung mit Bewerbungsunterlagen
- Erstgespräch
- Eignungstest
- Informationsveranstaltung
- Orientierungsseminar
- Zulassungsseminar

60. Können Sie SelbsterfahrungsleiterInnen und SupervisorInnen auswählen?

- beide
- nur SelbsterfahrungsleiterInnen
- nur SupervisorInnen
- kann nicht auswählen, wird zugewiesen

61. Wie zufrieden sind Sie an Ihrem Institut mit...					
	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr
der Organisation					
der Betreuung					
der Atmosphäre					
der Integration/ Reflexion aller Ausbildungsteile					
dem „Preis –Leistungsverhältnis“ des Angebotes					
der Ausstattung					
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)					
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern					
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen					

Evaluation der Ausbildung			
	62. In Bezug auf welche Ausbildungsbausteine wurde Ihnen die Gelegenheit zu einer Rückmeldung über deren Qualität gegeben? (bitte ankreuzen)	63. Hatten Sie den Eindruck, dass Ihre Rückmeldung ernst genommen wurde, bzw. zu Veränderungen führte?	
		Ja	Nein
Theorie			
Einzelselbsterfahrung			
Gruppenselbsterfahrung			
Praktische Tätigkeit I			
Praktische Tätigkeit II			
Praktische Ausbildung			
Einzelsupervision			
Gruppensupervision			
„Freie Spitze“			

Ausbildung insgesamt
64. Was auf jeden Fall so bleiben sollte im Rahmen der Ausbildung:

65. Was **mich stört** an der Ausbildung:

66. Ich habe folgende **Verbesserungsvorschläge** zur Ausbildung:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen zur Praktischen Tätigkeit I („Psychiatriejahr“)

Ausbildungsteil noch nicht begonnen → Ende

Sehr geehrte Ausbildungsteilnehmerin und Ausbildungsteilnehmer,
besonders das „Psychiatriejahr“ ist derzeit Anlass intensiver Diskussionen. Daher bitten wir
Sie noch weitere detaillierte Angaben zu ihrer Praktischen Tätigkeit I zu machen und
abschließend folgenden Fragebogen zu beantworten. Vielen Dank!

Rahmenbedingungen der Praktischen Tätigkeit I

67. Dauer der Praktischen Tätigkeit I: Beginn Monat __ Jahr ____
Ende Monat __ Jahr ____

68. Ø vereinbarte Arbeitsstunden pro Woche: ____ h

69. Ø geleistete Überstunden pro Woche: ____ h

70. Ø Vor- & Nachbereitung zusätzlich zu Überstd. (Literatur, Dokumentation etc.): ____ h

71. Ø tatsächlich anerkannte Gesamtstunden pro Woche: ____ h

72. Werden die nicht anerkannten zusätzlich geleisteten Stunden finanziell oder per
Freizeitausgleich angemessen entlohnt?

- Ja
 Nein

73. Werden Teile Ihrer vorherigen Berufstätigkeit anerkannt?

- Ja, im Umfang von ____ h gesamt
 Nein, trotz vergleichbarer Berufserfahrung
 Nein, aber ich habe auch keine vergleichbare Berufserfahrung

74. Hatten Sie vor Beginn der praktischen Tätigkeit I ein festes Arbeitsverhältnis?

- Ja, Umfang von __ h / Woche
 Nein

75. Haben Sie dieses Arbeitsverhältnis für die praktische Tätigkeit I geändert?

- Ja, ich habe die Stelle reduziert um ____ h / Woche
 Ja, ich habe mich beurlauben lassen
 Ja, ich habe gekündigt
 Nein
 sonstiges

Finanzielle Bedingungen während der Praktischen Tätigkeit I

76. Müssen Sie für die praktische Tätigkeit I eine Gebühr an die Einrichtung entrichten?

- Ja, in Höhe von € ____ insgesamt.
 Nein

77. Wie finanzieren Sie sich während der Praktischen Tätigkeit I?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Kredit
 familiäre Unterstützung
 Ersparnisse
 Erwerbstätigkeit im Umfang von ____ h / Woche
 sonstiges: _____

78. Besteht ein Praktikums- / Arbeitsvertrag zwischen Ihnen und der Einrichtung?

- Ja
- Nein

79. Werden Sie durch die Einrichtung sozialversichert?

- Ja
- Nein
- nicht bekannt

80. Werden Sie durch die Einrichtung berufshaftpflichtversichert?

- Ja
- Nein
- nicht bekannt

Inhalte der Praktischen Tätigkeit I

83. Es gibt die Möglichkeit, (bei) Einzelpsychotherapien... (Mehrfachnennungen möglich)

- selbständig durchzuführen
- als Co-Therapeut mitzuarbeiten
- zu hospitieren

84. Es gibt die Möglichkeit, (bei) Gruppenpsychotherapien... (Mehrfachnennungen möglich)

- selbständig durchzuführen
- als Co-Therapeut mitzuarbeiten
- zu hospitieren

85. Wie erfolgt die Supervision ?

- Einzelsupervision durch Betreuer
- Externe SV im Team
- Teambesprechungen
- Fallvorstellungen im Team
- OA oder Visite durch leitenden Psychologen
- keine

86. Wie **zufrieden** sind Sie mit der Supervision? (bitte ankreuzen)

1	2	3	4	5
gar nicht	etwas	mittel	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>				

87. Wie häufig finden Team-Supervisionen statt?

- gar nicht
- wöchentlich
- 14-tägig
- monatlich
- seltener
- unregelmäßig

88. Werden diese Supervisionen von externen SupervisorInnen durchgeführt?

- Ja
- Nein

89. Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen hinsichtlich ihrer Gültigkeit ein.						
	1 gar nicht	2 wenig	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr	nicht beant- wortbar
Das Aufgabenniveau ist meinem Erfahrungs- und Kenntnisstand angemessen						
Bei Fragen/Schwierigkeiten steht mir zeitnah ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung						
Im Allgemeinen fühle ich mich fachlich ausreichend unterstützt.						
Ich fühle mich streckenweise überfordert.						
Ich habe hinreichend Verantwortung und Selbstständigkeit.						
Ich ersetze durch meine Tätigkeit praktisch eine Vollkraft (bzw. Teilzeitkraft bei reduzierter Stundenzahl)						
Ich habe hinsichtlich der Diagnosestellung hinzugelernt						
Ich habe von den <i>Psych. PT/KJP meiner</i> Fachrichtung viel dazu gelernt						
Ich habe von den ärztlichen PT meiner Fachrichtung viel dazu gelernt						
Ich habe von anderen PT viel dazu gelernt.						
Während der praktischen Tätigkeit habe ich inhaltlich für meine Ausbildung viel Neues gelernt.						
Meine Arbeit wird von den Fachkollegen/-innen anerkannt.						
Die finanziellen Bedingungen sind für mich existenziell bedrohlich.						
Die geringe Bezahlung belastet meine Arbeitsmotivation.						
Ich empfehle die Einrichtung anderen Ausbildungskandidaten/-innen.						
Ich bin mit der Einrichtung insgesamt zufrieden.						

90. Welcher Begriff würde Ihre Tätigkeit während des „Psychiatriejahres“ am besten beschreiben?

- Psychotherapeut(in) / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in) im Praktikum
- Psychotherapeut(in) / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in) in der Ausbildung
- Psychotherapeut(in) / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in) in klinischer Ausbildung
- Diplom Psychologe(in); Dipl.-/Sozialpädagoge(in)/Sozialarbeiter(in) im Praxisjahr
- Sonstiges (bitte nennen):.....

91. Folgendes ist mir noch wichtig bei der Beurteilung der praktischen Tätigkeit I:

Vielen Dank nochmals für Ihre Mitarbeit!

7. Fragebogen für Lehrkräfte (für theoretischen Unterricht,
Selbsterfahrung, Supervision und Prüfung)

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fragebogen für Lehrkräfte

(für theoretischen Unterricht, Selbsterfahrung, Supervision und Prüfung)

an den Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapie und /oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im Zusammenhang mit einem Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, das unsere Arbeitsgruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt, nehmen wir eine Bestandsaufnahme und Evaluation der aktuellen Ausbildung vor. Auf deren Basis sind wir von staatlicher Seite aufgefordert, Empfehlungen für eine mögliche Neu- bzw. Umstrukturierung unterschiedlicher Ausbildungsaspekte vorzuschlagen.

Im Rahmen dieses Gutachtenauftrages möchten wir Sie zu **Ihren Erfahrungen in der Ausbildung der zukünftigen PsychotherapeutInnen** befragen und bitten Sie um Ihre Mitarbeit für eine zukunftsfähige Gestaltung der psychotherapeutischen Ausbildung.

Falls Sie mehr über unseren Gutachtenauftrag wissen möchten, können Sie sich auf unserer Homepage (<http://www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/index.html>) informieren.

In der Annahme, dass die meisten Lehrkräfte in Ausbildungsstätten in vielfacher Funktion tätig sind, haben wir den nachfolgenden Fragebogen in Module unterteilt für die Bereiche Dozententätigkeit, Supervision, Selbsterfahrung bzw. Prüfertätigkeit. **Bitte füllen Sie jeweils die Teile aus, die für Ihre Tätigkeiten in einem oder mehreren Ausbildungsstätten zutreffen.**

Wir sichern Ihnen zu, dass wir alle Informationen, die Sie uns zur Verfügung stellen, **streng vertraulich** behandeln werden. Sie werden keinesfalls an die Ausbildungsinstitute oder Behörden weitergegeben. Zu keinem Zeitpunkt wird ein Rückschluss auf Ihre Person oder Ihr Institut erfolgen. Die Speicherung und Auswertung der Daten erfolgt zweckgebunden für die Gutachtenerstellung und anonym.

Sollten Sie **an mehreren Ausbildungsstätten tätig** sein und den Fragebogen evtl. mehrmals erhalten, füllen Sie bitte den Fragebogen **nur einmal** für alle von Ihnen ausgeübten Funktionen aus. Bei Fragen zur Beurteilung einer Ausbildungsstätte beantworten Sie die Fragen bitte **für die Ausbildungsstätte, für die sie überwiegend tätig sind.**

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Dipl.-Psych. S. Kohl
Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Stoysstr. 3
07740 Jena
Telefon 03641-935490
E-Mail forschungsgutachten@med.uni-jena.de

Ihre Tätigkeiten im Rahmen der Ausbildung PP/KJP

In den letzten drei Jahren habe ich mindestens eine der folgenden Funktionen ausgeübt:

- DozentIn (Do)
- SupervisorIn (Su)
- SelbsterfahrungsleiterIn (SE)
- PrüferIn (Pr)

Zurzeit bin ich an einer oder mehreren Ausbildungsstätte(n) gemäß PsychThG tätig als

- DozentIn (Do) an Ausbildungsstätte(n)
- SupervisorIn (Su) an Ausbildungsstätte(n)
- SelbsterfahrungsleiterIn (SE) an Ausbildungsstätte(n)
- PrüferIn (Pr) an Ausbildungsstätte(n)

Falls Sie an mehreren Ausbildungsstätten gleichzeitig tätig sind:

Bieten diese Ausbildungsstätten ...

- nur Ausbildungen in Ihrem eigenen Vertiefungsverfahren an?
- zusätzlich zu Ihrer Vertiefungsrichtung auch andere Vertiefungsrichtungen an?
- ausschließlich eine andere Vertiefungsrichtung an?
- Ich bin nicht an mehreren Ausbildungsstätten gleichzeitig tätig.

Ich leite selbst eine Ausbildungsstätte. Ja Nein

Es folgen vier Segmente, die sich auf verschiedene Funktionen in einer Ausbildungsstätte beziehen:

- Fragebogenteil für DozentInnen
- Fragebogenteil für SupervisorInnen
- Fragebogenteil für SelbsterfahrungsleiterInnen
- Fragebogenteil für PrüferInnen.

Wir bitten Sie, nur die jeweils auf Ihre Aufgaben in einer Ausbildungsstätte zutreffenden Teile des Fragebogens auszufüllen.

Nach diesen vier Segmenten folgen einige Fragen
zu Perspektiven der Ausbildung,
zur Situation an der Ausbildungsstätte,
zur Evaluation der eigenen Tätigkeit und
zur Einschätzung der AusbildungsteilnehmerInnen,
sowie allgemeine demographische Angaben.

Wir bitten Sie, diese Fragen ebenfalls zu beantworten.

Am Ende des Fragebogens haben Sie außerdem Gelegenheit, ergänzende Bemerkungen zur allgemeinen Ausbildungssituation zu machen.

VIELEN DANK für Ihre Mitarbeit!

I. Fragebogenteile für verschiedene ehrtätigkeiten

1. Fragen für DozentInnen nicht zutreffend

1. Allgemeine Angaben:

Wie viele Stunden (à 45 min.) haben Sie circa unterrichtet?
 in den letzten 12 Monaten (insgesamt in allen Ausbildungsstätten (ABst))
 in den letzten 12 Monaten (an der ABst, an der Sie überwiegend tätig sind)

Was unterrichten Sie schwerpunktmäßig?

- überwiegend theoretische Inhalte
- überwiegend therapeutische Techniken
- beides
- Rahmenbedingungen (z.B. Kassenantragstellung, Berufsethik etc.)
- Sonstiges:

2. Für die zukünftige **theoretische Ausbildung** sollte der Umfang von ... (bitte dahinter entsprechend ankreuzen)

	erhöht werden	so bleiben	reduziert werden	weiß nicht
Vermittlung von Grundkenntnissen				
vertiefte Ausbildung				
Falldarstellungen				
Behandlungstechniken				
störungsspezifischem Wissen				
verfahrenübergreifendem Wissen				
Basisvariablen therapeutischen Handelns				
Grundkenntnissen aller wissenschaftlich anerkannter Verfahren				
Grundkenntnissen anderer therapeutischer Verfahren				
ausführlichen Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren				
medizinischen Inhalte				
Lehrtätigkeit von PraktikerInnen				
Prüfungsvorbereitung (Repetitorien)				
Dokumentation				
Vorbereitung von Psychotherapieanträgen				
Kooperation mit anderen Berufsgruppen (z.B. Ärzten, Kliniken, Beratungsstellen, Behörden)				
Sonstiges:				
.....				
.....				

3. Wie zufrieden sind Sie mit...						
	sehr	ziemlich	mittel	etwas	gar nicht	kann ich nicht einschätzen
zeitlichem Ablauf der theoretischen Ausbildung						
Curriculum der theoretischen Ausbildung insgesamt						
Grundkenntnisse						
vertiefte Ausbildung						
Gruppengrößen: Vorlesungen						
Seminare						
praktische Übungen						
Qualifikation der anderen DozentInnen						
Vorwissen der AusbildungsteilnehmerInnen PP						
Vorwissen der AusbildungsteilnehmerInnen KJP						
den von der ABst angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten für DozentInnen (z.B. Didaktik)						
Ihrer DozentInnentätigkeit an der ABst insgesamt						
Anzahl der DozentInnen in der Ausbildungsstätte						
Wie sollte sich die Anzahl verändern?						
<input type="checkbox"/> größer werden <input type="checkbox"/> geringer werden <input type="checkbox"/> ist angemessen						

4. Im Hinblick auf die Praktische Ausbildung (eigene therapeutische Tätigkeit der AusbildungsteilnehmerInnen) sollten im zeitlichen Ablauf der Ausbildung die Inhalte				
	zeitiger gelehrt werden	so bleiben	später gelehrt werden	weiß nicht
Falldarstellungen				
Behandlungskonzepte und -techniken				
störungsspezifisches Wissen				
verfahrenübergreifendes Wissen				
Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren				
Basisvariablen therapeutischen Handelns				
Dokumentation/Antragstellungen				
Sonstiges:				
.....				

5. Prüfungen

Inwieweit orientieren Sie Ihren Stoff am Gegenstandskatalog der Abschlussprüfungen?
 ausschließlich
 überwiegend
 teils/teils
 wenig
 gar nicht
 kenne den Gegenstandskatalog nicht

Werden in Ihren Veranstaltungen systematisch Multiple-Choice-Fragen trainiert? Ja Nein

Werden in Ihren Veranstaltungen systematisch Fallvorstellungen trainiert? Ja Nein

6. Redundanzen

Wie beurteilen Sie die Überlappung von Ausbildungsinhalten mit Inhalten, die bereits im zur Ausbildung qualifizierenden Studium gelehrt wurden?
 ist nicht hilfreich/sinnvoll
 ist hilfreich/sinnvoll
 trifft nicht zu

Gibt es eine Überlappung des Inhaltes der theoretischen Ausbildung mit Fort- und Weiterbildungsinhalten in Kliniken, in denen die AusbildungsteilnehmerInnen ihre Praktische Tätigkeit/Praktische Ausbildung absolvieren?
 Ja Nein Weiß nicht

Falls ja: Wie beurteilen Sie diese Überlappung?
 ist hilfreich/sinnvoll
 ist nicht hilfreich/sinnvoll

7. Für Institute mit Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

nicht zutreffend

Wie schätzen Sie die Heterogenität der AusbildungsteilnehmerInnen auf Grund der unterschiedlichen Eingangsberufe ein?

- sollte so bleiben
- sehr sinnvoll
- eher fruchtbar für die Ausbildung
- nicht störend
- eher problematisch
- sehr problematisch

Sollte sich Ihrer Meinung nach für AusbildungsteilnehmerInnen ohne absolviertes Psychologiestudium (z.B. mit (sozial-pädagogischem Studium) die theoretische Ausbildung verändern?

Ja Nein Weiß nicht

- Falls Ja: vorgeschaltetes Propädeutikum andere theoretische Ausbildung
- im Verlauf zusätzliche Veranstaltungen
 - sonstiges:

8. Probleme und Verbesserungsvorschläge

Welche **Probleme** sehen Sie im Zusammenhang mit der theoretischen Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche **eränderungsvorschläge** haben Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Fragen für SupervisorInnen

nicht zutreffend

1. Wie viel Supervision haben Sie in den letzten 12 Monaten monatlich im Durchschnitt angeboten?
 Std. Einzel
 Std. Gruppe

2. Halten Sie die gesetzlich vorgegebene **Mindestanzahl der Supervisionsstunden** (150 h) und für ausreichend? Ja Nein

3. Wie sollte Supervision zukünftig angeboten werden?
 Bitte tragen Sie pro Zeile in das jeweils zutreffende Feld die entsprechende Stundenanzahl ein.

	nur Gruppen- supervision (GS) im Umfang von	nur Einzel- supervision (ES) im Umfang von	Einzel- und Gruppen- supervision im Umfang von	kann ich nicht ein- schätzen
Psycho- analyse	.....Std.	.....Std.	.....Std. ES, .....Std. GS	
Tiefen- psychologie	.....Std.	.....Std.	.....Std. ES, .....Std. GS	
Verhaltens- therapie	.....Std.	.....Std.	.....Std. ES, .....Std. GS	
Gesprächs- psycho- therapie	.....Std.	.....Std.	.....Std. ES, .....Std. GS	

4. Halten Sie einen Mehrbedarf an Supervisionsstunden für notwendig
 während der praktischen Tätigkeit („Psychatriejahr“)? Ja Nein
 während der praktischen Ausbildung („Fälle“)? Ja Nein

5. Welches **erhältnis von Behandlungs- zu Supervisionsstunden** besteht bei den meisten TeilnehmerInnen derzeit?
 pro vier Behandlungsstunden eine Supervisionsstunde
/..... (Behandlungsstunden / Supervisionsstunden)
 Supervision findet eher unregelmäßig nach Anfrage der TeilnehmerInnen statt
 weiß nicht

6. Halten Sie das bestehende Verhältnis von Einzel-/Gruppensupervision für ausreichend?
 Ja Nein
 Falls Nein: Welches Verhältnis halten Sie für angemessen?/..... (Bhdlg./Sup.-stunden)

7. Wie zufrieden sind Sie mit ...	sehr	ziemlich	mittel	etwas	gar nicht	kann ich nicht ein- schät- zen
der Integration der Supervision in die Ausbildung						
den von der Ausbildungsstätte (ABst) angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten für SupervisorInnen						
der Qualifikation der anderen SupervisorInnen						
Ihrer Tätigkeit als SupervisorIn für die ABst insgesamt						
der Anzahl an SupervisorInnen an der ABst						
Wie sollte sich die Anzahl verändern? <input type="checkbox"/> größer werden <input type="checkbox"/> geringer werden <input type="checkbox"/> ist angemessen						

8. Bei **Gruppensupervision**: Ich führe keine Gruppensupervision durch. (Weiter mit 9.)
- a. Wie viele TeilnehmerInnen umfassen durchschnittlich Ihre Gruppensupervisionen? TN
- b. Wie sollte sich die Gruppengröße verändern?
- größer werden kleiner werden ist angemessen
- c. Welche Gruppengröße empfehlen Sie:
- | | |
|-------------------------|---------|
| Optimale Teilnehmerzahl |TN |
| Maximale Teilnehmerzahl |TN |
| Minimale Teilnehmerzahl |TN |

9. Welche **Probleme** sehen Sie im Zusammenhang mit der Supervision in der Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Welche weiteren **eränderungsvorschläge** haben Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Fragen für SelbsterfahrungsleiterInnen

nicht zutreffend

1. Wie viele Stunden Selbsterfahrung haben Sie in den letzten 12 Monaten monatlich im Durchschnitt angeboten? Std. Einzelselbsterfahrung
 Std. Gruppenselbsterfahrung

2. Halten Sie die gesetzlich vorgegebene **Mindestanzahl der Selbsterfahrungsstunden** (120 h) für ausreichend? Ja Nein

3. Wie viele Stunden Selbsterfahrung halten Sie für angemessen? Bitte tragen Sie pro Zeile in das jeweils zutreffende Feld die entsprechende Stundenanzahl ein.

	nur Gruppen- selbsterfahrung (GSE) im Umfang von	nur Einzel- selbsterfahrung (ESE) im Umfang von	Einzel- und Gruppen- selbsterfahrung im Umfang von	kann ich nicht ein- schätzen
Psycho- analyse	.....Std.	.....Std.	.....Std. ESE, .....Std. GSE	
Tiefen- psychologie	.....Std.	.....Std.	.....Std. ESE, .....Std. GSE	
Verhaltens- therapie	.....Std.	.....Std.	.....Std. ESE, .....Std. GSE	
Gesprächs- psycho- therapie	.....Std.	.....Std.	.....Std. ESE, .....Std. GSE	

4. Bei **Selbsterfahrungsgruppen**: Ich führe keine Selbsterfahrungsgruppen durch. (Weiter mit 5.)

a. Wie viele TeilnehmerInnen umfassen durchschnittlich Ihre Gruppenselbsterfahrungen? TN

b. Wie sollte sich die Gruppengröße verändern?

größer werden kleiner werden ist angemessen

c. Welche Gruppengröße empfehlen Sie:

Optimale TeilnehmerzahlTN

Maximale TeilnehmerzahlTN

Minimale TeilnehmerzahlTN

5. Wann **beginnt** die Selbsterfahrung in den meisten Fällen?

zu Beginn der Ausbildung

mit Beginn der Praktischen Tätigkeit („Psychatriejahr“)

mit Beginn der Praktischen Ausbildung

anderer Zeitpunkt:

weiß nicht

6. In welcher **Fre uenz** wird die Selbsterfahrung durchgeführt?

durchschnittlichmal pro Woche oder fraktioniertmal pro Monat

7. Wie zufrieden sind Sie mit ...	sehr	ziemlich	mittel	etwas	gar nicht	kann ich nicht ein- schätzen
der Integration der Selbsterfahrung in die Ausbildung						
den von der Ausbildungsstätte (ABst) angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten für SelbsterfahrungsleiterInnen						
der Qualifikation der anderen SelbsterfahrungsleiterInnen						
Ihrer Tätigkeit als SelbsterfahrungsleiterIn an der ABst insgesamt						
der Anzahl an SelbsterfahrungsleiterInnen an der ABst						
Wie sollte sich die Anzahl verändern? <input type="checkbox"/> größer werden <input type="checkbox"/> geringer werden <input type="checkbox"/> ist angemessen						

8. Welche **Probleme** sehen Sie im Zusammenhang mit der Selbsterfahrung in der Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Welche **erbesserungsvorschläge** haben Sie bezüglich der Selbsterfahrung?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Fragen für PrüferInnen nicht zutreffend

1. Hat sich Ihrer Meinung nach die Aufteilung der **staatlichen Prüfung** in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil bewährt? Ja Nein weiß nicht

2. Hat sich Ihrer Meinung nach bei der **mündlichen staatlichen Prüfung** die Aufteilung in einen Teil Einzelprüfung und einen Teil Gruppenprüfung bewährt? Ja Nein weiß nicht

3. Wie schätzen Sie die Prüfungsanforderungen in den mündlichen Prüfungen für die AusbildungsteilnehmerInnen ein?
 deutlich zu hoch eher zu hoch angemessen eher zu niedrig deutlich zu niedrig
 kann ich nicht einschätzen

4. Für wie geeignet halten Sie die mündlichen Prüfungen, um den Erwerb der durch das Ausbildungsziel erwarteten Kompetenzen zu belegen?
 sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft
 kann ich nicht einschätzen

5. Wie schätzen Sie die Prüfungsanforderungen in den **schriftlichen staatlichen Prüfungen** für die AusbildungsteilnehmerInnen ein?
 deutlich zu hoch eher zu hoch angemessen eher zu niedrig deutlich zu niedrig
 kann ich nicht einschätzen

6. Für wie geeignet halten Sie die schriftlichen Prüfungen, um den Erwerb der durch das Ausbildungsziel erwarteten Kompetenzen zu belegen?
 sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft
 kann ich nicht einschätzen

7. Wie gut sind Ihrer Erfahrung nach die PrüfungsteilnehmerInnen **aufgrund der Ausbildung auf die Prüfungen vorbereitet?**

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft kann ich nicht einschätzen
(schriftliche Prüfung)

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft kann ich nicht einschätzen
(mündliche Prüfung)

8. Erhalten Sie eine **ergütung** für Ihre PrüferInnen-Tätigkeit? Ja Nein

Falls Ja: Wie werden Sie bezahlt?

In welcher Höhe? Euro pro Prüfling / Euro pro Halbtage keine Angabe

Wer zahlt die Vergütung? Ausbildungsstätte Prüfling Landesbehörde

Sonstige:

9. Welche **Probleme** sehen Sie im Zusammenhang mit den Prüfungen in der Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

mündliche Prüfungen

schriftliche Prüfungen.....

insgesamt.....

10. Welche **erbesserungsvorschläge** haben Sie?

mündliche Prüfungen

schriftliche Prüfungen.....

insgesamt.....

III. Perspektiven der Ausbildung

1. Wie sinnvoll schätzen Sie die **verfahrensorientierte Ausbildung** (d.h. die Festlegung auf eine Verfahrensrichtung innerhalb der Ausbildung, z.B. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) ein?

sehr sinnvoll eher sinnvoll teils/teils wenig sinnvoll nicht sinnvoll

2. Wie sinnvoll schätzen Sie alternativ eine Ausbildung in wissenschaftlich fundierten Methoden in Bezug auf bestimmte **Indikationsbereiche/St rungsbilder** ein?

sehr sinnvoll eher sinnvoll teils/teils wenig sinnvoll nicht sinnvoll

3. Für wie wichtig halten Sie eine Orientierung an **Psychotherapieforschung** in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

sehr wichtig eher wichtig teils/teils wenig wichtig nicht wichtig

4. Wie stark ist die Orientierung an **Psychotherapieforschung** in der Ausbildung zum
.... Psychologischen Psychotherapeuten?

kommt ausreichend vor

sollte stärker vorkommen

sollte weniger vorkommen

.... Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?

kommt ausreichend vor

sollte stärker vorkommen

sollte weniger vorkommen

5. Sollten Psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen die Möglichkeit erhalten, durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen selbstständig (ohne ärztliche Konsultation)

1. verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen? Ja Nein weiß nicht

2. „krankschreiben“ zu können (AU-Bescheinigung)? Ja Nein weiß nicht

3. in stationäre Behandlung einweisen zu können? Ja Nein weiß nicht

4. die stationäre Unterbringung erwachsener Patienten anordnen zu können? Ja Nein weiß nicht

6. Würden Sie persönlich diese Art der Kompetenzerweiterung anstreben?

ja welche? 1. 2. 3. 4.

nein

weiß nicht

I . Situation an der Ausbildungsstätte (an der Sie schwerpunktmäßig tätig sind)

Wie zufrieden sind Sie mit...						
	sehr	ziemlich	mittel	etwas	gar nicht	nicht einschätzbar
der Organisation						
der Leitung						
der Koordination der Lehrkräfte						
der Zusammenarbeit mit den AusbildungsteilnehmerInnen						
der Atmosphäre						
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern						
den Räumlichkeiten						
der technischen Ausstattung						
der Bezahlung						
Ihrer Arbeit an der Ausbildungsstätte insgesamt						

. valuation der Ausbildung

Wird Ihre eigene Tätigkeit an der Ausbildungsstätte evaluiert?
 Ja Nein
 Falls Ja:

- Ist die Evaluierung von der Ausbildungsstätte vorgeben? Ja Nein
- In welchen Abständen findet die Evaluation statt?
- Wie wird mit Ergebnissen der Evaluation umgegangen?
 - mit AusbildungsteilnehmerInnen besprochen
 - mit Institutsleitung/anderen Lehrkräften besprochen
 - wird ausschließlich zum eigenen Feedback verwendet
 - sonstiges:
- Haben positive/negative Evaluierungen schon Konsequenzen für Sie gehabt?
 Ja Nein trifft nicht zu

Falls Ja: welcher Art?

I. inschätzung der AusbildungsteilnehmerInnen

1. Bewertung der therapeutischen Kompetenzen (PP- und KJP- eilnehmerInnen):

a. Wie schätzen Sie die Kompetenzen der AusbildungsteilnehmerInnen gegen Ende der Ausbildung ein? (Bitte Kreuze in die zutreffenden Felder setzen)

		sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	nicht einschätzbar
Symptomatologie Ätiologie	PP						
	KJP						
Prozedurale Fertigkeiten (Diagnostik und Intervention)	PP						
	KJP						
Interpersonale Kompetenzen (therapeutische Beziehung usw.)	PP						
	KJP						
Formales (Anträge, Berichte, Aktenführung)	PP						
	KJP						
Selbstreflexion	PP						
	KJP						
Prüfungsleistung (mündlich)	PP						
	KJP						

2. Bewertung der Zugangsvoraussetzungen

Wie gut haben sich die Regelungen über die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung (KJP/PP) insgesamt bewährt?

- sehr gut gut mäßig weniger gut überhaupt nicht kann ich nicht einschätzen

Wie gut haben sich die unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen für die beiden Berufe KJP und PP bewährt?

- sehr gut gut mäßig weniger gut überhaupt nicht kann ich nicht einschätzen

3. Bewertung der unterschiedlichen Abschlüsse und Grundberufe in der KJP-Ausbildung:

- Ich bin nicht in der KJP-Ausbildung tätig. (Weiter mit Teil VII./ Seite 14)

3. a. Sehen Sie **systematische Unterschiede im klinisch-psychologischem Vorwissen** zu Beginn der **KJP-Ausbildung** zwischen AusbildungsteilnehmerInnen mit verschiedenen Abschlüssen und Grundberufen?

- nicht einschätzbar
 Nein
 Ja, und zwar vor allem hinsichtlich der
- unterschiedlichen Grundberufe (Sozialpädagogik, Pädagogik etc.)
 - unterschiedlichen Abschlüsse (Diplom, Master, Bachelor)
 - Dauer der Grundausbildung in Jahren
 - Praxiserfahrungen vor Beginn der Ausbildung

Falls Ja, welche Teilnehmer haben Ihrer Meinung nach das *größte klinisch-psychologische Vorwissen*? (Bitte Ranking vergeben: 1 = größtes Vorwissen; Bitte maximal fünf angeben)

	<i>Bachelor</i>	<i>Master</i>	<i>Diplom</i>	<i>Diplom (FH)</i>	<i>Magister</i>	<i>Staatsexamen</i>
Psychologie						
Pädagogik						
Sozialpädagogik						
Sozialarbeit						
Lehramt – Primar-/Sekundarstufe						
Lehramt – Sekundarstufe II						
Lehramt – Sozialpädagogik						
Lehramt - Sonderpädagogik						
Sonderpädagogik						
Heilpädagogik						
Musiktherapie						
Kunsttherapie						

Falls Ja, welche Teilnehmer haben Ihrer Meinung nach das *geringste klinisch-psychologische Vorwissen*? (Bitte Ranking vergeben: 1 = geringstes Vorwissen; Bitte maximal fünf angeben)

	<i>Bachelor</i>	<i>Master</i>	<i>Diplom</i>	<i>Diplom (FH)</i>	<i>Magister</i>	<i>Staatsexamen</i>
Psychologie						
Pädagogik						
Sozialpädagogik						
Sozialarbeit						
Lehramt – Primar-/Sekundarstufe						
Lehramt – Sekundarstufe II						
Lehramt – Sozialpädagogik						
Lehramt - Sonderpädagogik						
Sonderpädagogik						
Heilpädagogik						
Musiktherapie						
Kunsttherapie						

3. b. Sehen Sie **nterschiede in den therapeutischen Kompetenzen** am Ende der KJP-Ausbildung zwischen AusbildungsteilnehmerInnen mit verschiedenen Abschlüssen und Grundberufen?

- nicht einschätzbar
- Nein
- Ja

Falls ja: Welche AusbildungsteilnehmerInnen *profitieren am wenigsten* von der Ausbildung? (Bitte Ranking vergeben: 1 = geringste therapeutische Kompetenz am Ende der Ausbildung; Bitte maximal fünf angeben)

	<i>Bachelor</i>	<i>Master</i>	<i>Diplom</i>	<i>Diplom (FH)</i>	<i>Magister</i>	<i>Staatsexamen</i>
Psychologie						
Pädagogik						
Sozialpädagogik						
Sozialarbeit						
Lehramt – Primar-/Sekundarstufe						
Lehramt – Sekundarstufe II						
Lehramt – Sozialpädagogik						
Lehramt - Sonderpädagogik						
Sonderpädagogik						
Heilpädagogik						
Musiktherapie						
Kunsttherapie						

Bitte begründen Sie existierende Unterschiede zwischen den AusbildungsteilnehmerInnen KJP:

.....

.....

.....

.....

.....

II. Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insgesamt

Was auf jeden Fall in der Ausbildung **so bleiben sollte**:

Was mich an der Ausbildung **stört**:

Ich habe folgende **verbesserungsvorschläge** zur Ausbildung:

III. Allgemeine Angaben

Abschließend bitten wir Sie, noch einige demographische Angaben und Angaben zu Ihrer Tätigkeit zu machen.

Heutiges Datum/...../.....
(Tag/Monat/Jahr)

Alter _____

Geschlecht männlich
 weiblich

Beruf Arzt/Ärztin
 Psychologe/Psychologin
 Pädagoge/Pädagogin
 Sozialpädagoge/Sozialpädagogin
 LehrerIn (Richtung:.....)
 anderer Beruf:

igene Ausbildung

Qualifikation:

- Psychologische(r) PsychotherapeutIn (falls ja: seit wann (Jahr)
- Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn (falls ja: seit wann (Jahr)
- FA/FÄ f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (falls ja: seit wann (Jahr)
- FA/FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie (falls ja: seit wann (Jahr)
- FA/FÄ f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (falls ja: seit wann (Jahr)
- FA/FÄ für Neurologie und Psychiatrie (falls ja: seit wann (Jahr)
- Nervenarzt/Nervenärztin (falls ja: seit wann (Jahr)
- Zusatzbezeichnung Psychoanalyse (falls ja: seit wann (Jahr)
- Zusatzbezeichnung Psychotherapie (falls ja: seit wann (Jahr)

Ausbildung/Weiterbildung in folgenden Vertiefungsrichtungen:

- Psychoanalyse
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Sonstige:

ätigkeiten im Rahmen der Ausbildung PP/KJP

Sind Sie Mitglied im Ausbildungsausschuss eines Institutes? Nein Ja, seit Jahren

Arbeiten Sie hauptamtlich für eine Ausbildungsstätte? Ja Nein

Sind Sie auch im Rahmen der Facharzt-Weiterbildung aktiv? Ja Nein

Haben Sie eine Weiterbildungsermächtigung? Ja Nein

Haben Sie Ihre Approbation PP oder KJP im Rahmen der Übergangsregelungen nach dem Psychotherapeutengesetz erlangt? Ja Nein Trifft nicht zu

Wie hoch ist Ihr Honorar pro Lehrstunde als (freiwillige Angaben)

- DozentIn Euro keine Angabe
- SupervisorInEuro keine Angabe
- SelbsterfahrungsleiterInEuro keine Angabe

igene therapeutische Tätigkeit

Sind Sie selbst therapeutisch tätig? Ja Nein

Falls Ja: Psychotherapeutische Tätigkeit seit Erhalt der Approbation bzw. Erwerb des Fachkundenachweises: seitJahren.

Haben Sie eine Zulassung durch eine kassenärztliche Vereinigung?

- ja
- nein

Ich arbeite (Mehrfachantworten möglich)

- im stationären Bereich
- im teilstationären Bereich
- im ambulanten Bereich
- in eigener Praxis
- sonstiges:

Wie sehr wird Ihre heutige psychotherapeutische Arbeit durch folgende Konzepte bestimmt:

	sehr	ziemlich	mittel	etwas	gar nicht
Psychoanalytisch					
Tiefenpsychologisch					
Verhaltenstherapeutisch					
Humanistisch (z.B. Gesprächspsychotherapie)					
Systemisch					
Andere: (bitte nennen)					

Bitte senden Sie den Fragebogen an folgende Adresse:

Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
- Forschungsgutachten -
Prof. Dr. B. Strauß
Stoistr. 3
07740 Jena

oder gegebenenfalls per Fax: 03641-936546

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung!!!

8. Fragebogen für Psychologiestudierende

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FB Psychologiestudierende

Liebe(r) Studierende(r),

dieser Fragebogen wurde im Rahmen eines Forschungsgutachtens des Bundesministeriums für Gesundheit zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entwickelt.

Ziele des Gutachtens sind die Evaluation der psychotherapeutischen Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz sowie die Entwicklung von Änderungsvorschlägen.

Im Rahmen des Gutachtens wollen wir auch potenzielle AusbildungskandidatInnen befragen, weshalb wir Sie als Studierende der Psychologie kontaktieren. Uns interessiert vor allem, ob Sie eine entsprechende Ausbildung planen, welche Gründe aus Ihrer Sicht für oder gegen eine Ausbildung sprechen, wie Sie sich orientieren und informieren und im Hinblick auf die verfügbaren Psychotherapieverfahren entscheiden.

Bitte beantworten Sie spontan und offen möglichst alle Fragen. Da es in diesem Fragebogen um Ihre persönlichen Gedanken und Überlegungen geht, gibt es keine objektiv „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Selbstverständlich werden alle Angaben anonym erfasst und ausgewertet.

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FB Psychologiestudierende

Persönliche Angaben

Alter	_____	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
Leben Sie in einer festen Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits eine Berufsausbildung oder ein Studium absolviert?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, ein Studium		
<input type="checkbox"/> ja, eine Berufsausbildung		
Haben Sie selbst schon einmal eine Psychotherapie gemacht?		
<input type="checkbox"/> ja, früher		
<input type="checkbox"/> ja, ich bin zurzeit in Psychotherapie		
<input type="checkbox"/> nein		

Angaben zum Studium / zu beruflichen Plänen

1)	derzeitiges Fachsemester: _____
Wie viele Semester benötigen Sie voraussichtlich noch bis zum Abschluss des Studiums (ab WS 2008/09)? _____	
2)	angestrebter Abschluss: <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Master
3)	Schwerpunktfächer im Hauptstudium/Master
<input type="checkbox"/> Klinische Psychologie	
<input type="checkbox"/> Arbeits- und Organisationspsychologie	
<input type="checkbox"/> Pädagogische Psychologie	
<input type="checkbox"/> noch nicht entschieden	
<input type="checkbox"/> andere: _____	

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FB Psychologiestudierende

4) Wie bekannt sind Ihnen die folgenden psychotherapeutischen Verfahren?

	gar nicht	nur dem Begriff nach	zum Teil	genau
<input type="checkbox"/> Psychodynamische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypnotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gestalttheoretische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychodrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Katathym Imaginative Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Existenzanalyse und Logotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) In welchem Umfang werden verschiedene psychotherapeutische Behandlungsverfahren und –inhalte in Ihrem Studium dargestellt?

	gar nicht	wenig	ausführlich	sehr ausführlich
<input type="checkbox"/> Psychodynamische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6a) Werden die am weitesten verbreiteten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und –inhalte (Verhaltenstherapie, Psychodynamische Verfahren, Gesprächspsychotherapie, Systemische Therapie) in Ihrem Studium inhaltlich ausgewogen dargestellt?

Bitte schätzen Sie dies auf der folgenden Skala ein.



6b) Wie zufrieden sind Sie mit der Ausgewogenheit der Darstellung der am weitesten verbreiteten psychotherapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie, Psychodynamische Verfahren, Gesprächspsychotherapie, Systemische Therapie)?

unzufrieden	eher unzufrieden	weder noch	eher zufrieden	zufrieden
<input type="checkbox"/>				

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FB Psychologiestudierende

7) In welchem Ausmaß haben Sie sich – abgesehen von Lehrveranstaltungen – über psychotherapeutische Behandlungsverfahren informiert?

gar nicht ein wenig etwas intensiv sehr intensiv

Angaben zur Psychotherapieausbildung

1) Welche Ziele wollen Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit allgemein erreichen?

	gar Nicht	auf jeden Fall			
<input type="checkbox"/> berufliches Ansehen	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> gutes Einkommen	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Orientierung an Arbeitsmarktsituation	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Vereinbarkeit mit Familie/Privatleben	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Arbeit im Team	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Autonomie (selbständig arbeiten, freie Zeiteinteilung)	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> persönliche Weiterentwicklung	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> intellektuelle Herausforderung	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Zufriedenheit mit Inhalten und Umfeld der Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/>				

2) Welche(s) Arbeitsfeld(er) streben Sie an?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie
- Diagnostik und Begutachtung
- Kinder- und Jugendpsychotherapie/-psychiatrie
- Klinische Psychologie
- Medizinische Psychologie
- Markt- und Meinungsforschung
- Methodik und Statistik
- (Klinische) Neuropsychologie
- Neurowissenschaften
- Pädagogische Psychologie
- Psychologische Beratungstätigkeit, Training, Coaching
- Psychosomatische Medizin
- Psychotherapie
- Forschung
- DozentInnentätigkeit
- ich bin noch unentschieden/weiß nicht
- andere

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FB Psychologiestudierende

3) Wie entschieden sind Sie, nach Abschluss des Studiums eine psychotherapeutische Ausbildung zu absolvieren?

definitiv nicht	wahrscheinlich nicht	unentschieden	ziemlich entschieden	definitiv entschieden
--------------------	-------------------------	---------------	-------------------------	--------------------------



Weiter mit
Frage 14)

4) In welchem Ausmaß haben Sie sich bereits konkret, bspw. bezüglich Aufnahmemodalitäten von Ausbildungsinstituten, mögliche Finanzierung etc., im Hinblick auf psychotherapeutische Weiterbildungsmöglichkeiten informiert?

gar nicht	ein wenig	etwas	intensiv	sehr intensiv
-----------	-----------	-------	----------	---------------



Weiter mit
Frage 6)

5) Welche Quellen haben Sie dafür in Anspruch genommen?
(Mehrfachnennungen möglich)

- reguläre Lehrveranstaltungen im Psychologiestudium
- spezielle Informationsveranstaltungen im Psychologiestudium
- Lesen von Fachliteratur
- Informationsbroschüren von Ausbildungsinstituten
- Besuch von Kongressen
- Aushänge/ Plakate in der Fakultät
- direkter Kontakt zu Ausbildungsinstituten (telefonisch, E-mail, Besuch,..)
- Internetseiten von Ausbildungsinstituten
- Internetseiten von Berufsverbänden
- andere Internetseiten
- Freundes- und Bekanntenkreis
- derzeitige AusbildungsteilnehmerInnen
- PraktikumsbetreuerInnen, AusbildungsabsolventInnen,....
- andere

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FB Psychologiestudierende

6) Für welches der sogenannten Richtlinienverfahren würden Sie sich entscheiden?

- Analytischer Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierter Therapie
- Verhaltenstherapie
- noch unentschieden
- keines, ich strebe eine psychotherapeutische Ausbildung in einem anderen Verfahren an (z.B. Gesprächspsychotherapie, Systemische Therapie,...)
Bitte nennen: _____

7) In welchem Bereich?

- Psychologische Psychotherapie (Erwachsene)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- beide Bereiche
- noch unentschieden

8) Zu welchem Zeitpunkt planen Sie den Beginn dieser Ausbildung?

- direkt im Anschluss an das Studium →
- noch nicht entschieden →
- später

Weiter mit
Frage 10)

9) Warum nehmen Sie die Ausbildung später auf?

(Mehrfachnennungen möglich)

- finanzielle Gründe
- familiäre Gründe
- vorher Berufserfahrung sammeln
- Promotion
- noch keine Entscheidung für Verfahren getroffen
- noch keine Entscheidung für Ausbildungsinstitut getroffen
- keinen Platz am gewünschten Ausbildungsinstitut bekommen

10) Aktuell gibt es die Möglichkeit eine psychotherapeutische Ausbildung in Vollzeit mit einer Mindestdauer von 3 Jahren oder als berufsbegleitende Teilzeitausbildung mit einer Mindestdauer von 5 Jahren zu absolvieren.

Für welches der zwei Modelle würden Sie sich entscheiden?

- 3 Jahre
- 5 Jahre

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FB Psychologiestudierende

11) Wie planen Sie eine psychotherapeutische Ausbildung zu finanzieren?
(Mehrfachnennungen möglich)

- finanzielle Ressourcen vorhanden
- Unterstützung durch Eltern/Familie
- Unterstützung durch Partner/-in
- Kredit
- Bafög
- eigene Berufstätigkeit
- Finanzierung durch Arbeitgeber
- weiß noch nicht

12) Wie sehen Ihre beruflichen Ziele nach einer psychotherapeutischen Ausbildung vorerst aus?

- Niederlassung als approbierte(r) Psychotherapeut/in
- Tätigkeit im ambulanten Bereich (angestellt)
- Klinik­tätigkeit
- Hochschule (Lehre und Forschung)
- Tätigkeit im Aus- und Fortbildungsbereich
- andere Tätigkeit: _____
- noch unentschieden

13) Welche Faktoren spielen eine Rolle bei der Wahl Ihres Therapieverfahrens?
(Bitte nennen sie nur die für Sie wichtigsten; maximal fünf Nennungen)

- Das Verfahren interessiert mich am meisten.
- Die Behandlungskonzepte sind am überzeugendsten.
- Das Verfahren ist am besten für meine bevorzugte Klientel geeignet.
- Inhaltlich stimme ich diesem Verfahren am meisten zu.
- Menschenbild, Vorgehen und therapeutischer Stil passen am besten zu meiner Persönlichkeit.
- Ich habe eigene Therapieerfahrung in dem Verfahren.
- Im Praktikum habe ich mit dem Verfahren gearbeitet.
- Ein Vertreter des Verfahrens, z.B. ein Dozent, Praktikumsbetreuer,... hat mich inspiriert.
- Die Ausbildung in diesem Verfahren ist finanzierbar.
- Mit dem Verfahren ist eine kassenärztliche Zulassung möglich.
- Die Ausbildung in diesem Verfahren ist für mich unter akzeptablen Bedingungen (z.B. Nähe zum Wohnort,) realisierbar.
- Mögliche Arbeitgeber verlangen eine Ausbildung in diesem Verfahren.
- Durch die Ausrichtung des Studiums habe ich bereits viel Vorwissen.
- Aufbau und Struktur der Ausbildung gefallen mir.
- Das Verfahren ist wissenschaftlich anerkannt.
- Die Wirksamkeit des Verfahrens ist empirisch überzeugend nachgewiesen.

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FB Psychologiestudierende

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, unabhängig davon, ob Sie eine psychotherapeutische Ausbildung anstreben oder nicht.

14) Welche Gründe sprechen Ihrer Meinung nach **für** eine psychotherapeutische Ausbildung?
(Bitte nennen sie nur die für Sie wichtigsten; maximal fünf Nennungen)

- vielfältigere Arbeitsfelder als ohne Ausbildung
- Voraussetzung für den Berufseinstieg im klinischen Bereich
- Erlangen von Approbation/ kassenärztlicher Zulassung
- Möglichkeit der späteren Niederlassung
- sicherer Arbeitsplatz
- höhere Verdienstaussichten als ohne Ausbildung
- Erweiterung psychotherapeutischer Fähigkeiten hinsichtlich einer besonderen Klientel (z.B. Kinder und Jugendliche, spezifische Störungsgruppen,...)
- persönliche Eignung (z.B. psychische Stabilität und Belastbarkeit, Menschenkenntnis)
- Verbesserung von Fähigkeiten im Patientenkontakt
- unzureichende therapeutische Kompetenz durch das Studium
- Erlangen eines flexibel einsetzbaren Basisinventars an therapeutischen Techniken
- Ursachen psychische Störungen verstehen
- psychische Störungen wirksam behandeln
- nach wissenschaftlichen Erkenntnissen handeln /wissenschaftlich arbeiten
- Selbsterkenntnis fördern (z.B. durch Selbsterfahrung)
- Kontakt und Arbeit mit Menschen
- Einblicke in verschiedene Schicksale und Biografien gewinnen

15) Welche Gründe sprechen Ihrer Meinung nach **gegen** eine psychotherapeutische Ausbildung?
(Bitte nennen sie nur die für Sie wichtigsten; maximal fünf Nennungen)

- zeitlicher Aufwand (z.B. durch Mehrfachbelastung)
- finanzieller Aufwand
- Dauer der Ausbildung
- Unsicherheit über unbezahlte praktische Tätigkeit
- logistische Probleme (z.B. durch Pendeln zwischen Ausbildungsstätte und Wohnort)
- unsichere Arbeitsmarktsituation
- keine Garantie fürs Niederlassung
- persönliche Eignung (mangelnde Belastbarkeit, Durchhaltevermögen)
- zu belastende Tätigkeit
- Unvereinbarkeit mit Familie/Familienplanung
- andere Pläne (z.B. Promotion, Auslandsaufenthalte)
- kein Interesse an therapeutischer Arbeit
- geringe Wirkung von Psychotherapie
- Unwissenschaftlichkeit von Psychotherapie

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!!!

9. Fragebogen für ehemalige AusbildungsteilnehmerInnen
(AbsolventInnen)

Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Fragebogen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten

Sehr geehrte/r Psychologische/r Psychotherapeut/in,
sehr geehrte/r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in

Befragung per Internet

Obwohl Sie einen Fragebogen in Papierform angefordert haben, können sie sich alternativ an dieser Befragung im Internet beteiligen. Bitte nutzen Sie dazu unsere Internetseite und als Login den Code Die Beantwortung des Fragebogens dauert ca. 30 Minuten und kann jederzeit unterbrochen und zwischengespeichert werden.

Für **Ihre Rückfragen** stehen wir Ihnen gern zur Verfügung:

Dr. Astrid Sonntag und Dr. Heide Glaesmer

Universität Leipzig

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Philipp-Rosenthal-Str. 55

04103 Leipzig

Email: forschungsgutachten@medizin.uni-leipzig.de

Telefon: 0341 - 97 188 07

Fax 0341 - 97 188 09

Informationen zum Fragebogen

Unserer **Arbeitsgruppe** wurde vom Bundesministerium für Gesundheit das Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie übergeben. Es soll die Qualität der Ausbildung analysieren sowie Empfehlungen zur möglichen Neu- bzw. Umgestaltung erarbeiten. Weitere Informationen zum Gutachten erhalten Sie unter <http://www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/index.html>.

Zur Arbeitsgruppe gehören: Prof. Dr. Sven Barnow (Universität Heidelberg), Prof. Dr. Elmar Brähler (Universitätsklinikum Leipzig), Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert (Universitätsklinikum Ulm), Dr. Steffen Fliegel (Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung Münster), Prof. Dr. Harald J. Freyberger (Universität Greifswald/Hanse-Klinikum Stralsund), Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck (Universitätsklinikum Ulm), Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber (Sigmund Freud Institut Frankfurt/Universität Kassel), Prof. Dr. Bernhard Strauß als Projektleiter (Universitätsklinikum Jena) und Prof. Dr. Ulrike Willutzki (Universität Bochum).

Der hier vorliegende Fragebogen wird allen nach dem Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeuten zugeschickt, um die Ausbildung aus ihrer Sicht zu bewerten. Bitte nutzen Sie diese Möglichkeit zur Rückmeldung über die Ausbildungssituation und bringen Sie sich damit in den Gutachtenprozess ein.

Alle Informationen, die Sie zur Verfügung stellen, werden streng vertraulich behandelt (so z.B. keinesfalls an Ihr Ausbildungsinstitut oder andere Behörden weiter gegeben), so dass zu keinem Zeitpunkt ein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist. Die Speicherung und Auswertung der Daten wird anonym erfolgen.

Bitte beantworten Sie den Fragebogen immer bezüglich Ihrer Psychotherapieausbildung in dem kassenärztlich anerkannten Verfahren, für das Sie die Approbation erhalten haben. Sollten ihnen wichtige Aspekte im Fragebogen fehlen oder zu kurz kommen, haben sie am Ende des Fragebogens Gelegenheit ergänzende Bemerkungen zu machen.

VIELEN DANK im Voraus für Ihre Beteiligung und die Unterstützung der Befragung!!!

Bitte senden Sie Fragebogen in dem beigefügten Rückumschlag an:

Universitätsklinikum Leipzig

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Dr. Astrid Sonntag

Philipp-Rosenthal-Str. 55

04103 Leipzig

Allgemeine Angaben

1. Datum von heute Monat __ Jahr ____

Persönliche Angaben

2. Alter __ Jahre

3. Geschlecht männlich
 weiblich

4. Familienstand ledig
 verheiratet
 verheiratet, getrennt lebend
 verwitwet, geschieden

5. Leben Sie in einer festen Partnerschaft? ja
 nein

6. Leben in Ihrem Haushalt Kinder (essen und schlafen hier)? ja
 nein → weiter mit Frage 8

7. Wie viele davon sind?

	Anzahl
Personen unter 3 Jahren	
Personen von 3-5 Jahren	
Personen von 6-13 Jahren	
Personen von 14-17 Jahren	
Personen ab 18 Jahren	

Berufliche Entwicklung

8. Studienrichtung / Studienabschluss vor Beginn der Psychotherapieausbildung
(bitte in der Tabelle ankreuzen)

	Bachelor	Master	Diplom	Diplom (FH)	Magister	Staatsexamen
Psychologie						
Pädagogik						
Lehramt						
Sozialpädagogik						
Sozialarbeit						
Sonderpädagogik						
Heilpädagogik						
Musiktherapie						
Kunsttherapie						
Sonstiges						

9. Prüfung im Nebenfach Psychologie abgeschlossen ja
 nein
 nicht zutreffend

10. Abschluss des ausbildungsrelevanten Studiums: Monat __ Jahr ____

11. Ich arbeite an einer Promotion ja
 nein
 abgeschlossen

abgeschlossene Psychotherapieausbildung - allgemein

12. Richtung

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- Psychoanalyse (PA)
- verklammerte Ausbildung (TP/PA)

13. Bereich

- Kinder- und Jugendliche KJP
- Erwachsene PP
- zuerst Bereich PP abgeschlossen, danach KJP Fachkunde erworben
- zuerst Bereich KJP abgeschlossen, danach PP Fachkunde erworben

14. Gründe für die Wahl dieses Ausbildungsganges (Mehrfachnennung möglich)

- inhaltliche
- Kosten der Ausbildung
- Approbation möglich
- Sonstige (bitte nennen).....

15. Ich erhielt meine Approbation nach

- der Übergangsregelung
- der neuen Gesetzesregelung

Finanzierung

16. Wovon finanzierten Sie während der Ausbildung die Ausbildung und Ihren Lebensunterhalt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kredit
- Unterstützung durch (Ehe-)Partner/in
- Unterstützung durch Eltern
- Vergütung aus ausbildungsbezogener Tätigkeit
- finanzielle Mittel aus anderer Tätigkeit
- Ersparnisse
- BAföG
- Sonstiges (bitte nennen)

Dauer

17. Beginn der Ausbildung Monat __ Jahr_____

18. Ende der Ausbildung Monat __ Jahr_____

19. Ausbildungsmodell

- Vollzeitausbildung (3 Jahre)
- Teilzeitausbildung (5 Jahre)

20. Gründe für die Wahl des Voll-/ Teilzeitmodells (Mehrfachnennung möglich)

- familiäre
- finanzielle
- andere berufliche Tätigkeit
- Ausbildungsablauf
- Sonstige (bitte nennen).....

21. Ich habe die Ausbildung mit der Prüfung in der vorgesehenen Zeit beendet

- ja → weiter mit Frage 24
- es hat länger als 3 bzw. 5 Jahre gedauert

22. Falls Ihre Ausbildung länger als 3 bzw. 5 Jahre gedauert hat, welche Gründe gab es dafür? (Mehrfachnennungen möglich)
- Finanzierung der Ausbildung und des Lebensunterhaltes
 - Umzug
 - Schwangerschaft / Kinder
 - andere berufliche Verpflichtungen
 - gesundheitliche Gründe
 - persönliche Gründe
 - sonstige Gründe (bitte nennen).....

23. Welche Ausbildungsteile fehlten Ihnen zuletzt zum Abschluss der Ausbildung?
- Praktische Ausbildung (Behandlungsfälle waren nicht abgeschlossen)
 - Praktische Tätigkeit I und/ oder II fehlte
 - Theoriebausteine
 - Selbsterfahrung
 - ausschließlich die Prüfung war noch nicht abgelegt
 - Sonstiges

24. Haben Sie die Ausbildung (inoffiziell) unterbrochen/ für eine Zeit ausgesetzt?
- ja, für ca. __ Monate
 - nein

25. Hätten Sie die Ausbildung gern unterbrochen, für eine Zeit ausgesetzt?
- ja, für mindestens __ Monate
 - nein

Wechsel

26. Ein **Wechsel des Ausbildungsinstitutes** ist während der Ausbildung
- erfolgt
 - nicht erfolgt
 - trotz meines Wunsches nicht erfolgt
 - war nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell unterstützt werden

27. Falls Sie das Institut gewechselt haben, wechseln wollten:
Hatten Sie dabei Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)
- nein
 - fehlende Anrechnung von absolvierten Ausbildungsteilen
 - finanzielle Mehrbelastung
 - Sonstiges (bitte nennen).....

28. Ein **Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen** ist
- erfolgt
 - nicht erfolgt → weiter mit Frage 30
 - trotz meines Wunsches nicht erfolgt → weiter mit Frage 30
 - war nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell ermöglicht werden

29. Falls Sie die Verfahrensrichtung gewechselt haben, wechseln wollten:
Hatten Sie dabei Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)
- nein
 - fehlende Anrechnung von absolvierten Ausbildungsteilen
 - finanzielle Mehrbelastung
 - Sonstiges (bitte nennen).....

30. Halten Sie die verfahrensorientierte Ausbildung (d.h. die Festlegung auf eine Verfahrensrichtung innerhalb der Ausbildung, z.B. Verhaltenstherapie) für sinnvoll?
- ja
 nein
31. Sollten Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Möglichkeit erhalten, durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen?
- ja
 nein
32. Würden Sie persönlich diese Art der Kompetenzerweiterung anstreben?
- ja
 nein
33. Sollten ambulant tätige Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen die Erlaubnis bekommen, Patienten ohne Konsultation von Ärzten in stationäre psychotherapeutische Bereiche einweisen zu dürfen?
- ja
 nein
34. Würden Sie persönlich diese Art der Kompetenzerweiterung anstreben?
- ja
 nein

Ausbildungsteile

Bewertung der Ausbildungsteile					
35. Wie nützlich / hilfreich schätzen Sie im Rückblick folgende Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung Ihrer psychotherapeutischen Kompetenz ein?					
	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr
Theorie					
Einzelselfsterfahrung					
Gruppenselfsterfahrung					
Praktische Tätigkeit I „Psychiatriepraktikum“ (1200 Std.)					
Praktische Tätigkeit II (600 Std.)					
Praktische Ausbildung (eigene Therapietätigkeit)					
Einzel-supervision					
Gruppensupervision					
„Freie Spitze“					
Prüfungsvorbereitung					
Arbeit in „Kleingruppen“ von Ausbildungsteilnehmern					

36. Wie nützlich / hilfreich schätzen Sie im Rückblick folgende Ausbildungsbestandteile im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung ein?					
	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr
Theorie					
Einzelbsterfahrung					
Gruppenselbsterfahrung					
Praktische Tätigkeit I „Psychiatriepraktikum“ (1200 Std.)					
Praktische Tätigkeit II (600 Std.)					
Praktische Ausbildung (eigene Therapietätigkeit)					
Einzel supervision					
Gruppensupervision					
„Freie Spitze“					
Prüfungsvorbereitung					
Arbeit in „Kleingruppen“ von Ausbildungsteilnehmern					

Umfang der Ausbildung				
37. Wie angemessen finden Sie den Umfang der Ausbildungsbausteine im Hinblick auf Ihre beruflichen Anforderungen?				
	zu umfangreich	angemessen	nicht ausreichend	weiß nicht
Theorie				
Einzelbsterfahrung				
Gruppenselbsterfahrung				
Praktische Tätigkeit I „Psychiatriepraktikum“				
Praktische Tätigkeit II (600 Std.)				
Praktische Ausbildung (eigene Therapietätig.)				
Einzel supervision				
Gruppensupervision				
„Freie Spitze“				
Arbeit in „Kleingruppen“ von Ausb.teilnehmern				

Veränderung des Theorieteils				
38. Wenn sich die Ausrichtung der theoretischen Ausbildung ändern würde, wünschte ich, dass in der theoretischen Ausbildung der Anteil ...				
	reduziert wird	so bleibt	erhöht wird	weiß nicht
Falldarstellungen				
Behandlungstechniken				
störungsspezifisches Wissen				
verfahrenübergreifendes Wissen				
Basisvariablen therapeutischen Handelns				
medizinische Inhalte				
Lehrtätigkeit von Praktikern				
Prüfungsvorbereitung (Repetitorien, Kolloquium)				

Praktische Tätigkeiten

Praktische Tätigkeit I (1200 Std.) „Psychiatriejahr“

39. Ich wurde in der betreffenden Einrichtung eingearbeitet

- Ja, ungefähr __ Wochen lang
- Nein

40. Ich wurde während der Praktischen Tätigkeit I überwiegend angeleitet

- ja
- nein → weiter mit Frage 42

41. Ich wurde während der Praktischen Tätigkeit I hauptsächlich von Kollegen/innen folgender Qualifikationen angeleitet:

- Psychologische PT/ KJP meiner Vertiefungsrichtung
- Psychologische PT/ KJP anderer kassenärztlich anerkannter Verfahren
- Ärztin/Arzt mit PT-ausbildung meiner Vertiefungsrichtung
- Ärztin/Arzt mit PT-ausbildung anderer kassenärztlich anerkannter Verfahren
- Diplompsychologen/innen / Ärzte/innen mit sonstiger (nicht kassenärztlich anerkannter) Psychotherapieausbildung

42. Ich habe während der Praktischen Tätigkeit I („Psychiatriejahr“) eigene Arbeitsbereiche übernommen

- ja, mit fachlicher Anleitung
- ja, ohne fachliche Anleitung
- nein

43. Die Praktische Tätigkeit I ist meiner Ansicht nach

- zu kurz
- vom Umfang her angemessen
- zu lang

Anmerkung: Am Ende der Befragung haben Sie Gelegenheit in einem ausführlichen Fragebogen detailliertere Informationen zur Praktischen Tätigkeit I zu geben.

Praktische Tätigkeit II (600 Std.)

44. Ich wurde in der betreffenden Einrichtung eingearbeitet

- Ja, ungefähr __ Wochen lang
- Nein

45. Ich wurde während der Praktischen Tätigkeit II überwiegend angeleitet

- ja
- nein → weiter mit Frage 47

46. Ich wurde während der Praktischen Tätigkeit II hauptsächlich von Kollegen/innen folgender Qualifikationen angeleitet:

- Psychologische PT/ KJP meiner Vertiefungsrichtung
- Psychologische PT/ KJP anderer kassenärztlich anerkannter Verfahren
- Ärztin/Arzt mit PT-ausbildung meiner Vertiefungsrichtung
- Ärztin/Arzt mit PT-ausbildung anderer kassenärztlich anerkannter Verfahren
- Diplompsychologen/innen / Ärzte/innen mit sonstiger (nicht kassenärztlich anerkannter) Psychotherapieausbildung

47. Ich habe während der Praktischen Tätigkeit II eigene Arbeitsbereiche übernommen
- ja, mit fachlicher Anleitung
 - ja, ohne fachliche Anleitung
 - nein

Praktische Ausbildung (eigene Therapietätigkeit, Behandlungsfälle)

48. Wann haben Sie ihre praktische Ausbildung begonnen (die Behandlungserlaubnis erhalten)? (Mehrfachantworten möglich)
- es gab keine Vorschriften für den Start, Beginn war jederzeit möglich
 - nach einer institutsinternen Zwischenprüfung
 - nachdem __ Stunden Theorie erbracht wurden
 - nachdem __ Stunden praktische Tätigkeit I (Psychatriejahr) erbracht wurden
 - nachdem __ Stunden praktische Tätigkeit II erbracht wurden
 - nachdem __ Stunden Selbsterfahrung erbracht wurden
 - nach der Genehmigung von Falldokumentationen aus praktischer Tätigkeit
 - nach der Genehmigung von Anamnesen aus praktischer Tätigkeit
 - nach genau der Hälfte der Ausbildungsstunden (2100 Std.)
 - nach der Hälfte der Ausbildungszeit (z.B. 1,5 oder 2,5 Jahre)

49. Der Beginn der praktischen Ausbildung war bezüglich meiner damaligen Kompetenz
- zu zeitig im Ausbildungsverlauf
 - zeitlich angemessen
 - zu spät im Ausbildungsverlauf

50. Wie zufrieden waren Sie mit der fachlichen Betreuung in der Ausbildungsstätte vor Ort? (bitte ankreuzen)

1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr

Prüfungen

53. Haben Sie zusätzlich zur Ausbildung Zeit für die Prüfungsvorbereitung verwendet?

- ja, ca. __ Wochen
 nein

54. Haben Sie Prüfungen wiederholen müssen?

- Nein
 Ja, die mündliche
 Ja, die schriftliche
 Ja, beide

55. Wie eignen sich die Prüfungen, zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz?

	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr
mündliche Prüfung					
mündliche Gruppenprüfung					
schriftliche Prüfung					

Situation am Ausbildungsinstitut

56. Wie **zufrieden** waren Sie mit...

	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr
der Organisation					
der Betreuung					
der Atmosphäre					
der Integration/ Reflexion aller Ausbildungsteile					
dem „Preis –Leistungsverhältnis“ des Angebotes					
der Ausstattung					
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)					
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern					
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen					

Evaluation der Ausbildung

	57. In Bezug auf welche Ausbildungsbausteine wurde Ihnen die Gelegenheit zu einer Rückmeldung über deren Qualität gegeben? (bitte ankreuzen)	58. Hatten Sie den Eindruck, dass Ihre Rückmeldung ernst genommen wurde, bzw. zu Veränderungen führte?	
		Ja	Nein
Theorie			
Einzelselbsterfahrung			
Gruppenselbsterfahrung			
Praktische Tätigkeit I			
Praktische Tätigkeit II			
Praktische Ausbildung			
Einzelsupervision			
Gruppensupervision			
„Freie Spitze“			

Tätigkeit nach der Ausbildung

59. Ich bin / war nach der Ausbildung psychotherapeutisch tätig

- ja
 nein

60. Ich arbeite/te nach der Ausbildung ...

- im stationären Bereich
 im ambulanten Bereich
 ich bin / war in der Erziehungszeit
 ich bin / war nicht arbeitstätig

61. Ich habe / hatte eine kassenärztliche Zulassung.

- ja
 nein

62. Die Ausbildung verbesserte meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt

- ja
 nein

63. Die Ausbildung war für meine spätere berufliche Tätigkeit

- eine notwendige Voraussetzung
 keine notwendige Voraussetzung, aber hilfreich
 nicht notwendig

64. Wie sehr wird Ihre therapeutische Praxis heute durch folgende Konzepte bestimmt?

	1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr
psychoanalytisch / psychodynamisch					
verhaltenstherapeutisch					
kognitiv					
humanistisch					
systemtheoretisch					
andere (bitte nennen).....					

Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insgesamt

65. Was auf jeden Fall **so bleiben sollte** im Rahmen der Ausbildung:

66. Was mich **gestört hat** an der Ausbildung:

67. Ich habe folgende **Verbesserungsvorschläge** zur Ausbildung:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen zur Praktischen Tätigkeit I („Psychiatriejahr“)

Besonders das „Psychiatriejahr“ ist Anlass intensiver Diskussionen. Daher bitten wir Sie noch weitere detaillierte Angaben zu ihrer Praktischen Tätigkeit I zu machen und abschließend folgenden Fragebogen zu beantworten. Vielen Dank!

Rahmenbedingungen der praktischen Tätigkeit I

68. Dauer der Praktischen Tätigkeit I:

Beginn Monat __ Jahr _____

Ende Monat __ Jahr _____

69. Ø vereinbarte Arbeitsstunden pro Woche: ____ h

70. Ø geleistete Überstunden pro Woche: ____ h

71. Ø Vor- & Nachbereitung zusätzlich zu Überstd. (Literatur, Dokumentation etc.): ____ h

72. Ø tatsächlich anerkannte Gesamtstunden pro Woche: ____ h

73. Wurden die nicht anerkannten zusätzlich geleisteten Stunden finanziell oder per Freizeitausgleich angemessen entlohnt?

- Ja
- Nein

74. Wurden Teile Ihrer vorherigen Berufstätigkeit anerkannt?

- Ja, im Umfang von ____ h gesamt
- Nein, trotz vergleichbarer Berufserfahrung
- Nein, aber ich habe auch keine vergleichbare Berufserfahrung

75. Hatten Sie vor Beginn der praktischen Tätigkeit I ein festes Arbeitsverhältnis?

- Ja, Umfang von ____ h
- Nein

76. Haben Sie dieses Arbeitsverhältnis für die praktische Tätigkeit I geändert?

- Ja, ich habe die Stelle reduziert um ____ h / Woche
- Ja, ich habe mich beurlauben lassen
- Ja, ich habe gekündigt
- Nein
- sonstiges

Finanzielle Bedingungen während der praktischen Tätigkeit I

77. Was zahlte Ihnen die Einrichtung als monatliches Bruttogehalt für die praktische Tätigkeit I?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> € 0 | <input type="checkbox"/> bis € 2000 |
| <input type="checkbox"/> bis € 500 | <input type="checkbox"/> bis € 2500 |
| <input type="checkbox"/> bis € 1000 | <input type="checkbox"/> bis € 3000 |
| <input type="checkbox"/> bis € 1500 | <input type="checkbox"/> über € 3000 |

78. Mussten Sie für die praktische Tätigkeit I eine Gebühr an die Einrichtung entrichten?

- Ja, in Höhe von € ____ insgesamt.
- Nein

79. Wie finanzierten Sie sich während dieser Zeit außerdem?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Kredit
- familiäre Unterstützung
- Ersparnisse
- Erwerbstätigkeit im Umfang von ____ h / Woche
- sonstiges: _____

80. Bestand ein Praktikums- / Arbeitsvertrag zwischen Ihnen und der Einrichtung?

- Ja
- Nein

81. Wurden Sie durch die Einrichtung sozialversichert?

- Ja
- Nein
- nicht bekannt

82. Wurden Sie durch die Einrichtung berufshaftpflichtversichert?

- Ja
- Nein
- nicht bekannt

83. Erhielten Sie sonstige Leistungen (Unterkunft, Verpflegung, Büchergeld etc.)?

- Ja, im Wert von € ____ monatlich
- Nein

84. Mussten Sie während Ihrer praktischen Tätigkeit I Ausbildungskosten an Ihr Ausbildungsinstitut leisten?

- Ja, in Höhe von € ____ monatlich
- Nein

Inhalte der Praktischen Tätigkeit I

85. Es gab die Möglichkeit, (bei) Einzelpsychotherapien... (Mehrfachnennungen möglich)

- selbständig durchzuführen
- als Co-Therapeut mitzuarbeiten
- zu hospitieren

86. Es gab die Möglichkeit, (bei) Gruppenpsychotherapien... (Mehrfachnennungen möglich)

- selbständig durchzuführen
- als Co-Therapeut mitzuarbeiten
- zu hospitieren

87. Wie erfolgte die Supervision?

- Einzelsupervision durch Betreuer
- Externe SV im Team
- Teambesprechungen
- Fallvorstellungen im Team
- OA oder Visite durch leitenden Psychologen
- keine

88. Wie **zufrieden** waren Sie mit der Supervision? (bitte ankreuzen)

1 gar nicht	2 etwas	3 mittel	4 ziemlich	5 sehr
<input type="checkbox"/>				

89. Wie häufig fanden Team-Supervisionen statt?

- gar nicht
- wöchentlich
- 14-tägig
- monatlich
- seltener
- unregelmäßig

90. Wurden diese Supervisionen von externen Supervisoren/innen durchgeführt?

- Ja
- Nein

91. Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen hinsichtlich ihrer Gültigkeit ein.

	gar nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr	nicht beantwortbar
Das Aufgabenniveau war meinem Erfahrungs- und Kenntnisstand angemessen						
Bei Fragen/Schwierigkeiten stand mir zeitnah ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung						
Im Allgemeinen fühlte ich mich fachlich ausreichend unterstützt.						
Ich fühlte mich streckenweise überfordert.						
Ich hatte hinreichend Verantwortung und Selbstständigkeit.						
Ich ersetzte durch meine Tätigkeit praktisch eine Vollkraft (bzw. Teilzeitkraft bei reduzierter Stundenzahl)						
Ich habe hinsichtlich der Diagnosestellung hinzugelernt						
Ich habe von den <i>Psych. PT/KJP meiner</i> Fachrichtung viel dazu gelernt						
Ich habe von den ärztlichen PT meiner Fachrichtung viel dazu gelernt						
Ich habe von anderen PT viel dazu gelernt.						
Während der praktischen Tätigkeit habe ich inhaltlich für meine Ausbildung viel Neues gelernt.						
Meine Arbeit wurde von den Fachkollegen/-innen anerkannt						
Die finanziellen Bedingungen waren für mich existentiell bedrohlich						
Die geringe Bezahlung belastete meine Arbeitsmotivation						
Ich empfehle die Einrichtung anderen Ausbildungskandidaten/-innen						
Ich bin mit der Einrichtung insgesamt zufrieden						

92. Welcher Begriff würde Ihre Tätigkeit während des „Psychiatriejahres“ am besten

beschreiben?

- Psychotherapeut(in) / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in) im Praktikum
- Psychotherapeut(in) / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in) in der Ausbildung
- Psychotherapeut(in) / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in) in klinischer Ausbildung
- Diplom Psychologe(in); (Dipl.-/Soz.) Pädagoge(in) im Praxisjahr
- Sonstiges (bitte nennen):.....

94. Folgendes ist mir noch wichtig bei der Beurteilung der praktischen Tätigkeit I: (bitte nennen)

Vielen Dank nochmals für Ihre Mitarbeit!

10. Delphi-ExpertInnenbefragung I (1. Welle)



Forschungsgutachten

zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Delphi-Expertenbefragung (1. Welle)

Ziel dieser Befragung ist es, die Meinung ausgewählter Expertinnen und Experten sowie Expertengruppen zu den *Stärken*, den *Schwächen* und dem *Veränderungsbedarf* des gegenwärtig gültigen Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sowie seiner Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APrVen) und der daraus resultierenden Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erheben.

A. Fragen zum gegenwärtigen Psychotherapeutengesetz und zu den zusätzlichen Komponenten der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung: *Stärken und Schwächen*

Bitte bewerten Sie die folgenden Komponenten des aktuellen Psychotherapeutengesetzes und der dazu gehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychTh-APrVen) im Hinblick auf ihre Stärken und Schwächen.

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) finden Sie unter <http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PsychThG-APrV und KJPsychThG-APrV) finden Sie unter <http://www.bundesrecht.juris.de/psychth-aprv/BJNR374900998.html> bzw. unter <http://www.bundesrecht.juris.de/kjpsychth-aprv/BJNR376100998.html>

Vergeben Sie dabei jeweils eine **Zensur** (von 1-6, 1=sehr gut, 6=ungenügend) und formulieren Sie in dem dazugehörigen Feld Ihre inhaltliche Bewertung (ggf. in Stichworten). Der Raum dafür ist begrenzt (siehe Anzahl der Zeichen in Klammern hinter den Fragen).

- Regelung zur **Berufsausübung** (PsychThG § 1), außer Heilkundebegriff (500 Zeichen)
- Definition des **Begriffes der heilkundlichen Psychotherapie** (PsychThG § 1 Abs. 3) (500 Zeichen)
- Regelungen bezüglich der **Approbation** (PsychThG § 2) (500 Zeichen)
- Regelung zu den **Ausbildungsstätten** (Bedingungen für Anerkennung) (PsychThG § 6) (500 Zeichen)
- Regelungen zu den **Zugangsvoraussetzungen** der Ausbildungsteilnehmer(innen) für **Psychologische PsychotherapeutInnen** (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1) (500 Zeichen)
- Regelungen zu den **Zugangsvoraussetzungen** der Ausbildungsteilnehmer(innen) für **Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen** ((PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 2) (500 Zeichen)
- Regelungen zur **Dauer** der Ausbildung (3- und 5jährige Ausbildung) (PsychThG § 5 Abs. 1) (300 Zeichen)
- Regelungen zum **Umfang der Ausbildung** (Mindest-Stundenumfänge der Ausbildungsbausteine: Theorie 600 Std.; PT 1 1 Jahr/1.200 Std., PT 2 6 Monate/600

- Std.; PA 600 Std.; Supervision 100 Gruppe, 50 Einzel; Selbsterfahrung 120 Std.; Freie Spitze 930 Std.) (PsychThG § 8 und APrVen) (300 Zeichen)
- Regelung zu den **Richtlinienverfahren** (Berufsausübung und Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren) (PsychThG § 11) (1000 Zeichen)
 - Regelung zu den **theoretischen Inhalten** der Ausbildung (APrVen § 3 und Anlage 1 Rahmencurriculum) (500 Zeichen)
 - Regelung zur **Praktischen Ausbildung** (PatientInnenbehandlung) (PsychThG § 8 und APrVen § 4) (500 Zeichen)
 - Regelung zum **Alter der Behandlungsgruppen**: PP jede Altersgruppe, KJP 1-21 Jahre (PsychThG § 1 Abs. 2) (300 Zeichen)
 - Regelung zur **Supervision** (Umfang, Frequenz und Setting) (APrVen § 4) (500 Zeichen)
 - Regelung zur **Selbsterfahrung** (Umfang, Frequenz und Setting) (APrVen § 5) (500 Zeichen)
 - Regelung zur sog. „**Freien Spitze**“ (Mehrstunden aus den unterschiedlichen Bausteinen im Umfang von 930 Std.) (300 Zeichen)
 - Regelung zur **Praktischen Tätigkeit 1** (1200 Std./1 Jahr an psychiatrischer Einrichtung) (PsychThG § 8 Abs. 3 Ziffer. 3 und APrVen § 2)
Bitte Unterschied bei PP und KJP beachten. (PP/KJP, jeweils 1000 Zeichen)
 - **Regelung zur Praktischen Tätigkeit 2** (6 Monate/600 Stunden an einer Einrichtung der psychosomatischen/psychotherapeutische Versorgung) (PP/KJP, jeweils 1000 Zeichen)
 - Regelung zur **staatlichen Prüfung** (schriftlicher und mündlicher Teil, Inhalte, Prüfungskommission, Benotung) (APrVen §§ 8, 9, 11, 12) (500 Zeichen)
 - Weitere Kommentare (300 Zeichen)

B. Zukunftsperspektiven

Bewerten Sie nachfolgende Aspekte speziell im Hinblick auf die Frage einer zukünftigen Gestaltung der Ausbildung:

- **Mindestalter** (bisher keine Vorgaben) (PP/KJP, jeweils 50 Zeichen)
- **Auswahlverfahren und Zugangsvoraussetzungen** (zukünftige AB-TN, formale und inhaltliche Kriterien) (jeweils 300 Zeichen)
- **Mindestabschlüsse**, die künftig berechtigen, die Ausbildung aufzunehmen (formal) (PP/KJP, jeweils 500 Zeichen)
- **Mindestvoraussetzungen** (inhaltlich), die künftig berechtigen, die Ausbildung aufzunehmen; **Inhalte** von Bachelor- und Masterstudiengängen, die ggf. zur Ausbildung berechtigen (PP/KJP, jeweils 1000 Zeichen)
- Bewertung der unterschiedlichen **Zulassungsvoraussetzungen** für PP, KJP (Begründung!) (1000 Zeichen)
- Sind PP **nach der Approbation** für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP? Bitte begründen! (500 Zeichen)
- Sind PP **nach der Approbation und mit Zusatzqualifikation** (Psychotherapievereinbarung, KV) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter für die Behandlung von Kindern

und Jugendlichen qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP? Bitte begründen! (500 Zeichen)

- Mit welcher **Berufsgraduierung** sollen PT und KJPT künftig abschließen (z.B. wie sollten sie vergleichsweise in das Besoldungssystem eingruppiert werden) (jeweils 100 Zeichen)
- Wie sollte die **Psychotherapieausbildung** zukünftig **konzeptualisiert** und gewichtet werden? (z. B. Ausbildung in einzelnen Verfahren, in Verfahrenskombinationen, eher störungsspezifisch, an Wirkfaktoren orientiert?) (PP/KJP, jeweils 500 Zeichen)
- **Struktur der Ausbildung bzw. des Berufsweges:**
 - wie bisher, d.h. Ausbildung nach der Ausbildung (=2. Beruf),
 - Master- oder postgraduale Studiengänge,
 - Direktausbildung, d.h. Erstausbildung mit „(Teil-)Approbation“ und Weiterbildung zum (KJ)-Psychotherapeuten
 - Anderes....(PP/KJP, jeweils 500 Zeichen)
- **Verortung der Durchführung der Ausbildung** (z.B. Universitäre Studiengänge, universitätsverzahnte -privatrechtliche- Institute, private Ausbildungsinstitute; ggf. Aufteilung welcher Bausteine auf unterschiedliche Institutionen?) (300 Zeichen)
- **Verteilung** von Ausbildungsstätten (z.B. Anzahl pro Einwohnerzahl) (300 Zeichen)
- Sollten die Ausbildungsinstitute an **Universitäten** angebunden werden? Wenn ja, in welcher Form? (500 Zeichen)
- Welche **Mindestanforderungen** sollten an Ausstattung und Qualitätssicherung von Ausbildungsinstituten gestellt werden? (300 Zeichen)
- Sollten Ausbildungsstätten künftig **zertifiziert** werden (ggf. durch wen?) (200 Zeichen)
- **Bewertung der Kosten** der Ausbildung und Förderung (z. B. Höhe der Kosten, BAföG) (500 Zeichen)
- **Ausbildung/Qualifikation** von Lehrkräften, Selbsterfahrungsleiter(inne)n und Supervisor(inn)en (bitte ggf. getrennt beschreiben) (PP/KJP, jeweils 500 Zeichen)
- **Medizinorientierung der Ausbildung:** Welche medizinischen Inhalte sollten unbedingt in die Ausbildung integriert werden? (500 Zeichen)
- **Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten**
 - Psychopharmaka zu verschreiben (Begründung)? (300 Zeichen)
 - Krankschreibungen vorzunehmen (Begründung)? (300 Zeichen)
 - Einweisung/gesetzliche Unterbringung in psychiatrische(n) Kliniken einzuleiten (Begründung)? (300 Zeichen)
- Rolle und Funktion der **Aufsichtsbehörden** (z. B. Landesprüfungsämter) oder: wer sollte zukünftig die PT-Ausbildung kontrollieren? (500 Zeichen)
- Für welche **Arbeitsfelder** (z.B. in Institutionen, mit bestimmten Zielgruppen) sollte zukünftig vermehrt ausgebildet werden? (PP/KJP, jeweils 500 Zeichen)
- Welche **Ergänzungsqualifikationen** für die ambulante/stationäre Versorgung sollten künftig in die Ausbildung integriert werden? (heute lt. Psychotherapierichtlinien z.B. Entspannungsverfahren, Kinder-Jugendlichenbehandlung, Gruppentherapie) (300 Zeichen)

Wir danken Ihnen im Voraus herzlich für die Mitarbeit!

Online-Befragung unter: www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/index.html

Link: Delphi-Experten-Befragung

11. Delphi-ExpertInnenbefragung II (2. Welle)



Forschungsgutachten

zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen
und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Delphi-Befragung, Teil II (Fassung vom 23.01.2009)

Instruktion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der ersten Phase der Delphi-Befragung abschnittsweise in kondensierter Form dargestellt. Bitte beantworten Sie zu jedem Aspekt die gestellten Fragen. Zum Abschluss haben Sie die Gelegenheit, zu den 5 für Sie wichtigsten Aspekten noch einmal gesondert schriftlich Stellung zu nehmen.

Bitte geben Sie zunächst im folgenden Textfeld Ihren Namen, Ihre Berufsbezeichnung und die Organisation, Gesellschaft oder Institution an, für die Sie Ihr Votum abgeben:

Name, Vorname:

Organisation, Gesellschaft oder Institution, für die Sie hier Ihr Votum abgeben:

Adresse:

E-Mail:

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. Sven Barnow
Institut für Psychologie
Hauptstr. 47-51
69117 Heidelberg
Tel.: +49 6221 547350
Fax: +49 6221 547348
E-Mail: sven.barnow@psychologie.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Elmar Brähler
Abteilung für Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
(Universitätsfrauenklinik, Flügel C)
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Tel.: +49 341/9718801
Fax: +49 341/9718809
E-Mail: Elmar.Braehler@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 5, D-89075 Ulm
Tel.: +49 7 31 5 00 - 6 16 00/01
Fax: +49 7 31 5 00 - 6 16 02
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Dr. Steffen Fliegel
Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung
Wolbecker Str. 138
D-48155 Münster
Tel.: +49 251-60041
Fax: +49 251-666642
E-Mail: fliegel@klipsy-ms.de

Prof. Dr. Harald J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
im Hanse-Klinikum Stralsund
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund
Tel.: +49 3831 - 452100
Fax: +49 3831 -452105
E-Mail: freyberg@uni-greifswald.de

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstr. 5
D-89075 Ulm, Germany
Tel.: +49 731 50061661
Fax: +49 731 50061662
E-Mail: Lutz.Goldbeck@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber
Sigmund Freud Institut u. Universität Kassel
Myliusstr. 20
60323 Frankfurt/Main
Tel.: +49 69 971202-0
Fax: +49 69 9712044
E-Mail: M.Leuzinger-Bohleber@sigmund-freud-institut.de

Prof. Dr. Bernhard Strauß,
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena
Friedrich-Schiller-Universität
Stoystrasse 3
D 07740 Jena, Germany
Tel.: +49 3641 936700
Fax: +49 3641 936546
E-Mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

Prof. Dr. Ulrike Willutzki
AE Klinische Psychologie und Psychotherapie
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
44780 Bochum
Tel.: +49 234 322 4915
Fax: +49 234 321 4304
E-Mail: Willutzki@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Einführung

An der Delphi-Befragung haben insgesamt 66 „Expertinnen und Experten“ teilgenommen, welche die Komponenten des Psychotherapeutengesetzes und die zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen wie folgt bewertet haben (von 1-6, 1=sehr gut, 6=ungenügend):

	Mean	SD
a) Regelung zur Berufsausübung (PsychThG § 1)	2,68	1,07
b) Definition der heilkundlichen Psychotherapie (PsychThG § 1 Abs. 3)	3,00	1,33
c) Regelungen bezüglich der Approbation (PsychThG § 2)	2,08	1,02
d) Regelung Ausbildungsstätten (Anerkennung) (PsychThG § 6)	2,66	1,17
e) Regelungen Zugangsvoraussetzungen für PP (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1)	2,92	1,39
f) Regelungen Zugangsvoraussetzungen der KJPP (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 2)	3,95	1,18
g) Regelungen zur Dauer der Ausbildung (3- vs. 5 J.) (PsychThG § 5 Abs. 1)	3,09	1,25
h) Regelungen zum Umfang der Ausbildung (Mindest-Stundenumfänge der Ausbildungsbausteine (PsychThG § 8 und APrVen)	3,31	1,34
i) Regelung zu den Richtlinienverfahren (Berufsausübung und Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren) (PsychThG § 11)	2,87	1,28
j) Regelung zu den theoretischen Inhalten der Ausbildung (APrVen § 3 und Anlage 1 Rahmencurriculum)	2,45	0,93
k) Regelung zur sog. „Freien Spitze“	2,59	1,47
l) Regelung zur Praktischen Ausbildung (PatientInnenbehandlung) (PsychThG § 8 und APrVen § 4)	2,64	1,24
m) Regelung zum Alter der Behandlungsgruppen: PP jede Altersgruppe, KJP 1-21 Jahre (PsychThG § 1 Abs. 2)	3,10	1,42
n) Regelung zur Supervision (Umfang, Frequenz und Setting) (APrVen § 4)	2,44	0,85
o) Regelung zur Selbsterfahrung (Umfang, Frequenz und Setting) (APrVen § 5)	2,82	1,36
p)PP) Regelung zur Praktischen Tätigkeit 1 (1200 Std./1 Jahr an psychiatrischer Einrichtung) (PsychThG § 8 Abs. 3 Ziffer 3 und APrVen § 2)	3,83	1,42
p)KJP) Regelung zur Praktischen Tätigkeit 1 (1200 Std./1 Jahr an psychiatrischer Einrichtung) (PsychThG § 8 Abs. 3 Ziffer 3 und APrVen § 2)	3,83	1,35
q)PP) Regelungen zur Praktischen Tätigkeit 2 (6 Monate/600 Stunden)	3,43	1,25
q)KJP) Regelungen zur Praktischen Tätigkeit 2 (6 Monate/600 Stunden)	3,56	1,24
r) Regelung zur staatlichen Prüfung (APrVen §§ 8, 9, 11, 12)	3,25	1,16

Auch die folgenden Häufigkeitsangaben der schriftlichen Statements in den vorgegebenen Antwortsektionen zeigen, dass eine stark variierende Anzahl von Experten schriftlich zu den einzelnen Aspekten Stellung nehmen wollte. In der 2. Welle der Delphi-Befragung bitten wir die TeilnehmerInnen **alle** Fragen, die im Wesentlichen mit ja/nein-Kategorien formuliert wurden, zu beantworten, um hierdurch ein möglichst repräsentatives Bild der Expertenmeinungen zu erhalten.

Häufigkeit der schriftlichen Statements in den Antwortkategorien:

A. Fragen zum gegenwärtigen PsychThG und zu den zusätzlichen Komponenten der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Berufsausübung	44	Begriffsdefinition	45
Approbation	29	Ausbildungsstätten	45
Zugangsvoraussetzungen PP	45	Zugangsvoraussetzungen KJP	51
Dauer der Ausbildung	46	Umfang der Ausbildung	50
Richtlinienverfahren	48	Theoretische Inhalte	50
Freie Spitze	37		
Prakt. Ausbildung – Patienten	36	Alter Behandlungsgruppen	46
Supervision	41	Selbsterfahrung	40
Prakt. Tätigkeit 1 PP	56	Prakt. Tätigkeit 1 KJP	56
Prakt. Tätigkeit 2 PP	48	Prakt. Tätigkeit 2 KJP	49
Staatliche Prüfung	44	Weitere Kommentare	24

B. Zukunftsperspektiven

Mindestalter PP	47	Mindestalter KJPP	46
Mindestabschlüsse PP	57	Mindestabschluss KJP	58
Mindestvoraussetzungen PP	50	Mindestvoraussetzungen KJP	56
Auswahl und Zugang PP	47	Auswahl und Zugang KJP	49
Zulassungsvoraussetzungen	50	PP – KJP nach Approbation	58
PP – KJP Zusatz	51	Berufsgraduierung PP	48
Berufsgraduierung KJP	46	Psychotherapieausbildung PP	57
Psychotherapieausbildung KJP	54	Struktur Ausbildung Beruf PP	54
Struktur Ausbildung Beruf KJP	55	Verortung Ausbildung	59
Verteilung Ausbildungsstätten	43	- Universitäten	
59			
Mindestanforderungen QS	55	Zertifizierung	58
Kosten	55	Qualifikation Leiter PP	54
Qualifikation Leiter KJP	45	Medizinorientierung	57
Psychopharmaka	59	Krankschreibung	58
Einweisung/Unterbringung	59	Aufsichtsbehörden	55
Arbeitsfelder PP	49	Arbeitsfelder KJP	44
Ergänzungsqualifikation	57	Anmerkungen	38

Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse und Fragen an die Expertinnen und Experten

Teil 1: **Ergebnisse der Phase I der Delphi-Befragung und Fragen zu ausgewählten Komponenten des bisherigen Gesetzes**

A. Regelungen zur Berufsausübung (PsychThG § 1), außer Heilkundebegriff

Diskutiert wird von einer größeren Gruppe von Experten auch eine Definition des Begriffes „Psychotherapie“ einzuführen und diesen gesetzlich zu schützen. Damit zusammenhängend wird eine Überarbeitung des Heilpraktikergesetzes kontrovers diskutiert, wobei sich die Mehrheit der Experten für eine Überarbeitung des Gesetzes und eine Aufhebung der Psychotherapieoption für Heilpraktiker ausspricht. Eine Abgleichung mit den Texten im SGB V und in den Kammer- und Heilberufgesetzen wird angeregt.

Fragen (bitte tragen Sie Ihre Antwort jeweils in das entsprechende Kästchen ein):

1. Ist es notwendig, eine Definition des Begriffes „Psychotherapie“ einzuführen und diese gesetzlich zu schützen (1 = ja; 2 = nein)?

B. Definition des Begriffes der heilkundlichen Psychotherapie (PsychThG § 1 Abs. 3)

Diskutiert wird von einer größeren Gruppe von Experten, die Definition "wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren" präziser zu definieren oder zu belassen einschließlich von Hinweisen neue, in der Forschungserprobung befindliche Verfahren sowie Prävention und Rehabilitation mit einzubeziehen.

Einige Experten sehen einen Verbesserungsbedarf bei der Definition der somatischen Abklärung vor psychotherapeutischer Behandlung.

Fragen:

1. Ist der Terminus „wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren“ präziser zu definieren (1 = ja/ 2 = nein)?
Definitionsvorschlag:
- 2.. Sind Prävention und Rehabilitation in die Definition der heilkundlichen Psychotherapie mit aufzunehmen (1 = ja/ 2 = nein)?
3. Sollte die somatische Abklärung vor psychotherapeutischer Behandlung klarer definiert werden (1 = ja/ 2= nein)?

C. Regelungen zum Umfang und zu qualitativen Aspekten der Ausbildungsbausteine (PsychThG § 8 und APrVen ff.) (Mindest-Stundenumfänge der Ausbildungsbausteine: Theorie 600 Std.; PT 1 1 Jahr/1.200 Std., PT 2 6 Monate/600 Std.; PA 600 Std.; Superv. 100 Gruppe, 50 Einzel; Selbsterfahrung 120 Std.; Freie Spitze 930 Std.)

Für den **Theoretischen Unterricht** findet sich ein breites Spektrum von Voten, das von 900 Stunden bis zu 300 Stunden Umfang reicht. Die Option 200 Stunden Theorie vor der Ausbildung zu platzieren wird diskutiert. Weitere Voten weisen auf die inhaltlichen Redundanzen mit den

Inhalten des Psychologiestudiums hin und plädieren dafür, den Erwerb von Grundkenntnissen vor den Beginn der eigentlichen Psychotherapie-Ausbildung zu verlagern.

Für die **praktische Ausbildung** werden von den Experten variierende Vorschläge unterbreitet:

Zur **PT1** wird von insgesamt 20 Experten die Länge kritisch betrachtet und eine Kürzung und/oder eine die Stundenzahl reduzierende Zusammenlegung mit PT 2 vorgeschlagen. Eine Gruppe von Experten plädieren für Kürzung auf einen Umfang zwischen 500 und 900 Stunden.

Für Psychologische Psychotherapeut(inn)en:

Eine Gruppe von Experten betrachten die Regelungen hinsichtlich des Umfangs als notwendig. Das gesamte Spektrum psychischer Störungen (nicht primär Psychotherapie) sei kennenzulernen. Psychotherapie soll im Gesamtbehandlungsplan aus biologischen Verfahren, sozialtherapeutischen Verfahren und anderen Therapiemöglichkeiten kennengelernt werden. Kontrovers wird der Anteil in der psychiatrischen Akutversorgung und die Einbeziehung von Beratungsstellen und Reha-Einrichtungen diskutiert. Die Anrechenbarkeit vorheriger psychiatrischer Tätigkeit wird gefordert.

Zahlreiche Experten empfehlen eine klare (einheitliche) Regelung in Bezug auf die Honorierung. Zahlreiche Experten fordern eine bessere Anleitung (Betreuung, Supervision, möglichst curricular) (vgl.: DGPPN-Empfehlungen) einschließlich Rotationsregelungen. Ein Begleitseminar und ggf. Supervision am Ausbildungsinstitut seien sinnvoll. Der rechtliche Status mit Definition, was AusbildungskandidatInnen klinisch übernehmen dürfen, sei zu spezifizieren.

Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en:

Zahlreiche Experten betrachten die Regelungen analog zu den für psychologischen Psychotherapeuten kritisch. Die kollegiale Zusammenarbeit von Ärzten u. KJP wird gefordert, Standards (Curriculum, Lernziel-Beschreibung) seien notwendig. Einige Experten empfehlen Kürzungen auf 500 – 900 Stunden. Eine klare und einheitliche Honorierung sei notwendig.

Zum **PT2** reichen die Voten von „abschaffen“ über Stundenreduktionen auf 100-300 bis hin zu Einzelvoten, die inhaltliche Veränderungen (Einbeziehung verschiedener Berufsfelder, Integration in Studiengänge) vorschlagen.

Für Psychologische Psychotherapeut(inn)en:

Für das Belassen der Regelungen sprechen sich größere Gruppen von Experten aus. Eine Erweiterung auf verschiedene Berufsfelder sei sinnvoll. Anleitung und Aufgabendefinition seien verbindlicher zu regeln (curricular), und ein Regelungsbedarf ergebe sich bezüglich des rechtlichen Status. Ein gewisser Umfang müsse zwingend in der Praxis eines entsprechend weitergebildeten Arztes oder PP abgeleistet werden. Qualitätssichernde Maßnahmen seien erforderlich.

Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

22 Experten sehen die Regelungen kritisch, 14 sprechen sich dafür aus, alles zu belassen .. Es solle Möglichkeiten geben, die Zeit zumindest teilweise in Beratungsstellen (SGB VIII) u. in stationären Jugendhilfeeinrichtungen etc. zu absolvieren. Zumindest ein Teil müsse zwingend in Praxis eines entsprechend weitergebildeten Arztes oder KJP abgeleistet werden können (mit Sicherstellung von Supervision und Qualitätssicherung). Es bestehe Regelungsbedarf bezüglich des rechtlichen Status und ein Bedarf an klaren Regelungen der einzelnen Tätigkeiten. Entgeltregelungen seien erforderlich.

Für die **praktische Ausbildung** reichen die Voten von Beibehaltung des Status quo bis zur Forderung nach höheren Stundenzahlen (bis 1.200). Einige Experten betrachten die Regelungen als bewährt und betonen, dass die PA auch in Kliniken durchgeführt werden sollte.

Gefordert werden auch Regelungen, damit kein Behandlungsabbruch nach Ausbildungsabschluss erforderlich wird. Auch fehle ein klares Finanzierungsmodell.

Für die **Supervision** werden Voten von 100 Stunden bis zu 500 Stunden angegeben und unterschiedliche Angaben zur Gewichtung von Einzel- und Gruppensupervision abgegeben.

Für die **Selbsterfahrung** wird eine breite Varianz von Voten abgegeben, in denen einige Experten höhere Stundenzahlen bis mindestens 300 Stunden fordern. Die Gewichtung von Einzel- und Gruppenselbsterfahrung wird unterschiedlich diskutiert.

Selbsterfahrungsleitungen ebenso wie SupervisorInnen sollten wie bisher die jeweiligen KandidatInnen nicht prüfen dürfen..

Für die **Freie Spitze** findet sich ein ähnlich uneinheitliches Bild, das von überflüssig bis zu maximal 500 Stunden reicht. Eine große Gruppe von Experten fordert, die Freie Spitze zu belassen. Dabei seien Literaturstudium und Vor- und Nachbereitung der Behandlungsstunden fest aufzunehmen. Einige Experten betonen eine Nutzung der „Freien Spitze“ für besondere Spezialisierungen (Ergänzungsqualifikationen).

Fragen:

1. Sind die im Folgenden aufgeführten Ausbildungsbausteine (bitte entsprechend ankreuzen)?

	1 = zu belassen	2 = zu streichen	3 = zu verlängern	4 = zu verkürzen
Theorie 600 Std				
PT1: 1 Jahr/1.200 Std.				
PT2: 6 Monate/600 Std.				
PA 600 Std.				
Supervision 100 Gruppe				
Supervision 50 Einzel				
Selbsterfahrung 120 Std.				
„Freie Spitze“ 930 Std.				

2. Sind einheitliche Honorierungsregelungen einzuführen (1 = ja/ 2 = nein)?

- für PT1
- für PT2
- für PA

Welche Regelungen schlagen Sie vor:

- für PT1
- für PT2
- für PA

3. Ist eine curriculare Struktur für PT 1 einzuführen (1 = ja/ 2 = nein)?
4. Ist eine curriculare Struktur für PT2 einzuführen (1 = ja/ 2 = nein)?
5. Sind Tätigkeiten für das PT1 anzuerkennen, die postgradual und vor Beginn der PT-Ausbildung durchgeführt wurden (1 = ja/ 2 = nein)?
6. Sind absolvierte Tätigkeiten für das PT2 anzuerkennen, die postgradual und vor Beginn der PT-Ausbildung durchgeführt wurden (1= ja/ 2 = nein)?
7. Sollten für PT1 nur solche Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten anerkannt werden, die über die Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie und Psychotherapie verfügen (1 = ja/ 2 = nein)?
8. Sollten für PT1 nur solche Ausbildungsstätten anerkannt werden, die über die Weiterbildungsermächtigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verfügen (1 = ja/ 2 = nein)?
11. Sollte die PA zukünftig auch anteilig in Kliniken durchgeführt werden dürfen (1 = ja/ 2= nein)?
12. Sollten die Ausbildungskandidaten zukünftig an den Einnahmen der PA nach einem einheitlichen Verfahren beteiligt werden (1 = ja/ 2 = nein)?

D. Regelung zu den Verfahren (Berufsausübung und Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren) (PsychThG § 11)

Eine große Gruppe von Experten präferiert, bei den wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu bleiben. Einige Experten betonen, neu zu schaffende Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Erprobung neuer Ansätze zu eröffnen und störungsspezifischer Techniken breiter in der Ausbildung zuzulassen.

Einige Experten betonen, dass § 11 missverständlich formuliert sei und keine klaren Angaben zu der Anerkennung von Verfahren enthalte (Hinweis auf OVG-NRW-Urteile und weitere Urteile von VGn).

Fragen:

1. Sollte es beim bisherigen Anerkennungsverfahren für die Wissenschaftlichkeit von Therapieverfahren bleiben (1 = ja/ 2 = nein)?
2. Sehen Sie einen Bedarf der Revision des § 11 mit genauerer Spezifikation des Anerkennungsverfahrens (1 = ja/ 2 = nein)?

E. Regelung zum Alter der Behandlungsgruppen: PP jede Altersgruppe, KJP 1-21 Jahre (PsychThG § 1 Abs. 2)

Einige Experten betonen die jetzigen Regelungen zu belassen, andere Experten geben getrennte Voten für die für KJP- und für die PP-Altersregelungen vor. Von einigen Experten wird ein Überschneidungsbereich bei 18-21jährigen Patienten gesehen, von 5 Experten wird eine Altersschwelle von 16 Jahren für PP empfohlen.

Eine Reihe von Experten betonen, das PP ohne Ergänzungsqualifikation nicht ausreichend ausgebildet seien, um Kinder u. Jugendliche zu behandeln

Fragen:

1. Sollten PP zukünftig generell, auch ohne Ergänzungsqualifikation Kinder und Jugendliche behandeln dürfen (1 = ja/ 2 = nein)?
2. Ist hierzu eine Zusatzqualifikation erforderlich (1 = ja/ 2 = nein)?
3. Ist die bisherige Ergänzungsqualifikation ausreichend (1 = ja/ 2 = nein)?
3. Sollten KJPP zukünftig auch Erwachsene behandeln dürfen (1 = ja/ 2 = nein)?
4. Ist hierzu eine Zusatzqualifikation erforderlich (1 = ja/ 2 = nein)?
5. Halten Sie die jetzigen Altersregelungen für angemessen (1 = ja/ 2 = nein)?

F. Regelung zur staatlichen Prüfung (schriftlicher und mündlicher Teil, Inhalte, Prüfungskommission, Benotung) (APrVen §§ 8, 9, 11, 12)

Ein Teil der Experten empfiehlt, die Regelungen beizubehalten, wobei eine interdisziplinäre Prüfungskommission erhalten und eine mündliche Prüfung belassen werden soll.

Eine größere Gruppe von Experten plädiert für Änderungen. Für die schriftliche Prüfung werden angemahnt: Überarbeitung des Gegenstandskatalogs des IMPP, Reduktion der „Medizinlastigkeit“, mehr psychotherapeutische Behandlungsfragen. Die schriftliche Prüfung könnte vor Beginn der praktischen Ausbildung nach theoretischer Grundausbildung erfolgen. Inhalte des vorgeschalteten Studiums sollten weggelassen werden.

Fragen:

1. Besteht Änderungsbedarf in den Regelungen zur staatlichen Prüfung (1 = ja/ 2 = nein)?
- Überarbeitung des Gegenstandskatalogs
- Reduktion medizinischer Prüfungsinhalte
- Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen
- Vorverlegung der schriftlichen Prüfung auf den Zeitraum vor Beginn der praktischen Ausbildung
- Beschränkung der Fragen auf das Verfahren, in welchem ausgebildet wird
- Redundanzen zwischen Studieninhalten und schriftlicher Prüfung reduzieren

Teil II: Fragen zu ausgewählten Zukunftsaspekten

A. Mindestalter (bisher keine Vorgaben)

Für Psychologische Psychotherapeuten:

Die Mehrzahl der Experten ist hier für das Belassen der bisherigen Regelung (keine Vorgaben). Von Einigen wird eine Altersvorgabe von 25 Jahren vorgeschlagen.

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Hier spricht sich ebenfalls die Mehrzahl der Experten für ein Belassen der bisherigen Regelung aus. Einige Experten schlagen auch für diesen Bereich ein Mindestalter von 25 Jahren vor.

Fragen:

1. Soll für die PP-Ausbildung ein Mindestalter von 25 Jahren eingeführt werden
 (1 = ja/ 2 = nein)?
2. Soll für die die KJP-Ausbildung ein Mindestalter von 25 Jahren eingeführt werden
 (1 = ja/ 2 = nein)?

B. Mindestabschlüsse, die künftig berechtigen, die Ausbildung aufzunehmen (formal)

Für Psychologische Psychotherapeuten:

Hier sprechen sich fast alle Experten als Mindestabschluss für einen Diplom-, bzw. einen Masterabschluss in Psychologie aus. Nur wehr wenige Experten schlagen einen Bachelorabschluss (mit psychologischen/ sozialwissenschaftlichen Inhalten) vor, diskutiert wird hier auch ein darauf folgender Psychotherapie-Master-Studiengang mit integrierter (praktischer) Psychotherapieausbildung.

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Hier votieren die meisten Experten, die Ausbildung äquivalent der Erwachsenenbildung zu gestalten. Die große Mehrheit ist für einen Master- bzw. einen Diplomabschluss. Diskutiert wird auch, Personen mit (Heil-) Pädagogik- und Sozialpädagogikabschlüsse auf Masterlevel zuzulassen.

Fragen:

Welcher Mindestabschluss ist für die Ausbildung vorauszusetzen (bitte ankreuzen)?

1. Für Psychologische Psychotherapeuten
 - Diplom/Master in Psychologie
 - Bachelor in Psychologie
 - sonstiger:

2. Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
 - Diplom/Master in Psychologie
 - Bachelor in Psychologie
 - Master in Pädagogik
 - Bachelor in Pädagogik
 - Master in Sozialpädagogik/mit sozialpädagogischem Schwerpunkt
 - Bachelor in Sozialpädagogik
 - Bachelor in Heilpädagogik

- Master in Heilpädagogik
- sonstiger:

C. Mindestvoraussetzungen (inhaltlich), die künftig berechtigen, die Ausbildung aufzunehmen; Inhalte von Bachelor- und Masterstudiengängen, die ggf. zur Ausbildung berechtigen

Für Psychologische Psychotherapeuten:

Ein allgemeiner Konsens besteht darin, dass gute Kenntnisse der psychologischen Grundlagen vorhanden sein sollen. Die Bedeutung der klinischen Psychologie sei zu betonen. Weiterhin werden von mehreren Experten Kenntnisse der Grundlagen aller PT-Verfahren gefordert, sowie Kenntnisse in Forschung, Ethik und Gesundheitsökonomie.

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Hier schließen sich die meisten Experten den o. g. Empfehlungen an. Es sollten ebenfalls gute psychologische Grundlagenkenntnisse vorhanden sein. Beim Pädagogikstudium sollte ein gewisses Mindestmaß an Kenntnissen der klinischen Psychologie gefordert werden. Der Masterabschluß in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik (mit Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches profil) sollte Zugangsvoraussetzung sein.

Fragen:

1. Welche inhaltlichen Voraussetzungen sollten der Psychotherapie-Ausbildung unbedingt vorgeschaltet sein (bitte ankreuzen)?

a Für Psychologische Psychotherapeuten

	Grundkenntnisse	solide Kenntnisse
- Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klinische Psychologie/Störungswissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Relevante Psychotherapieverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Forschungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diagnostik/Begutachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ethik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pädagogik/Sozialpädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gesundheitsökonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

	Grundkenntnisse	solide Kenntnisse
- Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klinische Psychologie/Störungswissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Relevante Psychotherapieverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Forschungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diagnostik/Begutachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ethik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pädagogik/Sozialpädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gesundheitsökonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den Diskussionen um die Neugestaltung der Ausbildung ist die Rede davon, vergleichbar zur Approbationsordnung für Ärzte eine Festlegung von Ausbildungsinhalten vorzunehmen, die in unterschiedlicher Weise erworben (z.B. im Rahmen des Studiums, einer Aus- oder Weiterbildung) werden und von einer autorisierten Behörde geprüft werden müssen. Halten Sie ein derartiges Modell für sinnvoll (1=ja, 2 = nein) ?

D. Auswahlverfahren (zukünftige AusbildungsteilnehmerInnen, formale und inhaltliche Kriterien)

Für Psychologische Psychotherapeuten:

Hier spricht sich die Mehrheit der Experten dafür aus, die bisherigen Regelungen beizubehalten. Besonders betont wird die Bedeutung der persönlichen Auswahlverfahren durch die jeweiligen Institute. Einige Experten diskutieren, ob es sinnvoll sei 2 Erstinterviews durch verschiedengeschlechtliche Lehrtherapeuten standardmäßig durchführen zu lassen. .

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Mehrere Experten betonen hier noch einmal die Wichtigkeit des Masterabschluss als Voraussetzung. Wichtig erscheint auch hier die Bedeutung der Auswahlverfahren. Besonders hervorgehoben wird von mehreren Experten die Wichtigkeit von praktischen Erfahrungen mit Kindern, möglichst sollten schon Berufserfahrungen nach Studienabschluss vorliegen.

Fragen:

Welche Auswahlverfahren oder Zugangsvoraussetzungen betrachten Sie als unabdingbar (1=ja, 2 = nein)?

Für Psychologische Psychotherapeuten

- Auswahlverfahren durch die Institute
- Erstinterviews
- Berufserfahrung nach Studienabschluss

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

- Auswahlverfahren durch die Institute
- Erstinterviews
- Berufserfahrung nach Studienabschluss
- Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern

E. Bewertung der unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen für PP, KJP

Die Mehrzahl der Experten spricht sich für einheitliche Zulassungsvoraussetzungen (Master) für PP und KJP aus. Die bisherigen Unterschiede seien nicht nachvollziehbar, da die Arbeit mit Kindern keineswegs leichter sei und auch Elternarbeit, also Arbeit mit Erwachsenen, beinhalte. Einige Experten diskutieren allerdings, dass die unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen erhalten bleiben sollten. Grundsätzlich sei ein breites Spektrum zu begrüßen. Hier schlagen einige vor, nachweispflichtige Studieninhalte (z.B. für Pädagogen) zu definieren und Quereinstiege (Bachelorabschluss) zu ermöglichen.

Fragen:

1. Sollten einheitliche Zulassungsvoraussetzungen für PP und KJP eingeführt werden?
1 = ja / 2 = nein

F. Sind PP nach der Approbation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP? Bitte begründen!

Unter den Experten besteht in diesem Punkt ein klarer Konsens. Die PP seien für die Behandlung mit Kindern und Jugendlichen schlechter ausgebildet, insbesondere für die Behandlung mit Kindern. Es fehlten den PP u.a. Erfahrung im Umgang mit Kindern, fundierte Kenntnisse in Entwicklungspsychopathologie, sowie in speziellen Behandlungstechniken.

Fragen: s. Teil I, E

G. Sind PP nach der Approbation und mit Zusatzqualifikation (Psychotherapievereinbarung, KV) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Ihrer Erfahrung gleich, besser oder schlechter für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert wie die grundständig ausgebildeten KJP? Bitte begründen!

Die Expertenantworten teilen sich hier in 2 Gruppen. Die eine Hälfte der Experten ist der Meinung, dass PP auch mit Zusatzqualifikation deutlich schlechter für die Behandlung mit Kindern und Jugendlichen qualifiziert seien. Sie begründen dies vor allem mit der nicht ausreichenden Zahl praktischer Fälle. Die andere Hälfte der Experten diskutiert, die PP seien gleich gut qualifiziert, da diese umfangreicheres Wissen, z.B. über Störungen im Lebensverlauf, besitzen würden.

Fragen: s. Teil I, E

H. Mit welcher Berufsgraduierung sollen PP und KJP künftig abschließen (z.B. wie sollten sie vergleichsweise in das Besoldungssystem eingruppiert werden)?

Für Psychologische Psychotherapeuten:

Die Mehrzahl der Experten spricht sich für eine Einstufung analog den Fachärzten aus (EG 15TVöD, BAT Ib, mind. TVöD 14). Einige Experten plädieren für eine Einstufung nach TÖVD 13 (nach Masterabschluß).

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Hier ist die Mehrzahl der Experten für eine Einstufung der KJP Kollegen nach BAT Ib (analog dem Facharzt) (bzw. TVöD: mind. 14, bzw. TVöD EG 15). Einige Experten sprechen sich für eine Einstufung nach TÖVD 13, nach Master of science oder Promotion aus.

Fragen:

1. Sollten Psychologische Psychotherapeuten zukünftig facharztäquivalent besoldet werden (1 = ja/ 2 = nein)?
2. Sollten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zukünftig facharztäquivalent besoldet werden (1 = ja/ 2 = nein)?
3. Sollten Psychologische und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zukünftig gleich besoldet werden? (1 = ja/ 2 = nein)

I. Wie sollte die Psychotherapieausbildung zukünftig konzeptualisiert und gewichtet werden? (z. B. Ausbildung in einzelnen Verfahren, in Verfahrenskombinationen, eher störungsspezifisch, an Wirkfaktoren orientiert?)

Für Psychologische Psychotherapeuten

Dieser Punkt wird unterschiedlich diskutiert.

Die Mehrzahl der Experten spricht sich für ein Schwerpunktverfahren aus, wobei es wichtig sei, Kenntnisse in anderen Verfahren, Differentialdiagnostik, sowie störungsspezifische Besonderheiten und Wirkfaktoren zu vermitteln. Mehrere Experten wiederum halten Verfahrenskombinationen (Richtlinien-orientiert) für sinnvoll.

Eine andere Gruppe votiert für folgende Gliederung für alle Kandidaten der Psychotherapieausbildung: 1. Abschnitt: Allgemeine Psychotherapieausbildung (an Wirkfaktoren orientiert). Danach eine vertiefte Ausbildung in einem Verfahren und schließlich ein Abschnitt, der störungsspezifisch ausgerichtet sei sinnvoll.

Eine verfahrenskombinierte Ausbildung sei in 3 - 5 J. fundiert nicht leistbar

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Hier spricht sich die Mehrheit ebenfalls für ein Schwerpunktverfahren aus.

Einige Experten plädieren auch hier für eine Verfahrenskombination. Wichtig seien jeweils aber auch störungsspezifische Kenntnisse, personale Kompetenzen, Zusatzverfahren und Techniken.

Eine andere Expertengruppe votiert für folgende Gliederung für alle Ausbildungskandidaten: 1. Abschnitt allgemeine Psychotherapieausbildung (an Wirkfaktoren orientiert). Danach eine vertiefte Ausbildung für ein Verfahren und schließlich ein Abschnitt, der störungsspezifisch ausgerichtet sei.

Eine verfahrenskombinierte Ausbildung sei in 3 - 5 J. fundiert nicht leistbar!

Fragen:

Wie sollte die zukünftige Psychotherapieausbildung konzeptualisiert und gewichtet werden ? Bitte bringen Sie die genannten 5 Faktoren in eine Rangreihe (von 1 = Priorität bis 4 = nachgeordnet):

Für Psychologische Psychotherapeuten:

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1. | Ausbildung in einzelner Verfahren | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Ausbildung in Verfahrenskombinationen | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren und umfassende Kenntnisse in anderen Verfahren | <input type="checkbox"/> |
| 4. | störungsspezifische Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| 5. | wirkfaktorenorientierte Ausbildung | <input type="checkbox"/> |

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1. | Ausbildung in einzelner Verfahren | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Ausbildung in Verfahrenskombinationen | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren und umfassende Kenntnisse in anderen Verfahren | <input type="checkbox"/> |
| 4. | störungsspezifische Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
| 5. | wirkfaktorenorientierte Ausbildung | <input type="checkbox"/> |

J. Struktur der Ausbildung bzw. des Berufsweges (wie bisher, d.h. Ausbildung nach der Ausbildung (= 2. Beruf); Master- oder postgraduale Studiengänge; Direktausbildung, d.h. Erstausbildung mit „(Teil-) Approbation“ und Weiterbildung zum (KJ)-Psychotherapeuten; anderes...)

Für Psychologische Psychotherapeuten:

Zur Frage, ob bzw. in wie weit die Struktur der Ausbildung insgesamt verändert werden sollte votiert die Mehrzahl der Experten für eine Ausbildung nach der Ausbildung (sprich berufsqualifizierendem Studienabschluss), Postgraduale Studiengänge seien ergänzend sinnvoll.

Mehrere Experten betonen aber die Wichtigkeit, Teile der Ausbildung (z.B. Theorie) im Masterstudiengang zu absolvieren und auch an den Hochschulen anzusiedeln.

Eine weitere Gruppe spricht sich für eine Direktausbildung aus.

Die Frage des Masterabschlusses wird kontrovers diskutiert. Wenige Experten sprechen sich für einen eigenständigen Masterabschluss in Psychotherapie(wissenschaften) aus, einige Experten sind explizit dagegen.

Eine Gruppe schlägt folgende Struktur vor: die Hochschulausbildung verfahrensübergreifend, mit theoretischen Grundlagen, diagnostischen Basisfertigkeiten - Postgraduale Ausbildung PT, verfahrensspezifisch, Vertiefung der Persönlichkeits-, Störungs- u. Veränderungstheorie, Indikations-, Prozess- u. Veränderungsdiagnostik einschl. Evaluation von Behandlungsverläufen, Fähigkeit zur Realisierung von verfahrensspezifischen differentiellen Psychotherapie-Strategien (Einzel, Paare, Familien u. Gruppen), Qualifikation zu präventiver und rehabilitativer Tätigkeit. Zu den ansonsten diskutierten Modellen zählt auch die Medizinorientierung der Ausbildung im Sinne einer Vorverlegung der Approbation (Abschluß des Studiums) mit nachfolgender Weiterbildung.

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Viele Experten plädieren für die gleiche Struktur wie oben. Die übrigen Experten diskutieren diesen Punkt sehr unterschiedlich. Eine Expertengruppe plädiert für eine Ausbildung nach der Ausbildung, eine andere Gruppe ist für eine Direktausbildung. Eine gleiche Zahl von Experten spricht sich jeweils für einen Master bzw. einen Bachelorabschluss aus. Eine weitere Gruppe fordert andere Lösungen.

Fragen:

Welche Ausbildungsstruktur hat für Sie die höchste Priorität (bitte jeweils nur eine Antwort ankreuzen)?

Für Psychologische Psychotherapeuten

1. Ausbildung nach der Ausbildung (wie bisher)
2. postgradualer universitärer Studiengang
3. Direktausbildung („Studium“)
4. Vorverlegung der Approbation mit nachfolgender Weiterbildung
5. Anderes, bitte nennen

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

1. Ausbildung nach der Ausbildung (wie bisher)
2. postgradualer universitärer Studiengang
3. Direktausbildung („Studium“)
4. Vorverlegung der Approbation mit nachfolgender Weiterbildung
5. Anderes, bitte nennen

Sollte als Abschluss der PP ein Masterdegree vergeben werden? (1 = ja / 2 = nein)

Sollte als Abschluss der KJP ein Masterdegree vergeben werden? (1 = ja / 2 = nein)

K. Verortung der Durchführung der Ausbildung (z.B. universitäre Studiengänge, universitätsverzahnte -privatrechtliche- Institute, private Ausbildungsinstitute; ggf. Aufteilung welcher Bausteine auf unterschiedliche Institutionen?)

Die Mehrzahl der Experten möchte die Vielfalt der Ausbildungsstrukturen beibehalten, möglicherweise seien Teile der Theorieausbildung in das vorausgehende Studium vorzuverlegen. Sie fordern eine gute Kooperation zwischen Theorie und Praxis. Eine Expertengruppe spricht sich für eine rein universitäre Verortung aus, eine andere Gruppe votiert für eine notwendigerweise „universitätsverzahnte“ Verortung.

Einige andere Experten sprechen sich für private und universitätsverbundene- privatrechtliche-Institute aus.

Fragen:

Welchem Verortungsmodell der Ausbildung würden Sie Priorität einräumen (bitte nur eine Angabe):

1. Nebeneinander verschiedener Organisationsformen wie bisher

2. Notwendige Kooperation privatrechtlicher Institute mit universitären Studiengängen

3. Ausschließlich universitäre Studiengänge

L. Verteilung von Ausbildungsstätten (z.B. Anzahl pro Einwohner)

Die Mehrheit der Experten spricht sich für die Marktregulierung aus, einige Experten fordern zusätzlich eine staatliche Förderung für die Gründung von Ausbildungsinstituten in unterversorgten Gebieten (z.B. neue Bundesländer)

Fragen:

Sehen Sie einen Regulierungsbedarf bei der Verteilung von Ausbildungsstätten

(1 =ja/ 2 = nein)?

M. Sollten die Ausbildungsinstitute an Universitäten angebunden werden? Wenn ja, in welcher Form?

Die Mehrzahl der Experten hält dies für möglich, aber nicht für zwingend, eine Kooperation wird für sinnvoll erachtet. Die Dozenten der Universitäten und Ausbildungsinstitute sollten an beiden Orten Vorlesungen/Seminare durchführen.

Eine Gruppe Experten befürwortet dies, es sei mehr Forschung möglich, sowie eine evidenzbasierte Ausbildung. Die Institute könnten mit Psychologischen und Psychosomatischen Abteilungen verzahnt werden. Eine kleine Gruppe spricht sich klar dagegen aus.

Fragen: s. Fragen bei K.

N. Welche Mindestanforderungen sollten an Ausstattung und Qualitätssicherung von Ausbildungsinstituten gestellt werden?

Die Mehrzahl der Experten halten regelmäßige verbindliche QS-Maßnahmen (extern und intern) für wichtig. Folgende Vorschläge werden hierzu gemacht: eine Ausbildungsteilnehmerbefragung (anonym); Qualitätszirkel; Evaluation (Fremd/Selbst); Evaluation der Lehre; Lehrende müssen über ausreichende therapeutische Erfahrung verfügen; Mindeststandards für Anzahl und Qualifikation der Dozenten, Supervisoren und SE-Leiter.

Eine weitere große Gruppe der Experten meint, dass die Ausstattung bereits durch das PsychThG festgelegt wird. Hier legt eine Gruppe Wert auf eine gute räumliche Ausstattung (altersgerecht, Elternbereich, Behandlungsräume), eine andere betont die Wichtigkeit der altersgerechten Ausstattung bei Instituten für Kinder, sowie geeignete Räume für Angehörige. Eine angemessene Ausstattung mit Computer, Video etc. sei wichtig.

Fragen:

Welche Mindestanforderungen an Ausstattung und Qualitätssicherung der Ausbildungsinstitute halten Sie für unabdingbar ?

- regelmäßige Befragungen der Ausbildungsteilnehmer (intern)
- regelmäßige Befragungen der Ausbildungsteilnehmer (durch unabhängige Externe)
- regelmäßige Befragungen der Ausbilder (intern)
- regelmäßige Befragungen der Ausbilder (durch unabhängige Externe)
- Evaluation der Ausbildungsergebnisse (intern)
- Evaluation der Ausbildungsergebnisse (extern)
- Teilnahme an Qualitätszirkeln der Institute
- Definition von Mindestvoraussetzungen an die Anzahl der Ausbilder
- Definition von Mindestvoraussetzungen an die Qualifikation der Ausbilder
- Definition einer räumlichen und apparativen Minimalausstattung der Institute

O. Sollten Ausbildungsstätten künftig zertifiziert werden (ggf. durch wen)?

Eine Gruppe Experten spricht sich mit einem klaren Nein dagegen aus.

Eine größere Gruppe meint die Anerkennung der Landesbehörden sei ausreichend.

Die Mehrzahl der Experten befürwortet diese Frage (z.B.: durch Akkreditierungsagenturen; durch die Landesprüfungsämter in Kooperation mit Landes PT Kammern; durch Psychotherapeutenkammern; durch das Gesundheitsministerium oder durch eine Zertifizierung durch ein unabhängiges Institut oder durch Beiräte).

Fragen:

1. Sollten Institute zukünftig zertifiziert werden (1 = ja/ 2 = nein)?
2. Sollten in regelmäßigen Abständen ein Rezertifizierungsverfahren erfolgen (1 = ja/ 2 = nein)?
3. Wer sollte ggf. die Zertifizierung durchführen (bitte nur eine Angabe) ?
 - Landesprüfungsämter
 - Landespsychotherapeutenkammern
 - Gesundheits- oder Sozialministerium der Länder
 - Unabhängige Akkreditierungsinstitute
 - Beiräte

P. Bewertung der Kosten der Ausbildung und Förderung (z. B. Höhe der Kosten, BAföG)

Die Mehrzahl der Experten plädiert für eine Finanzierungsmöglichkeit über Bafög (Meisterbafög).

Eine Gruppe Experten spricht sich dafür aus, die Ausbildung kostengünstiger zu gestalten, betont aber die Wichtigkeit der Beibehaltung der bisherigen Strukturen.

Eine große Expertengruppe votiert für eine standardmäßige Vergütung der Praktischen Tätigkeit.

Fragen: s.a. Frage C in Teil I

- Sollte Bafög als Regelfinanzierung im Rahmen der Ausbildung eingeführt werden (1 = ja/ 2 = nein) ?
- Sollte es angestrebt werden, die Ausbildung bei gleichem Standard kostengünstiger anzubieten (1 = ja/ 2 = nein)?

Q. Ausbildung/Qualifikation von Lehrkräften, Selbsterfahrungsleiter(innen) und Supervisor(inn)en (bitte ggf. getrennt beschreiben)

Für Psychologische Psychotherapeuten:

Die Mehrzahl der Experten spricht sich bei den Supervisoren dafür aus, die formale Qualifikationsanforderung von 5 Jahren Berufstätigkeit zu belassen, wie es die APrVen und die Richtlinien der Fachgesellschaften vorsehen. Eine kleinere Untergruppe Experten wünscht eine Erstellung von SupervisorInnen.-Qualifikationskatalogen, wieder eine andere erwartet breite praktische Erfahrung der Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter. Eine kleinere Gruppe Experten betont die Wichtigkeit curricularer Angebote und die Anerkennung als Ausbilder erst nach einer Weiterbildung zum Ausbilder. Eine weitere Expertengruppe fordert, dass Ärzte als Selbsterfahrungsleiter und Supervisoren anerkannt werden sollten. (nur Ärzte seien in der Lage Effekte z. B. einer medikamentösen. Begleittherapie oder einer Behinderung des Pat. auf den Psychotherapieprozess zu beurteilen).

Für die Lehrkräfte erwartet eine große Anzahl der Experten eine Approbation als PP und 3 Jahre klinische Praxis. Andere fordern zusätzlich erworbene Didaktik-Kenntnisse (Hochschuldidaktik), und Anerkennung nur für Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut(inn)en, die zum Zeitpunkt der Lehre selbst psychotherapeutisch im zu vermittelnden Verfahren tätig sind.

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Die Mehrzahl der Experten macht für die Supervision gleiche Angaben wie bei PP, ein größere Gruppe Experten hält die bisherige Regelung für ausreichend.

Eine etwas kleinere Anzahl Experten fordert für die Supervisoren eine Ausbildung in Gruppensupervision sowie eine langjährige Erfahrung im Schwerpunktverfahren. Einige Experten fordern, dass der Supervisor und Selbsterfahrungsleiter auch KJPLer sei. Eine Gruppe votiert für einen Kinderpsychiater im Lehr- und Supervisorenteam als Fachberatung für medizinische Fragen.

Eine kleinere Expertengruppe meint die Ausbildung und Qualifikation von Dozenten sollte sich mindestens an die bisher geltenden Standards halten.

Fragen:

Sind neue Qualifikationsrichtlinien für

- Lehrkräfte
 - Selbsterfahrungsleiter(innen)
 - Supervisor(inn)en
- zu erarbeiten (1= ja/ 2 = nein) ?

R. Welche medizinischen Inhalte sollten unbedingt in die Ausbildung integriert werden?

Eine große Gruppe Experten votiert für die weitergehende Integration von Psychopharmakakennnissen (u. a. Indikationen, Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka) in die Ausbildung. Verschiedene etwa gleich große Gruppen sind für die Integration folgender Inhalte: Psychiatriekenntnisse, Kenntnisse über neurologische Krankheitsbilder (Neurowissenschaften/-biologie), Kenntnisse der Psychosomatik, sowie Wissen über Physiologie (Neuro- und Psychophysiologie). Eine kleinere Gruppe von Experten erwartet eine Integration medizinischer Inhalte insoweit, dass PP und KJP wüssten, wann frühzeitig Ärzte zuzuziehen seien und insgesamt mehr Kooperation mit Medizinern. Eine andere Gruppe hält die jetzige Regelung für ausreichend.

Für KJPs erwartet eine kleine Gruppe: weitergehende Kenntnisse über Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen, Kenntnisse über Psychopharmaka, Wissen über hirnorganische / hirnhysiologische Grundlagen; Suchtstörungen und Substanzwirkungen.

Fragen:

Sollte in den folgenden Bereichen eine Ausweitung bei der Vermittlung von Ausbildungsinhalten erfolgen (1 = ja/ 2 = nein)?

- Psychopharmakologie
- Psychiatriekenntnisse
- Psychosomatikkenntnisse
- Kenntnisse zu neurologischen Krankheitsbildern
- Kenntnisse in Neuro- und Psychophysiologie
- Kenntnisse zu Suchtstörungen und Substanzwirkungen

Sollte in der Ausbildung stärker auf Indikationskenntnisse und Kooperationsmöglichkeiten/ -notwendigkeiten in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärzten eingegangen werden (1 = ja/ 2 =nein)?

S. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Psychopharmaka zu verschreiben (Begründung)?

Die Mehrzahl der Experten votiert dagegen. Eine Anzahl Experten betont hierzu, dass die Verschreibung von Psychopharmaka Sachverstand bezüglich Pharmakologie und unerwünschter Arzneimittelwirkung voraussetzt, die ausschließlich durch die medizinische Approbation gegeben sei. Beibehaltung der derzeitigen Rechtslage sei auch aus haftungsrechtlichen Gründen notwendig.

Einige Experten diskutieren, dass Medikamentenverschreibung die Therapeut-Patient-Beziehung beeinflusst (Übertragung/Gegenübertragung), daher sei die Einschaltung eines „Dritten“ sinnvoll.

Eine große Gruppe der Experten spricht sich für Medikamenten-Verschreibung aus, hier betonen Einige als Voraussetzung eine entsprechende Weiterbildung.

Diskutiert wird auch, dass diese Interventionen für Leitende Psychologen in Kliniken sinnvoll sei. Insgesamt sei dies eher auf den klinischen Bereich zu beziehen.

Fragen:

Sollten PP und KJPP die Berechtigung erhalten, Psychopharmaka zu verschreiben

(1 = ja/ 2 = nein)?

Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul im Rahmen der Psychotherapieausbildung

Voraussetzung (1 = ja/ 2 = nein)?

Sollte diese Intervention nach einer entsprechenden Weiterbildung/Zusatzqualifikation möglich

sein (1 = ja/ 2 = nein)?

T. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen vorzunehmen (Begründung)?

Ein große Gruppe der Experten votiert dagegen..Begründet wird dies von einigen damit, dass in die therapeutische Beziehung ein "Machtfaktor" eingeführt würde, der vermeidbare Beziehungsprobleme mit sich bringen könnte, ein „Triangulierender Dritter“ sei sinnvoll.

Einige Experten meinen die Stigmatisierungsgefahr der Krankschreibung sei weniger beeinträchtigend, wenn nicht direkt auf die durchgeführte Psychotherapie zu schließen sei.

Die Mehrzahl der Experten spricht sich für das Krankschreiben aus. Diskutiert wird, dass dies bei Ausweitung der Ausbildung oder nach einer curricularen Fortbildung möglich sei.

Eine Gruppe Experten meint, die behandelnden Psychotherapeuten würden Patienten. besser kennen und hätten mehr Erfahrung mit ihnen.

Fragen:

Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen vorzunehmen

(1 = ja/ 2 = nein)?

Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul Voraussetzung (1 = ja/ 2 = nein)?

Sollte dies nach einer ergänzenden Qualifikation nach der Ausbildung möglich sein

(1 = ja/2 = nein)?

U. Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Einweisung/gesetzliche Unterbringung in psychiatrische(n) Kliniken einzuleiten (Begründung)?

Die Mehrzahl der Experten spricht sich dafür aus, dies erleichtere die sektorübergreifende Behandlung, insbesondere bei akuter Suizidalität. Außerdem verhindere es eine parallele Behandlung. Häufig würden Unterbringungsprozesse ärztlicherseits eingeleitet, ohne dass von ärztlicher Seite der Kontakt zum behandelnden PP/KJP gesucht würde. Einige Experten meinen Psychotherapeuten könnten wesentlich besser die Verfassung von Patienten und die Notwendigkeit einer Unterbringung beurteilen als ein Arzt, der Patienten nicht kenne und vielleicht nicht über die entsprechenden psychodiagnostischen Fertigkeiten verfüge.

Eine große Gruppe der Experten votiert dagegen. Sie diskutieren, die Voraussetzungen verlangten den kompetenten Arzt (mache Sinn wegen DD, anderer möglicher Maßnahmen etc.). Der hoheitsrechtliche Weg qua Psych-KG sei sowieso immer möglich einzuleiten. Bei Kindern könne ein KJP-Th Unterbringung (in Jugendhilfe, 1631b BGB) sowieso attestieren, in die Klinik sei fraglich.

Fragen:

Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Einweisungen in psychiatrische oder psychosomatische Kliniken einzuleiten (1 = ja/ 2 = nein)?

Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, gesetzliche Unterbringungen in psychiatrische Kliniken einzuleiten (1 = ja/ 2 = nein)?

Ist dafür ggf. ein eigenständiges Ausbildungsmodul Voraussetzung (1 = ja/ 2 = nein)?

V. Rolle und Funktion der Aufsichtsbehörden (z.B. Landesprüfungsämter) oder: Wer sollte zukünftig die PP-Ausbildung kontrollieren?

Hier sieht die Mehrzahl der Experten keinen Änderungsbedarf.

Eine kleine Gruppe der Experten meint, die Kammern seien geeignet die Aufsicht über die Ausbildung (nicht nur über die Berufsausübung) zu haben. Eine etwas größere Expertengruppe wünscht sich eine intensivere Zusammenarbeit mit den Landesprüfungsämtern. Eine kleine Gruppe sähe die Aufsicht über die Ausbildungsinstitute gut durch eine unabhängige Instanz (z.B. Beiräte mit psychotherapeutischer Fachkompetenz) gegeben.

Fragen:

Wer sollte zukünftig die PP- und KJP-Ausbildung kontrollieren (bitte nur eine Angabe)?

- Landesprüfungsämter
- Landespsychotherapeutenkammern
- unabhängige Zentralinstitute oder Beiräte

W. Für welche Arbeitsfelder (z.B. in Institutionen mit bestimmten Zielgruppen) sollte zukünftig vermehrt ausgebildet werden?

Für Psychologische Psychotherapeuten:

Hier gab es sehr viele Einzelaussagen. Eine größere Expertengruppe sieht einen vermehrten Bedarf in der Ausbildung, Kenntnisse über Persönlichkeitsstörungen zu vermitteln.

Ein weiterer großer Ausbildungsbedarf wird von einer Gruppe für die Arbeit mit älteren Menschen gesehen, u. a. mehr Ausbildung direkt für die Gerontopsychotherapie und – psychiatrie.

Eine weitere Gruppe wünscht mehr Ausbildung für Patienten mit Behinderungen.

Eine große Anzahl der Experten wünscht sich eine bessere Ausbildung für die Suchtbehandlung.

Eine gleich große Anzahl sieht Bedarf in der Prävention.

Eine weitere Gruppe Experten möchte mehr Ausbildung im Rehabereich.

Einige Experten halten eine bessere Ausbildung für den forensischen Bereich für wichtig.

Eine kleinere Gruppe Experten findet es wichtig sich in der Ausbildung mit Nichtsesshaften/Wohnungslosen zu beschäftigen. Eine Anzahl Experten sieht Bedarf bei (schwer traumatisierten) Migranten. Wieder eine kleinere Anzahl würde sich mehr Ausbildung im Bereich chronisch kranker Menschen wünschen (psychisch/körperlich).

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten:

Auch hier gab es viele Einzelaussagen. Eine große Zahl der Experten sieht Bedarf im Bereich Beratung (Familie, Erziehung, Bildung). E

ine Anzahl Experten wünscht mehr Ausbildung für die Arbeit in Jugendhilfeeinrichtungen mit therapeutischem Schwerpunkt, Familienberatungsstellen, Jugendhilfe, Familientherapie.

Eine kleinere Gruppe sieht Bedarf für den Bereich JVA.

Eine größere Expertenzahl hält eine bessere Ausbildung in der Prävention (Gewaltprävention) für wichtig.

Eine weitere Gruppe der Experten möchte mehr Ausbildung für den Bereich der frühen Suchtentwicklung.

Eine kleinere Anzahl Experten spricht sich für eine bessere Ausbildung in der Rehabilitation aus, wieder eine andere möchte mehr Ausbildung in der Psychotherapie von Kleinstkindern und deren Eltern.

Fragen:

Für welche Arbeitsfelder sollte zukünftig vermehrt ausgebildet werden?

Für Psychologische Psychotherapeuten (bitte bringen Sie die Nennungen in eine Rangreihe von 1 = Priorität bis 9 = nachrangig, bei gleicher Wichtigkeit gleiche Ränge vergeben)

- Persönlichkeitsstörungen
- ältere Menschen
- Behinderungen (geistige?/körperliche?)
- chronisch Kranke
- Suchttherapie
- Prävention
- Rehabilitation
- Forensik
- Nichtsesshafte/Wohnungslose
- Migranten

Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (bitte bringen Sie die Nennungen in eine Rangreihe von 1 = Priorität bis 8 = nachrangig, bei gleicher Wichtigkeit gleiche Ränge vergeben):

- Beratung (Familie, Erziehung, Bildung)
- Jugendhilfeeinrichtungen
- Familientherapie
- Forensik
- Prävention und Gewaltprävention
- Sucht
- Rehabilitation
- Kleinstkinder und deren Eltern
- Migranten
- Kinderarmut (Resilienzfaktoren)

X. Welche Ergänzungsqualifikationen (EQ) für die ambulante/stationäre Versorgung sollten künftig in die Ausbildung integriert werden? (heute laut. Psychotherapierichtlinien z.B. Entspannungsverfahren, Kinder- und Jugendlichenbehandlung, Gruppentherapie)

Die Mehrzahl der Experten fordert, dass die *Gruppentherapie* integriert werden solle. Einige Experten fordern weiter eine EQ in der *Therapie mit Migranten* (unter Einbeziehung von Sprachmittlern)

Eine größere Anzahl der Experten hält eine EQ im Bereich *Entspannung* für wichtig (u.a. Hypnose; Hypnotherapie), dagegen diskutiert eine etwas kleinere Gruppe, Entspannungsverfahren seien nur in Ansätzen in der Psychotherapieausbildung zu lehren.

Eine andere Anzahl Experten fordert, dass die Ergänzungsqualifikationen mehr *störungsspezifisch* auszurichten seien. Wieder eine Gruppe Experten hält die *Pharmakotherapie* (mit Berechtigung zur pharmakologischen Behandlung, evtl. auch in Form einer Weiterbildung) für wichtig.

Eine kleine Gruppe wünscht sich mehr *suchtspezifische* Qualifikationen.

Eine weitere Expertenzahl wünscht sich mehr EQ in der *Familientherapie* und im Bereich der *Therapie mit Kindern und Jugendlichen*.

Eine kleine Expertengruppe merkt an, die EQ könnten im Rahmen der freien Spitze geschehen. (z. B. Entspannungsverfahren, Gruppentherapie, jedoch mit Vorgaben des Umfangs und ohne Ersatz für die Ausbildung (z. B. getrennte Supervision usw.).

Fragen:

Welche Ergänzungsqualifikationen sollten zukünftig in die Ausbildung integriert werden ? Bitte bringen Sie die Aspekte in eine Rangreihe von 1 = Priorität bis 6 = nachgeordnet, gleicher Rang=gleiche Zahl:

- Gruppentherapie
- Entspannungsverfahren
- störungsspezifische Ergänzungsqualifikationen
- Pharmakotherapie
- Sucht
- Familientherapie
- Kinder- und Jugendlichentherapie
- Psychotherapie mit Migranten

Y. Anmerkungen zur Delphi-Expertenbefragung

Die Mehrzahl der Experten hielt die Delphi-Befragung I für „in Ordnung“. Einige hielten sie für zu lang, andere fragen, ob eine mündliche Anhörung geplant sei. Eine kleine Gruppe fand die Fragen unklar und z.T. redundant. Einige Experten erwarten eine transparente und genaue Darstellung des Datenrohmaterials, der einzelnen Auswertungsschritte und der Ergebnisse. Eine Gruppe der Experten hielt die Fragestellungen für zu eng und für zu geschlossen, eine weitere mahnte eine aus ihrer Sicht unangemessene Beschränkung des Antwortumfangs an.

Zum Abschluss bitten wir Sie zunächst die beiden folgenden Fragen zu beantworten:

1. Geben Sie eine kurze Einschätzung, wie sich das PTG innerhalb der 10 Jahre seines Bestehens bewährt hat und wo die wesentlichen Veränderungsnotwendigkeiten zu sehen sind.

2. Wenn der Gesetzgeber nun über eine Novellierung des PTG nachdenkt, sollte diese Novellierung eine grundlegende Strukturänderung anstreben (völlige Neuordnung der Ausbildung und deren Verankerung) oder halten Sie eine "Systemoptimierung" für angemessen.

Zum Abschluss bitten wir Sie, die Ihrer Auffassung und Fachkompetenz nach 5 wichtigsten Einzelaspekte aus Teil I und/oder Teil II der Delphi-Befragung ergänzend zu diskutieren.

Bitte verwenden Sie hierzu die begrenzten, unten stehenden Textfelder und geben Sie initial den Buchstaben von Teil I oder Teil II der Delphi-Befragung an, auf den Sie Bezug nehmen möchten:

Aspekt 1:

Aspekt 2:

Aspekt 3:

Aspekt 4:

Aspekt 5:

...

12. Erhebung zur Situation der Psychotherapie in anderen (EU-)Ländern

Jena, Germany, May 20, 2008

Dear colleague(s),

a group of researchers in Germany that I represent is currently working to provide an expertise for the German Ministry of Health related to the training of psychotherapists in our country. We are asked to evaluate and describe the current training situation in Germany and make proposals for the future.

One of the specific tasks in our expertise will be to compile an overview of structural and practical features of psychotherapeutic training in other countries, including all EU states, as well as selected others.

For this purpose, we have developed this short questionnaire. It focuses on a number of specific characteristics of psychotherapeutic training in other countries that are of interest for our study and necessary to compare the training situation in different parts of the world.

We would greatly appreciate if you could complete the questionnaire and return it soon to the address below.

You would help us a lot! In case of your participation, we will mention your name in our expertise. We will, of course, provide the results of our survey to all participants. If you think that you are insufficiently informed to complete the questionnaire validly, you might ask colleagues for assistance, or forward the questionnaire to others.

With our appreciative thanks for your efforts,

Bernhard Strauss

<p>Please return this questionnaire via Telefax: + 49 – 3641 - 936546 or e-mail: Bernhard.strauss@med.uni-jena.de</p>

Prof. Dr. Bernhard Strauss, Dipl. Psych., Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Stoystrasse 3
D 07740 Jena, Germany
Tel.: +49 3641 936501 (936700)

Sender (name, address, email): _____

Your position and official function(s) within the system of psychotherapeutic training in your country:

Name of the country you represent: _____

Which of the following professions may be admitted to training and specialize as psychotherapists for adults, children/adolescents or both?

Profession	Adults	Children/ Adolescents
Medical doctor		
Psychologist		
Teacher/Educator		
Social worker		
Nurse		
Clergyman		
Sociologist		
Other:		
Other:		

Is there a clear differentiation between “medical psychotherapy” represented by medical doctors with a psychiatric/psychosomatic specialization and “non-medical psychotherapy” represented by (clinical) psychologists etc.?

yes no

Please specify the major differences:

Are there any legal regulations on admission to psychotherapeutic training in your country?

yes no

If yes, since 19__/20__

Please specify the name and sources of the legal regulations (if available: URL)

If no, are there any plans to introduce legal regulations in the near future?

- yes no

Do the regulations in your country apply to the entire country?

- yes
 no, it applies for (e.g. states) _____

Does your country (or the states in your country) have a central regulatory agency organizing and controlling psychotherapeutic training?

- yes no

Name of the agency: _____

Does your country have a “council” or “chamber” for psychotherapists?

- yes no

Name: _____

Is the title “psychotherapist” legally protected?

- yes no

Is there an official differentiation with respect to adult psychotherapy and child/adolescent psychotherapy?

- yes, different training
 yes, different practice
 same basic training, additional courses for child/adolescent psychotherapy
 same basic training, additional courses for adult psychotherapy
 no

Are there any differences concerning the degree (Bachelor, Master etc.), necessary to start with a psychotherapeutic training for the adult and the adolescent/child care sector?

- yes no

Please describe: _____

Is there an age limit for the beginning of a psychotherapeutic training?

- yes, _____ years
 no

Is individual eligibility important for admission to psychotherapeutic training in general?

- yes no

For admission to a specific psychotherapeutic training?

Training in: _____

If yes, how is it usually assessed (e.g. Interview[s])? _____

Where does psychotherapeutic training predominantly take place?

- Private Institutes
 Public Institutes
 Universities

Are Bachelor degrees sufficient for admission to psychotherapeutic training?

- yes no Comments: _____

Are there any specific degree programs at universities of your country which enable graduates to practice psychotherapy?

- yes no

If yes, please list examples of universities and programs if possible:

If psychotherapeutic methods are officially accepted (integrated in the public health care system) in your country, which ones are?

Methods	Training	Practice*	Comments
Cognitive-Behavioral Psychotherapy			
Psychoanalysis			
Psychodynamic Psychotherapy			
Client-(person)-centered psychotherapy			
Psychodrama			
Gestalt-Therapy			
Existential Analysis			
Logotherapy			
Systemic Psychotherapy			
Family Therapy			
Process-Experiential Therapy			
Bodywork therapy:			
Katathym imaginative therapy			
Transactional analysis			
Other, please specify			

*, psychotherapists with this specialization are allowed to practice within the public health system

Which institution(s) are responsible for deciding on psychotherapeutic methods in your country?

Is the training different for different methods (qualitatively or quantitatively)?

Please specify:

Are psychologists (or other nonmedical professionals) with a psychotherapeutic training allowed to prescribe psychotropic drugs?

yes no

Are there any discussions related to this issue?

yes no

Are psychologists (or other nonmedical professionals) with a psychotherapeutic training allowed to directly refer patients to psychiatric institutions?

yes no

Are there any discussions related to this issue?

yes no

Do psychologists (or other nonmedical professionals) with a psychotherapeutic training need to have a referral from a general practitioner or an other medical doctor to take a patient into treatment?

yes no

Additional Comments:

If applicable, please state alternative contact information for our further inquiries or further information:

THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR PROFESSIONAL SUPPORT!

Prof. Dr. Bernhard Strauss

F. Stellungnahmen und Kommentare

Tabelle: Auflistung der an die Gutachtergruppe herangetragenen Stellungnahmen zu Fragen des Forschungsgutachtens

Gruppe	Inhalt
AG Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP)	Mindeststandards für pädagogische und sozialpädagogische Studiengänge
Bundeskongress für Erziehungsberatung e.V.	Erziehungsberatungsstellen als Praktikumsorte im Rahmen der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten
Bundesarbeitsgemeinschaft der Trägerverbände für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	Anschreiben zur Frage eines Mindestabschlusses als Voraussetzung für die Ausbildung
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	Stellungnahme zum Forschungsgutachten zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Voraussetzung zur Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie und Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)	Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 5 Abs. 2 PsychThg - Mindestanforderungen an qualifizierende Studiengänge + Anschreiben
Prof. Dr. iur. Thorsten Kingreen für die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPV)	Rechtsgutachten für die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung – Der rechtliche Rahmen für eine Reform der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie
Jörn Gleiniger, Rechtsanwalt	Anmerkungen zum Kingreen-Gutachten
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT) und der Ausbildungsverbund der DGVT	Das Tübinger Modell – Eckpunkte zur Revision der psychotherapeutischen Ausbildung nach dem PsychThG
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	Empfehlungen der DGPPN an Chefarzte psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken zur Gestaltung der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten
Gruppenanalyseseminare e.V. (GRAS)	Einbeziehung der Gruppenpsychotherapie in das Forschungsgutachten des BMG zur zukünftigen Ausbildung von PP und KJP
Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie – HochschullehrerInnen im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie	Veränderungsbedarf des Psychotherapeuten-Gesetzes
Ressort Psychotherapie in Institutionen	Fachliche Argumente für die Zulassung von Beratungsstellen als Praktikumsort für die praktische Tätigkeit im Rahmen der Psychotherapieausbildung
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.	Reform der Psychotherapieausbildung – Erfordernis des Masters als einheitliche Zugangsvoraussetzung
Universitäre Ausbildung für Psychotherapie e.V. (unith)	Stellungnahme zu zentralen Fragestellungen des Forschungsgutachtens zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	Reform der Psychotherapieausbildung – Vorschläge der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) zur Reform des Psychotherapeutengesetzes

Stellungnahme 1

AG Zugang zur Ausbildung in Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP)

Betr.: Profil der Sozialberufe bei der Zulassung zur staatlich anerkannten Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ("Mindest-Standards")

1. Die bisherige Situation

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1998, das nur für den nicht-ärztlichen Bereich gilt, etablierte zwei neue Heilberufe: den Psychologischen Psychotherapeuten (PPT) und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Während der erstgenannte Beruf den Diplom-PsychologInnen vorbehalten ist, sind beim letzteren auch Sozialberufe zur staatlich anerkannten Ausbildung, die zu einer Approbation führt, zugelassen. Hierzu zählen vor allem Absolventen mit Studienabschlüssen in Sozialpädagogik, Pädagogik und Heilpädagogik (jeweils Universität oder Fachhochschule). Darüber hinaus haben die Länderbehörden in unterschiedlicher Weise weitere Sozialberufe zugelassen. Mit dieser Regelung vollzog der Gesetzgeber die ohnehin von Anfang an bestehende Situation nach, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland maßgeblich von PädagogInnen entwickelt und praktiziert wurde und wird.

Obwohl das PsychThG eindeutig von der Gleichwertigkeit der psychologischen und pädagogischen Berufe bei der Zulassung ausgeht, gab es hin und wieder berufspolitisch motivierte Diskussionen über den Kreis der zuzulassenden Berufe, die sich hauptsächlich um die Frage drehte, welcher Beruf wie viele klinisch relevante Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Patienten für die Ausbildung mitbringt.

2. Die neue Situation: Studienreform Bachelor/Master

Bei der Festlegung der zuzulassenden Berufe war das PsychThG davon ausgegangen, dass das Diplom (Uni oder FH) oder ein gleichwertiger Abschluss für die Zulassung notwendig ist. Zwar taucht in der Gesetzesformulierung der Begriff „Diplom“ nicht auf; jedoch haben sich alle Länderbehörden auf den Diplom-Abschluss verständigt. Aufgrund des Bologna-Prozesses und den damit eingeleiteten Studienreformen wird es an den Hochschulen jedoch zunehmend weniger Diplom-Studiengänge und stattdessen Bachelor- und Master-Studiengänge geben. Dadurch entstand die Diskussion, ob ein Bachelor of Arts (BA) bzw. Bachelor of Science (BSc) oder aber ein Master of Arts (MA bzw. Master of Science (MSc) für die Zulassung gefordert werden soll.

Obwohl der Bachelor-Abschluss gemeinhin als der erste berufsqualifizierende Abschluss gilt, haben sich inzwischen aus guten Gründen die relevanten psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, die Psychotherapeutenkammern und die universitären Psychologie-Institute darauf verständigt, dass nur der Master-Abschluss als neues Zulassungskriterium in Frage kommt. Denn nur so wäre eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen etc.) möglich und sinnvoll. Diese Auffassung scheinen sich auch zunehmend die Länderbehörden zu eigen zu machen, so dass es notfalls eine vom Bundesgesetzgeber durchgeführte Anpassung des PsychThG zur Klarstellung dieser Frage geben könnte.

Während bei den psychologischen Studiengängen aufgrund ihrer stärkeren Einheitlichkeit dazu übergegangen wurde, einen einheitlichen Master-Abschluss (MSc), der ein bestimmtes Maß an klinisch-psychologischen Inhalten aufweist, den Hochschulen für die Zulassung zu empfehlen, gibt es diese Einheitlichkeit bei den pädagogisch-sozialen Studiengängen in dieser Form nicht, vielmehr sind die Master-Abschlüsse relativ heterogen. Damit stellt sich die Frage, ob die pädagogisch-sozialen Master-Abschlüsse nicht ebenfalls ein bestimmtes Profil beinhalten sollten, um die Zulassung zur staatlich anerkannten KJP-Ausbildung bei einer eventuellen Novellierung des PsychThG nicht zu gefährden.

3. Die Initiative der AZA-KJP

Die Frage, wie unter den neuen Bedingungen der Studienreform und mit Blick auf die Standards der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie-Ausbildung die Zulassung der Sozialberufe gesichert werden kann, war Ausgangspunkt einer Initiative von Mitgliedern der

Bundespsychotherapeutenkammer, der Fachhochschulen (Hochschullehrern) und des Fachbereichstages Soziale Arbeit, die sich 2005 konstituierte. Schnell entwickelte sich diese Initiative zu einer „Arbeitsgemeinschaft für die Zulassung zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (kurz: AZA-KJP), an der VertreterInnen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (Federführung), des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit, des Berufsverbandes der Heilpädagogen, der Psychotherapeutenkammern, der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände, der Fachhochschulen, der Fachbereichstage Soziale Arbeit und Heilpädagogik sowie der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit und einiger Ausbildungsinstitute für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie teilnahmen.

Nach ausführlichen Diskussionen wurde festgestellt, dass nur der Masterabschluss (M.A.) die weitere Zulassung der Sozialberufe garantieren kann. Die außerordentlich große Heterogenität der konsekutiven und Weiterbildungs-Master sollte durch einen Kriterienkatalog für solche Masterstudiengänge eingedämmt werden, die an einer Zulassung der AbsolventInnen zur Ausbildung in KJP interessiert sind. Dieser Kriterienkatalog mit dem Titel: „Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen (M.A.) in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik“ ist angefügt. Die aufgelisteten 4 Studienbereiche erscheinen aus fachlicher Hinsicht als ein notwendiges Minimum und sollen insgesamt in einem Mindestumfang von 18 ECTS in solche Masterstudiengänge aufgenommen werden, die die weitere Zulassung der Sozialberufe anstreben. Die Aufteilung der 18 ECTS auf die einzelnen Bereiche wird vom Profil des jeweiligen Masters abhängen.

Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass es sich hier um keine Einbahnstraße handelt. Die Aufnahme psychologischer Inhalte in den Katalog bedeutet keinesfalls eine Einschränkung des pädagogischen Profils. Vielmehr wäre wünschenswert, dass die Masterstudiengänge für Psychologen, die auf die Ausbildung in KJP ausgerichtet sind, wesentlich mehr pädagogische Inhalte des Kriterienkatalogs berücksichtigen würden, statt allein einer Engführung auf Klinische Psychologie das Wort zu reden.

4. Die Bedeutung der „Mindeststandards“

Das von der AZA vorgelegte Papier über „Mindeststandards“ dient in erster Linie der Information und Diskussion in den unterschiedlichen Berufs- und Fachverbänden, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, einschlägigen Einrichtungen und Ausbildungsinstituten. Des Weiteren dient es als Empfehlung für die Hochschulen (Universitäten und Fachhochschulen), sich bei der Entwicklung von geeigneten Master-Studiengängen an dem ausgewiesenen Minimum an Standards zu orientieren, um den AbsolventInnen eine wichtige berufliche Option zu ermöglichen bzw. zu erhalten.

Das Papier zielt vorerst nicht auf eine Diskussion im öffentlich-rechtlichen Raum über die Stellung der Sozialberufe im PsychThG. Sollte es jedoch zu einer Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit kommen, das PsychThG zu novellieren, um dabei die Frage der Zulassung von Masterstudiengängen und Berufsgruppen zu erörtern, könnte das Papier von einiger Bedeutung sein.

**Mindeststandards
für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil
von Masterstudiengängen (M.A.) in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik**

Studienbereiche (insgesamt 18 ECTS, Aufteilung je nach Master)

1. Modelle von Gesundheit, Krankheit, Normalität und Abweichung

- Modelle der normalen und pathologischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
- Epidemiologie/Sozialepidemiologie psychischer/psychosomatischer Störungen
- Multifaktorielle Erklärungsmodelle psychischer Störungen

2. Diagnostik und Interventionsplanung

- Prinzipien der Diagnostik und Interventionsplanung
- Einführung in Klassifikationssysteme
- Diagnostische Verfahren und Methoden (Anamnese, Test, Fragebogen, Interview, partizipative Vorgehensweisen)

3. Psychosoziale, pädagogische und klinische Interventionen

- Grundlagen und Methoden wissenschaftlich begründeter Beratungs- und/oder Psychotherieverfahren
- Psychosoziale Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien und Gruppen
 - Familien- und Lebensformen
 - Interpersonelle Faktoren, Beziehungsgestaltung und psychische Störungen
 - Grundlagen und Methoden wissenschaftlich begründeter paar- und familienbezogener Interventions- und Therapieverfahren
 - Modelle und Interventionen der Gruppenarbeit
- Pädagogische und systemorientierte Interventionen
 - Hilfen in therapeutischen Einrichtungen
 - Aufsuchende Arbeit und Interventionen
 - Hilfen in komplexen sozialen Systemen (Kita, Schule, Einrichtungen der Jugendhilfe etc.)
- Prävention und Rehabilitation
 - Verhaltens- und verhältnisbezogene Präventionsansätze
 - Grundlagen und Konzepte der Rehabilitation
- Praxisreflexion (Grundlagen und wissenschaftlich begründete Methoden der Anleitung, Supervision, Fallreflexion)
- Versorgungsstrukturen

4. Forschungs- und Kontrollmethoden

- Methoden empirischer Sozialforschung (quantitative und qualitative Verfahren, Testtheorie)
- Methoden der Dokumentation (Basisdokumentation) und Evaluation (Struktur-, Verlaufs- und Ergebnisbewertung)
- Grundlagen der Interventionsforschung: Prozessforschung und Veränderungsmessung.

Unterzeichnet von

Baumann-Frankenberger, Petra, DVT e.V und AkiP, Köln

Borg-Laufs, Prof. Dr. Michael, DGVT und Hochschule Niederrhein

Dinter, Christoph, bkj, Wiesbaden

Gahleitner, Prof. Dr. Silke, Redaktion "Klinische Sozialarbeit" und EFH Ludwigshafen

Gisteren, Prof. Dr. Ludger van, EFH Hannover

Klett, Martin, bvvp und PTK Bund und Land Baden Württemberg, Freiburg

Kraus, Prof. Dr. Björn, EFH Freiburg

Lehndorfer, Peter, VAKJP (auch Ansprechpartner für BPtK und PTK-Bayern)

Lotz, Dr. Dieter, BHP, Berlin

Mühlum, Prof. Dr. Albert, DGS Sektion Klinische Sozialarbeit

Pauls, Prof. Dr. Helmut, FH und ZKS, Coburg

Pielmaier Prof. Dr. H., FBT-Heilpädagogik und KFH Freiburg

Reichl, Andreas, DBSH Bundesfachgruppe Selbständige

Röpke, Christine, VAKJP und STÄKO

Schwarz, Marion, bkj und LPPKJP-Hessen, Wiesbaden

Winkelmann, K., Institut AKJP-HD und VAKJP, Heidelberg

Zurhorst, Prof. Dr. Günter, GwG und Hochschule Mittweida

Ludwigshafen, 7.3.2006

Stellungnahme 2

Bundeskongferenz für Erziehungsberatung e. V.

Prof. Dr. Bernhard Strauß
Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Stoystraße 3

07740 Jena

9. Oktober 2008

Gutachten zur Psychotherapieausbildung

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Strauß,

die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (*bke*) wendet sich heute an Sie, weil Sie das Forschungsnetzwerk für das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vergebene *Gutachten zur Psychotherapeutenausbildung* leiten.

In den Erziehungsberatungsstellen in Deutschland sind Psychologen, Sozialarbeiter und Pädagogen in der Regel mit therapeutischer Zusatzausbildung tätig. Zu ihren häufigsten Zusatzausbildungen zählen: Familientherapie und Systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Psychoanalyse. Viele der Fachkräfte haben auch eine Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Psychologische Psychotherapeut erworben.

Für die Zukunft stellt sich die Frage, auf welchen Wegen die Fachkräfte dieser Einrichtungen psychotherapeutische Kompetenz erwerben können. In dem Maße, in dem die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zur Approbation führen können, wird sich die Frage stellen, ob diese Ausbildung auch für die Tätigkeit in der Erziehungs- und Familienberatung qualifiziert. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung regt daher an, im Rahmen der künftigen Psychotherapeutenausbildung auch ein Praktikum in der Erziehungsberatung vorzusehen.

Eine Stellungnahme der *bke* zu diesem Thema füge ich bei. Als Hintergrund erhalten Sie auch die soeben erschienene gemeinsame Stellungnahme mit der Bundespsychotherapeutenkammer sowie eine frühere grundsätzliche Äußerung der *bke* zu Erziehungsberatung und Psychotherapie.

Wir bitten, im Rahmen des Gutachtens auch der hier aufgeworfenen Frage nachzugehen.

Mit freundlichen Grüßen

Klaus Menne

Erziehungsberatungsstellen als Praktikumsorte

im Rahmen der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten

Im Zuge der Reform der Psychotherapieausbildung wird die Frage diskutiert, inwieweit Erziehungsberatungsstellen als Praktikumsorte genutzt werden können. Hierzu nimmt die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) wie folgt Stellung:

Psychotherapeutische Tätigkeiten in Erziehungsberatungsstellen

In Erziehungsberatungsstellen arbeiten eine Vielzahl Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sie verwenden neben anderen auch psychotherapeutische Interventionen. Diese Tätigkeit im Kontext der Jugendhilfe stellt keine Heilkunde dar (Gemeinsame Stellungnahme von bke und BPtK). Ihr Zweck ist nicht die Heilung von Störungen mit Krankheitswert (im Sinne einer Krankenbehandlung), sondern die Förderung der Entwicklung des Kindes und die Wiederherstellung der Erziehungsfähigkeit der Eltern (im Sinne der Deckung eines erzieherischen Bedarfs).

Wenn also der Beruf des Psychotherapeuten in Erziehungsberatungsstellen (außerhalb des Gesundheitswesens) ausgeübt werden kann und tatsächlich ausgeübt wird, ist es erforderlich, dass die zur Approbation führende Ausbildung auch für dieses Berufsfeld qualifiziert.

Kenntnisse über benachbarte Bereiche

In der Ausbildung sollen auch Kenntnisse zu Störungen vermittelt werden, bei den Psychotherapie nicht indiziert ist (§ 2 Abs.1 PsychTh-APrV). Solche Kenntnisse können naturgemäß nicht in Einrichtung zur Krankenbehandlung vermittelt werden. Sie können nur erworben werden in Einrichtungen, die den Auftrag zum Umgang mit solchen nicht krankheitswertigen Störungen haben.

Dies gilt für Erziehungsberatungsstellen in besonderem Maße. Hier werden Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen aus unterschiedlichsten Anlässen vorgestellt (z.B. kindliche Entwicklungsstörungen, Belastungen durch Problemlagen der Eltern; Schulprobleme). Ausbildungskandidaten haben hier die Möglichkeit, sowohl diese Problemlagen sowie deren Bearbeitung durch das multiprofessionelle Team der Erziehungsberatungsstellen kennen zu lernen.

Erwerb von Schnittstellenkompetenz

Erziehungsberatungsstellen haben eine wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe. Dies resultiert u.a. daraus, dass im Team der Beratungsstellen (approbierte und nicht approbierte) Diplompsychologen regelhaft vertreten sind. Sie kennen sowohl die Begrifflichkeiten und Kategorien der Jugendhilfe als auch des Gesundheitswesens.

Aufgrund der Probleme, die häufig an den Berührungspunkten der beiden Systeme auftreten, ist die Kenntnis dieser Schnittstelle auch und gerade für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten, die im Gesundheitswesen arbeiten, von herausragender Bedeutung.

Deshalb sollte § 6 PsychThG um einen Absatz ergänzt werden, der für einen begrenzten Zeitraum die Ausbildung in einem angrenzenden Fachgebiet, in dem psychotherapeutische Interventionen Verwendung finden, ermöglicht.

Ferner wird § 2 Abs. 2 Nr. 2 der PsychTh-AprV dahin gehend abzuändern sein, dass neben Einrichtungen der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung auch Einrichtungen der psychosozialen Versorgung als Praktikumsorte im Rahmen der Ausbildung zugelassen werden können.

Anlage

Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung; Bundespsychotherapeutenkammer (2008): Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungsberatung. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 2/2008, S. 3 – 5.

Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (2005): Erziehungsberatung und Psychotherapie. In: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Heft 2/2005, S. 3 – 8.

Stellungnahme 3

Bundesarbeitsgemeinschaft der Trägerverbände für die
Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie

BAG - Bundesarbeitsgemeinschaft der Trägerverbände für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft:

- AVM Arbeitsgemeinschaft Verhaltensmodifikation und Verhaltenstherapie e.V.
- DFT Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) e.V.
- DGPT Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
- DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
- DVT Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.
- GwG Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.
- unith Universitäre Ausbildung für Psychotherapie e.V.
- VAKJP Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.

An die Gutachtergruppe

„Forschungsgutachten zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“

z. Hd. Herrn Prof. Dr. Bernhard Strauß

Universitätsklinikum Jena

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Stoystraße 3

07740 Jena

Berlin, 03. März 2009

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträgerverbände für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BAG) möchte sich bei der Gutachtergruppe für die fruchtbare Zusammenarbeit bedanken.

Im Rahmen ihrer Sitzung am 26. Februar 2009 hat sich die BAG erneut mit den Fragen des Forschungsgutachtens beschäftigt und möchte sich heute noch einmal mit einem, aus unserer Sicht wesentlichen Punkt an Sie wenden. In Hinblick auf die aktuelle aber auch die zukünftige Situation der Ausbildung für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie möchten wir mit diesem Brief das Thema der Eingangsvoraussetzung für die Ausbildungen noch einmal aufgreifen.

Bei den Verbänden der BAG herrscht einstimmiger Konsens, dass die selbständige und eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit eine akademische Ausbildung auf dem Mindestniveau eines **Masterabschlusses als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung** sowohl für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als auch für Psychologische Psychotherapie voraussetzt. Dabei muss der Master-Abschluss für beide Berufe in einem festzulegenden Umfang wesentliche Inhalte der Psychologie und einen genügend großen festzulegenden Umfang an Klinischer Psychologie sowie für den Zugang zur KJP-Ausbildung ggf. auch Inhalte der Pädagogik und der klinischen Sozialarbeit enthalten.

Dass einige Ausbildungsinstitute für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Ausbildung schon für Personen mit der Eingangsqualifikation eines Bachelors anbieten, scheint auf der Grundlage der momentanen Äquivalenzregelung für Hochschulabschlüsse möglich zu sein, lässt aber befürchten, dass dies zu einer Reduzierung der von der Profession als notwendig erachteten akademischen Qualifikation des Berufs sowie zu einer Abwertung des Berufs der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Vergleich zum Psychologischen Psychotherapeuten führt.

Die BAG sieht, dass hier ein dringender, aktueller Regelungsbedarf besteht. Hochschulen, Fachhochschulen, die Gesundheitsbehörden der Länder, die Ausbildungsinstitute und nicht zuletzt die künftigen Studentinnen und Studenten und Auszubildenden benötigen schon aktuell – das heißt auch schon vor einer notwendigen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes - orientierende Hinweise!

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Thomas Fydrich
unith e.V.
(geschäftsführender Verband)

Stellungnahme 4

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,
Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

Geschäftsführender Vorstand:

* Dr. med. Dipl.-Psych. Karsten Münch (Vorsitzender)
Emil-Trinkler-Straße 24
28211 Bremen
Tel.: 0421 - 498 43 00, Fax: 0421 - 24 28 93 96
E-Mail: dr.karsten.muench@t-online.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Dietrich Munz
Karlsbader Straße 31
70372 Stuttgart
Tel.: 0711 - 678 17 54, Fax: 0711 - 678 17 69
E-Mail: dietrichmunz@t-online.de

Dipl.-Psych. Anne A. Springer
Hundekehlestraße 11
14199 Berlin
Tel.: 030 - 88 62 93 03, Fax: 030 - 88 62 93 04
E-Mail: AnneASpringer@aol.com

Dr. med. Gabriele Friedrich-Meyer
Rheinaustraße 146
53225 Bonn
Tel.: 0228 - 46 22 44, Fax: 0228 - 46 22 44
E-Mail: G.Friedrich-Meyer@gmx.de

Dipl.-Psych. Albrecht Stadler
Henrik-Ibsen-Straße 4
80638 München
Tel.: 089 - 159 54 59, Fax: 089 - 159 61 03
E-Mail: aqa.stadler@t-online.de

Geschäftsstelle:

RA Holger Schildt, Geschäftsführer und Justitiar
RAin Birgitta Lochner, Justitiarin
Johannisbollwerk 20, 20459 Hamburg
Tel.: 040 - 319 26 19, Fax: 040 - 319 43 00
www.dgpt.de; E-Mail: psa@dgpt.de

Bremen im Januar 2009

Stellungnahme zum Forschungsgutachten zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes

I. Einleitung

10 Jahre nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, das die erfolgte Umsetzung des Gesetzes evaluieren und gegebenenfalls Vorschläge zu einer Novellierung machen soll. Die Notwendigkeit zu einer solchen Novellierung entstand zunächst einmal dadurch, dass sich aufgrund der neu geschaffenen gestuften Studiengänge (Bachelor und Master) die Zulassungsvoraussetzungen geändert haben und jetzt einer Neuformulierung bedürfen. Darüber hinaus bestehen uneinheitliche Zugangsvoraussetzungen für die Psychotherapieausbildungen im Erwachsenenbereich und im Bereich der Kinder und Jugendlichen. Schließlich hat auch die zumeist völlig unzureichende Vergütung für die Praktische Tätigkeit einen Reformbedarf deutlich gemacht.

Ausgehend von diesen formalen Anlässen hat das BMG zu einer grundsätzlichen Evaluierung des Gesetzes und der auf seiner Basis entstandenen Ausbildungsrealitäten aufgefordert und damit eine Reihe von Fragen verknüpft, die sich an die zukünftige Gestaltung der Ausbildung nach dem PsychThG richten. Insbesondere geht es dabei zum Beispiel um:

- die Erarbeitung von inhaltlichen Vorschlägen für die Zugangsvoraussetzungen und darum, ob in Zukunft weiter wie bisher einer verfahrensorientierten Ausbildung oder eher einer störungsorientierten Ausbildung der Vorzug gegeben werden sollte;
- die Frage, ob eine Erstausbildung an den Hochschulen erfolgen sollte (sogenannte Direktausbildung) anstelle der bisherigen Form der (postgradualen) Ausbildung an anerkannten Ausbildungsinstituten.

Die bevorstehende Novellierung und das in Auftrag gegebene Forschungsgutachten sind für die psychotherapeutische Profession der Anlass gewesen, in einen intensiven Austausch über die aufgeworfenen Fragen zu treten. Die vorliegende Stellungnahme verdeutlicht die Position der DGPT zu den aufgeworfenen Fragen und stellt eine Standortbestimmung aus psychoanalytischer Sicht dar.

II. Versorgungserfordernisse

Eine Ausbildung nach dem PsychThG bildet die Voraussetzung für die selbständige Ausübung der heilberuflichen Tätigkeit des Psychologischen Psychotherapeuten* und des Kinder- und Jugendlichentherapeuten* im ambulanten wie im stationären Rahmen. Mit der Approbation und dem Erwerb der entsprechenden Fachkunde werden die Voraussetzungen erfüllt, um an der Versorgung der gesetzlich und privat Versicherten teilzunehmen. Die Ausbildung nach dem PsychThG muss also auf die Erfordernisse einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung ausgerichtet sein. Aus diesen Versorgungserfordernissen lassen sich dann die dafür notwendigen psychotherapeutischen Kompetenzen ableiten, auf deren Erwerb die Ausbildung zielen muss.

* Zur besseren Verständlichkeit wurde im Text grundsätzlich die maskuline Form gewählt

Die Versorgung psychisch Erkrankter ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- a) Die Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung nimmt ständig zu. Sowohl groß angelegte epidemiologische Untersuchungen wie auch statistische Auswertungen von Krankenkassen zeigen, dass psychische Erkrankungen insgesamt zu den häufigsten Erkrankungen zählen (12-Monatsprävalenz: 25 %, Lebenszeitprävalenz 50 %) und dass die durch psychische Erkrankungen verursachten Kosten im stationären und im ambulanten Bereich immer weiter, zum Teil dramatisch, ansteigen. Auch müssen immer mehr Menschen aufgrund von psychischen und/oder psychosomatischen Erkrankungen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Daraus folgt, dass der Bedarf an qualifizierter Psychotherapie in Zukunft weiter zunehmen wird und dass alle Regelungen, die den Zugang zur Psychotherapieausbildung und die Ausgestaltung derselben betreffen, hinsichtlich der Frage geprüft werden müssen, ob sie in der Lage sind, für eine adäquate Versorgung, die auch eine realitätsgerechte Bedarfsplanung voraussetzt, und für ausreichenden Nachwuchs zu sorgen.

- b) Aus psychoanalytischer Sicht muss jedwede psychische Erkrankung immer im Gesamtzusammenhang der Persönlichkeit und der Lebenssituation des betroffenen Patienten gesehen und verstanden werden. Die isolierte Betrachtung eines erkrankten Organs, zu der die somatische Medizin mit ihren riesigen Fortschritten in der organbezogenen Diagnostik und Therapie verleitet, hat dazu geführt, dass die Tatsache der Einbindung auch jeder somatischen Erkrankung in einen konkreten Lebenszusammenhang oft nicht gebührend wahrgenommen wird. Dem gegenüber artikulieren sich inzwischen auch in der somatisch tätigen Ärzteschaft ein zunehmendes Unbehagen an einer derartigen Fragmentierung und eine wachsende Aufmerksamkeit gegenüber Forderungen nach einer wieder stärkeren Berücksichtigung der Arzt-Patienten-Beziehung (siehe hierzu etwa das sogenannte Ulmer Papier der Deutschen Ärzteschaft, das auf dem Deutschen Ärztetag 2008 verabschiedet wurde, sowie G. S. Kienle: Vom Durchschnitt zum Individuum, Dt. Ärzteblatt 20. Juni 2008, S. 1381 - 1385).

Dies gilt umso mehr für die Psychotherapie. Aus psychoanalytischer Sicht haben wir es in der Psychotherapie niemals nur mit einem erkrankten Organ oder einem erkrankten Teilbereich im Sinne einer „Störung“ zu tun. Eine psychische Erkrankung betrifft immer einen ganzen Menschen in seinem Bezug zu sich selbst und seiner Welt. So ist zum Beispiel eine Depression niemals nur durch eine Ansammlung bestimmter Symptome ausreichend beschreibbar, sondern sie

umfasst immer auch eben jene grundsätzliche Beeinträchtigung der Beziehung zu sich selbst und zu seiner Lebens-, Beziehungs- und Arbeitswelt, die das Charakteristische des depressiven Erlebens ausmacht

Diese Unmöglichkeit, den Gegenstandsbereich der psychotherapeutischen Versorgung zu zergliedern in eine Vielzahl von Störungen, die grundsätzlich als voneinander unabhängig gedacht werden und vielleicht noch im Sinne von Komorbiditäten miteinander verknüpft, aber nicht ursächlich miteinander verbunden sind, ist aus unserer Sicht das wichtigste Argument gegen eine Störungsorientierung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Die Kernkompetenz des Psychotherapeuten besteht nicht in der Behandlung von bestimmten Störungen, sondern in der Behandlung eines psychisch erkrankten Menschen mittels einer hilfreichen therapeutischen Beziehung und mit Hilfe von Behandlungstechniken, die konsistent aus einem spezifischen Krankheitsverständnis und einer diesem Krankheitsverständnis zugrunde liegenden Theorie abgeleitet sind.

- c) Die Realität der psychotherapeutischen Versorgung zeigt des Weiteren, dass es nicht möglich ist, die psychische Erkrankung eines Patienten auf umschriebene „Störungen“ zu beschränken. Die meisten Patienten weisen mehrere „Störungen“ auf, die dann als Komorbiditäten nebeneinander kodiert werden können. Aus psychoanalytischer Sicht ist dies jedoch nur ein unzureichender Versuch, um die Vielzahl der Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen, die in unterschiedlicher Weise ätiologisch und pathogenetisch miteinander verknüpft sein können, diagnostisch zu erfassen. Es ist daher sinnvoll, wie dies in der Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ausgeführt worden ist, eine psychotherapeutische Ausbildung auf den gesamten Bereich der psychischen Erkrankungen zu erstrecken und psychotherapeutische Behandlungskompetenz nicht in eine Vielzahl störungsorientierter Methoden zu zersplittern.
- d) Die Versorgung eines psychisch erkrankten Patienten folgt aus unserer Sicht einem anderen Paradigma als eine Behandlung in der somatischen Medizin. Während in letzterer der „Behandler“ im Sinne eines aktiv Handelnden mittels gewisser Maßnahmen (zum Beispiel Medikamente, Operationen oder Heilmittel) auf den „Behandelten“ einwirkt, besitzt in der Psychotherapie die Eigenaktivität des Patienten einen viel höheren Stellenwert. Vielfach ist Psychotherapie daher auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“ bezeichnet worden.

Das bedeutet, dass eine erfolgreiche Psychotherapie Bedingungen herstellen muss, die eine solche Hilfe zur Selbsthilfe möglich machen. Auch wenn der Eindruck entstehen könnte, dass die moderne Psychotherapie letztlich doch ähnlich wie die Medizin durch eine Aggregation von erlernbaren Behandlungsmethoden und -techniken beschrieben werden kann, so zeigen inzwischen doch viele Untersuchungen zur Analyse der Wirkfaktoren in einer gelingenden Psychotherapie, dass es vor allem eines ist, was den zentralen Platz beansprucht, nämlich die therapeutische Beziehung. Während in der somatischen Medizin die Arzt-Patienten-Beziehung der Rahmen ist, innerhalb dessen die spezifischen Maßnahmen dann zur Anwendung gebracht werden, so ist in der Psychotherapie aus psychoanalytischer Sicht die therapeutische Beziehung **selbst** – neben einer konsistent begründeten Behandlungstechnik - das wesentliche Agens. Vielfach ist sogar davon gesprochen worden, dass die Bedeutung der therapeutischen Beziehung im Sinne eines unspezifischen, weil nicht an die spezifischen verfahrensbezogenen Vorgehensweisen gebundenen Wirkfaktors viel mehr Gewicht besitzt als die spezifischen Techniken, die sich aus dem theoretischen Begründungszusammenhang des jeweiligen Verfahrens ableiten lassen. Dies hat dazu geführt, alle Verfahren als potentiell gleichwertig anzusehen (Prinzip der sogenannten Methodenäquivalenz) und eine integrative, verfahrensunabhängige Psychotherapie zu fordern. Dem kann jedoch aus psychoanalytischer Sicht nicht gefolgt werden: Die Hypothese der Methodenäquivalenz übersieht nämlich die spezifische Kompetenz, die in den psychoanalytisch begründeten Verfahren (analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) erworben werden kann, nämlich die Kompetenz der Einbeziehung der Äußerungsformen des Unbewussten. Diese Kompetenz, Unbewusstes zu erleben, zu konzeptualisieren und durch Interventionen zu beeinflussen, besitzt eine hohe versorgungspolitische Relevanz, weil hierdurch tiefergehende und längerfristig wirkende Veränderungen möglich werden und davon auszugehen ist, dass diese sich in einer besseren Effektivität und sehr wahrscheinlich auch in einer höheren Effizienz niederschlagen; s. hierzu etwa die kürzlich von Leichsenring und Rabung im Journal of the American Medical Association veröffentlichte Metaanalyse zu psychodynamischen Langzeittherapien (JAMA, October 1, 2008 – Vol 300, No. 13, p. 1551 – 1564).

- e) Versorgung findet immer in konkreten gesellschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen statt. Die Integration der psychischen Erkrankungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen hat dazu geführt, dass in den

letzten Jahrzehnten im Bereich der Psychotherapie in Deutschland eine vielfältige und breite Versorgungslandschaft entstanden ist, die in der Welt ihresgleichen sucht. Dennoch entwickelt sich die Versorgung auch im Bereich der Psychotherapie ständig weiter: Gegenwärtig ist zum Beispiel deutlich ein Trend hin zu einer Überwindung der Sektorgrenzen und zu einer besseren Vernetzung und Integration der verschiedenen Versorgungsebenen und verschiedener an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen zu erkennen. Das Berufsrecht sollte derartige Veränderungen reflektieren und antizipieren. Daraus leitet sich die Forderung ab, dass Psychotherapeuten zukünftig stärker als bisher ihre Tätigkeit in vernetzten Strukturen konzeptualisieren müssen, dass sie also noch mehr als bisher über eine gute Fähigkeit zur Kooperation innerhalb ihrer eigenen Berufsgruppe, aber auch berufsgruppen-übergreifend verfügen müssen.

- f) Die psychotherapeutische Ausbildung hat Standards zu sichern, die dem einzelnen Patienten eine qualifizierte psychische Behandlung und Schutz vor Scharlatanerie und Gefährdung bieten. Das in den psychischen Symptomen ausgedrückte Leiden des Patienten verlangt vom professionell Heilkundigen die Übernahme einer besonderen Verantwortung und eine besondere ethische Verpflichtung, deren Entwicklung eine umfassende fachliche und persönliche Ausbildung vor Beginn der selbständigen Patienten-Behandlung und der Teilnahme an der Versorgung erfordert. Durch die Regelungen des PsychThG (s. hierzu etwa APrVO § 17, Punkt 8) sind nach übereinstimmenden Einschätzungen hohe Qualitätsmaßstäbe erreicht worden, deren Unterschreiten das Erreichte gefährden könnte.

III. Themen des Forschungsgutachtens

Im Folgenden wird zu den wichtigsten Themen des Forschungsgutachtens Stellung genommen.

1. Ein Beruf / zwei Berufe ?

Nach Ansicht der DGPT benötigen beide Berufe, also der Beruf des Erwachsenentherapeuten wie auch der Beruf des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, jeweils eine eigenständige Ausbildung. Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verlangt besondere Kompetenzen ebenso wie auch die Arbeit mit den Bezugspersonen des sozialen Feldes dieser Patienten. Die von der STÄKO/VAKJP bzw. von den psychoanalytischen Fachgesellschaften anerkannten Ausbildungsinstitute für die analytische Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, die sehr häufig im Verbund mit den 54 DGPT-Instituten arbeiten, bieten eine qualitativ hochstehende, über die Anforderungen der Psychotherapie-Vereinbarungen hinausgehende Aus- und Weiterbildung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie an, die den Richtlinien der Fachgesellschaften und der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten (VAKJP) folgt.

Hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen fordert die DGPT ein einheitliches akademisches Niveau: Sowohl für eine Ausbildung zum Erwachsenenpsychotherapeuten als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist ein Master-Abschluss erforderlich. Die gegenwärtige Situation – für eine Ausbildung zum KJP ist nach Auskunft des BMG z. Zt. ein Bachelor-Abschluss ausreichend – beruht auf der Äquivalenzregelung der Ländergemeinsamen Strukturregelung gemäß Hochschulrahmengesetz, ist jedoch inhaltlich nicht begründet. Beide Berufsbilder benötigen das gleiche wissenschaftliche Qualifikationsniveau bei der Zulassung.

2. Zugangsvoraussetzungen für die Psychotherapieausbildung

Ein mit einem Master abgeschlossenes wissenschaftliches Hochschulstudium ist als Zugangsvoraussetzung unabdingbar, und zwar für beide Berufe, wie oben ausgeführt. Nur so kann sicher gestellt werden, dass die Absolventen die Fähigkeit zum selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten nachgewiesen haben, die unverzichtbar ist

für die Bewältigung der komplexen Aufgaben, die mit dem Versorgungsalltag wie auch mit der Notwendigkeit zur ständigen Einbeziehung des wissenschaftlichen Fortschrittes einhergehen.

Hinsichtlich der Inhalte ist zu fordern, dass der Masterstudiengang einen Schwerpunkt in der Klinischen Psychologie aufweist. Umfang und Inhalt eines derartigen Masterstudienganges sind in Absprache zwischen den Hochschulen, der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), den Trägerorganisationen der Ausbildungsinstitute und der Bundespsychotherapeutenkammer festzulegen.

Ein klinisch-psychologischer Masterstudiengang böte die Möglichkeit, die theoretische Grundausbildung im Umfang von 200 Stunden nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des PsychThG zu integrieren und ihn dadurch zu einem Masterstudiengang Psychotherapiewissenschaft werden zu lassen. Dies würde zu einer noch besseren Qualifikation der Ausbildungsteilnehmer am Beginn der Psychotherapieausbildung führen; außerdem ließen sich unnötige Redundanzen zwischen Studium und Ausbildung vermeiden. Ein solcher Studiengang könnte dann auch zur Absolvierung der IMPP-Prüfung führen.

Da die Inhalte der theoretischen Grundausbildung jedoch zum Teil verfahrensspezifisch gelehrt werden müssen, verlangt ein derartiges Modell eine ausreichende Repräsentanz aller für die psychotherapeutische Ausbildung anerkannten Verfahren im Studium. Konkret bedeutet dies, dass die Vertretung der verfahrensspezifischen Inhalte durch in diesem Verfahren ausgebildete Lehrende erfolgen muss.

Nur so können das jeweilige Menschenbild und das spezifische Wissenschaftsverständnis vermittelt werden. Weiterhin ist sicher zu stellen, dass das breite Feld der Nachbarwissenschaften, insbesondere die Sozialwissenschaften, Eingang findet in einen derartigen Masterstudiengang.

Der Masterstudiengang Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft sollte nicht nur im Sinne eines konsekutiven Studienganges offen für Absolventen eines Bachelor-Studiengangs Psychologie sein, sondern er sollte auch Absolventen benachbarter Wissenschaften wie zum Beispiel der Sozialwissenschaften oder der Pädagogik offen stehen, die sich in Form einer Propädeutik (Brückenkurse) die fehlenden, für einen klinisch-psychologischen Studiengang relevanten, psychologischen Inhalte aneignen können.

3. Ausbildungsstruktur

Die DGPT plädiert für einen zum Ausbildungszugang berechtigenden Studiengang mit Schwerpunkt Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft und für eine postgraduale Psychotherapieausbildung an dafür anerkannten Ausbildungsstätten. Diese können an die Hochschulen angegliedert sein oder in freier Trägerschaft arbeiten.

Eine Direktausbildung (Integration wesentlicher Teile der vertieften Psychotherapieausbildung in einen Masterstudiengang mit Abschluss durch eine Approbation), wie in einer der Fragestellungen für das Forschungsgutachten formuliert, ist aus mehreren Gründen abzulehnen.

Im Vordergrund dieser Position steht dabei aus psychoanalytischer Sicht die Auffassung, dass die Vermittlung der für eine psychotherapeutische Tätigkeit erforderlichen spezifischen Kompetenzen in den Hochschulen nicht zu verwirklichen ist. In allen Verfahren, ganz besonders aber in den aus der Psychoanalyse abgeleiteten Behandlungsverfahren, hat sich über die Jahrzehnte eine eigenständige Ausbildungspraxis entwickelt, die durch eine enge Verbindung von Selbsterfahrung, Behandlung unter Supervision und theoretischem Wissenserwerb gekennzeichnet ist. Diese Praxis bildet die grundlegende Tatsache ab, dass die Ausbildung zum Psychotherapeuten eben nicht nur in der Vermittlung von theoretischem Wissen besteht, sondern dass gleichzeitig der Erwerb von personaler Kompetenz und von Beziehungskompetenz eine überragende Bedeutung besitzt.

Dies ergibt sich vor allem aus den oben bereits zitierten Ergebnissen über die Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient als Wirkfaktor einer erfolgreichen Therapie. Auch wenn der Aspekt der persönlichen Entwicklung des Ausbildungsteilnehmers in den verschiedenen Verfahren unterschiedlich stark gewichtet wird – in den psychoanalytisch begründeten Verfahren besitzt die Selbsterfahrung eine ganz zentrale Bedeutung -, so besteht doch Einigkeit in der Profession, dass die Entwicklung der persönlichen Kompetenz einen sehr hohen Stellenwert besitzt.

Welche Rahmenbedingungen benötigt also eine psychoanalytisch/psychotherapeutische Ausbildung, die de lege artis wie oben beschrieben, durchgeführt wird? Diskutiert wird in diesem Zusammenhang das Konzept einer

Direktausbildung, d. h. einer Psychotherapieausbildung im Rahmen eines Masterstudienganges, dessen Abschluss auch die Approbation beinhaltet und dem eine vertiefte Ausbildung als Weiterbildung folgen würde.

Es ist zu fragen, ob die Hochschulen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine adäquate Psychotherapieausbildung zur Verfügung stellen und sichern könnten. Zwar könnten nach den Hochschulgesetzen der Länder die Hochschulen grundsätzlich die Psychotherapieausbildung im Rahmen unterschiedlich ausgestalteter Masterstudiengänge formalrechtlich abgesichert anbieten; eine Ausbildung, die *de lege artis* durchgeführt würde, würde für die Hochschulen jedoch sehr schwer zu lösende Fragen aufwerfen:

- Die Ausbildung verlangt eine Überprüfung der persönlichen Eignung vor Ausbildungsbeginn.
- Die Selbsterfahrung muss von qualifizierten Psychoanalytikern/Psychotherapeuten angeboten werden, die den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung, d. h. den Prozess des Erwerbs persönlicher Kompetenz zur späteren verantwortungsvollen Ausübung des Berufs begleiten. In diesem Sinne steht die Selbsterfahrung „quer“ zur primären Aufgabe der Hochschulen (auch im Rahmen anwendungsorientierter Studiengänge), leistungsbezogenes Wissen zu vermitteln, das Prüfungsgegenstand sein kann.
- Die Praktische Ausbildung mit qualifiziert supervidierten Krankenbehandlungen, die im Sinne des Patientenschutzes wie die Selbsterfahrung Vorbedingung des Approbationserwerbs sein müssen, könnte zwar wie in den medizinischen Fakultäten an Hochschuleinrichtungen durchgeführt werden. Sie bedarf aber andererseits auch einer integriert begleitenden, vertieften theoretischen Ausbildung, die aber in den diskutierten Modellen einer Direktausbildung erst im Rahmen einer Weiterbildung gelehrt werden soll. Eine Psychotherapieausbildung mit einer sachgerechten Struktur (Selbsterfahrung als geschützter Raum, d. h. nicht der Leistungsbewertung unterliegend, Supervision in der Praktischen Ausbildung, die sowohl theoretisches Wissen vermittelt als auch der Entwicklung der persönlich-beruflichen Kompetenz dient und vertiefte theoretische Ausbildung), würde also im Rahmen einer Direktausbildung nicht mehr integriert durchgeführt werden.
- Die Verpflichtungen gegenüber den Auszubildenden wie auch die rechtlichen Verpflichtungen der die Eignung Überprüfenden und der Supervisoren wären im Rahmen

einer Hochschule sehr schwierig zu definieren und zu differenzieren. So müssten die Supervisoren z. B. von den zuständigen Landesbehörden anerkannt werden, in einer Direktausbildung würden sie jedoch auch der Hochschule verpflichtet sein. Sowohl in der Überprüfung der persönlichen Eignung als auch in der Supervision würden also Abhängigkeiten entstehen, die dem Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung entgegenstehen würden.

- Selbsterfahrung und Supervision werden persönlich bezahlt. Dies würde bedeuten, dass (zusätzliche) Studiengebühren entrichtet werden müssten.
- Die Tatsache, dass an den Hochschulen abprüfbarer Wissenserwerb stattfindet verträgt sich nicht mit der zwar zu bewertenden, aber nicht abprüfbaren Entwicklung persönlicher und berufsnotwendiger Kompetenz.

Die in der Diskussion befindlichen Überlegungen zu einer Direktausbildung sind weiterhin vielfach von dem Bestreben geprägt, für die Psychotherapie analoge Ausbildungsstrukturen festzulegen wie sie in der Medizin bereits existieren: Approbation nach dem Studium und damit Zulassung zur Heilkunde, dann Spezialisierung mittels Weiterbildung in Gebiete und Teilgebiete. Diese Position verkennt jedoch wichtige Unterschiede der beiden Bereiche: Während die Medizin eine breit gefächerte Gebietsstruktur aufweist, die unmöglich vollständig durch e i n e Approbation abzubilden ist, stellt die Psychotherapie, bezogen auf die ärztliche Weiterbildungslogik, nur ein Fachgebiet dar. Ebenso wie im Bereich der zahnärztlichen Heilkunde oder des Apothekerwesens besteht auch in der Psychotherapie keine Notwendigkeit, das Gebiet durch Weiterbildungen aufzugliedern. Dies schließt nicht aus, dass vielfältige sinnvolle Fortbildungsinhalte, und zwar sowohl innerhalb der durch die Vertiefungsverfahren abgedeckten Anwendungsbereiche (F-Diagnosen des ICD) als auch außerhalb derselben, vorstellbar sind.

Durch eine Direktausbildung würde darüber hinaus die Approbation auf ihrem bisherigen Niveau abgewertet, weil (zwar vielleicht nicht formalrechtlich, aber jedenfalls doch von den fachlichen Anforderungen her) dann erst eine abgeschlossene W e i t e r b i l d u n g zur selbständigen Ausbildung der Heilkunde berechtigen würde. Auch das überragende Gut des Patientenschutzes verlangt es, dass keine Approbation vor Absolvierung der Inhalte der vertiefenden Ausbildung erteilt werden darf. Dies ist im Übrigen auch haftungsrechtlich relevant.

Aus Sicht der DGPT muss daher weiterhin die Approbation am Ende der Psychotherapieausbildung stehen. Sofern allerdings der klinisch-psychologische Master-

Studiengang, wie oben beschrieben, um die theoretischen Grundlagen der Psychotherapieausbildung erweitert werden würde, wäre ein Abschluss in Form eines Ersten Staatsexamens, kombiniert mit der IMPP-Prüfung, vorstellbar. Dieses erste Staatsexamen wäre dann Voraussetzung für eine Psychotherapieausbildung.

Die Befürworter einer Direktausbildung haben auch das Argument angeführt, dass nach erfolgreicher Approbation die (dann) Weiterbildungsteilnehmer einen anderen Status haben würden, insbesondere für die im jetzigen System so schwierige Phase der Praktischen Tätigkeit, für die meist keine oder nur eine völlig unzureichende Vergütung gezahlt wird. Auch aus unserer Sicht besteht an dieser Stelle dringender Reformbedarf, um die hierdurch eingetretene soziale Schieflage – der Ausbildungsteilnehmer muss ausreichend wohlhabend zu sein, um die „Durststrecke“ einer 18-monatigen unbezahlten Praktischen Tätigkeit überbrücken zu können – zu beseitigen. Dieser Aspekt ist sehr wichtig, er kann aber nicht Grundlage einer so weitreichenden Entscheidung sein wie sie die Umorientierung auf eine Direktausbildung darstellen würde, wenn andere gewichtige Argumente, wie oben ausgeführt, dagegen sprechen. Das hier angesprochene Problem muss auf anderem Wege, z. B. über das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) oder das Berufsbildungsgesetz (BBiG) gelöst werden.

4. Ausbildungsbausteine

Zunächst ist aus psychoanalytischer Sicht festzuhalten, dass der Begriff „Ausbildungsbaustein“ die Realität einer psychotherapeutischen Ausbildung nach dem PsychThG nicht zutreffend wiedergibt. Das PsychThG und die APrVo formulieren ja gerade sachgerecht eine konsistente Ausbildung, die eben nicht „bausteinmäßig“ erworben werden soll. Eine adäquate psychotherapeutische Ausbildung ist nämlich in der Regel ein Ganzes, das aus verschiedenen Elementen besteht (Selbsterfahrung, Behandlung unter Supervision, theoretisches Wissen), die zwar getrennt beschreibbar, jedoch nicht wirklich unabhängig voneinander zu vermitteln sind. Diese bewährte Trias stellt vielmehr die integralen Bestandteile einer qualitätsgesicherten Ausbildung dar. Ihr Ziel ist die Entwicklung einer Persönlichkeit, die der besonderen Verantwortung und der besonderen ethischen Verpflichtung gerecht werden kann, wie sie für die selbständige Ausübung der Heilkunde mit psychisch kranken Menschen unverzichtbar sind.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Aspekte:

- **Theorie:** Durch Verlagerung der theoretischen Grundausbildung in einen Masterstudiengang Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft würde die theoretische Ausbildung an den Ausbildungsinstituten von diesen Inhalten entlastet werden. Sie könnten sich dann auf ihre originären Aufgaben beschränken, nämlich die Vermittlung des Vertiefungsgebietes, zu dem neben der Behandlungspraxis auch die Vermittlung der verfahrensspezifischen theoretischen Inhalte gehört. Kritisch ist festzuhalten, dass bisher im Rahmen der vertieften Ausbildung, also dann, wenn die klinische Erfahrung mit dem eigenen Vertiefungsfach gesammelt wird, zu wenig Kenntnisse in den anderen Verfahren vermittelt werden; dadurch wird das Erlernen der differenziellen Indikationsstellung erschwert.
- **Selbsterfahrung:** Aus psychoanalytischer Sicht ist der im Gesetz vorgeschriebene Mindestumfang von 120 Stunden sehr niedrig und stellt lediglich den kleinsten gemeinsamen Nenner der verschiedenen Vertiefungsverfahren dar. An psychoanalytischen Ausbildungsinstituten ist es üblich, dass die Selbsterfahrung die gesamte Dauer der Ausbildung begleitet. Eine Mindestregelung sollte daher unbedingt erhalten bleiben; eine Erhöhung auf 150 oder 200 Stunden ist allerdings aus unserer spezifischen Sicht und auf dem Hintergrund unserer langjährigen Erfahrung sinnvoll. Der Anteil der Einzelselbsterfahrung in Relation zu einer Gruppenselbsterfahrung sollte Zweidrittel des Gesamtumfangs nicht unterschreiten.
- **Praktische Tätigkeit:** Es ist sicher nicht erforderlich, die gesamte Praktische Tätigkeit I (Psychiatrie) in einer stationären Einrichtung zu absolvieren. Eine ausreichende Breite des psychiatrischen Patientengutes vorausgesetzt sollten Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Beratungsstellen und psychiatrische Praxen auch anerkannt werden. Die Einrichtungen sollten aber verbindliche Curricula zur theoretischen Begleitung anbieten. Die Ausbildungsinstitute müssen eine ausreichende fachliche Begleitung (in Form von Supervisionen und Fallseminaren) sicherstellen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen nämlich, dass die im Rahmen der praktischen Tätigkeiten gemachten Erfahrungen nur unzureichend in eine theoretische Begleitung oder eine supervisorische Reflexion eingebettet sind. Allerdings sehen nach unserer Kenntnis viele Institute aller Vertiefungsverfahren bereits jetzt begleitende Maßnahmen vor.

Immer wieder Gegenstand der Kritik ist die bereits erwähnte unzureichende Vergütung der Praktischen Tätigkeit. Hierfür müssen adäquate Lösungen gefunden werden.

- **Praktische Ausbildung:** Grundsätzlich sind die angegebenen Mindestzahlen ausreichend (Mindestens 600 Behandlungsstunden mit 150 Supervisionsstunden, mindestens 6 Behandlungsfälle). Sofern verklammerte Ausbildungen angeboten werden (z. B. Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), tragen die Ermächtigungsbeschlüsse bzw. –ergänzungsverträge dem Rechnung durch Anhebung der Kontingente der Behandlungsstunden auf mindestens 1000 Stunden.
- **Supervision:** Es sollte die vorgeschriebene Mindestzahl von einer Supervision pro vier Behandlungsstunden beibehalten werden. Wie bisher sollte mindestens ein Drittel davon als Einzelsupervisionen durchgeführt werden.
- **Sogenannte Freie Spitze:** Diese sollte aus Sicht der DGPT im bisherigen Umfang erhalten bleiben, um Platz zu lassen für versorgungsrelevante Spezialisierungen, zum Beispiel in Form von Paar- und Familientherapie und für Gruppenpsychotherapie als zusätzliche Qualifikation.
- **IMPP-Prüfung:** Die erfolgreich absolvierte 1. schriftliche Teilprüfung sollte zu einer Zugangsqualifikation werden, also in den Master-Studiengang bzw. an dessen Ende verlegt werden und nicht erst am Ende der Ausbildung erfolgen. Durch diese Prüfung lassen sich die Inhalte der theoretischen Grundausbildung mit gewissen Einschränkungen abprüfen, nicht jedoch die Inhalte der vertieften Ausbildung.
- **Abschluss-Prüfung:** Hinsichtlich der Zahl der Prüfer sollte aus Sicht der DGPT daran festgehalten werden, dass beide Grundberufe (Ärzte und Diplom-Psychologen) in den Prüfungsteams vertreten sind, da einige Teile der theoretischen Inhalte unter Beteiligung von Ärztlichen Psychotherapeuten vermittelt werden müssen. Unter dieser Bedingung könnte die Zahl der Prüfer reduziert werden.

5. Verfahrens- vs Störungsorientierung

Wie schon oben ausgeführt, spricht sich die DGPT ohne Einschränkung für eine Beibehaltung der verfahrensbezogenen Ausbildung aus. Gegen die Störungsbezogenheit der Ausbildung spricht vor allem die Gefahr einer Fragmentierung wie in der somatischen Medizin, während in der Psychotherapie immer der erkrankte Mensch mit seiner ganzen

Persönlichkeit und der Einbettung seiner Krankheitserscheinungen in die Persönlichkeit im Mittelpunkt stehen muss.

Die Verfahrensbezogenheit der Ausbildung ist auch für die Wirksamkeit einer Psychotherapie wichtig: Es hat sich gezeigt, dass die Überzeugung eines Therapeuten vom Wert des von ihm erlernten und verwendeten Verfahrens, die sogenannte allegiance, eine sehr wichtige Rolle spielt für seine therapeutische Wirksamkeit. Ist der Therapeut vom Wert seines Verfahrens und der daraus abgeleiteten Behandlungsmethodik überzeugt, hat er größere Aussichten, seinen Patienten tatsächlich helfen zu können als wenn das nicht der Fall ist. Die positive Besetzung und Identifikation mit dem erlernten Verfahren und den hieraus abgeleiteten Methoden besitzen also eine hohe Bedeutung für die so wichtige professionelle Kompetenz des Therapeuten.

Auch und nicht zuletzt unter dem Aspekt des Patientenschutzes ist eine konsistente Verfahrensbezogenheit (unter Anerkennung der Wirksamkeit anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden) zu fordern: Es sollte von vornherein für den Patienten klar sein, auf welcher Grundlage gearbeitet wird

Aus der Forderung nach Beibehaltung der Verfahrensbezogenheit der Ausbildung leitet sich die weitere Forderung ab, für eine ausreichende Repräsentanz aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren im universitären Ausbildungsbereich (Bachelor- und Master-Studiengänge) Sorge zu tragen. Die gegenwärtig zu beobachtende Praxis der fast ausschließlich auf Verhaltenstherapie ausgerichteten Lehrstühle für Klinische Psychologie führt zu einer völlig unzureichenden Repräsentanz der psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Gesprächspsychotherapie. Dieser akademische „bias“ zu Ungunsten von Verfahren, die seit Jahrzehnten in der Versorgung einen festen Platz haben (psychoanalytische begründete Verfahren) oder die zumindest über eine Jahrzehnte lange wissenschaftliche und universitäre Forschungstradition verfügen (Gesprächspsychotherapie), ist als Missstand anzusehen, dessen Behebung dringend notwendig ist. Einzulösen wäre diese Forderung zum Beispiel bei der Akkreditierung der Master-Studiengänge, die nur an solche Studiengänge vergeben werden sollte, die eine ausreichende Repräsentanz aller Verfahren sicherstellen.

6. Sogenannte „medizinische Kompetenzen“

Die Frage der zusätzlichen medizinischen Kompetenzen für Psychotherapeuten (Medikamentenverordnung, Krankschreibung, Einweisung) wurde innerhalb der DGPT – wie auch

die anderen Fragestellungen des Forschungsgutachtens – ausführlich diskutiert. Die Debatte ergab, dass nicht nur auf Seiten Ärztlicher Psychotherapeuten, die sich gegen die Aneignung ärztlicher Kompetenz durch Psychologische Psychotherapeuten wehren, sondern auch bei der überwiegenden Mehrheit der psychologischen Mitglieder unserer Gesellschaft erhebliche Vorbehalten gegenüber einer derartigen Kompetenzerweiterung bestehen. Im Einzelnen spielen dabei folgende Argumente eine Rolle:

- a) **Medikamentenverordnung:** Es ist sehr zweifelhaft, ob ohne Medizinstudium über eine Fortbildung tatsächlich eine ausreichende somatische Kompetenz zu erwerben ist, um die Gabe von Psychopharmaka mit allen ihren komplizierten Neben- und Wechselwirkungen, die einen expliziten Eingriff in das körperliche Geschehen darstellen, verantworten zu können.

Die Argumente für eine derartige Kompetenzerweiterung erweisen sich bei näherem Hinsehen – wie bei den beiden folgenden Aspekten der „medizinischen Kompetenzen“ auch – als berufsständisch begründet (weitere Festigung des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechend verbesserten Aufstiegsmöglichkeiten im stationären Bereich) oder versorgungspragmatischer Natur (drohender Ärztemangel, besonders im stationären Bereich). Diese im Einzelnen jeweils nachvollziehbaren Gesichtspunkte rechtfertigen jedoch aus unserer Sicht nicht einen derartig schwerwiegenden Schritt wie es die Möglichkeit zur Verordnung von Medikamenten darstellen würde.

- b) **Krankschreibung:** Tendenziell gelten bei dieser Frage ähnliche Argumente wie die oben ausgeführten. Einerseits kann man zwar mit Fug und Recht vertreten, dass Psychotherapeuten, egal ob ärztlicher oder psychologischer Herkunft, selbst am besten in der Lage sind, zu entscheiden, ob eine Krankschreibung wegen der von ihnen behandelten psychischen Erkrankung erforderlich ist oder nicht. Bisweilen wird sogar von Allgemeinmedizinern mit Unverständnis darauf reagiert, wenn sie eine Krankschreibung vornehmen sollen für Patienten, die in psychotherapeutischer Behandlung sind, die jedoch in ihren Praxen – bezogen auf ihre psychische Problematik – kaum bekannt sind. Jedoch ist auch bei einer Krankschreibung die ärztliche Kompetenz einzubeziehen, z. B. hinsichtlich der Fragen, ob eine bisher nicht erkannte körperliche Erkrankung vorliegt oder zusätzliche Verordnungen erforderlich sind.
- c) **Einweisung:** Ähnlich verhält es sich bei der Frage der Einweisung: Auch wenn die behandelnden Psychotherapeuten einschätzen können, ob eine stationäre Behand-

lungsbedürftigkeit etwa aufgrund einer psychotischen Dekompensation oder aufgrund von nicht absprachefähiger Suizidalität gegeben ist, so ist doch vorher zu klären, ob eine andere Art von ambulanter Behandlung, nämlich eine psychiatrische Behandlung, indiziert ist. Somit ist der behandelnde Psychotherapeut auch an dieser Stelle auf eine enge Kooperation mit Ärzten angewiesen.

Zusammenfassend ergeben sich aus Sicht der DGPT – bei nachvollziehbaren einzelnen Argumenten für eine Kompetenzerweiterung – in der Summe keine ausreichenden Belege, um einer derartig einschneidenden Veränderung des Tätigkeitsprofils des Psychologischen Psychotherapeuten zuzustimmen.

7. Aufsicht, Qualitätssicherung, Zertifizierung

Eine Aufsicht, die über die bisherige Bindung der PsychThG-Ausbildung an eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde hinausgeht, ist aus Sicht der DGPT nicht notwendig und sinnvoll. Das Gleiche gilt auch für die Frage der Zertifizierung. Wir sind grundsätzlich skeptisch, ob durch Mittel der externen Kontrolle ein positiver Effekt für eine Ausbildung zu erreichen ist, die schon bisher durch einen hohen Qualifikationsanspruch gekennzeichnet ist und sich hohen ethischen Standards verpflichtet fühlt und den Grundsätzen der Berufsordnung entspricht.

Entwicklungsmöglichkeiten bestehen dagegen sicher im Bereich der internen Qualitätssicherung. Zur Frage der Qualitätssicherung von analytischen Ausbildungsinstituten gibt es innerhalb der DGPT bereits umfangreiche Vorarbeiten, die aber noch keinen abgeschlossenen Diskussionsstand widerspiegeln. Auch wäre zu wünschen, durch eine bessere Verbindung mit Hochschulen Möglichkeiten zur Ausbildungsforschung realisieren zu können, zum Beispiel durch katamnestiche Befragungen von Kandidaten einige Zeit nach Abschluss ihrer Ausbildung. Die darin liegenden Möglichkeiten zur Evaluation und Qualitätssicherung werden bisher nicht ausreichend genutzt.

Allerdings ist auch anzumerken, dass derartige Regelungen die Ausbildungseinrichtungen nicht durch zu enge und detaillierte Vorgaben zur Qualitätssicherung einengen dürfen; hierdurch wäre die Kreativität der Institute eingeschränkt. Eine wirksame Qualitätssicherung verlangt nämlich erfahrungsgemäß eine hohe intrinsische Motivation, die durch die Möglichkeit zur eigenständigen Ausgestaltung entscheidend gefördert wird.

IV. Fazit

Grundsätzlich hat sich das bisherige Ausbildungssystem auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes mit der Schaffung zweier neuer Heilberufe und der Regelung des Approbationserwerbs auf hohem Niveau und der Ausgestaltung konsistenter Ausbildungsgänge bewährt, auch wenn in einzelnen Punkten Reformbedarf besteht, insbesondere z. B. bei den Regelungen zur praktischen Tätigkeit. Die DGPT spricht sich daher dafür aus, an der Struktur der bisherigen Ausbildung festzuhalten und diese weiterhin als eine verfahrensbezogene postgraduale Ausbildung zu erhalten.

Vorstellbar ist aus unserer Sicht die Integration der theoretischen Grundlagen nach dem Psychotherapeutengesetz in einen Master-Studiengang Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft, allerdings unter der Voraussetzung, dass alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren an den Hochschulen ausreichend und gesichert in der Strukturqualität repräsentiert sind. Hierdurch wäre auch eine bessere und für die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung sinnvolle Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis, von Grundlagenwissenschaft, Psychotherapiewissenschaft und den Nachbardisziplinen gewährleistet, bei gleichzeitiger Erhaltung der spezifischen Struktur- und Qualitätsanforderungen an eine praxisorientierte Ausbildung. Keinesfalls sollte eine Approbation vor Abschluss der vertieften Ausbildung erworben werden können und diese damit zu einer Weiterbildung werden.

Die Erweiterung der Kompetenz von Psychologischen Psychotherapeuten um bisher den Ärzten vorbehaltenen Zuständigkeiten (Medikamentenverordnung, Krankschreibung, Einweisung) kann von der DGPT nicht befürwortet werden.

Stellungnahme 5

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

DGPs Fachgruppe · Entwicklungspsychologie · Prof. Dr. W. Greve
Universität Hildesheim · Marienburger Platz 22 · D-31141 Hildesheim

Prof. Dr. Bernhard Strauß
Leiter der AG *Forschungsgutachten*
Universitätsklinikum Jena
Friedrich Schiller Universität Jena
Stoygasse 3
07740 Jena

Fachgruppe
Entwicklungspsychologie

Sprecher
Prof. Dr. Werner Greve

Institut für Psychologie
Universität Hildesheim
Marienburger Platz 22
D-31141 Hildesheim

Telefon +49(0) 5121· 88 34 71
Telefax +49(0) 5121· 88 34 79

E-mail: FgEW-Sprecher@dgps.de
Internet: www.dgps.de

Hildesheim, den 8.1.2009

Voraussetzung zur Ausbildung von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Sehr geehrter Herr Kollege Strauß,

die Arbeitsgruppe, die unter Ihrer Leitung das Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) erstellen wird, hat gewiss eine besonders ebenso anspruchsvolle wie verantwortungsvolle, in Vielem sicher auch heikle Aufgabe übernommen. Sie werden, fürchte ich, Schreiben wie dieses in reicher Zahl erhalten, von den unterschiedlichsten Absendern mit den verschiedensten Interessen. Wenn ich dennoch ein weiteres hinzufüge, dann vor allem deshalb, weil ein Schweigen der Fachgruppe, für die ich spreche, in Zeiten kontroverser Debatten und Positionierungen vielleicht auch nicht hilfreich ist, womöglich gar selbst als Signal (etwa für fehlendes Engagement) missdeutet werden könnte.

Mit diesem Schreiben möchte ich daher zum Ausdruck zu bringen, dass die Fachgruppe „Entwicklungspsychologie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) an einer Reform der Ausbildungsstrukturen und -voraussetzungen zum/r Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn besonderes Interesse hat. Ich gehe davon aus, dass die Punkte, die uns besonders wichtig sind, Ihnen im Kern

nicht neu sind – sie sind, auch im Hinblick auf die PP-Ausbildung, schon mehrfach formuliert worden, sicher auch von den KollegInnen der Fachgruppe „Klinische Psychologie“ und auch vom Vorstand der DGPs insgesamt. Ich kann mich daher darauf beschränken, die zentralen Aspekte zu nennen.

Zunächst und vor allem besteht gewiss mit allen KollegInnen der DGPs Einigkeit darin, dass auch die Tätigkeit als KJP ein *Heilberuf* ist, kein Heilhilfsberuf oder gar eine bloß erzieherische Tätigkeit. Wie immer die historische Entwicklung des Berufsfeldes und -bildes gewesen sein mag (Stichwort „Psychagoge“) – seine Einordnung als Heilberuf scheint mir essentiell und mittlerweile sachlich auch nicht mehr bestreitbar. Daraus folgt, dass die Ausbildungsgestaltung und die Ausbildungsvoraussetzungen diesem Anspruch entsprechen müssen; sie dürfen sich daher, abgesehen von inhaltlichen Akzenten, beispielsweise auch nicht substanziell von denen zum PP unterscheiden. Ein universitärer Masterabschluss in einem einschlägigen Studienfach muss daher aus unserer Sicht die Voraussetzung zu einem entsprechenden postgradualen Ausbildungsgang sein. Wenn heute an verschiedenen Institutionen (in Hannover ist mir ein solches Beispiel bekannt) bereits BA-Abschlüsse (zumal an einer FH erworben) als Ausbildungsvoraussetzung ausreichen, erscheint dies sachlich nicht gerechtfertigt. Ich sehe kein Argument, das hier zu Unterschieden zu Ungunsten der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen berechtigte, etwa nach dem Motto „Kurze Klienten – kurze Ausbildung“. Allenfalls müsste man in umgekehrter Richtung argumentieren: Viele Theorien und Befunde der Entwicklungspsychologie, neuerdings auch der Hirnentwicklungsforschung weisen auf die besondere Bedeutung ontogenetisch früher Entwicklungsabschnitte hin – Kunstfehler könnten sich hier also besonders fatal auswirken.

Dies führt unmittelbar zum zweiten, ebenso wichtigen Punkt, in dem die Interessen der Fachgruppe in besonderer Weise berührt sind. Die Zulassung zu einer KJP-Ausbildung ist bislang auch für AbsolventInnen pädagogischer Ausbildungen bzw. Studiengänge verschiedenster Ausrichtung möglich. Mir ist bewusst, dass hierfür (neben berufspolitischen Interessen verschiedenster Lobbys) nicht zuletzt historische Gründe eine Rolle gespielt haben. Die Chance, die sich durch das Forschungsgutachten bietet, hier inhaltlich nicht begründeten Tradierungen eine systematische Lösung entgegenzusetzen, darf nicht ungenutzt verstreichen. Es ist gewiss nicht die Position der Fachgruppe (und auch nicht meine persönliche Überzeugung), dass einem pädagogischen Universitätsabschluss die Voraussetzung für eine erfolgreiche KJP-Ausbildung grundsätzlich fehlt. Es muss allerdings inhaltlich sichergestellt sein, dass zentrale Aspekte insbesondere der Entwicklungspsychologie und der Pädagogischen Psychologie, aber auch der anderen zentralen Bereiche der Psychologie (Klinische Psychologie, Dia-

gnostik, Biologische Psychologie, Allgemeine Psychologie, usw.) in der Ausbildung enthalten gewesen sein müssen. Dies wird in pädagogischen Studiengängen (etwa der Sozialpädagogik) nicht durchgängig der Fall sein. Daher muss entweder die Zulassungsvoraussetzung zur Ausbildung inhaltlich konkretisiert oder die Ausbildung dann, wenn solche Voraussetzungen fehlen, um die entsprechenden Inhalte erweitert und damit zeitlich verlängert werden. Vollkommen inakzeptabel ist es, wenn von BewerberInnen mit einem psychologischen Universitätsabschluss das Diplom bzw. der Masterabschluss als Ausbildungsvoraussetzung verlangt wird, pädagogische Bachelorabschlüsse dagegen zur Zulassung zur Ausbildung ausreichen (mir ist ein Fall aus Baden-Württemberg bekannt, in dem ein pädagogisch-psychologischer Bachelor nicht ohne weiteres als äquivalente Voraussetzung anerkannt wurde). Dabei ist nicht nur der Gleichbehandlungsgrundsatz unbedingt zu beachten (PsychologInnen dürfen hier – vor allem angesichts der besonderen Schwerpunktsetzung ihrer Ausbildung auf den inhaltlichen Voraussetzungen einer KJP-Tätigkeit – allemal nicht schlechter gestellt sein als PädagogInnen), sondern insbesondere müssen die fachlich einschlägigen Voraussetzungen im Studium konkreter berücksichtigt werden. Dies gilt umso mehr, als die Arbeit mit Eltern und anderen Erwachsenen ein wichtiger Teil der KJP-Arbeit ist („Bezugspersonenstunden“ können eigens abgerechnet werden, zu Recht natürlich). Und natürlich ist die Frage, ob ein/e Klient/in „erwachsen“ ist oder nicht, in vielen Fällen nicht mit dem Erreichen oder Unterschreiten einer formalen Altersgrenze zu entscheiden – schon daher werden beide Kompetenz- und Arbeitsbereiche (PP bzw. KJP) oft einen großen Überlappungsbereich haben.

Sollte es (gegen die genannten Argumente) bei einer der jetzigen Regelung vergleichbaren Unterscheidung zwischen PP und KJP bleiben, und sollten pädagogische Abschlüsse weiterhin umstandslos als Ausbildungsvoraussetzung akzeptiert werden, müssen einschlägige Inhalte eines psychologischen Masterabschlusses mindestens in der postgradualen KJP-Ausbildung anerkannt werden (also etwa die theoretische Ausbildung verkürzen). Wohlgermerkt – dies ist nicht die hier vertretene Position; ich will nur deutlich machen, wie unangemessen die gegenwärtige Regelung bzw. Praxis vielerorts ist. In Hannover wird die KJP-Ausbildung beispielsweise für AbsolventInnen eines sozialpädagogischen BA (FH) angeboten und diese dann zugleich mit einem Master (FH) kombiniert. Bei allem Respekt vor Traditionen in beruflichen Feldern geht das gewiss zu weit.

Eine psychotherapeutische Behandlung von Kindern unterscheidet sich sicher von der Psychotherapie von Erwachsenen, aber sie ist gewiss wenigstens ebenso anspruchsvoll und ebenso ein Heilberuf. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Entwicklungspsychologie (und vieler anderer Bereiche der Psy-

chologie, wie angesprochen) sind für sie fachlich unverzichtbar, als Ausbildungsvoraussetzung oder als -bestandteil. Eine universitäre *wissenschaftliche* Ausbildung, die diese Aspekte enthalten oder doch vorbereitet hat muss in angemessenem Umfang für die KJP-Ausbildung Voraussetzung sein. Das schließt auch die methodischen Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens und Denkens ein: das Verständnis basaler Prinzipien wie Falsifikationskriterium, Kontrolle von Störvariablen, Placeboeffekt etc., aufgrund derer man etwa aktuelle Entwicklung der Therapieforschung angemessen beurteilt werden können. Und ganz gewiss sind PsychologInnen dafür nicht etwa weniger gut vorbereitet als andere universitäre Ausbildungen.

Sehr geehrter Herr Strauß, ich werde bei dem von Ihnen Ende Januar veranstalteten Hearing (das mir, bei aller Knappheit, ein wichtiges Signal zu sein scheint) als einer von zwei Vertretern der DGPs die hier angesprochenen zentralen Aspekte kurz benennen, aber es war mir ein Anliegen, der Arbeitsgruppe die Position der Fachgruppe Entwicklungspsychologie auch in dieser etwas ausführlicheren Weise vorzutragen. Ich verzichte darauf, weitere Aspekte anzusprechen, etwa die Aufzählung inhaltlicher Details, die mir für eine KJP-Ausbildung unabdingbar scheinen und zentrale Gegenstände einer psychologischen Ausbildung sind (Diagnostik und Testtheorie, Gehirnentwicklung, kognitive Entwicklung mögen als exemplarische Stichwörter *pars pro toto* genügen). Auch sind die beiden Berufsbezeichnungen (KJP und PP) auf verschiedenen Ebenen angesiedelt – das trägt zur Klarheit nicht eben bei. Derartige Punkte ließen sich leicht vermehren.

Selbstverständlich stehe ich für Rückfragen gerne zur Verfügung – viele in der Fachgruppe engagierte KollegInnen arbeiten einschlägig in den hier angesprochenen Bereichen, oft nicht nur wissenschaftlich, sondern auch praktisch, und Kontakte ließen sich erforderlichenfalls gewiss kurzfristig herstellen. Bitte zögern Sie nicht, mich gegebenenfalls anzusprechen. Für Ihr Engagement, die KJP- und PP-Ausbildung sachgerecht den neuen universitären Ausbildungsstrukturen einerseits, aber auch den inhaltlichen Erfordernissen zweier anspruchsvoller und verantwortungsvoller heilender Berufe andererseits anzupassen, bedanke ich mich sehr.

Mit den besten Grüßen,



Prof. Dr. Werner Greve

Stellungnahme 6

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs),
Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie und
Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

An die
Mitglieder der Forschergruppe
„Forschungsgutachten zur Ausbildung
in Psychologischer Psychotherapie
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

-per E-Mail-

Berlin, 27. März 2009

Voraussetzungen für den Zugang zur PP- bzw. KJP-Ausbildung: Mindestanforderungen an qualifizierende Studiengänge

Sehr geehrter Damen und Herren,

in unserem Schreiben vom 05.02.2009 informierten wir über einen Beschluss der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK) vom 10.10.2008, in dem festgestellt wird, dass eine Verknüpfung der Akkreditierung von Studiengängen mit Entscheidungen zur berufsrechtlichen Anerkennung sachgerecht ist. An der Akkreditierung von Studiengängen, die den Zugang zur Psychotherapieausbildung ermöglichen sollen, können danach künftig sowohl Vertreter der Psychotherapeutenkammern als auch die für die Zulassung zur Psychotherapieausbildung zuständigen Behörden beteiligt werden.

Grundlage der Empfehlungen der Vertreter der Psychotherapeutenkammern werden Mindestanforderungen sein, die zurzeit von der BPtK erarbeitet werden. Wegen des Wegfalls der Bedeutung von Rahmenprüfungsordnungen werden dazu Konkretisierungen der Studieninhalte für die Beurteilung von Zulassungsvoraussetzungen vorgeschlagen und mit den jeweiligen Fachgesellschaften und den Vertretern der psychologischen und pädagogischen bzw. sozialpädagogischen Studiengänge abgestimmt. Nach einer Prüfung durch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden könnten diese Mindestanforderungen auch den Entscheidungen der Landesprüfungsämter über die Zulassung zur Approbationsprüfung zugrunde gelegt werden.

Vorstand:
Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident
Dipl.-Psych. Monika Konitzer
Vizepräsidentin
Dr. Dietrich Munz
Vizepräsident
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehndorfer
Andrea Mrazek, M.A., M.S.

Dr. Christina Tophoven
Geschäftsführerin

Konto
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01

...

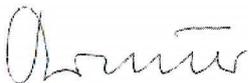
In der Anlage finden Sie die Ergebnisse des bisherigen Arbeitsprozesses:

1. *Zugangsvoraussetzungen zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 1 PsychThG:* Das Papier wurde in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von BPtK und Vertretern der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) erarbeitet und ist bereits zwischen BPtK- und DGPs-Vorstand abgestimmt.
2. *Zugangsvoraussetzungen zur KJP-Ausbildung gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2 PsychThG:* Die Mindestanforderungen wurden von einer Expertenkommission der BPtK erstellt. Die Abstimmung mit den Psychotherapeutenkammern sowie den jeweiligen Fachgesellschaften und den Vertretern der psychologischen und pädagogischen bzw. sozialpädagogischen Studiengänge steht noch aus. Den Fachgesellschaften kommt dabei insbesondere auch die Aufgabe der Definition von Inhalten in den „nicht-klinischen“ Studienanteilen des Grundberufes zu. In Bezug auf psychologische Studiengänge schlägt die BPtK vor, auf die im gemeinsamen Papier von BPtK und DGPs definierten Anforderungen an den Zugang zur PP-Ausbildung zu verweisen und festzustellen, dass mit Erfüllung der dort genannten Anforderungen die für den Zugang zur KJP-Ausbildung genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Da das Papier in der vorliegenden Form bereits die mehrheitliche Zustimmung der Mitglieder der AZA-KJP (Arbeitsgemeinschaft „Zulassung zur Ausbildung zum KJP“) gefunden hat, in der alle relevanten Fachgesellschaften sowie Berufs- und Fachverbände vertreten sind, sind wir zuversichtlich, dass der Vorschlag auch eine breite Unterstützung aus den Fachgesellschaften erhält.

Zum Stellenwert der beigefügten Papiere ist klarzustellen, dass es sich um Vorschläge für vorläufige Regelungen bis zu einer Reform des Psychotherapeutengesetzes handelt. Ziel ist, bundesweit einheitliche und angemessene Zugangsqualifikationen zu einer Psychotherapieausbildung sicherzustellen, bis es im Rahmen einer möglichen Novelle zu eventuell weitergehenden Änderungen kommt. Die definierten Mindestanforderungen dürfen daher nicht als Präferenz der Bundespsychotherapeutenkammer, z. B. für eine Fortführung der postgradualen Psychotherapieausbildung, verstanden werden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Rainer Richter

Anlage

Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Mindestanforderungen an qualifizierende Studiengänge

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Einleitung

Die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder (KMK) hat mit Beschluss vom 10.10.2008 festgestellt, dass eine Verknüpfung der Akkreditierung von Studiengängen mit Entscheidungen zur berufsrechtlichen Anerkennung sachgerecht ist. An der Akkreditierung von Studiengängen, die den Zugang zur Psychotherapieausbildung ermöglichen sollen, können danach künftig Vertreter der Psychotherapeutenkammern beteiligt werden.

Grundlage der Empfehlungen der Vertreter der Psychotherapeutenkammern sollen einheitliche Mindestanforderungen sein, die möglichst mit den Fachgesellschaften der jeweiligen Studiengänge abgestimmt sind.

Bei den vorgeschlagenen Mindestanforderungen handelt es sich um vorläufige Regelungen bis zu einer Reform des Psychotherapeutengesetzes. Die Vorschläge erstrecken sich daher auf jene Studiengänge, die explizit im Psychotherapeutengesetz aus qualifizierend genannt werden bzw. mit den Studiengängen „Soziale Arbeit“ und „Heilpädagogik“ auf jene Studiengänge, die heute von den Landesprüfungsämtern als qualifizierend anerkannt werden.

Ziel ist, für die gegenwärtig anerkannten Studiengänge bundesweit einheitliche und angemessene Zugangsqualifikationen sicherzustellen, bis es im Rahmen einer möglichen Novelle des Psychotherapeutengesetzes zu eventuell weitergehenden Änderungen kommt. Die vorgeschlagenen Mindestanforderungen dürfen daher nicht als Präferenz der Bundespsychotherapeutenkammer, z. B. für eine Fortführung der postgradualen Psychotherapieausbildung, verstanden werden und stellen auch kein Präjudiz für die Vorschläge zur eventuellen Novellierung des PsychThG dar. Sie sind ein aktueller Kompromiss der Mindestanforderungen, auf dessen Grundlage eine weitere Diskussion und Entwicklung möglich ist.

- **Zugangsvoraussetzungen zur PP-Ausbildung gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 1 PsychThG**

Mit den nachfolgenden Mindestanforderungen liegt ein gemeinsamer Kriterienkatalog des BPtK-Vorstands und des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) vor. Er basiert auf dem von einer BPtK-Expertenkommission erarbeiteten Papier, das im Sommer 2007 mit den Psychotherapeutenkammern abgestimmt wurde. In weiteren Arbeitsschritten einer Arbeitsgruppe aus Vertretern von BPtK und DGPs konnten die vorgelegten Mindestanforderungen konsentiert werden.

- **Zugangsvoraussetzungen zur KJP-Ausbildung gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2 PsychThG**

Die vorgeschlagenen Mindestanforderungen sind das Arbeitsergebnis einer BPtK-Expertenkommission. Die Abstimmung mit den Psychotherapeutenkammern und den jeweiligen Fachgesellschaften ist noch nicht erfolgt.

Die vorgeschlagenen Mindestanforderungen sollen sicherstellen, dass die akademischen Grundqualifikationen von KJP nicht hinter jene Standards zurückfallen, die der Gesetzgeber bei Normierung der Zugangsvoraussetzungen der KJP-Ausbildung im Blick hatte. In Bezug auf psychologische Studiengänge ist daher das Ziel, gleichwertige Standards für den Zugang zur PP- und KJP-Ausbildung zu setzen.

Beide Papiere könnten bis zu einer Reform des Psychotherapeutengesetzes eine nachhaltige Wirkung im Hinblick auf bundesweit einheitliche Zulassungsvoraussetzungen entfalten, wenn sie auch von den Landesprüfungsämtern als Entscheidungsgrundlage herangezogen würden. Eine erste Voraussetzung dafür hat die AOLG auf ihrer Sitzung am 19./20.03.2000 geschaffen, in der sie die Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ gebeten hat zu prüfen, ob die von der BPtK erarbeiteten inhaltlichen Mindestanforderungen qualifizierender Studiengänge den Landesprüfungsämtern als bundeseinheitliche Entscheidungsgrundlage bei der Zulassung zur staatlichen Prüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden können.

Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 1 PsychThG

Mindestanforderungen an qualifizierende Studiengänge

*Konsentierter Vorschlag
der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
mit Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie
und Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- 20. März 2009 -*

Vorbemerkungen

1. Die Bologna-Reform bringt für die Studiengänge in der Psychologie vielfältige Änderungen mit sich. Die Rahmenprüfungsordnungen für Psychologie sind für die Gestaltung der Bachelor- und Masterstudiengänge nicht mehr bindend, auch wenn es eine Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) für die Gestaltung von Bachelor- und Masterstudiengängen in der Psychologie gibt. Sowohl die Inhalte als auch die Bezeichnungen von Bachelor- und Masterabschlüssen werden auch für die Psychologie in Zukunft vielfältig sein.
2. Damit ist nicht mehr sichergestellt, dass alle psychologischen Studiengänge jene Kompetenzen vermitteln, die der Gesetzgeber bei der Normierung des Zugangs zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten im Psychotherapeutengesetz vorausgesetzt hat. Dies macht eine Konkretisierung bzw. Anpassung der Ausführungsbestimmungen für die Beurteilung von Zulassungsvoraussetzungen erforderlich.
3. Die Aufnahme einer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten setzt aufgrund der bisherigen Normierung im PsychThG – neben besonderen Regeln für ausländische Studienabschlüsse – einen „an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule“ erworbenen Masterabschluss voraus. Dabei können sowohl Abschlüsse konsekutiver Studiengänge als auch Abschlüsse von Weiterbildungsstudiengängen qualifizierend sein.
4. Notwendige Qualifikationsmerkmale werden sowohl im Bachelor- als auch im Masterstudiengang vermittelt. Bei der Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen müssen daher die notwendigen Inhalte von Bachelor- und Masterstudiengängen inhaltlich und vom Umfang her definiert werden.

Aus dem zusammen 300 ECTS umfassenden Bachelor- und Masterstudium sind **insgesamt mindestens 180 ECTS^{*)}** aus folgenden Bereichen nachzuweisen:

	ECTS
1. „Nicht-klinische“ psychologische Kenntnisse	mindestens 115
1.1 Psychologie der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, Lernens, Motivation und Emotion	mindestens 10
1.2 Biologische und neuropsychologische Grundlagen des Erlebens und Verhaltens	mindestens 5
1.3 Entwicklungspsychologie	mindestens 5
1.4 Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie	mindestens 5
1.5 Sozialpsychologie inklusive Theorien und Modelle des interpersonellen Erlebens und Verhaltens	mindestens 5
1.6 Statistische Methodenlehre, methodische Grundlagen der Diagnostik und Testtheorie; Grundlagen der Epidemiologie, Empirische und experimentelle Forschungsmethoden	mindestens 15
1.7 Angewandte Diagnostik, wissenschaftliche Gutachtenerstellung, Gesprächsführung und Befunderhebung, Testkenntnis	mindestens 10
2. „Klinisch-psychologische“ Kenntnisse im engeren Sinn:	mindestens 50
2.1 Lehrveranstaltungen, die folgende Bereiche umfassen: Klinisch-psychologische Diagnostik, Gesprächsführung, diagnostische Interviews; klinisch-psychologische Störungslehre; Anthropologische Konzepte und kulturspezifische Grundannahmen; biologische, interaktionelle und soziokulturelle Modelle psychischer Störungen, Veränderungsmodelle; Therapieforschung, Versorgungsforschung; Rahmenbedingungen klinisch-psychologischen Handelns; Prävention und Rehabilitation, Forensik; Gesundheitspsychologie und Public Health	mindestens 30
<i>Davon im Masterstudium:</i>	<i>mindestens 15</i>
2.2 Leistungen aus den Bereichen: Bachelorarbeit, Masterarbeit oder Praktikum jeweils mit klinisch-psychologischem Schwerpunkt	maximal 20
3. Abschlussarbeiten, Praktika	
3.1 Bachelorarbeit und/oder Masterarbeit im psychologischen Bereich	mindestens 25
3.2 Praktikum im psychologischen Bereich	mindestens 10
Leistungen unter 2.2 werden ggf. angerechnet	
Insgesamt	mindestens 180

^{*)} Insgesamt mindestens 180 ECTS ergeben sich, wenn Leistungen aus 2.2 im Umfang von 20 ECTS unter 3. angerechnet werden.

Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2 PsychThG

Mindestanforderungen an qualifizierende Studiengänge

- 24. März 2009 -

Vorbemerkungen

1. Die Bologna-Reform bringt für die Studiengänge, die gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) die Voraussetzungen für den Zugang zur KJP-Ausbildung erfüllen, vielfältige Änderungen mit sich. Die Rahmenprüfungsordnungen sind für die Gestaltung der Bachelor- und Masterstudiengänge nicht mehr bindend. Sowohl die Inhalte als auch die Bezeichnungen von Bachelor- und Masterabschlüssen werden in Zukunft vielfältig sein.
2. Damit ist nicht mehr sichergestellt, dass die betreffenden Studiengänge auch künftig jene Kompetenzen vermitteln, die der Gesetzgeber bei der Normierung des Zugangs zur Ausbildung zum KJP im Psychotherapeutengesetz vorausgesetzt hat. Dies macht eine Konkretisierung bzw. Anpassung der Ausführungsbestimmungen für die Beurteilung von Zulassungsvoraussetzungen erforderlich.
3. Die Anforderungen aus der Versorgung setzen für die Aufnahme einer KJP-Ausbildung grundsätzlich einen Masterabschluss voraus. Dabei können sowohl Abschlüsse konsekutiver Studiengänge und Abschlüsse von Weiterbildungsstudiengängen qualifizierend sein.
4. Notwendige Qualifikationsmerkmale werden sowohl im Bachelor- als auch im Masterstudiengang vermittelt. Bei der Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen müssen daher die notwendigen Inhalte von Bachelor- und Masterstudiengängen inhaltlich und vom Umfang her definiert werden.

Aus dem zusammen 300 ECTS umfassenden Bachelor- und Masterstudium sind **insgesamt 180 ECTS** aus folgenden Bereichen nachzuweisen:

	ECTS
4. „Nicht-klinische“ Kenntnisse im Grundberuf	120
<p><i>Die jeweils spezifischen Kenntnisse, die den Kern der Grundberufe abbilden, die der Gesetzgeber bei Normierung der Zugangsvoraussetzungen gemäß § 5 Abs. 2. Nr. 2 PsychThG im Blick hatte, sollen auch künftig vorausgesetzt werden. Ihre „nicht-klinischen“ Anteile sollen im Bachelor- und Masterstudium zusammen 120 ECTS umfassen. Die inhaltlichen Mindestanforderungen an diese fachspezifischen Kenntnisse sind von den jeweiligen Fachgesellschaften der Psychologie*, Pädagogik, Sozialpädagogik (Soziale Arbeit) sowie Heilpädagogik noch zu definieren.</i></p>	
5. „Klinische“ Kenntnisse im engeren Sinn:	60
5.1 Lehrveranstaltungen, die folgende Bereiche umfassen:	mindestens 30
<ul style="list-style-type: none"> A Forschungsmethodik: Grundlagen der Interventionsforschung B Diagnostik, Klassifikation psychischer Störungen C Entwicklungspsychopathologie und Sozialisation D Biologische, medizinische, interaktionelle und soziokulturelle Modelle von Gesundheit und Krankheit E Gesprächsführung, Intervention und verfahrensspezifische Veränderungsmodelle F Strukturelle Rahmenbedingungen von Beratung, Betreuung und Gesundheitsversorgung 	jeweils mindestens 4
<p><i>Davon im Masterstudium: Die Bereiche A, B und E müssen hier jeweils teilweise abgedeckt sein.</i></p>	mindestens 15
5.2 <i>Fakultativ:</i> Mindestens zwei Leistungen aus den Bereichen: Bachelorarbeit, Masterarbeit, Praktika oder Projektarbeit jeweils mit klinischem Schwerpunkt	maximal 30
Insgesamt	mindestens 180

* In Bezug auf psychologische Studiengänge schlägt der BPTK-Vorstand folgende Regelung vor:
Für psychologische Studiengänge sind die inhaltlichen Mindestanforderungen in dem gemeinsamen Papier von BPTK und DGPs für Zugang zur PP-Ausbildung definiert. Mit Erfüllung der dort genannten Anforderungen gelten die hier geforderten Voraussetzungen als erfüllt.

Stellungnahme 7

Prof. Dr. jur. Thorsten Kingreen für die
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPV)

Prof. Dr. iur. Thorsten Kingreen

Agnes-Miegel-Weg 10, 93055 Regensburg Tel.: 0941-7040241 e-mail: king@jura.uni-regensburg.de

**Der rechtliche Rahmen für eine Reform der Aus- und Weiterbildung
in der Psychotherapie**

Rechtsgutachten

für die

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

von

Universitätsprofessor Dr. Thorsten Kingreen

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht

- Forschungsstelle für Medizinrecht und Gesundheitsrecht -

Universität Regensburg

März 2009

Inhaltsübersicht

A. Fragestellung.....	4
B. Bestandsaufnahme.....	6
I. Begründung von Rechtsbeziehungen mit den Krankenkassen,	6
1. Approbation.....	7
a) Psychotherapeuten.....	7
b) Ärzte.....	8
c) Zahnärzte.....	9
2. Fachkundenachweis.....	9
a) Psychotherapeuten.....	9
b) Ärzte.....	10
c) Zahnärzte.....	12
II. Bedarfsplanung.....	12
III. Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	14
IV. Analyse.....	16
1. Voraussetzungen für die Approbation.....	16
2. Fachkundenachweis.....	17
3. Zuständigkeit für die Feststellung der Fachkunde.....	18
4. Weiterbildungsordnung und Bundesrecht.....	19
C. Verfassungsrechtliche Prüfung.....	19
I. Prüfungsgegenstand: Das Modell einer Direktausbildung.....	19
II. Formelle Verfassungsmäßigkeit.....	21
1. Grundlagen der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung im Recht der Heilberufe.....	22
2. Kompetenztitel.....	22
a) Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung).....	22
b) Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen).....	23
3. Kompetenzverteilung im Bereich der Ausbildung und der Weiterbildung für die Heilberufe.....	24
a) Allgemeine Anforderungen.....	24
b) Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie.....	25
aa) Kompetenzrechtliche Kritik.....	26
bb) Stellungnahme.....	27

III. Materielle Verfassungsmäßigkeit	29
1. Art. 12 Abs. 1 GG	29
2. Beschränkung des Berufszugangs durch Aus-, Weiterbildungs- und Prüfungsanforderungen	30
a) Erstmalige Fixierung des Berufsbildes des Psychologischen Psychotherapeuten	30
b) Normative Veränderungen des Berufsbildes	31
3. Beschränkungen der Berufsausübung durch die Einführung von Fachgebietsbezeichnungen	34
D. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse	36

A. Fragestellung

Das am 1. 1. 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PsychThG)¹ hat die Heilberufe des „Psychologischen Psychotherapeuten“ und des „Kinder- und Jugendpsychotherapeuten“ erstmals bundeseinheitlich geregelt. Es macht die Berufsausübung von einer Approbation abhängig und setzt einheitliche Ausbildungsstandards fest. Das Sozialversicherungsrecht knüpft an diese berufsrechtlichen Regelungen an und integriert die Psychotherapeuten in das die Rechtsbeziehungen zu den Krankenkassen regelnde Vertragsarztrecht.

Mit der durch den sog. „Bologna-Prozess“ angestoßenen Schaffung eines „gemeinsamen europäischen Hochschulraums“ mit einem „System leicht verständlicher und vergleichbarer Abschlüsse“ sind auch die für den Zugang zur praktischen Psychotherapeutenausbildung einschlägigen Studiengänge der Psychologie und der (Sozial-)Pädagogik auf zweistufige Studiengänge umgestellt worden, die mit dem Grad eines „Bachelor“ nach drei Jahren und einem nach weiteren zwei Jahren zu erwerbenden „Master“ abschließen. Diese Reform stellt die bisherige Gliederung des psychotherapeutischen Curriculums in ein Hochschulstudium und eine regelmäßig außeruniversitäre praktische Ausbildung in Frage. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, das die Qualität der bisherigen Ausbildung von Psychotherapeuten bewerten und Empfehlungen zur möglichen Neugestaltung erarbeiten soll.

Über eine grundlegende Umstrukturierung des psychotherapeutischen Curriculums wird schon seit einigen Jahren diskutiert. Insbesondere wird vorgeschlagen, den Bildungsgang in eine mit dem Master abschließende Ausbildung und eine anschließende Weiterbildung zu untergliedern. Während der Master die Approbation vermitteln soll, könnte die Weiterbildung den Fachkundenachweis erbringen, der u. a. erforderlich ist für die vertragsarztrechtliche Statusbegründung.

Ein funktional ausdifferenziertes Weiterbildungsrecht gibt es im Bereich der Heilberufe bislang nur im ärztlichen Bereich. Gemäß den Kammergesetzen der Länder (vgl. etwa Art. 27 BayHKaG) kann die Weiterbildung hier unterschiedliche Ziele verfolgen, wobei sich Näheres aus § 2 MWBO-Ä² ergibt:

¹ Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) vom 16. 6. 1998, BGBl. I, 1311.

² Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern), (Muster-)Weiterbildungsordnung vom Mai 2003 i. d. F. v. 28. 3. 2008.

- (1) Facharztbezeichnung in einem Gebiet („Facharzt für...“). Sie ist Voraussetzung für die Begründung von Rechtsbeziehungen mit den Krankenkassen (§ 95a SGB V) und bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit, § 2 Abs. 2 MWBO-Ä.
- (2) Schwerpunktbezeichnung im Schwerpunkt eines Fachgebietes, d. h. eine auf der Facharztweiterbildung aufbauende Spezialisierung im Gebiet, § 2 Abs. 3 MWBO-Ä
- (3) Zusatzbezeichnung: Spezialisierung in den Weiterbildungsinhalten, die zusätzlich zu den Facharzt- und Schwerpunktweiterbildungsinhalten abzuleisten sind, § 2 Abs. 4 MWBO-Ä

Diese Struktur ist tradiert, und es ist trotz gewisser Reformbestrebungen³ nicht zu erwarten, dass sie grundlegend verändert wird. Auch in der Psychotherapie gibt es zwar eine Musterweiterbildungsordnung.⁴ Sie ist aber gegenüber der MWBO-Ä noch in mehrfacher Hinsicht beschränkt: Sie bezieht sich erstens fachlich nur auf den Bereich der klinischen Neuropsychologie,⁵ verfolgt zweitens gemäß § 1 Abs. 4 MWBO-Psych zur Zeit nur das Ziel, Zusatzbezeichnungen zu vermitteln, ist daher nicht konstitutiv für die Begründung von Rechtsbeziehungen mit den Krankenkassen, und ist drittens nicht in allen Bundesländern umgesetzt worden.

Die Diskussion über Veränderungen des psychotherapeutischen Curriculums ist nicht nur fachwissenschaftlich geprägt, sondern es wird auch der Versuch unternommen, das Verfassungsrecht als Argument für und gegen bestimmte Reformvorschläge zu aktivieren. Dabei gehören Funktion und Ausgestaltung der Weiterbildung zu den zentralen Streitpunkten der Reform; sie stehen daher auch im Mittelpunkt der nachfolgenden Begutachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Reform des psychotherapeutischen Bildungsgangs. Zu diesem Zweck wird in einem ersten Schritt (nachfolgend B.) das für die Psychotherapie relevante Berufs- und Sozialversicherungsrecht unter Akzentuierung der Unterschiede zum ärztlichen und zahnärztlichen Bereich skizziert. Sodann (C.) werden am Beispiel

³ M. QuaaS/R. Zuck, Medizinrecht, 2. Aufl. 2008, § 12 Rn. 36.

⁴ Muster-Weiterbildungsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten i. d. F. v. 13. 5. 2006.

⁵ Weiter gehend bezieht bislang nur die Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz auch die Psychodiabetologie, die spezielle Schmerzpsychotherapie, die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und die Gesprächspsychotherapie ein.

eines konkreten Reformvorschlages die verfassungsrechtlichen Vorgaben für Veränderungen des psychotherapeutischen Bildungsganges herausgearbeitet.

B. Bestandsaufnahme

Die heilberufsrechtliche Weiterbildung befindet sich an der Schnittstelle zwischen dem in die Zuständigkeit der Länder fallenden Berufsrecht und dem Vertragsarztrecht, für das der Bund regelungsbefugt ist. Ein Spannungsverhältnis besteht zudem zwischen der das Vertragsarztrecht aus gestaltenden Gemeinsamen Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen und der für das Berufsrecht zuständigen psychotherapeutischen Selbstverwaltung.⁶ Hintergrund sind die engen Verzahnungen zwischen den jeweiligen Regelungsregimen: Weiterbildung steht in einer fachlichen Wechselwirkung mit der Ausbildung und damit mit dem Berufszugang. Sie kann ferner den Fachkundenachweis tangieren, der Voraussetzung für die Begründung der vertragsarztrechtlichen Rechtsbeziehungen ist (dazu nachfolgend I.). Konsequenzen hat sie darüber hinaus für die Bedarfsplanung (II.) und die Zuständigkeit für die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Psychotherapie (III.). Die folgende Bestandsaufnahme verfolgt das Ziel, den bisherigen Regelungsbestand in diesen drei Teilbereichen aufzunehmen und in diesem Rahmen die Systemverschiebungen zu analysieren, die sich aus der Schaffung einer allgemeinen Weiterbildungsordnung ergeben könnten. Dazu wird jeweils auch der ärztliche und der zahnärztliche Bereich in die Überlegungen integriert.

I. Begründung von Rechtsbeziehungen mit den Krankenkassen

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen gemäß § 95 Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten teil. Um die Zulassung kann sich nach § 95 Abs. 2 S. 1 SGB V jeder Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeut bewerben, der seine Eintragung in ein Arztregister nachweist. Das Arztregister dokumentiert die sozialversicherungsrechtliche Statusbegründung, d. h. die Berechtigung und Verpflichtung, Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen zu erbringen (§ 95 Abs. 3 S. 1 SGB V). Die Eintragung erfolgt nach Maßgabe § 95 Abs. 2 S. 3 SGB V, der im Einzelnen unterschiedliche Vor-

⁶ U. Wenner, Auswirkungen des Weiterbildungsrechts von Ärzten und Psychotherapeuten auf das Vertragsarztrecht, GesR 2002, 1 (1).

aussetzungen für die drei Heilberufe aufstellt. Die Grundstruktur des Zulassungsrechts ist aber vergleichbar: Es bedarf jeweils der Approbation für den Berufszugang (1.) und eines besonderen Fachkundenachweises (2.):

1. Approbation

a) Psychotherapeuten

Bei Psychotherapeuten erfolgt die Eintragung in das Arztregister, wenn die Voraussetzungen des § 95c SGB V erfüllt sind.

Mit der ersten Voraussetzung, der Approbation, nimmt § 95c S. 1 Nr. 1 SGB V Bezug auf das im Psychotherapeutengesetz geregelte Berufsrecht. Wer die heilkundliche Psychotherapie als „psychologischer Psychotherapeut“ oder als „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ ausüben will, bedarf nach § 1 Abs. 1 PsychThG der Approbation. Diese ist nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG insbesondere davon abhängig, dass der Antragsteller die vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden hat. Das verweist auf § 5 PsychThG, wonach die Ausbildung zum Psychotherapeuten grundsätzlich⁷ aus einem Hochschulstudium und einer postgradualen Ausbildung besteht:⁸

- Nach § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 a) PsychThG setzt die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ein die Klinische Psychologie einschließendes, erfolgreich abgeschlossenes Studium der Psychologie voraus. Für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kommt außer dem Studium der Psychologie (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 a) PsychThG) auch ein Studium der Pädagogik oder Sozialpädagogik in Betracht (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 b) PsychThG).
- Das Hochschulstudium ist nach § 5 Abs. 2 S. 1 PsychThG Voraussetzung für den Zugang zu einer grundsätzlich dreijährigen Ausbildung (§ 5 Abs. 1 S. 1 PsychThG), die gemäß § 5 Abs. 1 S. 2 PsychThG aus einer praktischen Tätigkeit besteht, die von theoretischer und praktischer Ausbildung begleitet wird,

⁷ Die übergangsrechtlichen Besonderheiten sowie die Anforderungen bei ausländischen Antragstellern werden nachfolgend nicht gesondert behandelt, vgl. § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 b) und c) und Nr. 2 b) und c).

⁸ Vgl. zum Folgenden *W. Spellbrink*, Die Leistungserbringung durch psychologische Psychotherapeuten, in: F. E. Schnapp/P. Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, 2. Aufl. 2006, § 14 Rn. 16ff. und *M. H. Stellpflug*, Berufsrecht der Psychotherapeuten, in: M. H. Stellpflug/S. M. Meier/A. Tadayon (Hrsg.), *Handbuch Medizinrecht*, Loseblattslg. B 3000 [2007] Rn. 6ff.

und mit dem Bestehen der staatlichen Prüfung abschließt. Diese Ausbildung wird nach § 6 Abs. 1 PsychThG an Hochschulen oder an anderen Einrichtungen vermittelt, die als Ausbildungsstätten für Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anerkannt sind. Einzelheiten zur Ausbildung ergeben sich aus der auf § 8 Abs. 1 PsychThG beruhenden Ausbildungs- und Prüfungsordnung für psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) vom 18. 12. 1998.⁹ Gemäß § 4 Abs. 1 Psych-APrV ist die praktische Ausbildung Teil der vertieften Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und dient dem Erwerb sowie der Vertiefung von Kenntnissen und praktischen Kompetenzen bei der Behandlung von Patienten mit Störungen mit Krankheitswert nach § 1 Abs. 3 Satz 1 des Psychotherapeutengesetzes. Sie umfasst mindestens 600 Behandlungsstunden unter Supervision mit mindestens sechs Patientenbehandlungen sowie mindestens 150 Supervisionsstunden, von denen mindestens 50 Stunden als Einzelsupervision durchzuführen sind.

b) Ärzte

Diese Gliederung der psychotherapeutischen Ausbildung in ein Hochschulstudium und eine regelmäßig außerhalb der Hochschule zu absolvierende postgraduale Ausbildung ist der wesentliche Unterschied zur ärztlichen und zur zahnärztlichen Ausbildung:

Bei Ärzten setzt die Eintragung in das Arztregister zwar ebenfalls die Approbation voraus (§ 95 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 95a Abs. 1 Nr. 1 SGB V), doch wird diese mit dem Abschluss eines Studiums der Medizin erworben (vgl. § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 BÄO). Eines postgradualen Ausbildungsabschnittes bedarf es nicht mehr, nachdem der „Arzt im Praktikum“ entfallen ist.¹⁰ Die praktische Ausbildung schließt nicht an ein erfolgreich absolviertes Hochschulstudium an, sondern ist Voraussetzung für dessen Abschluss. Auch deshalb dauert es mit sechs Jahren länger als das Psychologie- und das (Sonder-)Pädagogikstudium. Unterteilt wird es durch die in zwei Abschnitten abzulegende Ärztliche Prüfung (§ 1 Abs. 2 ÄAppO): Der Erste Abschnitt (§§ 22ff. ÄAppO) findet nach einem Studium von

⁹ BGBl. I 3749.

¹⁰ Vgl. Art. 3 Ziff. 1 a) bb) und 10 Abs. 1 des Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze vom 21. 7. 2004, BGBl. I, 1776, 1790.

zwei Jahren, der Zweite Abschnitt (§§ 27ff. ÄAppO), der insbesondere das Praktische Jahr (§ 3 ÄAppO) einschließt, nach insgesamt sechs Jahren.

c) Zahnärzte

Anders als bei Ärzten und Psychotherapeuten gibt es bei Zahnärzten keine sozialversicherungsrechtliche Vorschrift, die eine Approbation fordern würde. Deren Notwendigkeit ergibt sich allein aus dem Berufsrecht. Die Approbation als Zahnarzt setzt u. a. nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 ZHG ein mindestens fünf Jahre andauerndes Studium der Zahnmedizin voraus, das sich nach § 2 Abs. 1 ZAppO aus einem vorklinischen und klinischen Teil von je fünf Semestern zusammensetzt und nach § 2 Abs. 2 ZAppO eine naturwissenschaftliche Vorprüfung, eine zahnärztliche Vorprüfung und die zahnärztliche Prüfung umfasst.

2. Fachkundenachweis

Die Approbation ist ein berufsrechtlicher Tatbestand und berechtigt als solche zur Berufsausübung (§§ 2 Abs. 1 BÄO, 1 Abs. 1 S. 1 ZHG, 1 Abs. 1 S. 1 PsychThG). Sie beinhaltet aber noch nicht die Zulassung zur vertrags-(zahn-)ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Bei allen drei Heilberufen ist die Begründung von Rechtsbeziehungen mit den Krankenkassen vielmehr abhängig von einem nicht nur in den Details, sondern grundsätzlich unterschiedlich ausgestalteten Fachkundenachweis. Die hier zwischen Ärzten und Zahnärzten auf der einen und Psychotherapeuten auf der anderen Seite bestehenden Unterschiede sind einer der wesentlichen fachlichen Begründungen für die Schaffung einer einheitlichen Weiterbildungsbildungsordnung für Psychotherapeuten.

a) Psychotherapeuten

Der nach § 2 Abs. 1 PsychThG approbierte Psychotherapeut weist seine Fachkunde gemäß § 95c S. 2 Nr. 1 SGB V dadurch nach, dass er eine vertiefte Ausbildung gemäß § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren erfolgreich abgeschlossen hat. Die Fachkundeprüfung soll „anhand der im Approbationsverfahren nachgewiesenen Befähigung [...] klären, ob Behandlungsverfahren erlernt oder in der Vergangenheit praktiziert worden sind, die zu den Leistungen der GKV gehören. Psychotherapeuten, die ihre Ausbildung in anderen Behandlungs-

verfahren absolviert oder diese in der Vergangenheit ausschließlich angewandt haben, dürfen zwar außerhalb der GKV Psychotherapie anbieten und durchführen, sollen aber nicht in das Arztregister eingetragen und nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen werden können.“¹¹

Das auch in der Psychotherapie vorhandene Weiterbildungsrecht ist also für die sozialversicherungsrechtliche Statusbegründung irrelevant, weil es derzeit lediglich Zusatzbezeichnungen vermittelt. Die Fachkunde wird nicht in einem weiteren Abschnitt, etwa einer Weiterbildung, erworben, sondern es werden lediglich die berufsrechtlich relevanten Ausbildungsinhalte sozialversicherungsrechtlich anerkannt. Maßgeblich ist insoweit die vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage von § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 i. V. m. Abs. 6a SGB V erlassene „Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)“¹². Gemäß ihrem § 13 sind als Richtlinienverfahren derzeit psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, vgl. § 14 Psych-RL) und die Verhaltenstherapie anerkannt. Keine Richtlinienverfahren sind nach § 17 Abs. 3 Psych-RL i.V.m. Anlage 1 insbesondere die Gesprächspsychotherapie und die Gestalttherapie.

Zuständig für die Prüfung der Fachkunde ist die Kassenärztliche Vereinigung als Registerstelle (§ 95 Abs. 2 S. 2 SGB V). Ihre Prüfungsbefugnis bezieht sich allerdings nicht insgesamt auf die psychotherapeutische Grundqualifikation eines approbierten Psychotherapeuten, sondern lediglich darauf, ob die Qualifikation, die die Approbationsbehörde ihrer Entscheidung zugrunde gelegt hat, in einem Behandlungsverfahren erworben hat, das in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses anerkannt ist bzw. war.¹³

b) Ärzte

Gemäß § 95 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 SGB V erfolgt bei Ärzten die Eintragung in das Arztregister, wenn die Voraussetzungen des § 95a SGB V erfüllt sind. Das setzt, außer der Approbation, den erfolgreichen Abschluss entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet

¹¹ BSG, B 6 KA 37/01 R v. 6. 11. 2002, BeckRS 9999 0038.

¹² Aktuelle Fassung auf der Website des Gemeinsamen Bundesausschusses: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-298/RL-Psycho-2008-10-16.pdf>

¹³ BSG, B 6 KA 37/01 R v. 6. 11. 2002, BeckRS 9999 0038; dazu auch *W. Spellbrink*, Die Leistungserbringung durch psychologische Psychotherapeuten, in: F. E. Schnapp/P. Wigge (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, 2. Aufl. 2006, § 14 Rn. 22.

mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Berufsbezeichnung voraus, § 95a Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Die erforderliche Weiterbildung wird nach § 95a Abs. 2 S. 1 SGB V nachgewiesen, wenn der Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin berechtigt ist und diese Berechtigung nach einer mindestens fünfjährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten und in dafür zugelassenen Einrichtungen erworben hat. Die landesrechtlichen Bestimmungen, auf die § 95a Abs. 2 S. 1 SGB V verweist, finden sich in den Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder (etwa: Art. 27-36 BayHKaG), die die allgemeinen Voraussetzungen der Facharztanerkennung, die zugelassenen Facharzttrichtungen, die Mindestdauer der Weiterbildung und das Verfahren der Anerkennung regeln. Näheres regeln dann die auf den Heilberufe- und Kammergesetzen beruhenden¹⁴ Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern, die sich ihrerseits an der von der Bundesärztekammer beschlossenen Musterweiterbildungsordnung (MWBO-Ä) orientieren.

Anders als in der Psychotherapie erfolgt der für die sozialversicherungsrechtliche Statusbegründung erforderliche Fachkundenachweis bei den Ärzten also nicht durch Anerkennung von Ausbildungsinhalten, sondern durch eine Weiterbildung, die mit der Anerkennung einer Facharztbezeichnung abschließt. Durch die Facharztanerkennung wird der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im jeweiligen Fachgebiet bescheinigt. Sie berechtigt den Arzt, die entsprechende Facharztbezeichnung zu führen, § 1 Abs. 3 MWBO-Ä. Die Anerkennung als Facharzt begründet aber nicht nur die sozialversicherungsrechtliche Berechtigung und Verpflichtung zur Leistungserbringung,¹⁵ sondern beschränkt den Arzt grundsätzlich auf sein Fachgebiet.¹⁶ Gebietsfremde Leistungen darf er grundsätzlich nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.¹⁷ Die Weiterbildung zum Facharzt ist konstitutiv für die Begründung von Rechtsbeziehungen mit den Krankenkassen. Sie kann aber über die Facharztbezeichnung in einem bestimmten Gebiet hinaus auch besondere Kenntnisse und Fähigkeiten in

¹⁴ Vgl. etwa Art. 35 BayHKaG.

¹⁵ BSGE 88, 20 (25).

¹⁶ M. Quaaas/R. Zuck, *Medizinrecht*, 2. Aufl. 2008, § 12 Rn. 43; O. Seewald, *Fachbezogene Qualitätssicherung durch ärztliches Berufsrecht und Vertragsarztrecht*, SGB 2009, 1 (4); U. Wenner, *Auswirkungen des Weiterbildungsrechts von Ärzten und Psychotherapeuten auf das Vertragsarztrecht*, GesR 2002, 1 (2f.).

¹⁷ BSGE 84, 290 (292).

einem Teilgebiet (Teilgebietsbezeichnung) oder andere zusätzlich erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten (Zusatzbezeichnung) nachweisen, vgl. § 2 Abs. 1 MWBO sowie etwa Art. 27 BayHKaG.

c) Zahnärzte

Bei Vertragszahnärzten wird der für die Eintragung in das Arztregister erforderliche Fachkundenachweis gemäß § 95 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 SGB V durch Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit geführt. Gemäß § 3 Abs. 3 ZV-Z müssen von dieser Vorbereitungszeit mindestens sechs Monate als Assistent eines oder mehrerer Vertragszahnärzte absolviert werden. Die zweijährige Vorbereitungszeit wird, anders als bei den Ärzten, nicht in einem eigenständigen Weiterbildungsrecht konkretisiert. Dieser curriculare Unterschied wird damit erklärt, dass die zahnärztlichen Fachgebiete weniger stark ausdifferenziert sind als die ärztlichen Tätigkeitsfelder.¹⁸

Es gibt gleichwohl ein Weiterbildungsrecht auch für Zahnärzte. Die zahnärztliche Weiterbildung dient aber nicht der Erlangung einer Facharzt-, sondern lediglich einer Teilgebietsbezeichnung (Kieferorthopädie, zahnärztliche Chirurgie), die auf besondere Kenntnisse und Fähigkeiten auf den Gebieten der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweist, § 1 Abs. 1 MWBO-Z.¹⁹ Sie erfolgt nach § 2 Abs. 2 S. 1 MWBO-Z in praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung und besteht nach § 2 Abs. 3 S. 3 MWBO-Z aus einem allgemein-zahnärztlicher Jahr und einer fachspezifischen Weiterbildung von drei Jahren im Bereich der Kieferorthopädie oder der Zahnchirurgie (§§ 11, 16 Abs. 1 MWBO-Z).

II. Bedarfsplanung

Im Vertragsarztrecht sind die durch die Weiterbildungsordnungen geprägten Facharztgebiete auch Grundlage der Bedarfsplanung durch die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (§§ 99ff. SGB V).

Gemäß § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Bestimmungen über einheitliche Verhältniszahlen für den

¹⁸ T. Muschallik, Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung, in: F. E. Schnapp/P. Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl. 2006, § 22 Rn. 78. Zu diesem Argument noch unten C. II. 3. b) bb).

¹⁹ Musterweiterbildungsordnung der Bundeszahnärztekammer vom 27. 3. 1998, abzurufen unter http://www.dgkfo.de/wbo/wbo_bzaek.pdf.

allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Nach § 101 Abs. 1 S. 5 SGB V muss er die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung „arztgruppenspezifisch“ berücksichtigen und nach § 101 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V die Verhältniszahlen anpassen oder neue Verhältniszahlen festlegen, wenn dies wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen erforderlich ist. § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und 5 sowie S. 2 SGB V verweisen insoweit sogar explizit auf die Facharztbezeichnungen in den Weiterbildungsordnungen, die daher weitgehend identisch sind mit den „Arztgruppen“ i. S. v. § 101 SGB V.²⁰ Im Vertragszahnartzrecht gibt es zwar eine Bedarfsplanung,²¹ aber nach § 103 Abs. 8 SGB V keine Zulassungsbeschränkungen mehr.

Die Psychotherapie kennt lediglich Zusatzbezeichnungen, aber keine Facharztgruppen und aus diesem Grunde auch keine bereichsspezifische Bedarfsplanung. Vielmehr bilden nach § 101 Abs. 4 S. 1 SGB V überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten eine Arztgruppe i. S. v. § 101 Abs. 2 SGB V. Das Fehlen einer Weiterbildung hat hier u. a. zur Konsequenz, dass eine qualitätsbezogene Sonderbedarfszulassung (§ 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, und 3a SGB V) nicht in Betracht kommt. Diese setzt nach § 24 lit. b) S. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinien²² nämlich einen besonderen Versorgungsbedarf voraus, der an den Inhalt des Schwerpunkts, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung anknüpft. Wegen der insoweit bestehenden Probleme der Unterversorgung wird lediglich die Berufsbezeichnung des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt (§ 24 lit. b) S. 3 Bedarfspl-RL). Zusatzbezeichnungen wie sie in einzelnen Weiterbildungsordnungen für die Psychotherapie enthalten sind,²³ reichen insoweit jedenfalls bislang nicht aus.

²⁰ Vgl. zu einer Ausnahme BSG, SozR 3-2500, § 101 Nr. 3 S. 18.

²¹ Zu den diesbezüglichen Rechtsgrundlagen *M. Kaltenborn*, in: U. Becker/T. Kingreen (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 2008, § 99 Rn. 1.

²² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, in der Neufassung v. 15. 2. 2007, zuletzt geändert am 18. 9. 2008, abrufbar unter:

http://www.g-ba.de/downloads/62-492-297/RL_Bedarf-2008-09-18.pdf

²³ Vgl. oben I. 2. a).

III. Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die unterschiedlichen Verfahren und Voraussetzungen für den Nachweis der Fachkunde sind auch von Bedeutung für die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach § 135 Abs. 1 SGB V grundsätzlich Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist. Im Zusammenhang mit der Anerkennung einer Methode muss der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 135 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V auch Empfehlungen über die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung abgeben, um deren sachgerechte Anwendung zu sichern. Ergänzend dazu ermächtigt § 135 Abs. 2 S. 1 SGB V die Partner der Bundesmantelverträge (also die Kassenärztliche/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund, § 82 Abs. 1 SGB V), Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung solcher Leistungen zu vereinbaren, die wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen.²⁴

Dieser Vereinbarungen bedarf es nach § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V nicht, wenn landesrechtliche Regelungen bundesweit inhaltsgleiche und in Bezug auf die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 S. 1 SGB V gleichwertige Kriterien für die zur Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen festlegen. Die Notwendigkeit bundesweit inhaltsgleicher Standards ergibt sich aus dem bundeseinheitlichen Charakter des Leistungserbringungsrechts.²⁵ Die Einheitlichkeit stellt im ärztlichen Bereich die Musterweiterbildungsordnung-Ärzte sicher, an die sich die Weiterbildungsordnungen der Länder anlehnen. Liegen landesrechtliche Regelungen mit bundeseinheitlichen Fachkundestandards vor, so ordnet § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V als Rechtsfolge an, dass diese landesrechtlichen Bestimmungen notwendige, aber auch ausreichende Anforderungen enthalten. § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V stellt also eine Konkurrenzregel zwischen dem landesrechtlichen Berufsrecht und dem bundesrechtlichen Sozialrecht auf: Das Berufsrecht ist maßgeblich auch für die vertragsärztliche Qualitätssicherung, wenn und soweit es die

²⁴ Übersicht über die getroffenen Vereinbarungen bei *B. Hohnholz*, in: K. Hauck/G. Noftz (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, Loseblattslg., § 135 [2000/2007] Rn. 16 Fn. 46.

²⁵ *R. Schmidt-De Caluwe*, in: U. Becker/T. Kingreen (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung, 2008, § 135 Rn. 32.

Voraussetzungen des § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V erfüllt. Nicht die Partner der Bundesmantelverträge legen dann die Standards für die Fachkunde fest, sondern die Selbstverwaltung der Heilberufe in ihren Weiterbildungsordnungen.

Nach seiner systematischen Stellung bezieht sich § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V nur auf § 135 Abs. 2 S. 1 SGB V, d. h. das Berufsrecht tritt zwar an die Stelle von Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge, tangiert aber nicht die Befugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Methodenanerkennung nach § 135 Abs. 1 SGB V.²⁶ Der Anwendungsbereich der Vorschrift ist allerdings einigermaßen unklar. Nach seinem Wortlaut gilt er nur für ärztliche Leistungen, während § 135 Abs. 2 S. 1 SGB V explizit für ärztliche und zahnärztliche Leistungen gilt. Daraus könnte man schließen, dass er sich nur auf ärztliche Leistungen bezieht und damit sowohl die zahnärztliche als auch die psychotherapeutische Leistungserbringung nicht erfasst. Dagegen spricht aber der allgemeine § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V. Danach gelten die auf Ärzte bezogenen Vorschriften des 4. Kapitels entsprechend auch für Zahnärzte und Psychotherapeuten, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Ob man in § 135 Abs. 2 S. 2 i. V. m. S. 1 SGB V eine solche abweichende Vorschrift sehen kann, ist fraglich. Denn es beinhaltet einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG), wenn die Bestimmung die Psychotherapie nicht erfassen würde, obwohl es einen dem ärztlichen Bereich entsprechenden Anknüpfungstatbestand gibt. Anders als bei der Statusbegründung²⁷ kann es auch nicht darauf ankommen, ob das Weiterbildungsrecht Fachgebietsbezeichnungen oder lediglich Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnungen vermittelt. Denn jeweils handelt es sich um landesrechtliche Bestimmungen des Facharztrechts i. S. v. § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V, deren bundesweite Inhaltsgleichheit durch die Musterweiterbildungsordnung vermittelt wird.

Daher ist zwar die durch das psychotherapeutische Weiterbildungsrecht vermittelte Zusatzbezeichnung in der klinischen Neuropsychologie²⁸ ein geeigneter und zwingend zugrunde zu legender Anknüpfungspunkt für die Bestimmung der Qualifikation der psychotherapeutischen Leistungserbringer nach § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V. Außerhalb dieser besonderen Regelung für die klinische Neuropsychologie fehlt es aber an einem psychotherapeutischen Weiterbildungsrecht, das die

²⁶ Das hindert den Gemeinsamen Bundesausschuss aber nicht daran, auch im Rahmen von § 135 Abs. 1 SGB V auf das Weiterbildungsrecht zurückzugreifen.

²⁷ Vgl. oben I.

²⁸ Vgl. oben A.

Voraussetzungen des § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V erfüllt. Das hat zur Konsequenz, dass insoweit über die Fachkunde nach § 135 Abs. 2 S. 1 SGB V allein die Partner der Bundesmantelverträge entscheiden.

IV. Analyse

Das heilberufliche Recht der Weiterbildung liegt im Übergangsbereich zwischen Berufszugang und Berufsausübung, hat dort aber keinen einheitlichen Standort. Es ist zwar Berufsausübungsrecht, das den Zugang zur Approbation grundsätzlich nicht berührt. Zwischen den Inhalten der Berufsausbildung und der beruflichen Weiterbildung besteht gleichwohl eine Interdependenz, die in der jeweils unterschiedlichen Struktur der Ausbildung der drei sozialversicherungsrechtlich relevanten Heilberufe des Arztes, des Zahnarztes und des Psychotherapeuten deutlich erkennbar ist. Weiterbildung ist zudem nicht nur ein berufsrechtlicher, sondern auch ein sozialversicherungsrechtlich relevanter Tatbestand, der die Bedarfsplanung steuert und außerdem Fachkunde bescheinigt, die für die vertragsarztrechtliche Zulassung ebenso bedeutsam ist wie für die Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Im Einzelnen sind die folgende Unterschiede zwischen den drei Heilberufen besonders hervorzuheben:

1. Voraussetzungen für die Approbation

Bei den Ausbildungsinhalten und den Approbationsvoraussetzungen kann man zwischen einem monistischen und einem dualistischen Modell unterscheiden.

Die ärztliche Ausbildung ist monistisch strukturiert, d. h. sie beinhaltet eine einheitliche, praktische Elemente einschließende Ausbildung an einer wissenschaftlichen Hochschule. Auch das Studium der Zahnmedizin ist monistisch. Zwar gibt es wie in der Psychotherapie einen an die Hochschulausbildung anschließenden praktischen Ausbildungsabschnitt, doch ist dieser nicht Voraussetzung für die Approbation, sondern erst für die Zulassung.

Für die Psychotherapie gilt hingegen ein dualistisches Ausbildungskonzept: Es besteht aus einem noch nicht spezifisch auf den Beruf des Psychotherapeuten zugeschnittenen Hochschulstudium der Psychologie bzw. der (Sozial-)Pädagogik und einer davon inhaltlich und organisatorisch getrennten praktischen Ausbildung außerhalb der Hochschule. Nur in der Psychotherapie wird also die Approbation

von einem außerhalb der Hochschule abzuleistenden Ausbildungsabschnitt abhängig gemacht.

2. Fachkundenachweis

Der konzeptionelle Unterschied zwischen dem monistischen und dem dualistischen Ausbildungsmodell wirkt auf die Anforderungen für den sozialversicherungsrechtlichen Fachkundenachweis zurück und erklärt die dabei bestehenden Unterschiede zwischen den Heilberufen.

Weil nämlich die für die psychotherapeutische Approbation grundlegenden Studiengänge anders als die Studiengänge der (Zahn-)Medizin noch nicht spezifisch auf ein Berufsbild zugeschnitten sind, bedarf es eines separaten praktischen Ausbildungsabschnittes *vor* der Approbation, der im Verhältnis zum Studium bereits die Funktion einer Spezialisierung hat. *Nach* der Approbation ist daher weder eine Spezialisierung wie die Weiterbildung bei den Ärzten erforderlich noch eine praktische Vorbereitungszeit, die die Zahnärzte absolvieren müssen. Es bedarf „nur“ noch der Anerkennung der bereits vor der Approbation absolvierten praktischen Ausbildung als „vertiefte Ausbildung [...] in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss [...] anerkannten Behandlungsverfahren“ (§ 95c S. 2 Nr. 1 SGB V). Daraus erhellt, dass die einzelnen Aus- und Weiterbildungsabschnitte nicht isoliert nebeneinander stehen, sondern aufeinander aufbauen und daher auch aufeinander bezogen sind. Veränderungen im Rahmen der Ausbildung, etwa die Einführung einer Direktausbildung im Rahmen eines Masterstudienganges, wirken sich daher notwendigerweise auf die Voraussetzungen des Fachkundenachweises aus.

Die Tatsache, dass Fachkunde im Bereich der Psychotherapie bereits vor der Approbation erworben wird und nach der Approbation nur noch anerkannt werden muss, wirkt sich auch außerhalb des Zulassungsrechts aus. So bilden die Psychotherapeuten mit den psychotherapeutisch tätigen Ärzten im Rahmen der Bedarfsplanung nur eine einzige Arztgruppe (§ 101 Abs. 4 SGB V) und fehlt es im Bereich der Psychotherapie mit Ausnahme der in der Musterweiterbildungsordnung aufgeführten klinischen Neuropsychologie an Standards, an die die Partner der Bundesmantelverträge bei der Frage der Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V anknüpfen könnte. Konsequenterweise erfolgt die Regelung daher in den Bundesmantelverträgen und nicht in Weiterbildungsordnungen.

3. Zuständigkeit für die Feststellung der Fachkunde

Der Vergleich zwischen ärztlichem, zahnärztlichem und psychotherapeutischen Leistungserbringungsrecht belegt schließlich, dass die Existenz einer Weiterbildungsordnung auch die Zuständigkeiten zur Feststellung der Fachkunde berührt.

Bei Ärzten wird die für die Zulassung erforderliche Fachkunde weitgehend durch die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die daran anknüpfenden Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern bestimmt. Gleiches gilt für den Fachkundenachweis bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Jeweils ist die Aufstellung von Fachkundestandards ein Akt ärztlicher Selbstverwaltung.

Bei Zahnärzten erfolgt die Zulassung zwar nicht aufgrund einer Weiterbildung, sondern durch Ableistung einer praktischen, gesetzlich nur rudimentär geregelten Vorbereitungszeit. Anders als im Bereich der Psychotherapie ist aber keine spezifische Methodenanerkennung erforderlich; die fachliche Durchführung und Bewertung der Ausbildungszeit erfolgt also nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Soweit eine Weiterbildung erforderlich ist (also insbesondere für die Erlangung von spezialisierten Gebietsbezeichnungen), setzt ebenfalls die Selbstverwaltung in Weiterbildungsordnungen, nicht aber der Gemeinsame Bundesausschuss die wesentlichen Standards.

Der Standard psychotherapeutischer Fachkunde wird hingegen bis auf die genannte Ausnahme der klinischen Neuropsychologie nicht durch die psychotherapeutische Selbstverwaltung aufgestellt, sondern entweder durch die Partner der Bundesmantelverträge (§ 135 Abs. 2 S. 1 SGB V) oder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, der nach § 95c S. 2 SGB V für die zulassungsrechtliche Anerkennung der im Rahmen der Ausbildung vermittelten Methoden zuständig ist. Das ist insbesondere nach der Organisationsreform des Gemeinsamen Bundesausschusses von erheblicher Bedeutung. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht nämlich gemäß § 91 Abs. 2 S. 1 SGB V nunmehr aus drei unparteiischen Mitgliedern, einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, jeweils zwei von der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und fünf vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Psychotherapeuten können als Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung benannt werden, zwingend ist das aber nicht. Nahe

liegend ist es vielmehr, die beiden Stellen mit je einem Facharzt und einem Hausarzt zu besetzen wie dies derzeit auch der Fall ist. Das Beschlussgremium entscheidet damit über psychotherapeutische Fachkunde, ohne dass ihm ein Psychotherapeut angehört. Die Mitwirkung der psychotherapeutischen Selbstverwaltung beschränkt sich insoweit auf ein Recht zur Stellungnahme, § 91 Abs. 5 S. 1 SGB V.

4. Weiterbildungsordnung und Bundesrecht

Einheitliche Weiterbildungsordnungen in den Ländern haben nach dem Gesagten erhebliche Auswirkungen auf die Begründung von Rechtsbeziehungen zu den Krankenkassen, auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung und auf die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden haben.

Zu betonen ist freilich, dass sie diese Veränderungen nicht selbst auslösen, sondern allenfalls Anlass für den Bundesgesetzgeber sein könnten, die bundesrechtlichen Regelungen in diesem Bereich zu modifizieren. Das Weiterbildungsrecht muss zudem, soweit es um spezifisch vertragsärztliche Fragen geht, das insoweit vorrangige Bundesrecht beachten.²⁹ Weiterbildungsordnungen stehen also in einem größeren berufs- und sozialversicherungsrechtlichen und damit auch bundesrechtlichen Gesamtzusammenhang. Curriculare Veränderungen können daher nur in einer engen Kooperation von Bund und Ländern erfolgen.

C. Verfassungsrechtliche Prüfung

I. Prüfungsgegenstand: Das Modell einer Direktausbildung

Gemäß § 5 Abs. 2 S. 1 PsychThG setzt der Zugang zur praktischen Ausbildung zum Psychotherapeuten ein Studium der Psychologie (Nr. 1 a)) oder der (Sozial-)Pädagogik (Nr. 2 a)) voraus. Beide Studiengänge müssen mit einer „bestandenen Abschlussprüfung“ enden. Die im Rahmen des „Bologna-Prozesses“ erfolgende Umstellung auf zweistufige Studiengänge mit jeweils eigenständigen berufsqualifizierenden Abschlüssen warf zunächst die Frage auf, ob bereits der Bachelor- oder erst der Masterabschluss eine geeignete Zugangsvoraussetzung zur praktischen Ausbildung ist. Die Kultusministerkonferenz hat dazu in ihren ländergemeinsamen Strukturvorgaben festgelegt, dass Bachelorabschlüsse grundsätzlich

²⁹ Dazu gleich ausführlicher unter C. II.

dieselben Berechtigungen verleihen wie Diplomabschlüsse an den Fachhochschulen, Masterabschlüsse hingegen den aus den Diplom- und Magisterabschlüssen an den Hochschulen abzuleitenden Berechtigungen entsprechen.³⁰ Das hat zur Konsequenz, dass Psychologische Psychotherapeuten nach § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 a) PsychThG ein insgesamt fünf Jahre umfassendes konsekutives Masterstudium absolvieren müssen, wohingegen wegen § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 a) PsychThG für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ein dreijähriges Bachelorstudium an einer Fach-(Hochschule) ausreicht.

Gegen diese Differenzierung werden fachliche Bedenken geltend gemacht, die in dem Vorschlag einer einheitlichen universitären Direktausbildung münden, an die sich eine spezialisierte Weiterbildung anschließen soll.³¹ Das psychotherapeutische Curriculum soll danach in drei Abschnitte aufgeteilt werden:

- (1) Dreijähriges Studium der Psychologie, das mit dem Bachelor abschließt. Ob nach wie vor auch ein (Sozial-)Pädagogikstudium in Betracht kommt, hängt davon ab, ob der Psychologische und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zu einem einheitlichen Berufsbild verschmolzen werden, was in Fachkreisen umstritten ist, der Vorschlag aber zumindest als Option formuliert.
- (2) Zweijähriges Masterstudium der Klinischen Psychologie, der Psychotherapie und der psychologischen Heilkunde, das die Methoden, Erfahrungen und Erkenntnisse aller wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren berücksichtigt. Das Masterstudium schließt mit der Approbation ab.
- (3) Drei- bis fünfjährige Weiterbildung mit theoretischer Unterweisung und praktischer Anwendung in Verbindung mit Supervision und Selbsterfahrung. Vergleichbar mit dem ärztlichen Bereich soll die Weiterbildung den Nachweis der Fachkunde in wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren führen, wobei die nähere Ausgestaltung den Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern obliegen soll. Sie könnte von den bislang als Ausbildungsstätten fungierenden Einrichtungen (§ 6 PsychThG) übernommen werden.

³⁰ Ländergemeinsame Strukturvorgaben gemäß § 9 Abs. 2 HRG für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10. 10. 2003 i. d. F. vom 18. 9. 2008, abrufbar unter: http://www.akkreditierungsrat.de/fileadmin/Seiteninhalte/Dokumente/kmk/KMK_LaendergemeinsameStrukturvorgaben.pdf

³¹ Zum Folgenden *W. M. Groeger*, Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform, *Psychotherapeutenjournal* 2006, 340ff.

Das Modell einer Direktausbildung gibt also die Zweiteilung der psychotherapeutischen Ausbildung in ein Hochschulstudium und eine praktische Ausbildung außerhalb der Hochschule auf. An die Stelle der dualistischen Ausbildung tritt ein monistisches und damit einheitliches Studium für beide psychotherapeutischen Berufsgruppen, das mit der Approbation endet; nähere Regelungen sollen einer neu zu schaffenden Approbationsordnung für Psychotherapeuten vorbehalten sein. Damit entfällt zugleich der praktische Ausbildungsabschnitt. Die praktische Anwendung würde sich auf einen nunmehr obligatorischen Weiterbildungsabschnitt konzentrieren; anders als bislang wären die Betroffenen also im Praxisabschnitt bereits approbiert. Damit wäre insbesondere die bislang allgemein als unbefriedigend angesehene Situation einer Leistungserbringung ohne Approbation entschärft.

Die vorliegende rechtswissenschaftliche Stellungnahme kann nicht für sich in Anspruch nehmen, das skizzierte, in Fachkreisen umstrittene Modell einer Direktausbildung und einer sich daran anschließenden Weiterbildung fachwissenschaftlich zu bewerten. Als besonders weitgehender Reformvorschlag, der alle Abschnitte des Bildungsgangs und darüber hinaus die Strukturen des Vertragsarztrechts berührt, ist es aber als Prüfungsgegenstand für die nachfolgende verfassungsrechtliche Prüfung besonders gut geeignet.

II. Formelle Verfassungsmäßigkeit

Das Modell einer Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung führt zu inhaltlichen Verschiebungen zwischen der Ausbildung und der Weiterbildung. Durch die Konzentration der gesamten Ausbildung in der Hochschule wird der praktische Ausbildungsabschnitt obsolet; eingeführt wird aber eine anwendungsorientierte Weiterbildung für approbierte Psychotherapeuten. Diese Verschiebung wird wegen der unterschiedlichen Gesetzgebungskompetenzen für die Aus- und die Weiterbildung auch für verfassungsrechtlich relevant gehalten. Maßstab sind die Art. 70ff. GG, die die Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen zwischen Bund und Länder regeln.

1. Grundlagen der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung im Recht der Heilberufe

Nach Art. 70 GG haben die Länder das Recht der Gesetzgebung, soweit das Grundgesetz nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht. Einen umfassenden Kompetenztitel, der dem Bund die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen zuweisen würde, gibt es nicht.³² Es gibt aber diverse Kompetenzbestimmungen, die den Bund in Einzelbereichen des Gesundheitswesens für zuständig erklären.³³

Für die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung sind insoweit Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung) und Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen) von Interesse. Beide begründen eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz von Bund und Ländern, d. h. die Länder bleiben nach Art. 72 Abs. 1 GG auch in diesen Bereichen zuständig, wenn und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat. Der Bund kann in beiden Bereichen Gesetze erlassen, ohne ein besonderes Bedürfnis nach bundeseinheitlicher Regelung (Art. 72 Abs. 2 GG) nachweisen zu müssen.

Diese grundlegende Kompetenzverteilung bindet den parlamentarischen Gesetzgeber auch, soweit er Regelungszuständigkeiten delegiert, etwa auf Selbstverwaltungskörperschaften wie die Kammern der Heilberufe. Weil die Kammern ihre Befugnisse vom jeweiligen Landesgesetzgeber ableiten, können diese nicht weiter reichen als die Kompetenzen zur formellen Gesetzgebung.³⁴

2. Kompetenztitel

a) Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung)

„Sozialversicherung“ i. S. v. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist ein weit gefasster Gattungsbegriff,³⁵ der nicht das gesamte Sozialrecht, sondern nur diejenigen sozialen Sicherungssysteme erfasst, die „in ihren wesentlichen Strukturelementen, insbesondere in der organisatorischen Bewältigung ihrer Durchführung, dem Bild ent-

³² BVerfGE 102, 26 (37); C. Degenhart, in: M. Sachs (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 5. Aufl. 2009, Art. 74 Rn. 83; R. Stettner, in: H. Dreier (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar. 2. Aufl. Bd. II (Supplementum 2007), Art. 74 Rn. 96.

³³ Vgl. etwa E. Riedel/U. Derpa, Kompetenzen des Bundes und der Länder im Gesundheitswesen, 2002, S. 10ff.

³⁴ C. Degenhart, in: M. Sachs (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 5. Aufl. 2009, Art. 70 Rn. 20.

³⁵ BVerfGE 75, 108 (147f.); 88, 203 (213).

sprechen, das durch die klassische Sozialversicherung geprägt ist“³⁶. Zu den Elementen einer Sozialversicherung in diesem Sinne zählen die öffentlich-rechtliche Organisation, die überwiegende Finanzierung durch Beiträge, das Versicherungsprinzip und das Solidarprinzip. Erfasst sind nicht nur das Versicherungs- und das Leistungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Versicherten, sondern auch die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern. Damit unterfällt auch das insbesondere im Sozialgesetzbuch V geregelte Vertragsarztrecht grundsätzlich Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG³⁷ und nicht dem im Folgenden zu behandelnden Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG.

b) Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen)

Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG hat der Bund ferner eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen. Andere Heilberufe im Sinne dieser Norm sind insbesondere die Psychotherapeuten.³⁸

Der Begriff „Zulassung“ muss im Kontext anderer Kompetenzbestimmungen im Berufsrecht ausgelegt werden, die den Bund nicht nur zur Regelung der Berufszulassung, sondern auch der Berufsausübung ermächtigen, etwa Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG, der die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der Rechtsanwaltschaft, des Notariats und der Rechtsberatung nicht auf die Zulassung beschränkt.³⁹ Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG umfasst daher im Umkehrschluss nur diejenigen Vorschriften, die sich auf die Erteilung, Zurücknahme und den Verlust der Approbation und auf die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs beziehen.⁴⁰

³⁶ BVerfGE 62, 354 (366); 75, 108 (146f.); 87, 1 (34).

³⁷ BVerwGE 65, 362 (365); 99, 10 (12); BSGE 82, 55 (59); P. Axer, in: Bonner Kommentar, Loseblattsig., Art. 74 [2006] Rn. 43f.; C. Degenhart, in: M. Sachs (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 5. Aufl. 2009, Art. 74 Rn. 59; K. Engelmann, Zweigpraxen und ausgelagerte Praxisräume in der ambulanten (vertrags-)ärztlichen Versorgung, GesR 2004, 113 (117); S. Rixen, In guter Verfassung? Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) auf dem Prüfstand der Gesetzgebungskompetenzen des Grundgesetzes, VSSR 2007, 213 (225ff.); F. E. Schnapp, Verfassungsrechtliche Determinanten vertragsärztlicher Tätigkeit, in: F. E. Schnapp/P. Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl. 2006, § 4 Rn. 2; i. E. ebenso, allerdings nur aufgrund Sachzusammenhangs/Annex: I. Ebsen, Das System der Gliederung in haus- und fachärztliche Versorgung als verfassungsrechtliches Problem, VSSR 1996, 351 (355).

³⁸ E. Riedel/U. Derpa, Kompetenzen des Bundes und der Länder im Gesundheitswesen, 2002, S. 18.

³⁹ BVerfGE 4, 74 (83); ferner etwa B. Behmenburg, Kompetenzverteilung bei der Berufsausübung, 2003, S. 152ff.; H.-U. Gallwas, Kompetenz des Bundes aus Art. 74 Nr. 19 GG zur Regelung der Berufe in der Altenpflege?, DÖV 1993, 17 (18); R. Stettner, in: H. Dreier (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar. 2. Aufl. Bd. II (Supplementum 2007), Art. 74 Rn. 96.

⁴⁰ BVerfGE 4, 74 (83); 7, 18 (25); 17, 287 (292); 33, 125 (154f.).

Dazu zählen auch das Prüfungswesen, die Ausbildung sowie die Festlegung der schulischen Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung.⁴¹

Keine eigenständiger Beruf ist derjenige des Vertragsarztes und des Vertragspsychotherapeuten. Das vertragsärztliche Zulassungsrecht betrifft daher lediglich eine, wenn auch besonders wichtige Variante der Berufsausübung und kann damit nicht auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG gestützt werden. Einschlägig ist aber Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, der den Bund damit ermächtigt, auch das Recht der Berufsausübung zu regeln, soweit es spezifisch um die Begründung und die Ausgestaltung des Status des Vertragsarztes geht.⁴² Er darf diese Kompetenz aber nicht dazu nutzen, eigenständiges Berufsrecht zu schaffen, indem er berufsrechtliche Bestimmungen nur formal im Vertragsarztrecht ansiedelt.⁴³ Daraus ist zu folgern, dass der Bundesgesetzgeber zwar im Sozialgesetzbuch V auf berufsrechtliche Tatbestände verweisen darf; es ist aber umstritten, ob er auch von diesen abweichen darf.⁴⁴ Jedenfalls sind sie nur zulässig, wenn die sich aus dem Vertragsarztrecht ergebenden Einschränkungen des ärztlichen Berufsrechts so eng mit der Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung verknüpft sind, dass sie sich als notwendige Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Versorgungssystems erweisen.⁴⁵

3. Kompetenzverteilung im Bereich der Ausbildung und der Weiterbildung für die Heilberufe

a) Allgemeine Anforderungen

Das Zusammenspiel von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und Nr. 19 GG bestimmt auch die Zuständigkeitsverteilung für die Aus- und Weiterbildung in den Heilberufen. Im Facharztbeschluss aus dem Jahre 1972 hat das Bundesverfassungsgericht zunächst eine erste grobe Unterteilung vorgenommen, indem es den Zeitraum vor und nach der Approbation unterschieden hat: Mit der Zuständigkeit für die Regelung des

⁴¹ BVerfGE 106, 62 (129ff.); *B. Pieroth*, in: H. D. Jarass/B. Pieroth, Grundgesetz. Kommentar, 9. Aufl. 2007, Art. 74 Rn. 42.

⁴² Vgl. oben a).

⁴³ Zum Problem etwa *F. E. Schnapp*, Verfassungsrechtliche Determinanten vertragsärztlicher Tätigkeit, in: *F. E. Schnapp/P. Wigge* (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl. 2006, § 4 Rn. 8.

⁴⁴ Tendenziell zurückhaltend etwa *C. Pestalozza*, Kompetenzielle Fragen des Entwurfs eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes, *GesR* 2006, 389 (394ff.); *E. Riedel/U. Derpa*, Kompetenzen des Bundes und der Länder im Gesundheitswesen, 2002, S. 67ff.

⁴⁵ BVerfG, NZS 2005, 91 (93); *K. Engelmann*, Zweigpraxen und ausgelagerte Praxisräume in der ambulanten (vertrags-)ärztlichen Versorgung, *GesR* 2004, 113 (117).

Zugangs zu den Heilberufen in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ist danach grundsätzlich auch die Befugnis verbunden, das Ausbildungswesen zu regeln. Hingegen gehöre „die Regelung der ärztlichen Weiterbildung *nach* Erteilung der Approbation und damit die gesamte Regelung des Facharztwesens [...] zur ausschließlichen Gesetzgebungszuständigkeit der Länder.“⁴⁶

In seiner späteren Judikatur hat das Bundesverfassungsgericht diese Grobunterteilung zwischen Aus- und Weiterbildung verfeinert und hervorgehoben, dass Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG das Ausbildungswesens auch im Bereich der Heilberufe nicht in vollem Umfang abdecke: „Zur Berufszulassung ist nur zu rechnen, was erforderlich ist, um der Zulassungsregelung Gehalt zu geben. Zugelassen wird zu einem bestimmten Beruf. Der Gesetzgeber muss deswegen den Beruf beschreiben dürfen, zu dem er zulassen will. Diese Beschreibung kann die fachlichen Anforderungen an die Berufsangehörigen, also die für den Beruf typischen Fähigkeiten, bestimmen. Der Gesetzgeber ist befugt, über die Beschreibung des Berufsbildes und die Festlegung der Zulassungsbedürftigkeit hinaus Zulassungsvoraussetzungen und deren Nachweis zu regeln.“ Er dürfe daher auch Anforderungen an die Ausbildung stellen, um die das Berufsbild ausmachenden Qualitätsstandards zu vereinheitlichen. Die Substanz des Ausbildungsrechts müsse aber den Ländern vorbehalten bleiben.⁴⁷ Der Bund kann damit zwar die heilberufsspezifischen Ausbildungswege festlegen und bestimmen, an welchen Ausbildungsstand die Ausbildungswege anknüpfen (etwa: allgemeine Hochschulreife), er ist aber nicht befugt, „die allgemeine Ausbildungsorganisation, die die Erreichung jenes Ausbildungsstandes ermöglicht, ihrerseits umzuformen.“⁴⁸

b) Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie

Diese allgemeinen verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Abgrenzung der Gesetzgebungskompetenzen im Bereich der heilberuflichen Aus- und Weiterbildung müssen nunmehr auf das konkrete Reformprojekt einer universitären Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung herunter gebrochen werden.

⁴⁶ BVerfGE 33, 125 (154f.) – Hervorhebung im Original.

⁴⁷ BVerfGE 106, 62 (131).

⁴⁸ P. Lerche, Gesetzgebungskompetenzen im Ausbildungsbereich der Heilberufe, DVBl 1981, 609 (611).

aa) Kompetenzrechtliche Kritik

Der Reformvorschlag orientiert sich an der klassischen Zweiteilung der heilberuflichen Bildungsgänge, indem er die Ausbildungsphase vor der Approbation (Bachelor- und Masterstudium) von einer Weiterbildungsphase nach der Approbation unterscheidet. Da die Voraussetzungen und die Organisation der Weiterbildung unbestrittenermaßen in die Zuständigkeit der Länder fallen, sind diese nicht daran gehindert, die Landeskammern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vgl. etwa Art. 60 Abs. 2 BayHKaG) zum Erlass von Weiterbildungsordnungen zu ermächtigen. Ebenso unproblematisch wäre es, wenn der Bund im Psychotherapeutengesetz die für den Berufszugang unerlässlichen Grundzüge der universitären Ausbildung vorgeben würde.

Als verfassungsrechtliches Problem wird aber nun der Umstand formuliert, dass der Reformvorschlag sachlich nicht gerechtfertigte Verschiebungen zwischen der Ausbildung und der Weiterbildung vornehme.⁴⁹ Erst der Abschnitt nach dem erstmaligen Erreichen eines einheitlichen Ausbildungsziels dürfe der Weiterbildung überlassen bleiben. Anders als im ärztlichen Bereich gebe es im Bereich der Psychotherapie keine eigenständigen Fachgebiete, die eine Spezialisierung in Gestalt einer Weiterbildung rechtfertigen würden. Die für die Weiterbildung vermittelten Inhalte seien daher Teil der Ausbildung, die der Zuständigkeit des Bundes unterfalle. Es wird also nicht die grundsätzliche Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern im Bereich der Aus- und Weiterbildung in Frage gestellt, sondern es wird eine sachlich nicht gerechtfertigte Umflagung von Ausbildungs- in Weiterbildungsinhalte moniert, m. a. W.: Auch eine als Weiterbildung etikettierte Ausbildung bleibe Ausbildung im kompetenzrechtlichen Sinne. Daraus wird dann abgeleitet, dass auch der postuniversitäre Bildungsgang nur als Ausbildung („Psychotherapeut in Ausbildung“) organisiert werden dürfe, die mit einer zweiten Psychotherapeutischen Prüfung enden würde. Erst danach könnte dann die Approbation erfolgen.⁵⁰ Zuständig für eine solche Regelung wäre, so die Schlussfolgerung, allein der Bundesgesetzgeber.

⁴⁹ Ich beziehe mich im Folgenden auf die Schreiben der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 30. 6. 2008 und 23. 9. 2008.

⁵⁰ So etwa das Konzept von R. Godry vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, ohne Datum.

bb) Stellungnahme

Die vorstehenden Bedenken überzeugen aus mehreren Gründen nicht. Erstens sind sie durch eine allzu statische Abgrenzung zwischen Aus- und Weiterbildung gekennzeichnet. Zweitens verkennen sie den Charakter der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz als Kompetenz von Bund *und* Ländern.

Ausbildung vermittelt Basiswissen, Weiterbildung dient einer darauf aufbauenden Spezialisierung. So klar diese Unterscheidung im Grundsatz sein mag, so schwierig, weil zeitabhängig dürfte die konkrete fachliche Zuordnung im Einzelfall sein. Was heute noch als Grundwissen gilt, mag morgen schon ein in besondere Bildungsgänge ausgelagertes Spezialwissen sein; auch der umgekehrte Fall ist denkbar. Nicht immer halten sich die Sachstrukturen an die Kompetenzabgrenzungen des Grundgesetzes.⁵¹ Die Medizin etwa hat auf die rasante Zunahme der medizinischen Erkenntnisse mit einer nicht minder bemerkenswerten Ausdifferenzierung der Facharzt-, der Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen reagiert. Das zahnmedizinische Curriculum hingegen ist nach wie vor durch eine Einheitsausbildung gekennzeichnet; die Weiterbildung dient hier nur dazu, Teilgebietsbezeichnungen zu erlangen. Die Tatsache, dass zum Teil vermutet wird, dass der Verzicht auf ein eigenes Fachzahnarztrecht nicht nur fachwissenschaftliche, sondern möglicherweise auch standespolitische Gründe haben könnte,⁵² mag die Schwierigkeit belegen, eindeutige Abgrenzungskriterien zwischen Aus- und Weiterbildung zu definieren. Oftmals sind die Strukturen der Bildungsgänge das Ergebnis politischer Kompromisse, die erst durch äußere Einflüsse wie den „Bolognaprozess“ wieder grundsätzlicher hinterfragt werden.

Selbst wenn man aber unterstellen würde, dass erstens Aus- und Weiterbildung mit einer schneidigen Formel klar voneinander abgrenzbar sind und zweitens der Reformvorschlag unter Verkennung dieser Abgrenzung Ausbildungsinhalte als Weiterbildung ausflaggt, ergäbe sich nichts anderes. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG („Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“) begründet nämlich eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz von Bund *und* Ländern. Es handelt sich also nicht etwa um einen nur für den Bund reservierten Kompetenztitel, sondern

⁵¹ P. Lerche, Gesetzgebungskompetenzen im Ausbildungsbereich der Heilberufe, DVBl 1981, 609 (610).

⁵² Wissenschaftsrat, Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland v. 28. 1. 2005, S. 15f.

auch um eine Länderkompetenz. Ob Bund oder Länder im konkreten Fall zuständig sind, richtet sich nach Art. 72 Abs. 1 GG. Danach sind die Länder auch für die Zulassung (mithin auch für die gesamte Ausbildung!) zu ärztlichen und anderen Heilberufen zuständig, wenn und soweit der Bund seine Kompetenz nicht genutzt hat. Solange dies nicht der Fall ist, sind die Länder und damit, für den Fall der gesetzlichen Ermächtigung, auch die Psychotherapeutenkammern also grundsätzlich befugt, eigene Regeln zu erlassen. Ihre Zuständigkeit ergibt sich dann entweder daraus, dass es sich tatsächlich um Weiterbildung handelt oder daraus, dass der Bund insoweit keine Regelungen getroffen hat. Eine Ermächtigung zum Erlass einer Weiterbildungsordnung mit Ausbildungsinhalten wäre nach Art. 72 Abs. 1 GG nur dann unzulässig, wenn der Bund, wie das derzeit der Fall ist (insbesondere in § 5 PsychThG), insoweit schon Regelungen getroffen hätte. Darum aber geht es vorliegend gar nicht. Denn der Reformvorschlag einer allgemeinen, auf Fachgebietsbezeichnungen zielenden Weiterbildungsordnung ist nicht nur verfassungsrechtlich, sondern er ist vor allem konzeptionell von der Veränderung der Ausbildungsstruktur und -inhalte abhängig. So lange also § 5 PsychThG eine dualistische Ausbildung aus universitären und außeruniversitären Elementen vorsieht, so lange die Anerkennung dieser Ausbildung sozialversicherungsrechtliche Voraussetzung für die vertragsärztliche Zulassung ist (§ 95c S. 2 SGB V), so lange ist eine für die Statusbegründung konstitutive Weiterbildungsordnung wegen entgegenstehenden Bundesrechts nicht nur verfassungsrechtlich unzulässig, sondern vor allem auch konzeptionell sinnlos.

Für die Neuregelung ist dann allerdings sowohl eine Länder- als auch eine Bundesregelung denkbar: Weil die Zulassung zu den Heilberufen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 i. V. m. Art. 72 Abs. 1 GG auch eine Kompetenz der Länder ist, könnte es der Bund insgesamt den Ländern überlassen, Aus- und Weiterbildung in eigener Verantwortung neu zu regeln. Bildungs- und gesundheitspolitisch sinnvoll ist das vermutlich nicht, aber es ist verfassungsrechtlich zulässig. Näher und in der bisherigen Regelungstradition des Rechts der Heilberufe liegt es, dass der Bund die Rahmenbedingungen für die Universitätsausbildung und die Zulassungsvoraussetzungen für die Approbation unter Berücksichtigung des „Bologna-Prozesses“ neu festlegt, die Regelung der Weiterbildung aber den insoweit allein kompetenten Ländern überlässt. Insoweit kommt es dann nach Art. 72 Abs. 1 GG nicht darauf an, wo genau die fachliche Grenze zwischen Aus- und Weiterbildung liegt, son-

dem allein darauf, inwieweit der Bund von seiner Regelungszuständigkeit für die heilberufsspezifische Ausbildung Gebrauch gemacht hat. Anders herum formuliert: Auf die Abgrenzung zwischen Aus- und Weiterbildung kommt es von Verfassung wegen nur an, um die Reichweite der Bundeskompetenz, nicht aber der Landeskompetenz zu bestimmen. Die Grenze der Länderzuständigkeit im Bereich der Ausbildung sind allein die bundesrechtlichen Regelungen, die der Bund in Ausübung seiner Kompetenz erlassen hat.

III. Materielle Verfassungsmäßigkeit

1. Art. 12 Abs. 1 GG (Berufsfreiheit)

In materiellrechtlicher Hinsicht muss sich eine Veränderung des psychotherapeutischen Curriculums am Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) messen lassen.

Art. 12 Abs. 1 GG schützt sowohl den Berufszugang als auch die Berufsausübung vor ungerechtfertigten Eingriffen. Die Einführung einer Weiterbildung als Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister wird als verfassungswidriger Eingriff in Art. 12 Abs. 1 GG angesehen, weil mit der Weiterbildung eine Qualifikation erworben werden sollte, die schon qua Ausbildung vorhanden sein müsse. Eine solche Einschränkung sei nur verfassungsgemäß, wenn sie mit Belangen der Stabilität und Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt werden könne.⁵³ Das bereits im Zusammenhang mit den Gesetzgebungskompetenzen aufgeführte Argument einer nicht sachgerechten Struktur des Reformvorschlags wird hier also grundrechtlich umformuliert.

Um diesen Einwand verfassungsrechtlich würdigen zu können, muss zwischen dem Berufszugang und der Berufsausübung unterschieden werden: Anscheinend zielt er vor allem auf die Aus-, Weiterbildungs- und Prüfungsanforderungen und damit auf den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung (dazu 1.). Er könnte aber auch auf die Berufsausübung und hier speziell auf die mit der Etablierung einer Weiterbildung einhergehenden Beschränkungen zielen (dazu 2.):

⁵³ Vgl. Fn. 49.

2. Beschränkung des Berufszugangs durch Aus-, Weiterbildungs- und Prüfungsanforderungen

a) Erstmalige Fixierung des Berufsbildes des Psychologischen Psychotherapeuten

Der Gesetzgeber darf Erscheinungsformen und Ausbildungsmodalitäten eines Berufs durch rechtliche Fixierung von Berufsbildern regeln.⁵⁴ Der Beruf wird dadurch typisiert, d. h. der Zugang wird auf diejenigen Personen beschränkt, die die normierten Voraussetzungen für den Berufszugang erfüllen, und der Beruf kann auch nur noch unter bestimmten personellen und inhaltlichen Anforderungen ausgeübt werden.⁵⁵ Da der Schutzbereich von Art. 12 Abs. 1 GG aber nicht nur über gesetzlich typisierte Berufsbilder schützt, stellt die Fixierung eines Berufsbildes einen Eingriff in Art. 12 Abs. 1 GG dar, der der Rechtfertigung bedarf.⁵⁶

Die grundsätzliche Befugnis des Gesetzgebers, ein Berufsbild des psychologischen Psychotherapeuten zu schaffen, wird nicht bestritten: Bei Erlass des Psychotherapeutengesetzes bestand, so das Bundesverwaltungsgericht, „allgemeine Einigkeit darüber, dass die Fixierung eines eigenständigen Berufsbildes für den nichtärztlich tätigen Psychotherapeuten dringend geboten war.“ Einigkeit habe auch darüber bestanden, „dass das neue Berufsbild durch den Psychologischen Psychotherapeuten geprägt sein sollte, da das Psychologiestudium allgemein als geeignet angesehen wurde, auf akademischem Niveau eine psychotherapierrelevante Vorbildung zu vermitteln.“ Es stehe außer Frage, „dass es sich bei dem Erfordernis des abgeschlossenen Psychologiestudiums um eine subjektive Zulassungsvoraussetzung für den neu geschaffenen Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten handelt.“ Ebenso unstrittig sei es, „dass diese Voraussetzung zum Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsguts, nämlich der Volksgesundheit, geeignet und erforderlich ist.“ Deshalb bestünden gegen die Festlegungen des neuen Berufsbildes für die Zukunft keine verfassungsrechtlichen Bedenken.⁵⁷

⁵⁴ BVerfGE 7, 377 (406f.); 13, 97 (106, 117); 17, 232 (241); 54, 301 (314), 59, 302 (315), 80, 1 (24), 106, 62 (116).

⁵⁵ T. Mann, in: M. Sachs (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 5. Aufl. 2009, Art. 12 Rn. 68; vgl. auch W. Höfling, Beruf – Berufsbild – Berufsfeld, DÖV 1989, 110ff.

⁵⁶ BVerfGE 54, 301 (314); 78, 179 (193).

⁵⁷ BVerwG, NVwZ-RR 2006, 40 (41); problematisch, aber ebenfalls höchstrichterlich gebilligt, waren lediglich die Übergangsregelungen, dazu T. Kingreen, Berufsbildfixierung und Übergangs-

Das Bundessozialgericht hat auch das Erfordernis des postgradualen Erwerbs der Fachkunde für vereinbar mit Art. 12 Abs. 1 GG erklärt. Der Gesetzgeber wolle durch den Fachkundenachweis sicherstellen, dass alle vertragsärztlich zugelassenen Psychotherapeuten in der Lage seien, „die Versicherten in einem in der GKV zugelassenen Behandlungsverfahren unter Beachtung des Gebots der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu behandeln.“⁵⁸

Man kann damit als Zwischenergebnis festhalten, dass Bundesverwaltungs- und Bundessozialgericht die Aufteilung des psychotherapeutischen Curriculums in einen zur Approbation führenden Ausbildungsteil und einen für die Zulassung erforderlichen Fachkundenachweis grundsätzlich akzeptiert haben. Auch das bislang eingeführte Weiterbildungsrecht hat keinen Anlass zu verfassungsrechtlicher Beanstandung gegeben.

b) Normative Veränderungen des Berufsbildes

Gesetzliche Berufsbildfixierungen müssen dem Sachverhalt, den sie erfassen, und seinen Veränderungen gerecht werden.⁵⁹ Sie müssen sich in das soziale Umfeld einfügen und stehen daher unter „permanentem berufsfeldorientierten Veränderungsdruck“⁶⁰. Der Gesetzgeber darf und muss daher auch die Qualifikationsanforderungen und damit die Berufszugangsvoraussetzungen zeitgerecht verändern. Auch dabei ist er aber an den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebunden.⁶¹

Zwar handelt es sich bei Qualifikationsanforderungen um subjektive Zulassungsvoraussetzungen im Sinne der den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit konkretisierenden Drei-Stufen-Theorie des Bundesverfassungsgerichts; diese sind nur zum Schutz besonders wichtiger Gemeinschaftsgüter zulässig.⁶² Das Bundesverfassungsgericht betont gleichwohl den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers im Rahmen der Fixierung von Berufsbildern: Der Gesetzgeber sei „zur Typisierung gezwungen“ und dürfe „auf dieser Grundlage von durchschnittlich gerechtfertigten Qualifikationserfordernissen ausgehen.“ Weiter heißt es: „Führt die Regelung

recht: Die Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung im Lichte der Grundrechte, VSSR 2000, 1ff.

⁵⁸ BSGE 95, 94 (99).

⁵⁹ BVerfG, NJW 1988, 2290 (2290).

⁶⁰ R. Scholz, in: T. Maunz/G. Dürig (Begr.), Grundgesetz. Kommentar, Loseblattsig, Art. 12 [1981] Rn. 272.

⁶¹ BVerfGE 106, 62 (116).

⁶² BVerfGE 13, 97 (107); 25, 236 (247); 93, 213 (235), 119, 59 (83).

im ganzen nicht zu einer Verzerrung der überkommenen und tatsächlich bestehenden Verhältnisse im Bereich der betroffenen Berufe, so ist ein gewisser, sich in vernünftigen Grenzen haltender ‚Überschuss‘ an Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen – wie er übrigens in vielen staatlichen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen festzustellen ist – hinzunehmen, zumal die darin liegende ‚unnötige‘ Freiheitsbeschränkung durch den Zuwachs an beruflichen Chancen und sozialem Ansehen in gewissem Sinne kompensiert wird.“⁶³

Nur wenn von einem Berufsbewerber Kenntnisse und Fähigkeiten verlangt werden, die in keinem Verhältnis zu der geplanten Tätigkeit stehen, ist der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und damit Art. 12 Abs. 1 GG verletzt.⁶⁴ Das darf man allerdings nicht in dem Sinne verstehen, dass das Bundesverfassungsgericht alle Ausbildungsgänge darauf hin überprüfen würde, ob es weniger einschneidende, aber gleichermaßen geeignete berufliche Zugangsvoraussetzungen gibt; die Betonung des gesetzgeberischen Gestaltungsspielraums, ja der Umstand, dass sogar überzogene Anforderungen in einem gewissen Maße akzeptiert werden, zeigen, dass das Bundesverfassungsgericht keinesfalls die Rolle einer Instanz einzunehmen gedenkt, die über die qualitativ beste und zielgenaueste Aus- Weiterbildungs- und Prüfungsordnung entscheidet. Wenn es Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen ausnahmsweise einmal für verfassungswidrig erklärt, so deshalb, weil sie Anforderungen enthalten, die keinen nachvollziehbaren Zusammenhang mit dem Berufsfeld aufwiesen. Daher war das Buchführungsprivileg der steuerberatenden Berufe nur deshalb verfassungswidrig, weil die Tätigkeit der laufenden Buchführung keine spezifischen steuerrechtlichen Kenntnisse erforderte und daher auch den sog. Buchführungshelfern zugänglich sein musste.⁶⁵ Und das Hufbeschlagesetz hielt der verfassungsgerichtlichen Prüfung nicht stand, weil es Huftechniker verpflichtete, schmiedetechnische Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten nachzuweisen, die sie nicht nur nicht anstrebten, sondern im Gegenteil für ihren Beruf sogar ausdrücklich ausschlossen.⁶⁶ Jeweils handelte es sich also um eine sehr spezifische Konstellation, die mit der hier zur Prüfung gestellten nicht vergleichbar ist: Zwei zuvor eigenständige Berufe wurden durch Aufstellung gemeinsamer Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen zusammengeführt, ohne die

⁶³ BVerfGE 13, 97 (117f.).

⁶⁴ BVerfGE 54, 301 (330f.); 119, 59 (87, 90).

⁶⁵ BVerfGE 54, 301 (330f.).

⁶⁶ BVerfGE 119, 59 (91).

nach wie vor bestehenden Unterschiede der beiden Tätigkeitsfelder angemessen zu berücksichtigen. Dadurch wurden dann Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen aufgestellt, derer es für die konkrete Tätigkeit nicht bedurfte. Jeweils ist also die Berufsbildfixierung nur deshalb für verfassungswidrig erklärt worden, weil sie eine vernünftige Orientierung am Realbereich, dem Berufsfeld, vermissen ließ.

Auf die diskutierte Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung sind diese Fälle nicht übertragbar. Zunächst ist festzuhalten, dass sie die grundsätzliche, bereits für verfassungsgemäß erklärte Unterteilung des Curriculums in eine zur Approbation führende Ausbildung und einen sich daran anschließenden, die Kassenzulassung ermöglichenden Fachkundenachweis unberührt lässt. Sie scheint auch, je nach Länge der avisierten Weiterbildung, den Bildungsgang gar nicht oder allenfalls unwesentlich zu verlängern. Wesentliche Veränderungen sind der Wegfall der praktischen Ausbildung, die teilweise in die Hochschulausbildung, teilweise in der neu zu schaffenden Weiterbildung aufgehen dürfte. Diese Verschiebungen sind aber sachlich ohne Weiteres nachvollziehbar. Sie können auf Veränderungen im Realbereich verweisen, insbesondere auf die Umstellung der Studiengänge auf Bachelor-/Masterabschlüsse, ferner darauf, dass sie die Abstimmungsprobleme zwischen einem noch unspezifischen Hochschulstudium und einer außerhalb der Hochschule angesiedelten postgradualen Ausbildung beseitigen. Hinzu kommt, dass die Zielgenauigkeit der psychotherapeutischen Bedarfsplanung durch Berücksichtigung fachgebietsspezifischer Qualifikationen erhöht werden könnte.⁶⁷ Schließlich vermag eine für die Kassenzulassung konstitutive Weiterbildung den Fachkundenachweis dadurch aufzuwerten, dass nicht mehr der weitgehend (oder sogar durchweg) fachfremde Gemeinsame Bundesausschuss über die Fachkundanforderungen an approbierte Psychotherapeuten entscheidet, sondern die Selbstverwaltung der Psychotherapeuten. Dass es im Einzelnen fachwissenschaftliche Kontroversen über die richtige Ausgestaltung der Neuordnung

⁶⁷ Vgl. etwa zum Problem der psychotherapeutischen Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion (BT-Drucks. 16/1051). Entstanden ist die Unterversorgung auch dadurch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss qualitätsbezogene Sonderbedarfszulassungen (dazu oben B. II.) in der Psychotherapie in Ermangelung einer den lokalen Versorgungsbedarf spezifizierenden Weiterbildung stets ausgeschlossen hatte. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat daraufhin die Berufsbezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der Weiterbildung gleichgestellt, vgl. § 24 lit. b) S. 2 Bedarfspl-RL. Psychologische Psychotherapeuten sollen hingegen nicht über eine ausreichende Qualifikation zur Behandlung von Kindern verfügen, was fachlich offenbar höchst zweifelhaft ist und als Beleg für die Gefahr angesehen wird, dass fachfremde Entscheidungsträger sachfremde Entscheidungen fällen.

gibt, wird nicht bestritten, ist aber angesichts des weiten Gestaltungsspielraums des Gesetzgebers nicht relevant.

3. Beschränkungen der Berufsausübung durch die Einführung von Fachgebietsbezeichnungen

Das der verfassungsrechtlichen Prüfung zugrunde gelegte Modell eines Bachelor-/Masterstudienganges mit anschließender Weiterbildung bedingt konzeptionelle Veränderungen der psychotherapeutischen Musterweiterbildungsordnung. Bisher kennt die Musterweiterbildungsordnung lediglich das Institut der Zusatzbezeichnung, das aber nicht statusrelevant ist, also weder die Kassenzulassung noch die Bedarfsplanung zu beeinflussen vermag. Es ist zwar denkbar, an den Master einen praktischen Abschnitt unter Ausschluss der theoretischen Elemente der bisherigen praktischen Ausbildung nach § 5 PsychThG anzuschließen (die man in das Studium integrieren könnte), analog etwa zur praktischen Vorbereitungszeit im Vertragszahnartzrecht. Es ist aber zu betonen, dass diese praktische Vorbereitungszeit typologisch keine Weiterbildung ist, sondern eine lediglich vertragszahnartzrechtliche Zulassungsvoraussetzung, die auch in der Psychotherapie bundesrechtlich zu regeln wäre. Die Weiterbildung könnte erst im Anschluss daran in bestimmte Schwerpunktbezeichnungen münden. Schon die Schwerpunktbezeichnungen könnten dazu führen, dass sich der Weitergebildete auf die Tätigkeit in dem Schwerpunktbereich beschränken muss (so in der Kieferchirurgie, § 10 Abs. 1 MWBO-Z); zwingend ist die Beschränkung aber nicht wie die Regelungen zur zahnärztlichen Chirurgie zeigen (§§ 14ff. MWBO-Z), wo es an einer entsprechenden Regelung fehlt.

Wegen der begrenzten Wirkungen von Zusatz- und Schwerpunktbezeichnungen und im Hinblick auf den der Prüfung zugrunde gelegten Reformvorschlag, muss auch eine Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten (also vergleichbar mit der Facharztweiterbildung) in die Überlegungen einbezogen werden. Die Anerkennung als Facharzt führt allerdings zwingend zu einer Beschränkung des Facharztes auf das jeweilige Fachgebiet (Facharztbeschränkung).⁶⁸ Der Fachpsychotherapeut müsste sich auf die Erbringung von Leistungen auf diesem Gebiet beschrän-

⁶⁸ M. Quaas/R. Zuck, *Medizinrecht*, 2. Aufl. 2008, § 12 Rn. 43; O. Seewald, *Fachbezogene Qualitätssicherung durch ärztliches Berufsrecht und Vertragsartzrecht*, SGB 2009, 1 (4); U. Wenner, *Auswirkungen des Weiterbildungsrechts von Ärzten und Psychotherapeuten auf das Vertragsartzrecht*, GesR 2002, 1 (2f.).

ken, und zwar selbst dann, wenn er berufsrechtlich berechtigt wäre, mehrere Gebietsbezeichnungen zu führen.⁶⁹ Darin liegt ein Eingriff in Art. 12 Abs. 1 GG.

Die Verfassungsmäßigkeit der Facharztbeschränkung war einer der Gegenstände der für das Recht der Heilberufe zentralen Fachentscheidung des Bundesverfassungsgerichts.⁷⁰ Das Bundesverfassungsgericht akzeptiert die Facharztbeschränkung als eine grundsätzlich notwendige Konsequenz aus der mit der Anerkennung als Facharzt einhergehenden Spezialisierung, die auch den Interessen der Patienten dient und auf die diese sich grundsätzlich verlassen können müssen. Die Beschränkungen seien dem Facharzt auch zuzumuten, „wenn die Facharztbereiche vom fachlich-medizinischen Standpunkt aus sachgerecht abgegrenzt sind und angenommen werden kann, dass der Facharzt in der auf sein Fachgebiet beschränkten Tätigkeit eine ausreichende wirtschaftliche Lebensgrundlage findet.“⁷¹

Auch insoweit kommt es also wieder wesentlich auf den Realbereich an. Es bedarf der fachwissenschaftlichen Prüfung, ob es in der Psychotherapie Fachgebiete oder Verfahren gibt, die eine fachärztliche Anerkennung tragen. Dabei ist es unwesentlich, dass die Ausdifferenzierung geringer ist als im ärztlichen Bereich; Entscheidend ist, ob es überhaupt Teilbereiche in der Psychotherapie gibt, die sich zu einem Fachpsychotherapeuten verselbständigen lassen. Dass dies der Fall ist, belegt schon der bisherige Rechtszustand. Schon bislang beinhaltet die praktische Ausbildung eine Beschränkung entweder auf die Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründete Verfahren. Zwar ist es berufsrechtlich zulässig, eine Ausbildung in beiden Richtlinienverfahren zu durchlaufen, was zur Folge hat, dass auch in beiden Bereichen Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Doch ist diese Doppelausbildung aufwändig und wird daher schon bislang nur von einer verschwindend geringen Anzahl von Psychotherapeuten erlangt.⁷² Diese Möglichkeit doppelter Fachkunde würde auch durch die Einführung von Fachgebietsbezeichnungen nicht grundsätzlich abgeschnitten werden. Denn die Fachgebietsbeschränkung steht, weil Eingriff in Art. 12 Abs. 1 GG, unter dem Gebot der Verhältnismäßigkeit.⁷³ Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu im Facharztbeschluss ausgeführt: „Da es dem Arzt un-

⁶⁹ BSG, SozR 3-2500, § 95 Nr. 7 S. 29.

⁷⁰ BVerfGE 33, 125.

⁷¹ BVerfGE 33, 125 (167).

⁷² Der Sonderfall der nach Übergangsrecht zugelassenen Psychotherapeuten (§ 95c S. 1 Nr. 3 SGB V) bleibt hier außer Betracht.

⁷³ BVerfGE 33, 125 (168ff.).

bestrittenermaßen möglich und erlaubt ist, die Anerkennung als Facharzt für mehr als eine Fachrichtung zu erwerben, kann ihm nicht von vornherein die Möglichkeit abgesprochen werden, mehrere Fachgebiete wissenschaftlich und praktisch zu beherrschen. Die Formulierung des Verbots gilt unterschiedslos für alle denkbaren Fächerkombinationen. Dabei wird aber nicht berücksichtigt, dass es unter den zugelassenen Fachrichtungen nahe verwandte Gebiete gibt und dass der Facharzt, der sich zu einer Fächerkombination entschließt, in aller Regel nur Fächer wählen wird, die sich zu einer einheitlichen Fachpraxis mit funktionell aufeinander bezogenen Einzeltätigkeitsgebieten ausgestalten lassen.⁷⁴

Im Bereich der anerkannten Richtlinienverfahren würde sich also durch die Einführung einer Fachpsychotherapeutenbezeichnung für die Verhaltenstherapie oder eines der beiden psychoanalytischen Verfahren kaum etwas am bisherigen Status ändern: Leistungen können nur im Bereich der durch Spezialisierung nachgewiesenen Qualifikation erbracht werden; besteht ein Doppelqualifikation, kann diese auch in eine doppelte Facharztanerkennung und dementsprechend ausgeweitete Leistungserbringung münden. Ob diese Qualifikation dann wie bisher als Aus- oder möglicherweise zukünftig als Weiterbildung ausgeflaggt wird, ist insoweit sekundär.

D. Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

- (1) Die Weiterentwicklung des psychotherapeutischen Weiterbildungsrechts ist ein Teilelement einer umfassenden curricularen Reform des psychotherapeutischen Bildungsganges. Sie muss daher nicht nur fach-, sondern auch rechtswissenschaftlich als integraler Bestandteil dieser übergreifenden Veränderungen analysiert werden. Grundlage der rechtsgutachtlichen Stellungnahme ist das Modell einer universitären Direktausbildung (bestehend aus einem insgesamt fünfjährigen Bachelor-/Masterstudium) und einer nachfolgenden durch Landesrecht und die Psychotherapeutenkammern auszugestaltenden Weiterbildung.
- (2) Die Bedeutung einer Weiterbildungsordnung lässt sich aus dem Vergleich mit dem ärztlichen und dem zahnärztlichen Berufs- und Sozialversicherungsrecht

⁷⁴ BVerfGE 33, 125 (169f.).

ermitteln. Folgende Besonderheiten im Bereich der Psychotherapie verdienen eine Hervorhebung:

- Die psychotherapeutische Ausbildung beruht, anders als die ärztliche und die zahnärztliche Ausbildung, auf einem dualistischen Curriculum, bestehend aus einem universitären und einem außeruniversitären Abschnitt.
 - Der für die Begründung von Rechtsbeziehungen mit den Krankenkassen erforderliche Fachkundenachweis wird nicht durch einen selbständigen Bildungsgang (Weiterbildung bei den Ärzten, Vorbereitungszeit für Zahnärzte), sondern durch Anerkennung in der Ausbildung bereits erbrachter Leistungen geführt. Die auch im Bereich der Psychotherapie bestehende Möglichkeit, im Wege der Weiterbildung Zusatzbezeichnungen zu erlangen, hat darauf keinen Einfluss.
 - Die Bestimmung der Standards für den psychotherapeutischen Fachkundenachweis fällt weitgehend nicht in die Zuständigkeit der psychotherapeutischen Selbstverwaltung, sondern der Partner der Bundesmantelverträge oder des Gemeinsamen Bundesausschuss. Hintergrund ist der Umstand, dass das psychotherapeutische Weiterbildungsrecht mit Ausnahme der Zusatzbezeichnung in der klinischen Neuropsychologie keine geeigneten Anknüpfungspunkte für den Fachkundenachweis enthält. Das führt dazu, dass weitgehend (Bundesmantelverträge) oder vollständig (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) fachfremde Gremien über die Anforderungen an den Fachkundenachweis im Hinblick auf die Kassenzulassung und die Qualifikation der Leistungserbringer im Rahmen der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entscheiden.
 - In Ermangelung einer fachgebietsbezogenen allgemeinen Weiterbildung orientiert sich die Bedarfsplanung nicht an den einzelnen Fachgruppen. Es existiert vielmehr nur eine Gruppe der ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten.
- (3) Eine Weiterbildungsordnung hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf das bestehende Vertragsarztrecht und darf sie aus Gründen der legislativen Kompetenzverteilung auch nicht haben. Sie steht daher in einem bundesrechtlichen Kontext. Wenn und soweit es aber eine Weiterbildungsordnung gibt, kann das Vertragsarztrecht in den unter (2) genannten Bereichen an diese anknüpfen.

(4) Verfassungsrechtliche Bedenken gegen das Modell einer universitären Direktausbildung mit nachfolgender Weiterbildung bestehen nicht. Das Verfassungsrecht taugt daher insbesondere auch nicht dazu, den fachwissenschaftlichen Streit über das zukünftige psychotherapeutische Curriculum in die eine oder andere Richtung zu lenken:

- Insbesondere liegt kein Verstoß gegen die Kompetenzbestimmungen des Grundgesetzes vor. Die in der Diskussion gelegentlich vorgebrachte Einwand, eine Weiterbildungsordnung verstoße gegen Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, verfängt schon deshalb nicht, weil dieser eine konkurrierende Gesetzgebungsbefugnis von Bund *und* Ländern begründet. Nach Art. 72 Abs. 1 GG sind die Ländern auch in diesem Bereich zuständig, wenn und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungsbefugnis keinen Gebrauch gemacht hat. Die Länder wären für eine Weiterbildungsordnung daher selbst dann zuständig, wenn die Prämisse richtig wäre, dass in der Weiterbildung auch Ausbildungsinhalte vermittelt werden.
- Die Veränderung der Berufszugangsvoraussetzungen verstößt auch nicht gegen Art. 12 Abs. 1 GG. Der Gesetzgeber hat das Recht, das Berufsbild des Psychotherapeuten durch Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen zu fixieren und dieses auch an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen. Das Bundesverfassungsgericht nimmt dabei keine detaillierte Inhaltskontrolle der einzelnen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen vor, und es entscheidet auch nicht darüber, welche Ausbildungs- und Prüfungsordnung die beste ist. Es hat nur ausnahmsweise offensichtlich sachwidrige Anforderungen für unvereinbar mit Art. 12 Abs. 1 GG erklärt.

(5) Auch gegen die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) verstößt der hier zugrunde gelegte Reformvorschlag bei sachgerechter Ausgestaltung nicht. Beschränkt sich die Weiterbildungsordnung wie bislang auf die Vergabe von Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnungen, beinhaltet sie schon keinen Eingriff, würde allerdings auch konzeptionell in einem gewissen Spannungsverhältnis zum Modell einer für die Statusbegründung konstitutiven Weiterbildung stehen. Soll die Fachgebietsbezeichnung das Ziel einer Weiterbildung sein, liegt ein Grundrechtseingriff vor, weil die Fachgebietsbezeichnung mit einer Fachgebietsbeschränkung einhergehen müsste. Diese Beschränkung lässt sich aber

unter den im Facharztbeschluss des Bundesverfassungsgerichts aufgestellten Voraussetzungen (sachgerechter Zuschnitt der Fachgebiete, ausreichende wirtschaftliche Lebensgrundlage in den Fachgebieten) rechtfertigen.

Regensburg, 5. 3. 2009

Prof. Dr. Thorsten Kingreen

Stellungnahme 8

Jörn Gleiniger – Anmerkungen zum
Kingreen-Gutachten

Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten Anmerkungen zum Gutachten von Prof. Dr. Thorsten Kingreen im Auftrag der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, vorgelegt im März 2009

Vorbemerkung

Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung hat am 23. März 2009 auf ihrer Homepage ein Rechtsgutachten von Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Universität Regensburg, zum rechtlichen Rahmen für eine Reform der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie veröffentlicht. Dem vorangestellt ist ein Vorwort der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, in dem es heißt:

„In die im Berufsstand geführte Diskussion um Inhalte und Ziele der Ausbildung wurden auch verschiedene juristische Aspekte eingebracht, die berufsrechtliche und sozialrechtliche Implikationen verschiedener Ausbildungsmodelle beleuchteten. Dabei traten durchaus kontroverse Standpunkte zutage. Da die Ausgestaltung der zukünftigen Psychotherapeuten-Ausbildung für die spätere Berufstätigkeit und die berufsrechtlichen Möglichkeiten der Psychotherapeuten wesentlich sein wird, hängt viel von einer zutreffenden Einschätzung der Rechtslage ab.“

Der zutreffenden Einschätzung der Rechtslage sind die nachfolgenden Anmerkungen zum Gutachten von Prof. Dr. Kingreen ganz und gar verpflichtet. Unverzichtbar hierfür ist ein Herunterbrechen der von Prof. Dr. Kingreen angestellten rechtlichen Erwägungen auf die konkreten Gegebenheiten in der heilkundlichen Psychotherapie 10 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG; indes enthält sein Gutachten hierzu keine Ausführungen. Insofern sind die nachfolgenden Anmerkungen als unverzichtbare Ergänzung seines Gutachtens zu verstehen. Um dabei den Nichtjuristen unter den Psychotherapeuten das Verstehen der zweifellos komplexen Zusammenhänge (die deswegen aber nicht

auch notwendigerweise kompliziert erklärt werden müssen) zu erleichtern, wurde auf eine systematische und deswegen hoffentlich leicht verständliche Darlegung besonderer Wert gelegt. Die nachfolgenden Anmerkungen möchten dem geneigten Leser folglich nicht nur das Erfassen der rechtlichen Zusammenhänge vor dem tatsächlichen Hintergrund der Psychotherapie, sondern vor diesem Hintergrund auch die Einordnung des Gutachtens von Prof. Dr. Kingreen (bzw. dessen Beauftragung durch die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung) erhellen. Bilden Sie sich also bitte Ihr eigenes Urteil.

Berlin, 25. März 2009

Rechtsanwalt Jörn W. Gleiniger

Inhaltsübersicht

1. Ausbildungs- und Approbationsziel	3
2. Quelle der rechtlichen Gleichstellung der Psychotherapeuten mit den Ärzten	3
3. Ausübung heilkundlicher Psychotherapie mittels Verfahren	4
4. Veränderung und Entwicklung des Gebiets der Psychotherapie seit 1998	7
5. Wege zu einer auf Dauer zukunftsgerichtet angelegten Ausbildung	8
6. zur Verteilung des Qualifikationserwerbs zwischen Ausbildung und Weiterbildung	11
7. Versorgungsstruktur der GKV nach Fachgebieten	17
8. Zusammenfassung	19

1. Ausbildungs- und Approbationsziel

Die dem Patientenschutz verpflichtete Ausbildung mit dem Ziel der Approbation dient dazu, die heilkundliche Psychotherapie „eigenverantwortlich und selbständig“ ausüben zu können (§ 8 Abs. 2 PsychThG). Die Begriffe „eigenverantwortlich und selbständig“ sind kein Zufall, sondern Schlüsselbegriffe, die untrennbar mit der durch die Approbation dokumentierten Qualifikation auch der ärztlichen Heilberufe, die der Gesetzgeber mit einer Approbation ausgestattet hat, verbunden sind (für Ärzte: § 4 Abs. 2 BÄO). Sogar im Approbationsrecht der Tierärzte (!) wird dieses Ausbildungsziel verfolgt (§ 1 Abs. 1 TAppV).

2. Quelle der rechtlichen Gleichstellung der Psychotherapeuten mit den Ärzten

Ihre Gleichstellung mit den Ärzten verdanken die Psychotherapeuten folglich der Entscheidung des Gesetzgebers, ihnen aus dem Spektrum der Instrumente zur Ordnung des Heilberufwesens das prominenteste – nämlich die sonst nur Ärzten (und Apothekern) verliehene Approbation – zugänglich zu machen. Das hätte der Gesetzgeber nicht tun müssen, denn Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind keine Ärzte.¹ Allerdings wird der Gesetzgeber daran für die Zukunft auch nur dann festhalten, wenn die mit der Approbation belegte (und also qua Ausbildung erworbene) Qualifikation auch in Zukunft die Befähigung der Psychotherapeuten vermittelt, die heilkundliche Psychotherapie „eigenverantwortlich und selbständig“ ausüben zu können, denn nur dann ist ihre nach Approbation und darüber hinaus eigenem Zulassungsstatus in der GKV gleichberechtigte Stellung neben den Ärzten auch weiterhin zu rechtfertigen.

1) Das bezweifelt auch Kingreen nicht, der zutreffend davon ausgeht (Gutachten Seite 20), dass Psychotherapeuten im Sinne von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG nicht zu den „ärztlichen“, sondern zu den „anderen Heilberufen“ gehören.

Wer eine Preisgabe oder Relativierung dieses Maßstabs fordert oder auch nur für möglich hält, dürfte sich also nicht wundern, wenn der Gesetzgeber seine Entscheidung revidiert und die Approbation für Psychotherapeuten wieder gänzlich abschafft, denn Einschränkungen der Approbation (als Vorstufe ihrer Abschaffung) sind mit deren Wesen nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts unvereinbar und kämen daher nicht in Betracht. Ohne Approbation freilich wäre der Abstand zum Heilpraktiker mit seiner bloßen Unbedenklichkeitsbescheinigung nicht mehr groß – warum dann also nicht gleich dorthin zurückkehren und für die GKV das Delegationsverfahren wieder einführen?

3. **Ausübung heilkundlicher Psychotherapie mittels Verfahren**

Weil das freilich niemand will, bleibt nur folgende Erkenntnis: so lange, wie heilkundliche Psychotherapie mittels Verfahren ausgeübt wird (was sogleich noch genauer erörtert werden soll, s.u. 4.), muss die Ausbildung den Erwerb einer verfahrensbezogenen Qualifikation vor der Approbation ermöglichen (wozu zwingend auch die praktische Ausbildung am Patienten gehört²), denn hiervon hängt die Erteilung der (unteilbaren, s.o. 2.) Approbation ab. Eine um jedweden vertieften Verfahrensbezug einschließlich der praktischen Ausbildung am Patienten „entleerte“ Ausbildung würde zu nichts anderem führen als zu einer für die Heilberufe der Psychotherapeuten planmäßigen Verfehlung des o.g. Ausbildungs- und Approbationsziels („eigenverantwortlich und selbständig“). Erforderlich ist folglich ein Herunterbrechen der rechtlichen Zusammenhänge auf die konkreten Gegebenheiten in der Psychothera-

2) Vgl. hierzu die zutreffenden Ausführungen von RA Holger Schildt beim Panel zum Forschungsgutachten am 28.1.2009 in Berlin zu Thema 3 (Ausbildungsstruktur), nachzulesen auf der Homepage der BPTK (www2.bptk.de/uploads/thema3.pdf): „Psychotherapeutische Behandlung von Patienten erfordert vor allem ausgeprägte personale und Beziehungskompetenz. Psychotherapie kann deshalb nicht aus Lehrbüchern und im Hörsaal gelernt werden, ist in diesem Sinne also kein universitäres Lehrfach. Gewährleistet wird der Erwerb dieser besonderen Kompetenzen vor allem durch das Ineinandergreifen von Theorievermittlung, Selbsterfahrung und supervidierte Patientenbehandlung während der Ausbildung, was sich auch in der APrV zeigt. – Diese triadische Grundstruktur, an den staatlich anerkannten und größtmäßig überschaubaren Ausbildungsstätten strukturell qualitätsgesichert durch Dozenten mit umfangreichen klinisch-praktischen Erfahrungen, lässt sich in Hochschulstudiengängen nicht sachgerecht umsetzen. Denn die enge und zeitliche Verschränkung von Theorie, Selbsterfahrung und supervidierte Behandlungspraxis führt zu einem Mehr als zur Summe der einzelnen Ausbildungsteile. Und damit entzieht sich die Ausbildung dem, was als Modulisierung von Ausbildungsinhalten, additiv aufeinander aufbauend, an der Hochschule lehr- und lernbar wäre.“

pie. Kingreen unternimmt ein Herunterbrechen der abstrakt-rechtlichen Zusammenhänge zwar auch, aber nicht auf die konkreten Gegebenheiten in der Psychotherapie, sondern auf das „konkrete“ Reformprojekt einer universitären Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung, was in Wahrheit aber doch nur wieder ein abstrakter Bezugspunkt ist, solange dabei nicht auch die konkreten Gegebenheiten in der Psychotherapie berücksichtigt sind, vgl. Kingreen Seite 21 a.E.:

„Diese allgemeinen verfassungsrechtlichen Vorgaben für die Abgrenzung der Gesetzgebungskompetenzen im Bereich der heilberuflichen Aus- und Weiterbildung müssen nunmehr auf das konkrete Reformprojekt einer universitären Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung herunter gebrochen werden.“

Genau dieses Herunterbrechen auf die konkreten Gegebenheiten in der Psychotherapie ist es also, das Kingreen – wenngleich durchaus absichtlich³ – schuldig bleibt. Insoweit ist auf die auch von Kingreen zitierte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts BVerfGE 106, 62 (131) zu verweisen, in der es wörtlich heißt (was Kingreen seinen Lesern freilich vorenthält):

„Andererseits kann es dem Zulassungsgesetzgeber nicht verwehrt sein, überhaupt Anforderungen an die Ausbildung zu stellen, um so die das Berufsbild ausmachenden Qualitätsstandards zu vereinheitlichen. Die Substanz des Ausbildungsrechts muss zwar den Ländern vorbehalten bleiben, die Regelung von Mindeststandards ist hingegen noch unmittelbar zulassungsrelevant und damit kompetenzgemäß. Nur auf diese Weise ist es möglich, ein bestimmtes fachliches Niveau der Berufsangehörigen, und damit des Berufs, sicherzustellen.“ (Anm.: Unterstreichungen und Hervorhebungen nicht im Original)

3) Vgl. Gutachten Seite 18.

Der Ausbildung den Erwerb der verfahrensbezogenen Qualifikation einschließlich der Behandlung am Patienten künstlich vorzuenthalten, obwohl Psychotherapie mittels Verfahren ausgeübt wird, hieße also, schon Mindeststandards des fachlichen Niveaus des Berufs zu verfehlen. Ein Bundesgesetz, das auf den Erwerb einer verfahrensbezogenen Qualifikation qua Ausbildung verzichtete, wäre somit nichts anderes als ein fachlich und rechtlich unbrauchbarer Torso im Hinblick auf die Sicherstellung des fachlichen Niveaus des Berufs (eingehender dazu noch unten 6.).

Wenn mithin also auch Richtlinienverfahren Gegenstand des Qualifikationserwerbs qua Ausbildung sein können müssen (und, um Kingreens besonderen Fokus aufzugreifen, *als Mindeststandard kompetenzrechtlich dürfen*, wie die heutige, vom Bundesverfassungsgericht längst gebilligte Rechtslage beweist), ist die weitere Hürde einer statusrelevanten Weiterbildung, die zum Erwerb dieser schon qua Ausbildung erworbenen Qualifikation führen soll, nicht nur nicht erforderlich im Sinne von Art. 12 Abs. 1 GG und damit verfassungswidrig, sondern auch konzeptionell sinnlos⁴. Der so ausgebildete Psychotherapeut kann seine Strukturqualität für die GKV bereits qua Ausbildung nachweisen, ihm kann deswegen zusammen mit der Approbation der Fachkundenachweis bescheinigt werden. Es ist dies keine Entscheidung des Gesetzgebers, die er auch anders hätte treffen können, sondern eine Entscheidung, die

- vom verfassungsrechtlich determinierten Ausbildungs- und Approbationsziel erstens,
- vom Wesen der heilkundlichen Psychotherapie, die mittels Verfahren ausgeübt wird, zweitens und
- von der nach Fachgebieten strukturierten Versorgung der GKV drittens (s. dazu noch unten 7.)

zwingend – d.h. alternativlos – vorgegeben ist. Deswegen hat der Gesetzgeber dies 1998 genau so auch geregelt (besser: regeln

4) So ausdrücklich auch Kingreen, Gutachten Seite 24 oben.

müssen) und wird es – wenn er an der Approbation der Psychotherapeuten sowie ihrer eigenen Zulassung im System der GKV unter dessen heutigen Bedingungen weiterhin festhalten will – auch für die Zukunft nicht anders regeln können⁵, denn an der sachlichen Ausgangslage im Bereich Psychotherapie hat sich insoweit bis heute nichts geändert:

4. **Veränderung und Entwicklung des Gebiets der Psychotherapie seit 1998**

Zwar spricht das BMG auf Seite 1 seiner Ausschreibung des Forschungsgutachtens davon, dass sich das Gebiet der Psychotherapie seit Inkrafttreten des PsychThG in großem Umfang entwickelt und verändert habe; damit gemeint ist aber nicht, dass Psychotherapie heute auf Verfahren verzichtet und deswegen auch die für den Beruf qualifizierende Ausbildung darauf verzichten kann, sondern ganz im Gegenteil: das Gebiet der Psychotherapie hat gegenüber dem status quo von 1998 sogar einen Zugewinn eigenständiger theoretisch-wissenschaftlicher Konzepte zu verzeichnen, die nach den eigenen Feststellungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) auch wissenschaftlich anerkannt sind. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sowie ungeachtet ihrer jeweiligen Indikationsbreite zu nennen sind hier u.a. die Gesprächspsychotherapie, EMDR, IPT, die Neuropsychologische Therapie sowie zuletzt die Systemische Therapie. Diese Zunahme eigenständiger und zugleich wissenschaftlich anerkannter Verfahren (sowie „eigenständiger Methoden“, so jedenfalls die Begriffsprägung des WBP in Abgrenzung zu Verfahren⁶) ist es also, die die vom BMG in Bezug genommene Entwicklung und Veränderung des Gebiets der Psychotherapie seit 1998 kennzeichnet – und eben nicht im Gegenteil das Infragestellen oder sogar die Aufgabe oder auch nur Relativierung von Verfahren als Mittel der heilkundlichen Psychotherapie.

5) Unter den genannten Bedingungen kann der Gesetzgeber lediglich entscheiden, ob er den Qualifikationserwerb postgradual (wie heute) oder als Direktausbildung organisieren will: in jedem Fall aber muss mit der Approbation auch weiterhin der Fachkundenachweis für die GKV erwerbbar sein (zu den Voraussetzungen einer anderen Rechtslage s. unten 7.).

6) Vgl. hierzu das Methodenpapier des WBP vom 21.11.2007 unter www.wbpsychotherapie.de

5. Wege zu einer auf Dauer zukunftsgerecht angelegten Ausbildung

Die Frage, die sich angesichts dieser signifikanten Erweiterung des Spektrums eigenständiger und zugleich wissenschaftlich anerkannter Konzepte der Psychotherapie gegenüber dem status quo von 1998 stellt, lautet also nicht, ob auf ihre Vermittlung qua Ausbildung verzichtet werden kann, sondern im Gegenteil lautet die Frage wie folgt:

Wie gelingt es angesichts der Erweiterung des Spektrums eigenständiger wissenschaftlich anerkannter Konzepte der Psychotherapie seit 1998, eine „auf Dauer zukunftsgerecht angelegte Ausbildung“ (so das BMG a.a.O.) zu erreichen? Dafür strebt das BMG eine weitergehende Reform an, die sich ausdrücklich **„nicht nur punktuell auf die Zugangsvoraussetzungen“** konzentrieren soll, und stellt hierzu in der Ausschreibung des Forschungsgutachtens die folgenden sehr konsequenten Fragen, die mit dem Problem der Zugangsvoraussetzungen überhaupt nichts zu tun haben:

- Wäre auch ein verfahrensübergreifender Ausbildungsansatz denkbar, der sich an Störungen orientiert? (Gemeint sind damit nicht etwa nur einzelne Störungen, sondern im Interesse des Ausbildungs- und Approbationsziels, die heilkundliche Psychotherapie „eigenverantwortlich und selbständig“ ausüben zu können, selbstverständlich das gesamte⁷ Spektrum der Anwendungsbereiche der Psychotherapie, vgl. zu diesem Anspruch schon heute § 4 Abs. 5 der AusbPrüfVOen.)
- Gibt es möglicherweise sogar Gründe für eine verfahrensunabhängige Legaldefinition heilkundlicher Psychotherapie, d.h. gibt es einen gemeinsamen Nenner aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren (und „eigenständigen Methoden“), der eine verfahrensunabhängige Legaldefinition zuließe?

7) Qua Ausbildung sollte zumindest eine Erstqualifikation für das gesamte Spektrum erworben werden können, der Erwerb von Mehrfachqualifikationen könnte dann Sache der Weiterbildung sein.

Das ordnungspolitisch berechtigte Ziel dieser Fragestellungen besteht darin, eine Konzeption der Ausbildung zu finden, in der paradigmatisch betrachtet alle eigenständigen und zugleich wissenschaftlich anerkannten theoretisch-wissenschaftlichen Konzepte der Psychotherapie (d.h. die traditionellen, die neuen und die zukünftigen) ungeachtet ihrer Indikationsbreite Platz finden können – ganz egal, ob unter dem Etikett „Verfahren“ oder „eigenständige Methode“ bzw. „Verfahren mit hoher Indikationsspezifität“⁸ –, denn genau das ist heute nicht gewährleistet: eigenständige theoretisch-wissenschaftliche Konzepte der Psychotherapie mit hoher Indikationsspezifität, die es wissenschaftlich anerkanntermaßen gibt (wie etwa EMDR oder IPT), finden in der heutigen Ausbildung – wenn überhaupt – nur in der sog. „freien Spitze“ Berücksichtigung. Damit ist es dem Zufall überlassen, ob sie im Einzelfall Gegenstand der Ausbildung sind oder nicht.

Die durch die Etikettierung als „eigenständige Methoden“ (WBP) bislang bewerkstelligte Ausgrenzung eigenständiger und zugleich wissenschaftlich anerkannter Konzepte der Psychotherapie mit hoher Indikationsspezifität aus den gesetzlich allein mit dem Begriff des „Verfahrens“ verknüpften Ausbildungs- und Approbationmöglichkeiten ausgerechnet der doch auch insoweit eigentlich prädestinierten Psychotherapeuten kann jedenfalls auf Dauer gesehen nicht die Antwort auf die wissenschaftlich anerkannten Entwicklungen und Veränderungen der Psychotherapie im Bereich ihrer theoretischen Konzepte bleiben, zumal sich schon aus der Gesetzesbegründung zum PsychThG von 1998 ausdrücklich ergibt, dass der Gesetzgeber eine Ausgrenzung von Verfahren gerade im Bereich der Definition beruflicher Tätigkeiten nicht wollte, um Weiterentwicklungen nicht auszuschließen.⁹

8) Das BMG hatte bereits in seiner Beanstandung vom 15.8.2006 (s. dort auf den Seiten 3 und 4) und damit nur wenige Monate vor seiner Entscheidung für die Ausschreibung des Forschungsgutachtens rechtlich zutreffend von „Verfahren mit hoher Indikationsspezifität“ gesprochen bzw. die Formulierung „ungeachtet der Indikationsbreite des jeweils gewählten Psychotherapieverfahrens für die vertiefte Ausbildung“ verwendet – also nicht, wie der WBP, von „eigenständigen Methoden“ gesprochen, denn das PsychThG kennt den Begriff der Methode, und erst recht den der „eigenständigen Methode“ außerhalb von Verfahren, ja gar nicht.

9) BT-Drs. 13/8035, Seite 14, Nr. 9.

Andererseits verdient der WBP ohne Frage Zustimmung, wenn er seiner Begriffsprägung („eigenständige Methode“) die Annahme zugrunde legte, dass eine vertiefte Ausbildung allein in *einem* (§ 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG) Verfahren mit hoher Indikationsspezifität unmöglich die Qualifikation vermitteln kann, die erforderlich ist, um die heilkundliche Psychotherapie „eigenverantwortlich und selbständig“ ausüben zu können; auch die lediglich 200 Stunden umfassende theoretische Grundausbildung sind hierfür ersichtlich nicht ausreichend.

Wir haben es also mit einem Dilemma zu tun, das in der Konstruktion des Gesetzes begründet liegt, die dem status quo des Jahres 1998 geschuldet ist. Konstruktiv stellt das PsychThG folglich nicht denjenigen Rahmen bereit, dessen es bedürfte, um wissenschaftlich anerkannte Entwicklungen und Veränderungen der heilkundlichen Psychotherapie im Bereich ihrer eigenständigen theoretisch-wissenschaftlichen Konzepte ungeachtet ihrer Indikationsbreite stets zuverlässig – und damit „zukunftsgerichtet“ (BMG) – aufnehmen zu können.

Das Anliegen der Indikationsbreite ist ordnungspolitisch also berechtigt, kann aber aus Gründen der Wissenschaftsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 GG), die eine staatliche Fremdbestimmung der Wissenschaft verbietet¹⁰, kein Merkmal des gesetzlich bereit gestellten Verfahrensbegriffs, sondern nur ein Merkmal der Qualifikation des einzelnen Psychotherapeuten sein (nicht Verfahren erhalten die Approbation, sondern Menschen). Daher sind die o.g. Fragen des BMG vor dem Hintergrund der wissenschaftlich anerkannten Entwicklung und Veränderung der Psychotherapie seit 1998 konsequent und bedürfen daher dringend einer fachlich wohl überlegten Antwort der Profession.

10) Vgl. BVerfGE 90, 1 (11f.).

6. zur Verteilung des Qualifikationserwerbs zwischen Ausbildung und Weiterbildung

Deutlich werden soll anhand der vorstehenden Ausführungen, dass alle Überlegungen, die Ausbildung könnte zukünftig von einem verfahrensbezogenen Qualifikationserwerb „befreit“ werden, außerhalb der Wirklichkeit angesiedelt sind. Die Ausbildung wird sich im Gegenteil auch zukünftig auf Verfahren beziehen (müssen), weil sie *conditio sine qua non* der heilkundlichen Psychotherapie sind. Davon geht offensichtlich auch das BMG aus. Dabei bemißt sich die Frage, ob und inwieweit dieser Qualifikationserwerb zwischen Aus- und Weiterbildung verteilt werden kann, vom Ausbildungs- und Approbationsziel her („eigenverantwortlich und selbständig“), d.h. inwieweit der Bundesgesetzgeber dieses Ziel hinsichtlich des fachlichen Niveaus des Berufs¹¹ selbst bereits konkretisiert hat.¹²

Für die heutige Rechtslage stellt Kingreen insoweit zutreffend fest, dass eine Weiterbildungsordnung mit Ausbildungsinhalten unzulässig ist, weil der Bund Regelungen insoweit schon getroffen hat (insbesondere in § 5 PsychThG).¹³ Sodann erklärt er, dass es darum aber gar nicht gehe, weil ja der von ihm diskutierte Reformvorschlag vor allem konzeptionell von der Veränderung der Ausbildungsstruktur und -inhalte abhängig sei. Kingreen argumentiert also auf der Grundlage einer Unterstellung: der Unterstellung nämlich, dass der Bundesgesetzgeber gewillt sein könnte, abweichend von seiner bisherigen Praxis ein hinsichtlich der Ausbildungsinhalte plötzlich lückenhaftes Gesetz zu erlassen, denn nur dann wäre den Ländern, auch nach Kingreen, Raum für eigene Regelungen von Ausbildungsinhalten eröffnet.

11) Vgl. BVerfGE 106, 62 (131).

12) In diesem Sinne auch Kingreen, Gutachten Seite 24: „Die Grenze der Länderzuständigkeit im Bereich der Ausbildung sind allein die bundesrechtlichen Regelungen, die der Bund in Ausübung seiner Kompetenz erlassen hat.“

13) Vgl. Gutachten Seite 23.

Hier rächt sich, dass Kingreen seine rechtlichen Erwägungen nicht auch auf die konkreten Gegebenheiten in der Psychotherapie herunterbricht, denn hätte er dies getan, hätte er seine Unterstellung vor dem Hintergrund dieser konkreten Gegebenheiten begründen müssen – so aber kann er sich diese Begründung sparen und seine Unterstellung im Unterbewusstsein seiner Leser wirken lassen.

Die Gegebenheiten in der heilkundlichen Psychotherapie sind – um es noch einmal zu wiederholen – geprägt von der Tatsache, dass sie mittels Verfahren ausgeübt wird, Verfahren müssen damit notwendigerweise auch Ausbildungsinhalt sein. Insofern besteht zwischen der Ausbildung von Psychotherapeuten und der Ausbildung von Ärzten ein paradigmatisch entscheidender Unterschied, denn im Mittelpunkt der Ausbildung der Ärzte steht – ohne dies alles hier im einzelnen referieren zu können, vgl. hierzu vielmehr die Approbationsordnung für Ärzte – die Vermittlung umfangreichen medizinisch relevanten Wissens. In der Ausbildung der Psychotherapeuten kommt es dagegen über die Vermittlung von Wissen hinaus v.a. auch auf die Vermittlung von Beziehungskompetenz an, wofür eine als Einheit gestaltete triadische¹⁴ Ausbildung unerlässlich ist. Mit dem Erwerb der Befähigung zur Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie mittels Verfahren kann man daher nicht nach den ersten Metern Theorie unterbrechen, die Berufszugangsprüfung abnehmen, die Approbation erteilen, um den Qualifikationserwerb in seinen für das fachliche Niveau des Berufs substantiell entscheidenden Teilen (v.a. die Patientenbehandlung¹⁵ unter Supervision) erst dann, d.h. nach Weiterbildungsrecht, fortzusetzen bzw. abzuschließen. Dies würde die Ausbildung künstlich zerreißen und den nach Bundesrecht erworbenen Teil wertlos machen, weil er für die „eigenverantwortliche und selbständige“ Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie nicht zu gebrauchen wäre.

14) S.o. Fn. 2.

15) Auch Ärzte müssen vor Erhalt ihrer Approbation umfangreiche Ausbildungsteile am Patienten absolviert haben: ein praktisches Jahr von 48 Wochen sowie eine Famulatur von vier Monaten.

Insofern geht es hier also nicht um eine „schneidige“ Formel für die Abgrenzung von Aus- und Weiterbildungsmaterie, wie Kingreen ebenso flott wie offensichtlich sachkundig irrt¹⁶, sondern um das Begreifen der Ausbildung in heilkundlicher Psychotherapie als einer triadischen Einheit, um daraus die zutreffenden rechtlichen Erwägungen für das fachliche Niveau des Berufs¹⁷ ableiten zu können. Zutreffende abstrakt-rechtliche Erwägungen allein sind für den Leser ohne Erkenntnisgewinn und damit für die zutreffende Einschätzung der Rechtslage ohne Wert, wenn sie nicht auch heruntergebrochen werden auf die Gegebenheiten der konkreten Regelungsmaterie, hier: der Psychotherapie.

Diese triadische Einheit der Ausbildung sprengen kann auch nicht der Umstand, dass das BMG seinen Gutachtern in der Ausschreibung des Forschungsgutachtens im Zusammenhang mit seinen Überlegungen für einen verfahrensübergreifenden Ausbildungsansatz die Annahme mit auf den Weg gegeben hatte, dass bei einem solchen Ansatz „in einzelnen Verfahren eine ausreichende Vertiefung in der Grundausbildung zwar nicht mehr erreicht werden könnte, dies aber durch Weiterbildungsregelungen der Kammern vergleichbar der fachärztlichen Weiterbildung kompensiert werden könnte“. Denn diese Annahme ist zunächst nur den Überlegungen für einen verfahrensübergreifenden Ausbildungsansatz geschuldet und im übrigen nicht mehr als die Feststellung der auch von Kingreen zutreffend ermittelten Rechtslage: ja, verfassungsrechtlich könnte – theoretisch – so verfahren werden, tatsächlich aber ist damit nicht zu rechnen (zumal es der Gesetzgeber nicht schon allein wegen dieses Hinweises des BMG auch tatsächlich wollen muss¹⁸). Insoweit ist noch einmal auf die Entscheidung BVerfGE 106, 62 (131) zu verweisen, in der das Bundesverfassungsgericht klargestellt hatte, dass die Befugnis des

16) Vgl. Gutachten Seite 23.

17) BVerfGE 106, 62 (131).

18) Weiterbildungsrecht kann aus sich heraus den Bundesgesetzgeber bestenfalls veranlassen, gesetzliche Regelungen zu modifizieren, aus sich heraus dazu aber nicht verpflichten, so zutreffend auch Kingreen, Gutachten Seite 16 unten; s. auch noch unten 8.

Bundesgesetzgebers auch die Regelung des Prüfungswesens¹⁹ umfasst, und dies wie folgt begründet hat:

„Denn die Sachkunde als Zulassungsvoraussetzung und wesentlicher Bestandteil des Berufsbildes lässt sich kaum anders als durch eine Prüfung nachweisen; also wird die bestandene Prüfung selbst zur direkten Zulassungsvoraussetzung. Dann aber muss dem Gesetzgeber auch das Recht zustehen, das Prüfungswesen zu regeln; nur so kann die Einhaltung der bundeseinheitlich gewollten Qualitätsstandards, die den Beruf auszeichnen sollen, sichergestellt werden.“ (Anm.: Unterstreichungen nicht im Original)

Diese bundeseinheitlich gewollten Qualitätsstandards, die den Beruf des Psychotherapeuten auszeichnen sollen, bestünden in dem von Kingreen diskutierten Reformvorschlag also darin, für die „eigenverantwortliche und selbständige“ Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie – anders als nach heutiger Rechtslage – noch gar keine Qualität bzw. kein „fachliches Niveau“ erreicht zu haben. Angesichts der Notwendigkeit der triadisch zu gestaltenden einheitlichen Ausbildung wäre hier somit das vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich legitimierte Ziel des Bundesgesetzes, nämlich die Sicherstellung bundeseinheitlich gewollter Qualitätsstandards als Mindeststandards, von vornherein aufgegeben, so dass darüber eine Staatsprüfung nach Bundesrecht auch nicht abgehalten werden müsste, mit anderen Worten: das Bundesgesetz wird dann insgesamt entbehrlich.²⁰

19) Kingreen weist darauf, freilich an anderer Stelle in seinem Gutachten (Seite 20 oben) und deswegen nur beiläufig, selbst auch hin.

20) Mit einem Bundesgesetz, das keine Staatsprüfung vorsähe, würde der Bund den Sinn und Zweck seiner Gesetzgebungskompetenz ad absurdum führen, vgl. oben zu Fn. 19. **Deshalb zur Klarstellung:** als Pflichtabschlüsse kämen die hochschul- und damit landesrechtlich vergebenen akademischen Grade Bachelor und Master in der bundesgesetzlich geregelten Direktausbildung nicht vor, abgeschlossen würde diese allein mit Staatsprüfungen nach Bundesrecht (wie im Fall der Ärzte); vgl. insoweit auch den Vorbehalt in den „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben“ der Kultusministerkonferenz zugunsten der schon bisher staatlich geregelten Studiengänge (Lehramt, Medizin, Rechtswissenschaften).

Bemerkenswerterweise kommt die Staatsprüfung, jedenfalls bei Kingreen, auch gar nicht mehr vor. Er prüft vielmehr folgendes Modell²¹: ein Bachelorstudiengang, ein anschließender Masterstudiengang, dann die Approbation sowie anschließend die Weiterbildung (zur vertieften Ausbildung in einem Verfahren sowie Selbsterfahrung und Patientenbehandlung unter Supervision). – Weil Kingreen jedoch erkennbar davon ausgeht, dass es weiterhin ein Bundesgesetz (und dann, der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts folgend, also doch auch eine Staatsprüfung?) geben soll, wäre das Bundesgesetz in diesem Modell wohl reduziert auf die Regelung der Inhalte der nach Landesrecht einzurichtenden Studiengänge, so dass Gegenstand der Staatsprüfung erneut nur das wäre, was sowieso schon Gegenstand der Prüfungen für den Erwerb der akademischen Grade Bachelor und Master gewesen war: das Bundesgesetz und die mit ihm vorgesehene Staatsprüfung hätte dann also nur die Funktion, die Ausbildung zu einer sinnlosen „Prüfungssorgie“ ausufern zu lassen, was im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 GG mangels erkennbarer Erforderlichkeit auf erhebliche Bedenken²² stößt. Das gilt erst recht deswegen, weil die für die Berufsausübung letztlich erst qualifizierenden Inhalte (vertiefte Ausbildung mit Behandlung am Patienten) im Zeitpunkt der letzten Prüfung *dieser* Orgie, nämlich der Staatsprüfung, noch gar nicht vermittelt worden wären, weil sie ja der Weiterbildung überwiesen sind, die Prüfungssorgie hier also sogar noch weiter ginge. Dem BMG könnten die Gutachter dann eigentlich doch auch gleich empfehlen, das bestehende PsychThG komplett aufzuheben und die Neuregelung vollständig den Ländern zu überlassen (um so zumindest die Staatsprüfung einzusparen). Das allerdings wäre – wie auch Kingreen selbst einräumt²³ – bildungs- und gesundheitspolitisch vermutlich nicht sinnvoll. Und ob das BMG das Forschungsgutachten ausgeschrieben hat, um

21) Vgl. Gutachten Seite 17.

22) Zur Unverhältnismäßigkeit der Staatsprüfung als Eingangsprüfung für den juristischen Vorbereitungsdienst bei bereits durch den Master-Abschluss nachgewiesener Eignung s. den Abschlussbericht des Ausschusses der Justizministerkonferenz zur Koordinierung der Juristenausbildung „Der Bologna-Prozess und seine möglichen Auswirkungen auf die Juristenausbildung“ vom 15.10.2005, S. 215.

23) S. Gutachten Seite 24.

von den Gutachtern diese Empfehlung zu erhalten, darf auch bezweifelt werden.

Kurzum: der in den von Kingreen diskutierten Reformvorschlag künstlich eingefügte Riss in der Vermittlung der Ausbildungsinhalte führt nicht nur die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ad absurdum, sondern ist wegen der mit ihm verursachten Prüfungsorgie auch konstruktiv verfassungswidrig, so dass die Wahrscheinlichkeit für seine Verwirklichung exakt bei 0,0 % liegt. Lebensnah ist vielmehr – um in die Wirklichkeit zurückzukehren – allein die Annahme, dass der Bund, wie dies auch im heutigen PsychThG der Fall ist, das zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie Erforderliche²⁴ selbst regelt, hierauf seine Staatsprüfung bezieht und anschließend die Approbation erteilt (nur jeweils vollzogen, wie bisher, durch Landesbehörden), so dass für die Länder insoweit – wie also schon heute – keine Regelungslücken übrig bleiben werden.

Vor dem Hintergrund der spezifischen Gegebenheiten der Psychotherapie bleibt es daher dabei: Ausbildung muss sich auf Verfahren beziehen (was auch Richtlinienverfahren sowie notwendigerweise in jedem Fall auch die praktische Ausbildung am Patienten einschließt), für eine verfahrensbezogene statusrelevante Weiterbildung wird auch in Zukunft jedenfalls bei bereits erfolgter Ausbildung in einem Richtlinienverfahren aus Gründen des Art. 12 Abs. 1 GG (fehlende Erforderlichkeit) kein Raum sein.

24) also Mindeststandards für „das fachliche Niveau des Berufs“, s. BVerfGE 106, 62 (131).

7. Versorgungsstruktur der GKV nach Fachgebieten

Eine andere Einschätzung könnte überhaupt erst dann erwogen werden, wenn sich der Bundesgesetzgeber dazu entschlösse, auch bezogen auf Psychotherapeuten eine nach Fachgebieten der Psychotherapie strukturierte Versorgung in der GKV zu etablieren, so dass möglicherweise allein anhand der Approbation eine Zuordnung von Psychotherapeuten in dieser nach Fachgebieten strukturierten Versorgung noch nicht möglich ist (so, wie dies bei den Ärzten angesichts der Vielzahl ihrer Fachgebiete, die unmöglich schon alle Gegenstand der Ausbildung sein können, auch der Fall ist).

Indes gibt es Fachgebiete der Psychotherapie, wie Kingreen selbst zutreffend feststellt, derzeit gar nicht. Welche Fachgebiete es in der Psychotherapie geben könnte, ist zudem nicht ersichtlich: die heutigen Richtlinienverfahren qua Weiterbildungsordnung zu „Fachgebieten“ zu erklären, wenn sie, bei entsprechender Wahl des einzelnen Ausbildungsteilnehmers, qua Ausbildung doch zugleich schon der Sicherstellung seiner beruflichen Mindestqualifikation dienen, erscheint schon fraglich. Davon abgesehen bilden allein Behandlungsverfahren auch im ärztlichen Bereich niemals schon ein Fachgebiet. Aber selbst dann, wenn es möglich wäre, Richtlinienverfahren je für sich zu Fachgebieten der Psychotherapie zu erklären: jedenfalls diejenigen, die darin schon ausgebildet wären, dürften auf ihrem Weg in die Zulassung nicht vor die zusätzliche berufswahlnahe Hürde einer Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren gestellt werden (Art. 12 Abs. 1 GG).

Dass Gründe der Versorgung der Versicherten einen Strukturwechsel erforderlich werden lassen könnten, ist ebenfalls nicht ersichtlich, obwohl es darauf als Rechtfertigung zusätzlicher berufswahlnaher Hürden auf dem Weg in die GKV entscheidend ankäme. Kingreens Erwägung, dass die Zielgenauigkeit der psychotherapeutischen Bedarfsplanung durch Berücksichtigung fachge-

bietspezifischer Qualifikationen erhöht werden könnte²⁵, reicht insoweit nicht aus: zwar mag seine Erwägung an sich zutreffend sein, sie setzt aber voraus, dass sachgerecht abgegrenzte Fachgebiete der Psychotherapie überhaupt definierbar wären. Aber auch dann liefert sie noch keine Rechtfertigung für das Erfordernis einer statusrelevanten Weiterbildung, denn zur Erhöhung dieser Zielgenauigkeit bedarf es jedenfalls einer planmäßigen Entleerung der Ausbildung um den Fachkundenachweis und einer anschließenden statusrelevanten verfahrensbezogenen Weiterbildung nicht. Nach Richtlinienverfahren definierte Arztgruppen innerhalb der Bedarfsplanung könnten vielmehr auch ohne das Erfordernis einer statusrelevanten Weiterbildung eingerichtet werden: die Erhöhung der Zielgenauigkeit der Bedarfsplanung wäre auf diese Weise ebenso erreichbar, d.h. über die qua Ausbildung erworbene Qualifikation in einem Richtlinienverfahren. Schon die Ausbildung könnte also darüber entscheiden, welcher Arztgruppe nach Richtlinienverfahren der einzelne Psychotherapeut zuzuordnen ist. Genau genommen sind nicht einmal verschiedene Arztgruppen erforderlich: die Zielgenauigkeit könnte sogar durch bloße Mindestquoten innerhalb der gemeinsamen Arztgruppe erhöht werden (aktuelles Beispiel: KJP-Quote seit dem 1.1.2009, § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V). Einer statusrelevanten Weiterbildung bedarf es mithin also in keiner einzigen der erörterten Varianten, schon gar nicht um den Preis einer planmäßigen Verfehlung des Ausbildungs- und Approbationsziels.

Schließlich bedarf es, wie Kingreen selbst auch einräumt, einer Weiterbildung auch aus statusrechtlichen Gründen nicht. So stellt er zutreffend fest, dass sich im Bereich der anerkannten Richtlinienverfahren durch die Einführung einer Fachpsychotherapeutenbezeichnung für die Verhaltenstherapie oder eines der beiden psychoanalytischen Verfahren kaum etwas am bisherigen Status ändern würde.²⁶

25) Vgl. Gutachten Seite 27 zu Fn. 67.

26) S. Gutachten Seite 29.

Das gelegentlich aus der Profession zu vernehmende Bedürfnis nach einer Gleichbehandlung mit den Ärzten, deren Arztregistrierung doch auch von einer Weiterbildung abhängt, taugt als Rechtfertigung ebenfalls nicht, denn bei den Ärzten stellt sich die Sachlage angesichts ihrer zahlreichen (und echten!) Fachgebiete grundlegend anders dar.

Schließlich ist auch der (an sich ehrenvolle) Hinweis auf die wirtschaftlichen Belange der Ausbildungskandidaten nicht geeignet, für einen ganzen Beruf die Preisgabe des Approbationziels zu rechtfertigen, die heilkundliche Psychotherapie eigenverantwortlich und selbständig ausüben zu können; hierfür muss vielmehr auf anderen Wegen nach geeigneten Lösungen gesucht werden.

8. Zusammenfassung

Zutreffend weist Kingreen darauf hin, dass Weiterbildungsrecht den Bundesgesetzgeber allenfalls veranlassen kann, bundesrechtliche Regelungen zu modifizieren.²⁷ Weiterbildungsrecht wirkt also nicht aus sich heraus²⁸ ins Bundesrecht hinein und verpflichtet den Bundesgesetzgeber auch nicht zu solchen Modifizierungen. Der Bundesgesetzgeber bleibt vielmehr frei in seiner Entscheidung, ob er mit seinen Regelungen an das Weiterbildungsrecht anknüpfen möchte oder nicht.

Als sich der Bundesgesetzgeber in diesem Sinne im Jahr 1988 veranlasst sah, das Facharztwesen in die GKV zu übernehmen (bis dahin erhielten auch Ärzte ihre Arztregistrierung ohne Nachweis einer Weiterbildung, d.h. allein anhand ihrer Approbation), konnte er auf ein im ärztlichen Weiterbildungsrecht bereits seit Jahren zunehmend ausdifferenziertes Facharztwesen zurückgreifen. Verglichen damit stehen die Psychotherapeuten mit leeren Händen da, fordern aber schon mal (jedenfalls einige von ih-

27) s. bereits oben Fn. 18.

28) Eine Ausnahme bildet § 135 Abs. 2 Satz 2 SGB V, dessen Wirkungen aber nicht auf der Statusebene angesiedelt sind, da der G-BA weiterhin über die Methodenankennung entscheidet, vgl. hierzu auch Kingreen, Gutachten Seite 13.

nen), auch ihre Arztregistereintragung möge im Zuge einer Reform des PsychThG von einer Weiterbildung abhängig gemacht werden. Abgesehen davon, dass dem Bundesgesetzgeber der Anknüpfungspunkt hierfür fehlt, übersehen sie dabei außerdem mindestens dreierlei:

- angesichts der Versorgungsstruktur der GKV nach Fachgebieten müsste es sich um eine Weiterbildung in einem Fachgebiet handeln, bloße Zusatzbezeichnungen oder Weiterbildungen in Bereichen reichen hierfür nicht aus,²⁹
- selbst dann, wenn die heutigen Richtlinienverfahren in der Weiterbildungsordnung als nach den Maßstäben der Rechtsprechung³⁰ sachgerecht abgrenzbare Fachgebiete definiert werden könnten, würde dies den Bundesgesetzgeber nicht veranlassen können, die Arztregistereintragung der Psychotherapeuten von einer entsprechenden Weiterbildung abhängig zu machen, weil der entsprechende Qualifikationserwerb qua Ausbildung erreichbar bleiben muss³¹ und deswegen die zusätzliche berufswahlnahe Hürde (Art. 12 Abs. 1 GG) der statusrelevanten Weiterbildung nicht erforderlich ist, zumal die mit einer entsprechenden Struktur verfolgten Effekte für die Versorgung der Versicherten ggf. auch innerhalb der gemeinsamen Arztgruppe der Psychotherapeuten anhand von Mindestquoten, die an die Qualifikation qua Ausbildung anknüpfen, erreichbar wären,
- selbst dann, wenn die Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren Voraussetzung der Arztregistereintragung der Psychotherapeuten werden sollte, würde der G-BA über ihre Arztregistereintragung weiterhin mitentscheiden, weil nur er den Leistungskatalog der GKV festlegt, d.h. nur er über die Anerkennung von Verfahren als Richtlinienverfahren entscheidet. Nicht jede verfahrensbezogene Weiterbildung würde folglich zur Arztregistereintragung führen können, Allmachtsphanta-

29) So zutreffend auch Kingreen, Gutachten Seite 12: „Das auch in der Psychotherapie vorhandene Weiterbildungsrecht ist also für die sozialversicherungsrechtliche Statusbegründung irrelevant, weil es derzeit lediglich Zusatzbezeichnungen vermittelt.“

30) S. hierzu Kingreen, Gutachten Seite 31.

31) Dazu eingehend s.o. 6.

sien des Selbstverwaltungsrechts hinsichtlich der Statusbe-
gründung in der GKV wären folglich die gleichen Grenzen ge-
setzt wie heute.

Das einzige substantielle Ergebnis einer Direktausbildung mit an-
schließend statusrelevanter Weiterbildung in einem Richtlinienver-
fahren wäre folglich die Entwertung des fachlichen Niveaus der
Approbation, d.h. ausgerechnet (!) der Quelle (s.o. 2.), der die
Psychotherapeuten ihre rechtliche Gleichstellung mit den Ärzten
verdanken, an der ihnen doch stets so viel liegt. Und mehr noch:
Psychotherapeuten wären in diesem Modell approbiert, ohne je-
mals einen leibhaftigen Patienten vor sich gehabt zu haben.³²
Nicht einmal in der Ausbildung der Heilhilfsberufe (z.B. Physiothe-
rapeuten, Logopäden) wird auf die Patientenbehandlung verzich-
tet (geschweige denn in den ärztlichen Heilberufen einschließlich
des Tierarztes), aber ausgerechnet im Heilberuf der Psychothera-
peuten sollte es Ausbildungsstandard werden?

Kingreen hätte zu diesem sowohl fachlich als auch rechtlich völlig
abwegigen Ergebnis selbst auch kommen können, wenn er seinen
Anspruch, die abstrakt-rechtlichen Zusammenhänge herunterzu-
brechen, auf die konkreten Gegebenheiten der Psychotherapie
(und nicht auf ein erneut nur abstraktes Rechtsmodell) bezogen
und diesen Anspruch so auch eingelöst hätte – was er freilich in
jeder Hinsicht versäumt hat, und das auch noch absichtlich.³³

Gleiniger, Rechtsanwalt

32) Vgl. hierzu oben Fn. 2.

33) S.o. zu Fn. 3.

Stellungnahme 9

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT) und
der Ausbildungsverbund der DGVT

Eckpunkte

zur Revision der psychotherapeutischen
Ausbildung nach dem PsychThG

– Ein Diskussionsbeitrag –

www.dgvt.de

www.pab-info.de

Das Tübinger Modell



Hohes Ausbildungsniveau sicherstellen

Die Umstellung der psychologischen und (sozial-)pädagogischen Diplomstudiengänge auf Bachelor-/ und Masterstudiengänge wirft die Frage nach den Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung neu auf. Insbesondere die Gefahr unterschiedlicher Zugangsniveaus für die Ausbildung zum /zur Psychologischen PsychotherapeutIn und zum/zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn hat zu breiten Diskussionen in der Fachöffentlichkeit geführt. In seltener Einigkeit wird dabei von allen psychotherapeutischen Fach- und Berufsvertretungen ein einheitlich hohes Zugangsniveau auf Masterebene gefordert. Eine solche Klarstellung bedarf nun aber einer Änderung des Psychotherapeutengesetzes. Das Bundesministerium für Gesundheit hat aus diesem Grund ein umfangreiches Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, mit dem es die aktuelle Ausbildungssituation erfassen und möglichen Änderungsbedarf ausmachen will. Insbesondere auch durch die Bundespsychotherapeutenkammer initiiert, wird der laufende Begutachtungsprozess nun von einer intensiven Debatte um die Zukunft der Ausbildung begleitet. Neben der Zugangsfrage rücken hier auch grundsätzliche Fragen zur Ausbildungsstruktur in den Fokus. Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie und ihr Ausbildungsverbund haben schon sehr früh Beratungen über die wünschenswerten Reformen an der Psychotherapeutenausbildung aufgenommen und legen hiermit ein gemeinsam abgestimmtes Positionspapier vor. Ziel soll es sein, das mit dem Psychotherapeutengesetz erreichte hohe Niveau der Ausbildung und der Versorgung zu erhalten, Nachwuchs in ausreichendem Maße zu sichern und dort Änderungen umzusetzen, wo die Erfahrungen der vergangenen Jahre das nahe legen. In diesem Sinne freuen wir uns, wenn der Vorschlag Eingang in die öffentliche Debatte findet und Impulse für eine zukünftige Ausbildungsregelung setzen kann.

Das Modell

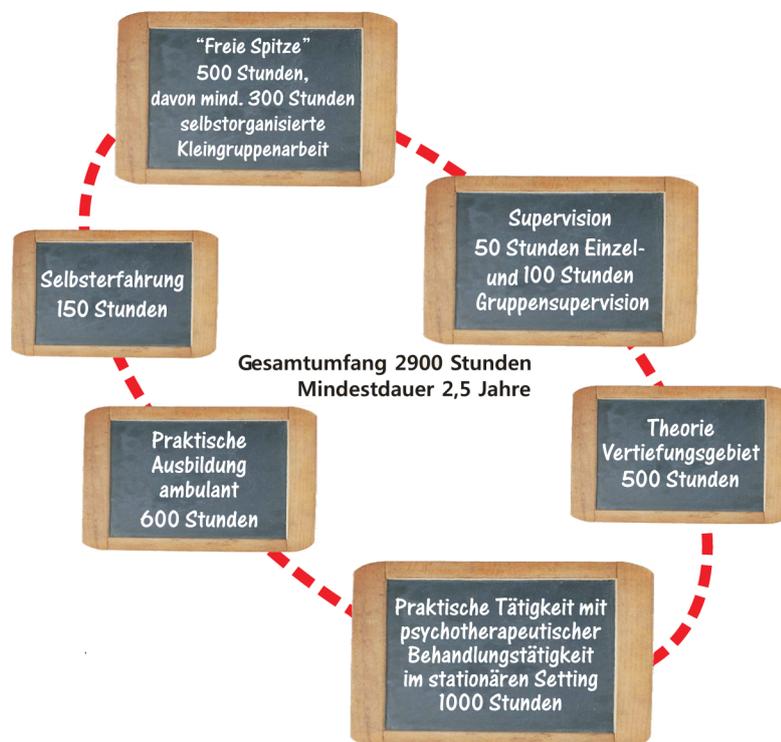
Im Folgenden stellen wir das „**Tübinger Modell**“ für einen künftigen Aufbau der Ausbildung vor: Der **Master-Studienabschluss** in einem geeigneten Studienfach soll die formale Voraussetzung für den Zugang zu einer postgradualen Psychotherapieausbildung sein. Zukünftig ist mit einer Vielfalt verschiedener in Frage kommender Studiengänge zu rechnen, weshalb es notwendig sein wird, Inhalts- und Kompetenzprofile für geeignete Studiengänge festzulegen. Diese Studieninhalte sollen zukünftig enger mit den theoretischen Grundkenntnissen verknüpft werden, weshalb diese ebenfalls vor Ausbildungsbeginn – in der Regel im Rahmen des Studiums – vermittelt werden und mit einer schriftlichen Prüfung nachzuweisen sind. **Übergangsweise** – bis ausreichend Master-Studiengänge angeboten werden – kann der Zugang zur KJP-Ausbildung mit einem Bachelorabschluss dann möglich sein, wenn fehlende Inhalte/Kompetenzen zuvor im Rahmen eines Propädeutikums erworben wurden. Die Zulassung zur staatlichen Prüfung und die Approbationserteilung sind an die Vorlage eines geeigneten Masterabschlusses gebunden. Dieser Masterabschluss kann (im Rahmen der Übergangsregelung) auch ausbildungsbegleitend erworben werden. Es soll weiterhin **zwei Ausbildungsberufe** geben, wobei durch festzulegende Altersgrenzen der behandelten PatientInnen zukünftig zwischen PsychotherapeutInnen für Erwachsene (EWP) und für Kinder und Jugendliche (KJP) unterschieden werden soll. Die derzeit bestehende Asymmetrie zwischen den beiden Psychotherapieberufen wird somit aufgehoben. Der Zweitberuf kann zukünftig für Approbierte mit verkürztem Ausbildungsweg erworben werden.

Der formale Aufbau



Der inhaltliche Aufbau

Die **praktische Tätigkeit** soll 1000 Stunden umfassen. Integraler Bestandteil der praktischen Tätigkeit soll ein „Baustein“ (im Umfang von z.B. 200 Stunden) psychotherapeutische Behandlungstätigkeit im stationären Setting unter fachkundiger Anleitung sein. Insgesamt soll die praktische Tätigkeit **curricular** aufgebaut sein, fachlich angeleitet und unter inhaltlich verbindlichen Bedingungen in psychiatrisch-klinischen Einrichtungen (eine teilweise Ableistung im komplementären Bereich soll möglich sein) abgeleistet werden. In der KJP-Ausbildung kann die praktische Tätigkeit anteilig auch an Einrichtungen der Jugendhilfe absolviert werden. Nach einer Verlagerung der bisher in den Ausbildungsstätten zu vermittelnden 200 Stunden (theoretischer) Grundkenntnisse ins Studium wird eine Ausweitung der bisherigen **vertieften Theorieausbildung** von 400 Stunden auf insgesamt 500 Stunden aus inhaltlich-fachlichen Erwägungen für notwendig erachtet. Außerdem halten wir eine Ausweitung der **Selbsterfahrung** von 120 auf 150 Stunden für notwendig. Die 600 Stunden **ambulante Behandlung** unter Supervision (im Umfang von 150 Stunden) sollte wie bisher beibehalten werden. Die bisherige sogenannte „**freie Spitze**“ soll von 930 Stunden auf 500 Stunden reduziert werden und ist inhaltlich näher zu definieren.



Die Ausbildungsstätten

Staatlich anerkannte Ausbildungsstätten sollten eine **Hochschulanbindung** nachweisen können. Die genaue Ausgestaltung soll dabei flexibel gehalten werden. Die formale Kontrolle der bundeseinheitlich zu regelnden Ausbildung soll bei den Landesbehörden verbleiben, denen zukünftig ein **fachkundiger Beirat** zur Seite stehen soll, der sich paritätisch aus VertreterInnen von Hochschulen, Fachverbänden, Ausbildungsstätten und Psychotherapeutenkammern zusammensetzt. Wir befürworten die Zulassung und **regelmäßige Überprüfung** der Ausbildungsstätten durch eine unabhängige externe Instanz, wobei hier Regelungen mit ausreichender Flexibilität und geringem Bürokratieaufwand anzustreben sind.

Stand: November 2008

DGVT + AV
Bundesgeschäftsstelle
Neckarhalde 55
72070 Tübingen
ausbildung@dgv.de

Stellungnahme 10

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und
Nervenheilkunde (DGPPN)

Empfehlungen der DGPPN an Chefärzte psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken zur Gestaltung der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten *

Einleitung:

Das Psychotherapeutengesetz (PsychTh-G) verlangt als wichtigen Baustein der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten eine praktische Tätigkeit an psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. Welche Aufgaben den Praktikanten zu übertragen sind, welche curricularen Anforderungen zu erfüllen sind, wie die Ausstattung der Arbeitsplätze und wie die Betreuung und Supervision der Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA) zu organisieren ist, ist nicht im Detail geregelt und liegt in der Verantwortung der Ärzte, die über die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbildungsbefugnis verfügen. Es gibt große Unterschiede in der Praxis der einzelnen Kliniken. Deswegen soll mit diesen Empfehlungen den Klinikleitern eine Orientierung gegeben werden, wie die praktische Tätigkeit an einer klinisch-psychiatrischen Einrichtung durchzuführen und zu organisieren ist.

Die Frage der Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung wird zur Zeit diskutiert und ist nicht Gegenstand der hier vorgelegten Empfehlungen.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ist durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) sowie durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) geregelt. Voraussetzung ist ein Studium in Psychologie, an das sich eine mindestens dreijährige Ausbildung anschließt, die analog zur ärztlichen Ausbildung mit einer Staatsprüfung und der Approbation zur Ausübung der Heilkunde abschließt. Die Einhaltung dieses Gesetzes wird in den einzelnen Bundesländern von den entsprechenden Landesprüfungsämtern für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie überprüft.

Die sog. „praktische Tätigkeit“ umfasst mindestens 1800 Std. und ist in Abschnitten von jeweils mindestens 3 Monaten abzuleisten. Es muß nach dem Gesetz mindestens 1 Jahr an einer klinisch-psychiatrischen Einrichtung, die im Sinne des ärztlichen Weiterbildungsrechts zur Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie zugelassen ist, abgeleistet werden. Die PsychTh-APrV spezifiziert, dass in dieser Zeit mindestens 1200 Stunden praktische Tätigkeit sichergestellt werden müssen. Auch der zweite Teil der praktischen Tätigkeit über mindestens

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Wir weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise für die entsprechenden Beiträge gemeint ist.

6 Monate (600 Std.) kann in einer klinisch-psychiatrischen Einrichtung absolviert werden.

Während der praktischen Tätigkeit ist der Ausbildungsteilnehmer jeweils über einen längeren Zeitraum an der Diagnostik und Behandlung von mindestens 30 Patienten zu beteiligen. Bei mindestens 4 dieser Patienten müssen die Familie oder andere Sozialpartner des Patienten in das Behandlungskonzept einbezogen werden.

Zusätzlich zur „praktischen Tätigkeit“ und Theorie erfolgt die „praktische Ausbildung“, d.h. die Durchführung von Psychotherapien unter spezieller Supervision und die Theorieausbildung. Auch diese Ausbildungsteile („Theorie“ und „praktische Ausbildung“) können prinzipiell durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Klinik erbracht werden, wenn sie als Ausbildungsstätte für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten staatlich anerkannt ist. In der Regel erfolgt die Ausbildung jedoch in Kooperation zwischen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung und einem unabhängigen staatlich anerkannten Ausbildungsinstitut. Damit ein geregelter Ausbildungsablauf gewährleistet werden kann, bestehen die Anerkennungsbehörden auf Vorlage von entsprechenden Kooperationsverträgen, in denen die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken eine bestimmte Anzahl von Ausbildungsplätzen sowie die Einhaltung der PsychTh-APrV zusichern. Mit einer solchen Kooperation ist keine Anerkennung der Klinik als eigenständige Ausbildungsstätte verbunden, so dass nur Ausbildungsteilnehmer von Instituten aufgenommen werden können, mit denen ein Kooperationsvertrag geschlossen wurde.

Um einen geordneten Ausbildungsablauf sowie einen Abschluss der Ausbildung in der Regelzeit zu ermöglichen, sollten Klinik und Ausbildungsinstitut Absprachen treffen, die es dem Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung ermöglichen, auch während des Jahres der praktischen Tätigkeit, außerhalb der geforderten 1200 Stunden, an solchen zusätzlichen Ausbildungsaktivitäten teilzunehmen.

Zielsetzung der Praktischen Tätigkeit

Die praktische Tätigkeit in einer Einrichtung der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie (einschl. ihrer Tageskliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen) ist unentbehrlich, da die Mehrzahl der zukünftigen Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen ihrer übrigen praktischen Ausbildungsanteile (d.h. supervidierte Fallbehandlungen) im Wesentlichen Patienten mit affektiven, neurotischen, psychosomatischen oder Persönlichkeitsstörungen kennen lernen. Im § 2 (1) der PsychTh-APrV wird ausgeführt, dass das Ziel der praktischen Tätigkeit, „der Erwerb praktischer Erfahrungen in der Behandlung von Störungen mit Krankheitswert ... sowie von Kenntnissen anderer Störungen, bei denen Psychotherapie nicht indiziert ist“ ist. Dies ist für die spätere Tätigkeit des Psychologischen Psychotherapeuten unbedingt erforderlich, damit er korrekte diagnostische Entscheidungen bezüglich der Indikation und Kontraindikation von Psychotherapien treffen kann. Psychologische Psychotherapeuten brauchen auch Kenntnisse zu nicht-psychotherapeutischen Behandlungsverfahren, zur Indikation für die

Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder die Einleitung einer stationären Behandlung. Dies gilt insbesondere bei Patienten mit schweren oder chronischen Erkrankungen, Komorbidität und für die Mitwirkung bei mehrdimensionalen Behandlungen.

Fachliche Tätigkeiten von Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung

Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung sind nicht zur eigenverantwortlichen Behandlung von Patienten berechtigt und können daher nicht die Stelle von Ärzten oder Psychologischen Psychotherapeuten übernehmen. Unter Anleitung eines Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten können sie an der Diagnostik als auch Therapie teilnehmen, wobei jedoch die Verantwortung für die korrekte Durchführung ausschließlich bei dem hinzuziehenden approbierten Arzt oder Psychologischen Psychotherapeuten liegt (analog zur Tätigkeit von Studierenden der Medizin im Praktischen Jahr).

Für eine erfolgreiche Ableistung der praktischen Tätigkeit sollte den Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung ein angemessener Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden mit der Möglichkeit, die Patientenkontakte in ungestörter Atmosphäre durchführen zu können.

Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung sollten die folgenden Kenntnisse und Erfahrungen erwerben bzw. an den folgenden Maßnahmen teilnehmen:

- Diagnostische Prozesse einschließlich der Erhebung des psychopathologischen Befundes, der operationalisierten Diagnostik, der standardisierten Befunderhebung und Dokumentation (auch in Form klinischer Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren).
- Sie sollten die Möglichkeiten, Grenzen und Patientenbelastung von Zusatzdiagnostik, wie testpsychologischen, apparativen und laborchemischen Verfahren kennen lernen.
- Differentialdiagnostik hinsichtlich körperlich begründbarer, substanzbedingter und multifaktorieller psychischer Störungen.
- Indikationsstellung für unterschiedliche Behandlungsverfahren oder integrierte/kombinierte Therapiestrategien sowie komplementäre Verfahren wie Ergotherapie, Sozialarbeit, Gestaltungstherapie, etc.
- Sie sollten die unterschiedlichen institutionellen Ebenen, d.h. die vollstationäre Behandlung, die tagesklinische Behandlung und die Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz kennen lernen.
- Ziel der praktischen Tätigkeit ist ausdrücklich auch der Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen mit denjenigen Störungsbildern, bei denen Psychotherapie nicht die primäre Behandlung darstellt.
- Sofern ein Ausbildungsteilnehmer die Gesamtzeit seiner Tätigkeit an einer Klinik/Abteilung ableistet, sollte ein Wechsel der Station ermöglicht werden.

Der Ausbildungsteilnehmer sollte möglichst das gesamte Spektrum der psychischen Störungen kennen lernen können. Ist dieses im Rahmen des Stationspraktikums und einer wünschenswerten Rotation nicht zu realisieren, ist sicher zu stellen, dass dieses durch geeignete Möglichkeiten des praktischen Erfahrungserwerbs (z.B. Teilnahme an kasuistischen Klinikkonferenzen, Visiten auf anderen Stationen) ersetzt wird. Ein Einsatz auf einer psychiatrischen Intensivpflege-Station sollte ermöglicht werden. Grundsätzlich ist ein hoher Maßstab an die Weiterbildungsqualifikation der Institutionen, insbesondere an das dort behandelte Spektrum von Krankheitsbildern (z.B. organische Störungen, Suchterkrankungen, schizophrene Psychosen, (bipolare) affektive Erkrankungen, (schwere) Persönlichkeitsstörungen, (Minderbegabungen), psychische Erkrankungen im Alter) anzulegen.

- Während des Psychatriejahres sollen die Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung die notwendigen Kenntnisse erwerben, die für eine qualifizierte Zusammenarbeit mit Ärzten der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch mit Hausärzten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und anderen Fachärzten sowie anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. sozialpsychiatrische Dienste) erforderlich sind.
- Während der Praktischen Tätigkeit sollen die Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung Prozesse und Interventionen vom Aufnahme- bis zum Entlassungsgespräch aus der stationären Behandlung und gegebenenfalls nachstationären Behandlung intensiv kennen lernen. Dabei sind insbesondere auch die speziellen Behandlungsverfahren in einem multiprofessionellen Team von Bedeutung, wie z.B. Behandlungsplanung, Durchführung von Gruppen- und Einzeltherapien, Therapieevaluation, oder rückfallpräventive Maßnahmen. Hierzu ist es notwendig, dass die Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung Behandlungsprozesse kontinuierlich begleiten können und somit während der üblichen Dienstzeit anwesend sind.

Fachaufsicht und Bescheinigung über die praktische Tätigkeit

Die klinische Supervision sollte durch erfahrene Ärzte oder approbierte Psychologische Psychotherapeuten engmaschig erfolgen. Über diese Anforderungen hinaus ist es sinnvoll, wenn die psychiatrische Einrichtung einen Koordinator für alle übergeordneten Belange der praktischen Tätigkeit benennt. Er koordiniert die Zusammenarbeit mit dem Ausbildungsinstitut. Er sollte mit den Strukturen und praktischen Abläufen der Arbeit auf den verschiedenen Stationen vertraut sein. Er organisiert regelmäßig Treffen mit den Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung, in denen sämtliche inhaltlichen und organisatorischen Fragen und Probleme thematisiert werden können. Auch sollte hier die Möglichkeit gegeben werden, die Erfahrungen während der praktischen Tätigkeit in Bezug zu den theoretischen und praktischen Inhalten der Psychotherapieausbildung zu setzen und zu reflektieren.

Die „praktische Ausbildung“ nach § 4 der PsychTh-APrV in Richtlinienpsychotherapie

Nicht zu verwechseln mit der „praktischen Tätigkeit“ während des Psychiatriejahres ist die „praktische Ausbildung“. Letztere betrifft das Erlernen der Behandlung in einem Psychotherapieverfahren unter Anleitung eines beim Ausbildungsinstitut anerkannten Supervisors.

Es ist auf eine eindeutige Trennung dieser beiden Ausbildungsteile zu achten, so dass es zu keiner zeitlichen Überschneidung kommt.

Es kann jedoch die Möglichkeit eingeräumt werden, Patienten der Klinik, die nicht im Rahmen der praktischen Tätigkeit des Psychiatriejahres betreut werden, als Ausbildungsfälle für Richtlinienpsychotherapie zu behandeln. Voraussetzung ist, dass die Therapien mit diesen praktischen Ausbildungsfällen außerhalb des Zeitraums der praktischen Tätigkeit abgeleistet werden und dass die psychotherapeutische Behandlung unter der Supervision eines vom Ausbildungsinstitut anerkannten Supervisors stattfindet. Diese Übernahme von psychotherapeutischen Behandlungen unter Supervision ist erst nach der Zwischenprüfung am Ausbildungsinstitut möglich.

Wenn Patienten der Klinik im Rahmen der praktischen Psychotherapie-Ausbildung unter externer Supervision behandelt werden, dann muss sichergestellt sein, dass hierzu die Zustimmung der Klinikleitung eingeholt wurde. Es wird empfohlen, dass die Kliniken mit den externen Supervisoren einen Kooperationsvertrag abschließen, aus dem sich ergibt, dass dem Konsiliariumsmitglied patientenbezogene Informationen mitgeteilt werden können und dieser selbst fachlichen Rat geben darf.

Angesichts der unterschiedlichen personellen Besetzung von Kliniken und Abteilungen besteht kein Anspruch auf Übernahme von Patientenbehandlungen für die praktische Ausbildung. Kliniken, die über entsprechend qualifizierte Supervisoren verfügen, können hierdurch jedoch die Ausbildung ihrer Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung, die die Zwischenprüfung absolviert haben, fördern.

Für die DGPPN

Univ.-Prof. Dr. med. W. Gaebel

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

Stellungnahme 11
Gruppenanalyseseminare e.V. (GRAS)



[Herrn](#)
[Prof. Dr. Bernhard Strauß](#)

[Friedrich Schiller Universität](#)
[Institut für Med. Psychologie](#)
[Stoystr.3](#)

[O7740 JENA](#)

Vorsitzender:

Dr. med. Michael Kögler
Winnicott-Institut
Geibelstr. 104, 30173 Hannover
Telefon: 05 11 / 800 497-13

Stellvertreterinnen:

Dipl.-P sych. Irene Baumgarten
Dr. jur. Dipl.-Psych. Wolfgang Kallwass
Dr. med. Dipl.-P sych. Cornelia Krause-Girth

Organisationsbüro:

Doris Heuser
Falltorstraße 4, 35398 Gießen
Tel: 0 64 03 / 32 82 ab 18.00 Uhr
Mobil: 01 77 / 3 98 73 95
Fax: 0 64 03 / 59 41
Doris.Heuser@t-online.de
www.gruppenanalyse-gras.de

Betrifft: Einbeziehung der Gruppenpsychotherapie in das Forschungsgutachten des BMG zur zukünftigen Ausbildung von PP und KJP.

Sehr geehrter Herr Prof. Strauß,

ich schreibe Ihnen heute nicht nur als Vorsitzender von Gras, sondern auch im Namen der Unterzeichnenden von den gruppenanalytischen Ausbildungsinstituten Altaussee, München, Münster, Heidelberg und Zürich. Wir treffen uns regelmäßig, zweimal jährlich, im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Gruppenanalytischen Ausbildungsinstitute (AGIN) zum Austausch über die aktuellen Forschungsergebnisse, zur Förderung der Kooperation zwischen unseren Instituten und zu berufspolitischen Aktivitäten.

Das von Ihnen geleitete Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz gibt uns Anlass, auf die Notwendigkeit der Einbeziehung der Gruppenpsychotherapie hinzuweisen. Leider hat die Gruppenpsychotherapie in dem seit 1999 geltenden Psychotherapeutengesetz keinerlei Berücksichtigung gefunden.

Das entspricht nicht ihrer Bedeutung.

Die Gruppenpsychotherapie ist nach wie vor lediglich sozialrechtlich geregelt in den seit dem 01.01.1999 geltenden Psychotherapie-Vereinbarungen. (Paragraph 5 und Paragraph 7 Abs. 4) Sie ist eine inhaltlich festgelegte Zusatzqualifikation zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung für Gruppenpsychotherapie und zudem an die abgeschlossene Ausbildung in Einzelpsychotherapie gebunden.

Die Ausbildungsinstitute für Gruppenpsychotherapie haben somit keine eigene Ausbildungshoheit, sondern sind auf die Zusammenarbeit mit den staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten für Einzelpsychotherapie angewiesen.

Diese haben aber oft kein Interesse an der Gruppenpsychotherapie oder verweigern sich aus Konkurrenzgründen, wenn sie selbst die Ausbildung in Gruppenpsychotherapie anbieten.

Diese Situation trägt nicht zur notwendigen Eigenständigkeit, Förderung und Unterstützung der Gruppenpsychotherapie bei.

Die Gruppenpsychotherapie ist ein eigenes Verfahren, welches in Bezug auf die Indikationsbreite und Wirksamkeit gegenüber der Einzelpsychotherapie gleichwertig ist und in Bezug auf das Kosten-Nutzenverhältnis der Einzeltherapie weit überlegen ist. (Z.B. DGPT-Studie 1997)

Da Sie selbst einer der renommiertesten Gruppenpsychotherapieforscher sind, will ich hier nicht auf den aktuellen Forschungsstand eingehen.

Ich weiß, dass Sie sich gelegentlich kritisch gegenüber den Wirksamkeitsnachweisen für Gruppenpsychotherapie geäußert haben, ich darf aber annehmen, dass sie mit uns darin übereinstimmen,

dass die Behandlungseffekte für Gruppenpsychotherapie mit 1.33 sehr hoch liegen (Page- Studie)

dass die Gruppenpsychotherapie in Deutschland sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich ihre Wirksamkeit, und

dass die Gruppenpsychotherapie ihre besonderen ökonomischen Vorteile nachgewiesen hat .

Wir fordern daher für die gruppenanalytischen Ausbildungsinstitute die staatliche Anerkennung.

Für den Fall einer grundlegenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes setzen wir uns für eine eigene grundständige Ausbildung in Gruppenpsychotherapie ein.

Sehr geehrter Herr Prof. Strauß, wir bitten Sie mit Ihrem Forschungsteam unsere Argumente zu überprüfen und sich für eine Verbesserung der Ausbildung in Gruppenpsychotherapie einzusetzen.

Professor Michael Hayne für das IGA Altaussee; Dr. Beate Rasper für das IGA Münster; Dr. Klaus Rettenmayr für SGAZ Zürich; Dr. Manfred Vandevall für das IGA Heidelberg; Dr.Christiane Bakhit für das IGAMünchen; Dr. Michael Kögler für Gras

M. Kögler

Hannover, den 06.01.2009

Stellungnahme 12

Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie –
HochschullehrerInnen im Bereich Klinische Psychologie und
Psychotherapie

Veränderungsbedarf des Psychotherapeuten-Gesetzes

Diskussionsstand: 05.11.2007

Die Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer¹ im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie haben sich innerhalb der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie mit Fragen der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschäftigt. Dabei wurden folgende Aspekte diskutiert:

Grundlegende Entscheidungen:

1) Approbation direkt im Anschluss an das Psychologiestudium?

Die Erteilung der Approbation mit Abschluss eines Diplom/Master in Psychologie (unter Einbeziehung bzw. Erfüllung der „200 Stunden Grundkenntnisse“ entsprechend der Ausbildungsrichtlinien des PThG) und dem Bestehen des Staatsexamens wird heterogen eingeschätzt. Folgende Vor- und Nachteile werden gesehen:

Umfang: Möchte man die 200 h „Grundausbildung“ aus der Psychotherapieausbildung im Master-Studiengang realisieren, bieten sich zur Umrechnung 2 Rechenmodelle an: Man übersetzt 200 h in ECTS, das sind dann 7 ECTS (1 ECTS = 30 h Arbeitsaufwand), somit wären dies ca. 3 doppelstündige Lehrveranstaltungen (6 SWS). Da jedoch auch bei der Psychotherapieausbildung Vor- und Nachbereitungsarbeiten vorgesehen sind, wäre die weiterführende Berechnungsart, die 200 h Grundausbildung in reine Lehrveranstaltungszeit mit Dozentenanwesenheit zu übersetzen. Dies würde 7 doppelstündigen Lehrveranstaltungen (14 SWS) entsprechen, durch die die Grundausbildung Psychotherapie inhaltlich abgedeckt werden müsste.

Vorteile einer Approbation mit Abschluss des grundständigen Studiums (MSc; Diplom):

- deutliche Stärkung und eine langfristige Absicherung des Fachs klinische Psychologie an der Universität
- Abdeckung der grundlegenden Psychotherapieausbildung durch die Universitäten, was ein gewisses „Zurückholen der Psychotherapieausbildung an die Universität“ bedeuten könnte
- Nachfolgende kostenpflichtige Weiterbildung würde sich ggf. auf 400 Theoriestunden reduzieren. Allerdings: Eine Reduzierung der Psychotherapieweiterbildung von 600 auf 400 h wird von vielen abgelehnt, da bereits die 600 h als sehr knapp angesehen werden, und für die Therapie mancher wesentlicher Störungsbilder gerade mal 1 Wochenendblock Lehre vorgesehen sind. Deshalb sollte auch eine vorgezogene Approbation nach Meinung dieser Vertreter nicht zu einer Verkürzung der Aus-/ Weiterbildungszeit führen.
- Bessere rechtliche und finanzielle Absicherung der Weiterbildungskandidaten

¹ Im folgenden wird bei Geschlechtsbezeichnungen ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit häufiger nur eine Geschlechtsform verwendet; es sind jedoch grundsätzlich beide Geschlechter damit angesprochen. Wir bitten um Verständnis.

Nachteile einer Approbation mit Abschluss des grundständigen Studiums (MSc; Diplom):

- bisherige Ausbildung wird zur „Weiterbildung“ und untersteht damit sehr viel stärker als jetzt den Befugnissen und der Kontrolle durch Bundes- und Landeskammern
- Ausrichtung des Psychologiestudiums u.a. auf das Staatsexamen und die Approbation, damit auf den Gegenstandskatalog des IMPP. Sollten im Studium die 200 h „Grundkenntnisse“ der Psychotherapie-Ausbildung angeboten werden, müsste das Curriculum im BSc-MSc-Studium deutlich verändert werden, siehe Gegenstandskatalog des IMPP. Prüfungsfragen des IMPP müssen zusätzlich „justitiabel“ sein, was bedeutet, dass die richtigen Antworten seit mehreren Jahren bereits in Lehrbüchern festgehalten sein müssen, und damit aktuelle Forschungsergebnisse in der Staatsexamen-Prüfung nicht abgefragt werden.
- Klinische Psychologie darf nicht ausschließlich Vorbereitung der Psychotherapie-Ausbildung sein, sondern muss auch noch klinisch-psychologische Forschung, Vertiefung eines Störungsverständnisses, Verbindung klinischer Inhalte zu Grundlagenfächern etc. umfassen.
- Soll eine Approbation durch das Studium erreicht werden, müssen auch einige praktische Veranstaltungen im Studium absolviert werden (Fallseminar, Interventionsübungen o.ä.). Zur Zeit können dies jedoch manche Institute nicht leisten; in anderen Instituten sind diese Veranstaltungen nur Personen vorbehalten, die Vertiefung (nicht nur Basisfach) in klinischer Psychologie wählen. In beiden Fällen würden deutlich weniger Personen die Approbation erreichen als zur Zeit Personen die Zugangsberechtigung zur Psychotherapieausbildung erwerben. Eine Reduzierung der Anzahl neuapprobierter Therapeuten ist jedoch nicht erwünscht.

Weitere Änderungsvorschläge im Kontext des PsychThG

Für die nachfolgenden Forderungen besteht bei den Hochschullehrern eine mehrheitliche Zustimmung:

2) Bessere finanzielle Absicherung der Ausbildungsteilnehmer unter Würdigung der Vorbildung

Änderungsvorschlag: Es wird gefordert, dass Personen mit Abschluss ihres Psychologiestudiums mit einem Master (Übergangsbestimmung: auch mit entsprechendem Diplom) und klinisch-psychologischer Abschlussprüfung ab Beginn einer anerkannten postgradualen Psychotherapieaus-/Weiterbildung einen gesicherten Status zur Durchführung von Psychotherapie unter Supervision erhalten sowie eine finanzielle Entlohnung ihrer Dienstleistungen vorgesehen wird.

Begründung: Die postgraduale Aus-/Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten setzt den Abschluss von zwei berufsqualifizierenden Studiengängen voraus, nämlich Bachelor und Master in Psychologie. Die bisherige Ausbildungssituation der Psychologischen Psychotherapeuten trägt nicht der Tatsache Rechnung, dass es sich um bereits akademisch voll-ausgebildete Personen han-

delt, die sich sowohl im Bachelor- als auch im Master-Studium intensiv mit Fragen der Klinischen Psychologie und Psychotherapie befasst haben. In vielen Fällen wurde die bisherige Ausbildungsregelung missbraucht, um hochqualifizierte Dienstleistung unendgeldlich oder gegen geringen Lohn zu erhalten.

3) Möglichkeit des Beginns der praktischen Ausbildung („Fallarbeit unter Supervision“) mit Beginn der Therapieaus-/Weiterbildung

Änderungsvorschlag: Der Beginn der praktischen Ausbildung (bisher: 600 h unter Supervision) wird bisher erst ab Absolvierung der Hälfte der Aus-/ Weiterbildung gestattet. Es muss jedoch möglich sein, dass geeignete Teilnehmer (z.B. mit Abschluss in Psychologie und Vertiefung im Studium in Klinischer Psychologie und Psychotherapie) von Beginn der Aus-/Weiterbildung an die Fallarbeit unter Supervision beginnen können.

Begründung: Auch hier wird durch die bisherige Regelung zu wenig gewürdigt, dass die Teilnehmer bereits zwei Studiengänge absolviert haben, die sie in der Regel in die Lage versetzen sollten, unter Supervision Therapien durchzuführen. Die Entscheidung, wann ein Teilnehmer mit der praktischen Ausbildung beginnt, sollte in der Hand der Aus-/Weiterbildungsinstitute liegen, die dies am Einzelfall prüfen können, jedoch auch die Möglichkeit haben müssen, bei entsprechender Qualifikation Teilnehmer direkt den Zugang zur Arbeit mit Patienten unter Supervision zu ermöglichen. Ggf. kann dieser direkte Beginn der praktischen Ausbildung an spezifische Kenntnisse aus dem Psychologiestudium geknüpft werden, z.B. Psychologie-Abschluss mit Vertiefung in „Klinischer Psychologie und Psychotherapie“ (*Anmerkung: Hier käme ggf. ein Unterschied zwischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit pädagogischer Grundausbildung versus psychologischer Grundausbildung herein; die Möglichkeit zum direkten Beginn der praktischen Ausbildung sollte ggf. nur Psychologen mit entsprechenden Kenntnissen vorbehalten sein*)

Ein weiterer Grund für die geforderte Änderung ist die oftmals deutlich über 3 bzw. 5 Jahre hinausgehende Ausbildungszeit für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Hauptgrund für die Verlängerung der Ausbildungszeit in Psychotherapie sind eben beschriebene Fallarbeit unter Supervision im Rahmen der praktischen Ausbildung. Dieser Ausbildungsteil wird in der Regel erst 1 ½-2 Jahre nach Beginn der Psychotherapie Ausbildung begonnen, so dass es dadurch zu deutlichen Verzögerungen kommt. Durch die o.g. Forderung kann die oftmals auftretende deutliche Verlängerung der Ausbildungszeit in Psychotherapie auf die „Regelausbildungszeit“ reduziert werden.

Auch sei darauf hingewiesen dass Begriffe wie „Praktikant“ der Vorqualifikation für diese Tätigkeit nicht gerecht werden; es sollten bessere Bezeichnungen gewählt werden (z.B. „Psychotherapeut in postgradualer Ausbildung“ gewählt werden).

Der Umfang der praktischen Ausbildung (600 h Fallarbeit unter Supervision) wird als angemessen bewertet.

4) Gleiche Zugangsvoraussetzungen (Master-Abschluss) für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Änderungsbedarf: Sowohl Psychologische Psychotherapeuten als auch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten müssen einen akademischen Abschluss mindestens auf Master-Niveau nachweisen.

Begründung: Heilkunde im Sinne von Psychotherapie setzt voraus, dass die Psychotherapeuten ein akademisches Studium absolviert haben, das ihnen nicht nur Faktenwissen vermittelt hat, sondern die Personen auch in die Lage versetzen muss, selbständig und selbstverantwortlich Entscheidungen bei der Durchführung von Heilkunde zu treffen. Dazu gehört auch die Fähigkeit, neue wissenschaftliche Ergebnisse rezipieren und interpretieren zu können, was eine profunde wissenschaftliche Ausbildung erfordert. Selbständige Durchführung von Heilkunde in anderen Gebieten ist an diese Qualifikationsvoraussetzungen gebunden (z.B. ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit). Gerade wenn es um die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen geht, darf hier kein Unterschied zu anderen Krankenbehandlungen gemacht werden. Aus diesem Grund ist ein dem bisherigen universitären Diplom gleichwertiger wissenschaftlicher Abschluss notwendig, wenn selbstverantwortlich Heilkunde durchgeführt werden soll. Dies trifft in gleichem Maße für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu. Außerdem ist die ungleiche Qualifizierung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im jetzigen PsychThG problematisch, da nicht nachvollziehbar ist, warum bei Kinder- und Jugendpsychotherapeuten als Zugangsberuf ein niedrigeres wissenschaftliches Niveau (Bachelor) ausreichen soll; auch lässt die bisherige Regelung offen, wie Psychologie-Absolventen mit Bachelor-Abschluss einzustufen sind. Aus den o.g. Gründen ist als Ausbildungsvoraussetzung grundsätzlich ein inhaltlich präzisierter Master-Abschluss anzustreben, was diese Inkonsistenzen der Gesetzgebung aufheben würde.

5) Theoretische Ausbildung (600 h)

Änderungsbedarf: Ein Änderungsbedarf wird weniger im Umfang als mehr im Inhalt gesehen. Gerade bezüglich der 200 h „Grundkenntnisse“ ergibt sich ein substantieller Änderungsbedarf.

Begründung:

Bisher sind 600 Stunden theoretische Ausbildung vorgesehen, die auf 200 h „Grundkenntnisse“ und 400 h „Vertiefte Ausbildung“ aufgeteilt sind. Eine Gewichtsverlagerung sowie eine Neudefinition des Gegenstandskatalogs für die Psychotherapie-Weiterbildung sowie die zu prüfenden Inhalte erfolgen. Themen wie „Entwicklungspsychologie“, „Biologische Psychologie“, „Grundlagen der Diagnostik und Klassifikation“, die im Rahmen der zu erwerbenden Grundkenntnisse der Psychotherapieausbildung vorgesehen sind, waren bereits fester Bestandteil des Psychologie-Studiums. Aus diesem Grund könnte der Anteil „200 h Grundkenntnisse“ bei entsprechender Vorbildung (z.B. Psychologiestudium mit Schwerpunktsetzung in „Klinischer Psychologie und Psychotherapie“ deutlich reduziert werden. Für die vertiefte Ausbildung werden die 400 h als Mindestumfang als sinnvoll erachtet.

(Anmerkung: Einige Hochschullehrer/-innen vertreten die Position, dass der Gesamtumfang bei 600 h bleiben soll, jedoch die Grundkenntnisse auf höchstens 100 h und die vertiefte Ausbildung auf mindestens 500 h festgelegt werden sollten).

6) **Praktische Tätigkeit (bisher: 1.800 h; davon 1.200 h in psychiatrischen Einrichtungen)**

Änderungsbedarf:

- a) Die Einschränkung eines großen Teils der Ausbildung (mind. 1200 h) auf psychiatrische Einrichtungen wird abgeschafft.
- b) Alternativ wird ein Diagnose-Katalog definiert, mit dem die Ausbildungsteilnehmer Erfahrungen sammeln müssen. Diese Erfahrungen mit den Krankheitsbildern können jedoch in verschiedenen Settings erfolgen (z.B. Psychiatrische Klinik, Suchtklinik, psychosomatische Klinik, Hochschulambulanz, Ausbildungsambulanz, ambulante Praxis).
- c) Mindestens 600 h der praktischen Tätigkeit erfolgen in stationären oder teilstationären Einrichtungen (aber nicht nur Psychiatrie, sondern auch andere für Psychotherapie qualifizierende stationäre Einrichtungen).
- d) Die Anleitung während der praktischen Tätigkeit sollte (wie bei anderen Aus- und Weiterbildungen ebenfalls üblich) primär in der Hand derjenigen liegen, für die die Ausbildung erfolgt; hier also: in der Hand von Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Nur in Ausnahmefällen (z.B. Punkt c) kann dies auch durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische/Psychosomatische Medizin oder Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgen.
- e) Bis zu 600 Stunden der 1800 Stunden praktische Tätigkeit sollen auch in Einrichtungen im Ausland erbracht werden können.

Begründung:

Der größte Einzelposten in der Ausbildung von Psychotherapeuten wird durch die bisherige Regelung in die Hände von Personen gelegt, die nicht Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind und damit nicht als Berufsvorbild dienen können. Dies ist einmalig und wäre z.B. bei Facharztweiterbildungen undenkbar. Zwar soll gerade auch in der Psychotherapie-Ausbildung interdisziplinäres Denken und Handeln gefördert werden, so dass durchaus Erfahrungen mit anderen Berufsgruppen gemacht werden sollen und einen bestimmten Umfang haben können, jedoch ist das primäre Ziel der Ausbildung das Erlernen von Psychotherapie.

Die bisherige Forderung des „Psychiatriejahres“ führte zu einem Missbrauch der Ausbildungssituation der Ausbildungsteilnehmer. Berichtete Fehlentwicklungen waren:

* Absolvierung eines vollständigen Jahres (oder gar 1 ½ Jahre) der 3-jährigen Ausbildung in Kliniken, die kein oder nur ein semiprofessionelles psychotherapeutisches Angebot haben; nach einer Schätzung von (Schulz, Barhaan, Harfst & Koch, 2005) wird davon ausgegangen, dass nur jeder 3. Patient in der Psychiatrie auch eine psychotherapeutische Behandlung erhält.

* Kliniken erfüllen die Forderung der PsychPV (Personalverordnung der Psychiatrie), in dem sie primär Ausbildungsteilnehmer für Psychotherapie einstellen, aber keine erfahrenen Psychologen oder Psychotherapeuten beschäftigen.

* Ausbildungsteilnehmer erfüllen normalen Stationsdienst auf einer oder 2 Stationen oder in der Ambulanz der Psychiatrie und machen nur mit sehr wenigen Krankheitsbildern praktische Erfahrungen; dadurch ist der Lernerfolg reduziert und die Ausbildungsteilnehmer werden als billige Arbeitskräfte missbraucht.

* Ausbildungsteilnehmer in Psychotherapie (nach abgeschlossenem Psychologie-Studium) werden oftmals Assistenzärzten unterstellt, deren psychotherapeutische Kompetenz naturgemäß erst im Status nascendi ist, so dass für den Kernbereich der Ausbildung, nämlich Psychotherapie, keine kompetente Anleitung erfolgt.

* Nicht-Anerkennung von psychosomatischen Kliniken, obwohl diese zu 80% ein ähnliches Diagnosespektrum aufweisen wie psychiatrische Kliniken (Schulz et al., 2005)

Primäres Ziel dieses Teils der Ausbildung ist, dass ausreichend Erfahrungen mit verschiedenen Krankheitsbildern und Behandlungssettings vermittelt werden. Deshalb wird folgender Diagnosekatalog vorgeschlagen, wobei der Gesamtumfang von 1800 h für diesen Aus-/Weiterbildungspunkt erhalten bleiben kann:

Diagnose-Katalog:

Während den 1800 Stunden praktischer Tätigkeit sollen die Weiterbildungskandidaten in die Behandlung von Patienten involviert werden, wobei die nachfolgend genannten 6 Diagnosegruppen nach ICD-10 abgedeckt sein sollen:

- F0, F1, F7 (organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; Intelligenzminderung)
- F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen)
- F3 (Affektive Störungen)
- F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)
- F5 (Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren)
- F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung)

Die oben formulierte Forderung (6 c), dass von den 1.800 h praktischer Tätigkeit mindestens 600 Stunden in einer stationären oder teilstationären Einrichtung der Gesundheitsversorgung erfolgen sollen, soll gewährleisten, dass auch Erfahrungen mit stationären Settings und den oftmals besonderen Bedingungen gemacht werden.

Die Regelung, dass ein Teil der praktischen Tätigkeit auch außerhalb Deutschlands absolviert werden kann, ist wichtig für eine Internationalisierung sowie für die Nachwuchswissenschaftler, die zeitgleich zu ihrer wissenschaftlichen Qualifikation die Therapieausbildung absolvieren. Dadurch können sie während der Psychotherapieausbildung Auslandserfahrung für ihre wissenschaftliche Karriere erwerben, was die Gesamtqualifikationszeit kondensiert.

7) Definition wissenschaftlich-fundierter Psychotherapie-Verfahren

Änderungsbedarf: Das PsychThG sollte sich stärker von dem Konzept der wissenschaftlich-fundierten „Psychotherapie-Verfahren“ lösen, dafür stärker eine Ausbildung in wissenschaftlich fundierten Methoden ermöglichen.

Begründung: Das bisherige PsychThG schreibt vor, dass die vertiefende Ausbildung primär in einem wissenschaftlich fundierten Verfahren erfolgen soll. Dadurch werden zum einen Verfahren in Indikationsbereichen gelehrt, für die diese Verfahren ggf. keinen wissenschaftlichen Wirkungsnachweis haben, wohl aber für eine Reihe anderer Störungsbilder Wirksamkeit nachweisen konnten; zum anderen werden Interventionen für bestimmte Indikationen nicht gelehrt, obwohl diese Interventionen dafür einen starken Effektivitätsnachweis haben, jedoch nicht für andere Indikationsgebiete Wirksamkeit belegen konnten. Dies ist im Widerspruch zur Psychotherapieforschung und erschwert, neu erforschte und bestätigte Interventionen in die Psychotherapie-Ausbildung aufzunehmen. Eine Alternative zum bisherigen Vorgehen könnte deshalb sein, dass eine Institution wie der wissenschaftliche Beirat Einzelmethoden für bestimmte Indikationen prüft, und die Landesprüfungsämter bei ihren Ausbildungsinstituten prüfen, ob diese sich an die Lehre von wissenschaftlich fundierten Methoden bei bestimmten Störungsbildern halten. Dadurch könnte mehr Flexibilität erreicht werden.

Durch den Wegfall einer „Pauschalzulassung“ von Gesamtverfahren soll jedoch der Aspekt der Wissenschaftlichkeit um so ernster genommen werden. Hierzu sollte eine stärkere Orientierung an der Psychotherapieforschung sowie an internationalen Bewertungsrichtlinien erfolgen (z.B. Cochrane-Analysen).

Literatur:

Schulz, H., Barhaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert Koch Institut.

Stellungnahme 13

Ressort Psychotherapie in Institutionen

Fachliche Argumente für die Zulassung von Beratungsstellen als Praktikumsorte für die praktische Tätigkeit im Rahmen der Psychotherapieausbildung nach § 2 Absatz 2 KJPsychTh-AprV / PsychTh-AprV

Die Beschränkung der anerkannten Praktikumsorte für die 600 Stunden praktischer Tätigkeit außerhalb der Psychiatrie auf „von einem Sozialversicherungsträger anerkannte Einrichtung(en) der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung“, macht nur dann Sinn, wenn die Ausbildung zum PP/KJP für eine Berufsausübung ausschließlich in diesem Feld qualifizieren soll. Dies entspricht aber nicht der historisch gewachsenen und aktuell vorfindbaren Realität der Tätigkeitsfelder für PP/KJP. Nach den Erhebungen der einzelnen Landeskammern arbeiten zwischen 40 und 50 % der PP/KJP in Institutionen, davon ca. 50-60% in Kliniken und zwischen 25% und 40% in Beratungsstellen. Laut Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) sind 30% der bundesweit 5.200 Fachkräfte in Erziehungsberatungsstellen als PP und 18% als KJP approbiert. Die Mitarbeit dieser Berufsgruppen ist seitens der bke auch in Zukunft erwünscht. Im Sinne einer umfassenden Vorbereitung auf den Beruf eines PP bzw. eines KJP sollte die Psychotherapieausbildung für die gesamte Breite des psychotherapeutischen Tätigkeitsspektrums qualifizieren, insbesondere auch für die vielschichtige ambulante Tätigkeit in Beratungsstellen, die stets an der Schnittstelle zwischen Beratung und Therapie stattfindet.

- In Erwachsenen-Sucht- und Jugend- und Drogenberatungsstellen werden in Form ambulanter Reha-Gruppen abhängigkeitskranke Patienten behandelt, vor und nach oder auch anstelle einer stationären Therapie. In Beratungsstellen können Erfahrungen mit dieser relativ großen Patientengruppe im ambulanten Setting gesammelt werden, die sich von jenen Erfahrungen unterscheiden, die in der Psychiatrie gemacht werden können.
- In Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen – häufig im Verbund mit Einrichtungen des Betreuten Wohnens - werden chronisch psychisch Kranke häufig über Jahre nach einem Psychiatrieaufenthalt psychosozial weiterbetreut und bei Rückfällen wieder stabilisiert. Für PT-Ausbildungsteilnehmer können hier neben Erkenntnissen über Langzeitverläufe von chronischen psychischen Krankheiten zusätzliche Kenntnisse über die Mitgestaltung der Lebenswelt dauerhaft psychisch kranker Menschen gewonnen werden.
- In Erziehungs- oder Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen gehört der Blick auf das familiäre System, die Arbeit im multidisziplinären Team und die Vernetzung mit der Jugendhilfe und dem Bildungswesen zu den Spezifika beraterischer und psychotherapeutischer Tätigkeit. Ausbildungsteilnehmer können hier insbesondere lernen, die psychotherapeutische Behandlung im Zusammenhang mit möglichen weiteren Hilfen zu konzipieren, die stärker in der Familie bzw. der Lebenswelt eines Kindes oder Jugendlichen ansetzen.

Eine PiA-Tätigkeit in Erziehungsberatungsstellen eignet sich in besonderer Weise zur Erlangung von:

- umfassender psychosozialer Netzwerk-Kompetenz, die auch für eine spätere Tätigkeit in freier Praxis bestens und ergänzend qualifiziert
- Kooperationswissen für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen innerhalb und zwischen Institutionen
- Differenzierungswissen über psychische Störungen

Hierzu einige konkrete Ausführungen:

Nach § 2 Abs. 2 PsychTh-APrV / KJPsychTh-APrV dient die praktische Tätigkeit dem Erwerb praktischer Erfahrungen in der Behandlung von Störungen mit Krankheitswert im Sinne des § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG **sowie** von Kenntnissen anderer Störungen, bei denen Psychotherapie **nicht** indiziert ist. Dieses **Differenzierungswissen** kann in hervorragender Weise in Erziehungsberatungsstellen erworben werden:

1. Ausbildungsteilnehmer können einen Einblick in die Entstehungsbedingungen von Störungen im familiären und sozialen Umfeld von Kindern und Jugendlichen gewinnen, bevor sie behandlungsbedürftig werden und sie können
2. an der Schnittstelle zwischen Beratung und Psychotherapie die Fähigkeit zur differentialdiagnostischen Abklärung schärfen, ob es sich bei der vorgestellten Problematik um eine psychopathologische Entwicklung oder um eine Normvariante mit pädagogischem und sozialem Unterstützungsbedarf handelt.
3. Sie können ein breites Spektrum von psychischen Auffälligkeiten von Kindern, Jugendlichen **und** Erwachsenen kennen lernen, besonders im Zusammenhang mit akuten Trennungs- und Scheidungssituationen.
4. Sie können die individuumszentrierte Sichtweise mit einer auf das Familien- oder soziale System bezogene ergänzen, da sie in EBs häufig unmittelbaren Kontakt mit den Familienangehörigen und den Sozialisationsinstanzen wie Kita und Schule bekommen.
5. Darüber hinaus können sie Interventionen kennen lernen und erproben für Lern- und Verhaltensstörungen des Kinder- und Jugendalters im Vorstadium einer krankheitswertigen Manifestation (z.B. Konzentrations- und Aufmerksamkeitstraining, LRS-Training, soziales Kompetenztraining usw.)
6. Sie können die Anwendung fokal- und kurzzeittherapeutischer Verfahren erlernen, die in aktuellen Konfliktsituationen und bei begrenzten Problemstellungen angewendet werden.
7. Insbesondere angehende KJP können Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen von Elternberatung machen (Elterngruppen, triple-P-Training, video-hometraining, marte meo, Alleinerziehendengruppen etc.)
8. Sie können die Verläufe von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen mit Kindern und Jugendlichen mitverfolgen, die aufgrund unzureichender Milieubedingungen überhaupt nur in Beratungsstellen durchgeführt werden können.
9. Sie können präventive Angebote mit-planen und evaluieren und sich darüber hinaus ...
10. Feldkompetenz im Bereich der Jugendhilfe und
11. Vernetzungskompetenz an den Schnittstellen „Jugendhilfe – Kinder- u. Jugendlichenpsychiatrie“ – „Jugendhilfe-Schule/Kindergarten/Ausbildung“ „Beratung – Psychotherapie“ aneignen.

12. Sie können lernen, eine Kindeswohlgefährdung im Zusammenwirken mit anderen Fachkräften abzuschätzen, welches zum Handwerkszeug jedes niedergelassenen KJP gehört.
13. PT-Ausbildungserfahrung in der EB trägt dazu bei, dass berufliche Fluktuation innerhalb verschiedener psychotherapeutischer Arbeitsfelder möglich sein und bleiben wird, davon werden alle Felder profitieren.
14. Von heutigen PT-Ausbildungsteilnehmern wird die Erfahrungsmöglichkeit in einer EB im Rahmen der Ausbildung gewünscht.
15. Eine angemessene Bezahlung der praktischen Tätigkeit in der EB wird von den Trägern zu gewährleisten sein.

EBs könnten darüber hinaus in naher Zukunft Bedeutung erlangen als Ausbildungsstätten für die praktische Ausbildung im Vertiefungsverfahren (nach § 4 PsychTh-APrV), wenn die Systemische Therapie die Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung durch den Wissenschaftlichen Beirat erhalten sollte. Mit einem Entscheid des WB ist in den nächsten Monaten zu rechnen.

03.04.2008

Thomas Merz

Stellungnahme 14

Vereinigung Analytischer Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	12. 1. 2009	

Reform der Psychotherapieausbildung hier: Erfordernis des Masters als einheitliche Zugangsvoraussetzung

Die Umstrukturierung der Hochschulstudiengänge nach dem Bologna-Prozess betrifft die Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in besonderer Form. Beide Berufe basieren seit der Festlegung durch das Psychotherapeutengesetz (nach § 5 Abs. 2 PsychThG) auf einem spezifischen abgeschlossenen Hochschulstudium, an das sich postgradual die Ausbildungen des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anschließen, die mit einer staatlichen Prüfung enden und deren Bestehen Voraussetzung für die Erteilung der entsprechenden Approbation ist.

Mit in fachlicher Hinsicht großer Einmütigkeit begründen die Bundespsychotherapeutenkammer, alle Landespsychotherapeutenkammern sowie die Berufs- und Fachverbände der Psychotherapeuten bereits seit 2005, warum als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildungen sowohl zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einheitlich ein Masterabschluss zwingend erforderlich ist.

Das BMG hat sich 2005 entsprechend des Beschlusses der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 über „Ländergemeinsame Strukturvorgaben gemäß § 9 Abs. 2 HRG für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen“ geäußert und geht derzeit davon aus, dass nur aus struktureller, nicht aber aus inhaltlicher Sicht bei den pädagogischen Zugangsberufen ein Bachelorabschluss ausreichend sei. In der Begründung wird u.a. aufgeführt, dass im Sinne des Art. 12 GG triftige Gründe vorliegen müssten, wenn man die Hürden des Berufszugangs erhöhen wollte. Dies hat u.a. auch zur Ausschreibung des Forschungsgutachtens für die Psychotherapieausbildung geführt.

Vorsitzender

Dipl.-Soz. Päd.
Peter Lehdorfer
Bräuhausstraße 4c
82152 Planegg
Telefon 0 89 / 8 59 53 82
Telefax 0 89 / 89 53 09 24
Lehdorfer@VAKJP.de

Stellvertretender Vorsitzender

Uwe Keller
Carl-Orff-Straße 1
71069 Sindelfingen
Telefon 0 70 31 / 38 19 24
Telefax 0 70 31 / 41 62 56
Keller@VAKJP.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dipl.-Soz. Päd.
Christine Röpke
Bruderstraße 2
80538 München
Telefon 0 89 / 2 28 56 36
Roepke@VAKJP.de

Justitiar / Geschäftsführer

Rechtsanwalt
Jörn W. Gleiniger
Sybelstraße 45
10629 Berlin
Telefon 0 30 / 32 79 62 60
Telefax 0 30 / 32 79 62 66
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten
Montag - Freitag
9.00 - 14.00 Uhr

Bankverbindung

Postbank Karlsruhe
Konto 22 027-758
BLZ 660 100 75

1. Die VAKJP bleibt bei ihrer im Dezember 2005 veröffentlichten Stellungnahme und fordert für psychologische wie pädagogische Studiengänge einheitlich einen Masterabschluss als Voraussetzung für den Zugang zur postgradualen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Nur der Masterabschluss erlaubt eine innovative Bearbeitung von anspruchsvollen Aufgaben- und Problemstellungen einer Wissenschaftsdisziplin. Er führt zu Fakten- und Theoriewissen und setzt ein kritisches Bewusstsein für Grenzen und Schnittstellen, um Spezialkenntnisse auch in komplexen Situationen selbstständig anwenden zu können. Ein Masterabschluss mit entsprechenden Inhalten von Psychologie, klinischer Psychologie/Pädagogik, klinischer Sozialarbeit muss die Grundvoraussetzung für den Beginn der Ausbildung auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sein. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle Ausbildungsteilnehmer eine ausreichende wissenschaftliche Fundierung durch den Grundberuf erworben haben, denn die erforderliche Methodenkompetenz und klinische Kompetenz muss bereits bei Ausbildungsbeginn vorhanden sein, um Ergebnisse der Psychotherapieforschung schon während der Ausbildung selbstständig und zugleich kritisch verarbeiten zu können.

In den letzten 10 Jahren haben sich in unserem Fachgebiet große Veränderungen im Hinblick auf die Evidenzbasierung in Medizin und Psychotherapie ergeben. Unser Verband beteiligt sich seither in erheblichem Umfang an einigen Projekten zur Psychotherapieforschung und Leitlinienentwicklung, die gerade im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie international wie national gesehen als „Stiefkinder“ zu bezeichnen sind. Ersichtlich wird die immense Entwicklung in unserem Fachgebiet aber auch in der Entwicklung von Leitlinien für die Behandlung komplexer somatischer und psychischer Krankheitsbilder. Um im Rahmen von Leitlinien patientengerecht behandeln zu können, ist eine ständige kritische und wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung mit aktuellen Forschungsergebnissen und Behandlungsprogrammen notwendig, um diese an die besonderen Bedürfnisse des einzelnen Patienten adaptieren zu können.

Das PsychThG gibt eine Eingangsqualifikation zur Psychotherapieausbildung vor, die zu einer wissenschaftlich fundierten Berufsausübung befähigt. Eine solche Befähigung ist unverzichtbar, wird Psychotherapie wie in § 1 Abs. 3 PsychThG als „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene (heilkundliche) Tätigkeit“ definiert. Wird zugleich die Psychotherapieausbildung gemäß § 1 Abs. 1 PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV auf die Vermittlung psychotherapeutischer Verfahren und auf praxisnahe und patientenbezogene Durchführung begrenzt, also auf eine interventionsbezogene Ausbildung, so muss die wissenschaftlich-methodologische, forschungsbezogene Grundausbildung in dem vorausgehenden Studium erfolgen, in dem auch psychosoziale Grundkompetenz und soziales Lernen vermittelt werden.

Da die Zuordnung von Bachelor- und Masterprogrammen durch den Bologna-Prozess erschwert werden wird, erscheint es notwendig und sinnvoll, wenn inhaltliche Vorgaben erarbeitet werden, die dann verbindlich für den Zugang zu den Ausbildungen sowohl zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind. Dabei ist auch darauf zu achten, dass die wissenschaftlichen Grundlagen in den verschiedenen Studiengängen bzw. Masterprogrammen vergleichbar sind.

2. Aber auch aus verfassungsrechtlicher Sicht lässt sich ein Masterabschluss als zwingende Ausbildungsvoraussetzung rechtfertigen:

Als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung sowohl zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist der akademische Grad des Masters nach der Stufentheorie des Bundesverfassungsgerichts zu Art. 12 Abs. 1 GG als subjektive Berufswahlregelung zu qualifizieren; subjektive Berufswahlregelungen können danach nur gerechtfertigt werden mit dem Schutz von wichtigen Gemeinschaftsgütern: beim Zugang zu den akademischen Heilberufen geht es stets um das sogar überragend wichtige Gemeinschaftsgut des Patientenschutzes. In seinem „Facharztbeschluss“ vom 9.5.1972 hatte das Bundesverfassungsgericht die grundgesetzliche Zuweisung dieser Materie in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes wie folgt erläutert (BVerfGE 33, 125 [152 f.]):

„Art. 74 Nr. 19 GG, der nur die ärztlichen und anderen Heilberufe betrifft, bezweckt eine möglichst eindeutige Abgrenzung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes und der Länder. Bei der Bestimmung des Umfangs der einzelnen Materien des Art. 74 sind der Grundsatz des Art. 30 GG und der historische Zusammenhang in der deutschen Gesetzgebung zu beachten (...). Entstehungsgeschichte und Staatspraxis gewinnen deshalb für die Auslegung besonderes Gewicht. Die Entstehungsgeschichte des Art. 74 Nr. 19 GG (s. JbÖffR NF 1, 539 ff.) zeigt, daß der Verfassungsgeber bei der „Zulassung zu ärztlichen Berufen“ vor allem das Approbationswesen im Sinne des früheren § 29 der Gewerbeordnung im Auge hatte. Er verstand unter den „ärztlichen Berufen“ die Berufe, für die nach jener Bestimmung eine besondere wissenschaftliche Ausbildung mit anschließender Approbation vorgesehen war.“ (Unterstreichungen nicht im Original)

Folgerichtig hat die Kultusministerkonferenz der Länder bereits in der Vorbemerkung ihres Beschlusses vom 10.10.2003 über „Ländergemeinsame Strukturvorgaben gemäß § 9 Abs. 2 HRG für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen“ einen ausdrücklichen Vorbehalt zugunsten besonderer Regelungen für Bachelor- und Masterstudiengänge „im Bereich der staatlich geregelten Studiengänge (insbesondere Lehramt, Medizin, Rechtswissenschaften)“ vorgesehen. Für die seit 1999 existierenden und ebenfalls mit einer staatlichen Zugangskontrolle (Approbation) versehenen Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann insoweit nichts anderes gelten:

- die Regelung des Zugangs zu diesen Heilberufen fällt ebenfalls unter den Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG,
- bezweckt wird mithin auch im Hinblick auf diese Heilberufe eine möglichst eindeutige Abgrenzung der Gesetzgebungskompetenz zwischen Bund und Ländern,
- auch sie erfordern eine besondere wissenschaftliche Ausbildung.

Im Interesse des Patientenschutzes wird eine besondere wissenschaftliche Ausbildung nach der Systematik der Bachelor- und Masterstudiengänge allein durch den akademischen Grad des Masters nachgewiesen, was schon daran abgelesen werden mag, dass nach den „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben“ nur der Master grundsätzlich zur Promotion berechtigt (Inhaber lediglich eines Bachelorgrades müssen sich hingegen, sofern auch sie die Promotion anstreben, einem besonderen Eignungsfeststellungsverfahren unterziehen). Aus dem Blickwinkel des unteilbaren Patientenschutzes ist es daher nicht zu rechtfertigen, dass die „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben“ hinsichtlich der Ausbildung der akademischen Heilberufe des

Psychologischen Psychotherapeuten sowie des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – anders als hinsichtlich der Ausbildung der Mediziner – keinem ausdrücklichen Vorbehalt ausgesetzt sind mit der Folge, dass

- auf sie die Gleichstellungsregelungen der „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben“ Anwendung finden sollen, wonach Bachelorabschlüsse grundsätzlich dieselben Berechtigungen wie Diplomabschlüsse an Fachhochschulen verleihen mit der Folge, dass
- für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (§ 5 Abs. 2 Nr. 2 b PsychThG) der Bachelor genügt, während für den Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten der Master erforderlich ist.

Ein derartiges Auseinanderfallen der Zugangsvoraussetzungen ist vor dem Hintergrund des mit dem Recht der approbierten Heilberufe (vom Bundesgesetzgeber jedenfalls im Hinblick auf die Psychotherapie einheitlich) verfolgten Patientenschutzes weder anhand eines Vergleichs mit dem ärztlichen Heilberuf noch anhand eines Vergleichs der psychotherapeutischen Heilberufe untereinander zu rechtfertigen. Es ist überdies auch nicht zu rechtfertigen mit Blick auf den vom Bundesverfassungsgericht formulierten Zweck des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG einer möglichst eindeutigen Abgrenzung der Gesetzgebungskompetenz zwischen Bund und Ländern, denn ihrer Rechtsnatur nach sind die „Ländergemeinsamen Strukturvorgaben“ Landesrecht und können (und dürfen) daher die dem Bund zugewiesene Zugangskontrolle zu den approbierten Heilberufen nicht unterlaufen.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht bestehen also nicht nur keine Bedenken, sondern im Gegenteil ist es aus den vorgenannten Gründen des Patientenschutzes sogar geboten und damit auch im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG erforderlich, mittels einer bundesgesetzlichen Klarstellung den akademischen Grad des Masters einheitlich als Mindestqualifikation für den Zugang zur postgradualen Ausbildung sowohl zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorzusehen.


Peter Lehndorfer
Vorsitzender


Jörn Gleiniger, Rechtsanwalt
Justitiar und Geschäftsführer

Stellungnahme 15

Universitäre Ausbildung für Psychotherapie e.V. (unith)

An die Gutachtergruppe
„Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“
z. Hd. Herrn Prof. Dr. Bernhard Strauß
Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Stoysstraße 3

07740 Jena

Stellungnahme

zu zentralen Fragestellungen des Forschungsgutachtens zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Im eingetragenen Verein „unith e.V.“ sind derzeit 23 universitäre Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapie und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Mitglied. Die universitären Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind eigenständige, staatlich anerkannte Einrichtungen mit Curricula, die sich eng am wissenschaftlichen Stand der Forschung und der aktuellen Entwicklung der Profession orientieren. Alle Teile der Ausbildung unterliegen dem fortlaufenden Qualitätsmanagement. Die Anbindung der universitären Ausbildungsstätten an den Forschungs- und Lehrbetrieb der Universitäten garantiert sowohl für die theoretischen als auch die praktischen Anteile der Ausbildung ein hohes Qualitätsniveau. Dies gelingt durch konsequente Orientierung an der aktuellen grundlagen- und anwendungsorientierten Forschung in der Psychologie und durch die fortlaufende Berücksichtigung aktueller Entwicklungen der evidenzbasierten Psychotherapie.

Nach fast 10 Jahren Erfahrung mit dem Psychotherapeutengesetz stellen die Ausbildungsinstitute fest, dass die Ausbildung durchgängig auf hohem Qualitätsniveau stattfindet und vor dem Hintergrund ihrer wissenschaftlichen Fundierung und praxisnahen Durchführung eine hohe Professionalität des Berufsstandes sichert. Dies zeigt sich nicht zuletzt in den sehr guten Ergebnissen der staatlichen Abschlussprüfungen und wird auch durch systematische Evaluationen zur Zufriedenheit der Ausbildungsteilnehmer mit der Ausbildung bestätigt.

Zu einzelnen Fragen der Gutachten-Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit nehmen wir wie folgt Stellung:

1. Die **Struktur der Psychotherapeutenausbildung** als postgraduale Ausbildung hat sich insgesamt in der aktuellen Form bewährt.

Im Kontext Bologna-Reform der Umstellung auch der Psychologie-Studiengänge auf Bachelor und Masterstudiengänge werden jedoch eine Reihe von Vorteilen in der prinzipiellen Möglichkeit einer **universitären Direktausbildung** mit Abschluss „Approbation“ – oder zumindest mit der Erteilung einer für Aus- bzw. Weiterbildungszwecke befristeten Berufserlaubnis gesehen. Diese Möglichkeit sollte im Rahmen von Modellstudiengängen erprobt werden können.

Für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie würde sich nach einem Bachelorabschluss in Psychologie ein Master-Studium der Psychologie anschließen, welches sowohl inhaltlich als auch vom Umfang her ein Mindestmaß an Klinischer Psychologie und Psychotherapie inklusive Praxisanteile umfasst. Im Einzelnen müssten mindestens die Kenntnisse gemäß Anlage 1 Abschnitt A der

APrV vermittelt werden. Mit dem Master-Abschluss würde dann auch die Qualifikation für die Teilnahme an einem Staatsexamen mit Approbation (oder einem 1. Staatsexamen für die Berufserlaubnis) erfüllt. Nach Masterabschluss und Approbation würde sich – vergleichbar mit der Facharztausbildung in der Medizin – eine vertiefende Weiterbildung anschließen, die mit der Fachkunde für Psychologische Psychotherapie abschließt.

Weitere Vorteile einer Direktausbildung sind:

- Fortlaufende Gewährleistung einer engen Verknüpfung zwischen Wissenschaft, Lehre und Praxis,
- Kürzung der Gesamt-Ausbildungsdauer um etwa ein Jahr,
- die Ausbildung findet dort statt, wo auch andere akademische Heilberufe ausgebildet werden: an den Universitäten,
- Der Erwerb der Fachkunde würde nicht mehr ohne Erlaubnis zur Berufsausübung stattfinden; daher könnten praktische Tätigkeit und praktische Ausbildung auf weitere Tätigkeitsbereiche (z.B. Forensik, Prävention, Rehabilitation) ausgebaut und damit der Kompetenzerwerb verbessert werden,
- die praktische Tätigkeit könnte zu einer Ausbildung für die einschlägigen Berufsfelder ausgebaut werden, in denen Psychotherapeuten arbeiten, und die praktische Ausbildung könnte vom 1. Tag der Aus- oder Weiterbildung an erfolgen.

Insgesamt sollte für diese Form der Direktausbildung im Rahmen von Modellstudiengängen der rechtliche Rahmen geschaffen werden. Dabei sollten auch Direktausbildungen mit Promotionsabschluss (im Sinne eines „fast-tracks“) ermöglicht werden.

2. **Dauer der Ausbildung.** Falls die aktuelle Struktur der Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als postgraduierte Ausbildung beibehalten wird, sollte die Dauer unverändert mindestens 3 Jahre und mindestens 4.200 Stunden umfassen. Die Möglichkeiten zu Vollzeit- und berufs begleitender Ausbildung sollten weiterhin gegeben sein. Die Festlegung auf eine Voll- oder Teilzeitausbildung hat sich in der Ausbildungspraxis jedoch nicht bewährt und daher wird diese Differenzierung als nicht sinnvoll erachtet.

Unterbrechungen der Ausbildung sollten in Absprache mit der Institutsleitung möglich sein und – mit einem zeitlichen Gesamtlimit - individuell vereinbart werden können.

3. Der **Umfang der einzelnen Ausbildungsteile** sollte im Bereich der praktischen Tätigkeit an die Intentionen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen angepasst werden. Um das vom Gesetzgeber vorgesehene Ziel des Kennenlernens von psychischen Krankheitsbildern im psychiatrischen Kontext zu erfüllen, wird ein Umfang dieses Ausbildungsteils (nach §2 Abs. 2 Nr. 1 APrV) von 600 Stunden (statt 1.200 Stunden) für angemessen erachtet.

Hinsichtlich der Praktischen Tätigkeit nach §2 Abs. 2 Nr. 2 sollte die Möglichkeit geschaffen werden, diese auch in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen, die für die psychotherapeutische Versorgung relevant sind, zu absolvieren. Zu solchen Einrichtungen gehören beispielsweise psychosoziale oder pädagogische Beratungsstellen; Familienberatungsstellen und ambulante Einrichtungen der Suchtberatung oder -therapie.

Insgesamt wird ein Umfang der praktischen Tätigkeit I und II von 1.200 Stunden als ausreichend erachtet. Eine zeitliche Überlappung verschiedener Ausbildungsteile sollte dabei prinzipiell möglich sein. Die 1.200 Stunden praktische Tätigkeit sollten dabei auch innerhalb von weniger als 12 Monaten absolviert und zeitlich parallel mit anderen Ausbildungsteilen, insbesondere auch der praktischen Ausbildung und Supervision, durchgeführt werden können.

Der Umfang der übrigen Ausbildungsteile (Praktische Ausbildung, Supervision, Selbsterfahrung) wird als angemessen erachtet. Hinsichtlich der theoretischen Ausbildung sind die Curricula mittlerweile in einer Weise so angepasst, dass Überlappungen mit Inhalten des Psychologie-Studiums durch eine deutliche Praxisorientierung dieses Ausbildungsteils weitgehend vermieden werden.

Durch die vorgeschlagene Kürzung der Praktischen Tätigkeit auf mindestens 1.200 Stunden ergibt sich bei gleich bleibender Gesamtausbildungszahl eine Erhöhung der „freien Spitze“ um 600 Stunden. Diese kann und sollte mit optionalen Veranstaltungen bzw. fakultativer Erweiterung einzelner Ausbildungsteile abgedeckt werden können. Dazu gehören sowohl zusätzliche praktische Tätigkeiten in psychotherapie relevanten Einrichtungen als auch die Teilnahme an (externen) theoretischen oder praxisnahen Veranstaltungen außerhalb der Institute (z.B. Fachkonferenzen, Workshops).

4. Voraussetzungen zur **Zulassung zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie** und **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Unabhängig von der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten ist die Psychotherapie eine akademische Heilkunde vor allem auf der Basis der Psychologie als Wissenschaft. Inhaltliche Voraussetzungen für die Teilnahme an der Ausbildung sowohl in Psychologischer Psychotherapie als auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist daher ein wissenschaftlich fundiertes Hochschulstudium mit Master-Abschluss, das die Fächer der Psychologie und, für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, auch der Pädagogik und/oder Sozialpädagogik umfasst. Diese vollakademischen Ausbildungen mit einem Master als Abschluss sind für ein selbständiges und eigenverantwortliches Handeln in diesem Heilberuf unabdingbare Voraussetzungen.

Aktuell ist – neben besonderen Regelungen für ausländische Abschlüsse – das Diplom oder der Master in Psychologie Voraussetzung für die Aufnahme einer Ausbildung für Psychologische Psychotherapie, wobei dieser an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule erworben worden sein muss. Dieser Qualifikationsgrad muss beibehalten werden.

Auch für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist als Eingangsvoraussetzung zwingend ein entsprechender Hochschulabschluss mit Master-Niveau erforderlich; wobei dieser alternativ zu einigen psychologischen Inhalten auch pädagogische und sozialpädagogische Themen enthalten kann.

Die Bologna-Reform bringt für die Studiengänge in der Psychologie vielfältige Änderungen mit sich. Die Rahmenprüfungsordnungen für Psychologie sind für die Gestaltung der Bachelor- und Masterstudiengänge nicht mehr bindend, auch wenn es eine Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) für die Gestaltung von Bachelor- und Masterstudiengängen in der Psychologie gibt. Sowohl die Inhalte als auch die Bezeichnungen von Bachelor- und Masterabschlüssen werden auch für die Psychologie in Zukunft vielfältig sein.

Damit ist nicht mehr sichergestellt, dass alle psychologischen Studiengänge jene Kompetenzen vermitteln, die der Gesetzgeber bei der Normierung des Zugangs zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten im Psychotherapeutengesetz vorausgesetzt hat. Dies macht eine Konkretisierung bzw. Anpassung der Ausführungsbestimmungen für die Beurteilung von Zulassungsvoraussetzungen erforderlich. Sie müssen ein Mindestmaß an wissenschaftlich-psychologischer Ausbildung enthalten, die insgesamt ein Master-Niveau garantieren. Für eine eigenverantwortliche Rezeption und Anwendung wissenschaftlich fundierter Verfahren und Methoden der Psychotherapie sind entsprechende, im Studium erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig. Hierzu gehören vor allem Kenntnisse über aktuelle Forschungsbefunde und -methoden aus Grundlagendisziplinen der wissenschaftlichen Psychologie: u. a. Biologische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Wahrnehmungspsychologie, Sozialpsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Psychologische Methodenlehre und Diagnostik.

Unith schließt sich diesbezüglich dem Vorschlag der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, dem Vorstand der DGPs sowie (voraussichtlich) der Bundespsychotherapeutenkammer an. Dieser sieht vor, dass in Bachelor und (universitären) Master-Studiengängen mindestens 180 Studienpunkte (entsprechend 5.400 Arbeitsstunden) an psychologischen Inhalten absolviert würden, wobei davon mindestens 50 Studienpunkte (entsprechend 1.500 Stunden) im Bereich der klinischen Psychologie und/oder Psychotherapie erworben sein müssen. Im Master-Studiengang werden klinisch-psychologische Inhalte im Rahmen von Lehrveranstaltungen im Umfang von mindestens 15 Studienpunkten (entsprechend 450 Stunden) verlangt.

5. **In Zukunft:** **Ein Heilberuf mit Spezifizierung auf Erwachsene und/oder Kinder / Jugendliche.**

Beim Vergleich der altersbezogenen Schwerpunkte Kinder- und Jugendliche einerseits bzw. Erwachsene andererseits ist deutlich, dass beide Bereiche jenseits umfassender gleicher wissenschaftlicher Grundlagen eine klar erkennbare Spezifität hinsichtlich der primär auftretenden Störungsbilder, der Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik und der Diagnostik, Indikationsstellung und Intervention aufweisen.

Auf dieser Grundlage ist es – im Unterschied zur aktuellen Situation – folgerichtig, auf grundsätzlich gleicher Basis einer wissenschaftlichen Ausbildung als Eingangsvoraussetzung eine postgraduale Psychotherapieausbildung nach einem **Y-Modell** zu konzipieren: Nach einer psychotherapeutischen Grundausbildung führt die Ausbildung wahlweise zu einem einzigen psychologisch-

psychotherapeutischen Heilberuf mit alternativen oder – wenn die Ausbildung für beide Altersbereiche absolviert wird - additivem Schwerpunkt für die Bereiche „Psychotherapie mit Erwachsenen“ und/oder „Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“. Die einheitliche Approbation als Psychotherapeut bzw. Psychotherapeutin würde dann den jeweiligen (oder beide) Schwerpunkte ausweisen und auch sozialrechtlich zur jeweiligen Fachkunde führen. Nach Approbation in einem der beiden Schwerpunktbereiche sollte der Erwerb der jeweils anderen Fachkunde durch noch zu spezifizierene Ergänzungsqualifikationen für beide Bereiche möglich sein.

Dies impliziert, dass das bisherige berufsrechtliche Privileg der Psychologischen Psychotherapeuten, mit der Approbation auch die Behandlungserlaubnis für Kinder- und Jugendliche zu erhalten, als nicht mehr sachgemäß betrachtet wird.

6. Die universitären Ausbildungsinstitute befürworten grundsätzlich eine **verfahrensorientierte Ausrichtung** der Psychotherapieausbildung auf der Grundlage evidenzbasierter Psychotherapieverfahren und -methoden. Um den Transfer in die Praxis und den Fortschritt der Profession zu ermöglichen, müssen jedoch zusätzlich neue, wissenschaftlich anerkannte Methoden z. B. für störungsspezifische Interventionen, in der Ausbildung berücksichtigt werden. Hieraus könnte sich mehr und mehr das Modell einer (allgemeinen) psychologischen Psychotherapie konkretisieren.

7. **Zusätzliche Kompetenzbereiche**

Der Erwerb der Berechtigung, psychopharmakologische Behandlungen zu verordnen und zu überwachen soll prinzipiell nach entsprechender zusätzlicher Berücksichtigung in der Ausbildung oder nach entsprechender Fort- oder Weiterbildung ermöglicht werden.

Auch die Einweisung in stationäre psychiatrische Einrichtungen sollte von Psychotherapeuten vorgenommen werden können.

Die Berechtigung zur Krankschreibung soll weiterhin im ärztlichen Aufgabenbereich verbleiben.

8. Die **Verantwortung für Inhalte und Qualität aller Ausbildungsteile** liegt bei den Ausbildungsinstituten. Dies gilt auch für die Kooperation mit Einrichtungen für die praktische Tätigkeit. Ein Teil der praktischen Tätigkeit sollte von Ausbildungsinstituten auch dann anerkannt werden können, wenn sie vor Beginn der Ausbildung absolviert wurden, sofern Art und Inhalte dieser Tätigkeiten den Anforderungen von PsychThG und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen entsprechen.

9. Die **schriftlichen und mündlichen Approbationsprüfungen** sind prinzipiell sinnvoll. In der Konzeption der schriftlichen Prüfung ist sicher zu stellen, dass ausschließlich Inhalte aus dem für die Approbation geltenden Gegenstandskatalog der Grundlagenausbildung verwandt werden. Es wird mittelfristig eine kriteriumsorientierte (schriftliche) Prüfung empfohlen, bei der aus einem differenzierten Katalog von Prüfungsfragen, der fortlaufend erweitert werden kann, für die jeweilige Prüfung ein Pool von Fragen zusammengestellt wird. Damit könnten die Ausbildungsinhalte der theoretischen Ausbildung besser am Gegenstandskatalog ausgerichtet werden.

Eine Reduktion der Größe der Prüfungskommission auf drei Personen (je ein institutsinterner und -externer Prüfer, und ein psychotherapeutisch / psychiatrisch tätiger Arzt) wird als sinnvoll erachtet.

10. Die **Ausbildungskosten** der unith-Institute werden insgesamt als angemessen erachtet. Dagegen ist eine bundeseinheitliche Regelung zur angemessenen **Vergütung der praktischen Tätigkeiten** dringend notwendig. Problematisch erscheinen die teilweise hohen Kosten für Ausbildungsgänge an solchen Instituten, in deren die Ausbildungsregularien in großem Umfang selbst zu finanzierende Einzelselbsterfahrung verlangen.

In der Regel besteht die Möglichkeit, die Ausbildungskosten durch die im Rahmen der praktischen Ausbildung für Ausbildungstherapien teilweise rückvergüteten Honorare zu refinanzieren.

Berlin, Heidelberg und Frankfurt, den 20. März 2009

Der Vorstand

Stellungnahme 16

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

Reform der Psychotherapieausbildung

Vorschläge der Vereinten
Dienstleistungsgewerkschaft
(ver.di) zur Reform des
Psychotherapeutengesetzes



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft





Herausgeber:
ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Ressort 9, V.i.S.d.P.: Ellen Paschke, Bearbeitung: Gerd Dielmann
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamtherstellung: Hauer+Ege GmbH, 70435 Stuttgart

W-2526-1-1006

2

Reform der Psychotherapieausbildung

Reform der Psychotherapieausbildung¹

Vorschläge der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) zur Reform des Psychotherapeutengesetzes

I. Einleitung/Problembeschreibung:

Nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16. Juni 1998 waren die ersten Jahre hauptsächlich gekennzeichnet durch Problemlösungen beim Übergang ins neue Recht, bei der Erlangung der Approbation für bereits Tätige in der Psychotherapie.

Mittlerweile gewinnt die Auseinandersetzung mit den im PsychThG und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelten Bedingungen der Psychotherapieausbildung zunehmend an Bedeutung. Es haben bundesweit über 170 Ausbildungsinstitute die staatliche Anerkennung erhalten. Die letzten Übergangsausbildungsgänge zum/zur Psychotherapeut/-in sind abgeschlossen.

Das PsychThG räumt den Ausbildungsstätten sehr weitgehende Freiräume in der Gestaltung ein und lässt selbst sonst gebräuchliche Mindeststandards in der Vertragsgestaltung offen.

Ungeregelt sind beispielsweise:

- Der Abschluss eines schriftlichen Vertrags für die Zeit der Qualifizierung
- die Bezahlung der von Lehrgangsteilnehmer/-innen erbrachten (und von Instituten, Privatpraxen oder Kliniken abgerechneten) therapeutischen, diagnostischen oder sonstigen Leistungen,
- die Ausstellung von Bescheinigungen und Nachweisen erbrachter Leistungen,
- die Regelung von Vertragsverlängerungen,

¹ Beschluss der Bundesfachkommission Psychologische Psychotherapeuten/-innen und Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen (PP/KJP) der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di).

- die Schriftform von Vereinbarungen, Zusagen etc., Ankündigung bzw. Einhaltung von Terminen in Bezug auf Fristen aller Art,
- die Länge der Ausbildungseinheiten (eine „Stunde“ kann 45 oder 60 Minuten dauern)

Die im Gesetz definierten Anforderungen an die Ausbildungsstätten sind sehr allgemein und ungenau. So wird als Voraussetzungen zur Anerkennung eines Instituts verlangt, dass dort:

- „Für die Ausbildung geeignete Patienten nach Zahl und Art in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen“ und „stationär oder ambulant behandelt werden“,
- „eine angemessene technische Ausstattung für Ausbildungszwecke und eine fachwissenschaftliche Bibliothek vorhanden ist“
- „in ausreichender Zahl geeignete PP oder KJP und qualifizierte Ärzte...zur Verfügung“ stehen,
- die Ausbildung „nach Ausbildungsplänen durchgeführt“ werden soll,
- „die Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit angeleitet und beaufsichtigt werden“,
- die ausbildende Einrichtung, die die „praktische Tätigkeit oder die begleitende theoretische und praktische Ausbildung nicht vollständig durchführen kann“, sicherzustellen hat, dass eine andere geeignete Einrichtung diese Aufgabe in dem erforderlichen Umfang übernimmt.

Die Bundesfachkommission PP/KJP der ver.di hat sich in mehreren Sitzungen mit der derzeitigen Qualifizierung nach dem Psychotherapeutengesetz auseinandergesetzt und folgende Vorschläge und Forderungen erarbeitet. Da es sich de facto um eine Weiterbildung nach abgeschlossener Hochschulausbildung handelt, wird im folgenden Text der Terminus „Weiterbildung“ für die im PsychThG geregelte „Ausbildung“ verwendet. Weiterbildung wird nach der Definition des Deutschen Bildungsrats verstanden als „Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach abgeschlossener Ausbildung zur Erreichung eines zusätzlichen qualifizierenden Abschlusses“.²

² Definition in Anlehnung an eine Definition des Deutschen Bildungsrats: „Weiterbildung ist die Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer unterschiedlich ausgedehnten ersten Bildungsphase“ Deutscher Bildungsrat – Empfehlungen der Bildungskommission, zit. n. Kemp, T. „Was ist Weiterbildung“ in: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 1/1976, S. 2.



II. Vorschläge zur Reform des PsychThG sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für PP und KJP

Präambel:

Der Studienabschluss als Voraussetzung für die darauf aufbauende Weiterbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin³ muss – auch unter veränderten Bedingungen des Psychologiestudiums und weiterer als Zugangsvoraussetzung möglicher Studienabschlüsse – mindestens auf den Master-Abschlüssen der Fachhochschulen und Universitäten aufbauen. Den mit dem Bologna-Prozess eingeleiteten Entwicklungen gestufter Studiengänge auch in Deutschland ist Rechnung zu tragen.

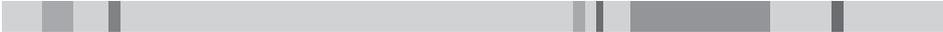
1. Zugang zur Weiterbildung

- a) Erforderlich ist die wechselseitige Anrechnung der Theorieausbildung, wenn eine Doppelapprobation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut angestrebt wird. Das bedeutet z. B. auch: Die Theorieausbildung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie soll angerechnet werden, wenn der Absolvent eines Psychologiestudiums im Anschluss daran eine Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten anstrebt.
- b) Weitere pädagogisch orientierte Diplomstudienabschlüsse (z. B. Diplom-Heilpädagogik) als Zugangsvoraussetzung sind für die KJP-Weiterbildung anzuerkennen.
- c) Diplom-Psychologen auch ohne klinischen Schwerpunkt sollen zur Weiterbildung zum PP zugelassen werden.

Begründung:

Die wechselseitige Anerkennung und Anrechnung bereits absolvierter Ausbildungsinhalte ist erforderlich, um eine größtmögliche Durchlässigkeit der verschiedenen Weiterbildungsgänge zu erreichen. Der Verzicht auf die Vorschrift eines klinischen Schwerpunkts im Hochschulstudium erfolgt in Analogie zu den pädago-

³ Im folgenden Text wird wegen der besseren Lesbarkeit die männl. Form verwendet. Soweit nicht ausdrücklich auf geschlechtsspezifische Unterschiede Bezug genommen wird, ist das jeweils andere Geschlecht mit gemeint.



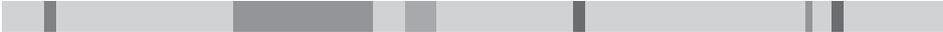
gischen Berufen, die zur KJP-Weiterbildung zugelassen werden und auch keinen klinischen Schwerpunkt studiert haben müssen.

In den bisherigen Weiterbildungsgängen zum Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten hat sich gezeigt, dass die Diplom-Psychologen mit Schwerpunkt „Klinische Psychologie“ auf der einen Seite und die verschiedenen pädagogischen Berufe auf der anderen Seite sehr unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen. Diplom-Psychologen mit klinischem Schwerpunkt verfügen bereits über viele Ausbildungsinhalte, die bei den pädagogischen Berufen erst vermittelt werden müssen (psychologische Grundlagen, die für psychotherapeutische Handlungsfertigkeiten unerlässlich sind).⁴ Da es aus unserer Sicht zweckmäßig ist, pädagogischen Berufen weiterhin den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erhalten, ist nicht nachvollziehbar, warum Diplom-Psychologen ohne klinischen Schwerpunkt von der Ausbildung ausgeschlossen werden. Sie sollten ebenfalls zugelassen werden können. Diplom-Psychologen mit klinischem Schwerpunkt ist der entsprechende Teil der Theorieausbildung aus dem Studium anzuerkennen.

2. Ausbildungsstrukturen

- a) Schriftliche Verträge mit Mindeststandard für Vertragsbestimmungen, in denen u.a. die Dauer und eine sachliche und zeitliche Gliederung der Weiterbildung festgelegt ist. Damit soll ein Rechtsanspruch auf Qualifizierung in der vertraglich vereinbarten Zeit verbunden werden. Solche Vorschriften entsprechen der in der beruflichen Bildung üblichen Praxis.
- b) Die unterschiedlichen Mindestzeiten sind aufzuheben, wobei jedoch Höchstzeiten festgelegt werden sollen. Auf Antrag sind individuelle Möglichkeiten zur Verkürzung oder Verlängerung der Weiterbildung einzuräumen. Unterbrechungen wegen Erziehungszeiten sind zu ermöglichen, Ansprüche auf Anrechnung bereits absolvierter Weiterbildungszeiten und den Wiedereintritt in die Weiterbildung sind zu garantieren.
- c) „PP- und KJP-Ausbildung“ muss als Weiterbildung definiert werden.

⁴ vgl. Expertenhearing der DGVT am 15./16.05.2003: Psychotherapieausbildung – der Stand der Dinge (Papier „Wünsche an die Novellierung der gesetzlichen Ausbildungsvorgaben“ A. Vogel; G. Ruggaber; A. Kuhr.



Begründung: Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Weiterbildungsteilnehmer/-innen bereits über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Bei den nach dem PsychThG geregelten Berufen handelt es sich faktisch um Weiterbildung, weil eine einschlägige abgeschlossene Berufsausbildung (Hochschulstudium Dipl.-Psych., Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.-Päd. usw.) für den Zugang vorausgesetzt wird. Dem Bund steht im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung gemäß Artikel 74 Nr. 19 Grundgesetz die Kompetenz zu, die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ zu regeln. Dieser Kompetenztitel unterscheidet nicht nach Aus- oder Weiterbildung. Während die Regelungskompetenz für schulische und hochschulische Bildungsgänge und auch für Weiterbildungsregelungen etwa bei den Gesundheitsberufen bei den Ländern liegt, hat der Bund sich bislang auf Ausbildungsregelungen im Rahmen von Berufszulassungsgesetzen beschränkt. Beim PsychThG handelt es sich um ein solches Berufszulassungsgesetz, für das die Gesetzgebungskompetenz beim Bund liegt. Diese Kompetenz ist durch das Urteil des BVerfG zum Altenpflegegesetz hinsichtlich der weiteren Ausgestaltung der an die Zulassung gekoppelten Qualifizierungsvoraussetzungen nicht eingeschränkt worden. Eine geänderte Regelung kann danach auch dann durch den Bund erfolgen, wenn sie als Weiterbildung definiert ist.

- d) Abschaffung der so genannten „Freien Spitze“.

Begründung: In den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sind von den insgesamt vorgeschriebenen 4.200 Stunden ca. 930 Stunden nicht inhaltlich definiert. Für diese Stunden hat sich der Begriff „Freie Spitze“ eingebürgert. Diese Stunden werden informell von jedem Ausbildungsinstitut anders definiert und genutzt: Sie werden z.B. verwendet, um eine Bibliothek einzurichten, weitere unentgeltliche Therapiestunden für das Ausbildungsinstitut zu leisten, um in anderen Einrichtungen zu hospitieren oder auch als zusätzliche Theorieausbildungsstunden. Wenn es nicht erforderlich scheint, die Inhalte dieses Stundenkontingents zu definieren, dann steht sein Nutzen für die Qualifikation insgesamt in Frage. Dieser Stundenanteil ist daher entbehrlich.

- d) Die Anerkennung von in anderen Ausbildungsinstituten absolvierten Qualifizierungsbausteinen ist sicherzustellen.

Begründung: Es steht in der Macht der Ausbildungsinstitute Qualifizierungsbausteine, die in anderen Ausbildungsinstituten nachgewiesen wurden, anzuerkennen oder nicht. Wirtschaftliche Interessen der Institute, ein möglichst



umfassendes Bildungsangebot zu unterbreiten, haben hinter dem Interesse der Weiterbildungsteilnehmer/-innen an einer Anerkennung bereits erworbener Qualifikationen zurückzustehen.

- e) Alle nachgewiesenen Theoriestunden aus dem Studium sind für die theoretische Ausbildung anzuerkennen.
- f) Weitere Punkte:
 - Anforderungen an Qualifikationen von Lehr- und Prüfungspersonal sind im Gesetz zu definieren.
 - Der Gegenstandskatalog des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ist zu stark medizinisch orientiert und daher zu überarbeiten und um fachlich adäquate Inhalte zu ergänzen.
 - In der schriftlichen Prüfung ist vor allem Grundlagenwissen anzusprechen.
 - Insgesamt sollen weniger Vorlesungen gehalten werden, sondern verstärkt moderne Lehr- und Lernformen in der Ausbildung zum Psychotherapeuten praktiziert werden, z. B. „Problemorientiertes Lernen (POL)“.
 - Für die Anerkennung der ausbildenden Institute sind verbindliche Qualitätsanforderungen festzulegen.
 - Eine angemessene Mitbestimmung der Teilnehmer/-innen ist zu gewährleisten.

3. Praktische Tätigkeit

Der Terminus „praktische Tätigkeit“ ist durch den Begriff Praxisphase zu ersetzen. Die bisher zeitlich verteilten praktischen Tätigkeiten sind zu einer Praxisphase zusammenzufassen. Die Praxisphase ist so zu konzipieren, dass die Weiterbildungsteilnehmer entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt und vergütet werden können. Es sind entsprechende Stellen zu schaffen. Eine Praxisphase in Einrichtungen der Psychotherapie ist nur unter der Voraussetzung sinnvoll, dass dabei auch psychotherapeutisch gearbeitet wird.

- a) Benötigt wird eine sachliche und zeitliche Gliederung der Praxisphase. Sie soll von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angeleitet sein.



- b) Für diese Praxisphase ist eine vorläufige Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde zu erteilen.
- c) Praxiserfahrungen in der Psychiatrie vor Beginn der Weiterbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin müssen anerkannt werden, wenn sie den inhaltlichen Anforderungen an die Praxisphase während der Weiterbildung entsprechen.
- d) Die Vergütung während der Praxisphase erfolgt entsprechend der Qualifikation (nach bisherigem Eingruppierungsrecht im öffentlichen Dienst z. B. für Diplom-Psychologen gem. Vergütungsgruppe (VG) II/Ia BAT, für Dipl.-Sozialpäd. VG IVb BAT). Die Höhe der Vergütung für die praktische Tätigkeit ist tarifvertraglich zu regeln. Sie sollte wie bei anderen Heilberufen (Krankenpflege, Hebammen) gesetzlich vorgeschrieben werden.

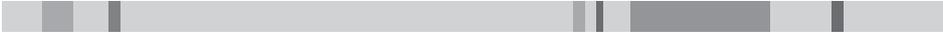
Ausbildungsfinanzierung: In Analogie zu anderen Heilberufen ist die Vergütung für die Praxisphase über die Entgelte der ausbildenden Einrichtungen zu refinanzieren. Die für die „mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten“ (§ 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) zu bildenden Ausgleichsfonds können als Vorbild dienen.

Dabei sind auch praktische Tätigkeiten in allen Einrichtungen, in denen psychotherapeutische Leistungen erbracht werden, unter Anleitung mit vorläufiger Approbation zu ermöglichen. Insgesamt soll es bei 3 Jahren Vollzeitausbildung (ca. 4.200 h) bleiben, davon sind 2.400 h als geregelte praktische Weiterbildung vorzusehen.

Vor einer grundlegenden Neugestaltung der Weiterbildung wäre es sinnvoll, sie in evaluierten Modellversuchen zu erproben.

4. Prüfungen

- a) Der Charakter einer staatlichen Prüfung muss sichergestellt werden, daher ist keine Prüfungsgebühr vorzusehen.
- b) Der Gegenstandskatalog (IMPP) hat ausschließlich zu prüfen, was auch Gegenstand der Weiterbildung war.

- 
- c) Es ist ein gegliedertes Prüfungsverfahren einzuführen, in dem bestimmte Weiterbildungsabschnitte geprüft und abgeschlossen werden (z. B. kann die schriftliche Prüfung zu einem früheren Zeitpunkt stattfinden).
 - d) Die mündliche Gruppenprüfung kann entfallen.
 - e) Für die Prüfung werden zwei Prüfer/-innen als ausreichend erachtet. Eine ausdrückliche Vorschrift, ärztliche Prüfer/-innen einzubeziehen, ist nicht erforderlich.

5. Qualitätssicherung

- a) Die Anforderungen an die Einrichtungen, in denen praktische Tätigkeit geleistet wird, sind bundeseinheitlich zu regeln. Die Weiterbildungsermächtigung des Leiters einer Einrichtung muss mindestens 1 Jahr betragen.
- b) Die Aufsichtsbehörde hat nach der staatlichen Anerkennung in regelmäßigen Abständen erneut zu überprüfen, ob die Anerkennungsvoraussetzungen noch Bestand haben.
- c) Die Fachaufsicht der Ausbildungsinstitute wird durch die staatliche Aufsichtsbehörde gewährleistet.
- d) Die Aufsichtsbehörde bedient sich des Sachverständigenstandes der Psychotherapeutenkammern.
- e) Als Element der Qualitätssicherung ist die Mitbestimmung/Beteiligung der Ausbildungsteilnehmer einzuführen. Es besteht die Verpflichtung der Ausbildungsinstitute zum Qualitätsmanagement und zur Veröffentlichung der Ergebnisse.

Bundesfachkommission Psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen (PP/KJP) der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di).

Oktober 2006

Zusammenfassung des Panels vom 28. Januar 2009

Thema 1 „Ein Beruf – zwei Berufe“

Hearing am 28. Januar 2009

Statements der Organisationen und Verbände

Thema 1 „Ein Beruf – zwei Berufe“

Arbeitsgemeinschaft Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP)

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Dass es eine Berufsgruppe gibt, die spezifisch dafür ausgebildet wird, gerade Kinder und Jugendliche zu behandeln, ist nicht nur historisch gewachsene Tradition, sondern die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfreut sich auch nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes großer Beliebtheit. Etwa 30% aller Psychotherapie-Ausbildungsteilnehmer befinden sich in der Ausbildung zum KJP. Es ist nicht nur so, dass in diesem Bereich – mit gutem Grund – auch KollegInnen mit (sozial-)pädagogischen Grundberufen eine psychotherapeutische Ausbildung absolvieren können, sondern es ist vor allem essentiell, dass KJP ein ganz spezifisches Kompetenzprofil aufweisen und benötigen, welches sich in vielen Punkten wesentlich vom Kompetenzprofil der PP unterscheidet. Gerade in den letzten zehn Jahren hat sich im Zuge der Weiterentwicklung der Ausbildungsgänge und ihrer Curricula dieses Kompetenzprofil immer deutlicher herausgeschält. Eine Konzentration des psychotherapeutischen Grundberufes auf nur einen einzigen Beruf mit Spezialisierungsmöglichkeit für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wäre daher ein gewaltiger Rückschritt in der doch möglichst hochwertig zu gestaltenden psychotherapeutischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen, wie im Folgenden zu belegen sein wird.

Die für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen spezifischen Kompetenzen betreffen v. a. folgende Punkte:

Entwicklungsbezogene Kompetenzen: Wer mit Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch arbeitet, muss sich in besonderem Maße mit entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologischen Fragestellungen *in Theorie und Praxis* auseinandersetzen. Besonderheiten der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung zu verschiedenen Entwicklungszeitpunkten, die jeweils zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben und die jeweils altersstypisch relevanten Entwicklungsumgebungen müssen nicht nur bekannt, sondern in ihrer Bedeutung durchdrungen sein. Ein ganz praktisches Beispiel: Kommunikationsführung und Beziehungsgestaltung mit Vorschulkindern, Grundschulkindern, vorpubertären Jugendlichen, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist jeweils völlig unterschiedlich zu gestalten. In Kindheit und Jugend treten in so schneller Folge so dramatische Entwicklungsschritte auf, die jeweils eigene Vorgehensweisen erfordern, dass es äußerst begrüßenswert ist, dass es eine eigenständige Berufsgruppe gibt, die in Ausbildung und beruflicher Praxis genau darauf vorbereitet ist.

Umfeldkompetenzen: Der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung insbesondere von Kindern, aber auch noch von Jugendlichen, ist unbestreitbar in völlig anderem Ausmaß als in der Therapie Erwachsener von einer gelingenden Zusammenarbeit mit dem Umfeld der PatientInnen abhängig. Wer kinder- und jugendtherapeutisch arbeitet, muss nicht nur beziehungsstiftend, motivationsfördernd und methodisch angemessen mit Personen (Elternteilen, Ersatzeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, AusbilderInnen) und Systemen (Familie, Ersatzfamilie), sondern auch mit den sie umgebenden Institutionen (Kindertagesstätten, Schulen, Jugendhilfeeinrichtungen) arbeiten können. Der kompetente Umgang mit diesen Personen, Systemen und Institutionen erfordert erhebliche theoretische Kenntnisse und praktische Vertrautheit mit dem jeweiligen Umfeld.



	<p>Methodenkompetenzen: Auch methodisch arbeiten KJP mit einem völlig anderen Inventar als PP. Dies beginnt bei den spezifischen diagnostischen Methoden (es gibt z.B. fast überhaupt keine Tests, die regelmäßig sowohl mit Kindern als auch mit Erwachsenen durchgeführt werden) und geht über spezifische Variationen und andere Gewichtungen einzelner Verfahren (operante Methoden, Rollenspiele, familientherapeutisches Vorgehen) bis hin zu völlig anderen methodischen Zugängen (Spieltherapie).</p> <p>Störungskompetenzen: Jeder Psychotherapeut weiß, dass die Prävalenz bestimmter psychischer Störungen sich im Kindes- und Jugendalter völlig anders darstellt als im Erwachsenenalter. Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, Ausscheidungsstörungen, Bindungsstörungen, Entwicklungsstörungen und einige andere sind in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen weitaus häufiger zu behandeln als bei Erwachsenen, während wiederum Persönlichkeitsstörungen und andere Störungen viel häufiger bei Erwachsenen zu behandeln sind.</p> <p>Fazit: Es gibt eine Berufsgruppe, die während der gesamten Ausbildung sowohl in den theoretischen als auch in den praktischen Anteilen genau in den Kompetenzen geschult wird, die hier benannt wurden. Darüber hinaus sammeln diese KollegInnen während ihrer gesamten Berufstätigkeit weitere praktische Erfahrungen genau in diesen Bereichen, weil sie ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln und bilden sich auch in diesen Bereichen fort. Wenn es um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geht, sind diese KollegInnen hochqualifiziert und erfahren. Sie können daher die bestmögliche psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche anbieten. Was könnte es für einen Grund geben, diesen hohen Standard aufzugeben und stattdessen einen Einheits-Psychotherapeuten zu schaffen, der eben <i>nicht</i> während seiner gesamten Ausbildung und Berufstätigkeit diese Kompetenzen erwerben kann, der während der Ausbildung weniger gründlich auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vorbereitet wird und der auch in seinem Berufsleben möglicherweise nur hin und wieder mit Kindern und Jugendlichen arbeitet und kaum je die Expertise und Kompetenz erreichen wird, die KJP in die Arbeit mit der nachwachsenden Generation einbringen können?</p>
	<p>Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bkj) <i>Friederike Wetzorke</i></p> <p>Das Psychotherapeutengesetz hat mit dem Psychologischen Psychotherapeuten und dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zwei neue eigenständige und gleichwertige akademische Heilberufe mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen geschaffen. Wir sind der Meinung, dass sich die beiden Berufe bewährt haben, bestehen bleiben sowie sich weiter entwickeln müssen.</p> <p>Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben <i>spezifische Profile</i>, es gibt unterschiedliche <i>Versorgungsangebote</i> und <i>Versorgungsaufträge</i>.</p> <p>Die erforderlichen <i>Kompetenzen</i> (fachlich-konzeptionelle, personale und Beziehungskompetenzen) eines Psychotherapeuten zur Behandlung von Kindern/Jugendlichen und ihren wichtigsten Bezugspersonen einerseits (vor allem: <i>Entwicklungsbezug, Umfeld- und Systembezug, spezifische Methoden, spezifische Beziehungskompetenzen</i> und <i>Störungskompetenzen</i>) und Erwachsenen andererseits unterscheiden sich erheblich. Sie erfordern eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung, in der man entweder für beide Bereiche umfassend ausgebildet wird oder sich für einen Schwerpunkt (entweder Erwachsenenbehandlung oder Behandlung von Kindern und Jugendlichen) entscheidet. Die Möglichkeit des späteren Erwerbs der jeweils anderen Qualifikation sollte dann durch entsprechende Weiterbildung möglich sein.</p> <p>Um eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten zu können, müssen die Zugangsvoraussetzungen, die zur jeweiligen Ausbildung qualifizieren, grundsätzlich gleichwertig sein (spezifische Master-Studiengänge mit definierten Qualifikationen) (genauer: Thema 2).</p>

	<p>Eine spezielle Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und damit den Erhalt des eigenständigen Berufes Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten halten wir sowohl aus fachlich- inhaltlichen Gründen als auch aus Versorgungsgründen für erforderlich.</p>
	<p>Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ) e.V.</p> <p><i>Dr. Josef Könning</i></p> <p>Folgende Punkte unterscheiden die Tätigkeit einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin grundlegend von der Tätigkeit einer Psychologischen Psychotherapeutin. Diese Unterschiede machen zwei getrennte Berufe erforderlich.</p> <p>Die Altersspanne der Patienten von 0 bis 21 Jahren erfordert intensivere Kenntnisse in der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklungspsychologie, Entwicklungsaufgaben, entwicklungsförderliche Umwelten etc.</p> <p>Die KJP-Therapeutin muss für jedes Entwicklungsalter Störungen von Krankheitswert diagnostisch von Entwicklungsstörungen und Störungen im Umwelt-system abgrenzen können. Dies erfordert andere und weitergehende diagnostische Kompetenzen.</p> <p>Die unterschiedlichen Entwicklungsalter sowie die Arbeit mit den Bezugspersonen erfordern je spezifische Beziehungskompetenzen.</p> <p>Die Bedeutung der unterschiedlichen Lebensumwelten der Klienten müssen je nach Störungsmodell in den Therapieprozess einbezogen werden können: Eltern, Geschwister, Kindergarten, Schule, Peers, Jugendamt, Großfamilie, Nachbarschaft und Medien (z.B. Internet). Das erfordert jeweils spezifische unterschiedliche Kompetenzen auch im Bereich psychosozialer Interventionen, einschließlich Maßnahmen der Jugendhilfe, Berufsausbildung und Ersatzfamilienstrukturen.</p> <p>Der intensive Einbezug von Bezugspersonen erfordert spezifische Kompetenzen im Umgang mit Interventionen auf der Systemebene (z.B. Multisystemische Familientherapie (FT), funktionale FT).</p> <p>Die unterschiedlichen Entwicklungsalter der Patienten machen spezifische Kompetenzen im Umgang mit therapeutischen Methoden notwendig.</p> <p>Die Störungen von Krankheitswert im Kinder und Jugendlichenalter sind vielfältiger und erfordern differenzierte störungsspezifische Kompetenzen.</p> <p>Die KJP mit pädagogischen Grundberufen bringen für den Erwerb dieser spezifischen Kompetenzen wichtige und wertvolle Grundlagen mit.</p> <p>Sollten die KJP mit pädagogischen Grundberufen aus der Ausbildung herausfallen, drohen ein zusätzlicher Therapeutenmangel und Versorgungslücken.</p>
	<p>Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e.V. (DGIP)</p> <p><i>Albrecht Stadler</i></p> <p>Ich bin Vertreter einer Fachgesellschaft und eines Institutes, unter deren Dach in psychoanalytisch begründeten Verfahren zum Erwachsenen-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten ausgebildet wird. Meine Stellungnahme zu Frage 1 stützt sich auf langjährige Erfahrung mit beiden Ausbildungsgängen.</p> <p>Es besteht bei vielen Fachleuten Einigkeit darüber, dass einige Kompetenzbereiche beider Berufe vergleichbar sind und auch gemeinsam im Rahmen der Ausbildung gelehrt und erworben werden können.</p> <p>Die entscheidenden Unterschiede zwischen den beiden Berufen ergeben sich hinsichtlich der unterschiedlichen Behandlungstechniken bei gemeinsamen theoretischen Grundannahmen. Diese unterschiedlichen Behandlungsstrategien und -techniken können m.E. nur differentiell erlernt und sinnvoller Weise nur in je eigenständigen Ausbildungen erworben werden.</p>

	<p>Das betrifft z.B. Bereiche wie die Kontaktaufnahme zu den Patienten, das Schaffen motivationaler Therapievoraussetzungen bei den Patienten, das Halten der therapeutischen Beziehung mit den Patienten u.a.m.</p> <p>Zudem sind Umfeld-Bedingungen bei der Behandlung Erwachsener auf andere Weise zu berücksichtigen, als bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Die Abhängigkeitsverhältnisse von Kindern und Jugendlichen haben in der Realität und bekommen in der Behandlung eine andere Bedeutung, als die Abhängigkeitsverhältnisse von erwachsenen Patienten.</p> <p>Konkretisieren lässt sich das am Beispiel der begleitenden Behandlung der Eltern in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, wo eine besondere Kompetenz im Umgang mit den sog. Indexpatienten – die zumeist nicht eigenmotiviert zur Behandlung kommen - und deren primären Bezugspersonen erlernt werden muss.</p> <p>In der Behandlung von Erwachsenen bilden sich diese primären sowie andere bedeutsame Beziehungen vorwiegend im intrapsychischen Raum und der interpersonellen Dynamik der Behandlung ab.</p> <p>In der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie kommt die zu gestaltende Realität dieser primären, zumeist gegenwärtigen Beziehungen dazu. Dies beeinflusst das therapeutische Geschehen und Handeln auf je unterschiedliche Weise und muss sich in den Ausbildungen als spezialisierter Kompetenzerwerb niederschlagen.</p> <p>Zudem muss einerseits die Kompetenz im Umgang mit eher verfestigten psychischen Strukturbildungen erarbeitet werden (Erwachsene), andererseits mit Strukturbildungen, die sich noch in der Entwicklung befinden (Kinder und Jugendliche). Auch dies erfordert unterschiedliche therapeutische Kompetenzen, die nur durch differentielle Theorie und Praxeologie erworben werden können.</p> <p>Da Kinder und Jugendliche keine kleinen Erwachsenen sind und Erwachsene zumeist nicht nur groß gewordene Kinder, halte ich diese hier nur angedeuteten Differenzierungen der beiden Berufe für notwendig, um den unterschiedlichen Gegenstand des therapeutischen Bemühens zu verdeutlichen. Dass es dabei fließende Übergänge gibt, darf nicht Grundlage undifferenzierter Vermischungen werden.</p> <p>Ceterum censeo: Die hier zwangsläufig nur kurz angesprochenen, in ihrer Komplexität vergleichbaren und doch sehr unterschiedlichen Anforderungen an die Kompetenz in beiden Berufen erfordert für beide Bereiche in jedem Fall die akademische Qualifikation eines Masterabschlusses. Dieser Masterabschluss muss in den für die jeweilige Ausbildung relevanten Bereichen wissenschaftliche Grundlagen vermitteln und Grundlegungen zum wissenschaftlichen Arbeiten als Voraussetzung für die Ausbildung zum PP und KJP schaffen.</p>
	<p>Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG)</p> <p><i>Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner</i></p> <p>Soll sich Psychotherapie am ‚Bedarf‘ orientieren, also ‚populationsbezogen‘, muss sie eine angemessene professionelle Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse bereitstellen, also effektiv zu einer Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens und der jeweils vorhandenen sozialen Chancenstruktur beitragen. Von der fortgesetzten Ausweitung und Steigerung des sozialen Gradienten in unserer Gesellschaft sind längst nicht mehr ‚nur‘ soziale Randgruppen betroffen. Dies gilt in besonderem Maße für aufwachsende Kinder und Jugendliche. Folglich gibt es eine Reihe fachlich-qualitative Argumente für die Eigenständigkeit des KJP-Berufes zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien.</p> <p>In der Jugendhilfe gibt es ein Bündel von Maßnahmen, die in der Hilfeplankonferenz aufeinander bezogen werden müssen. Dabei ist eine der entscheidenden</p>

Faktoren für den Erfolg der Hilfe, wie Psychotherapie zielführend mit den anderen Maßnahmen kombiniert und vernetzt werden kann. Psychotherapeutische Feldkompetenz im Kinder- und Jugendbereich bedeutet daher ein multidimensionales Vorgehen mit entsprechenden Diagnostik- und (Be-)Handlungsstrategien, die sich neben den traditionellen klinisch-psychologischen Inhalten elementar an Entwicklungsaspekten, an der Beziehungs- und Motivationsstruktur, an der Lebenswelt und am Umfeld sowie an Versorgungsrealitäten im Hilfenetz orientieren. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie trägt nach diesen Überlegungen dem Umstand Rechnung, dass jedes Kind – insbesondere im Kontext sozialer Benachteiligung – fortwährend vor der Aufgabe steht, auf dem Hintergrund seiner bisher entwickelten psychischen Struktur und seiner aktuellen psychosozialen Situation bedeutsame Veränderungen seiner Lebenslage psychisch zu verarbeiten. Ein psychotherapeutischer Einheitsberuf könnte diesen Besonderheiten kaum gerecht werden, eine Absenkung des Qualitätsniveaus in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wäre zu befürchten.

In versorgungspolitischer Hinsicht gilt es, die psychosozialen und sozialpädagogischen Besonderheiten des Berufes eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber einem Erwachsenenpsychotherapeuten ernst zu nehmen. Obwohl PP'ler berechtigt sind, auch Kinder und Jugendliche zu behandeln, hat sich gezeigt, dass sie diese Möglichkeit nicht in ausreichendem Maße wahrnehmen, um den vorhandenen Bedarf zu decken. Die mit der Vorstellung von einem ‚Einheitsberuf‘ einhergehende Überlegung, psychotherapeutische Qualifikation in einem Direktstudium zu vermitteln, würde im momentanen Kräfteverhältnis in eine disziplinäre, forschungsmethodologische wie verfahrensbezogene Engführung einmünden, die der interdisziplinär angelegten Berufspraxis in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie keinesfalls mehr gerecht wird. SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und HeilpädagogInnen befinden sich in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht nur in einer langjährigen Tradition, sie sind in ihrem Studium auch in großem Umfang mit psychosozialen Problemstellungen des Kindes- und Jugendalters und Aspekten der Entwicklung und Sozialisation befasst. Sie sind in Studium wie Praxis mehrdimensionalen und interdisziplinären Herangehensweisen in der Diagnostik und Intervention verpflichtet und daher spezifisch ausgerichtet auf ‚hard-to-reach‘-Klientel in Multiproblemsituationen.

Der Masterabschluss ist fachlich in jedem Falle als verbindlich für das Abschlussniveau beider Professionen festzusetzen. Bzgl. der vergleichbaren Niveaus der Masterabschlüsse der Fachhochschulen und Universitäten hat sich die KMK eindeutig positioniert. Um dieses Qualifikationsniveau jedoch auch inhaltlich verbindlich zu sichern, ist die Vereinbarung von Mindeststandards, sehr sinnvoll, wie sie beispielsweise für die KJP von der AZA-KJP vorgeschlagen wurden. Damit wäre eine Voraussetzung gegeben, welche Studiengänge – egal ob im Bereich Psychologie, (Heil-)Pädagogik oder Sozialwesen - tatsächlich die für den Zielberuf psychosozial und klinisch relevanten Inhalte vermitteln.

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Kristiane Göpel



Es soll der Frage nachgegangen werden, ob wegen der deutlich unterschiedlichen fachlichen und behandlingstechnischen Anforderungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie es angemessen ist, zwei getrennte Berufe zu verankern. Hierzu sind nach unserer Einschätzung folgende Gesichtspunkte bedeutsam:

1. Die Behandlung umfasst nicht nur den Patienten, da er ein Abhängiger ist.

Vom/von der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/tin wird eine vielfältig erweiterte Behandlungstechnik unter multiperspektivischer Sicht auf Lebenszusammenhänge mit u.a. systemisch- und familientherapeutischem Kenntnissen erwartet. Es wird nicht nur der Patient, das Kind, sondern auch dessen Beziehungsumfeld, die Eltern, als wichtige stellvertretende Partner für die Einhaltung

des Therapiebündnisses, behandelt. Die Wahrnehmung der Abhängigkeit des Kindes von dieser Beziehungsgruppe ist für die Behandlung relevant.

2. Zusammenarbeit mit Institutionen

Eng verknüpft mit dem Arbeiten in der inneren Kernfamilie hat der/die KJP die Aufgabe, auch mit dem äußeren Beziehungsfeld, mit unterschiedlichen Problemstellungen, Settings, Störungen und Zielgruppen, in die das Kind eingebunden ist, einen Austausch zu pflegen. Eine auch rechtliche und inhaltliche Kenntnis der Befugnisse des psychosozialen Umfeldes ist gemäß Alter des Patienten gefordert. Zu nennen sind: andere Heilberufe, Kindergarten, Schule, Lehrstelle, Jugendamt, Jugendhilfe.

3. Juristische Aspekte

Die zu beachtenden juristischen Aspekte der Berufsausübung des/der KJP sind vielfältiger als in der Erwachsenenpsychotherapie und aus den aufwendigeren Erläuterungen der Berufsordnungen der Kammern ersichtlich. Da der/die KJP mit vielen Betroffenen konfrontiert wird, sind juristische Besonderheiten zu beachten, z.B. im Bereich des Therapievertrags und -bündnisses, der Schweigepflicht, des Sorgerechtes, der Abstinenz, der Aufklärung, der Dokumentation, und des QM mit Sicherheitsvorkehrungen in den Praxen.

4. Entwicklungspsychologische Gesichtspunkte

Die Komplexität entwicklungspsychologischer und entwicklungspathologischer Prozesse, exemplarisch zu nennen sind die Ergebnisse der Säuglingsforschung und Kleinstkindtherapie, ist in der KJPpsychotherapie vom anzuwendenden Wissen gestiegen. Behandlungstechnisch setzt der Umgang bei minderjährigen Patienten je nach Entwicklungsstufe wegen der stärker primär prozesshaften Kommunikationsgestaltung besondere Behandlungskompetenzen voraus. Diese therapeutischen Fähigkeiten und die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit der Kinder setzen einen fachlich kompetenten Umgang mit professionellem und entwicklungsadäquatem Spielmaterial voraus.

5. Mehr Selbstreflexion und Selbsterfahrung erforderlich

Durch die vom Kind geforderte aktive Teilnahme an den Aktionen im Behandlungsgeschehen ist der/die KJP einer erhöhten Gefahr unreflektierten Handelns ausgesetzt. Letztgenannte Behandlungskompetenz erfordert vom/von der KJPpsychotherapeuten/tin eine besondere Form der Selbstreflexion und vertiefte und dadurch zeitlich erhöhte Selbsterfahrung während der Ausbildung und während der Berufsausübung.

Diese Erläuterungen legen die Überlegung nahe, dass der Beruf des KJP besonderen Erfordernissen ausgesetzt ist, die einen vom Erwachsenenpsychotherapeuten getrennten Beruf erfordern.

Psychotherapeutenkammer Berlin

Christoph Stößlein



Seit in Kraft treten des Psychotherapeutengesetzes 1998 haben sich die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) als gleichwertige Heilberufe neben den ärztlichen Heilberufen im Gesundheitswesen bewährt. Wir sind der Meinung: Beide Berufe müssen als eigenständige Heilberufe bestehen bleiben und weiterentwickelt werden.

Grundvoraussetzung für den Beginn der postgraduale Ausbildung sowohl zum PP als auch zum KJP muss der Abschluss eines Masterstudiums sein. Dabei ist sicherzustellen, dass

- der Masterabschluss, der zur Ausbildung zum PP qualifiziert, ausreichend Anteile an Klinischer Psychologie enthält und
- der Masterabschluss, der zur KJP-Ausbildung qualifiziert, ausreichend Anteile an Klinischer Psychologie, Entwicklungspsychologie, pädagogischer

	<p>Psychologie und Pädagogik enthält.</p> <p>Mit der zurzeit geltenden Regelung, dass bereits der Bachelor-Abschluss zur KJP-Ausbildung berechtigt, droht eine Abqualifizierung der KJP. Wir befürchten, dass die so ausgebildeten KJPs nicht mehr selbständig und eigenverantwortlich auf wissenschaftlich gesichertem Niveau die Heilkunde werden ausüben können. Wir fordern, dass die KJP weiterhin als eigenständiger Heilberuf (postgradual und verfahrensspezifisch) ausgebildet werden, da sich die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsene erheblich von der Behandlung von Erwachsenen unterscheidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor allem jüngere Kinder inszenieren szenisch und spielerisch ihre seelischen Konflikte. Interventionen von Psychotherapeuten müssen entsprechend auf diese Ebene Bezug nehmen. Das Symbolhandeln nimmt einen großen Stellenwert ein und muss als Ausdrucksform verstanden werden. • Kinder erleben oft keinen eigenen Leidensdruck, sondern werden von ihren Bezugspersonen zur Psychotherapie geschickt. Diese starke Abhängigkeit der Kinder von ihrem Beziehungsumfeld hat zur Folge, dass auf eine spezifische Weise auch mit diesem Umfeld gearbeitet werden muss (die sog. „Begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen“, wie es in den Psychotherapierichtlinien heißt.) • Eine Praxis, in der überwiegend Kinder- und Jugendliche behandelt werden, muss sich in ihrer Ausstattung auf die Behandlung von Kindern einstellen. Es muss ausreichend Material zum symbolischen Darstellen vorhanden sein; die Praxisorganisation muss häufigere Terminausfälle aufgrund der zahlreichen Krankheiten im Kindesalter berücksichtigen; darüber hinaus müssen Kinder an Klassenreisen oder an Schulveranstaltungen am Nachmittag teilnehmen. <p>Es bedarf auch zukünftig des Heilberufs des KJP, denn nur KJP verfügen über die fachlich-konzeptionelle, die personale und die Beziehungs-Kompetenz zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen und zur begleitenden Psychotherapie der Bezugspersonen, wie mehrfach im Rahmen der BPtK-Workshops zur Ausbildungsreform ausgeführt (u.a. von Christine Röpke, Marion Schwarz, Prof. Dr. Borg-Laufs).</p>
--	---

Thema 2 „Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutischen Ausbildungen und deren Überprüfung“

Hearing am 28. Januar 2009

Statements der Organisationen und Verbände

Thema 2 „Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutischen
Ausbildungen und deren Überprüfung“

Arbeitsgemeinschaft Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP)

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Im Rahmen des Bologna-Prozesses besteht die Chance, fachlich-inhaltliche Fragen der Psychotherapieausbildung kritisch zu überdenken. Der Paradigmenwechsel von der Input- zur Outcome- Orientierung und die im Qualifikationsrahmen geforderte Kompetenzen, wie z.B. Komplexität und Multidisziplinarität in Wissenschaft und Theoriebildung sind als Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung zum Psychotherapeuten sehr zu begrüßen. Die Frage, welche Abschlüsse mit welcher inhaltlichen Ausrichtung die Zulassungsvoraussetzung für den Beruf des/r PsychotherapeutIn erfüllen, ist dabei in erster Linie an *fachlich-inhaltlichen* Überlegungen statt an berufspolitischen Fragen zu orientieren, um zukünftige AusbildungsteilnehmerInnen möglichst angemessen auf ihren späteren anspruchsvollen Aufgabenbereich vorzubereiten. Wie der Aufgabenbereich der Psychotherapie zu beschreiben ist, wird jedoch von den Disziplinen sehr unterschiedlich gefüllt.

Orientiert man sich am Bedarf, wird deutlich, dass die momentane Versorgung durch die bestehende PP und KJP weder die dringlichen psychosozialen Problemlagen, die aus Migrationsprozessen resultieren noch Auswirkungen von sozialer Ausgrenzung/Randständigkeit oder von Armut ausreichend beantworten. Man kann diese modernen Entwicklung auch als Chance zur Umorientierung einer Psychotherapie begreifen, die momentan diesen Sektor immer mehr dem Bereich der Beratung überlässt, obwohl es dabei zu einem beträchtlichen Teil um ICD-relevante Diagnosen geht. Diese Mehrdimensionalität in der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit wird in den Versorgungsstrukturen der Zukunft zunehmend an Bedeutung gewinnen, nicht nur für die KJP, in der dieser Sachverhalt bereits heute unübersehbar ist, sondern auch in der PP.

Die Entwicklung von adäquaten Konzepten der Versorgung basiert in ihrer Umsetzung auf Diagnostik- und (Be-)Handlungskompetenz in der Ausbildung zur Psychotherapie, die wiederum auf geeigneten Hochschul- und Universitätsabschlüssen basiert. Neben den klinisch-psychologischen Inhalten werden dabei Kompetenzen benötigt, die auch dazu befähigen PatientInnen in Multiproblemsituationen zu erreichen und zu behandeln. Der Qualifikationsrahmen für Masterabschlüsse gibt diese inhaltliche Orientierung durchaus her: Mit seinen Forderungen nach nicht nur Fakten- und Theoriewissen, sondern auch einem kritischen Bewusstsein für Grenze und Schnittstellen, mit der Zielsetzung, dass die vermittelten Fertigkeiten und Spezialkenntnisse auch in komplexen Situationen angewendet werden können und der spezifischen Forderung nach Sozialkompetenz, Interdisziplinarität und der Orientierung an gesellschaftlichen Prozessen, arbeitet er den soeben aufgezeigten Zusammenhängen entgegen.

Der Masterabschluss – ob nun Master of Arts oder Master of Science (in den sozialwissenschaftlichen Fächern wird grundsätzlich der M.A. vergeben) in Sozialarbeit, Sozialpädagogik, (Heil-)Pädagogik oder Psychologie, aufbauend auf einem Bachelor-Studiengang in einer der gleichen Disziplinen an einer Hochschule oder Universitäten ist daher in jedem Falle als verbindlich festzusetzen. Um das spezifisch psychosoziale (im folgenden wird ‚psychosozial‘ als ein interdisziplinäres Konglomerat aus ‚klinisch-psychologisch, sozialarbeiterisch sowie sozial- und heilpädagogisch verstanden) Qualifikationsniveau verbindlich zu



	<p>sichern, ist es sinnvoll, inhaltliche Mindest-Standards für eine Zulassung zu formulieren. Damit wird transparent, welche Studiengänge – egal ob in Psychologie oder Sozialarbeit, Sozialpädagogik oder Heilpädagogik – tatsächlich genügend psychotherapie-relevante Inhalte vermitteln. Insgesamt wäre es sinnvoll, einen Umfang von 20-30 ECTS anzustreben, jedoch eventuell über Brückenkurse nachzudenken, falls dieser Umfang als Konsens einer Einzeldisziplin im Falle breiter angelegte Studiengänge nicht gewährleistet werden kann. Die Überprüfung der erforderlichen Inhalte in den Masterstudiengängen könnte durch die Teilnahme von psychotherapiespezifischen ExpertInnen in den Akkreditierungsverfahren gewährleistet werden.</p> <p>Zu den konkreten Inhalten gehören Kompetenzen der psychosozialen, Diagnostik und Gesprächsführung (konkret: relevante Diagnosemethoden zum Verständnis individuellen und kollektiven Verhaltens prozess- und dialogorientierter unter Einbezug eines breiten diagnostischen Spektrums sowie Gender- und Diversitykompetenzen kennen und anwenden können), ein kompetenter Umgang mit psychosozialen Modellen von Gesundheit, Krankheit, Normalität und Abweichung (konkret: bio-psycho-soziale, entwicklungsorientierte, interaktionelle und soziokulturelle Modelle von Problemlagen und ihrer Veränderung kennen und anwenden können) und psychosoziale Forschungskompetenz (konkret: gegenstandsangemessen, mehrperspektivisch und interdisziplinär Forschungs- und Kontrollmethoden der Psychotherapieforschung verstehen und anwenden können; eventuell fachspezifische, empirische Masterthesis). Nicht zuletzt ist die Anwendungskompetenz des Methodenspektrum auf unterschiedliche Aufgaben- und Problemstellungen, Settings, Störungen und Zielgruppen (inkl. gender-, sozio- und kulturkritischen Aspekten und dem Einsatz der eigenen Biographie) zu fordern sowie die Fähigkeit versorgungsrelevante Rahmenbedingungen zu beherrschen (konkret: theoriebasiertes Methodenspektrum auf personaler, interaktioneller und Versorgungs-Ebene einsetzen und komplexe Behandlungswerke koordinieren können). Manche der Kompetenzen sollten aus Praktika oder praxisnahen Projekten zum psychosozialen Themenkreis gewonnen werden, um einen qualitativ hohen Übergang in die praktisch orientierte Profession zu sichern.</p>
	<p>Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bkj)</p> <p><i>Marion Schwarz</i></p> <p>Die bislang im Psychotherapeutengesetz vorgesehenen Zugänge für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, also neben der Qualifikation als Diplom-Psychologe mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie auch Abschlüsse in den Studiengängen der Pädagogik und Sozialpädagogik, halten wir weiterhin für sinnvoll, inhaltlich berechtigt und wichtig.</p> <p>Studienabsolventen benötigen für eine anschließende Psychotherapieausbildung sowohl fundiertes Störungs- und Problemwissen, als auch Diagnostik- und Interventionswissen (klinische sowie psychosoziale und pädagogische Interventionen) und Interaktionswissen.</p> <p>Das nötige Grundlagenwissen kann somit sowohl auf der Basis eines Psychologiestudiums mit klinischen und pädagogischen Studieninhalten, als auch auf Basis eines sozialwissenschaftlichen und spezifischen (sozial-) pädagogischen Studiums erworben werden.</p> <p>Gerade die für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erforderlichen spezifischen Kompetenzen, die sich nicht nur individuell auf das Kind/den Jugendlichen beziehen, bedingen fundiertes Wissen um das Aufwachsen von Kindern, um die unterschiedlichen familiären Entwicklungsbedingungen, um kulturelle Aspekte des Aufwachsens, um die Bedeutung von Gruppen und Institutionen, die das Kind/den Jugendlichen/die Familie begleiten oder Einfluss nehmen.</p> <p>Ziel einer psychotherapeutischen Ausbildung ist die Fähigkeit zur wissenschaftlich fundierten selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkun-</p>

	<p>de. Dementsprechend müssen die akademischen Voraussetzungen zur Ausbildung ausgestaltet sein. Die erforderlichen Qualifikationen entsprechen eindeutig der Stufe 7 des Deutschen Qualifikationsrahmens und damit dem Master-Abschluss, der vorsieht, dass neben Fakten- und Theoriewissen auch Fertigkeiten notwendig sind, das Spezialwissen auch in komplexen Situationen anwenden zu können, sowie Sozialkompetenzen, um in interdisziplinären Expertenteams zu arbeiten und Anleitungsaufgaben zu übernehmen (siehe Kliniken, Ambulanzen und Beratungsstellen). Die Entwicklungen in der Psychotherapie und im Gesundheitswesen erfordern weiterhin Kompetenzen in Forschungs- und Kontrollmethoden, um mehrperspektivisch und interdisziplinär eigene Forschungs- und Praxisentwicklungsprojekte konzipieren zu können, beispielsweise auch um notwendige Evidenzprüfung und Evaluationen durchführen zu können. Dieser Studienabschluss muss damit für beide Heilberufe gleichermaßen gelten, und somit auch für die dazu qualifizierenden Studiengänge.</p> <p>Angesichts der Umgestaltung der Studiengänge nach den Beschlüssen von Bologna ist eine einfache Nennung eines Studienfaches, wie bisher im Psychotherapeutengesetz, nicht mehr ausreichend und genau genug. Notwendig erscheinen definierte Studienziele und Kompetenzen, die erworben sein müssen, um eine psychotherapeutische Ausbildung beginnen zu können. Diese sollten von der Berufsgruppe selbst in Kooperation mit den Hochschulen und den Ausbildungsträgern sowie den Landesprüfungsämtern definiert und überprüft werden.</p>
	<p>Bundespsychotherapeutenkammer</p> <p><i>Monika Konitzer</i></p> <p>Die Anforderungen an die Versorgung psychisch kranker Menschen haben sich seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes vor zehn Jahren deutlich verändert. Patienten erwarten zu Recht, dass ein Psychotherapeut sie unter Berücksichtigung der bestverfügbaren externen Evidenz berät, behandelt oder ggf. weiter verweist.</p> <p>Evidenzbasiertes Handeln verlangt umfassende wissenschaftliche Methodenkompetenz, denn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten müssen die bestverfügbare Evidenz – wenn keine geeigneten Behandlungsleitlinien verfügbar sind – selbst recherchieren, und • vor allem müssen sie die Passung für den Einzelfall prüfen können. <p>Notwendige Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung sind damit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aktuelles Fakten- und Theoriewissen, 2. ein kritisches Bewusstsein für die Grenzen und die Schnittstellen zu anderen Professionen und 3. Fähigkeiten, um Spezialkenntnisse auch in komplexen Situationen anwenden zu können. <p>Kurz gesagt, ein Psychotherapeut muss über all jene Kompetenzen verfügen, die für die innovative Bearbeitung von anspruchsvollen Aufgaben und Problemstellungen einer Wissenschaftsdisziplin notwendig sind.</p> <p>Damit sind gleichzeitig die wesentlichen Merkmale genannt, mit der die Kultusministerkonferenz das Kompetenzniveau von Masterabschlüssen definiert.</p> <p>An dieses Kompetenzniveau wurde bereits bei der Formulierung des Psychotherapeutengesetzes gedacht, als die Ausübung von Psychotherapie als eine mittels <u>wissenschaftlich anerkannter</u> psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, definiert wurde. Schon damals war unbestritten, dass die Ausübung von Psychotherapie zwingend</p>

	<p>umfassende wissenschaftliche Fach- und Methodenkenntnisse voraussetzen. Das bedeutet für die Profession der Psychotherapeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse über wissenschaftlich begründete psychotherapeutische, psychologische, biologische und soziologische Modelle psychischer Erkrankungen und anderer Erkrankungen, • Kenntnisse in der klinisch-psychologischen Diagnostik, einschließlich ihrer methodischen Grundlagen, Testtheorie und Durchführung, • Fähigkeiten zur kritischen Rezeption psychotherapeutischer Behandlungsverfahren, -methoden und -techniken unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten. <p>Diese Basiskompetenzen sind zwingende Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der Ausbildungsinhalte, die die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vorschreiben. Sie müssen daher bereits mit Beginn der Ausbildung verfügbar sein.</p> <p>Der Gesetzgeber hat 1999 das Anliegen verfolgt, durch die Vorbildung der Ausbildungsteilnehmer eine gemeinsame Wissensgrundlage als Basis für die Ausbildung zu schaffen. Dieses Prinzip wurde durch die Einbeziehung von Pädagogen und Sozialpädagogen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durchbrochen, da in diesen Studiengängen besondere Kenntnisse im Umgang mit Kindern und Jugendlichen vermittelt werden. Pädagogische (Bachelor-)Studiengänge vermitteln dafür jedoch die genannten Basiskompetenzen nicht in ausreichendem Maß, u. a. im Bereich wissenschaftlicher Methodenkompetenz.</p> <p><u>Unser Fazit:</u></p> <p>Da das genannte Anforderungsniveau an die psychotherapeutische Tätigkeit unstrittig sein dürfte, müssen <u>alle</u> Psychotherapeuten in ihrem Studium die genannten Kompetenzen auf dem Niveau eines Masterabschlusses erwerben und zwar unabhängig davon, ob sie psychisch kranke Kinder, Jugendliche oder Erwachsene behandeln.</p>
	<p>Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ) e.V.</p> <p><i>Wolfgang Ihle</i></p> <p>A) Mindestabschlüsse (formal)</p> <p>Die akademischen Heilberufe PP und KJP sollten zu eigenständigem, evidenzbasiertem Handeln befähigt sein. Zur Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden, wissenschaftlich fundierten Tätigkeit ist für beide Berufe (PP, KJP) der Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung unumgänglich. Die Zugangsqualifikation muss zu einer wissenschaftlich fundierten Berufsausübung der Psychotherapie befähigen. Hierfür sind eine umfassende wissenschaftliche Methodenkompetenz sowie eine vertiefte forschungsbezogene Expertise vonnöten. Diese sind Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich der Diagnostik, Intervention und Evaluation auf dem Gebiet psychischer Störungen. Die Berufspraxis der Psychotherapie muss an die wissenschaftliche Entwicklung angekoppelt bleiben, um die erreichte hohe Qualität der Versorgung zu gewährleisten und weiterzuentwickeln.</p> <p>Für PP ist wie bisher der Masterabschluss in Psychologie zu fordern, der das Prüfungsfach Klinische Psychologie beinhaltet. Für KJP ist der Masterabschluss in Psychologie oder Pädagogik (z.B. Pädagogik, Heil-/Sonderpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Sozialpädagogik) zu fordern, der das Prüfungsfach Klinische Psychologie oder ein noch zu definierendes Äquivalent beinhaltet. Eine gute Diskussionsgrundlage für das zu definierende Äquivalent bietet z.B. das Papier AZA-KJP.</p> <p>Die Sicherung des Nachwuchsbedarfs der Berufe („Reproduktion des eigenen</p>

	<p>Berufsstandes“) muss auf hohem fachlichem und wissenschaftlichem Niveau passieren. Es müssen daher ausreichend geeignete Masterstudienplätze zur Verfügung stehen. Hierfür müssen die Bundesländer/ Hochschulen sensibilisiert werden.</p> <p>B) Mindestvoraussetzungen (inhaltlich)</p> <p>Aus dem Studium (Bachelor- plus Masterabschluss) sollten Kenntnisse und Fertigkeiten zu psychologischen Grundlagen (Allgemeine Psychologie, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Sozialpsychologie, Biopsychologie, biopsychosoziales Entwicklungsmodell), forschungsmethodischen Grundlagen und Grundlagen der Diagnostik (Testtheorie-, -konstruktion, -durchführung) mitgebracht werden. Dies trifft für PP und KJP zu. Aufgrund des Tätigkeits- und Kompetenzprofils (Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihre Eltern) müssen KJP's mindestens genauso gut qualifiziert sein wie PP's. Da Psychologen auch für die KJP-Ausbildung eine Prüfung in Klinische Psychologie vorweisen müssen, ist hierzu ein Pendant für Pädagogen zu fordern. Hierdurch ließe sich eine Verbesserung/ Angleichung der Eingangsqualifikationen erreichen. Alternativ wäre hier ggf. auch eine Nachholmöglichkeit vor oder während der Psychotherapieausbildung denkbar. Die Festlegung des Mindestumfangs Klinische Psychologie (Anzahl Leistungspunkte) ist zu diskutieren.</p> <p>C) Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen</p> <p>Die Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen sollte durch die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten erfolgen. Diese sollten hierfür ein Qualitätssicherungskonzept vorlegen, das von den Landesprüfungsämtern zu genehmigen ist.</p>
	<p>Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)</p> <p><i>Martin Klett</i></p> <p>Der bvvp setzt sich zunächst, wie fast alle hier im Raum dafür ein, dass für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die gleiche Zugangsvoraussetzung, nämlich der Master-Abschluss, in einem Studium der Psychologie, der Pädagogik oder der Sozialpädagogik zu Grunde gelegt wird. Weiterhin befürworten wir die Beibehaltung des bestehenden Systems von zwei Grundberufen PP und KJP. Die Ausbildung hat sich in diesem Punkt bewährt und es gibt u.E. keinen Anlass, hier etwas zu ändern.</p> <p>Grundprinzipien sollten fachliche definierte Mindestqualität des Zugangs einerseits und möglichst breite Zugangsmöglichkeiten andererseits sein.</p> <p>Wir sprechen uns dafür aus, dass den Berufskammern der Psychotherapeuten ein wesentlicher Einfluss darauf zuerkannt wird, welche Inhalte psychologischer bzw. (sozial-) pädagogischer und klinisch-psychologischer Ausbildung in den Studiengängen zum Master realisiert sein müssen, um ihn als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung zu qualifizieren. Der Bologna-Prozess hat leider ziemlich genau das Gegenteil dessen bewirkt, was er eigentlich sollte: die Studienlandschaft wurde extrem unübersichtlich und heterogen mit geringen Möglichkeiten für Studierende, den Studienort zu wechseln. Trotz dieser Diversifikation in unzählige Master- und natürlich auch Bachelore-Studiengänge, die sich als Eingangsvoraussetzung für das Psychotherapeutenstudium dann anbieten wollen, müssen diese hinsichtlich der Mindeststandards der Zugangsvoraussetzungen systematisch vergleichbar sein. Hier können die Kammern die klinisch-psychologischen Inhalte der jeweiligen Studiengänge mit definieren, die mindestens dem psychologisch-psychotherapeutischen Basiswissen der bisherigen Anforderungen an „Klinischer Psychologie“ entsprechen sollte.</p> <p>Andererseits sollten bei den die Mindeststandards nicht erfüllenden MA-Abschlüssen strukturell verankerte Nachqualifikationsmöglichkeiten vorgesehen werden, die zu einer Zugangsberechtigung führen.</p> <p>Mindeststandards sichern in Zukunft ein einheitliches und gleichbleibend ho-</p>

	<p>hes Niveau bei der Ausbildung qualifizierter Psychotherapeuten, Nachqualifikationsmöglichkeiten sichern den ungehinderten Zugang bei divergierenden MA-Abschlüssen.</p>
	<p>Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)</p> <p><i>Prof. Dr. Reinhard Pietrowsky</i></p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie vertritt in der Frage der Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutische Ausbildung ganz die Position, dass diese die Tiefe und Breite eines akademischen Studiums mit einem sehr großen Anteil an inhaltlich psychologischen Fächern widerspiegeln müssen. Nur dadurch werden die Grundlagen eines akademischen Heilberufs geschaffen und erhalten. Insbesondere bedeutet dies:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Notwendige formale Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung zum PP und KJP muss für beide Berufe ein Masterabschluss in einem einschlägigen Hochschulstudium beinhalten, welches in großem Umfang Inhalte und Methoden der Psychologie umfasst. 2. Die Inhalte dieses Studiums müssen die Grundlagen und Anwendungsgebiete der wissenschaftlichen Psychologie in ihrer gesamten Breite und insbesondere ihre methodischen Grundlagen in ausreichender Tiefe vermitteln. Im Rahmen dieser akademischen Heilberufe müssen die Fertigkeiten vorhanden sein, kritisch und eigenständig Forschungs- und diagnostische Befunde verstehen und in einer Weise bewerten zu können, dass selbständig Therapien geplant, durchgeführt und evaluiert werden können. Diese Kenntnisse sind für die selbständige Ausübung eines akademischen Heilberufs unerlässlich. 3. Der Umfang in den Studienfächern Klinische Psychologie (inklusive klinisch-psychologische Diagnostik), Allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie und Sozialpsychologie, darf nicht unter das Niveau des Durchschnitts der früheren Diplomstudiengänge fallen. Dies wird auch in Zukunft durch das Diploma Supplement bzw. das Transcript of Records gut nachzuweisen sein. 4. Die DGPs wird dafür Sorge tragen, dass ein hinreichendes Angebot an den Universitäten vorgehalten wird, in denen diese Kriterien erfüllt werden, damit eine ausreichende Zahl an Studienabgängern diese Qualifikationen im Rahmen des Studiums erwerben können. <p>Die Hochschulen sind diejenigen Institutionen, die das „Akademische“ als Voraussetzung für den Zugang zu den akademischen Heilberufen PP und KJP vermitteln. Da es für die Psychologische Psychotherapie unerlässlich ist, diese Eigenschaft zu wahren, ergibt sich damit zwangsläufig die zentrale Stellung der Hochschulen für die langfristige Sicherung der Ausbildungsqualität für die Berufsstände der PP und KJP als akademische Heilberufe. Das heißt aber auch, ohne die Beteiligung der Hochschulen kann die Qualifikation und Qualität dieser Berufe nicht gesichert werden.</p>
	<p>Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV)</p> <p><i>Barbara Lubisch</i></p> <p>Die psychotherapeutische Berufsausübung und Leistungserbringung im ambulanten wie im stationären Bereich hat sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin und dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu orientieren. Dazu müssen Psychotherapeuten über die Kompetenz verfügen, mit wissenschaftlich fundierten Methoden psychotherapeutisches Grundlagenwissen und praktische Anwendungen zu beforschen sowie aktuelle Entwicklungen der wissenschaftlichen Psychotherapie nachzuvollziehen und für ihre praktische Tätigkeit nutzbar zu machen.</p> <p>Die wissenschaftliche Methodenkompetenz ist kein Inhalt der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychotherapeuten sondern muss vor Aufnahme der</p>

Psychotherapieausbildung erworben werden. Die bisherige Anforderung (Diplom in Psychologie bzw. (Sozial-)Pädagogik) garantiert über die Rahmenprüfungsordnungen, dass die entsprechenden Inhalte vermittelt wurden. Im Zuge der Bologna-Reform entfallen die Rahmenprüfungsordnungen und es zeichnet sich eine Vielfalt an Studiengängen ab, die nicht mehr erkennen lässt, was sich hinter der Bezeichnung eines Studienfachs verbirgt. Somit halten wir es für unabdingbar, die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen über die zu durchlaufenden Studienmodule zu definieren statt über die Bezeichnung eines Studiengangs. Sinnvoll erscheint eine durchgehende Konzeption der Psychotherapieausbildung vom Beginn des Studiums bis zur Approbation bzw. dem Erwerb der Fachkunde – längerfristig könnten diese notwendigen Inhalte über eine bundesweit einheitliche Approbationsordnung für Psychotherapeuten beschrieben werden.

Grundlegend sind Kenntnisse in Allgemeiner Psychologie (Lernen, Gedächtnis, Kognition, Denken, Motivation, Emotion), in entwicklungs-, sozial-, persönlichkeits- und neuropsychologischen Grundlagen, Kenntnisse soziokultureller Konzepte und psychologischer Diagnostik– dies würde in einem Bachelorstudium erworben werden. Der Bachelor-Abschluss könnte z.B. für Beratungstätigkeiten qualifizieren.

Darauf aufbauend sind in einem Master-Studiengang Spezialkenntnisse und -kompetenzen zu erwerben, die die angehenden Psychotherapeuten befähigen, komplexe Situationen zu bewältigen, in interdisziplinären Expertenteams zu arbeiten, anspruchsvolle Aufgaben und Problemstellungen innovativ zu bearbeiten, Führungsaufgaben zu übernehmen, Wissen kritisch zu bewerten und selbst erschließen zu können – zu den Inhalten eines solchen Studiums auf der Basis der Psychologie als Wissenschaft gehören die Wissenschaftliche Methodenlehre einschließlich eigener Forschungserfahrung, Kenntnisse über verschiedene Störungs- und Problembereiche, Kenntnisse und Kompetenzen bzgl. Diagnostik und Interventionen, sowie über Rahmenbedingungen psychotherapeutischen Handelns. Denkbar ist auch das Konzept eines speziell psychotherapeutisch orientierten wissenschaftlichen Masterstudiums (Direktausbildung). Die Psychotherapeutenkammern sind an der Anerkennung der Studiengänge zu beteiligen.

Die Qualifikation zu eigenständigem wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Niveau eines Master of Science und die Verankerung der Psychotherapie als Wissenschaft an den Universitäten und Hochschulen (Einheit von Forschung und Lehre) ist für Psychotherapeuten unseres Erachtens unverzichtbar, und zwar unabhängig von der Altersstufe der zu behandelnden Patienten.

Die Vertiefung der Kenntnisse und Kompetenzen in wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren, in verschiedenen relevanten Berufsfeldern und in der praktischen Ausbildung könnte anschließend in einer postgradualen Psychotherapieausbildung oder direkt als Teil eines Master-Studiengangs mit anschließender Vorbereitungs- oder Weiterbildungszeit erfolgen.

Wir schlagen vor, die rechtlichen Grundlagen für Modellversuche zu ermöglichen, in denen z.B. eine Direktausbildung erprobt werden kann.

Psychotherapeutenkammer Bayern



Dr. Bruno Waldvogel

Die akademischen Zugangsvoraussetzungen zur PP und zur KJP-Ausbildung erfordern das Master-Niveau vor Beginn einer Psychotherapieausbildung. Nur so ist gewährleistet, dass die Absolventen über die für die Patientenbehandlung unverzichtbare Kompetenz verfügen, wissenschaftliche Erkenntnisse eigenständig und innovativ zu erwerben, verallgemeinernd anzuwenden und ggf. auch selbst zu generieren. D.h. auch, dass die bisherige Zugangsvoraussetzung für KJP erhöht werden muss.

Um die eigenständige wissenschaftliche Grundlegung der Heilberufe PP und KJP zu erhalten, sind als inhaltliche Mindestvoraussetzungen für PP und für KJP verbindlich qualitativ und quantitativ zu definieren:

	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Psychologie • Psychobiologische Grundlagen • Entwicklungspsychologie • Differentielle und Persönlichkeitspsychologie • Sozialpsychologie • Quantitative und qualitative Methoden in Forschung und Praxis • Psychologische Diagnostik • Klinische Psychologie und Psychotherapie • Pädagogik / Pädagogische Psychologie. <p>Der Anteil an Klinischer Psychologie für PP und der Anteil an Klinischer Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik für KJP muss dabei einen klar definierten Schwerpunkt des Studiums darstellen. Die genannten Inhalte müssen in dem berufsausbildungsqualifizierenden Studienabschluss insgesamt zu mindestens 75% enthalten sein bei PP und bei KJP.</p> <p>Weiterhin sind praxisorientierte Anteile im Hochschulstudium anzustreben. Auf eine inhaltliche Abstimmung und Ergänzung zwischen Studien- und Ausbildungsinhalten ist zu achten. Es sollten Möglichkeiten zur Nachqualifikation für Ausbildungsinteressenten geschaffen werden, denen einzelne verbindliche Inhalte des Hochschulstudiums fehlen. Auch sollte der Zugang zu berufsqualifizierenden Masterstudiengängen mit unterschiedlichen spezifischen Bachelor-Abschlüssen möglich sein.</p> <p>Die Landespsychotherapeutenkammern sind verbindlich an der Zulassung von berufsausbildungsqualifizierenden Studiengängen zu beteiligen. Die Psychotherapieausbildung selbst kann erst nach dem Master-Abschluss beginnen. Die Zugangsvoraussetzungen werden anhand der Bescheinigungen der Hochschulen überprüft.</p>
	<p>Psychotherapeutenkammer Bremen</p> <p><i>Karl Heinz Schrömgens</i></p> <p>Vorweg möchte ich anmerken, dass in der PKHB angesichts der Komplexität des Themas und der Kontroversität der Sichtweisen eine abschließende Meinungsbildung nicht stattgefunden hat. Mein Statement stellt also meine Sichtweise dar.</p> <p>Der Zugang zur Ausbildung zum Psychotherapeuten erfordert eine – in der Profession weitgehend unstrittige –konsekutive Hochschulausbildung mit einem Masterabschluss in Klinischer Psychologie für alle Psychotherapeuten, unabhängig von Verfahrensrichtungen oder altersgruppenbezogener Festlegungen.</p> <p>Allerdings möchte ich an dieser Stelle auf einige Problemfelder der gegenwärtigen Ausbildung hinweisen und mögliche Schlussfolgerungen skizzieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die heutige Psychotherapie-Ausbildung qualifiziert vor allem für die ambulante psychotherapeutische Arbeit im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien. Sie bildet nicht oder nur unzureichend für den stationären, Rehabilitations- oder komplementären Bereich aus, in denen psychotherapeutische Qualifikationen gefragt sind. Insbesondere findet keine ausreichende Qualifizierung für kurzzeittherapeutische und integrative Interventionskonzepte statt, wie sie im klinischen Alltag gefordert sind. 2. In Reha-Kliniken, psychiatrischen Kliniken, Beratungsstellen und ähnlichen Einrichtungen werden nach wie vor Psychologen eingestellt, die nur einen Abschluss in Klinischer Psychologie haben. Gleichwohl werden in ihrer Tätigkeit psychotherapeutische Interventionen – obwohl rechtlich nicht zulässig - im Einzel- wie im Gruppenkontakt erwartet. 3. Die Ausbildung zum Psychologen und die spätere Ausbildung zum Psycho-

	<p>therapeuten sind nicht miteinander verzahnt. Das führt zu Redundanzen und zu einer unnötigen Verlängerung der gesamten Ausbildungsphase.</p> <p>4. Angesichts des Faktums, dass bundesweit rund 50 % der Psychotherapeuten nicht in der ambulanten Niederlassung, sondern in Institutionen tätig sind, bedarf es einer Umsteuerung in der universitären wie nachuniversitären Ausbildung. Ein Weg kann sein, im universitären Masterstudiengang Klinische Psychologie Kompetenzen zu vermitteln, die sich stärker auf die Erfordernisse der klinischen Praxis ausrichten.</p> <p>5. Ein sich daraus ergebender weiterer Schritt läge in der Erweiterung dieses Master-Abschlusses zum Abschluss Klinische Psychologie / Psychotherapie, die mit einer Berufserlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie - in welcher Rechtsform auch immer – endet. Für diesen Masterabsolventen wäre eine psychotherapeutische Grundqualifikation und Rechtssicherheit in der klinischen Praxis geschaffen. Er kann anschließend eine postgraduale Weiterbildung zum verfahrens- und altersgruppenbezogenen Psychotherapeuten absolvieren, muss es aber nicht. Eine solche Weiterbildung würde den Zugang für die selbstständige Tätigkeit in der Niederlassung oder für anweisende Tätigkeiten in der klinischen Praxis eröffnen und könnte – ähnlich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung - über entsprechende Approbations- und Weiterbildungsordnungen zu einer Integration der verschiedenen Aus- und Weiterbildungsschritte führen.</p> <p>6. Die nachuniversitäre Weiterbildung kann wie bisher an privaten Instituten und an Hochschul- Instituten stattfinden. Die Regelungskompetenz würde für diesen Abschnitt von den Landesprüfungsämtern auf die Psychotherapeutenkammern übergehen.</p> <p>7. Im Rahmen eines solchen Konzeptes wäre zudem sichergestellt, dass die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nur über diesen Masterabschluss Klinische Psychologie/Psychotherapie erfolgen kann. Die spezielle Qualifikation Kinder und Jugendlichenpsychotherapie fände dann postgradual statt. Der Zugang aus pädagogischen Bachelor-Studiengängen bleibt über obigen Masterstudiengang erhalten.</p> <p>Die letztgenannten Überlegungen beschreiben aus meiner Sicht Optionen, die einer ausführlichen Diskussion und genauer Prüfungen bedürfen, um die Erfordernisse des klinischen Alltags und die Ausbildung zum Psychotherapeuten stärker mit den Anforderungen einer guten psychotherapeutischen Versorgung für die Zukunft zu verbinden.</p>
	<p>Psychotherapeutenkammer Hessen</p> <p><i>Susanne Walz-Pawlita</i></p> <p>1. Verbindlicher Gegenstandskatalog und Zugangswissenschaften</p> <p>eine Untersuchung der Kammer zu den Studiengangplanungen bei Umsetzung der Bologna-Hochschulreform hat erbracht, dass 1. nach den geplanten Masterstudiengängen im Fach Psychologie die <u>Nachwuchszahlen und damit die zukünftige pt Versorgung in Hessen</u> nicht mehr gesichert ist und 2. im Gefolge der Bologna-Reform die heterogenen Studiengänge an den verschiedenen Hochschultypen eine <u>Vergleichbarkeit der erworbenen Abschlüsse unmöglich</u> machen wird.</p> <p>Daraus folgern wir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Zugang in die psychotherapeutischen Ausbildungen kann nicht mehr alleine durch Studienabschlüsse formal geregelt werden, sondern <u>muss inhaltlich durch einen in der Approbationsordnung festzulegenden Gegenstandskatalog</u> relevanter Studieninhalte und Kompetenzen definiert werden. • Zur Sicherung der Versorgung muss dieser Zugang mindestens für alle bisher im Psychotherapeutengesetz vorgesehenen grundständigen Studiengänge aus den Bereichen Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik

erhalten bleiben. Die Entwicklung neuer Studiengänge im Bereich **der Psychotherapiewissenschaften, in denen alle anerkannten Vertiefungsverfahren angemessen repräsentiert sind**, muss in einer Neuformulierung des PsychThG berücksichtigt und ebenfalls für einen möglichen Zugang in die Ausbildung offen gehalten werden.

2. Inhaltliche Zugangsvoraussetzungen:

Die Approbationsordnung Anlage A, Theoretische Grundlagen enthält Inhalte, die bereits in den psychologischen Studiengängen geprüft werden und daher nicht Teil der Vertiefungsausbildung sein können:

- Übereinstimmend mit der Bewertung des WBP¹ könnten diese Inhalte nach Auffassung der Kammer ohne Not als **Zugangsvoraussetzung** definiert und **vor Beginn der Ausbildung** absolviert werden. Sie bilden einen erheblichen Teil der Studieninhalte im bisherigen Fach Klinische Psychologie ab, sollten aber **als für beide Heilberufe verbindliche Zugangsvoraussetzungen auf Masterniveau** festgelegt werden.

Ergänzend sollte eine Gesetzesnovellierung aber folgende **weitere Inhalte** eines **Masterstudiengangs** (oder in Form von supplements) für beide Heilberufe verbindlich vorschreiben:

- **„(qualitative und quantitative) Methoden und Erkenntnisse der (Psychotherapie)-Forschung“**, die bisher zwar Teil der Anlage 1 zu § 3 PsychThG (3. Methoden und Erkenntnisse der Psychotherapieforschung) sind, aber in den vertiefend ausbildenden Instituten aufgrund ihrer Ausrichtung auf die therapeutisch klinische Praxis nicht ausreichend methodisch fundiert gelehrt werden können.
- **Sozial- und kulturwissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie** (neu in Anlage „Eingangsvoraussetzungen“ zum PsychThG aufzunehmen) Psychotherapeuten stehen zunehmend vor der Aufgabe einer systematischen Reflexion der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des eigenen Handelns, die ohne sozialwissenschaftliche und historische Fundierung nicht geleistet werden kann.² Gerade angesichts der kleinteiligen Aufspaltung immer neuer Symptomdefinitionen in deskriptiven diagnostischen Ordnungssystemen und der Zeitgebundenheit dieser Entwicklungen³ gilt es, **bereits im Studium Zugang zu sozial- und kulturhistorischen Forschungen und ihrem Methodenrepertoire** zu erhalten.
- **Wissenschaftstheorie, Systembildungen, Logik und Sprachkonzepte der Psychotherapie** (neu in Anlage „Eingangsvoraussetzungen“ zum PsychThG aufzunehmen) Die Vielfalt psychotherapeutischer Ansätze und die plurale Entwicklung verschiedener psychotherapeutischer Schulen ist aus Sicht der LPPKJP Hessen unbedingt als unterschiedliche Zugänge zum Menschen mit jeweils eigenem philosophischen und ethischen Grundlagen, eigenen Systembildungen und eigenen Logiken zu erhalten. Deren fundierte Kenntnis, insbesondere auch die Auseinandersetzung mit den jeweils anderen psychotherapeutischen Schulen setzt die Auseinanderlegung /Explication der jeweiligen wissenschaftstheoretischen und methodischen Grundlagen voraus, die nicht erst in der Ausbildung erworben werden kann.
- **Damit ist eine Erweiterung der (natur-)wissenschaftlichen Zugangsvoraussetzungen in die Psychotherapieausbildung gefordert, die in den bisherigen/früheren Diplomstudiengängen durch den Zwang zur**

¹ WBP-Stellungnahme v. 16.09.2002, dort sind die Inhalte aufgeführt.

² Vgl. Springer, Anne: Vortrag Symposion „Zukunft der Ausbildung“ BPTK, Berlin 2008. www.bptk.de; www.dgpt.de. Vgl. Hardt, Jürgen: Sinn und Ökonomie in der Psychotherapie. Psychotherapeutentag der LPK Baden-Württemberg, 2008. www.lpk-bw.de. Vgl. Müller, Ulrich et al: Die Normierung der Beziehung durch die Macht des Marktes, Psychotherapeutenjournal 3-2008, S. 228-240.

³ Vgl. z.B.: Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt 1978.vgl. Ehrenberg, A.: Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt, New York 2004. vgl. Leuzinger-Bohleber et al (Hrsg.): ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Schriftenreihe des Sigmund-Freud-Instituts, 2006 (2).

	<p>Wahl eines zweiten Studienfachs (Nebenfach mit Prüfung) noch enthalten war.</p> <p><u>3. Überprüfung:</u></p> <p>Eine <u>Überprüfung</u> solcher gesetzlich als Eingangsvoraussetzung definierten Studieninhalte, (Kernbestandteile des Studiums oder ergänzend in Form von sog. Brückenkursen) sollte nach Auffassung der Kammer durch die Ausbildungsinstitute in Kooperation mit den Landespsychotherapeutenkammern, den Hochschulen und den Approbationsbehörden der Länder erfolgen.</p> <p><u>4. Persönliche Zugangsvoraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der bereits während der Ausbildung ausgeübten heilkundlichen Tätigkeit erfordert die Zulassung aus Gründen des Patientenschutzes eine <u>persönliche Eignungsüberprüfung</u> der Bewerber durch das ausbildende Institut. Eine <u>Approbation am Ende des Studiums ist aus Sicht der Kammer daher nicht zu verantworten.</u> • Zur Weiterentwicklung der persönlichen Kompetenzen im Verlauf der Ausbildung ist daher auch eine <u>mind. 200 Stunden umfassende persönliche Selbsterfahrung</u> zu befürworten: Umfassende Selbsterfahrung und Supervision sind neben der wissenschaftlich-theoretischen Qualifikation für die verantwortliche Ausübung der Heilkunde ein elementares <u>Differenzierungskriterium zu jeder nicht approbierten heilkundlichen Tätigkeit (psychologische Heilpraktiker).</u> Eine <u>Approbation</u> nach Abschluss der Ausbildung sollte nach Auffassung der Kammer daher <u>auch frühestens im Alter von 25 Jahren</u> erteilt werden können, um ausreichend Raum für eine persönliche Entwicklung und ein gewisses Maß an Lebenserfahrung zu haben.
	<p>Landespsychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen</p> <p><i>Dr. Wolfgang Groeger</i></p> <p>Die Normen des SGB V fordern eine Orientierung an der evidenzbasierten Medizin für die gesamte Dauer der Berufsausübung. Die Leistungserbringung soll stets auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgen. Hierzu müssen Psychotherapeuten über die wissenschaftliche Methodenkompetenz verfügen, aktuelle Entwicklungen zu verfolgen, zu beurteilen und für die eigene Berufsausübung zu erschließen.</p> <p>Der Erwerb wissenschaftlicher Methodenkompetenz ist kein Inhalt der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychotherapeuten. Diese Kompetenz wird (zu recht) aus dem Studium erwartet, das zur Psychotherapieausbildung berechtigt. Für diese Berechtigung werden bisher ausschließlich Studiengänge (Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik) definiert und im Falle der Psychologie die Hochschulart (Universität und damit ein Masterabschluss) und nur ein Studienfach (Klinische Psychologie).</p> <p>Aufgrund diversifizierter Bachelor-Master-Studiengänge genügen diese Vorgaben nicht mehr. Entscheidend sind nicht mehr einzelne Studiengänge, die Hochschulart, der Bachelor- oder Master-Grad oder ein einzelnes Fach. Entscheidend sind nur noch die absolvierten Studienmodule. Daher müssen auch die Zugangsvoraussetzungen auf diesem Spezifikationsniveau bestimmt werden. Mit anderen Worten: erforderlich ist eine Festlegung der Studieninhalte, die zu der darauf aufsetzenden Psychotherapieausbildung befähigt.</p> <p>In der Logik der reformierten Studiengänge bedeutet das, dass zunächst Kenntnisse und Kompetenzen in den relevanten Grundlagenfächern zu erwerben sind, wie das für ein Bachelorstudium charakteristisch ist. Hierzu gehören unseres Erachtens:</p> <p>Allgemeine Psychologie (Lernen, Gedächtnis, Kognition, Motivation, Emotion), Biologische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Pädagogik bzw. Pädagogische Psychologie, Sozialpsychologie bzw. Sozial-/Heilpädagogik, soziokulturelle</p>

	<p>Konzepte, Differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Psychologische Diagnostik, Methodenlehre und Forschungsmethoden</p> <p>Darauf aufbauend wären Kenntnisse und Kompetenzen in der Psychotherapiewissenschaft mit Schwerpunkt auf wissenschaftlicher Qualifikation zu vertiefen, wie dies nur in einem Masterstudium vorgesehen ist. Hierzu gehören unseres Erachtens:</p> <p>Wissenschaftliche Methodenlehre, eigene Forschungserfahrung, Störungs- und Problemwissen, Diagnostisches und Interventionswissen/-kompetenzen, Interaktionswissen/-kompetenzen, Rahmenbedingungen psychotherapeutischen Handelns</p> <p>Hieran schließt sich die praktische Aus- oder Weiterbildung an mit der Vertiefung der Kenntnisse und Kompetenzen in der psychotherapeutischen Versorgung, in den relevanten Tätigkeitsfeldern und in einem Psychotherapieverfahren, wie dies in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychotherapeuten vorgesehen ist.</p> <p>Um die Normen des SGB V unter den Bedingungen der Bachelor-Master-Studienreform erfüllen zu können, braucht es folglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Festlegungen für die oben angegebenen Mindestbestandteile eines Bachelorstudiums als Zugangsvoraussetzung für einen darauf aufbauenden Masterstudiengang. 2. Einen wissenschaftlich qualifizierenden Masterstudiengang für alle Psychotherapeuten mit den oben angegebenen Mindestbestandteilen als Zugangsvoraussetzung für die darauf aufbauende Psychotherapie-Aus- oder Weiterbildung.
	<p>PiA Landessprecherinnen der PtK Berlin</p> <p><i>Dr. Zsafia Szirmak</i></p> <p>Wir sind diejenigen, die diesen Prozess der Psychotherapeutenausbildung aus zwei Blickwinkeln verfolgen können: einerseits als Beobachterin und Kritikerin und andererseits aus der Subjektperspektive als Miterlebende und häufig Mitleidende aller jetzigen Auswirkungen und Folgen der aktuellen Gesetzesvorgaben. Wir stehen im Fokus dieses Gesetzes.</p> <p>Bei diesem Thema stehen zwei Unterpunkte zur Diskussion: die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Psychotherapeuten oder zur Psychotherapeutin und die Kompetenzprofile.</p> <p><u>1. Zu den Zugangsvoraussetzungen</u></p> <p>Grundsätzlich sind wir für einheitliche Zugangsvoraussetzungen mit einem Masterabschluss als Mindestabschluss. Nur so kann eine Gleichwertigkeit der beruflichen Perspektiven und des gesellschaftlichen Stellungswerts der beiden im Gesetz verankerten Berufe gewährleistet werden.</p> <p>Die inhaltlichen Voraussetzungen sollen umfassende Kenntnisse in klinischer Psychologie und Diagnostik sicherstellen. Die psychotherapeutische Ausbildung soll im Studium vorbereitet und der postgraduale Anteil zeitlich verkürzt werden. Bereits im Studium können verfahrensübergreifende Inhalte vermittelt werden (200 Stunden) sowie ein Teil der Praktischen Tätigkeit (600 Stunden) absolviert werden. Eine Vermittlung der Grundkenntnisse über alle Richtlinien-Therapieverfahren ist notwendig um die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den zukünftigen VertreterInnen der verschiedenen Therapierichtungen zu verbessern. Es muss aber einen Weg geben, mit dem für spät entschlossene KollegInnen mit einem Masterabschluss ohne klinischen Anteil der Einstieg in die psychotherapeutische Ausbildung ermöglicht wird. (Brückenkurse)</p> <p>Die analytischen Psychotherapieverfahren sind nicht gleichermaßen wie die verhaltenstherapeutischen Verfahren in die heutigen akademischen Strukturen integriert. Sie sind an den Universitäten deutlich schwächer vertreten. Wenn im Studium Grundkenntnisse über alle Richtlinien-Therapieverfahren vermittelt</p>

	<p>werden sollten, müssen die entsprechend ausgerichteten Lehrstühle an den Hochschulen für diese Verfahren zur Verfügung stehen. Das folgt zwingend aus dem Anspruch auf Gleichberechtigung.</p> <p><u>2. Zu den Kompetenzprofilen</u></p> <p>Angesicht der Tatsache, dass für die Zukunft eine Vernetzung der Hilfsberufe zu antizipieren ist, sollte der zukünftige Berufsstand auf diese vorbereitet werden. Das würde am ehesten im Rahmen eines teamzentrierten Ansatzes der Psychotherapie gelingen. Die Vermittlung institutioneller Fachkompetenzen, Teamfähigkeit, kooperativer Arbeitseinstellung sowie das Bild eines in ein therapeutisches Setting eingebetteten Therapeuten sollte bereits ins Studium integriert werden.</p> <p>Man sollte bei dieser Reform so vorgehen, wie man einen Schwerkranken mit nebenwirkungsreichen Medikamenten behandelt: Man sollte so viel erhalten, wie möglich und sinnvoll ist, und so viel verändern wie notwendig und vernünftig erscheint. Die Frage ist in dieser Diskussion, was wir unter sinnvoll und notwendig verstehen wollen.</p>
	<p>Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)</p> <p><i>Peter Lehdorfer</i></p> <p>Der Abschluss als Master nach einem Bachelor- und Masterprogramm mit verbindlich zu definierenden Inhalten aus Psychologie und Pädagogik soll die Zugangsvoraussetzung für die postgraduale Ausbildung zu beiden psychotherapeutischen Heilberufen, dem KJP und dem PP sein!</p> <p>Dies fordert die VAKJP seit ihrer öffentlichen Stellungnahme 2005:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur der Master erlaubt eine innovative Bearbeitung von anspruchsvollen Aufgaben- und Problemstellungen einer Wissenschaftsdisziplin. • Der Master führt zu Fakten- und Theoriewissen, lehrt ein kritisches Bewusstsein für Grenzen und Schnittstellen, um Spezialkenntnisse auch in komplexen Situationen selbständig anwenden zu können. • Nur so kann sichergestellt werden, dass ein Ausbildungskandidat eine ausreichende wissenschaftliche Fundierung durch den Grundberuf erworben hat, dass Methodenkompetenz und klinisches Wissen vorhanden sind, um von Ausbildungsbeginn an Ergebnisse der Psychotherapieforschung kritisch und selbständig verarbeiten zu können. • Eine kontinuierliche kritische und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit aktuellen Forschungsergebnissen ist unabdingbar für eine gleichzeitig leitliniengestützte und die besonderen individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Individuums berücksichtigende Patientenbehandlung. • Nur mit einem Master kann gewährleistet werden, dass Psychotherapieforschung, Weiterentwicklung des Verfahrens und Wirksamkeitsforschung Bestandteil der Psychotherapie Ausbildung von Beginn an sind. <p>Will man also fundiert auf die Vermittlung psychotherapeutischer Verfahren konzentriert und praxisnah, Patienten- und Interventionsbezogen ausbilden, wie es § 1 Abs. 3 PsychTh-APrV und KJPsychTh-APrV fordert, muss die wissenschaftlich- methodologische, forschungsbezogene Grundausbildung im vorangegangenen Studium erworben worden sein. Dass dort auch psychosoziale Grundkompetenzen und soziales Lernen erworben werden sollen, versteht sich von selbst.</p> <p>Dies alles rechtfertigt aus fachlicher Sicht die Erhöhung der Schwelle zum Berufszugang im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.</p> <p>Die Überprüfung und Definition der erforderlichen Inhalte entsprechender Masterprogramme sollte koordiniert von der BPTK von den Landespsychotherapeutenkammern im Rahmen der Akkreditierung der Studiengänge vorgenommen</p>

	<p>werden. Es sollten Möglichkeiten zur Nachqualifikation für Ausbildungsinteressenten geschaffen werden, denen einzelne verbindliche Inhalte des Hochschulstudiums fehlen.</p> <p>Der Justitiar der VAKJP, Herr RA Jörn W. Gleiniger kommt ferner zu dem Ergebnis, dass sich auch aus verfassungsrechtlicher Sicht ein Master als zwingende Ausbildungsvoraussetzung rechtfertigen lässt. Nach seiner Begründung, die wir dem Forschergremium in schriftlicher Form zur Verfügung stellen, ist es aus Gründen des Patientenschutzes sogar geboten und damit im Sinne des Art.12 Abs. 1 GG erforderlich, mittels einer bundesgesetzlichen Klarstellung den akademischen Grad des Masters einheitlich als Mindestqualifikation für den Zugang zur postgradualen Ausbildung sowohl zum PP als auch zum KJP vorzusehen.</p>
--	--

Thema 3 „Ausbildungsstruktur“

Hearing am 28. Januar 2009
Statements der Organisationen und Verbände
Thema 3 „Ausbildungsstruktur“

	<p>Bundesärztekammer <i>Dr. Cornelia Goesmann</i></p> <p>Die derzeitige Form der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und die Aus- und Weiterbildung zum ärztlichen Psychotherapeuten haben sich grundsätzlich bewährt. Die Bundesärztekammer sieht daher keine stichhaltigen Gründe für eine strukturelle Änderung. Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung von PP und KJP sollte ein abgeschlossenes Studium in Psychologie sein.</p> <p>Da psychisch kranke Patienten am ehesten von einer multimodalen Behandlung profitieren, in die psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten ihre jeweiligen Kompetenzen einbringen können, ist ein kollegiales Miteinander beider Berufsgruppen von zentraler Bedeutung. Am gemeinsamen Lernen von Psychologen und Ärzten in den Ausbildungsinstituten und an der postgradualen Ausgestaltung der Aus- bzw. Weiterbildung für beide Berufsgruppen müssen wir daher unbedingt festhalten. Die Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenz im Anschluss an das Studium bewirkt außerdem, dass PP und KJP vor ihrer Approbation ausreichend Patientenkontakte für eine erfolgreiche Ausübung ihres Berufs mitbringen. Außerdem verbessert die zusätzlich gewonnene Lebenserfahrung die Grundlage für tragfähige Patienten-Therapeuten-Beziehungen.</p> <p>Die Bundesärztekammer erachtet Bachelor- und Masterstudiengänge als prinzipiell ungeeignet für akademische Heilberufe wie PP, KJP und Ärzte. Insbesondere ein Bachelor-Abschluss qualifiziert in keiner Weise dazu, eine ärztliche bzw. psychotherapeutische Funktion in der Patientenversorgung auszufüllen. Diese Position wird auch vom Medizinischen Fakultätentag unterstützt. Bachelor-Absolventen in Psychologie oder Medizin würden vielmehr zu einer Deprofessionalisierung führen, die weder aus Sicht der Patienten noch aus Sicht der psychotherapeutisch Tätigen erstrebenswert ist. Für die aktuellen Überlegungen zur Implementierung von Bachelor- und Masterstudiengängen gilt als zentrale Anforderung, dass auch in Zukunft vor der eigenständigen Ausübung der Heilkunde genügend Erfahrungen im Umgang mit Patienten erworben sein müssen; zudem bedarf es für diese Patientenkontakte einer kontinuierlichen Supervision. Eine rein universitäre Ausbildung kann dies nicht leisten – daher darf eine Approbation auch bei einer Neuausrichtung der Ausbildung zum PP und KJP nicht bereits nach Studienabschluss erteilt werden.</p> <p>Im Übrigen wird auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 29.09.2008 verwiesen (Anlage).</p>
	<p>Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG) <i>Jörg Hein</i></p> <p>Nach dem gegenwärtigen Stand der fachlichen und der fachpolitischen Diskussion muss davon ausgegangen werden, dass es kein einheitliches Psychotherapieverständnis gibt, sondern eine (begrenzte) Mehrzahl. Die Unterschiede zwischen den Grundauffassungen von Psychotherapie sind immerhin so gewichtig, dass die Frage gründlich und kritisch bedacht werden muss, ob einheitliche Vorgaben in Bezug auf die Gewichtung der Grundbausteine Theorie, Selbsterfahrung und Supervision in der Ausbildung angemessen sind.</p> <p>Unterscheidungsmerkmale sind nicht nur unterschiedliche Methodeninventare,</p>

unterschiedliche Indikationen etc., sondern v. a. auch die unterschiedliche Bedeutung, die der Persönlichkeitsentwicklung des Therapeuten und der Therapeutenpersönlichkeit als behandlungstechnisches „Instrument“ zugewiesen wird. Während die psychodynamischen und humanistischen Verfahren durch lange und aufwändige Selbsterfahrungsprozesse auf methodenorientiert ausdifferenzierte Selbst- und Fremdwahrnehmung wesentliches Gewicht legen, ist das bei den behavioralen und systemischen Verfahren weitaus weniger der Fall. Für erstere kann daher die Therapeutenpersönlichkeit auch kein unspezifischer Wirkfaktor i. S. von Lambert & Barley (2002) sein.

Diese Unterschiede haben Konsequenzen u. a. bezüglich der Verortung der Ausbildung und bezüglich des Einstiegsalters in die Ausbildung. Die derzeit gültige APrVOen sehen einen minimalen Selbsterfahrungsanteil von 120 Stunden vor, eine Lösung, die damals nach langen Diskussionen als Kompromiss gefunden worden war. Tatsächlich werden dadurch weniger selbsterfahrungsintensive Verfahren begünstigt, weil sie billigere und weniger aufwändige Ausbildungsgänge mit einem früheren Einstiegsalter anbieten können. Demgegenüber sind Verfahren, die größeres Gewicht auf Lebenserfahrung des Therapeuten und differenzierte Beziehungswahrnehmung legen, benachteiligt. Das hat nicht nur eine Einschränkung der Pluralität in der Psychotherapie zur Folge, sondern – was eingehenderer Untersuchung würdig wäre – wahrscheinlich auch der Qualität von Psychotherapien.

Andererseits kann nicht Verfahren, denen intensive Selbsterfahrung systemfremd ist, ein größerer Selbsterfahrungsanteil in den Ausbildungsgängen auferlegt werden. Als Kompromiss bietet sich an, das Einstiegsalter in die Ausbildung auf etwa 28 Jahre heraufzusetzen, was eine postgraduale Psychotherapieausbildung implizieren würde. In diesem Alter ist das Studium i. d. R. abgeschlossen, es wurden einige Jahre Berufserfahrung gesammelt und die Persönlichkeitsentwicklung hat eine gewisse Stabilität erreicht. Das sind Voraussetzungen, die für Psychotherapieausbildungen in jeder Verfahrensorientierung wünschenswert sind. Eine solche Regelung schließt im Übrigen nicht aus, dass im Studium erworbene theoretische und – in gewissem Umfang - methodisch-technische Kenntnisse anerkannt werden können. Darüber hinaus bestünde die Möglichkeit, in der Zeit der Berufstätigkeit vor Beginn der Ausbildung erworbene Erfahrung als „Praktische Tätigkeit“ in Anlehnung an § 2 der APrVO ganz oder teilweise anzuerkennen.

Unabhängig von der Frage des Einstiegsalters sollten gegenüber der derzeit bestehenden Regelung Beratungsstellen, zu deren Angebotspektrum Psychotherapie gehört, als Stätten, an denen die Praktische Tätigkeit abgeleistet werden kann, anerkannt werden können.

Hochschulen sind von ihrer Organisation und der Auslegung der Studiengänge (Modularisierung, Ferienregelung) her nicht zur Ausbildung in stark selbsterfahrungsorientierten Verfahren geeignet. Es wäre zu befürchten, dass die auf die Auseinandersetzung mit eigenen Anteilen gerichtete Ausbildungskomponente, die auch eine entsprechende Orientierung und Selbstreflexion der Lehrtherapeuten verlangt, gegenüber den kognitiven und Leistungsaspekten vernachlässigt würde. Der Benotungszwang, der mit Hochschulausbildungen verbunden ist, ist mit einer unbefangenen Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit und deren Entwicklung grundsätzlich unvereinbar.

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)

Dr. Hamid Peseschkian

Die DFT vertritt 85% der tp Ausbildungsinstitute in Deutschland – und zwar aller drei Formen (universitäre, An-Institute und freie Institute). 90% der Tpl werden allerdings an freien Instituten ausgebildet, da universitäre Institutionen z.Z. eher exklusiv als flächendeckend an psychodynamisch fundierter Forschung interessiert sind.

Unser 1. Plädoyer zielt auf den Erhalt der Vielfalt

Dies ist zugleich das Plädoyer für den Erhalt und ggf. die zukünftige Ausweitung der Verfahrensvielfalt im Dienste der Vielfalt der Patientenanforderungen mit höchst individuellen Passungsanforderungen. Nur die Vielfalt hochwertiger Ausbildungsangebote führt zum Erhalt einer lebendigen und sich immer schneller wandelnden PT - Landschaft, die an diesen Erfordernissen der Praxis orientiert bleiben muss und nicht allein an akademischen Forschungsstandards gemessen werden darf.

Durch die staatlichen Vorgaben haben sich in unserer 10jährigen professionellen Umsetzungspraxis in allen Institutsformen und Verbänden inzwischen Standards entwickelt, die eine Vergleichbarkeit ermöglichen. Die Verbände sollten jetzt verpflichtend beauftragt werden, dafür zu sorgen, dass Qualitätssicherung vor dem Hintergrund der jeweils eigenen institutionellen Ansprüche auf Strukturen, Verläufe und Ergebnisse erfolgt. Qualitätssicherungsinstrumente tragen zur Transparenz aller Ausbildungsstrukturen bei und ermöglichen zukünftigen PIAs die ihnen zustehende Wahlfreiheit!

Unser 2. Plädoyer zielt auf eine Überarbeitung der Definition von Kompetenzen, Lernzielen und Inhalten der praktischen Tätigkeit und den Erhalt der Struktur der praktischen Ausbildung.

Die Institute haben durch zahlreiche Kooperationen innovative externe Vernetzungsstrukturen geschaffen, die der psychotherapeutischen Versorgung zugute kommen. Durch enge Zusammenarbeit von erfahrenen Niedergelassenen, die die ambulante Psychotherapieversorgung tragen, sind vielerorts zusätzliche Zentren und Kooperationspraxen entstanden, die Engpässe in der PT-Versorgung auffangen helfen. Durch Kooperationen mit Kliniken werden stationäre und ambulante Kontakte intensiviert. Die weitere regionale Etablierung dieser vernetzten Versorgungsstrukturen sollte unbedingt weiter unterstützt werden, besonders da, wo z.B. Zusammenarbeiten mit Medizinischen Versorgungszentren und Klinikambulanzen bereits aufgebaut wurden und seit Jahren bestehen. Aber wir brauchen: definierte und umsetzbare Lernziele für die PT, eine Bezahlung der PT und eine freiere Wahl der Kooperationspartner, z.B. Beratungsstellen für die KJPler und Psychiatrische Praxen für die Pppler sollten zur praktischen Tätigkeit zugelassen werden. Nur bei größtmöglicher Überarbeitung der PT I und PTII kann die Ausbildung zukünftiger PIAs ohne das In – Kauf - Nehmen existentieller Notlagen und im Sinne einer sinnstiftenden Tätigkeit weiter etabliert werden.

Wir plädieren für den Erhalt

- a. der Ambulanzstrukturen
- b. der Theorie-/ Praxisvernetzung - Ausbildungsstruktur
- c. für die verpflichtende Etablierung von Qualitätssicherungsstandards
- d. für die Finanzierung von pT I 1200 Std.
- e. für die Förderung bereits bestehender und zusätzlicher Forschung bzgl. der Wirkung der Ausbildungspsychotherapien.
- f. für die Definition aller PT-Kompetenzen als Lernziele, die durch die Institute ihrer Schwerpunktsetzung gemäß definiert werden und über eine Aufsummierung von Inhalten hinausgehen müssen. Dies sollte als vorrangiges „To do“ von



	<p>der Forschungskommission an die Fachverbände herangetragen werden.</p>
	<p>Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR)</p> <p><i>Prof. Dr. med. Volker Köllner</i></p> <p>Die über 175 psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland stellen nicht nur einen erheblichen Anteil der Ausbildungsplätze im Rahmen der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten zur Verfügung, sie sind auch Arbeitgeber für eine große Zahl Psychologischer Psychotherapeuten, die nach ihrer Approbation weiter im Angestelltenverhältnis arbeiten und die einen wesentlichen Beitrag zur stationären Psychotherapie leisten. Die DGPPR ist deshalb an fairen Ausbildungsbedingungen für die Psychotherapeutinnen in Weiterbildung und an einer praxisnahen und qualitativ hochwertigen Ausbildung interessiert.</p> <p>Die Ausbildungsqualität kann nur gewährleistet bleiben, wenn die Zugangsvoraussetzung weiterhin ein Masterabschluss ist. Problematisch ist, dass der Einsatz der Psychotherapeutinnen in Ausbildung in den Kliniken derzeit in einer rechtlichen Grauzone erfolgt, weil eine Approbation erst nach dem Abschluss der Weiterbildung erfolgt. In einigen Kliniken haben die Ausbildungskandidaten daher nur einen Praktikantenstatus, was sowohl hinsichtlich der fehlenden Bezahlung als auch wegen der fehlenden Möglichkeit, praktische Erfahrung zu sammeln, für Hochschulabsolventen wenig befriedigend ist. Die DGPPR schlägt daher vor, die Arbeit der Ausbildungskandidaten auf eine rechtlich abgesicherte Basis zu stellen. Dies könnte z. B. eine vorläufige Approbation sein, wie sie seinerzeit für den Arzt im Praktikum eingeführt wurde. Diese sollte für den ersten Teil der Ausbildung auf das stationäre Setting begrenzt sein, weil die durch die Möglichkeit kurzfristiger Rücksprache und Supervision mehr Sicherheit bietet.</p> <p>Die DGPPR hält eine stärkere klinische Orientierung der Ausbildung (analog zur Facharztausbildung) für sinnvoll, weil hierdurch eine größere Praxisnähe erreicht wird und das vernetzte Arbeiten mit anderen Berufsgruppen von vornherein praktiziert und eingeübt werden kann. In den Kliniken erworbene Ausbildungsinhalte (Supervision, Theorie) sollten deshalb in stärkerem Maße als bisher angerechnet werden können, dies würde auch die Kosten der Ausbildung senken. Hierfür sind entsprechende strukturelle und personelle Voraussetzungen und eine „Ausbildungsidentität“ an den Kliniken notwendig, wie sie von vielen Rehabilitationskliniken jetzt schon vorgehalten werden. Im Gesetz sollten daher Kriterien definiert werden, die eine „Ausbildungsklinik“ erfüllen muss. Hierzu gehören z. B. ein Ausbildungscurriculum und qualifizierte Supervisorinnen. Die Einhaltung dieser Kriterien sollten von den Landesprüfungsämtern überwacht werden, eine private „Zertifizierung“ ist eher wenig zielführend.</p>
	<p>Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)</p> <p><i>Holger Schildt</i></p> <p>Die DGPT fordert aus Gründen der Ausbildungs- und Versorgungsqualität nachdrücklich, es bei der gegenwärtigen postgradualen Psychotherapeutenausbildung mit Erteilung der Approbation nach Abschluss der vertieften Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu belassen.</p> <p>Abzulehnen ist die teilweise oder gar vollständige Integration der vertieften psychotherapeutischen Ausbildung in einen mit der Approbation abschließenden Masterstudiengang an der Hochschule (sog. Direktausbildung).</p> <p>Ebenso abzulehnen sind Bestrebungen, die vertiefte psychotherapeutische Ausbildung – nach Erwerb einer (womöglich „abgespeckten“) Approbation an der Hochschule – in die Weiterbildung zu verschieben.</p> <p>Unbeschadet dessen ist zukünftig eine engere Kooperation zwischen den Hochschulen und den privatrechtlich organisierten Ausbildungsstätten wün-</p>

schenswert.

Kurzbegründung:

1) Psychotherapeutische Behandlung von Patienten erfordert vor allem ausgeprägte personale und Beziehungskompetenz. Psychotherapie kann deshalb nicht aus Lehrbüchern und im Hörsaal gelernt werden, ist in diesem Sinne also kein universitäres Lehrfach.

2) Gewährleistet wird der Erwerb dieser besonderen Kompetenzen vor allem durch das Ineinandergreifen von Theorievermittlung, Selbsterfahrung und supervidierter Patientenbehandlung während der Ausbildung, was sich auch in der APrV zeigt.

- Diese triadische Grundstruktur, an den staatlich anerkannten und größtmäßig überschaubaren Ausbildungsstätten strukturell qualitätsgesichert durch Dozenten mit umfangreichen klinisch-praktischen Erfahrungen, lässt sich in Hochschulstudiengängen nicht sachgerecht umsetzen. Denn die enge und zeitliche Verschränkung von Theorie, Selbsterfahrung und supervidierter Behandlungspraxis führt zu einem Mehr als zur Summe der einzelnen Ausbildungsteile. Und damit entzieht sich die Ausbildung dem, was als Modulisierung von Ausbildungsinhalten, additiv aufeinander aufbauend, an der Hochschule lehr- und lernbar wäre.

- Abgesehen davon, dass an der Hochschule auch die personellen - und wohl auch finanziellen - Mittel fehlten, wären darüber hinaus z.B. nicht gewährleistet (schlagwortartig): Ausreichendes Alter, Überprüfung der persönlichen Eignung, Selbsterfahrung als geschützter Raum ohne Leistungsbewertung, Finanzierung von Selbsterfahrung und Supervision ohne (systemwidrige) spezifische Studiengebühren, die angemessene Bewertung nicht abprüfbarer Kompetenzen etc.

3) Mit einer Approbation schon nach dem Studium und Umwidmung der vertieften Ausbildung in die Weiterbildung würde die im PsychThG verankerte Bindung der Heilkundeausübung an den Nachweis der Fachkunde aufgegeben.

- Das wäre rechtssystematisch verfehlt. Denn die Approbation berechtigt grundsätzlich zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung der Psychotherapie. Solange Ausbildung und Behandlung in Verfahren erfolgen, muss die Approbation also auch das sog. Vertiefungsverfahren umfassen. Damit bleibt bezüglich des Vertiefungsfachs für Weiterbildungsmodelle kein Raum.

- Würde man sich aber darüber hinwegsetzen und die Approbation „abspecken“, etwa im Sinne des Nachweises einer (verfahrenübergreifenden) Grundausbildung, würde das zu ihrer Aushöhlung und Abwertung führen und schwerste Bedenken hinsichtlich des erforderlichen Patientenschutzes aufwerfen.

- Bei dem an dieser Stelle häufig zu vernehmendem Analogieschluss zu den Ärzten handelt es sich nüchtern betrachtet um einen Trugschluss. Denn die Situationen sind rechtlich und sachlich nicht vergleichbar:

➤ Während die Medizin eine breit gefächerte Gebietsstruktur aufweist, die sich durch e i n e (einheitliche) Approbation unmöglich abbilden lässt, bilden die PP/KJP – sogar zusammen mit den psychotherapeutisch tätigen Ärzten – nur e i n e Arztgruppe (vgl. § 101 Abs.4 SGB V). Wie die aktuelle Rechtslage zeigt, ist ihnen der Erwerb der Fachkunde im Rahmen der bis zur Approbation führenden Ausbildung auch ohne weiteres möglich; der mit einer - grundsätzlich freiwilligen – Weiterbildung verbundene berufswahlnahe Eingriff in Art. 12 GG wäre bei ihnen also , anders als bei den Ärzten, nicht erforderlich und damit verfassungswidrig.

➤ Laut BVerfG ist auch der Facharzt nur „Arzt“, es handelt sich bei ihm nicht um einen anderen Beruf. Dagegen soll sich auch im Weiterbildungsmodell der bloß Approbierte (natürlich) noch nicht PP/KJP nennen dürfen. Wie denn aber sonst? Auch hier also wieder Entwertung der Approbation!

➤ Und schließlich: Anders als der(nur) approbierte Arzt, der jedenfalls berufs-

	<p>rechtlich frei praktizieren darf (von Haftungsfragen einmal abgesehen), könnte sein psychologischer Kollege ohne Weiterbildung im Vertiefungsfach kaum etwas anfangen. Warum aber dann mit Gewalt etwas kopieren wollen, was sich bei den Ärzten aus historischen Gründen notgedrungen entwickelt hat?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Darüber hinaus würde eine (zulassungsrelevante) Weiterbildung bedeuten: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verlust der Einheitlichkeit der Ausbildung in den Vertiefungsverfahren, weil Weiterbildung Sache der Länder und Länderkammern ist ➤ Streit mit den ärztlichen Psychotherapeuten, weil laut Wenner (vors. Richter BSG) eine Spezialisierung bei den PP/KJP mit Auswirkungen auf den Zulassungsstatus auch jene einschließen muss ➤ bedarfsplanungsrechtlich die Entstehung separater (verfahrenbezogener) „Psychotherapeutengruppen“ mit womöglich unterschiedlichen Zulassungsbeschränkungen ➤ Verlust der durch §§ 117 Abs.2, 120 Abs.2 SGB V gesicherten Vergütung der in den Institutsambulanzen durchgeführten Ausbildungsbehandlungen. Weiterbildung erfolgt bei den Ärzten in Kliniken und wird über den Pflege-satz vergütet. Wie soll das bei ihren psychologischen Kollegen gehen? ➤ Und was die Honorierung der PiA angeht: Auch die Approbation nach dem Studium führt leider nicht automatisch zu Arbeitsstellen mit bezahlter Weiterbildungsmöglichkeit.
	<p>Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) <i>Christa Leiendecker</i></p> <p>Die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung teilt ausdrücklich die von der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) vorgetragene Argumente zur künftigen Struktur der Psychotherapieausbildung (Frage 3) und fordert ebenso die Beibehaltung der postgradualen verfahrensgebundenen Ausbildung.</p> <p>Insofern lehnt die DPV auch die diskutierte so genannte Direktausbildung aus fachlichen und versorgungspolitischen Gründen ab.</p> <p>Die DPV möchte aber eine strukturelle Veränderung vorschlagen, nämlich die Integration von Teilen der theoretischen Grundausbildung bis hin zur IMPP-Prüfung in alle neu zu schaffenden universitären Masterstudiengänge, die die Eingangsvoraussetzung zu einer Psychotherapieausbildung bilden werden.</p> <p>Hierfür ist es allerdings unabdingbar erforderlich, dass alle vom Wissenschaftlichen Beirat zur Ausbildung anerkannten Psychotherapieverfahren strukturell in der universitären Lehre verankert werden.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Befragungen der Psychotherapeuten in Ausbildung haben gezeigt, dass die <i>Wahl des Verfahrens hoch signifikant von dem an den universitären Lehrstühlen der klinischen Psychologie gelehrt Verfahren abhängt</i> – in der Mehrzahl ist dies ausschließlich die Verhaltenstherapie (bis auf München, Saarbrücken, Köln). Nach Untersuchungen von Fischer&Eichenberg (2006) sind 46 der 48 Lehrstühle in Klinischer Psychologie mit Verhaltenstherapeuten besetzt. 2. Aufgrund dieser Entwicklung im Fach Klinische Psychologie werden in absehbarer Zeit dort vermutlich kaum neue Lehrstühle, z.B. zur wissenschaftlichen Lehre analytischer und tiefenpsychologischer, aber auch aller anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren, eingerichtet werden. Um aber für die Patienten <i>weiterhin die qualifizierte psychotherapeutische Versorgung in allen anerkannten Verfahren zu erhalten</i>, müssen die Grundlagen der psy-

	<p>chotherapeutischen Verfahren bereits universitär gelehrt werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Es könnten daher die an den Instituten in Forschung und klinischer Praxis tätigen Psychotherapeuten, an den Instituten der DPV sind das viele, ihr großes Fachwissen in die universitäre Lehre einbringen, denn nur besonders qualifizierte Psychotherapeuten der jeweiligen Psychotherapieverfahren mit umfangreichem theoretischem Wissen sowie vielfältiger klinischer Praxis können diese Verfahren kompetent und für Studenten überzeugend lehren. 4. Unserer Auffassung nach ist es Aufgabe einer Gesetzesnovellierung, in den dort zu treffenden Regelungen Sorge zu tragen für eine gleichrangige adäquate <i>Vermittlung aller wissenschaftlichen Verfahren an der Universität.</i> 5. Dies ist auch erforderlich, <i>damit Studenten auf der Basis qualifizierter Informationen eine fundierte Entscheidung treffen können</i>, in welchem psychotherapeutischen Verfahren sie sowohl fachlich als auch persönlich überzeugt zukünftig psychotherapeutisch arbeiten können. 6. Die notwendige wissenschaftliche Weiterentwicklung des Faches würde zudem über die strukturelle Einbindung aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren in den universitären Lehrbetrieb gefördert. Der derzeit fehlende, <i>dringend erforderliche Diskurs</i> könnte eröffnet und kontinuierlich weitergeführt werden <i>über die den jeweiligen Psychotherapieverfahren zu Grunde liegenden heuristischen Modelle samt ihren Menschenbildern sowie über deren ätiologische Konzepte zur Krankheitsentwicklung und daraus abgeleitet zu deren Behandlung.</i> 7. Dies ist auch erforderlich, damit Psychotherapeuten <i>Forschungsergebnisse qualifiziert fachlich bewerten und in ihre klinische Praxis ggf. integrieren</i> können. <p>Fazit: die DPV plädiert wie die DGPT ausdrücklich für die Beibehaltung der postgradualen verfahrensgebundenen Ausbildung. Die theoretischen Grundlagen <u>aller</u> zur Ausbildung wissenschaftlich anerkannten Verfahren müssen aus den oben genannten Gründen bereits in allen Masterstudiengängen gelehrt werden, die die Eingangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung bilden werden. Die Gesetzesnovellierung sollte entsprechende Regelungen beinhalten.</p>
	<p>Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT)</p> <p><i>Dr. Walter Ströhm</i></p> <p>Wie wir im letzten Themenblock gehört haben, haben wir ein Problem mit ungleichen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung.</p> <p>Mit der Ausbildungsstruktur haben wir kein Problem.</p> <p>Die AprV postuliert eine praktische Ausbildung, die von Theorie und Selbsterfahrung begleitet wird. Theorie und Praxis greifen sinnvoll ineinander.</p> <p>Es gibt keinen Grund Teile der Ausbildung auszulagern. Die Ausbildung wird dadurch nicht besser. Das Qualifikationsniveau nach erfolgreich absolvierter Ausbildung ist „weltklasse“! Die Approbation geht mit der Fachkunde einher und schließt auf Facharztniveau ab.</p> <p>Die Errungenschaft des PsychThG sollte nicht auf's Spiel gesetzt werden. Das Problem der ungleichen Zugangsvoraussetzungen sollte nicht zulasten einer funktionierenden Ausbildung gelöst werden.</p> <p>Ein Auslöser der Diskussion um eine Novellierung des PsychThG waren die Bedingungen unter denen die praktische Tätigkeit absolviert wird. Auch wenn wir es in diesem Zusammenhang mit schwerwiegenden Problemen zu tun haben, ändert das nichts an der Tatsache, dass dieser Teil der Ausbildung unverzichtbar ist. Nicht zuletzt deswegen, weil die Tätigkeit in verschiedenen Praxisfeldern maßgeblich die späteren Chancen auf dem Arbeitsmarkt determiniert.</p>

	<p>Auf keinen Fall sollten wir dieses Problem lösen, in dem wir die Ausbildungsstruktur umkrempeln und das Psychatriejahr auslagern und es so zum PJ degradieren.</p> <p>Fazit:</p> <p>Die Ausbildung kann verbessert werden, wenn es uns gelingt einheitliche Zugangsvoraussetzungen herzustellen. Die bestehende Ausbildungsstruktur bietet ausreichend Spielraum für Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungsqualität.</p>
	<p>Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) <i>Prof. Dr. Katja Werheid</i></p> <p>Aktueller Qualifikationsweg in Klinischer Neuropsychologie</p> <p>Die Neuropsychologische Therapie kann wegen fehlender Anwendungsbreite unter den gegebenen Bedingungen im Rahmen der Psychotherapieausbildung nicht vertieft gelehrt werden. Da sie umfangreiche, über die Psychotherapieausbildung deutlich hinausgehende Kenntnisse bzgl. Diagnostik und Therapie voraussetzt, wurde ein mindestens zweijähriger Weiterbildungsgang geschaffen, der zu einer Zusatzbezeichnung führt. Psychotherapeuten haben nach diesem Aus- und Weiterbildungsgang eine umfassende Behandlungserlaubnis und einen Fachkundenachweis für die Behandlung aller psychischen Störungen.</p> <p>Die geschilderte Situation führt für zukünftige neuropsychologisch spezialisierte Psychotherapeuten zu deutlich verlängerten Aus- bzw. Weiterbildungszeiten (im kürzesten Fall 10, im Normalfall 12 Jahre), zu erheblichen finanziellen Belastungen und teils zu einer Überqualifikation. Dadurch wird die massive ambulante Unterversorgung von Patienten mit Hirnschädigung (Mühlig, 2008; Kasten et al., 1999) fortgeschrieben. In Rheinland-Pfalz wurde bereits ein Modellprojekt entwickelt, bei dem unter den gegebenen Bedingungen die Aus- und Weiterbildung so verzahnt werden, dass Synergieeffekte genutzt werden können. Mit diesem Modell kann eine Zeitersparnis von einem Jahr erreicht werden (Albs-Fichtenberg et al., 2008).</p> <p>Entwurf einer Ausbildungsstruktur aus Sicht der GNP:</p> <p>Die GNP favorisiert ein universitäres Ausbildungsmodell, das mit einer Approbation abschließt. In einem berufsbegleitenden Weiterbildungsgang, der mit einem Fachkundenachweis für den Bereich Neuropsychologie abschließt, sollte der Psychotherapeut die Befähigung zur umfassenden Behandlung von Patienten mit organischen psychischen Störungen erwerben können. Da die vielfältigen Störungsbilder der Diagnosekategorie F0 eine umfangreiche praktische Erfahrung voraussetzen, sollten Psychotherapeuten während der Weiterbildung in Einrichtungen zur Versorgung von Patienten mit Hirnschädigung tätig sein.</p> <p>Literatur:</p> <p>Albs-Fichtenberg, B., Benecke, A., Gönner, S., Heinrich, B., Kammler-Kaerlein, J., Naumann, D., Scheurich, A (2008). Zeit gewinnen in Aus- und Weiterbildung: Zukunftsprojekt Neuropsychologie startet 2008. Bundespsychotherapeutenjournal 03/2008; 306-309.</p> <p>Mühlig, S. (2008). Ist-Situation der ambulanten neuropsychologischen Versorgung in Deutschland. Zeitschrift für Neuropsychologie, 19, 165.</p> <p>Kasten, E., Poggel, D.A., Gothe, J., Müller-Oehring, E. & Sabel, B.A. (1999). Ambulante neuropsychologische Therapie von Patienten mit Hirnschäden. Report Psychologie, 3/99, 194-215.</p> <p>Koponen et al. (2002). Axis I and II Psychiatric Disorders after Traumatic Brain Injury: A 30-year follow up study. American Journal of Psychiatry, 159, 1315-1321.</p>

	<p>Landespsychotherapeutenkammer Bayern</p> <p><i>Dr. Bruno Waldvogel</i></p> <p>Die Ausbildung zu den Berufen PP und KJP beginnt wie bisher auf der Grundlage eines spezifischen abgeschlossenen Hochschulstudiums mit Master-Abschluss und findet an privaten oder Hochschulen angegliederten Instituten statt.</p> <p>Sie schließt mit einer Staatsprüfung ab und führt zur Approbation.</p> <p>Die Ausbildung hat wie bisher die Bestandteile Theorie, Selbsterfahrung, praktische Tätigkeit („Psychiatriejahr“) und praktische Ausbildung.</p> <p>Die Ausbildung ist für die zentralen Tätigkeitsfelder von Behandlung, Rehabilitation und Prävention psychischer Störungen die Voraussetzung.</p> <p>Die berufsfremde Systematik der ärztlichen Weiterbildung wird nicht auf die Ausbildung dieser Berufe angewandt.</p> <p>Die Stellung und insbesondere die Bezahlung der Ausbildungsteilnehmer innerhalb des sog. Psychiatriejahrs ist deutlich zu verbessern.</p> <p>Der Verfahrensbezug soll in der Ausbildung erhalten bleiben, abweichende Modellversuche aber möglich sein.</p>
	<p>Psychotherapeutenkammer Bremen</p> <p><i>Dr. Isabel Bataller Bautista</i></p> <p>Sehr geehrter Prof. Strauß, sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>meine folgenden kurzen Thesen sind nicht ein Beschluss der Psychotherapeutenkammer. Sie beruhen auf Gespräche mit den 4 Ausbildungsinstituten in Bremen, auf meiner Erfahrungen sowohl an der Universität als auch an einem Ausbildungsinstitut und zuletzt an der Psychotherapeutenkammer Bremen.</p> <p>1.- Die Psychotherapie als Heilmethode gründet auf der klinischen Erfahrung von Ärzten, Psychologen, Pädagogen und Philosophen mit psychisch kranken Menschen. Dieses psychotherapeutische Wissen hat sich außerhalb der Universitäten entwickelt und hat sich in Ausbildungsinstituten etabliert.</p> <p>2.-Die psychoanalytischen, gesprächstherapeutischen und gestalttherapeutischen Ausbildungen fanden nie an den Universitäten, sondern in Ausbildungsinstituten statt, was insofern auch folgerichtig ist, als es sich dabei um Methoden handelt, deren Aneignung nicht durch theoretisches Wissen und das Erlernen von Techniken allein herzuweisen ist.</p> <p>3.-Die Kriterien für die Aufnahme an der Universität unterscheiden sich deutlich von den Kriterien, die für die Befähigung zu einer psychotherapeutischen Ausbildung notwendig sind. Die emotionalen Bedingungen, die ein psychotherapeutischer Kandidat als Eignung mit zu bringen hat, werden an der Universität nicht abgefragt.</p> <p>4.- Die zukünftigen Psychotherapeuten werden es mit fragmentarischem Erleben und haltlosen, sozial vernachlässigten, technisch entfremdeten Menschen zu tun haben. Nur mit einem weit gefächerten Wissen über soziale Prozesse, Kulturen, über Bewusstes und Unbewusstes so wie vor allem über die Prozesse, die sich in menschlichen Beziehungen vollziehen, können Therapeuten Patienten adäquat behandeln. Eine verkürzte Ausbildung würde diese Notwendigkeit verfehlen.</p> <p>5.- Es besteht die Wahrscheinlichkeit „Psycho-Techniker“ statt Psychotherapeuten auszubilden: eine verkürzte Ausbildung zum Psychotherapeuten, ein „Master in Psychotherapie mit einer Approbation oder Teilapprobation als Psychotherapeut“, ohne die Grundlagen eines breiteren akademischen Studiums als Voraussetzung, birgt die Gefahr, den Therapeuten nur Techno-Module zu vermitteln. Die Gefahr ist, dass die zukünftigen Psychotherapeuten nur ein partielles Interesse an den Patienten einbringen können und für „Sektoren der Per-</p>

	<p>sönlichkeit“ Module bereitstellen, während der notwendige Blick auf den ganzen Menschen und auf komplexe Zusammenhänge zwangsläufig auf der Strecke bleibt. Es besteht die begründete Besorgnis, dass die vielen Patienten, die unter der Beschleunigung und Technifizierung unseres modernen Lebens leiden, vor einem im Schnellverfahren ausgebildeten Psychotherapeuten stehen würden, der ungenügendes Wissen in sich trägt und für einen emotional reifen, auf den ganzen Menschen gerichteten Kontakt nicht ausgebildet ist.</p> <p>6.- Eine engere Kooperation zwischen den Ausbildungsinstituten, der Universität und der Kammern wäre wünschenswert, um die Forschung in Psychotherapie und in Versorgungsfragen, mehr als in der Vergangenheit, zu unterstützen.</p> <p>7.-Ein besserer Diskurs zwischen den verschiedenen Verfahren muss angestrebt werden, so dass die Qualität der Diagnostik und Indikation steigt. Man weiß über die anderen Verfahren zu wenig. Es fehlen die Strukturen, die dieses ermöglichen und es fehlt auch am Interesse für die Arbeit des Anderen. Die Kammern sollten diese Aufgabe übernehmen und Strukturen für den Austausch und für den Diskurs zwischen den Verfahren entwickeln, gleichzeitig die Vielfältigkeit und Differenz respektieren und bewahren. Die Kammern und Verbände können mit ihrer guten Information über die Versorgungslage und die Versorgungsnotwendigkeiten verfahren- oder fachübergreifende Probleme aufzeigen und diese durch Fortbildung oder andere Kammeraktivitäten beheben und integrieren, ohne das hohe Niveau der psychotherapeutischen Ausbildung anzugreifen.</p> <p>Aus all diesen Gründen halte ich eine Ausbildung zum Psychotherapeuten an den jetzigen Universitäten während der Master-Zeit nicht für geeignet. Höchstens Theorien oder Forschungsmethoden könnten dort übernommen werden. Anzustreben wäre einerseits eine klare Trennung zwischen den Aufgaben von Universität, Ausbildungsinstituten und Kammern und andererseits ein erhöhter Diskurs und eine bessere Kooperationen zwischen diesen drei Systemen.</p>
	<p>Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</p> <p><i>Prof. Dr. H.-J. Schwartz</i></p> <p>Erörtert wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Direktausbildung“ vs. • Psychologie- bzw. Pädagogikstudium (Bachelor + klinischer Master) + PP-/KJP-Ausbildung <p>Eine Direktausbildung verspricht, viele der mit der gegenwärtigen Struktur verbundenen Probleme zu lösen.</p> <p>Dennoch spricht sich die PKN dagegen aus, sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf dieses Modell zu verständigen, weil es neue Probleme schafft und zudem keine Chance besteht, es unter den Bedingungen des Bologna-Prozesses bundesweit umzusetzen.</p> <p><u>Im Einzelnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Bachelor-Master-Struktur des Studiums ist gewollt konkurrenzorientiert und damit auch grundsätzlich änderungs- bzw. entwicklungsorientiert. Diese Struktur verträgt sich schwer mit den Anforderungen an eine kalkulierbare, über lange Zeit verlässliche Ausbildung, zu der auch geschützte Räume für persönliche Entwicklung gehören müssen. • Ohne Rahmenstudienordnungen können und müssen Hochschulen ihre Studiengänge selbst erfinden und akkreditieren lassen – konkrete ministerielle Vorgaben sind grundsätzlich nicht mehr vorgesehen; erst recht nicht vorstellbar ist, dass es gelingen könnte, mehr oder weniger identische Strukturen in 16 Bundesländern durchzusetzen. • Die Hochschulen in Deutschland werden sich angesichts der sich entwickelnden Vielfalt sehr spezifischer Studiengänge nicht dazu bewegen lassen, ihre Autonomie einzuschränken und einheitliche Psychotherapie-

	<p>diengänge auf der Basis einer von den Hochschulen nicht zu beeinflussen- den Approbationsordnung zu verabschieden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehrere tausend Studienplätze müssten innerhalb der Hochschulen zu Lasten anderer (auch psychologischer) Studiengänge durchgesetzt werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass das z.T. auch gegen den Widerstand innerhalb der Psychologischen Institute und der DGPs kaum zu schaffen ist –mit erheblichen zusätzlichen gebundenen Mitteln für die Schaffung zusätzlicher Kapazitäten ist in absehbarer Zeit nicht zu rechnen. • Die Hochschulen verfügen nicht in hinreichendem Umfang über Personal, das für eine Ausbildung zu Psychotherapeuten kompetent ist. D.h. dass zusätzliches Personal gefunden und von der Hochschule finanziert werden müsste – vor allem Letzteres scheint gegenwärtig völlig utopisch. • Die gegenwärtig zu beobachtende Konzentration der Psychologischen Hochschulen auf experimentell-naturwissenschaftliche Perspektiven lässt den Schluss zu, dass in einem Psychotherapiestudium die Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren nicht abgebildet würde. • Eine Approbation am Ende eines Psychotherapiestudiums bedeutet, dass für die Ausübung des Heilberufs Psychotherapeut hinreichende Handlungskompetenzen erworben wurden. Solche basalen Handlungskompetenzen sind nicht unabhängig von einer psychotherapeutischen Orientierung zu denken. • Die mit der Approbation am Ende eines Studiums verbundene Berechtigung zur Ausübung von Psychotherapie am Ende eines Studiums löst das Problem der Ausbildungsfinanzierung nur begrenzt, weil mit einer Neuorganisation des Studiums nicht die Schaffung bezahlter klinischer Arbeitsplätze verbunden wäre. <p>Fazit: Aus Sicht der PKN ist eine Lösung der gegenwärtigen Probleme auf der Basis der bisherigen Studium-Ausbildung-Struktur zu suchen.</p>
	<p>PiA-Bundeskonzferenz der BPtK</p> <p><i>Frank Mutert</i></p> <p>3.1) Der erreichte Qualitätsstandard in der Ausbildung wird bislang von den PiA als sehr hoch eingeschätzt. Daran soll sich auch in Zukunft nichts ändern. Einer Verkürzung der Ausbildung oder einer Absenkung des erreichten Standards wird somit von Seiten der PiA eine klare Absage erteilt.</p> <p>3.2) Von den allermeisten PiA werden die Institute als Ausbildungsstätte sehr geschätzt. Allgemein wird anerkannt, dass die Ausbildungsinstitute bisher sehr gute Arbeit geleistet haben. Von daher wird von den meisten PiA die Forderung geteilt, die Ausbildung im Wesentlichen an den Instituten zu belassen. Breiter diskutiert wird lediglich eine Verlagerung bestimmter Teile der Theorieausbildung in das grundständige Studium und damit an die Universitäten. Insbesondere wird von den PiA an den Instituten geschätzt; dass die Dozenten ihrerseits praktisch tätig sind. Dazu kommt die Möglichkeit der individuellen Betreuung aufgrund der im Vergleich zur Universität deutlich geringeren Anzahl an Auszubildenden.</p> <p>3.3) Gleichzeitig wird die Ausbildung in ihrer bisherigen Form als lang und teuer empfunden. Von fast allen PiA werden Überlegungen begrüßt, wie die Ausbildung besser finanzierbar gestaltet werden könnte. Neben der mittlerweile fast einhellig und professionsweit erhobenen Forderung einer Vergütung der PT I und II steht dabei im Vordergrund der Diskussionen die Frage, ob eine Umwandlung der Ausbildung in eine Weiterbildung hier eine anzustrebende Veränderung sein könnte.</p> <p>3.4) An der grundsätzlichen Ausrichtung der Ausbildung werden von Seiten der PiA keine wesentlichen Änderungen gewünscht (d.h. keine störungsspezifische PT, keine "integrative psychologische" PT), Es soll weiter an der klassischen Ausbildung in einem der bekannten Verfahren festgehalten werden soll (VT,</p>

	<p>AP/TP und GT)</p> <p>3.5) Aus der Sicht der PiA bestehen erhebliche Zweifel daran, dass die Universitäten willens und in der Lage wären, eine angemessene Zahl an Studienplätzen für einen Master-Studiengang "Psychotherapie" zur Verfügung zu stellen. Dieser Eindruck entsteht unabhängig davon, ob eine solche Verlagerung von den jeweilig Befragten befürwortet wird oder nicht.</p> <p>3.6) Viele PiA sehen aber einen dringenden Regelungsbedarf für die Frage der universitären Ausbildungsbedingungen. Dies vor allem im Hinblick auf das Problem, wie sichergestellt werden soll, dass zukünftig genügend Absolventen eines jeden Jahrganges zur Verfügung stehen, die die formalen Voraussetzungen für den Beginn einer Ausbildung um PP/KJP erfüllen. <i>(Gerade ab dem Jahr 2012, wenn durch das verkürzte Abitur die doppelten Studentenzahlen antreten und gleichzeitig die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge (Ausbilder und Professoren) in Rente gehen werden, wird dieser Engpass unvermeidlich. Um auch weiterhin eine angemessene psychotherapeutische Versorgung aufrecht erhalten zu können, sowie den psychotherapeutischen Nachwuchs zu sichern, ist es daher unbedingt erforderlich die Ausbildung für die PiA so zu gestalten, dass sie ohne die Aufwendung von erheblichen finanziellen Mitteln zu absolvieren ist. Dies könnte z.B. auch über eine gezielte staatliche Förderung (BAföG oder ähnliches) geschehen. Dabei ist zu beachten, dass ein wesentlicher Teil der Ausbildungsteilnehmer – aus guten Gründen - bereits das 30. Lebensjahr überschritten hat (Altersgrenze BAföG)).</i></p>
	<p>Landessprecherinnen der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) in Berlin</p> <p><i>Dr. Zsafia Szirmak</i></p> <p>Wir wollen in dieser Stellungnahme erst einige allgemeine Anmerkungen zur Struktur der Ausbildung äußern und uns dann auf den Unterpunkt „Verortung“ konzentrieren.</p> <p><u>Allgemein gilt:</u> die Ausbildung ist in ihrer jetzigen Struktur finanziell unzumutbar. Die Vollzeitausbildung erlaubt keine ausreichende Erwerbstätigkeit und kostet abhängig vom Therapieverfahren mindestens 350-500 Euro monatlich und das über mehrere Jahre hinweg. Wenn Praxis und Theorie in der postgradualen Ausbildung gekürzt werden, werden die zeitliche und auch die finanzielle Belastung, die für uns momentan enorm ist, auf ein zu bewältigendes Maß reduziert.</p> <p><u>Allgemein gilt:</u> die Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (PP) und zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (KJP) ist in ihrem jetzigen Umfang in den vorgegebenen 3 Jahren in der Vollzeitausbildung und 5 Jahren in der Teilzeitausbildung von der überwiegenden Mehrheit nicht zu schaffen. Was vorgesehen war, funktioniert in der Praxis nicht. Wir sind der Meinung, dass die Praktische Tätigkeit mindestens um 600 Stunden gekürzt werden sollte. Niemand ist in der Lage, 1800 Stunden zu „hospitieren“ bzw. „nur“ mitzulaufen. Keine psychiatrische Einrichtung kann sich solche „Dauergäste“ leisten. Wer da ist, muss anpacken. Wer anpackt, arbeitet mit.</p> <p><u>Das bedeutet:</u> 200 Stunden ins Studium integrierte verfahrensübergreifende Theorie, postgradual max. 400 Stunden praxisrelevante Theorie und max. 1200 Stunden Praktische Tätigkeit, die in ihrer Ausrichtung an die Berufswirklichkeit angepasst werden soll. Arbeit muss bezahlt werden.</p> <p>Verortung</p> <p>Es ist sinnvoll, die staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute zu behalten und die Ausbildung überwiegend postgraduell zu gestalten. Die geplanten Masterstudiengänge können weder zeitlich noch inhaltlich die im Gesetz verankerte Gesamtstundenzahl an Theorie übernehmen. Die Hochschulen sollen an der Ausbildung vorbereitend beteiligt werden, aber besonders wegen der praktischen Ausrichtung sollte die Ausbildung zu PP und KJP als postgraduale Qualifizierung belassen werden. Die postgraduale Ausbildungsstruktur ist auch mit der Position derjenigen Vertreterinnen und Vertreter psychoanalytischer Thera-</p>

	<p>pieverfahren vereinbar, die betonen, dass die Vermittlung von Kompetenzen, die für ihren Ausbildungsgang spezifisch sind, an den Hochschulen nicht zu verwirklichen ist.</p> <p><u>Kurz gesagt:</u> wir sind nicht für eine vollständig vorverlegte Therapieausbildung in das Studium.</p> <p><u>Fazit:</u> Unsere Meinung ist, dass die staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute ihre Aufgabe bewältigt und somit ihre Existenzberechtigung unter Beweis gestellt haben. Regulierende Eingriffe in die Verteilung der Ausbildungsstätten erscheint aus PiA Sicht nicht sinnvoll. Die personelle Verzahnung mit den Hochschulen ist durch die Herkunft der Dozenten bereits gängige Praxis. Es spricht nichts dagegen, Ausbildungsinstitute an Universitäten zu binden. Es sollte aber nicht zur Vorbedingung gemacht werden. Besonders im Rahmen der unabhängigen Ausbildungsinstitute wird es den in der Praxis tätigen Kollegen und Kolleginnen ermöglicht, ihr praxisorientiertes Wissen und ihre mehrjährige therapeutische Erfahrung in einem persönlichen, aber überprüfbaren Rahmen an die zukünftige Therapeutengeneration weiterzugeben. Genau dieser persönliche Austausch und die individuelle Ansprechbarkeit sind es, was von uns PiA in der Gesamtbeurteilung der Ausbildung am höchsten geschätzt und bewertet wird.</p>
	<p>PsychotherapieNachwuchsNetz Nordrhein (PiANo-Netz)</p> <p><i>Katrin Jura</i></p> <p>Der allerwichtigste Aspekt bei der Frage der zukünftigen Struktur der Ausbildung zu PP und KJP ist aus Sicht der PiA des PiANo-Netzes, dass die künftige Struktur so gestaltet wird, <u>dass die Ausbildung allen Personen, die die formalen Zugangsvoraussetzungen erfüllen sowie die persönliche Eignung für die Ausübung des psychotherapeutischen Berufs aufweisen, tatsächlich uneingeschränkt offensteht.</u> Dies bedeutet konkret dreierlei:</p> <p>1) <u>Die durch die bisherige Ausbildungsstruktur etablierte soziale Selektion muss beendet werden.</u> Unabhängig von der Verortung der Ausbildung – ob nun an Universitäten oder an Ausbildungsinstituten oder an beiden Orten – und ihrer formalen Konzeption – als Ausbildung oder Weiterbildung oder Mischung aus beidem – muss die zukünftige Ausbildungsstruktur gewährleisten, dass die Ausbildung ohne existenzbedrohliche materielle Not bzw. ohne finanzielle Abhängigkeit von Dritten (z.B. Eltern, PartnerInnen) oder Abhängigkeit von Sozialleistungen der öffentlichen Hand (ALG, ALG II) oder nur durch Aufnahme von Krediten durchlaufen werden kann. Idealerweise sollte die Ausbildung keine Kosten verursachen, die von den AusbildungsteilnehmerInnen privat zu tragen sind. Sofern persönlich zu zahlende Kosten entstehen, ist sicherzustellen, dass diese komplett durch die Vergütung der im Rahmen der Ausbildung geleisteten beruflichen Tätigkeit finanziert werden können, und zwar zusätzlich zur problemlosen Finanzierung des Lebensunterhalts der AusbildungsteilnehmerInnen und ihrer ggf. bereits vorhandenen eigenen Familien.</p> <p>2) <u>Die durch die bisherige Ausbildungsstruktur zementierte Geschlechtsselektion muss beendet werden.</u> Es ist hinlänglich bekannt, dass sich die Attraktivität eines Berufs zentral daran bemisst, ob dieser Beruf von Männern erlernt wird und dass dies davon abhängt, ob der betreffende Beruf gute Verdienstmöglichkeiten verspricht. Nur wenn die bisherigen finanziellen Belastungen durch privat zu tragende Ausbildungsgebühren bei gleichzeitiger Unmöglichkeit, ein ausreichendes Einkommen durch berufliche Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zu erzielen, aufgehoben und die Ausbildung so organisiert wird, dass sie ausreichende Verdienstmöglichkeiten birgt, werden sich mehr Männer für den psychotherapeutischen Beruf entscheiden.</p> <p>3) <u>Die durch die bisherige Ausbildungsstruktur implementierte Verfahrensselektion muss beendet werden.</u> Nur wenn sichergestellt wird, dass in den Studiengängen, deren Absolvierung Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung sein wird, die Grundlagen aller wissenschaftlich als wirksam nachgewiesenen psychotherapeutischen Verfahren gleichwertig vermittelt werden, und dass die Ausbildungen in den verschiedenen Verfahren in ihren inhaltlichen,</p>

zeitlichen und finanziellen Anforderungen vergleichbar sind, wird die Dominanz der VT an den Universitäten und unter den AusbildungsteilnehmerInnen beendet werden.

Ein mögliches Modell für eine reformierte Aus- und Weiterbildung zu PP und KJP:

1) Das auf einem Bachelor-Studium in Psychologie oder Pädagogik aufbauende konsekutive Studium in einem spezialisierten Master-Studiengang "Psychotherapie" vermittelt nicht nur theoretische Grundkenntnisse hinsichtlich aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren mit einem forschungsorientierten Studienprofil, mit dem eine hohe wissenschaftliche Qualifikation sichergestellt wird, sondern erhält darüber hinaus einen starken Praxisbezug, indem es eine praktische Ausbildung in psychotherapeutischen Kompetenzen und die Absolvierung von längerfristigen Praktika im klinischen Bereich ermöglicht. Denkbar wäre z.B. die Vorschrift von 3 studienbegleitend zu absolvierenden Praktika mit einer Dauer von jeweils mindestens 2 Monaten (in den Semesterferien absolvierbar): 1 Praktikum in einer psychiatrischen Klinik, 1 Praktikum in einer psychosomatischen Klinik, 1 Praktikum in einer anderen Einrichtung der psychotherapeutischen Versorgung, z.B. einer ambulanten Pt-Praxis.

2) Nach 2 Jahren Master-Studium wird der Titel "**Master of Psychotherapy**" erteilt und ein **Erstes Staatsexamen** in Form einer schriftlichen Prüfung gemäß zu reformierendem IMPP-Gegenstandskatalog absolviert.

3) Absolvierung eines "**Praktischen Jahres**" (**PJ**) mit 6 Monaten Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik und 6 Monaten in einer psychosomatischen Klinik, das – wie bei den angehenden ÄrztInnen auch – noch zum Studium gehört, so dass für diese letzte, praktisch gestaltete Phase des Studiums in jedem Fall eine BAföG-Berechtigung gegeben ist. Hier wäre außerdem eine Bezahlung des PJ der MasterabsolventInnen der Psychotherapie durchzusetzen analog den sehr erfolgreichen Bemühungen des Marburger Bundes und des Hartmannbundes, dies für das PJ, das Studierende der Humanmedizin abzuleisten haben, gemäß der Resolution des Deutschen Ärztetages von Mai 2006 zu erreichen. Eine Umfrage des Ausschusses MedizinstudentInnen im Hartmannbund (HB) hat im Oktober 08 ergeben, dass inzwischen viele Lehrkrankenhäuser Aufwandsentschädigungen für MedizinstudentInnen im PJ eingeführt haben. In einem Positionspapier hat sich der Sprecherrat der MedizinstudentInnen im Marburger Bund (MB) im November 08 mit dem PJ auseinandergesetzt und den Gesetzgeber aufgefordert, im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) die Voraussetzungen für eine regelhafte finanzielle Wertschätzung der Leistungen von MedizinstudentInnen im PJ zu schaffen.

4) Nach dem PJ wird die **Approbation** erteilt.

5) **Verfahrensspezifische Weiterbildung** in Einrichtungen der psychotherapeutischen Versorgung unter der Fachaufsicht von PsychotherapeutInnen und in mit diesen Einrichtungen kooperierenden Instituten; Dauer ca. 3-5 Jahre, je nach Verfahren und zeitlicher Form der Weiterbildung. Die **PsychotherapeutenInnen in Weiterbildung** absolvieren ihre Weiterbildung auf Weiterbildungsstellen und sind damit den AssistenzärztInnen hinsichtlich Status – **AssistenzpsychotherapeutInnen** – und Bezahlung – nach § 51 TVöD Krankenhäuser, d.h. im 1. Weiterbildungsjahr gemäß Entgeltgruppe 14 Stufe 1 – gleichgestellt. Während der Weiterbildung wird eine enge Verzahnung von Selbsterfahrung und PatientInnenbehandlung gewährleistet. Die ambulanten Therapien gemäß Weiterbildungsordnung können auch im Rahmen der Weiterbildungsstellen durchgeführt werden (statt nur, wie bisher, in Institutsambulanzen oder kooperierenden Lehrpraxen), Supervision im Rahmen der Weiterbildungsstellen wird für die nachzuweisenden Supervisionsstunden anerkannt, ebenso Theorieseminare und kasuistisch-technische Seminare, die ggf. in der weiterbildenden Einrichtung angeboten werden (diese drei Punkte sind für ÄrztInnen, die sich zu psychotherapeutisch tätigen FachärztInnen weiterbilden, selbstverständlich).

6) Die Weiterbildung schließt mit einem **Zweiten Staatsexamen** in Form einer mündlichen Prüfung ab, auf deren Grundlage der **Fachkundenachweis** (AP,

	<p>AP+TP, TP, VT, ggf. GT und ST) erteilt wird.</p> <p>Mit diesem Modell wäre eine weitergehende <u>Parallelisierung der Ausbildung von PsychotherapeutInnen mit der von ÄrztInnen erreicht</u>, was sowohl unter berufs- als auch gesundheitspolitischen Aspekten wünschenswert ist. Eine qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung von PsychotherapeutInnen mit enger Verschränkung von theoretischen und praktischen Elementen sowie Selbsterfahrung wäre sichergestellt. Die Finanzierung der Weiterbildung durch die AssistenzpsychotherapeutInnen wäre gewährleistet, weil sie, genau wie AssistenzärztInnen auch, über ein angemessenes Einkommen für ihre Tätigkeit in Einrichtungen der psychotherapeutischen Versorgung (Kliniken etc., Pt-Praxen → Weiterbildungsassistenten!) verfügen würden.</p>
 <p>Prof. Dr. Armbruster</p>	<p>Psychotherapie – FH</p> <p><i>Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, Prof. Dr. Meinrad Armbruster</i></p> <p>Zunächst erfolgt im Anschluss an erste berufsqualifizierende Bachelor-Abschlüsse (Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Heilpädagogik) ein Masterstudium an Universitäten oder Fachhochschulen, das sowohl den unterschiedlichen Anforderungen an die fachlichen Qualifikationen der beiden Psychotherapeutenberufe PP und KJP als auch den unterschiedlichen traditionellen beruflichen Erfahrungshintergründen in der Psychotherapie (Psychologie/Sozialpädagogik/Heilpädagogik) sowie den zukünftigen Formen psychotherapeutischer Versorgung auf der Grundlage eines biopsychosozialen Verständnisses gerecht wird. Ein „Einheitsmaster“ für PP und KJP mit einer einseitigen Dominanz engeführter klinisch-psychologischer Inhalte entspricht nicht den Notwendigkeiten angemessenen Verständnisses heutigen psychischen Leidens und seiner wirksamen Behandlung.</p> <p>Sodann erfolgt die postgraduale Ausbildung. Diese kann an mit Hochschulen kooperierenden Ausbildungsinstituten oder an Instituten in freier Trägerschaft absolviert werden. Dabei ist wichtig, dass die existierende Vielfalt an Ausbildungsinstituten in der bewährten Form erhalten bleibt und dass insbesondere die staatliche Abschlussprüfung bzw. Approbation nicht in verschiedene Teile und Orte der Erbringung aufgespalten wird.</p> <p>Zu möglichen Weiterbildungsmodellen und Direktstudiengängen in Psychotherapie vertritt Psychotherapie-FH deshalb folgende Position:</p> <p>Ein Weiterbildungsmodell entspricht nicht den sachlichen und beruflichen Notwendigkeiten der Psychotherapieausbildung. Kern des Weiterbildungsmodells wäre in Analogie zur Medizinerbildung die unsinnige Aufspaltung in ein Hochschul-Studium von zu definierenden „allgemeinen psychotherapeutischen Qualifikationen und Kompetenzen“ (Teilapprobation) und einer darauf aufsetzenden verfahrens- oder störungsbezogenen psychotherapeutischen Weiterbildung an Hochschulen oder privaten Instituten (Vollapprobation). Dieses Modell verkennt die Differenzen zwischen Medizin- und Psychotherapieausbildung.</p> <p>Auch die Konzeption einer Direktausbildung bzw. eines psychotherapeutischen Direktstudiums an einer Hochschule verkennt einige Spezifika der Psychotherapieausbildung: Innerhalb eines gut integrierten Zusammenspiels von theoretischer Ausbildung, praktischer Behandlungserfahrung, Supervision und Selbsterfahrung kommt es mehr oder minder entscheidend auf die Entwicklung der Person und der Beziehungskompetenz des Therapeuten an, die in keiner Hochschul-Prüfungsordnung schriftlich erfasst werden kann. Ob ein Ausbildungsteilnehmer zur Abschlussprüfung zugelassen wird, ist keinesfalls allein eine Frage abprüfbareren Wissens.</p> <p>Darüber hinaus ist festzustellen, dass auf absehbare Zeit weder die Universitäten noch die Fachhochschulen in der Lage wären, die notwendigen Rahmenbedingungen und personellen wie sachlichen Ausbildungserfordernisse eines Direktstudiums zu erfüllen.</p>

	<p>Universitäre Ausbildung für Psychotherapie (UNITH)</p> <p><i>Dr. Heike Winter</i></p> <p>Die Struktur der Psychotherapeutenausbildung als postgraduale Ausbildung hat sich insgesamt in der aktuellen Form bewährt.</p> <p>Im Kontext der Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge an den Universitäten werden jedoch auch eine Reihe von Vorteilen in der prinzipiellen Möglichkeit einer universitären Direktausbildung mit Abschluss „Approbation“ gesehen:</p> <p>Nach diesem Modell würde nach dem Abschluss „Bachelor of Science“ in einem konsekutiven und forschungsorientiertem universitären Studiengang im Fach Psychologie der Abschluss „Master of Science in Psychotherapie“ erreicht, der zugleich das Staatsexamen und die Approbation beinhaltet. Dieses Masterstudium würde die Schwerpunkte wissenschaftliche Methodenlehre, Psychodiagnostik und Grundkenntnisse der Psychotherapie gemäß Anlage 1, Abschnitt 1 der APrV beinhalten.</p> <p>Die Approbation wäre nach diesem Modell als Befähigungsnachweis deutlich unter dem heutigen Standard einzuordnen, würde bspw. nur zur Erbringung psychotherapeutischer Grundleistungen, übender Verfahren, Psychodiagnostik und Psychotherapie unter Supervision berechtigen.</p> <p>Nach Masterabschluss und Approbation würde sich – vergleichbar mit der Facharztausbildung in Medizin – eine vertiefende Weiterbildung anschließen, die mit der Fachkunde im jeweiligen Psychotherapieverfahren abschließt.</p> <p>Folgende Vorteile werden für diese strukturellen Änderungen gesehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine enge Verknüpfung zwischen Wissenschaft, Lehre und Praxis wäre fortlaufend gewährleistet • Parallelisierung zur Mediziner Ausbildung • Die Approbation würde der bereits jetzt erbrachten psychotherapeutischen Arbeit der Ausbildungsteilnehmer während des Psychiatriejahres entsprechen und den unklaren Staus der Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit beenden. • Beseitigung der berufsrechtlichen Unterschiede in den Zugangsberechtigungen zwischen Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und damit Förderung der Einheit des Berufsstandes auf dem erforderlichen hohen Qualifikationsniveau. • Die Dauer einer solchen „direkten“ universitären Ausbildung bis zur Approbation würde um etwa ein Jahr verkürzt, da die Grundlagen der theoretischen Ausbildung schon während des Studiums erworben werden. <p>Die Gesamtausbildungsdauer der Ausbildung in Psychotherapie bis zum Erreichen der Fachkunde sollte jedoch insgesamt nicht gekürzt werden.</p>
	<p>Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)</p> <p><i>Peter Lehdorfer</i></p> <p>Die Erteilung einer Approbation ist nur gerechtfertigt, wenn der, der sie inne hat, über die Fähigkeit verfügt, eigenverantwortlich und selbständig heilkundliche Psychotherapie auszuüben. Dazu gehört Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung in Kuration und Rehabilitation, aber auch Prävention. Dies setzt voraus, dass mit dem Abschluss der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Staatsprüfung, die eine Voraussetzung für die Erteilung der Approbation ist, das volle Ausbildungsziel erreicht sein muss. Wenn ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut die Approbation aufgrund einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren durchlaufen hat, das über eine Aner-</p>

	<p>kennung als Richtlinienverfahren verfügt, so hat er damit das Recht des Arztregistereintrags erworben. Eine statusrelevante Weiterbildung im Sinne einer Fachgebietsweiterbildung hat in diesem System keinen Platz, da die Approbation in einem Richtlinienverfahren bereits zum Arztregistereintrag geführt hat. Anders verhält es sich mit Zusatzweiterbildungen, die zu einer Erweiterung des Abrechnungsspektrums führen können.</p> <p>Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollte postgradual an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten durchgeführt werden. Grundvoraussetzung für den Zugang zur Ausbildung sollte jeweils ein abgeschlossenes Masterprogramm in Psychologie oder Pädagogik sein. Im Rahmen der Akkreditierung von Studiengängen, die als Grundqualifikation für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten dienen, sollten die Landespsychotherapeutenkammern als Vertreter des Berufsstandes beteiligt sein. Die Bundespsychotherapeutenkammer als Arbeitsgemeinschaft der Landespsychotherapeutenkammern sollte inhaltliche Kriterien für Bachelor- und Masterprogramme erarbeiten, die geeignet sind, um damit die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beginnen zu können.</p> <p>Die Ausbildung sollte verfahrensorientiert durchgeführt werden. Es sind allerdings breite klinische Kenntnisse, die verfahrensübergreifend sind, zu vermitteln.</p> <p>Der Begriff des psychotherapeutischen Verfahrens, der vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie durch den Begriff des wissenschaftlich anerkannten Verfahrens im Sinne von Wirksamkeitsnachweisen in Anwendungsbereichen mit einer hohen Indikationsbreite definiert wird, wird möglicherweise durch die Rechtsprechung des OVG NRW und das Bundesverwaltungsgericht in Frage gestellt. Es ist sicherzustellen, dass der Begriff des wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens auch in Zukunft Verfahren meint, die die Behandlung psychischer Störungen mit Krankheitswert in einer großen Indikationsbreite abdecken.</p>
	<p>Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)</p> <p><i>Gerd Dielmann</i></p> <p>Berufsbildungspolitische Grundsätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchlässigkeit (horizontal und vertikal) • Kostenfreiheit der Ausbildung (im Grundsatz) • Die Abschlüsse im gestuften System führen zur Berufsfähigkeit und sind auf dem Arbeitsmarkt verwertbar (breiter Zugang) <p>Die Ausbildung zu PP und KJP besteht aus zwei Elementen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einem gestuften Studium mit Bachelor und Masterabschlüssen 2. Einer praktischen Weiterbildung in Psychotherapie im Angestelltenverhältnis <p>Aufbau:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bachelorstudium mit breit angelegten Zugängen mit humanwissenschaftlich/psychologischer Ausrichtung (BSc-Abschlüsse in psychologischen, pädagogischen, medizinischen und sozialwissenschaftlichen Fachrichtungen) 2. Masterstudium mit psychologischer (medizinischer) oder pädagogischer Ausrichtung als Zugangsvoraussetzung zur Weiterbildung in Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Entscheidend ist nicht die Abschlussbezeichnung sondern der Inhalt des Studiums. Die als Zugangsvoraussetzung zu definierenden Module werden im Psychotherapeutengesetz als Berufszulassungsgesetz zur Ausübung der Heilkunde festgelegt. 3. Weiterbildung mit eingeschränkter Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde in Psychotherapie setzt ein Masterstudium mit definierten Qualifizierungsmodulen voraus. Die Einschränkung besteht darin, dass die Ausübung der Heilkunde

	<p>unter Anleitung und Supervision erfolgt. Die Weiterbildung enthält theoretische und praktische Anteile, wobei die Praxis überwiegt. Sie ist modular aufgebaut und wird in psychiatrischen und psychotherapeutischen, stationären und ambulanten Einrichtungen im Angestelltenverhältnis absolviert. Die Vergütung orientiert sich an der ausgeübten Tätigkeit und den dafür definierten Voraussetzungen (Master).</p> <p>4. Staatsprüfung mit Approbation und Fachkunde auf dem Niveau des Facharztes für Psychotherapie</p> <p>Ausbildungsfinanzierung</p> <p>In dem vorgeschlagenen Modell erfolgt die Finanzierung über die Personalbudgets der anerkannten Einrichtungen. Dies ist bei den Entgelten zu berücksichtigen. Beim Festhalten an der prakt. Tätigkeit heutigen Zuschnitts erfolgt die Finanzierung analog der anderen med. Fachberufe über Ausbildungsfonds, die aus Zuschlägen zu den Pflegesätzen bzw. Fallpauschalen von den Krankenkassen finanziert werden. Die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen (Heilberufe gem. Art. 74 Nr. 19 GG) ist eine gesellschaftliche Aufgabe, deren Kosten auch gesellschaftlich zu tragen sind.</p>
	<p>Verband der Institute für beziehungsorientierte Psychotherapie (VIBP)</p> <p><i>Ulrich Meier</i></p> <p>Der VIBP orientiert sich an der Frage: Wie kann die Psychotherapie-Ausbildung eine möglichst hohe Qualität der Patientenversorgung gewährleisten? Und: Die finanzielle Situation der Kolleginnen in Ausbildung muss angemessen geregelt werden.</p> <p>Dazu einige Thesen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Psychotherapie-Ausbildung sollte nicht vom Medizinsystem her konzeptualisiert, sondern über eine psychologische Gegenstandsbildung vermittelt werden. 2. Es gibt nicht nur <u>einen</u> "Königsweg" zum Verstehen und Kategorisieren des seelischen Geschehens. Der Gegenstand der Psychotherapie lässt sich methodisch unter unterschiedlichen wissenschaftlichen Herangehensweisen untersuchen. Deshalb ist der Erhalt und die Weiterentwicklung einer Vielfalt und Eigenständigkeit von wissenschaftlichen Verfahren unabdingbar. In der aktuellen Hochschullandschaft ist Verfahrensvielfalt nicht darstellbar. Sie kann derzeit nur durch universitäts-<u>unabhängige</u> Ausbildungsinstitute hinreichend abgebildet werden. 3. Die Psychotherapie-Ausbildung sollte wie bisher auf einer <u>breiten</u> Ausbildung in Psychologie basieren, und nicht von einer frühzeitigen Verengung und Spezialisierung geprägt sein, wie das bei einigen Vorschlägen zur sog. Direktausbildung der Fall ist. 4. Eine Heilerlaubnis kann nur erteilt werden, wenn praktische psychotherapeutische Erfahrung und Ausbildung dem vorausgegangen ist. Es kann nicht sein, dass eine – auch eingeschränkte – Heilerlaubnis allein auf theoretischen Vorkenntnissen basiert. 5. Schwerpunkt und zentrales Agens der Psychotherapie ist nicht die symptomorientierte Behandlung einer "Störung", sondern die psychotherapeutische Beziehung. Das muss in der zukünftigen Ausbildung erhalten bleiben, und erfordert Strukturen, die das ermöglichen. <p>Dies muss sich spiegeln in der Förderung einer für die psychotherapeutische Arbeit prototypischen Beziehung zwischen Ausbildendem und Lernendem, um durch Selbsterfahrung eine individuelle therapeutische Entfaltung und Ausbildung zu ermöglichen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. In Privatinstituten wird nicht die ausgewählte Klientel einer Uni-Ambulanz behandelt, sondern das breite Spektrum der Klientel von psychotherapeutischen Praxen. Die Ausbildungsbehandlungen dürfen sich nicht nach Forschungs-

	<p>fordernissen, sondern nach den Erfordernissen der Praxis richten. Privatinstitute vermitteln damit den Ausbildungsteilnehmern bezüglich Klientel und bezüglich Behandlungspraxis realistische Erfahrungen des zukünftigen Versorgungstags.</p> <p>7. Master-Psychologen sind hochqualifizierte Akademiker, die in den praktischen Teilen der Psychotherapie-Ausbildung selbstverständlich nicht als Praktikanten behandelt werden dürfen. Eine angemessene Vergütung im Rahmen der Praktischen Tätigkeit und der Praktischen Ausbildung sollte selbstverständlich sein.</p>
	<p>VPP im BDP</p> <p><i>Heinrich Bertram</i></p> <p>Grundlage: konsekutiver Master in Psychologie (Universität oder Hochschule)</p> <p>Wenn diese nachprüfbar bestimmte Anteile enthalten, dann kann nach einer schriftlichen staatlichen Prüfung, die beschränkte Erlaubnis zu heilkundlichen Tätigkeiten unter Anleitung und Supervision erteilt werden. (Diese ist an die Aufnahme der Ausbildung gekoppelt und in ihrer Dauer durch sie zeitlich beschränkt.) Diese finden im Rahmen normal bezahlter (angestellt oder auf Honorarbasis durchgeführter), psychologischer beruflicher Tätigkeit auf der Basis der Masterabschlüsse statt. Die Anleitungen und Supervisionen werden in der Regel durch Arbeitgeber garantiert, können aber auch von den Instituten berufsbegleitend angeboten werden.</p> <p>Die im Studium verbindlich zu erwerbenden Grundlagen: Einführung und Grundlagen der Krankheitslehre, Basics der Psychotherapeutischen Theorie und Praxis, Zusammenhänge der Verfahrenlandschaft methodenübergreifend, ein halbjähriges Praktikum in psychiatrischen, psychosomatischen, psychotherapeutischen Einrichtungen egal in welchem konsekutivem Masterzusammenhang.</p> <p>Falls der abgelegte Masterabschluss diese Voraussetzungen nicht belegt, bieten die Institute Propädeutika an, die auf diese Prüfung vorbereiten (je nachdem was fehlt 0,5-1 Jahr).</p> <p>Die schriftliche staatliche Prüfung ist gleichzeitig der Eingang in die vertiefte Ausbildung zum PPT oder KJP und begründet die Vollmitgliedschaft in den Kammern. Diese Ausbildung erfolgt an staatlich zugelassenen Ausbildungsinstituten (private oder an Hochschulen angegliedert oder als Weiterbildungsmaster) und erfolgt berufsbegleitend (3-5 Jahre). Deren Zulassung kann die jeweilige Landesregierung an die Kammern delegieren, sollte in jedem Falle deren Rat hierbei einholen. Die Institute können rein privat oder als hochschulangeschlossene oder in Form eines Weiterbildungsmaster betrieben sein.</p> <p>Abschluss ist die mündlich geprüfte und vom Staat verliehene Approbation zum PP oder KJP, die gleichzeitig die zertifizierte Fachkunde bedeutet. Bestandteil der Approbation ist die in den begleitenden beruflichen Tätigkeiten weiterentwickelte und fundierte praktische Kompetenz. Approbierte können dann entsprechend der Regelungen im SGB V bzw. weiterer SGB (z.B. SGB VIII oder SGB XII) mit den entsprechenden Kostenträgern abrechnen oder sind frei, privat alle wissenschaftlich begründeten Vorgehensweisen, in denen sie ausgebildet sind, nach state of the art , anzuwenden. Die vertiefte Ausbildung beinhaltet ein anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren als Grundlage, die Vermittlung eines Grundwissens in den anderen angewandten Verfahren, Vermittlung weiterer Kompetenzen zur Arbeit in Institutionen, Prävention und Reha usw. Bei einer umfassenderen Ausbildung während des Studiums können Anteile daraus anerkannt werden, um Doppelungen zu vermeiden. Dies kürzt dann die maximale Ausbildungszeit entsprechend. Die Dauer wäre nach diesem gestuften Modell postgradual maximal 6 Jahre, minimal 3 Jahre.</p>

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP)

Prof. Dr. Dietmar Schulte

Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie waren in der Delphi-Befragung einzeln befragt worden, so dass die folgenden Aussagen keine abgestimmte Meinung des Beirats darstellen.

Psychotherapie ist ein akademisches Fach, dessen Methoden wie bei allen anderen akademischen Fächern auf der Grundlage von Forschungsergebnissen stetig weiter entwickelt werden. Von daher sollte auch für die Psychotherapie das Prinzip der Einheit von Forschung und Lehre gelten. Es wird daher, wie für die Medizin, eine zweistufige Ausbildung vorgeschlagen:

1. ein Masterstudiengang Psychotherapie/Klinische Psychologie, der ein psychiatrisches Praktikum einschließt und mit dem Staatsexamen und anschließender Approbation abschließt;
2. eine Weiterbildung über drei beziehungsweise fünf Jahre mit einer theoretischen und praktischen Ausbildung mit Schwerpunkt auf einem, gegebenenfalls mehreren Therapieverfahren oder Methoden. Die Schwerpunktausbildung kann sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beschränken.

Zur Erläuterung:

1. Während des Masterstudiums werden die grundlegenden Ausbildungsinhalte vermittelt, wie sie etwa in Anlage 1 der derzeitigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung festgehalten sind, ergänzt um eine Ausbildung in grundlegenden diagnostischen und therapeutischen Strategien und um ein (sechsmonatiges) psychiatrisches Praktikum.
2. Das Masterstudium umfasst insgesamt 120 Kreditpunkte, das entspricht in etwa 1300 Stunden Unterricht. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie sollen 32 Kreditpunkte auf Diagnostik und Anwendungsmodul entfallen, das entspricht etwa 340 Unterrichtsstunden. Es ist demnach selbst bei den derzeitigen Regelungen und Empfehlungen möglich, eine grundlegende Psychotherapieausbildung im Rahmen eines Masterstudiengangs zu realisieren.
3. Die anschließende Weiterbildung kann entsprechend der derzeit gültigen Regelungen für die Ausbildung von Psychotherapeuten durchgeführt werden. Gegebenenfalls wäre eine geringfügige Reduktion der theoretischen Ausbildung zu erwägen.
4. Bei dieser Regelung ist eine unterschiedliche Qualifikation von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vermeidbar.
5. Die gelegentlich geäußerte Befürchtung, dass bei einem solchen Ausbildungsmodell bestimmte Psychotherapierichtungen bevorzugt würden, ist unbegründet, da die vorgesehene universitäre Psychotherapieausbildung sich - wenn überhaupt - nur quantitativ von der bisherigen Ausbildung in Klinischer Psychologie unterscheiden wird und da die Schwerpunktausbildung im Rahmen der Weiterbildung durch von der Kammer anerkannter Ausbildungsinstitute erfolgt.



Thema 4 „Aufsicht, Qualitätssicherung,
Kontrolle, Zertifizierung“

Hearing am 28. Januar 2009

Statements der Organisationen und Verbände

Thema 4 „Aufsicht, Qualitätssicherung, Kontrolle, Zertifizierung“

Deutscher Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR)

Prof. Dr. med. Volker Köllner, PD Dr. med. Markus Bassler

Gegenwärtig absolviert eine erhebliche Zahl von Psychologen im Praktikum eine halbjährige praktische Tätigkeit mit einem Umfang von 600 Stunden in einer von Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung der psychotherapeutischen / psychosomatischen Versorgung. Darüberhinaus wird eine einjährige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 1.200 Stunden in einer psychiatrisch klinischen Einrichtung gefordert, die im Sinne des ärztlichen Weiterbildungsrechts zur Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie zugelassen ist oder in einer als gleichwertig anerkannten Einrichtung. Eine als gleichwertig anerkannte Einrichtung ist beispielsweise gegeben, wenn der Leitende Arzt einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung eine mindestens 1-jährige Weiterbildungsbefugnis zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie besitzt und in seiner Einrichtung ein ausreichend breites Diagnosespektrum psychischer Erkrankungen behandelt wird. Unter diesen Voraussetzungen können für eine entsprechend ausgewiesene psychosomatische Rehabilitationseinrichtung insgesamt 1800 Stunden bzw. 1 1/2 Jahren praktischer Tätigkeit anerkannt werden.

Aus Sicht der DGPPR rechtfertigt sich diese aktuelle Regelung aus folgenden Gründen:

- Diagnosespektrum sowie Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden sich nicht signifikant von demjenigen in psychosomatischen Krankenhäusern aus. Darüberhinaus bestehen erhebliche Überschneidungen mit dem Patientengut von psychiatrisch-klinischen Einrichtungen. Die Ursachen hierfür verdanken sich vor allem den historisch gewachsenen Rahmenbedingungen der psychosozialen Versorgung in Deutschland und weniger einer theoriegeleiteten bzw. evidenzbasierten Begründung.
- Für die qualifizierte ambulante Versorgung von psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen besteht anhaltend ein großer und dringender Bedarf. Bei psychologischen Psychotherapeuten liegt der Schwerpunkt ihrer beruflichen Tätigkeit vor allem in der psychotherapeutischen Behandlung, die sich auf die ICD-Diagnosegruppen F3-F9 beschränkt. Die Diagnosegruppen F0-F2 bleiben spezifisch der Behandlung durch psychiatrische Fachärzten zugeordnet, ebenso auch die spezifische Therapie von Psychosen bzw. psychotischen Zuständen.
- Die sozialmedizinische Kompetenz bei ärztlichen wie auch psychologischen Psychotherapeuten ist nach wie vor nur gering, weshalb ein dringender Bedarf für vertiefte sozialmedizinische Kenntnisse in beiden Berufsgruppen besteht. Eine intensiviertere Ausbildung in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen vermag diesem Mangel wirksam begegnen.

Die praktische Tätigkeit in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen läuft bislang weitgehend separat von der theoretischen und praktischen Ausbildung in den Instituten. Qualifizierte Weiterbildungscurricula, die von Ärzten und Psychologen in diesen Einrichtungen meist gemeinsam durchlaufen werden, werden von den psychologischen Ausbildungsinstituten in der Regel nicht anerkannt. Von der Anerkennung ausgeschlossen sind die meisten der stationär durchgeführten Behandlungen, auch wenn sich diese bezüglich des Leistungsumfangs von Einzel- bzw. Gruppentherapien von ambulanten Behandlungsfäl-



PD Dr. M. Bassler

	<p>len nicht unterscheiden. Gegenwärtig liegt die ambulante praktische Ausbildung allein im Zuständigkeitsbereich der Institute.</p> <p>Aus Sicht der DGPPR besteht ein dringender Bedarf für eine bessere Vernetzung von praktischer und klinischer Ausbildung, wozu wesentlich eine ausgewogene Implementierung der verschiedenen Ausbildungsbausteine sowohl in Instituten als auch klinischen Einrichtungen gehört. Es ist zu kritisieren, dass die bislang gültigen Regelungen einseitig nur auf eine überwiegend institutsgebundenen Ausbildung setzen, während sie dem klinischen Bereich allenfalls nachrangige Bedeutung zubilligen. Auf dem Hintergrund der sich abzeichnenden Trends in Richtung sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten ist dringend eine konsequente und enge Verzahnung von ambulanter und klinischer Ausbildung anzumahnen, was notwendigerweise auch eine Neubestimmung der Aufgabenverteilung bzw. Zusammenarbeit von Ausbildungsinstituten und klinischen Einrichtungen erfordert.</p>
	<p>PsychotherapieNachwuchsNetz Nordrhein (PiANo-Netz)</p> <p><i>Astrid Buba</i></p> <p>ad Aufsicht:</p> <p><u>Die bisherige Aufsicht über die Ausbildung zu PP und KJP versagt aus Sicht der PiA in weiten Teilen und auf vielen Ebenen kläglich:</u> Würden die verschiedenen Institutionen und Personen, die in der Verantwortung für eine gesetzeskonforme und ordnungsgemäße – d.h. gemäß PsychThG und PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV – Durchführung der Ausbildung stehen, ihrer Verantwortung tatsächlich in vollem Umfang nachkommen, gäbe es z.B. die skandalöse Ausbeutung der PiA als vollwertig psychotherapeutisch tätige Arbeitskräfte bei unzureichender Einarbeitung, Anleitung und Supervision (sowie fehlender oder viel zu geringer Vergütung) in vielen psychiatrischen und psychosomatischen Lehrkliniken nicht. Hinsichtlich dieses Punktes verweigern nicht nur etliche ärztliche DirektorInnen, Verwaltungsleitungen, Betriebsräte, Chef- und OberärztInnen sowie ggf. vorhandene leitende PsychologInnen und StationspsychologInnen der Kliniken einen Teil ihrer Verantwortung, sondern auch viele Institutsleitungen, Landesprüfungsämter als Aufsichtsbehörde sowie Landesgesundheitsministerien und das Bundesgesundheitsministerium. Diese Nicht-Ausübung von Verantwortung und Aufsicht durch die dafür zuständigen Institutionen und Personen können wir uns nicht anders erklären als mit dem Vorhandensein von Eigeninteressen und Rollenkonfusionen, die der Ausübung dieser kontrollierenden Funktionen entgegenwirken.</p> <p>Dass die PiA bundesweit in den meisten Lehrkliniken <u>eigenständig PatientInnen behandeln</u>, also selbst die <u>BehandlerInnen</u> sind, wissen alle Landesprüfungsämter bereits seit mehr als 8 Jahren, spätestens seit dem Schreiben zum Vollzug des Ausbildungs- und Prüfungsrechts der Heilberufe von Herrn RA Dr. Jürgen Faltin, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz, vom 10.04.2000, Aktenzeichen: 54 / 80 091-1, an den Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Landesprüfungsämter Herrn AD Dr. Rüdiger Thamm; unter den Anlagen zu diesem Brief, der nachrichtlich an alle Landesprüfungsämter (LPÄ) ging, befanden sich zwei Schreiben von Dr. phil. Dipl.-Psych. Peter Kosarz, 1. Vorsitzender des Instituts für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie in Bad Dürkheim (IFKV), die dieser im Auftrag der Vertreter der Verhaltenstherapie in der Ständigen Konferenz der Ausbildungsinstitute in Rheinland-Pfalz, an Herrn Dr. Faltin gerichtet hatte.</p> <p>Herr Dr. Kosarz schrieb am 18.01.2000:</p> <p>"... da es erfahrungsgemäß <u>in den meisten Kliniken gängige Praxis</u> ist, dass Ausbildungsteilnehmer unter Supervision <u>eigenständig Patienten betreuen</u>".</p> <p>Am 31.01.2000 schrieb er:</p> <p>"Nach unserer Kenntnis besteht das wesentliche Interesse der Kliniken an Praktikumsplätzen darin, ihr <u>therapeutisches Angebot</u> zu verbessern, ein Motiv, das</p>

	<p>wir für durchaus legitim halten. Falls (...) nur noch eine reine Praktikumstätigkeit durchgeführt werden kann, werden nach unserer Einschätzung vermutlich mehrere Kliniken kein weiteres Interesse an einer Kooperation haben. Falls aber dennoch sozusagen <u>inoffiziell weiterhin Patienten von Ausbildungskandidaten behandelt werden ...</u>“</p> <p>Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde ebenfalls schon vor mehr als 8 Jahren, spätestens durch das Schreiben an das BMG von Herrn Dr. Thamm vom 14.04.2000, Aktenzeichen: V - LPA - PsychThG 1750, von der gängigen Praxis der Lehrkliniken, die PiA in den praktischen Tätigkeiten als eigenständige BehandlerInnen einzusetzen, unterrichtet; auch unter dessen Anlagen befanden sich die beiden zitierten Schreiben von Herrn Dr. Kosarz an Herrn Dr. Faltn.</p> <p>Trotz dieses Wissens haben weder das BMG noch die LPÄ bisher etwas dagegen unternommen, dass die PiA in vielen Kliniken zwar mit weitreichender Verantwortung eigenständig psychotherapeutisch tätig sind, aber oftmals ohne ausreichende Einarbeitung, Anleitung und Supervision. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS NRW) sprach gegenüber dem PiANetz von "Vollzugsdefiziten" in der Umsetzung der Rechtsnormen für die Psychotherapieausbildung. Um einschreiten zu können, müssten sich PiA bereit finden, gegenüber dem MAGS NRW unter Nennung ihres Namens sowie ihres Ausbildungsinstituts und ihrer Lehrklinik die Zustände während der Ausübung ihrer praktischen Tätigkeit schriftlich zu schildern. Allerdings hätte eine solche Beschwerde zur Folge, dass die praktische Tätigkeit, die unter Vollzugsdefiziten abgeleistet worden sei, vom MAGS NRW nicht als Ausbildungsleistung anerkannt bzw. im Nachhinein aberkannt werden müsste.</p> <p>Die Reform der Psychotherapieausbildung muss gewährleisten, dass eine <u>tatsächlich funktionierende unabhängige Aufsicht</u> installiert wird, die den AusbildungsteilnehmerInnen die Artikulation berechtigter Beschwerden ermöglicht, ohne dass sie durch diese persönliche Nachteile erleiden, z.B. durch die nachträgliche Aberkennung von Ausbildungsleistungen, die unter beschwerdewürdigen, d.h. nicht gesetzeskonformen und nicht ordnungsgemäßen Bedingungen erbracht werden mussten.</p> <p>ad Qualitätskontrolle:</p> <p>Alle an der zukünftigen Ausbildung zu PP und KJP beteiligten Institutionen sollten sich einer regelmäßigen <u>internen Evaluation</u> durch die <u>AusbildungsteilnehmerInnen</u> und <u>externen Evaluation</u> durch eine <u>unabhängige Instanz</u> unterziehen, so dass eine <u>funktionierende Qualitätskontrolle</u> etabliert wird.</p> <p>ad Zertifizierung:</p> <p>Bei einer ggf. zu implementierenden Zertifizierung von Ausbildungsstätten und Hochschulen muss gewährleistet werden, dass die Ergebnisse der regelmäßigen Evaluation durch die <u>AusbildungsteilnehmerInnen</u> bei der Frage, ob eine Zertifizierung erteilt bzw. verlängert wird, berücksichtigt wird. Die zertifizierende Instanz muss <u>unabhängig</u> sein.</p>
 <p>Robin Siegel</p>	<p>PiA-Netz Westfalen/PiA-Vertretung NRW</p> <p><i>Jürgen Tripp, Robin Siegel</i></p> <p>Wir Ausbildungsteilnehmer sind eigentlich Kunden in diesem Ausbildungssystem. Denn wir kaufen die Dienstleistung Ausbildung von den Ausbildungsinstituten. Hier könnte man leicht an den alten Spruch „der Kunde ist König“ denken, doch wir Ausbildungsteilnehmer befinden uns in der Regel nicht in einer solch privilegierten gar „königlichen“ Kundenposition.</p> <p>Im Gegenteil wir erleben in der Ausbildung Abhängigkeiten in vielfältiger Weise. Gewisse Abhängigkeiten lassen sich vermutlich in einer solchen Ausbildungsstruktur nicht ganz vermeiden, ein Zuviel an Abhängigkeit wirkt sich jedoch, wie wir glauben, deutlich negativ auf die Qualität der Ausbildung aus. Daher müssen Mittel geschaffen werden, die die strukturelle Abhängigkeit der Ausbildungsteil-</p>

	<p>nehmer verringern und Sie vor einem Missbrauch von Machtverhältnissen schützen.</p> <p>Wir fordern hierfür zum einen eine unabhängige Schiedsstelle und qualifizierte Rechtsberatung als Instrument der Qualitätssicherung und Aufsicht.</p> <p>Denn zwischen Ausbildungsinstituten und Ausbildungsteilnehmern treten derzeit immer wieder Differenzen in Bezug auf die Bewertung der Ausbildungsqualität, in Bezug auf die Ausbildungskosten und in Bezug auf ausbildungsrechtliche Fragestellungen auf. Die Einrichtung einer unabhängigen Schiedsstelle in Konfliktfällen sowie die Möglichkeit einer qualifizierten Rechtsberatung könnte hier helfen, Zwistigkeiten und Rechtsauseinandersetzungen, die sowohl auf Seite der Kandidaten als auch auf der Seite der Institute langwierig und kostenaufwändig sind, zu lösen und insbesondere Ausbildungsteilnehmer vor Willkürscheidungen oder ungerechter Behandlung zu schützen.</p> <p>Weiterhin ist eine demokratische Mitbestimmung der Ausbildungsteilnehmer notwendig. Sie ist auch als ein Instrument der Qualitätssicherung der Ausbildung zu sehen.</p> <p>Die Ausbildungsteilnehmer können von allen Beteiligten die Ausbildungsbedingungen am besten beurteilen, da sie sie selbst erfahren und auf gravierende Qualitätsmängel hinweisen, wie zurzeit beispielsweise in Bezug auf die Praktische Tätigkeit. Damit ist demokratische Mitbestimmung und Kontrolle ein wichtiges Mittel zur Vorbeugung von ungerechten und die Ausbildungsteilnehmer über Gebühr belastenden Ausbildungsbedingungen.</p> <p>Interessenvertretungen der Ausbildungsteilnehmer sowohl in den Instituten gegenüber der Institutsleitung, als auch auf Ebene der Kammern und Verbände sind notwendig, um den Ausbildungsteilnehmern Gehör zu verschaffen und ihre berechtigten Interessen vor Ort und in der Berufspolitik geltend zu machen. Die positiven Entwicklungen der jüngsten Zeit gerade in der Berufspolitik sollten unbedingt weiter geführt und in einer zukünftigen Ausbildungsstruktur noch stärker institutionalisiert werden.</p>
	<p>Verband der Institute für beziehungsorientierte Psychotherapie (VIBP)</p> <p><i>Ulrich Meier, Jana Fasbender</i></p> <p>Der VIBP orientiert sich an der Frage: Wie kann die Psychotherapie-Ausbildung eine möglichst hohe Qualität der Patientenversorgung gewährleisten? Und: Die finanzielle Situation der Kolleginnen in Ausbildung muss angemessen geregelt werden. Dazu einige Thesen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Psychotherapie-Ausbildung in der bisherigen Form umfasst bundeseinheitliche Standards hinsichtlich Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Das sollte auch so bleiben. Deshalb kann Psychotherapie keine Weiterbildung unter Länderhoheit sein, sondern muss unter Bundeshoheit bleiben. 2. Die hohe Qualität wird auch durch den Wettbewerb der Institute gewährleistet. Viele Institute haben bereits Verfahren etabliert, die Qualität ihrer Arbeit und die Zufriedenheit der Ausbildungsteilnehmer und der Dozenten regelmäßig zu evaluieren und die Ergebnisse zu veröffentlichen. Damit wird Transparenz nach innen und außen hergestellt, und ein ständiger Anreiz zur Verbesserung gegeben. Privat institute können flexibel und schnell auf Anforderungen von Seiten der Ausbildungsteilnehmer oder von Seiten des Marktes reagieren. 3. In den Privat instituten kann die Verzahnung von Wissenschaft und Praxis am besten verwirklicht werden. Dozenten, Supervisoren, Selbsterfahrungsleiter, usw. sind nicht hauptsächlich Wissenschaftler oder wissenschaftliche Assistenten mit vergleichsweise geringer Behandlungspraxis, sondern zum großen Teil Praktiker mit langjähriger Erfahrung in der breiten Patientenversorgung. 4. Man sollte sich übrigens nicht darüber täuschen: Auch wenn jetzt gesagt

	<p>wird: Keiner will doch die Institute abschaffen! – eine „Direktausbildung“ wird weitere sog. „Sachzwänge“ nach sich ziehen. Bei Verlagerung der Ausbildung zum Psychotherapeuten an die Uni kann davon ausgegangen werden, dass auch die vertiefende Weiterbildung sich verlagern wird, an Uni-nahe Institutionen und an Kliniken. Ähnlich wie bei der Einführung des Facharztes Psychotherapeutische Medizin werden die Institute überflüssig. Das wird schon allein aus Gründen der Wettbewerbsverzerrung befördert: wenn Hochschulinstitute Einrichtungen und Personal der Hochschule kostenfrei nutzen können und damit die Ausbildung staatlich subventioniert anbieten können, werden die Privatinstitute diesem Wettbewerbsnachteil auf Dauer nur schwer standhalten können.</p> <p>5. Diese ganzen Umstrukturierungs-Überlegungen finden ja nicht statt, weil die Ausbildung an den Instituten kritisiert worden wäre. Insofern ist nicht nachvollziehbar, warum gut funktionierende, hochwertige Einrichtungen zerschlagen werden sollen, um neue Strukturen aufzubauen, die keine höhere Qualität versprechen.</p>
	<p>Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte e (VPK) <i>Dr. med. Astrid Bühren</i></p> <p>B-o) Sollten Ausbildungsstätten künftig zertifiziert werden (ggf. durch wen?)</p> <p>Ausbildungsstätten sollten nicht zertifiziert werden, da hierdurch neue privatrechtlich fundierte Verfahren eingeführt würden.</p> <p>B-v) Rolle und Funktion der Aufsichtsbehörden (z. B. Landesprüfungsämter)</p> <p>Wer sollte zukünftig die PT-Ausbildung kontrollieren?</p> <p>Eine staatliche Kontrolle (Landesprüfungsämter und Regierungspräsidien) der Ausbildung muss auch in Zukunft bestehen.</p> <p>Es handelt sich nicht um die ISO – Norm eines Produktes, sondern um die Versorgung kranker Menschen.</p> <p>Der Staat ist für die Daseinsfürsorge seiner Bürgerinnen und Bürger zuständig – also gehört die gesundheitliche Versorgung auch in die Zuständigkeit des Staates.</p> <p>Es gibt keinen Anlass, von den bewährten, unter staatlicher Aufsicht stattfindenden Zulassungen als Ausbildungsstätte, abzuweichen. Falls hier Schwachstellen gesehen werden, sollten diese systemimmanent beseitigt werden und nicht durch die Einführung neuer privatrechtlich fundierter Verfahren.</p>

Thema 5 „Ausbildungsbausteine“

Hearing am 28. Januar 2009
Statements der Organisationen und Verbände
Thema 5 „Ausbildungsbausteine“

Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.

Prof. Dr. Paul L. Janssen, Dr. Herbert Menzel

Wir verweisen auf unsere bisherige Stellungnahme. Eine abschließende Stellungnahme erfolgt nach Vorlage des Gutachtens

Die Vermittlung der Ausbildungsbausteine Theorie, Selbsterfahrung und Praktische Tätigkeit unter Supervision hängt auch mit der Ausbildungsstruktur zusammen. Über die Verortung der Ausbildung an den bisher die Ausbildung tragenden Institute und deren Kooperation mit Universitäten hinaus sollte eine Anbindung der Praktischen Ausbildung unter Supervision (Behandlungen) auch an psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhäusern über die befugten fachärztlichen Leiter dieser Einrichtungen stattfinden z. B. an Lehrkrankenhäusern. Grundsätzlich sollte die Ausbildung dort durchgeführt werden, wo auch hinreichend Patienten zur Verfügung stehen. Weitere Einrichtungen von reinen Ausbildungs-Ambulanzen, die keine Versorgungsaufgaben haben, sind uns nicht zielführend.

Grundsätzlich ist die Ausbildung an eine Verbesserung der konkreten Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker zu orientieren. Die Ausbildung muss weiterhin in den Psychotherapieverfahren erfolgen, die wissenschaftlich anerkannt sind und in der Versorgung erprobt sind. Die Weiterentwicklung der Psychotherapie muss an der empirischen Forschung orientiert sein. Bei solchen Entscheidungen hat sich der wissenschaftliche Beirat nach §11 PsychThG bewährt, der eine Bewertung der wissenschaftlichen Literatur zu dem jeweiligen Verfahren oder zur jeweiligen Methode vornimmt. Die bisherigen Entscheidungen des Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen zu den Richtlinienverfahren sind dabei zu berücksichtigen. Die „Psychodynamische Psychotherapie“ ist als ein Schwerpunktverfahren zu betrachten, dem die Methoden der „Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ und der „Analytischen Psychotherapie“ zugeordnet werden (Ergänzung der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie vom 30.6.08)



Dr. Herbert Menzel

Die Gesamtstundenzahl der Ausbildung ist nicht zu erhöhen. Bei gleicher Stundenzahl kann jedoch in der theoretische Ausbildung zwischen einer Grundausbildung und einer Vermittlung spezifischer Kenntnisse differenziert werden.

Hinsichtlich der Selbsterfahrung ist zu berücksichtigen, dass der Umfang der in Anspruch genommenen Selbsterfahrung verfahrensspezifisch differenziert werden muss. Die psychodynamisch ausgerichtete Ausbildung erfordert in der Regel weit mehr Stunden an Selbsterfahrung, da andere Konzepte der therapeutischen Beziehung (z. B. Übertragung und Gegenübertragung) zur Anwendung kommen. Dem trägt auch die ärztliche Weiterbildungsordnung Rechnung.

Keinesfalls kann auf ein Jahr in einer psychiatrischen Einrichtung (praktische Tätigkeit) verzichtet werden, da die wichtigsten psychopathologischen und diagnostischen Verfahren zur Erkennung von organischen Psychosen, von schizophrenen Psychosen und auch Abhängigkeitserkrankungen sowie weiteren schweren behandlungsdürftigen Krankheitsbildern den Ausbildungsteilnehmern dort vermittelt werden können. Des Weiteren ist eine Tätigkeit in einer psychosomatischen Einrichtung vorzusehen, um die Wechselwirkung zwischen somatischen und psychischen Prozessen schon in der Ausbildungsphase kennen zu lernen. Es soll eine inhaltliche Strukturierung und ein Rotationsplan für die verschiedenen Einrichtungen und Stationen aufgestellt werden.

Bundespsychotherapeutenkammer

Prof. Dr. Rainer Richter

Psychotherapeuten arbeiten in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern. Nur 55 Prozent der 31.500 PP und KJP in Deutschland sind dabei in einer psychotherapeutischen Praxis oder Ambulanz tätig. Nahezu die Hälfte arbeitet im Krankenhaus, in der Rehabilitation, Jugendhilfe, Forensik oder in der Sozialpsychiatrie.

Psychotherapeuten versorgen das gesamte Spektrum psychischer Störungen mit allen Schweregraden. Sie orientieren sich dabei an multiprofessionell entwickelten, evidenzbasierten Leitlinien. Psychotherapeuten sind qualifiziert für Leitungsfunktionen und sie übernehmen diese in Tageskliniken, Psychiatrischen Institutsambulanzen und der medizinischen Rehabilitation – also überall da, wo überkommene berufsrechtliche Regelungen dem nicht entgegenstehen. Diesem Tätigkeitsprofil wird die Ausbildung nicht ausreichend gerecht. Dies gilt insbesondere für die praktische Tätigkeit, so wie sie heute konzipiert ist.

Der Ausbildungsabschnitt „Praktische Tätigkeit“ kann nur dann effizient genutzt werden, wenn es klare Vorgaben gibt, was Ausbildungsteilnehmer in dieser Zeit unter welchen Rahmenbedingungen lernen und leisten sollen.

Notwendig sind also klare inhaltliche curriculare Vorgaben und Standards. Im Gegensatz zur theoretischen Ausbildung, deren Inhalte konkret benannt werden, operationalisieren die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen die Inhalte der praktischen Tätigkeit nur unzureichend.

Damit die praktische Tätigkeit mit Blick auf die späteren Aufgaben in der Versorgung sinnvoll genutzt werden kann, sollten künftig in allen vorrangigen Tätigkeitsfeldern von Psychotherapeuten einschlägige klinisch-praktische Erfahrungen gemacht und die notwendigen Kompetenzen für die spätere Berufstätigkeit erworben werden können.

Für die Phase der praktischen Tätigkeit brauchen wir konkrete Lernziele. Beispielsweise sollte für eine Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik verbindlich festgeschrieben werden,

- dass Ausbildungsteilnehmer eine professionelle Haltung im Umgang mit den Patienten erwerben;
- dass sie vor dem Hintergrund eines verbindlichen Katalogs zu behandelnder Störungen evidenzbasierte Differenzialindikationen zu Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie erstellen können;
- dass sie komplexe stationäre Behandlungsverfahren in diesen Bereichen kennen lernen.

Zur Erreichung dieser Lernziele brauchen die Ausbildungsteilnehmer natürlich eine qualifizierte fachliche Anleitung und regelmäßige Supervision – eine Vorgabe, die sie heute vergeblich in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen suchen.

Ein effizienter Ausbildungsabschnitt „Praktische Tätigkeit“ setzt auch klare und angemessene Arbeitsbedingungen voraus. Ausbildungsteilnehmer wirken während der praktischen Tätigkeit auf der Grundlage ihrer bereits erworbenen wissenschaftlichen Fach- und Methodenkompetenzen an der Versorgung psychisch kranker Menschen mit. Mit ihrer Arbeitskraft leisten sie einen Beitrag zur Erfüllung des Versorgungsauftrages der Einrichtung. Daher muss es klare Regelungen zu den Kompetenzen, Unterstellungsverhältnissen und Weisungsbefugnissen und damit auch zu einer leistungsgerechten Vergütung geben.

Im Gegensatz zu den anderen Gesundheitsberufen, mit denen die Psychotherapeuten in Ausbildung in den Einrichtungen zusammenarbeiten, erhalten die Meisten für ihre Arbeit heute überhaupt keine Vergütung. Ein unhaltbarer Zustand, der sich grundlegend erst mit einer Anpassung des Psychotherapeutengesetzes heilen lässt, wie uns die Gesundheitspolitik bei den Beratungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes belehrt hat.



	<p><u>Unser Fazit:</u></p> <p>Die Notwendigkeit einer praktischen Tätigkeit ist unbestritten. Die gewünschten Kompetenzen können Psychotherapeuten aber nur dann qualitätsgesichert und bedarfsgerecht erwerben, wenn es eindeutige normative Vorgaben gibt und die Arbeitsbedingungen angemessen berufs- und tarifrechtlich geregelt sind.</p>
	<p>Bundesverband der KlinikpsychotherapeutInnen (BVKP)</p> <p><i>Dr. Roland Straub</i></p> <p>Dringender Änderungsbedarf:</p> <p>Aufgabendefinition, Betreuung und Anleitung der praktischen Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik sind derzeit sehr unbefriedigend geregelt. Sie bedürfen dringend der Revision der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die praktische Tätigkeit sollte nicht weiter dazu genutzt werden, Strukturmängel der Kliniken, den Ärztemangel und die Budgetknappheit auszugleichen. Das war nicht intendiert und das geht zur Zeit voll zu Lasten dieser „Generation Praktikum“.</p> <p>Systemwechsel</p> <p>Um aus diesen Problemen herauszukommen böte wohl ein Systemwechsel die besten Möglichkeiten.</p> <p>Modelle die im Rahmen des Bolognaprozesses ohnehin der Überprüfung bedürfen wie z.B. die im Rahmen des Bachelor- Masterstudiums diskutierten mit Approbation am Ende des Studiums und Praxislernen in Form von anschließender bezahlter Weiterbildung böten sich hier am ehesten an.</p> <p>„Kleine Lösung“:</p> <p>Sollte es „nur“ zu einer „kleinen Lösung“ kommen mit Überarbeitung der bestehenden Ausbildungsordnung wäre folgendes zu fordern/berücksichtigen, um weiteren „Missbrauch“ einzudämmen:</p> <p>Forderung 1- Überarbeitung der curricularen Anforderungen</p> <p>Die curricularen Anforderungen sind zu ungenau beschrieben, ebenso die Anleitung und Begleitung der praktischen Tätigkeit. Die zentralen Lerninhalte nach § 3 Abs.3 Satz 1, welche die Ableistung dieser Zeit rechtfertigen sollen, bedürfen der Überarbeitung. Wäre gegen den Satz „Erwerb praktischer Erfahrungen in der Behandlung von Störungen mit Krankheitswert“ weniger einzuwenden, so bedarf die Formulierung „Kenntnisse anderer Störungen, bei denen Psychotherapie nicht indiziert ist“ einer Überarbeitung, da sie aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit nicht mehr angemessen abbildet. Die Frage ist doch heute nicht mehr entweder/ oder, sondern wieviel Psychotherapie ist auch bei schweren Störungen anzubieten in welchem Setting neben anderen Behandlungselementen (fundierte Diagnostik psychiatrische und psychosozialen Maßnahmen usw). Vor 10 Jahren wäre z.B. die chronische Depression noch überwiegend abgegrenzt worden, heute nicht mehr. Unter fachkundiger Anleitung gilt es also nun eher kooperative Arbeitsformen psychotherapeutischen Handelns im Praxisfeld Psychiatrie kennenzulernen im Zusammenspiel verschiedener Fachrichtungen.</p> <p>Forderung 2 – erweiterte Qualitätskriterien</p> <p>Neben der Weiterbildungsermächtigung für Ärzte sollten zusätzliche Qualitätskriterien definiert werden, um Missbrauch einzudämmen. So etwa wäre für eine Klinik als weiteres Kriterium ein Mindestanteil an PP/KJP Stellen mit eigener fachlicher Leitungsstruktur vorauszusetzen, der dann den PiA Schlüssel mitdefiniert für die praktischen Tätigkeit ebenso wie eine fachliche Leitung als Bindeglied zwischen Ausbildungskandidat Klinik und Ausbildungsinstitut. Unsere bundesweiten Nachfragen ergeben immer wieder, dass in den Kliniken in denen es eine PP/KJP Struktur gibt und diesen auch die Anleitung zugewiesen ist für Koordination, Organisation und Durchführung der praktischen Tätigkeit es</p>

	<p>deutlich weniger Probleme gibt.</p> <p>Forderung 3 – Beteiligung an der Entwicklung von geeigneten Finanzierungssystemen</p> <p>Aktuell in der Überarbeitung befindliche Finanzierungssysteme auf Bundesebene wie z.B. das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, in dem eine Beteiligung bei der Entwicklung von Entgeltsystemen in Aussicht gestellt wird und eine fällige Überarbeitung der PsychPV bedürfen der Beteiligung von PP/KJP um adäquate Finanzierungsmodi für die Ausbildung zu finden. Auf Länderebene bedarf es zuerst einer Anpassung der Krankenhausgesetze an das PsychThG, um hier die weiteren Voraussetzungen zu schaffen. Es gilt für PP/KJP in gleicher Weise wie für andere Gesundheits- und Pflegeberufe die Aus-Weiter- und Fortbildung zu regeln. Die Bereitschaft dazu ist gegenwärtig nicht groß, aber immerhin wurde in der Überarbeitung des Baden-Württembergischen KHG im letzten Jahr eine „Mitwirkung der ärztlichen Weiterbildungseinrichtungen bei der Aus- und Weiterbildung“ der PP/KJP im Begleittext in Aussicht gestellt.</p>
	<p>Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT)</p> <p><i>Dr. Hamid Peseschkian, Dr. Dipl.-Psych. Sabine Trautmann-Voigt</i></p> <p>Aus Sicht der Deutschen Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie hat sich das Psychotherapeutengesetz und somit die verfahrensbezogene postgraduale Ausbildung sehr bewährt – für alle Beteiligten: Ausbildungsteilnehmer, Patienten, Lehrpersonal, Kooperationskliniken und Ausbildungsstätten.</p> <p>Es besteht Reformbedarf in einigen Bereichen.</p> <p>Aber grundsätzlich zufrieden mit der Umsetzung – es hätte ja auch anders kommen können.</p> <p>Zu) <u>Theorie und Selbsterfahrung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • keine grundsätzlichen Veränderungsvorschläge <p>Zu) <u>praktische Tätigkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergütung bei Vollzeitbeschäftigung von 1.200 Euro brutto monatlich • Notwendigkeit der Definition der Inhalte (Curriculum), einer fachlichen Anleitung und Begleitung, und einer vertraglichen Regelung: in Anlehnung, des von der DGPPN in Zusammenarbeit mit der BAG-Ausbildungsträger herausgegebenen Dokumentes vom Mai 2008 • Die 1200 Stunden nur in Kliniken mit Weiterbildungsermächtigung • Die 600 Stunden sollten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch in Beratungsstellen unter der Anleitung eines Approbierten ermöglicht werden <p>Zu) <u>Praktische Ausbildung und Supervision:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Einzelsupervisionsstunden <p>Zu) <u>„Freie“ Spitze</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterhin, auch in diesem Umfang belassen, da so verfahrens- und institutsspezifische Schwerpunkte möglich sind <p>Zu) <u>schriftliches Staatsexamen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr tiefenpsychologische Methodenvertreter im Sachverständigenrat des IMPP, damit die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei den schriftlichen Prüfungsfragen mehr berücksichtigt wird, da dieser Teil ja verfahrensübergreifend ist bzw. sein sollte (derzeit sehr VT-lastig).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Prof. Dr. Peter Falkai

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) steht zu einer langen und erfolgreichen Tradition in der Zusammenarbeit mit anderen Fächern wie beispielsweise der Psychologie. Entsprechend unterstützt sie eine möglichst gute klinische Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten, deren Leistung selbstverständlich auch bezahlt werden sollte. Die beiden im Folgenden angesprochenen Aspekte sollten in diesem Sinne die Ausbildung verbessern und die Kooperation stärken:

1. Psychiatriejahr:

Die Ausbildung in der Humanmedizin nach Abschluss des Studiums kann auf eine lange Tradition zurückgreifen, die sowohl einen theoretischen wie auch einen praktischen Anteil umfasst. Bei Gebieten, die sehr nahe beieinander liegen oder sich aus einem gemeinsamen Fach entwickelt haben, wie zum Beispiel bei den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, ist die wechselseitige einjährige Ausübung des jeweils anderen Faches vorgeschrieben. Dieses gewährleistet für das Fach **Neurologie** die Möglichkeit, auch stationär behandelte Patienten mit psychiatrischen Krankheiten wie Psychosen, Suchterkrankungen, Depressionen und himorganische Psychosyndrome kennenzulernen. Erst das erlaubt das Verständnis des Vorhandenseins psychischer und neurologischer Erkrankungen bei einer Person und zum anderen das Verständnis der Entwicklung verschiedener psychischer Erkrankungen in ihrem Verlauf. Dementsprechend erscheint es unumgänglich, dass auch die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten **ein Jahr** klinisch-praktische Tätigkeit im Fach Psychiatrie und Psychotherapie umfasst. Erst die Möglichkeit, psychiatrische Erkrankungsbilder im stationären Setting zu diagnostizieren, ihre Therapie zu planen und durchzuführen, erlaubt die Indikation zur Psychotherapie und ihre erfolgreiche Durchführung.

Daneben sollte selbstverständlich ein vernünftiger theoretischer Unterricht mit Selbsterfahrung und Supervision in allen Stufen der Ausbildung gewährleistet sein. Die DGPPN hat ein Curriculum zur Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten und ein Positionspapier zum Praktischen Jahr, in welchem die strukturellen, inhaltlichen und administrativen Mindestanforderungen beschrieben sind, verabschiedet und publiziert (siehe Anlage 1).

2. Verlagerung von Bausteinen zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in das Psychologiestudium

Aus dem im oberen Abschnitt Gesagten wird deutlich, dass eine fundierte klinische Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten eine ausreichend lange Zeit der Arbeit mit psychisch kranken Menschen im stationären Setting beinhaltet. Voraussetzung zu dieser Arbeit ist – wie auch in der Medizin – ein abgeschlossenes Hochschulstudium, was zum einen die theoretische Basis für den praktischen Umgang mit psychisch Kranken legt, zum anderen eine ausreichende Supervision einer genügenden Anzahl von Patienten gewährleistet.

So sei darauf hingewiesen, dass auch im Medizinstudium unter stetiger Supervision der Kontakt zum Patienten hergestellt wird, um den Medizinstudenten schrittweise die Fertigkeiten der Diagnosefindung, Therapieplanung und die Durchführung therapeutischer Maßnahmen nahezubringen. Dementsprechend vertritt die DGPPN den Standpunkt, dass auch im Falle der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten diese nach Abschluss des Psychologiestudiums erst möglich ist, um eine optimale Ausbildung zu gewährleisten und zum anderen die Interessen der in die Lehre einbezogenen Patienten zu garantieren.



PsychologInnen in Ausbildung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Kristina Köhler, Rudi Merod

Mein Name ist Kristina Köhler, ich spreche in der Funktion als Vertreterin der PsychologInnen in Ausbildung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Ich möchte in meinem Beitrag nicht die hinlänglich bekannte schlechte Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA), besonders während der Praktischen Tätigkeit beschreiben, vielmehr möchte ich mein Augenmerk darauf lenken, was aus unserer Sicht dazu beitragen könnte die Situation der PiAs, zu verbessern. Des Weiteren möchte ich Veränderungsvorschläge aufführen, welche die Inhalte der Ausbildung konkret betreffen.

Punkt 1) Praktische Tätigkeit:

es muss endlich Schluss sein mit der Ausbeutung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung während ihrer praktischen Tätigkeit:

wir fordern und brauchen

- die Klärung unseres Status
- Gewährleistung der Existenzsicherung in Form von Aufwandsentschädigung bzw. einem Gehalt in angemessener Höhe durch Subventionierung durch den Gesetzgeber und eine Regelung bzgl. der Kranken- und Sozialversicherung
- Unterstützung während der praktischen Tätigkeit in Form von
 - Anleitung durch eine approbierte PsychotherapeutInnen und
 - vom Arbeitgeber bezahlte Supervision

wir fordern außerdem

- eine regelmäßige Überprüfung der Ausbildungsstätten durch eine unabhängige und externe Instanz
- eine Vereinheitlichung der Kooperationsverträge zwischen den Instituten und den Ausbildungsstätten, in denen die Praktische Tätigkeit durchgeführt wird

und

- einheitliche Verträge zwischen Arbeitgeber und PsychotherapeutInnen während ihrer Praktischen Tätigkeit, z.B. in Anlehnung an den schon ausgearbeiteten Mustervertrag von ver.di

Wir plädieren für eine Verkürzung der Praktischen Tätigkeit auf 1000 h, ein Baustein soll die psychotherapeutische Behandlung im stationären Setting sein, aber nicht um Versorgungslücken zu füllen, sondern um psychiatrische Störungsbilder und deren Behandlung kennenzulernen!

Zudem sollte es möglich sein, dass die PsychotherapeutInnen in Ausbildung verschiedene Versorgungsfelder kennenlernen, um ein möglichst großes Spektrum an Erfahrungswissen in ihre zukünftige Arbeit einfließen lassen zu können.

Wir fordern außerdem, dass praktische Tätigkeiten, die vor Beginn der Ausbildung geleistet wurden, und die nachweislich den Kriterien der Praktischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung entsprechen anerkannt werden! Ein Schritt weiter wäre es auch die geleisteten Praktika während des Hauptstudiums anzuerkennen, wenn sie den Richtlinien der Ausbildung entsprechen. Wir erkennen keinen Grund, warum dies bis jetzt so noch nicht geschieht.

Punkt 2) Ausbildung – im speziellen die Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung:

- wir plädieren für eine Erhöhung der Stundenanzahl der Selbsterfahrung,



	<p>besonders auch die Einführung von Einzelselbsterfahrung in der Verhaltenstherapie bei entsprechender Umverteilung der Anforderungen in der Ausbildung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbsterfahrung sehen wir als einen wichtigen Baustein in der Ausbildung an, die Auseinandersetzung mit dem eigenen biographischen Hintergrund ist in unseren Augen die Voraussetzung für gute therapeutische Arbeit und kann so als Ressource verstanden werden <p>Punkt 3) Ausbildung – freie Spitze</p> <p>Wir fordern die Verkürzung der freien Spitze von derzeit 930 h auf 500 h. Die Freie Spitze ist in ihrem zeitlichen Umfang nicht einsichtig, und erscheint in der Festlegung willkürlich. Wir wünschen uns eine inhaltlich genauer definierte Freie Spitze mit Wahlschwerpunkten wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung in Gruppenpsychotherapie • Einführung in die Kinder- und Jugendpsychotherapie • Weiterbildung in der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie • usw. <p>Punkt 4) Organisation der Ausbildungsinstitute</p> <p>Wir wünschen eine gesetzliche Regelung in der organisatorischen Struktur der privat geführten Institute.</p> <p>Wir fordern eine klare Trennung zwischen den Aufgabengebieten und Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • der PrüferInnen • der SupervisorInnen • der Institutsleitung • der SelbsterfahrungsleiterInnen • und der DozentInnen <p>Vielen Dank!</p>
	<p>Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V. (DPG)</p> <p><i>Christiane Angermann-Küster, Hermann Schürmann</i></p> <p>Eine psychoanalytisch-psychodynamische Ausbildung kann nur psychoanalytisch organisiert werden, um kompetente Analytiker auszubilden.</p> <p>Die Ausbildung in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie setzt eine enge Verzahnung von Selbsterfahrung, praktischer Tätigkeit und Theorie voraus. Das Hauptziel der Ausbildung ist, eine qualifizierte und nachhaltige Versorgung oft sehr kranker Patienten. In der Lehranalyse geht es darum, sich unbewussten Prozessen zu öffnen. Das Besondere der psychoanalytischen Ausbildung liegt darin, dass der Ausbildungsgegenstand, der Umgang mit dem Unbewussten, zunächst selbst erfahren werden muss. Die darin liegende erschütternde und heilsame Kraft wird so erfahrbar gemacht; gleichzeitig findet der Transfer dieser Erfahrung in den Umgang mit Patienten über Diagnostik und Behandlung und die Konzeptualisierung des Erlebten statt.</p> <p>In der Lehranalyse geht es um die Entwicklung persönlicher Kompetenz, die die Entwicklung von Beziehungskompetenz begleitet; um diese geht es schwerpunktmäßig in der Supervision. Vor diesem Hintergrund entwickelt sich durch die theoretische Ausbildung Konzeptkompetenz (vgl. Jutta Kahl-Popp 2004).</p> <p>Im Rahmen des internationalen Versuchs der letzten Jahre, die psychoanalytische Ausbildung transparent zu machen, besteht für Tuckett (2004, 2005) psychoanalytisch-psychodynamische Kompetenz aus drei unterschiedlichen, aber miteinander verknüpften, erlernbaren und damit prüfbareren Fähigkeiten: zur teilnehmenden Beobachtung, zur Konzeptualisierung und dazu, dies deutend umzusetzen. Die drei damit verbundenen Fähigkeiten, wahrzunehmen, zu denken</p>

	<p>und dies in Sprache umzusetzen, sind konstitutiv für kompetente psychoanalytische Haltung.</p> <p>In der psychoanalytischen Ausbildung ist das Potenzial für persönliche und Beziehungskompetenz nur durch eine sorgfältige Klärung der persönlichen Eignung <u>vor</u> Beginn der Ausbildung zu sichern. Damit gehört die Aufnahmeprüfung als <u>persönliche</u> Eignungsprüfung konstituierend zur Ausbildung. Psychoanalytisch geprägte Ausbildung sichert, die drei von Kahl-Popp genannten Teilkompetenzen im Sinne der Kompetenzforschung <u>integriert</u> zu vermitteln: Daher ist die psychoanalytische Ausbildung unteilbar. Die einzelnen Ausbildungsbestandteile können nicht getrennt vermittelt werden, sondern sind nur aufeinander bezogen sinnvoll. Hierfür sind die analytischen Ausbildungsinstitute gut geeignet. Die nicht gewinnorientiert arbeitenden Mitgliedsinstitute finanzieren sich durch Mitgliedsbeiträge und Studiengebühren und werden von ausgewiesenen Experten der Fachgesellschaften betrieben. Diese legen strenge fachliche und persönliche Kriterien für die Auswahl der Dozenten und Lehr- und Supervisionsanalytiker fest. Dadurch liegen optimale Voraussetzungen der Ausbildung vor.</p> <p>Das sogenannte Psychiatriejahr bedarf dringend geregelter Voraussetzungen. Eine curriculare Organisation in den Kliniken mit kompetenter Anleitung ist erforderlich, eine angemessene Bezahlung ist zu gewährleisten, da es sich um ein praktisches Jahr <u>nach</u> einer erfolgreichen akademischen Ausbildung handelt.</p> <p>Die freie Spitze muss nach unserer Einschätzung erhalten bleiben, da sie die Möglichkeit bietet, sich im Rahmen der Ausbildung zu spezialisieren. Hier können z. B. Kenntnisse in Gruppenpsychotherapie, Eltern-Säuglingstherapie etc. erworben werden. Damit hat die sog. freie Spitze einen hohen Wert für die allgemeine Versorgung und bereitet auf verschiedene Arbeitsfelder vor, die auch außerhalb des GKV-Systems im institutionellen Rahmen eine hohe Versorgungsrelevanz haben.</p>
	<p>Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT)</p> <p><i>Dr. Josef Könnig</i></p> <p>Praktische Tätigkeit und Praktische Ausbildung stellen mehr als ¾ der Gesamtbildung dar. Das ist gut so, weil somit die Möglichkeit besteht, in mindestens drei Berufsfeldern Erfahrungen zu sammeln, z.B. in der Psychiatrie und in einer Psychosomatischen Klinik sowie in der vertragsärztlichen Versorgung. Leider wird dieses Potential des PsychThG zu selten genutzt.</p> <p>Der größte Feind für eine erfolgreiche Praktische Tätigkeit sind ungerechte Verhältnisse in den Kooperationskliniken. Das möchte ich an einem Beispiel deutlich machen: Ich bekomme oft von unseren Ausbildungsteilnehmern berichtet, dass sie auf einer Station zeitgleich mit einem Assistenzarzt beginnen. Die jungen Kollegen gehen beide mit dem gleichen Engagement an die Versorgung der Patienten. Der ärztliche Kollege wird seit der Abschaffung des AiP gem. einer Vollzeitstelle vergütet. Der Psychologe bekommt in der Hälfte aller Fälle keine Vergütung seiner Tätigkeit. Er darf sich glücklich schätzen, wenn er so wie früher der AiP entlohnt wird. Für diesen Fall hat der Hartmannbund ausgerechnet, dass ein AiP in 1 ½ Jahren 39.429 € weniger verdient, als ein Assistenzarzt. Diese Ungleichbehandlung kann niemand verstehen, das ist ungerecht und demotivierend.</p> <p>Ein anderer Extremfall ist, wenn die Praktische Tätigkeit als Hospitation missverstanden wird und die PiAs zu Beobachtern degradiert werden. Dies geschieht aus der Befürchtung heraus, dass ein mitarbeitender Ausbildungsteilnehmer vor Gericht ziehen könnte, um eine angemessene Vergütung einzuklagen. Unter diesen Umständen können PiA keine praktischen Erfahrungen sammeln, wie in der AprV gefordert. Erfreulicherweise hat inzwischen die DGPPN Empfehlungen zur Ausgestaltung der Praktischen Tätigkeit veröffentlicht. Im Sinne dieser Empfehlungen müssen die Rahmenbedingungen für die praktische Tätigkeit verbessert werden.</p> <p>Fazit:</p>

	<p>Die Lernziele für die praktische Tätigkeit müssen präzisiert werden, fachkundige Anleitung muss gewährleistet sein und eine angemessene Vergütung ist die Grundlage für alle Forderungen.</p> <p>Die praktische Tätigkeit bestimmt das Berufsbild des PP & KJP und darf deswegen in ihrer Bedeutung nicht geschmälert werden.</p>
	<p>PsychotherapieNachwuchsNetz Nordrhein (KiJuPPNo-Netz)</p> <p><i>Kristina Siever</i></p> <p>Die zukünftige Konzeption einer Ausbildung zu PP und KJP muss gewährleisten, dass sich für die Ausbildungsteilnehmerinnen keinerlei Redundanzen in Form sinnloser Wiederholungen Desselben ergeben, sei dies nun hinsichtlich theoretischer Inhalte, absolvierter Selbsterfahrung, berufspraktischer Ausbildungsbestandteile oder Supervision. <u>Alle äquivalenten bereits erbrachten Leistungen müssen problemlos anerkannt werden.</u></p> <p>Statt <i>starrer zeitlicher Vorgaben</i> für die Dauer der Ausbildung (z.B. 3 Jahre Vollzeit oder 5 Jahre Teilzeit) bzw. der einzelnen Ausbildungsbestandteile (z.B. 12 Monate praktische Tätigkeit I und 6 Monate praktische Tätigkeit II) sollten besser Mindeststundenzahlen definiert werden. Dies würde eine flexiblere Ausbildungsgestaltung ermöglichen, die den individuellen Lebensverhältnissen der PiA gerecht wird und z.B. die Vereinbarkeit von Ausbildung und Familie sichert. Unterbrechungen der Ausbildung müssen problemlos ermöglicht werden, z.B. aufgrund von Schwangerschaft, Mutterschutz und Elternzeit.</p> <p>In Theorieseminaren sollten den AusbildungsteilnehmerInnen keine <i>Selbsterfahrungselemente</i> abverlangt werden, da ein Theorie-seminar – womöglich mit unbekanntem DozentInnen und externen TeilnehmerInnen – nicht den geeigneten Rahmen für Selbsterfahrung bietet.</p> <p>Es sollte für alle wissenschaftlich anerkannten und zur Ausbildung zugelassenen Psychotherapieverfahren Standard werden, dass im Rahmen der Ausbildung umfassende Einzelselbsterfahrung (Lehrtherapie) absolviert werden muss, z.B. mit einer Mindeststundenzahl von 120 Stunden. Die Einzelselbsterfahrung sollte vor Beginn der eigenen berufspraktischen Tätigkeit begonnen werden und in enger Verschränkung mit der theoretischen und der praktischen Ausbildung absolviert werden.</p> <p>Sofern ein Institut Gruppenselbsterfahrung vorschreibt, sollte die Selbsterfahrungsgruppe nicht mit der (Theorie-)Ausbildungsgruppe identisch sein.</p> <p>Das Verhältnis der vorgeschriebenen Mindeststunden für die Supervision der ambulanten Ausbildungstherapien sollte umgekehrt oder zumindest sehr zugunsten einer Erhöhung der Stundenzahl für Einzelsupervision verändert werden. Erfahrungsgemäß werden von vielen PiA deutlich mehr als 50 Stunden Einzelsupervision bei 600 Behandlungsstunden im Rahmen der praktischen Ausbildung benötigt, vor allem aufgrund der juristischen Verantwortung der EinzelsupervisorInnen für die korrekte Durchführung der Ausbildungstherapien, die eine engmaschige Betreuung erforderlich macht. Sofern GruppensupervisorInnen auch zukünftig nicht in der juristischen Verantwortung für die Ausbildungstherapien stehen und nicht gewährleistet ist, dass die Gruppensupervisionssitzungen engmaschig stattfinden und die AusbildungsteilnehmerInnen die GruppensupervisorInnen auch zwischen den Sitzungen mit der Gruppe in Anspruch nehmen können, ist die Vorschrift von 100 Stunden Gruppensupervision nicht sinnvoll.</p> <p>Das in Hessen seit Jahren erfolgreich etablierte und mehrfach positiv evaluierte Modell der Ausbildungsassistenz von PiA in Praxen von KV-zugelassenen Psychologischen PsychotherapeutInnen bzw. Ärztlichen PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sollte in allen Bundesländern bzw. KV-en für PiA nach der Zwischenprüfung ermöglicht werden, da es für die PiA eine sinnvolle Möglichkeit des Geldverdienens unter gleichzeitiger Erweiterung ihrer Feldkompetenz im Bereich der ambulanten Psychotherapie</p>

	<p>darstellt.</p> <p>Die schriftliche Abschlussprüfung durch das IMPP muss dringend verändert werden:</p> <p>a) Ersetzung des multiple-choice-Verfahrens durch eine Klausur, die auch Fragen beinhaltet, auf die freie Antworten im Sinn des Formulierens von eigenen Texten gegeben werden. Damit wird gewährleistet, dass nicht überwiegend nach VT-Konzepten und quantitativen Inhalten gefragt wird, sondern dass auch das Verständnis psychodynamischer Konzepte und qualitativer Inhalte angemessen erfasst wird.</p> <p>b) Entrümpelung von psychologischen Fragen, die dem Niveau von Vor- oder Hauptdiplomprüfungen (bzw. zukünftig Bachelor- und Masterprüfungen) in Psychologie entsprechen.</p> <p>c) Beseitigung sehr spezieller medizinischer und biologischer Fragen, die weder Gegenstand des Studiums noch der Psychotherapieausbildung waren.</p> <p>Die Vorschrift, dass in der mündlichen Abschlussprüfung keine EinzelselbsterfahrungsleiterInnen (LehrtherapeutInnen) als PrüferInnen anwesend sein dürfen, muss um die Vorschrift ergänzt werden, <u>dass auch die EinzelsupervisorInnen nicht prüfen dürfen</u>. Die EinzelsupervisorInnen haben aufgrund ihrer juristischen Verantwortung für die korrekte Planung, Durchführung und Dokumentation der Ausbildungstherapien durch die PiA deren Behandlungen engmaschig betreut. Sie haben auch die Verantwortung dafür, dass die PiA ihre bei der Prüfungsanmeldung vorzulegenden 6 Falldokumentationen einschließlich der 2 Prüfungsfälle für die mündliche Prüfung ordentlich erstellen. Damit sind sie in die Erbringung der mündlichen Prüfungsleistung ihrer SupervisandInnen involviert und nicht mehr unvoreingenommen.</p>
	<p>Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg</p> <p><i>Ullrich Böttinger</i></p> <p><u>Ausgangslage:</u> Psychotherapie im berufsrechtlichen Sinne findet in wesentlich mehr Arbeitsfeldern als in den im Rahmen des SGB V verorteten Formen der ambulant niedergelassenen Tätigkeit oder der stationären Krankenhausbehandlung und Rehabilitation statt. Die Ausbildung zum PP und KJP orientiert sich bisher jedoch überwiegend am Aspekt der sozialrechtlichen Versorgung von Patienten.</p> <p><u>Anforderungen an die Ausbildung:</u> Die Ausbildung zum PP und zum KJP soll grundlegende Kompetenzen für <i>alle</i> psychotherapeutischen Anwendungsfelder und Versorgungsbereiche sowohl in <i>niedergelassener</i> wie auch in <i>angestellter</i> Tätigkeit vermitteln. Patientenkarrerien beginnen häufig in psychosozialen Versorgungsbereichen wie z. B. der Jugendhilfe und verlaufen sektorenübergreifend. Dem muss die Psychotherapie bereits durch ein entsprechendes Ausbildungskonzept Rechnung tragen.</p> <p><u>Versorgungsbereich Jugendhilfe:</u> In den stationären, teilstationären und ambulanten Formen der Jugendhilfe befinden sich viele Patienten mit hohem psychotherapeutischem Versorgungsbedarf, so z. B. in den bundesweit ca. 1.100 Erziehungs- und Familienberatungsstellen. Dort können grundlegende Erfahrungen mit dem gesamten Spektrum von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen und den Möglichkeiten familienorientierter Diagnostik und Intervention erworben werden. Zunehmend werden traumatisierte Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene (als Eltern), jugendliche Gewalttäter und Opfer sowie Säuglinge und Kleinkinder in Belastungs- und Gefährdungssituationen im Rahmen der Frühen Hilfen versorgt.</p> <p>Methoden und Elemente wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren unter Einschluss der Richtlinienverfahren finden in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen wie auch in der stationären Jugendhilfe breite Anwendung.</p> <p>Sowohl Prävention als auch Intervention sind wesentliche Versorgungskompo-</p>

	<p>nenen der Jugendhilfe.</p> <p><u>Störungen mit Krankheitswert und Störungen, bei denen Psychotherapie nicht indiziert ist:</u> Wie in kaum einem anderen Arbeitsfeld kann in den Einrichtungen der Jugendhilfe spezifische Kompetenz in der Abgrenzung und Differenzierung von Störungen mit Krankheitswert und Störungen, bei denen Psychotherapie nicht indiziert ist, erworben werden (wie dies die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für PP und KJP in § 2 Abs. 1 vorsieht).</p> <p>In der praktischen Tätigkeit in der Psychiatrie steht dabei – zugespitzt formuliert – die Differenzierung von Störungen im Vordergrund, bei denen Psychotherapie <i>nicht mehr möglich</i> ist. In der Jugendhilfe geht es vorrangig – ebenso zugespitzt formuliert - um die Differenzierung von Störungen, bei denen Psychotherapie <i>noch nicht erforderlich</i> ist. Dieser Baustein fehlt in der bisherigen praktischen Tätigkeit.</p> <p>Darüberhinaus können Netzwerkkompetenz und grundlegende Erfahrungen in Teamarbeit in einem Arbeitsfeld erworben werden, in dem PP und KJP auch die Übernahme von Führungspositionen offen steht.</p> <p><i>Fazit:</i></p> <p><i>Ausbildungsbausteine zukünftiger PP und KJP sollen auch in relevanten psychotherapeutischen Versorgungs- und Anwendungsbereichen außerhalb des SGB V absolviert und in die bisherige Ausbildungsstruktur mit praktischer Tätigkeit 1 (psychiatrisches Jahr), praktischer Tätigkeit 2 (Psychosomatik/Psychotherapie) sowie praktischer Ausbildung (eigene Patientenbehandlung) integriert werden.</i></p> <p><i>Insbesondere der Einbezug von Einrichtungen der stationären, teilstationären und ambulanten Jugendhilfe in die praktische Tätigkeit erscheint dabei zweckmäßig.</i></p>
	<p>Psychotherapeutenkammer Berlin</p> <p><i>Michael Krenz</i></p> <p>Transparenz und Gleichheit in den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung PP und KJP fördert die weitere Professionalisierung der Ausbildung beider Heilberufe. Die folgenden Punkte sind implizit Argumente gegen eine Direktausbildung. Voraussetzungen und Zugang zur Ausbildung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung PP und KJP sind der erfolgreiche Abschluss eines Masterstudiums <u>und</u> das Bestehen einer 1. Staatsprüfung/IMPP, mit der eine erste vorläufige Berufserlaubnis für die praktische Tätigkeit in der Ausbildung zum PP/KJP erteilt wird. Diese erlischt beim Austritt während der Ausbildung oder bei Erhalt der Approbation. 2. In der Regel sollen Masterabschluss und 1. Staatsprüfung die für die Ausbildung zum PP/KJP erforderlichen <u>wissenschaftlichen (klinischen) Grundlagen</u> nachweisen; für Kandidaten anderer Masterstudiengänge können Universitäten/Hochschulen und/oder Ausbildungseinrichtungen Propedeutika, „Brückenkurse, u. a.“ anbieten, die das klinische Grundlagenwissen für die 1. Staatsprüfung/IMPP vermitteln. 3. Nach Bestehen des Masterexamens und der 1. Staatsprüfung entscheidet sich der/die Ausbildungskandidat/in für die Ausbildung zum PP oder KJP. Die Ausbildungen sind so transparent und curricular zu strukturieren, dass es dem/der (approbierten) PP oder KJP ermöglicht wird, unter Anrechnungen noch zu bestimmender, von ihm/ihr erfolgreich absolvierter Ausbildungsteile, die jeweils andere Approbation zusätzlich zu erwerben. Eine enge wissenschaftliche Kooperation zwischen den Ausbildungsstätten PP und KJP fördert die Kompetenz der PP und KJP (und die Kooperation untereinander) und verbessert zukünftig die Patientenversorgung. 4. Die Ausbildung zum PP/KJP ist von den Dozenten, u. a. als einen psychotherapiewissenschaftlichen curricularer Lehr- und Lernprozess (Std.-

	<p>Umfang, siehe PTG) so zu entwickeln, dass die <i>prozessuale Integration</i> (u .a. die „Bausteine“) -</p> <ol style="list-style-type: none"> a. des im <i>Masterstudium</i> erlernten relevanten Grundlagenwissens („Theorie“), b. die, die Ausbildung verbindlich begleitende <i>Selbsterfahrung</i> (min.200 Std. individuelle Lehrtherapie und ggf. Gruppe), c. die <i>Erfahrungen aus unterschiedlichen praktischen Tätigkeiten</i> mit unterschiedlichen Patientengruppen (in der Psychiatrie, aber auch in bestimmten, noch als Ausbildungseinrichtungen anzuerkennenden klinischen, ambulanten und stationären Institutionen), d. des in der engeren klinischen Ausbildung in der Beziehung zum Patienten angeeignete praxeologische Wissen: aus der Psychodiagnostik, Anamneseerhebung, aus differenten Behandlungs- und/oder Beratungssettings unter Supervision (möglichst nach jeder 4.Std.) in die Persönlichkeit des/der angehenden Psychotherapeuten/-in von der Ausbildungsstätte ermöglicht, gewährleistet, gefördert und von Kandidaten und Ausbildern reflektiert werden sollte. <ol style="list-style-type: none"> 5. Ein weiteres, wesentliches verfahrensübergreifendes Ziel ist, dass der/die zu Approbierende in seiner Persönlichkeitsentwicklung als Psychotherapeut/in so gefördert wird, dass er/sie zukünftig in der Lage ist, einen, auf den zu behandelnden Patienten (Patientengruppen) bezogenen Therapierahmen und das – setting zu entwickeln, in dem ein geschützter (selbst-) reflexiver psychotherapeutischer Kommunikations- und Interaktionsprozess vom Patienten und Psychotherapeuten gestaltet werden kann. Diese höchstpersönliche Haltung und Kompetenz, als eine Grundlage des Behandlungserfolges, wird in der Regel über das stringente Erlernen und supervidiertes Anwenden eines wiss. Verfahrens, seiner ex- und impliziten Methoden, Möglichkeiten, aber auch seiner Grenzen ermöglicht. Diese identitätsstiftende, persönliche Auseinandersetzung mit einem wissenschaftlichen Verfahren in der Ausbildung führt u. a. zu einer sukzessiven Durcharbeitung und Integration des zu Beginn eher äußerlich („technisch“) verstandenen psychotherapeutischen Interventionswissens und ist eine Grundlage für das eingangs formulierte Ziel. 6. Neben dem gewählten, zu lernenden vertiefenden (sozialrechtlich anerkannten) wiss. Verfahren sind differenzierte Kenntnisse anderer Verfahren/Methoden (dazu gehören auch die angewandten berufsrechtlich anerkannten Verfahren) zu vermitteln: Ausbildungsstätten sollen zukünftig u. a. mit dem Ziel kooperieren, dass z.B. durch profunde Kenntnisse anderer Verfahren/Methoden, patientenbezogene Differentialindikationen gestellt und entsprechende Behandlungsempfehlungen gegeben werden können. 7. Die zukünftige Rolle des Psychotherapeuten in der Versorgung erfordert differenzierte Kenntnisse des Gesundheitssystems, der ambulanten, als auch institutionellen Versorgung. Zukünftig wird es zur Professionalität des PP's als auch des KJP's gehören, diese Kenntnisse in ihren Implikationen für den therapeutischen Prozess so zu reflektieren, dass eine möglichst optimale Behandlung der Patienten (und ggf. der Beziehungspersonen) ermöglicht wird. 8. In der „freien Spitze“ soll der Ausbildungskandidat die Möglichkeit erhalten, sich zu spezialisieren, bzw. den Ausbildungsstätten ermöglicht werden, sich mit Therapieschwerpunkten/bes. Versorgungsformen zu profilieren, z.B. Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, Familientherapie, etc. 9. Die Abschlussprüfungen sollen in ihrer Struktur als auch unter Beteiligung aller Heilberufe so beibehalten werden. 10. Alle hier aufgeführten Punkte können bei Bedarf weiter differenziert erläutert werden.
--	--

	<p>Psychotherapeutenkammer des Saarlandes</p> <p><i>Ilse Rohr</i></p> <p>Psychotherapie verlangt vom Therapeuten eine Haltung der Furchtlosigkeit, Offenheit, Wertneutralität und Aufgeschlossenheit gegenüber allen – ich wiederhole: allen – möglichen seelischen Verstrickungen und den daraus resultierenden Folgen in der Alltagsrealität. Diese aufgeschlossene Haltung in jedem einzelnen Therapeuten zu entwickeln ist Aufgabe der postgradualen Ausbildung. Das ist ein Reifungsprozess in der Auseinandersetzung sowohl mit der eigenen inneren Realität als auch der Aneignung von Theorie und supervidiertes praktischer Ausbildung, d.h. Arbeit mit Patienten im therapeutischen Setting unter externer Supervision.</p> <p>Diese 3 miteinander verbundenen und aufeinander bezogenen Bereiche sind die Säulen der Ausbildung zum Psychotherapeuten.</p> <p>Der bisher vorgeschriebene Mindestumfang von 120 Stunden Selbsterfahrung muss als absolute Untergrenze betrachtet werden. Der Prozess der therapeutischen Beziehung und der therapeutischen Veränderung in Langzeittherapien muss im Therapeuten als eigene Erfahrung präsent sein, um adäquat damit umgehen zu können. Sowohl die Vielzahl als auch die Individualität psychischer Krankheitsbilder verweisen zusätzlich darauf, dass diese Selbsterfahrung des Therapeuten nicht schmalspurig erfolgen sollte sondern so breit wie im Rahmen der Ausbildung möglich.</p> <p>Die Auseinandersetzung mit der Theorie im Rahmen der Ausbildung sollte in Kleingruppenarbeit erfolgen und nicht im akademischen Frontalstil der Universität. Hier wäre ein Mindestanteil von Seminararbeit an der theoretischen Ausbildung zu fordern</p> <p>Die bisherigen Regelungen zur Supervision sollten beibehalten werden. Aus Gründen der Qualitätssicherung sollte fest geschrieben werden, dass bei Behandlungsfällen in Institutionen mindestens die Hälfte der Supervision bei externen Supervisoren stattfindet.</p>
 <p>Dr. W. Groeger</p>	<p>Landespsychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen</p> <p><i>Dr. Wolfgang Groeger, Karlfried Hebel-Haustedt</i></p> <p>1. Zur theoretischen und praktischen Ausbildung, Supervision und Selbsterfahrung:</p> <p>Die Kombination aus theoretischer und praktischer Ausbildung in einem Psychotherapieverfahren, aus Supervision und Selbsterfahrung hat sich bewährt. Sie ist sehr gut geeignet, die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen zu vermitteln. Auch der Stundenumfang (mind. 1.470 h) erscheint als angemessen. Hervorzuheben ist dabei, dass die praktische Ausbildung im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durchgeführt wird, so dass die Ausbildungsteilnehmer für ihre Leistungen bezahlt werden können.</p> <p>Probleme ergeben sich daraus, dass die Ausbildungsteilnehmer psychotherapeutisch tätig sein sollen, ohne hierfür über eine Erlaubnis zu verfügen. Nicht zuletzt deshalb wird in § 8 der Psychotherapie-Vereinbarungen bestimmt, dass Leistungen erst nach der Hälfte der Ausbildung abgerechnet werden dürfen. Wir halten dies für eine überflüssige und nachteilige Einschränkung. Überflüssig, weil mit der Zugangsberechtigung bereits Qualifikationen nachgewiesen werden. Und nachteilig, weil dadurch mit der praktischen Ausbildung erst zu spät begonnen werden kann. Hieraus ergibt sich die Frage, ob sich dieser Teil der Ausbildung durch eine psychotherapeutische Berufserlaubnis noch weiter verbessern ließe.</p> <p>2. Zur praktischen Tätigkeit und „freien Spitze“:</p> <p>Alles, was die praktische Ausbildung zu einem Erfolgsmodell macht, fehlt bei der praktischen Tätigkeit. Es gibt keine hinreichenden Zielvorgaben, keine systematische Einbindung in das Ausbildungscurriculum und die Ausbildungsstätte</p>

	<p>und keine gesicherte Bezahlung. Es bleibt dem Engagement von in der Regel Berufsfremden überlassen, in welchem Umfang sie die Arbeitskraft der Pädagogen und Klinischen Psychologen nutzen und in welchem Umfang sie deren Ausbildung befördern. Das kann sehr gut funktionieren, aber auch sehr schlecht. In der Mehrzahl der Fälle wird die praktische Tätigkeit überhaupt nicht bezahlt und nur in ca. 10 % der Fälle mit einem annähernd angemessenem Betrag¹. Unhaltbar werden solche Zustände, wenn es dann noch an Anleitung und Supervision mangelt. Hier besteht dringender Handlungsbedarf in folgende Richtungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die praktische Tätigkeit sollte in Richtung auf Ausbildung für verschiedene Tätigkeitsfelder ausgebaut werden. De facto wird bisher sehr gut für die Arbeit im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien ausgebildet, im besten Fall auch gut für die Arbeit im psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhaus. Wir halten es für unerlässlich, dass mit der praktischen Tätigkeit obligatorisch für diese beiden Tätigkeitsfelder ausgebildet wird sowie fakultativ für mindestens ein weiteres Tätigkeitsfeld (Jugendhilfe, Beratungsstelle, Maßregel-/Strafvollzug usw.). 2. Für diesen Ausbau der praktischen Tätigkeit müssen die Ausbilder/Anleiter/Supervisoren über eine Anbindung an die Ausbildungsstätte verfügen, um einen übergreifenden Ausbildungsauftrag übernehmen zu können. 3. Zumindest ein Teil der Stunden der sog. „freien Spitze“ sollte in diesen Ausbau der praktischen Tätigkeit fließen. 4. Eine wie auch immer ausgestaltete Berufserlaubnis könnte helfen, den Status und die Bezahlung der Ausbildungsteilnehmer zu verbessern. 5. Parallel dazu müssen die erforderlichen gesetzlichen und tariflichen Voraussetzungen für eine angemessene Bezahlung geschaffen werden.
	<p>PiA-Bundeskonzferenz der BPtK <i>Frank Mutert, Elisabeth Fink</i></p> <p>5.1) Die Forderung, dass die praktische Tätigkeit in angemessener Weise vergütet werden soll; wird von allen PiA erhoben. Über den Begriff „angemessen“ gehen die Meinungen aber bereits weit auseinander. Hier reicht die Bandbreite von halber BAT-II-Stelle bis Vergütung über TVÖD 15. Generell überlegenswert erscheint es auch, die Forderung nach einer angemessenen Vergütung auf die gesamte Ausbildung zu erweitern. Zumindest vorstellbar erschiene es, die bisherigen Ausbildungsinstitute in Weiterbildungsstätten umzuwandeln, in denen die Weiterbildungsteilnehmer vergütet angestellt werden. Selbstverständlich müssten dann entsprechende Refinanzierungsmodelle entwickelt werden.</p> <p>5.2) Den meisten PiA ist deutlich geworden, dass der Bologna-Prozess (Einführung BA/MA) tiefgreifende Änderungen nach sich gezogen hat, deren Auswirkungen für sie bislang noch nicht klar erkennbar sind. Als Stichworte sollen dienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abschaffung des Berufs des „Psychologen“ durch Abschaffung der weitgehend einheitlichen Studienbedingungen aufgrund fehlender Studienrahmenordnungen; (<i>Wenn der Master Zugangsvoraussetzung wird sollten entsprechende Studiengänge angeboten werden, die einen angemessenen Anteil an „Klinischer und Pädagogischer Psychologie“ aufweisen. Insgesamt z.B. mindestens im Umfang jeweils 8 CP (8 CP ist die Empfehlung der DGPs für Klinische Psychologie). Wenn die Zugangsvoraussetzungen gleich sind, sollte es auch möglich sein, dass KJP die Doppelapprobation PP erwerben können, so wie die PP die KJP erlangen können.</i>) • Ungeklärte Auswirkungen auf den Beruf des KJP infolge der geänderten

¹ Siehe z. B. Hölzel, 2006, Psychotherapeutenjournal: 54 % keine Bezahlung, knapp 17 % bis zu 900 Euro, 16 % 900 bis 1.500 Euro, knapp 9 % über 1.500 Euro

	<p>Zugangsvoraussetzungen</p> <p>5.3) Viele PiA wünschen sich infolge dessen eine noch deutlichere Positionierung der Profession zu diesen Entwicklungen. Es herrscht vielfach noch große Verunsicherung und Unkenntnis über die bevorstehenden Veränderungen.</p> <p>5.4) Konsens scheint auch zu sein, dass die Frage einer vorgezogenen Approbation bzw. Berufserlaubnis sehr kontrovers gesehen wird. Allgemein wird davon ausgegangen, dass in der Therapieausbildung implizit eine Erlaubnis zur Ausübung von Heilkunde gegeben ist. Es besteht aber bei einigen PiA der Wunsch, eine solche Erlaubnisvergabe zukünftig genauer zu regeln. Entweder durch die explizite Erteilung einer Berufserlaubnis oder aber durch eine vorgezogene Approbation. Im Moment besteht dagegen das, was Herr Groeger ein "Ausbildungsparadox" nennt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapie lässt sich nur "in praktischer Berufstätigkeit und theoretischer Unterweisung" erlernen, oder laienhaft: "Learning by doing"; • Der Erwerb psychotherapeutischer Qualifikationen setzt demnach die Erlaubnis zur Berufsausübung voraus; • Genau diese notwendige Erlaubnis wird aber erst mit dem Abschluss der Ausbildung erteilt. <p>5.5) Insgesamt besteht Konsens darüber, dass der Arbeits- und Sozialrechtliche Status der Teilnehmer der zukünftigen Aus-/Weiterbildung klarer geregelt sein sollte.</p>
	<p>PiA-Netz-Hamburg</p> <p><i>Kerstin Sude</i></p> <p>Theorie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwierig sind z. T. die Rahmenbedingungen, die oft nicht an der PiA-Wirklichkeit orientiert sind, z.B. Schwangerschaft während der Ausbildung wird nicht berücksichtigt, da per Gesetz nur 4 Wo. pro Ausbildungsjahr auf die Ausbildung angerechnet werden • Wir wünschen uns dementsprechend geschlechtersensible, familienfreundliche Regelungen. Z. B. wenn Partner/in Arbeit in einem and. Bundesland aufnimmt, bei Bundeslandwechsel wird Klinikerfahrung bislang nicht anerkannt • Wunsch nach flexiblen Regelungen: Prüfungsämter erkennen berufsbedingte zeitweilige Wechsel in anderes Bundesland nicht an, d.h. Theoriebausteine sollten auch dort „buchbar“ sein u. bundesweit Anerkennung finden • Alle zugelassenen Verfahren sollten mit einem Grundstock gelehrt werden, VT sollte nicht aufgrund der Ausbildungsbedingungen eine Monopolstellung erhalten • Maßvolle Evaluation von Lehrqualität ist erforderlich, z.B. Feedbackbögen <p>Selbsterfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbsterfahrung sollte im bislang vorgeschriebenen Umfang erhalten bleiben, jedoch insbesondere im VT-Sektor sollte u. E. stärker auch Einzelsupervision stattfinden, z. B. 2/3 u. 1/3 Gruppe • Selbsterfahrung in eigener Ausbildungsgruppe sollte hinterfragt werden (Grund: BerufskollegInnen treffen aufeinander / ggf. institutsübergreifende, zertifizierte Selbsterfahrung ermöglichen, neue Angebote) <p>Praktische Tätigkeit / Praktische Ausbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu lang (1.800 Std.), unbezahlt nicht vertretbar, angemessene Regelung erforderlich (siehe berufspolit. Aktivitäten in HH), ggf. Integration von BA-föG-Regelungen (Altersgrenze herauf), an der Realität orientieren (hohe Ausbildungskosten)

	<ul style="list-style-type: none"> • 1.200 Std. Psychiatrie dennoch sinnvoll, um möglichst viele Störungen kennenzulernen. Aufgrund der Nicht-Honorierung wählen KandidatInnen z. Zt. eher Einsatzort nach Vereinbarkeit Job/Familie u. Ausbildung (Fehlentwicklung) • Klärung des rechtl. und versicherungsrechtl. Status • Praxisassistenzmodell bundesweit ermöglichen • Möglichkeit u. adäquate Regelungen f. Auslandseinsätze (Förderung) • Praktische Ausbildung: Therapien in den Ausbildungsambulanzen sind unterbezahlt <p>Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätskriterien für Supervision erforderlich (unklare Regelung bzgl. Verteilung, z.B. „Lieblingssupervisor/in“: 4 Fälle usw. / oft zu wenige SupervisorInnen: Institute ggf. verstärkt auf den Prüfstand • SupervisorInnen bundesweit innerhalb der Fachrichtung anerkennen, Erleichterung bei Auswahl (Qualität, Anzahl), Erfolgreiche Lehr- u. Supervisionstätigkeit anerkennen <p>„Freie Spitze“ (930 Std.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unklares Procedere: Niemand scheint genau zu wissen, was drin ist (Sammelbecken individuellen Lernens). Genau das ist positiv, entspringt intrinsischer Motivation, da andere Teile der Ausbildung reglementierter, reduzierbar <p>Prüfungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schriftl. Prüfungen sollten sich stärker auf das gelernte Verfahren beziehen • Keine punktuelle Wissensabfrage (im Stil von „Wer wird Millionär?“) • Die schriftliche Prüfung soll die Möglichkeit bieten komplexe und themenübergreifende Fragen zu beantworten um das eigene und angeeignete Wissen und Kompetenzen wahrheitsgemäß widerzuspiegeln • Mündl. Prüfg.: sehr subjektiv. Zu prüfen ist, ob sich auch gut evaluierte, positive Erfahrungen des Medizinstudiums nutzen lassen, d.h. wo möglich: standardisieren (siehe OSCE), ggf. inkl. Einsatz von Videosequenzen: Fallbeispiele, Behandlungsfehler finden usw., Internat. Erfahrungen einbeziehen (Simulationen?) • Keine Prüfungen von Selbsterfahrungsleiter/innen u. SupervisorInnen. Die mündliche Prüfungssituation weitgehend objektiv gestalten • Reduzierung bis Abschaffung kostenpflichtiger Vorbereitungskurse (noch ein Kostenfaktor...) • Generell erscheint fraglich, inwieweit die schriftliche Multiple-Choice-Prüfung (IMPP) ihrem Gegenstand (Psychotherapie) gerecht wird..., wenn gleich der Vorteil von MC-Fragen der Objektivität sehr nah kommt
	<p>PiA-Vertretung NRW</p> <p><i>Jürgen Tripp</i></p> <p>Es wäre aus Sicht der Ausbildungsteilnehmer sicherlich zu jedem der Ausbildungsbausteine etwas zu sagen, diese Stellungnahme soll sich jedoch auf die Praktische Tätigkeit als Ausbildungsbaustein beziehen, da wir hier den größten Veränderungsbedarf wahrnehmen.</p> <p>Zunächst ist festzustellen, dass die Zielsetzung der Praktischen Tätigkeit verfehlt ist, was nicht zuletzt an der Diskrepanz der bisherigen Zielsetzung zur tatsächlichen Durchführung in den Kliniken zu ersehen ist. Das reine Kennenlernen eines Settings bzw. von bestimmten Störungsbildern kann, wenn es als notwendig erachtet wird, auch in wesentlich kürzeren Praktika erfolgen, die z.B.</p>

	<p>bereits im vorausgehenden Studium absolviert werden könnten.</p> <p>Wir befürworten jedoch trotzdem eine längere Phase der Tätigkeit in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken oder Einrichtungen im Rahmen der psychotherapeutischen Qualifizierung. Diese sollte jedoch den Charakter einer Berufstätigkeit haben und die Zielsetzung haben, psychotherapeutisches Arbeiten im diesem speziellen Behandlungssetting praktisch zu erlernen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine solche psychotherapeutische Tätigkeit im Rahmen der psychotherapeutischen Qualifizierung sollten geschaffen werden.</p> <p>Außerdem sollte der arbeits- und sozialrechtliche Status der Ausbildungsteilnehmer in der Praktischen Tätigkeit geklärt werde. In der Praktischen Tätigkeit zählen PiA häufig nicht als Arbeitnehmer, weil sie nichts oder kaum etwas verdienen und häufig auch über keinen regulären Arbeitsvertrag verfügen. Sie zählen auch nicht richtig als Studenten, 99% von ihnen erhalten keine Bafög-Förderung. Sie zählen auch nicht als arbeitssuchend und bekommen ALG. I oder II oder Bildungsgutscheine von der Arbeitsagentur für ihre Ausbildung, da sie dem Arbeitsmarkt aufgrund der Ausbildung nicht zur Verfügung stehen (Bildungsgutscheine gibt es übrigens für Bildungsangebote die auf die Heilpraktikerprüfung für Psychotherapie vorbereiten nicht jedoch auf den Beruf des Psychotherapeuten). Man fällt als PiA durch alle Raster und man bekommt immer nur gesagt, welchen Status man nicht erfüllt und warum man keine Unterstützung und kein Geld bekommt. Diesem Zustand ist dringend Abhilfe zu schaffen. Unsere Empfehlung wäre hier ganz klar eine angemessene Bezahlung und somit ein Arbeitnehmerstatus in der Praktischen Tätigkeit, damit PiA für die Leistungen die sie erbringen vergütet werden und nicht von staatlichen Transferleistungen abhängig sind.</p> <p>Weiterhin fordern wir eine klare Regelung zur Dauer der praktischen Tätigkeit. Bisher ist die Dauer zum einen durch einen Zeitraum von einem bzw. 1,5 Jahren und zum anderen durch ein Stundenkontingent von 1200 bzw. 1800 Std. definiert. Diese doppelte Definition der Dauer ist widersprüchlich. Wir fordern eine eindeutige Definition der Dauer der Praktischen Tätigkeit, die jedoch auch eine flexible Anpassung an unterschiedliche Lebensumstände zulässt.</p>
	<p>DGPT-Bundeskandidatenvertretung</p> <p><i>Anja Lippert-Orwatsch, Martin Pröstler</i></p> <p>Wir beziehen uns auf die ausführliche Stellungnahme der DGPT zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Zwei Punkte möchten wir als Bundeskandidatenvertretung hervorheben, weil diese in den derzeitigen Ausbildungsrealitäten besonders negativ auffallen und deshalb dringend veränderungsbedürftig sind. Dies betrifft die Ausbildungsbausteine »Theorie« und »Praktische Tätigkeit«.</p> <p>Zum Ausbildungselement »Theorie«: Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten sieht vor, dass die theoretische Ausbildung mind. 600 Stunden umfasst und sich auf Grundkenntnisse für die psychotherapeutische Tätigkeit und im Rahmen der vertieften Ausbildung auf Spezialkenntnisse in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erstreckt. Laut Anlage 1 der APrV sind das 200 Stunden Grundkenntnis und 400 Stunden vertiefte Ausbildung, wobei die Grundkenntnisse Gegenstand der schriftlichen Staatsprüfung sind.</p> <p>Die Vermittlung dieser Grundkenntnisse im Rahmen einer Institutsausbildung stellt eine unnötige Redundanz zu den Inhalten des Psychologiestudiums mit dem Schwerpunkt Fach Klinische Psychologie dar. Angesichts der Tatsache, dass eine psychotherapeutische Ausbildung an sich schon von jedem Kandidaten einen hohen Aufwand an Zeit und Engagement abverlangt, ist es erstrebenswert, die Ausbildung von unnötigen Redundanzen zu entlasten. Da zeitgleich zur Novellierung der PTG eine Umstrukturierung der Studiengänge an den Hochschulen vollzogen wird, besteht die Möglichkeit, die Inhalte dieser 200 Stunden in einen entsprechenden Masterstudiengang Klinische Psychologie oder Psychotherapiewissenschaften zu integrieren. Ein solcher Studiengang</p>

	<p>könnte dann auch zur Absolvierung der schriftlichen Staatsprüfung, der IMPP-Prüfung führen. Die Institute und damit auch die Kandidaten könnten sich auf die vertiefte Ausbildung konzentrieren.</p> <p>Zum Ausbildungsbaustein »Praktische Tätigkeit«: Auch wenn wir davon ausgehen, dass andere Statements das »Psychiatriejahr« zum Inhalt haben, möchten wir als Bundeskandidatenvertretung es nicht versäumen, auf diese unhaltbare Situation hinzuweisen. Hinter dem umgangssprachlichen Begriff »Psychiatriejahr« verbirgt sich ein mindestens anderthalb Jahre dauerndes Praktikum in psychiatrischen und psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen. Die Mehrzahl der Kandidaten absolviert dies unentgeltlich. Obwohl sie in Realität eine hoch qualifizierte Arbeit leisten, haben sie rechtlich keinen Anspruch auf eine Vergütung. Hier ist zu hinterfragen, ob die im PTG geforderte fachkundige Anleitung und Aufsicht es rechtfertigt, dass kein Anspruch auf eine Vergütung besteht. Damit wird die geleistete Arbeit der Kandidaten zum Praktikum, wie es unerfahrene Psychologiestudenten absolvieren, degradiert.</p> <p>Die DGPT lehnt eine Direktausbildung ab, auch diese Sichtweise teilen wir als Bundeskandidatenvertretung. Dennoch weisen wir daraufhin, dass das Konzept einer berufsbegleitenden Ausbildung und der Ausbildungsbaustein „Praktische Tätigkeit“ nicht zusammenpassen, solange dies als unentgeltliches Praktikum absolviert wird und keine Möglichkeit besteht, in dieser Zeit seinen Lebensunterhalt zu verdienen.</p>
	<p>Universitäre Ausbildung für Psychotherapie (UNITH)</p> <p><i>Dr. Hinrich Bents</i></p> <p>Die Dauer der postgradualen Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sollte unverändert mindestens 3 Jahre und mindestens 4200 Stunden umfassen. Die Möglichkeiten zu Vollzeit- und berufsbegleitender Ausbildung sollten weiterhin gegeben sein. Die Festlegung auf eine Voll- oder Teilzeitausbildung wird für nicht notwendig erachtet.</p> <p>Der Umfang der einzelnen Ausbildungsbausteine sollte im Bereich der praktischen Tätigkeit an die Intentionen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen angepasst werden. Um das vom Gesetzgeber vorgesehene Ziel des Kennenlernens von psychischen Krankheitsbildern im psychiatrischen Kontext zu erfüllen, wird ein Umfang dieses Ausbildungsteils (nach §2 Abs. 2 Nr. 1) von 600 Stunden (statt 1200 Stunden) für angemessen erachtet. Hinsichtlich der Praktischen Tätigkeit nach §2 Abs. 2 Nr. 2 sollte die Möglichkeit geschaffen werden, diese auch in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen, die für die psychotherapeutische Versorgung relevant sind, zu absolvieren. Zu solchen Einrichtungen gehören beispielsweise psychosoziale oder pädagogische Beratungsstellen; Familienberatungsstellen und ambulante Einrichtungen der Suchtberatung oder -therapie. Insgesamt wird ein Umfang der praktischen Tätigkeit I und II von 1200 Stunden als ausreichend erachtet. Die 1200 Stunden praktischer Tätigkeiten sollten innerhalb von weniger als 12 Monaten absolviert und zeitlich parallel mit anderen Ausbildungsteilen, insbesondere auch der praktischen Ausbildung und Supervision, durchgeführt werden können. Selbstverständlich sollten die Ausbildungsinstitute, die ja verantwortlich für die Gesamtausbildung sind, angemessenen Einfluss auf Inhalte und Form der praktischen Tätigkeiten haben.</p> <p>Der Umfang der übrigen Ausbildungsteile (Theorie, Praktische Ausbildung, Supervision, Selbsterfahrung) wird als angemessen erachtet. Hinsichtlich der theoretischen Ausbildung sind die Curricula mittlerweile inhaltlich so angepasst, dass Überlappungen mit Inhalten des Psychologie-Studiums durch eine deutliche Praxisorientierung dieses Ausbildungsteils weitgehend vermieden werden.</p> <p>Durch die vorgeschlagene Kürzung der Praktischen Tätigkeit auf „mindestens 1200 Stunden“ ergibt sich bei gleich bleibendem Gesamtausbildungsumfang eine Erhöhung der „freien Spitze“ um 600 Stunden. Diese kann und sollte mit optionalen Veranstaltungen bzw. fakultativer Erweiterung einzelner Ausbildungsteile abgedeckt werden können. Dazu gehören sowohl zusätzliche praktische Tätigkeiten in psychotherapeutischen Einrichtungen als auch die Teilnah-</p>

	<p>me an (externen) theoretischen oder praxisnahen Veranstaltungen außerhalb der Institute (z.B. Fachkonferenzen, Workshops).</p>
	<p>Bundesfachkommission Psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen (PP/KJP) der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di).</p> <p><i>Klaus Thomsen</i></p> <p>I. Einleitung/Problembeschreibung:</p> <p>Nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16. Juni 1998 waren die ersten Jahre hauptsächlich gekennzeichnet durch Problemlösungen beim Übergang ins neue Recht, bei der Erlangung der Approbation für bereits Tätige in der Psychotherapie.</p> <p>Mittlerweile gewinnt die Auseinandersetzung mit den im PsychThG und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelten Bedingungen der Psychotherapieausbildung zunehmend an Bedeutung. Es haben bundesweit über 170 Ausbildungsinstitute die staatliche Anerkennung erhalten. Die letzten Übergangsausbildungsgänge zum/zur Psychotherapeut /-in sind abgeschlossen.</p> <p>Das PsychThG räumt den Ausbildungsstätten sehr weitgehende Freiräume in der Gestaltung ein und lässt selbst sonst gebräuchliche Mindeststandards in der Vertragsgestaltung offen.</p> <p>Ungeregt sind beispielsweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Abschluss eines schriftlichen Vertrags für die Zeit der Qualifizierung • die Bezahlung der von Lehrgangsteilnehmer/-innen erbrachten (und von Instituten, Privatpraxen oder Kliniken abgerechneten) therapeutischen, diagnostischen oder sonstigen Leistungen, • die Ausstellung von Bescheinigungen und Nachweisen erbrachter Leistungen, • die Regelung von Vertragsverlängerungen, 1 Beschluss der Bundesfachkommission Psychologische Psychotherapeuten/-innen und Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen (PP/KJP) der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). • die Schriftform von Vereinbarungen, Zusagen etc., Ankündigung bzw. Einhaltung von Terminen in Bezug auf Fristen aller Art, • die Länge der Ausbildungseinheiten (eine „Stunde“ kann 45 oder 60 Minuten dauern) <p>Die im Gesetz definierten Anforderungen an die Ausbildungsstätten sind sehr allgemein und ungenau. So wird als Voraussetzungen zur Anerkennung eines Instituts verlangt, dass dort:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Für die Ausbildung geeignete Patienten nach Zahl und Art in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen“ und „stationär oder ambulant behandelt werden“, • „eine angemessene technische Ausstattung für Ausbildungszwecke und eine fachwissenschaftliche Bibliothek vorhanden ist“ • „in ausreichender Zahl geeignete PP oder KJP und qualifizierte Ärzte...zur Verfügung“ stehen, • die Ausbildung „nach Ausbildungsplänen durchgeführt“ werden soll, • „die Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit angeleitet und beaufsichtigt werden“, • die ausbildende Einrichtung, die die „praktische Tätigkeit oder die begleitende theoretische und praktische Ausbildung nicht vollständig durchführen kann“, sicherzustellen hat, dass eine andere geeignete Einrichtung diese

	<p>Aufgabe in dem erforderlichen Umfang übernimmt.</p> <p>Die Bundesfachkommission PP/KJP der ver.di hat sich in mehreren Sitzungen mit der derzeitigen Qualifizierung nach dem Psychotherapeutengesetz auseinandergesetzt und folgende Vorschläge und Forderungen erarbeitet. Da es sich de facto um eine Weiterbildung nach abgeschlossener Hochschulausbildung handelt, wird im folgenden Text der Terminus „Weiterbildung“ für die im PsychThG geregelte „Ausbildung“ verwendet. Weiterbildung wird nach der Definition des Deutschen Bildungsrats verstanden als „Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach abgeschlossener Ausbildung zur Erreichung eines zusätzlichen qualifizierenden Abschlusses“.²</p> <p>II. Vorschläge zur Reform des PsychThG sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für PP und KJP</p> <p>Präambel:</p> <p>Der Studienabschluss als Voraussetzung für die darauf aufbauende Weiterbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin³ muss – auch unter veränderten Bedingungen des Psychologiestudiums und weiterer als Zugangsvoraussetzung möglicher Studienabschlüsse – mindestens auf den Master-Abschlüssen der Fachhochschulen und Universitäten aufbauen. Den mit dem Bologna-Prozess eingeleiteten Entwicklungen gestufter Studiengänge auch in Deutschland ist Rechnung zu tragen.</p> <p>1. Zugang zur Weiterbildung</p> <p>a) Erforderlich ist die wechselseitige Anrechnung der Theorieausbildung, wenn eine Doppelapprobation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut angestrebt wird. Das bedeutet z. B. auch: Die Theorieausbildung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie soll angerechnet werden, wenn der Absolvent eines Psychologiestudiums im Anschluss daran eine Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten anstrebt.</p> <p>b) Weitere pädagogisch orientierte Diplomstudienabschlüsse (z. B. Diplom-Heilpädagogik) als Zugangsvoraussetzung sind für die KJP-Weiterbildung anzuerkennen.</p> <p>c) Diplom-Psychologen auch ohne klinischen Schwerpunkt sollen zur Weiterbildung zum PP zugelassen werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die wechselseitige Anerkennung und Anrechnung bereits absolvierter Ausbildungsinhalte ist erforderlich, um eine größtmögliche Durchlässigkeit der verschiedenen Weiterbildungsgänge zu erreichen. Der Verzicht auf die Vorschrift eines klinischen Schwerpunkts im Hochschulstudium erfolgt in Analogie zu den pädagogischen Berufen, die zur KJP-Weiterbildung zugelassen werden und auch keinen klinischen Schwerpunkt studiert haben müssen.</p> <p>In den bisherigen Weiterbildungsgängen zum Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten hat sich gezeigt, dass die Diplom-Psychologen mit Schwerpunkt „Klinische Psychologie“ auf der einen Seite und die verschiedenen pädagogischen Berufe auf der anderen Seite sehr unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen. Diplom-Psychologen mit klinischem Schwerpunkt verfügen bereits über viele Ausbildungsinhalte, die bei den pädagogischen Berufen erst vermittelt werden müssen (psychologische Grundlagen, die für psychotherapeutische Handlungsfertigkeiten unerlässlich sind).⁴ Da es aus unserer Sicht zweckmäßig</p>
--	--

² Definition in Anlehnung an eine Definition des Deutschen Bildungsrats: „Weiterbildung ist die Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer unterschiedlich ausgedehnten ersten Bildungsphase“ Deutscher Bildungsrat – Empfehlungen der Bildungskommission, zit. n. Kemp, T. „Was ist Weiterbildung“ in: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 1/1976, S. 2.

³ Im folgenden Text wird wegen der besseren Lesbarkeit die männl. Form verwendet. Soweit nicht ausdrücklich auf geschlechtsspezifische Unterschiede Bezug genommen wird, ist das jeweils andere Geschlecht mit gemeint.

⁴ vgl. Expertenhearing der DGVT am 15./16. 05. 2003: Psychotherapieausbildung – der Stand der Dinge (Papier „Wünsche an die Novellierung der gesetzlichen Ausbildungsvorgaben“ A. Vogel; G. Ruggaber; A. Kuhr.

ist, pädagogischen Berufen weiterhin den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu erhalten, ist nicht nachvollziehbar, warum Diplom-Psychologen ohne klinischen Schwerpunkt von der Ausbildung ausgeschlossen werden. Sie sollten ebenfalls zugelassen werden können. Diplom-Psychologen mit klinischem Schwerpunkt ist der entsprechende Teil der Theorieausbildung aus dem Studium anzuerkennen.

2. Ausbildungsstrukturen

a) Schriftliche Verträge mit Mindeststandard für Vertragsbestimmungen, in denen u.a. die Dauer und eine sachliche und zeitliche Gliederung der Weiterbildung festgelegt ist. Damit soll ein Rechtsanspruch auf Qualifizierung in der vertraglich vereinbarten Zeit verbunden werden. Solche Vorschriften entsprechen der in der beruflichen Bildung üblichen Praxis.

b) Die unterschiedlichen Mindestzeiten sind aufzuheben, wobei jedoch Höchstzeiten festgelegt werden sollen. Auf Antrag sind individuelle Möglichkeiten zur Verkürzung oder Verlängerung der Weiterbildung einzuräumen. Unterbrechungen wegen Erziehungszeiten sind zu ermöglichen, Ansprüche auf Anrechnung bereits absolvierter Weiterbildungszeiten und den Wiedereintritt in die Weiterbildung sind zu garantieren.

c) „PP- und KJP-Ausbildung“ muss als Weiterbildung definiert werden.

Begründung: Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Weiterbildungsteilnehmer/-innen bereits über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Bei den nach dem PsychThG geregelten Berufen handelt es sich faktisch um Weiterbildung, weil eine einschlägige abgeschlossene Berufsausbildung (Hochschulstudium Dipl.-Psych., Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.-Päd. usw.) für den Zugang vorausgesetzt wird. Dem Bund steht im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung gemäß Artikel 74 Nr. 19 Grundgesetz die Kompetenz zu, die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen“ zu regeln. Dieser Kompetenztitel unterscheidet nicht nach Aus- oder Weiterbildung. Während die Regelungskompetenz für schulische und hochschulische Bildungsgänge und auch für Weiterbildungsregelungen etwa bei den Gesundheitsberufen bei den Ländern liegt, hat der Bund sich bislang auf Ausbildungsregelungen im Rahmen von Berufszulassungsgesetzen beschränkt. Beim PsychThG handelt es sich um ein solches Berufszulassungsgesetz, für das die Gesetzgebungskompetenz beim Bund liegt. Diese Kompetenz ist durch das Urteil des BVerfG zum Altenpflegegesetz hinsichtlich der weiteren Ausgestaltung der an die Zulassung gekoppelten Qualifizierungsvoraussetzungen nicht eingeschränkt worden. Eine geänderte Regelung kann danach auch dann durch den Bund erfolgen, wenn sie als Weiterbildung definiert ist.

d) Abschaffung der so genannten „Freien Spitze“.

Begründung: In den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sind von den insgesamt vorgeschriebenen 4.200 Stunden ca. 930 Stunden nicht inhaltlich definiert. Für diese Stunden hat sich der Begriff „Freie Spitze“ eingebürgert. Diese Stunden werden informell von jedem Ausbildungsinstitut anders definiert und genutzt: Sie werden z.B. verwendet, um eine Bibliothek einzurichten, weitere unentgeltliche Therapiestunden für das Ausbildungsinstitut zu leisten, um in anderen Einrichtungen zu hospitieren oder auch als zusätzliche Theorieausbildungsstunden. Wenn es nicht erforderlich scheint, die Inhalte dieses Stundenkontingents zu definieren, dann steht sein Nutzen für die Qualifikation insgesamt in Frage. Dieser Stundenanteil ist daher entbehrlich.

d) Die Anerkennung von in anderen Ausbildungsinstituten absolvierten Qualifizierungsbausteinen ist sicherzustellen.

Begründung: Es steht in der Macht der Ausbildungsinstitute Qualifizierungsbausteine, die in anderen Ausbildungsinstituten nachgewiesen wurden, anzuerkennen oder nicht. Wirtschaftliche Interessen der Institute, ein möglichst umfassendes Bildungsangebot zu unterbreiten, haben hinter dem Interesse der Weiterbildungsteilnehmer/-innen an einer Anerkennung bereits erworbener Qualifi-

kationen zurückzustehen.

e) Alle nachgewiesenen Theoriestunden aus dem Studium sind für die theoretische Ausbildung anzuerkennen.

f) Weitere Punkte:

- Anforderungen an Qualifikationen von Lehr- und Prüfungspersonal sind im Gesetz zu definieren.
- Der Gegenstandskatalog des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ist zu stark medizinisch orientiert und daher zu überarbeiten und um fachlich adäquate Inhalte zu ergänzen.
- In der schriftlichen Prüfung ist vor allem Grundlagenwissen anzusprechen.
- Insgesamt sollen weniger Vorlesungen gehalten werden, sondern verstärkt moderne Lehr- und Lernformen in der Ausbildung zum Psychotherapeuten praktiziert werden, z. B. „Problemorientiertes Lernen (POL)“.
- Für die Anerkennung der ausbildenden Institute sind verbindliche Qualitätsanforderungen festzulegen.
- Eine angemessene Mitbestimmung der Teilnehmer/-innen ist zu gewährleisten.

3. Praktische Tätigkeit

Der Terminus „praktische Tätigkeit“ ist durch den Begriff Praxisphase zu ersetzen. Die bisher zeitlich verteilten praktischen Tätigkeiten sind zu einer Praxisphase zusammenzufassen. Die Praxisphase ist so zu konzipieren, dass die Weiterbildungsteilnehmer entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt und vergütet werden können. Es sind entsprechende Stellen zu schaffen. Eine Praxisphase in Einrichtungen der Psychotherapie ist nur unter der Voraussetzung sinnvoll, dass dabei auch psychotherapeutisch gearbeitet wird.

a) Benötigt wird eine sachliche und zeitliche Gliederung der Praxisphase. Sie soll von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angeleitet sein.

b) Für diese Praxisphase ist eine vorläufige Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde zu erteilen.

c) Praxiserfahrungen in der Psychiatrie vor Beginn der Weiterbildung zum Psychotherapeuten/zur Psychotherapeutin müssen anerkannt werden, wenn sie den inhaltlichen Anforderungen an die Praxisphase während der Weiterbildung entsprechen.

d) Die Vergütung während der Praxisphase erfolgt entsprechend der Qualifikation (nach bisherigem Eingruppierungsrecht im öffentlichen Dienst z. B. für Diplom-Psychologen gem. Vergütungsgruppe (VG) II/1a BAT, für Dipl.-Sozialpäd. VG IVb BAT). Die Höhe der Vergütung für die praktische Tätigkeit ist tarifvertraglich zu regeln. Sie sollte wie bei anderen Heilberufen (Krankenpflege, Hebammen) gesetzlich vorgeschrieben werden.

Ausbildungsfinanzierung: In Analogie zu anderen Heilberufen ist die Vergütung für die Praxisphase über die Entgelte der ausbildenden Einrichtungen zu refinanzieren. Die für die „mit Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten“ (§ 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) zu bildenden Ausgleichsfonds können als Vorbild dienen.

Dabei sind auch praktische Tätigkeiten in allen Einrichtungen, in denen psychotherapeutische Leistungen erbracht werden, unter Anleitung mit vorläufiger Approbation zu ermöglichen. Insgesamt soll es bei 3 Jahren Vollzeitausbildung (ca. 4.200 h) bleiben, davon sind 2.400 h als geregelte praktische Weiterbildung vorzusehen.

Vor einer grundlegenden Neugestaltung der Weiterbildung wäre es sinnvoll, sie in evaluierten Modellversuchen zu erproben.

	<p>4. Prüfungen</p> <p>a) Der Charakter einer staatlichen Prüfung muss sichergestellt werden, daher ist keine Prüfungsgebühr vorzusehen.</p> <p>b) Der Gegenstandskatalog (IMPP) hat ausschließlich zu prüfen, was auch Gegenstand der Weiterbildung war.</p> <p>c) Es ist ein gegliedertes Prüfungsverfahren einzuführen, in dem bestimmte Weiterbildungsabschnitte geprüft und abgeschlossen werden (z. B. kann die schriftliche Prüfung zu einem früheren Zeitpunkt stattfinden).</p> <p>d) Die mündliche Gruppenprüfung kann entfallen.</p> <p>e) Für die Prüfung werden zwei Prüfer/-innen als ausreichend erachtet. Eine ausdrückliche Vorschrift, ärztliche Prüfer/-innen einzubeziehen, ist nicht erforderlich.</p> <p>5. Qualitätssicherung</p> <p>a) Die Anforderungen an die Einrichtungen, in denen praktische Tätigkeit geleistet wird, sind bundeseinheitlich zu regeln. Die Weiterbildungsermächtigung des Leiters einer Einrichtung muss mindestens 1 Jahr betragen.</p> <p>b) Die Aufsichtsbehörde hat nach der staatlichen Anerkennung in regelmäßigen Abständen erneut zu überprüfen, ob die Anerkennungsvoraussetzungen noch Bestand haben.</p> <p>c) Die Fachaufsicht der Ausbildungsinstitute wird durch die staatliche Aufsichtsbehörde gewährleistet.</p> <p>d) Die Aufsichtsbehörde bedient sich des Sachverständigen der Psychotherapeutenkammern.</p> <p>e) Als Element der Qualitätssicherung ist die Mitbestimmung/Beteiligung der Ausbildungsteilnehmer einzuführen. Es besteht die Verpflichtung der Ausbildungsinstitute zum Qualitätsmanagement und zur Veröffentlichung der Ergebnisse.</p>
	<p>PiA-Sprecher im VPP im BDP</p> <p><i>Robin Siegel</i></p> <p>Wie bereits seit langem bekannt, wird von Psychotherapeuten in Ausbildung insbesondere die praktische Tätigkeit kritisiert. Insofern nehme ich als PiA Vertreter im VPP/BDP insbesondere hierauf wie folgt Stellung, bevor ich anschließend auf die weiteren Teile der Ausbildung eingehe:</p> <p>Das oberste Ziel ist aus meiner Sicht, dass eine angemessene Finanzierung während der praktischen Tätigkeit gewährleistet werden muss. Um diese Vergütung zu rechtfertigen, muss aus meiner Sicht dabei zunächst Zielsetzung der praktischen Tätigkeit, wie sie derzeit in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung aufgeführt wird, verändert werden. Während der pT muss die eigenständige therapeutische Arbeit unter Anleitung und Supervision im Fokus stehen. Eine solche Zielsetzung sollte dann auch mit Arbeitsverträgen für Diplom- und Masterpsychologen kompatibel sein, so dass eine Vergütung tariflich geregelt werden könnte.</p> <p>Das Kennenlernen von Störungsbildern und therapeutischen Behandlungsansätzen sollte meiner Auffassung nach in ein Praktikum bzw. einer Famulatur von maximal 4-6 Monaten im Rahmen des Studiums oder zumindest vor der Ausbildung absolviert werden. Dieses Praktikum könnte dann gleichzeitig eine Zugangsvoraussetzung für die Therapieausbildung darstellen.</p> <p>Mit Beginn der Ausbildung und nach dem 4-6 monatigem Praktikum sollte darüber hinaus eine Berufserlaubnis für die gesamte Zeit der Ausbildung erteilt werden – also sowohl für den noch zu definierenden Zeitraum im stationären oder teilstationären Rahmen (hier würde ich weiterhin 18 Monate anstreben) als auch für die therapeutische Arbeit im ambulanten Behandlungssetting, also die der-</p>

zeitige praktische Ausbildung. Hervorzuheben ist dabei, dass gerade die Arbeit im Klinikkontext durch einen approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten supervidiert werden sollte – was derzeit leider nicht der Fall ist. Einen Teil der praktischen Tätigkeit (max. 6 Monate) könnte dabei auch in nicht primär psychiatrischen Einrichtungen unter Anleitung von psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden. Wichtig ist mir hierbei noch hervorzuheben, dass eine ausschließliche Anleitung von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie nicht ausreicht, da diese meist andere Kenntnisse vermitteln, als es für den Beruf eines PP oder KJP notwendig ist.

Hinsichtlich der Selbsterfahrung spreche ich mich dafür aus, auch in der verhaltenstherapeutischen Ausbildung ein Mindestmaß an Einzelselbsterfahrung vorzuschreiben, da diese sowohl für die Persönlichkeitsentwicklung, die Selbstreflexion, den Umgang mit eigenen emotionalen Themen und die Beziehungsfähigkeit der angehenden Psychotherapeuten bedeutend ist. Für alle Verfahren wäre ein Mindestmaß an 40-50 Einzelselbsterfahrungsstunden und 80-100 Gruppenselbsterfahrungsstunden angemessen.

Bei der theoretischen Ausbildung ist für mich auch weiterhin eine enge Verzahnung zwischen Theorie und praktischen Übungen wichtig. Darüber hinaus sind aus meiner Sicht Redundanzen mit den Inhalten eines Psychologiestudiums zu vermeiden. Durch eine eindeutige inhaltliche Festlegung der Zugangsvoraussetzungen anhand von ECTS-Punkten, könnte auch gewährleistet werden, dass PiA bereits vor der Ausbildung über grundlegende Kenntnisse in allen Therapieverfahren verfügen, so dass unterschiedliche Voraussetzungen hinsichtlich der einzelnen Therapieverfahren, aufgrund der starken Dominanz Verhaltenstherapeutischer Verfahren an den Universitäten, verringert werden könnten. Die praktische Ausbildung und Supervision ist aus meiner Sicht inhaltlich nicht zu verändern, da dieser Teil von den PiA meist sehr positiv bewertet wird. Gerade die enge Verzahnung von Supervision und Ausbildung stellt dabei ein wesentliches Qualitätsmerkmal dar.

Thema 6 „Schwerpunktausbildung“

Hearing am 28. Januar 2009
Statements der Organisationen und Verbände
Thema 6 „Schwerpunktausbildung“



Dr. Herbert Menzel

Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.

Prof. Dr. Paul L. Janssen, Dr. Herbert Menzel

Wir verweisen auf unsere bisherige Stellungnahme. Eine abschließende Stellungnahme erfolgt nach Vorlage des Gutachtens.

Bisher hat sich die Ausbildung, orientiert an Grundorientierungen (Schwerpunktausbildung), bewährt. In den 3 bis 5 Jahren Ausbildung ist eine rein störungsorientierte Psychotherapieausbildung nicht zu gewährleisten, da zur Vermittlung der Grundlagen der Verfahren und der Methoden der jeweiligen Grundorientierung und zur Vermittlung von praktischen psychotherapeutischen Erfahrungen der Zeitraum benötigt wird. Hinzukommen können am Ende der Ausbildung, aber erst recht in der Fortbildung mehr störungsorientierte oder sogar störungsspezifische Psychotherapieverfahren. In allen Fällen ist auf eine wissenschaftliche Fundierung zu achten.

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Benedikt Waldherr

Zentrales Ziel der Psychotherapeutenausbildung sollte eine möglichst gleichmäßige, qualitativ hochwertige Versorgung in allen Regionen des Bundesgebiets sein.

1. Eine störungsspezifisch ausgerichtete Ausbildung entbehrte zum derzeitigen Zeitpunkt allein schon aus Gründen der Begrenztheit der Aussagekraft empirischer Nachweise hinsichtlich des medizinischen Nutzens (Patientenbezogene Endpunkte) für eine große Zahl wichtiger Anwendungsgebiete einer hinreichend breiten wissenschaftlichen Basis, um eine Ablösung der Psychotherapieverfahren zu rechtfertigen.

2. Da außerdem die v.a. in Langzeittherapien im Vordergrund stehende Bearbeitung individuumspezifischer, biographiespezifischer Bedingungs- und Bedeutungszusammenhänge psychischer Störungen sich mit störungsspezifisch vormodellierten Behandlungsstrategien nicht hinreichend realisieren lässt, würde die störungsspezifische Ausbildung nur unzureichend auf die künftige Berufstätigkeit vorbereiten.

3. Unterschiedliche störungsspezifische Ansätze mit unterschiedlichen theoretischen und pathogenetischen Grundannahmen nebeneinander gelehrt zu bekommen, verhinderte ein fundiertes Kennen- und Anwendenlernen eines Verfahrens mit der Aussicht auf selbständige und kreative Umgangsweise damit in der Berufspraxis. Stattdessen würde der Ausbildungsteilnehmer einen Theorie-Flickenteppich vermittelt bekommen zu einem entsprechenden technizistischen Methoden-Flickenteppich.

4. Störungsspezifität wird der überwiegend zu behandelnden Komorbidität nicht gerecht und birgt die Gefahr, Behandlungskompetenzen nach Störungen aufzuteilen, was in Konsequenz zu einer Parzellierung von Versorgung und von Teilaspekten psychischen Leidens der Patienten führen kann.

Stattdessen ermöglicht die Wahl unter mehreren Therapieverfahren, in einem mit eigenen vernünftigen Überzeugungen und persönlichen Fähigkeiten kompatiblen Verfahren dessen „Sprache“ und Struktur sich anzueignen, und es dann souverän anzuwenden. Erst diese Souveränität erlaubt Anpassungen des eigenen Behandlungsvorgehens an die je individuellen Behandlungserfordernisse

	<p>des Patienten.</p> <p>Es muss auch in Zukunft gewährleistet sein, dass der niedergelassene Psychotherapeut in der Lage ist, alle wesentlichen Störungsbilder zu behandeln. Dafür hat sich in der Vergangenheit der Verfahrensbezug bewährt. Psychotherapeuten können dann in „ihr“ Verfahren im Laufe ihres Berufslebens weitere Kompetenzen integrieren - z.B. Weiterentwicklungen des Verfahrens, störungsspezifisches Wissen, eigene Behandlungserfahrungen.</p> <p>Zuletzt noch eine Frage zur praktischen Tätigkeit als Anregung: Macht es evtl. Sinn, diese statt am Anfang der Ausbildung mehr in der Mitte zu absolvieren, mit zwei Vorteilen: einer bereits gewonnenen psychotherapeutischen Grundkompetenz für klinische Tätigkeiten und damit auch einer besseren Grundlage für eine angemessene Bezahlung?</p>
	<p>Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG)</p> <p><i>Dr. med. Kurt Höfeld</i></p> <p>Das vom BMG in Auftrag gegebene Forschungsgutachten soll klären, ob Veränderungen entstanden sind, die eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes notwendig machen könnten.</p> <p>Aus unserer Sicht betreffen diese</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die durch die neu geschaffenen Studiengänge von Bachelor und Master veränderten Zulassungsvoraussetzungen für die beiden Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 2. die damit verbundene Frage, ob und ggf. wieweit Inhalte der jetzigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bereits in das Studium integriert werden könnten und zu welchen Wirkungen dies führen könnte. 3. Eine weitere Frage berührt die Bindung der Ausbildung an bestimmte Psychotherapieschulen gegenüber der Bindung der Ausbildung an bestimmte Störungsbilder. <p>Die Forschungsgruppe hat für das vom BMG in Auftrag gegebene Forschungsgutachten um Stellungnahmen zu sieben Fragen gebeten, als Vertreter des DAGG nehme ich hier Stellung zu</p> <p>Vorbemerkung</p> <p>Das Psychotherapeutengesetz hat 1999 die Voraussetzungen für die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen. Die Ausbildung in Gruppenpsychotherapie ist indirekt insofern vorgesehen, als die <i>Vereinbarungen</i> der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Verbänden der Gesetzlichen Krankenkassen, die die rechtliche Grundlage für die Behandlung gesetzlich Krankensversicherter regeln, Nachweise über eine</p> <p>„entsprechende Zusatzqualifikation (<i>in Gruppenpsychotherapie</i>)...an oder über anerkannte Ausbildungsstätten gem. § 6 Psychotherapeutengesetz (<i>dieser beschreibt die Anerkennungsvoraussetzungen für staatlich anerkannte Ausbildungsstätten</i>) erworben werden“ (müssen).</p> <p>Mit dieser Formulierung der <i>Vereinbarungen</i> ist die Ausbildung in der Gruppenpsychotherapie an das Psychotherapeutengesetz gebunden, für deren sozialrechtliche Durchführung die RICHTLINIEN der KBV gelten.</p> <p>Die Gruppenpsychotherapie orientiert sich, soweit sie als Leistung der Gesetzlichen Krankenkassen anerkannt ist, an den auch für die Einzelpsychotherapie gültigen Behandlungs- und Anwendungsformen, nämlich den <i>psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren</i> einerseits und der <i>Verhaltenstherapie</i> andererseits. Weitere Verfahren bestehen auf der Basis der Humanistischen Psychologie (u. a. Psychodrama nach J. L. Moreno) und auf der Basis der</p>

Transpersonalen Psychologie. Allgemeine Definitionen darüber, was Psychotherapie ist, gibt es bei Wikipedia:

Psychotherapie ist die, auf wissenschaftlichem Wege gefundene, besondere Form einer kontrollierten menschlichen Beziehung, in der der Therapeut die jeweils spezifischen Bedingungen bereitstellt, um Veränderungen zu ermöglichen in Richtung Verminderung von seelischem/körperlichem Leiden. Eine gleichzeitige persönliche Weiterentwicklung kann damit auch verbunden sein. Durch die jeweils besondere Beziehungsgestaltung und die ausgewählten Anregungen des Psychotherapeuten, die Methoden genannt werden, erfährt der Patient auf unterschiedlichen Ebenen die verursachenden Zusammenhänge für sein Leiden. Gleichzeitig gewinnt er dadurch Zugänge, wie er besser mit sich und seinen Problemen umgehen kann, um ein Mehr an geistig und körperlichem Wohlbefinden zu erreichen. Entscheidend für die Wirkung der Psychotherapie ist, neben der Auswahl der angemessenen Methoden, die Qualität der therapeutischen Beziehung. Diese Qualität hat über alle Psychotherapieschulen hinweg sehr ähnliche Kriterien, wie: positive Wertschätzung, Einfühlung, Authentizität, soziale Kompetenz, Ehrlichkeit, Offenheit, Direktheit. Somit ist wirksame Psychotherapie bei all den unterschiedlichen Therapieschulen im Kern doch etwas sehr Ähnliches.

Insbesondere die psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren orientieren sich an der bewährten Trias des Erwerbs von

- Theorie,
- der Gruppenselbsterfahrung und
- der Behandlerpraxis unter Supervision.

Erst diese methodische enge Verbindung, nämlich die von *Gruppenselbsterfahrung mit der Tätigkeit als Gruppentherapeut unter Supervision* garantiert verlässlich eine qualitätsgesicherte Ausbildung.

In den humanistischen Verfahren - wie dem Psychodrama - wird dies durch eine eigene Didaktik in der Vermittlung der Interventionstechniken gewährleistet.

Stellungnahme

Auch wenn die bewährte Trias von Theorie - Erwerb, Gruppenselbsterfahrung und Behandlerpraxis unter Supervision, die seit Anfang der psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren - zu Beginn des vorigen Jahrhunderts - gilt, weiterhin ein gültiges Erfordernis ist, können angesichts der veränderten Bedingungen Grundlagen der Theorie der Gruppenpsychotherapie in einen *Masterstudiengang* Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft eingebracht werden.

Wir meinen, dass der Masterstudiengang übrigens auch für den Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Eingangsvoraussetzung sein sollte.

Denn dann könnten schon im Studium Kenntnisse vermittelt werden, die insbesondere später die Differentialindikation für das zu wählende Verfahren ermöglichen. Der Theorie - Erwerb an dieser Stelle wäre damit eine wichtige Grundlage für die eigentliche klinische Ausbildung, eine Vertiefung des Theorie-Erwerbs erfolgt in der Phase der Behandlerpraxis. Diese schafft erst die Voraussetzungen, um die erworbene Theorie auch praktisch anwenden zu können.

Aus Sicht des DAGG und der in ihm vertretenen Fachgruppen erscheint es wichtig, dass, ebenso wie in der Einzelpsychotherapie, ein auszubildender Gruppenpsychotherapeut vom Wert des Erlernten und angewandten Verfahrens überzeugt sein muss. Erst die erfolgreich abgeschlossene Fundierung in einem Verfahren schafft die notwendige Qualifizierung und Sicherheit in der Behandlungstechnik und eine grundlegende Identität der Profession. Diese Anforderung stellt frei, dass jeder, der interessiert und begabt ist, seine jeweilige Qualifizierung erweitern und spezifizieren kann und je nach Ort der Tätigkeit auch erwei-

	<p>tern muss. Andererseits wäre ein bloß an <i>einer</i> Störungsspezifität ausgebildeter Gruppenpsychotherapeut ein Schmalspurpsychotherapeut und ohne klinisches Gewicht.</p> <p>Deswegen erscheint eine primär an einzelnen Störungen ausgerichtete Psychotherapie- Ausbildung in der Gruppenpsychotherapie nicht sachgerecht, sie würde im übrigen Probleme der bekannten Aufteilung des Menschen in der somatischen Medizin wiederholen. Diese Aufteilung ist dort historisch begründet, weil die einzelnen Wissensgebiete wegen ihres Umfangs sich auseinander entwickelt haben und auch, weil die Aufteilung abrechnungstechnisch begründet wird. Aber diese in der Medizin erfolgte Aufteilung in Fachgebiete z. B. nach Alter (Erwachsene vs. Kinder), nach Ort oder Organ der Erkrankung (Innere, Haut, Sinnesorgane usw.) oder nach Art der Therapie in konservative, chirurgische bzw. Strahlentherapie kann eine nur störungsspezifisch ausgerichtete Qualifikation fördern, die dann Gefahr läuft, Zusammenhänge zu übersehen und zu vernachlässigen. Dieser Entwicklung kann nur durch fachübergreifende Forschung und Behandlungsstrategien begegnet werden kann.</p> <p>Aus dem Gesagten ergibt sich nach unserer Ansicht die Notwendigkeit, dass eine qualifizierte Ausbildung in der Gruppenpsychotherapie sich hinsichtlich therapeutischer Fähigkeiten und Fertigkeiten primär an einem Verfahren orientieren, aber Kenntnisse auch über andere Verfahren vermitteln sollte.</p> <p>Insbesondere gilt, dass die eigentliche Qualifikation primär im klinischen Bereich erfolgen und die Ausbildung von in der Gruppenpsychotherapie erfahrenen Behandlern geleitet werden muss, die selbst mit Patienten unter "Alltagsbedingungen" arbeiten. Nur dann kann eine ausreichende Validierung für die spätere Tätigkeit der Auszubildenden erreicht werden. Dies ist bei an der Universität Lehrenden in der Regel nicht gegeben, da diese hier in erster Linie in der Forschung qualifiziert sind.</p>
	<p>Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)</p> <p><i>Hermann Schürmann</i></p> <p>Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft fordert nachdrücklich, an der Verfahrenorientierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten festzuhalten.</p> <p>Ausführlich hat sich die DGPT in ihrer Stellungnahme mit dieser Frage auseinandergesetzt. Wir teilen die dort vertretenen Auffassungen. An dieser Stelle sei nur auf die wichtigsten Argumente verwiesen:</p> <p>Aus psychoanalytischer Sicht kann eine seelische Erkrankung niemals ausreichend durch eine Ansammlung von „Störungen“ beschrieben werden, ihr liegt immer auch eine Beeinträchtigung der Beziehung des Patienten zu sich selbst und seiner Lebenswelt zugrunde. Dementsprechend behandeln Psychoanalytiker nicht primär Störungen, sondern den ganzen Menschen, und zwar mittels einer hilfreichen psychotherapeutischen Beziehung und durchaus auch mithilfe spezifischer Behandlungstechniken, die aus einem spezifischen Krankheitsverständnis und der zugrundeliegenden Theorie abgeleitet sind. Dabei kommt es in den psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren besonders darauf an, durch die Einbeziehung der Äußerungsformen des Unbewußten, innere Umstrukturierungsprozesse anzustoßen und so eine tiefgehende und lang andauernde Wirkung zu erreichen.</p> <p>Die Realität der psychotherapeutischen Versorgung zeigt, dass es nicht möglich ist, die psychische Erkrankung eines Patienten auf einzelne umschriebene Störungen zu reduzieren. Die meisten Patienten weisen mehrere Störungen auf. Aus psychoanalytischer Sicht zeigt sich hier die Vielzahl der Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen, die in unterschiedlicher Weise ätiologisch und pathogenetisch miteinander verknüpft sind. Die psychotherapeutische Ausbildung muss deshalb den gesamten Bereich der psychischen Erkrankungen umfassen, damit die psychotherapeutische Handlungskompetenz nicht in einer Vielzahl störungsspezifischer Methoden und Techniken zersplittert wird.</p>

	<p>Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Überzeugung eines Therapeuten vom Wert des Verfahrens, das er erlernt hat und anwendet, für seine therapeutische Wirksamkeit eine sehr wichtige Rolle spielt. Ist der Therapeut von seinem Verfahren und der daraus abgeleiteten Behandlungsmethodik überzeugt, hat er größere Aussichten, seinen Patienten helfen zu können als wenn das nicht der Fall ist. Die positive Besetzung und Identifikation mit dem Verfahren und den hieraus abgeleiteten Methoden besitzen also eine hohe Bedeutung für die professionelle Kompetenz des Therapeuten.</p>
	<p>Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) <i>Dr. Gerhard Schneider</i></p> <p>Die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung plädiert nachdrücklich für die Beibehaltung der Verfahrensbezogenheit der Ausbildung.</p> <p>1. Dafür spricht zum einen ein grundlegendes klinisches Argument.</p> <p>Die <i>psychoanalytische Grundorientierung</i> ist die folgende. Wir behandeln Menschen, die im Rahmen ihrer je eigenen Biographie in je individueller Weise krank sind. <i>Wir behandeln also Individuen und nicht Anwendungsfälle von Diagnose-Kategorien</i>. Diese Grundorientierung am Individuum erfordert vom Analytiker / von der Analytikerin <i>drei grundlegende Fähigkeiten</i>:</p> <p>(a) die der reflektierten Nutzung der eigenen Subjektivität im komplexen Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen des analytisch-therapeutischen Prozesses,</p> <p>(b) die der Aufrechterhaltung einer empathisch-haltenden und Arbeits-Beziehung auch in den heftigen affektiven Krisen, die regelhaft insbesondere in der Behandlung früh gestörter, schwer kranker Patienten auftauchen,</p> <p>(c) die Negative capability, d. h. die Fähigkeit der Tolerierung basaler Nichtwissens- und Unsicherheitsphasen, damit bei schweren Pathologien überhaupt <i>neue</i> Wege und Lösungen gefunden werden können, wie es bei früh gestörten Patienten unabdingbar wichtig ist.</p> <p>Diese Basics, entdeckt und entwickelt in mehr als hundert Jahren intensiven klinischen Forschens in der Psychoanalyse, lassen sich <i>nicht</i> durch das Sammeln partikulärer Fertigkeiten in unterschiedlichen Verfahren erwerben. Wir vermuten, dass es analoge Erfahrungen auch in der klinischen Praxis andere Verfahren gibt. Die Basics erfordern vielmehr die gründliche mehrjährige Ausbildung im psychoanalytischen Verfahren, in der sie selbsterfahrungsfundiert und fundiert in der supervidierten Behandlung vom Patienten und deren theoretischer Reflexion verinnerlicht und damit für die spätere eigene Praxis verfügbar werden (Trias von Lehranalyse, Supervision, Theorie).</p> <p>2. Das klinische Argument lässt sich durch ein komplementäres empirisch-psychotherapiewissenschaftliches Argument erweitern.</p> <p>(a) Die gut belegte These, dass allen therapeutischen Schulen gemeinsame Faktoren der Beziehungsgestaltung für die therapeutische Wirksamkeit wesentlich sind, scheint gegen die Beibehaltung zu sprechen. Eine genauere Betrachtung zeigt folgendes. Neben der <i>Alliance</i> (Fähigkeit, eine gute Beziehung herzustellen) hat die <i>Allegiance</i> des Therapeuten, seine Überzeugung, über ein hilfreiches Behandlungsmodell zu verfügen, eine besondere Bedeutung. Die <i>Allegiance</i> aber wird durch die gründliche Ausbildung in <i>einem</i> Verfahren gefördert, das in der Ausbildung als wirksam und vertrauenswürdig erfahren und angeeignet wird (Wampold 2001). Dieses <i>Allegiance-Argument</i> konvergiert mit dem o. a. klinischen Argument.</p> <p>(b) Was das Plädoyer für eine störungsspezifische gegen die verfahrensbezogene Zugangsweise betrifft, so weisen Kächele und Strauß (2008; Psychotherapeut 53) darauf hin, dass aus einer bestimmten Diagnose <i>nicht</i> stringent die Wahl eines bestimmten Therapieverfahrens folgt, denn es liegt vielfach Evidenz für die Wirksamkeit theoretisch ganz unterschiedlich fundierter Verfahren vor. Das spricht <i>gegen</i> die verfahrenstranszendente Ausbildung in einzelnen stö-</p>

	<p>rungszentrierten Methoden. Darüber hinaus ist auf die Komorbidität und Patientenpräferenzen hinzuweisen, die ebenfalls gegen die Ausbildung in störungszentrierten Methoden sprechen.</p> <p>Fazit: Die gründliche Ausbildung in <i>einem</i> Psychotherapieverfahren mit der sich wechselseitig befruchtenden Trias aus Selbsterfahrung, supervidierten Behandlungen und Erwerb theoretischen Wissens stellt eine zentrale Bedingung für die qualifizierte spätere professionelle Behandlungstätigkeit dar und sollte aus diesem Grunde im Sinne einer optimalen psychotherapeutischen Patientenversorgung aufrechterhalten werden.</p>
 <p>Prof. Dr. K. Werheid</p>	<p>Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) <i>Prof. Dr. Katja Werheid, Dr. Karin Schoof-Tams</i></p> <p>Neuropsychologische Therapie</p> <p>Die neuropsychologische Therapie ist ein Psychotherapieverfahren, das vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie für den Anwendungsbereich 12 („Hirnorganische Störungen“) als Psychotherapiemethode wissenschaftlich anerkannt wurde. Die Neuropsychologische Therapie ist somit gemäß bisherigem Sprachgebrauch störungsspezifisch. Sie kann wegen fehlender Anwendungsbreite nicht im Rahmen der Psychotherapieausbildung vertieft gelehrt werden, sondern wurde in den meisten Bundesländern von den Psychotherapeutenkammern als Weiterbildungsgang geregelt, der zu einer Zusatzbezeichnung führt.</p> <p>Umfassende Behandlung – umfassende Ausbildung – umfassende Weiterbildung</p> <p>Ein großer Teil der Patienten mit erworbenen Hirnschäden leidet in der Folge unter langjährigen und vielfältigen psychischen Störungen (z.B. Kooptonen, 2002). Hierzu zählen kognitive und affektive Störungen, Verhaltensänderungen wie erhöhte Reizbarkeit oder Antriebsminderung, Depressionen, Angst- und Suchterkrankungen. Sie können sowohl direkte Auswirkungen der Hirnschädigung sein als auch eine Reaktion auf die Hirnschädigung. Die Behandlung dieser Störungen setzt umfangreiche diagnostische und therapeutische Spezialkenntnisse voraus. Die meisten Neuropsychologen behandeln ihre Patienten sowohl mit neuropsychologischen Methoden als auch mit den (allerdings abgewandelt und an die organische Grundstörung angepassten) bisherigen Richtlinienverfahren oder anderen psychotherapeutischen Methoden oder Techniken.</p> <p>Eine zukünftige Psychotherapieausbildung sollte eine schulübergreifende Grundausbildung in Diagnostik und Behandlung krankheitswertiger psychischer Störungen bieten. Dabei sollten möglichst alle Patientengruppen und Störungsbilder kennengelernt werden. Behandlungsverfahren, -methoden und -techniken sollten theoretisch gelehrt und praktisch erprobt werden. Ein praktisches Jahr sollte eingeschlossen sein. Mit einer abschließenden Approbation sollte der Psychotherapeut grundsätzlich eigenverantwortlich tätig sein können. Danach sollte der approbierte Psychotherapeut seine Schwerpunktausbildung in einer berufsbegleitenden Weiterbildung (Verfahren oder Bereichen) absolvieren, um unter Anleitung weitere praktische Erfahrung zu sammeln und schließlich einen Fachkundenachweis zu erwerben. Diese Konzeption entspricht dem Modell der ärztlichen Weiterbildungen.</p> <p>Die Schwerpunktausbildung (in dem Modell dann Weiterbildung) zukünftiger neuropsychologisch tätiger Psychotherapeuten sollte alle psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken enthalten, die zu der Behandlung der speziellen Patientengruppe benötigt werden.</p> <p>Literatur:</p> <p>Koponen et al. (2002). Axis I and II Psychiatric Disorders after Traumatic Brain Injury: A 30-year follow up study. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 159, 1315-1321.</p>

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Prof. Dr. Mark Helle

Wenn die Frage aufgeworfen wird, wie in Zukunft die Schwerpunktausbildung angehender Psychotherapeuten gestaltet werden soll, lohnt zunächst ein Blick auf die gegenwärtige Ausbildungssituation. Hier muss gerade im Falle der kassenärztlich niedergelassenen Psychotherapeuten ein enormes Missverhältnis zwischen Außendarstellung des Qualifikationsprofils und tatsächlich vorhandener Qualifikation festgestellt werden. Nach den Psychotherapie-Richtlinien wird der Eindruck erweckt, als handelte es sich bei den kassenärztlich arbeitenden Psychotherapeuten ausschließlich entweder um Vertreter der analytisch begründeten Verfahren oder der Verhaltenstherapie, für die eine Kombination beider Verfahren nicht möglich sei, da dies zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit der therapeutischen Prozesse führen würde. Ferner wird der Eindruck erweckt, dass weder Elemente der Gesprächspsychotherapie noch der Systemischen Therapie irgendeine Bedeutung für niedergelassene Psychotherapeuten haben, geschweige ihre Behandlung mit beeinflussen könnten. Für die gesetzlich versicherten Patienten kann man von Glück reden, dass die Psychotherapie-Richtlinien nicht die psychotherapeutische Versorgungsrealität abbilden.

Seit Jahrzehnten wird wiederholt bestätigt, dass die Psychotherapie in der Praxis von einem schulenübergreifenden Denken und Arbeiten geprägt ist. Eine Vielzahl von Psychotherapeuten können mehr als nur eine Psychotherapieausbildung vorweisen und in der stationären Versorgung ist es an der Tagesordnung, verfahrenübergreifend und in multidisziplinären Teams zu arbeiten.

Während also in der psychotherapeutischen Praxis die Berührungspunkte zwischen den Therapieschulen immer mehr abnehmen und die Praktiker eher daran interessiert sind, von einander zu profitieren, scheint sich auf berufspolitischer Ebene zunehmend ein immer enger werdendes Verständnis von Therapieverfahren, die klar von einander abgrenzbar seien und deren Wirksamkeit gesondert für einzelne psychische Störungen erfasst werden könnten, zu etablieren. Dieser Trend findet seinen Ausdruck auch in der bemerkenswerten Tatsache, dass in dem Lehrbuch „Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Handbuch“ von Senf und Broda der große Abschnitt „Integrative Therapieansätze“, der immerhin 35 Seiten umfasste, mit der dritten Auflage im Jahr 2005 ohne weiteren Kommentar gestrichen wurde.

Wenn sich die Frage nach einer geeigneten Konzeption für eine psychotherapeutische Schwerpunktausbildung stellt, geht es zunächst auch darum, zu verhindern, dass das Bild von Psychotherapie, wie es durch die vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Studiendesign der Wahl propagierten RCT-Studien, geprägt wird, Einzug in die Ausbildungscurricula hält. Es sind nicht die einzelnen psychischen Störungen, wie sie z.B. in der ICD-10 beschrieben werden, die der Psychotherapeut durch Applikation eines Verfahrens, einer Methode oder einer Technik behandelt. Vielmehr handelt es sich nach wie vor um Menschen, die psychisches Leid erfahren, das nur aus ihrer individuellen Lebensgeschichte und ihrem jeweiligen subjektiven Erleben, verstanden und behandelt werden kann.

Seit November 2008 sind nun die vier zentralen Säulen der Psychotherapie, nämlich die kognitiv-behaviorale, die psychoanalytische, die humanistische und die systemische, unter den berufsrechtlich zugelassenen Vertiefungsverfahren vollständig repräsentiert. Diese vier Säulen gehen mit unterschiedlichen anthropologischen Annahmen, unterschiedlichem Ätiologie- und Störungsverständnis, und daraus abgeleitet auch unterschiedlichen Vorstellungen über das, wie Psychotherapie gestaltet werden soll, einher. Diese Unterschiede sind nicht als ein Ausdruck einer Übergangsphase zu sehen, die in naher Zukunft in eine allgemeine einheitliche Psychotherapie münden wird, sondern bilden das komplexe Spannungsfeld ab, in dem psychotherapeutisches Handeln stattfindet und auch reflektiert wird. Gleichzeitig ist dieses Spannungsfeld aber auch die Grundlage, aus dem sich neue psychotherapeutische Zugänge entwickeln. Als Beispiel sei



	<p>hier die Bedeutung der Humanistischen Psychologie für die Einleitung der sogenannten dritten Welle in der Verhaltenstherapie genannt.</p> <p>Ausgehend von dem Allgemeinen Modell der Psychotherapie nach Howard und Orlinsky (1988), das – so Klaus Grawe - deutlich macht, dass Annahmen über lineare Kausalzusammenhänge zwischen einzelnen Einflussfaktoren und dem Therapieergebnis keinen Platz haben in einem einigermaßen realistischen Modell der Wirkungsweise von Psychotherapie, sollte ein Ausbildungskonzept danach ausgerichtet sein, eine möglichst hohe Anzahl von Passungen zwischen Therapeut und Patient herzustellen.</p> <p>Die erste Passung, die in der Ausbildung von Bedeutung ist, ist die Korrespondenz zwischen der Person des Therapeuten und dem zu erlernenden Behandlungsmodell. In diesem Sinne ist es sinnvoll, im Rahmen der Ausbildung an einem Vertiefungsverfahren als theoretische Heimat festzuhalten. Gleichzeitig sollte die Ausbildung so angelegt werden, dass mehr Berührungspunkte als bisher mit den anderen Vertiefungsverfahren existieren. Um der Vielfalt der Patienten und deren jeweiligen Behandlungsbedürfnissen auch weiterhin gerecht werden zu können, sollte sich diese Vielfalt auch in der Gestaltung der Ausbildung wiederfinden, wobei diese nicht in einem atheoretischen pragmatischen Eklektizismus zerfließen darf, sondern einer wissenschaftliche Fundierung mit eindeutigen theoretischen Grundlagen bedarf.</p> <p>Damit eine so gestaltete Ausbildung auch den gesetzlich krankenversicherten Patienten in Form alternativer Behandlungsangebote zu Gute kommt, wäre es wünschenswert, wenn die BPTK zu ihrer Position vom 04.04.2006, dass Vertiefungsverfahren der Psychotherapeutenausbildung auch sozialrechtlich anzuerkennen seien, zurückfinden würde.</p> <p>Der Zweck des Psychotherapeutengesetzes ist in erster Linie der Gewährleistung einer qualifizierten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Dieser Zweck wird aber verfehlt, wenn – wie derzeit – der G-BA unter den staatlich approbierten Psychotherapeuten auswählen und reglementieren darf, zu welchen dieser strukturgleich ausgebildeten Psychotherapeuten die Versicherten Zugang haben.</p>
	<p>PsychotherapieNachwuchsNetz Nordrhein (KiJuPPNo-Netz)</p> <p><i>Kristina Siever</i></p> <p>Die zukünftige Konzeption der Ausbildung zu PP und KJP sollte weiter verfahrensspezifisch erfolgen, wobei alle Psychotherapieverfahren, deren Wirksamkeit in der Behandlung der wesentlichen Störungsbilder wissenschaftlich nachgewiesen ist, für die Ausbildung nach dem zu-künftigen PsychThG anerkannt und sozialrechtlich zugelassen werden müssen.</p> <p>Für die Sozialisierung und Professionalisierung von PsychotherapeutInnen sowie die Herausbildung einer eigenen psychotherapeutischen Identität ist das gründliche und umfassende Erlernen eines Psychotherapieverfahrens, mit dem alle in der Versorgung relevanten Störungsbilder behandelt werden können, eine wichtige Grundlage. Nach dem Erwerb ausreichender klinischer Erfahrung in der Ausübung des erlernten Verfahrens und gefestigter psychotherapeutischer Identität wird das Erlernen und die Integration weiterer Verfahren, Methoden und Techniken sicherlich von den meisten PsychotherapeutInnen als gewinnbringend erlebt. Die Weiterbildungsfreudigkeit der PsychotherapeutInnen sowie der Befund, dass sich PsychotherapeutInnen, die ursprünglich in verschiedenen Verfahren ausgebildet wurden, im Lauf ihrer Berufspraxis in ihrer therapeutischen Haltung und ihren Interventionen immer weniger voneinander unterscheiden, weisen in diese Richtung. Sehr frühzeitiges paralleles Erlernen deutlich voneinander verschiedener psychotherapeutischer Ansätze kann – vor allem bei mangelnder praktischer Erfahrung mit der Umsetzung des Gelernten – zu Verwirrung und Ungenauigkeit im therapeutischen Vorgehen führen.</p> <p>Eine <i>an Störungsbildern orientierte</i> Psychotherapieausbildung wäre keine Psychotherapieausbildung mehr. Es würde sich um eine hochgradig spezialisierte selektive Ausbildung handeln, die einer Fragmentierung des psychischen Ge-</p>

	<p>schehens in einzelne Störungen und Symptome Vorschub leistet und den Menschen, der an sich, seinen Beziehungen und seiner Störung leidet, aus dem Blick zu verlieren droht. Insbesondere könnten durch eine solche Spezialausbildung nicht die komplexen psychotherapeutischen Kompetenzen erworben werden, die in der längerfristigen Behandlung von sogenannten schwierigen PatientInnen, z. B. mit Persönlichkeitsstörungen, oder für andere komplexe und komorbide Störungen erforderlich sind. Psychotherapie sollte sich nicht rein defizitorientiert auf die schnellstmögliche Behebung von als Störung definierten Symptomgruppen fixieren, sondern eine therapeutische Beziehung ermöglichen, die Raum gibt für kreative und sinnstiftende Prozesse der Entwicklung und Integration menschlicher Seelen. Dafür brauchen wir PsychotherapeutInnen, die sich mit der menschlichen Seele auskennen – mit ihrer eigenen und der von PsychotherapiepatientInnen. Den beziehungsorientierten heilenden Umgang mit kranken Seelen lernen angehende PsychotherapeutInnen am besten in einer umfassenden, ganzheitlichen Psychotherapieausbildung.</p>
	<p>Psychotherapeutenkammer Hessen <i>Hans Bauer</i></p> <p>1. Untersuchungen der Kammer und der hessischen Approbationsbehörde haben eine stark positive Bewertung der Ausbildung durch die PiA, die Institute und die Fachwelt erbracht. Eine grundlegende Veränderung der bisherigen verfahrensorientierten Ausbildungsstruktur ist aus Sicht der Kammer daher weder notwendig noch wünschenswert.</p> <p>Allerdings sollte In einer zukünftigen Neuordnung des PsychThG eine verpflichtende Finanzierung der Praktischen Tätigkeit gesetzlich geregelt werden und im 2.Teil die Möglichkeit bestehen, diese auch an Beratungsstellen (insbesondere Erziehungsberatungsstellen) absolvieren zu können.</p> <p>2. Die Kammer begrüßt die durch die Gutachten des WBP ermöglichte Erweiterung der Vertiefungsausbildungen auf Gesprächspsychotherapie und Systemische Psychotherapie als psychotherapeutische Ausbildungs- und Behandlungsangebote.</p> <p>3. Störungsspezifische Ausbildungskonzeptionen suggerieren einen psychotherapeutischen Kompetenzerwerb über das zu einzelnen Störungsbildern existierende Wissen als Addition von Inhalten und Techniken, die psychisches Leiden als „objektivierbaren Kosmos“¹ vorstellen wollen. Eine Theorie des Subjekts, die psychisches Leiden und die Entwicklung von Symptomen in ein Menschenbild und damit in eine individuelle geschichtliche, soziale und kulturelle Bezogenheit einbettet, scheint obsolet.</p> <p>Sieht man Psychotherapie als einen Prozess der (Re-) Konstruktion von Erfahrung, innerhalb dessen Symptome in einen sozialen und kommunikativen Gesamtzusammenhang des Lebens eingebunden sind, werden differenzierte theoretische Modelle notwendig, um auf der Basis verschiedener Menschenbilder einen jeweils angemessenen Zugang zu unterschiedlichen Patienten zu gewinnen.</p> <p>In diesem Denken sind die psychotherapeutischen Schulen mit ihren jeweiligen Krankheitstheorien „Sprachspiele“ (Ludwig Wittgenstein), die eine je eigene Konstruktion von (psychischer) Wirklichkeit und den Zwang zur gegenseitigen Übersetzung beinhalten. (<i>Unter Sprachspiel wird nach Wittgenstein eine in einer menschlichen Praxis beheimatete sprachliche Äußerung verstanden, die innerhalb einer bestimmten Verwendungssituation auftritt und dort über eine spezifische Bedeutung verfügt, die aus diesem Kontext erwächst.</i>) Das störungsspezifische Denken befördert hingegen die Bildung von Artefakten, die historische und soziale Rahmenbedingungen von Symptombildungen nicht ausreichend berücksichtigen und deren spezifisch kommunikative Einbettung in</p>

¹Vgl. Liessman, Konrad Paul: Theorie der Unbildung – Die Irrtümer der modernen Wissensgesellschaft, Wien (Zsolnay) 2006.
vgl. Wirth, U.: Vortrag im Forum Psychoanalytische Ausbildung und Forschungsgutachten, DGPT-Jahrestagung Bonn 2008.

	<p>eine soziale Lebenswirklichkeit nicht ausreichend thematisieren.</p> <p>4. Untersuchungen zur Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren haben die Wichtigkeit einer inneren Überzeugtheit (Allegiance) vom eigenen Verfahren erwiesen, innerhalb derer die Explikation eines überzeugenden Erklärungsmodells, Glaubhaftigkeit und Flexibilität im Umgang mit Technikrepertoires und die Tolerierung eines vorübergehenden Zustands des Nichtwissens eine besondere Rolle spielen (Wampold) ². Aus seiner Sicht ist die Verfahrensausbildung aus fachlichen Gründen unbedingt beizubehalten.</p> <p>5. Auch aus Sicht der Professionstheorie erfordert die Entwicklung beruflicher Kompetenz in der Ausbildung ein Stadium des „basic-professional-level“, innerhalb dessen die Überzeugung von der Wirksamkeit des eigenen Verfahrens gebildet wird (Orlinsky et al.)³ Nur wenn dieses durchlaufen wurde, kann im Therapeuten sukzessive eine Erweiterung persönlicher Kompetenz mit wachsender innerer Handlungsfreiheit zur Lösung komplexer beruflicher Anforderungen entstehen.</p> <p>Insofern stützen gerade die Befunde, die die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren unterstreichen, die Rolle einer verfahrensorientierten Ausbildung zum Erwerb professioneller und auf den jeweils einzelnen Patienten konzentrierter beruflicher Kompetenz. Diese erstreckt sich insbesondere auch auf den Bereich vertiefter Selbsterfahrung, die in der Struktur der Ausbildung – analog den Überlegungen Polanyis – eine wichtige Rolle für den Erwerb implizit-intuitiven Wissens spielt und einen primären Zugang in die innere Welt des Patienten erweitern kann.⁴</p> <p>Fazit:</p> <p>Aus all diesen Gründen und der Verpflichtung, eine gleichberechtigte und plurale Repräsentanz aller wissenschaftlichen Therapieverfahren im Sinne einer differenzierten Versorgung der Patientinnen und Patienten zu sichern, schlägt die Psychotherapeutenkammer Hessen vor, auch in Zukunft an der verfahrensorientierten Ausbildung mit einem ausreichenden Anteil an Selbsterfahrung festzuhalten.</p>
	<p>Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</p> <p><i>Dr. Lothar Wittmann</i></p> <p>Die Alternative „Schulen- oder Verfahrensorientierung versus Störungsorientierung“ ist zumindest verfrüht gestellt. Gegen eine Umstellung auf eine Störungsorientierung spricht:</p> <p>1. Therapeutische Schulen sind in Entwicklung und werden von anderen Schulen inspiriert</p> <p>Derzeit wird v.a. innerhalb des verhaltenstherapeutischen Ansatzes die fremdinspirierte sog. 3. Welle diskutiert – dies kann aber schadlos unter Beibehaltung des Schulenparadigmas geschehen. Auch die aus der Psychodynamik zugewanderte Selbsterfahrung ist heute kein Fremdkörper in der VT sondern integrierter Bestandteil in permanenter Entwicklung. Dass strukturierte und konfrontierende Angstbehandlungsverfahren aus der VT auch im psychodynamischen Bereich ein Echo gefunden haben, ist allgemein bekannt und macht Behandler verschiedener Herkunft besser miteinander kommunikationsfähig.</p> <p>2. Störungsorientierung zwingt zu nicht vertretbarer Reduktion von Wirklichkeit</p> <p>Wenn mit Störungsorientierung eigentlich intendiert ist, Diagnosen und Standardbehandlungen zu verknüpfen, so sind wir hier weitgehend durch mangelnde Evidenz behindert. Einerseits fehlt es an klinischer Diagnosvalidität (also nicht</p>

² Wampold, B.E (2001) : The great psychotherapy debate. Models, methods and findings, NJ/London

³ Orlinsky D, Ronnestad M (2005) How psychotherapists develop. APA, Washington DC.

⁴ Vgl. Buchholz M.B. (2007): Zur Diskussion: Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen. Psychotherapeutenjournal, 4-2007, 373-382.

	<p>nur an deskriptiver Ordnung, sondern es fehlt eine konsistente, Ätiologie und Prognose einschließende Syndromatik), die durch deskriptive Klassifikationssysteme nicht geleistet werden kann. Andererseits sind Modellbehandlungen selbst bei valider Umsetzung der Vorgaben oft nur ein Ausschnitt des realen Geschehens, der zudem allegiance-trächtig ist. Angesichts der großen Varianzanteile der outcome-Varianz, die unspezifischen und Beziehungsvariablen zuzurechnen sind, wird vor einer Änderung erfahrungsbasierter Ausbildungspraxis eine bessere Aufklärung dieser quantitativ so bedeutsamen Faktoren erforderlich sein, damit dann die derzeitige Ausbildung evidenzbasiert umgebaut werden kann. Hierzu sollte es möglich sein, dass Ausbildungseinrichtungen auch mit störungsspezifischen Ausbildungsmodulen experimentieren, wenn sie zugleich in dem Bereich forschen und die Module evaluieren.</p> <p>3. Schulenorientierung als Konstituens psychotherapeutischer Identität</p> <p>Die große Mehrheit der Ausbildungseinrichtungen möchte das Schulenparadigma der Ausbildung beibehalten, weil sie nur so eine der jungen Professionalisierungsgeschichte der Profession angemessene Ausbildung für möglich halten. Da wichtige Teile der zu erwerben-den Professionalität personenspezifisches Wissen darstellen, und da vieles davon über Modelle bzw. Identifikation erworben wird, ist die konsistente Verzahnung von wissenschaftlicher Lehre, schulenspezifischer Anleitung und schulenspezifischer Selbstreflektion derzeit nur innerhalb von Schulen (die zu Recht auch so heißen) gut realisierbar. Es ist nicht zu unterschätzen, wie sich (therapeuten-sozialisatorisch) Handlungssicherheit bei den Lernenden bildet. Eine gewisse Paradigmen-Konsistenz und eineindeutige Reflektions- und Handlungsmuster sind in einer frühen Lernphase zur Bildung von Sicherheit notwendig und bilden die Basis der späteren Könnerschaft /Expertise, die Flexibilität, Individualspezifik und kreative Abweichung von Standardparadigmen möglich macht.</p>
	<p>Bundeskandidatenvertretung der DGPT</p> <p><i>Martin Pröstler</i></p> <p>In Übereinstimmung mit der DGPT plädiert auch die Bundeskandidatenvertretung der DGPT für die uneingeschränkte Beibehaltung der verfahrensbezogenen Ausbildung. Eine Orientierung der Ausbildung an psychischen Störungen statt an Verfahren ist aus Perspektive der analytischen Psychotherapie nicht denkbar:</p> <p>Psychotherapeutische Behandlung lässt sich eben gerade nicht auf eng umschriebene »Störungen« begrenzen. Der Versuch, verschiedene Störungen – die dann oft als Komorbiditäten nebeneinander diagnostisch erfasst werden – zu kodieren, bleibt in unserem Verständnis unzureichend: Zu vielfältig sind die verschiedenen Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen, die in unterschiedlicher Weise ätiologisch und pathogenetisch miteinander verknüpft sein können. Im Zentrum der psychotherapeutischen Behandlung stehen eben gerade nicht einzelne Störungen oder Diagnosen, sondern jeweils der ganze Mensch – mit seiner individuellen Geschichte, seiner Struktur und seinen Beziehungen.</p> <p>Ein weiteres wichtiges Argument für die Verfahrensbezogenheit der Ausbildung liefert die empirische Wirkungsforschung:</p> <p>Es zeichnet sich ab, dass die Überzeugung eines Therapeuten vom Wert des von ihm vertretenen Verfahren (sog. allegiance) eine wichtige Rolle für seine therapeutische Wirksamkeit spielt. Demnach ist die Identifikation mit dem erlernten Verfahren und den daraus abgeleiteten Methoden für die psychotherapeutische Kompetenzentwicklung essentiell.</p> <p>Der Erwerb psychotherapeutische Behandlungskompetenz lässt sich unter dieser Rücksicht nicht in eine Vielzahl unterschiedlicher, störungsorientierter Interventionen zersplittern sondern benötigt einen identitätsstiftenden Rahmen. Für die analytisch begründeten Verfahren ist dieser Rahmen aus unserer Sicht durch die bewährte Trias Selbsterfahrung durch Lehranalyse, Theorievermitt-</p>

	<p>lung und Behandlungspraxis unter Supervision ausreichend gegeben.</p>
 <p>Dr. Christa Schaff</p>	<p>Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (StÄKO) <i>Dr. Karin Bell, Dr. Christa Schaff</i></p> <p>Die Inhalte des frei gehaltenen Redebeitrags zu Themenblock Schwerpunktausbildung werden hier kurz zusammengefasst.</p> <p>Plädiert wird für eine Fortsetzung der bisherigen Verfahrens- (bzw. Schulen-) bezogenen Ausbildung. Dabei wird auf die Verfahrensdefinition des Gemeinsamen Bundesausschusses verwiesen. Die Ausbildung in einem Verfahren ist Voraussetzung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Dabei wird durch das Schwellenkriterium sicher gestellt, dass durch die Ausbildung in einem Verfahren Kompetenzen zur Behandlung in einem breiten Bereich von Störungen erworben werden. Zudem soll ein Verfahren über eine ‚übergreifende Theorie verfügen‘, die es ermöglicht, Diagnostik, Symptomatik, Interventionen und Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung auf der Basis dieser gemeinsamen Theorie herzuleiten und anzuwenden.</p> <p>Nur eine solche Sichtweise wird dem Patienten in seiner Ganzheit gerecht und ermöglicht eine individuelle Therapiegestaltung.</p> <p>Die Reduzierung der Ausbildung auf eine Ansammlung von Methoden, die bei unterschiedlichen Krankheitsbildern eingesetzt werden, für die diese Methoden entwickelt werden, würde einen ganzheitlichen Blick behindern, da es das Wesen der Methode ist, auf ein Symptom spezialisiert zu sein. Zudem gibt die ausschließliche Orientierung der Behandlung an indikationsspezifischen Methoden keine Antwort auf den Umgang mit Komorbiditäten.</p> <p>Vielleicht ist der Wunsch, methodenspezifisch auszubilden an einem medizinischen Paradigma orientiert. In der Medizin ist es in den letzten Jahrzehnten zu immer stärkerer Spezialisierung gekommen. Heute erkennt man jedoch zunehmend die Nachteile und das Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Sicht des Patienten wird immer deutlicher, wie z.B. die Forderung nach Berücksichtigung psychosomatischer Zusammenhänge zeigt.</p> <p>Nach einer gründlichen, auf einem breiten Fundament beruhenden Verfahrensbezogenen Ausbildung können dann auch indikationsbezogene Methoden erlernt und angewandt werden. Nur diese Kombination sichert eine Behandlung des Pat. ‚nach Maß‘ unter Berücksichtigung seiner Person und seiner Lebensumstände.</p>
	<p>Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) <i>Prof. Dr. Dietmar Schulte</i></p> <p>Es ist unstrittig, dass die Ausbildung zum PP oder KJP breit sein muss, das heißt: der Ausgebildete muss ein breites Spektrum psychischer Störungen behandeln können. Das gleiche Kriterium gilt auch für die sozialrechtliche Zulassung.</p> <p>Bislang wird dies dadurch geregelt, dass die Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erfolgen muss, für das gilt, dass es seine Wirksamkeit bei einem breiten Spektrum von Störungen unter Beweis gestellt hat. Das bedeutet umgekehrt, dass therapeutische Ansätze mit eingeschränkter Indikation weder gelehrt noch zur Anwendung kommen können, selbst wenn sie bei einem spezifischen Anwendungsbereich höchst wirksam sind.</p> <p>Da seit einigen Jahren international in der Forschung nicht mehr umfassende Therapieverfahren, sondern zunehmend störungsspezifische Therapiemethoden entwickelt werden, hat dies zur Folge, dass Patienten in Deutschland die Anwendung neuerer, oft sehr wirksamer Methoden oder Verfahren verwehrt wird.</p> <p>Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat daher bereits vor einigen Jahren vorgeschlagen, die Breite der Ausbildung beziehungsweise Qualifikation nicht mehr über den Umweg der Definition von Verfahren zu regeln, sondern</p>

	<p>direkt:</p> <ul style="list-style-type: none">• der Schwerpunkt der Ausbildung soll sich auf alle Indikationsbereiche der Psychotherapie erstrecken;• für jeden Indikationsbereich/Anwendungsbereich soll ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren oder eine wissenschaftlich anerkannte Methode gelehrt werden;• es ist jedoch möglich (aber nicht vorgeschrieben), dass für die einzelnen Anwendungsbereichen unterschiedliche wissenschaftlich anerkannte Verfahren oder Methoden gelehrt werden. <p>Auf diesem Hintergrund könnte die sozialrechtliche Zulassung/Eintragung ins Arztregister wie bei den Ärzten geregelt werden:</p> <p>Die Approbation ist hinreichende Voraussetzung für die Zulassung/Eintragung ins Arztregister, da die Breite der Ausbildung gewährleistet ist. Zu entscheiden wäre lediglich darüber, welche Verfahren oder Methoden innerhalb der GKV zur Anwendung kommen dürfen.</p> <p>Als Gegenargument wird gelegentlich vorgebracht, dass sich nicht alle Verfahren und Methoden in der Ausbildung beliebig kombinieren ließen. Sollte das tatsächlich der Fall sein, dann gilt das sicherlich nur für bestimmte Kombinationen. Da ein Ausbildungsinstitut selber über solche Kombinationen entscheiden kann, ist darin kein Hindernisgrund zu sehen.</p>
--	--

Thema 7 „Medizinorientierung“

Hearing am 28. Januar 2009
Statements der Organisationen und Verbände
Thema 7 „Medizinorientierung“

Bundesärztekammer

Dr. Cornelia Goesmann

Im Interesse der Patienten darf es keine Spaltung zwischen dem psychologisch-psychotherapeutischen und dem ärztlichpsychotherapeutischen Versorgungsbe-
reich geben. Vielmehr sollten die unterschiedlichen Berufsgruppen ihre jeweili-
gen Behandlungsschwerpunkte ergebnisorientiert konstruktiv in eine Kooperati-
on einbringen. Regulär ausgebildete PP und KJP sind dabei besonders gut für
die Durchführung einer Richtlinienpsychotherapie qualifiziert. Die Vermittlung
medizinischer Inhalte in der Ausbildung von PP und KJP muss dazu dienen, das
gegenseitige Verständnis und die Kooperation zwischen den an einer Psycho-
therapie beteiligten Psychologen und Ärzten zu optimieren. Insbesondere müs-
sen medizinische Inhalte soweit in die Ausbildung integriert werden, dass die
künftigen PP und KJP frühzeitig erkennen, in welchen Situationen Ärzte hinzu-
zuziehen sind.

Die Bundesärztekammer rät jedoch dringend davon ab, im Rahmen einer Wei-
terentwicklung des Psychotherapeutengesetzes die sozialrechtlichen Kompe-
tenzen von PP und KJP zu erweitern. Die Berechtigung zur **Verordnung von
Psychopharmaka** setzt aus Gründen der Patientensicherheit und aus haftungs-
rechtlichen Gründen großen Sachverstand voraus, um unerwünschte Arzneimit-
telwirkungen und ggf. -wechselwirkungen zu erkennen und zu behandeln. Die
Fülle dieser Aufgaben erfordert neben pharmakologischen Kenntnissen umfang-
reiches Wissen in nahezu allen klinischen Fächern (u. a. auch in der Dermatolo-
gie, der Inneren Medizin, der Neurologie sowie der Notfallmedizin), über das
nur fachlich weitergebildete Ärzte verfügen. Außerdem muss vor jeglichem Me-
dikamenteneinsatz eine umfassende Differenzialdiagnose gestellt werden, und
der Einsatz von Psychopharmaka muss in den Gesamtbehandlungsplan einge-
bettet sein. Es ist deshalb auch nicht sinnvoll, die Berechtigung zur Verordnung
von Psychopharmaka von der Verordnung anderer Arzneimittel zu trennen. Eine
Unterversorgung psychisch kranker Patienten mit Psychopharmaka, die zusätz-
lich für deren Verordnung durch PP oder KJP sprechen würde, ist nicht ersicht-
lich.

Es muss daher dabei bleiben, dass nur Ärzte, die das entsprechende medizini-
sche Wissen in ihrer Aus- und Weiterbildung erlernt haben, Arzneimittel ver-
schreiben dürfen.

PP und KJP sollten auch zukünftig nicht die Berechtigung erhalten, **Krank-
schreibungen** vorzunehmen. Auf Grund der Dynamik in der psychotherapeuti-
schen Beziehung ist es sinnvoll, wenn diese Maßnahme einem Facharzt als
drittem Beteiligten vorbehalten ist. Die Krankschreibung bedarf der Einbettung in
einen Gesamtbehandlungsplan. Allein der Arzt kann beurteilen, ob eine medi-
kamentöse Behandlung der Zielsymptome des Störungsbildes zu einer Besse-
rung führen kann und eine Krankschreibung vermeidbar ist.

Wir sehen auch keinen Handlungsbedarf, die Berechtigung für die **Einwei-
sung/gesetzliche Unterbringung** zu verändern. Diese Maßnahmen müssen
unter Berücksichtigung aller therapeutischer Optionen einschließlich Pharmako-
therapie, sozialtherapeutischer Behandlung und psychotherapeutischer Mög-
lichkeiten erfolgen. Für den Fall krankheitsbedingter Selbst- oder Fremdgefähr-
dung ist eine ärztliche Beratung vorgesehen. Die Befugnisse von Polizei, Ord-
nungsämtern und gesetzlichen Betreuern sind durch Landesgesetze geregelt.

Im Übrigen wird auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom



29.09.2008 verwiesen (**Anlage**).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Prof. Dr. Sabine Herpertz

Die Berechtigung zur Verordnung von **Psychopharmaka** setzt aus Gründen der Patientensicherheit voraus, dass der Verschreiber uneingeschränkt über die fachliche Kompetenz verfügt, die Wirkung von Medikamenten einschließlich ihrer Wechselbeziehungen mit individuellen Patientenmerkmalen genau zu kennen, häufige und seltene Nebenwirkungen vorherzusehen und unerwünschte Arzneimittelwechselwirkungen zu vermeiden, bzw. zu erkennen und zu behandeln. Dies erfordert Wissen um die neurobiologischen Grundlagen gesunder und kranker Hirnfunktionen, differenzierte pharmakologische Kenntnisse einschließlich Kenntnisse zur Pharmakodynamik und -kinetik und schließlich auch Expertise aus nahezu allen klinischen Fächern, über das nur fachlich weitergebildete Ärzte verfügen.



Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und **Krankenhauseinweisungen** dürfen nur deshalb ausschließlich von Ärzten ausgestellt werden, weil sie alleine über die Möglichkeiten eines mehrdimensionalen Therapieansatzes aus Psychotherapie, Pharmakotherapie und Soziotherapie verfügen. Allein der Arzt kann beurteilen, ob eine Behandlungsform oder die Kombination mehrerer die Zielsymptome der gegebenen psychischen Störung in angemessenem Zeitraum soweit verbessern können, dass eine Krankschreibung vermeidbar ist. Eine Krankenhausbehandlung darf im Sinne der Patienten, aber auch des Wirtschaftlichkeitsprinzips (vgl. § 39 SGB 5, Absatz 1) nur erfolgen, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend sind. Dies aber bedeutet, dass alle Möglichkeiten eines mehrdimensionalen Therapieansatzes ambulant ausgeschöpft sein müssen, bevor eine Krankenhauseinweisung angezeigt ist. Umso mehr gilt das Gesagte für Einweisungen in stationäre Behandlungen nach dem PsychKG oder Betreuungsrecht und damit für in die individuellen Freiheitsrechte eingreifende Maßnahmen. Hier muss mit höchstmöglicher Kompetenz ausgeschlossen sein, dass eine solche durch keine therapeutische Maßnahme bzw. keine Kombination verschiedener therapeutischer Maßnahmen abzuwenden ist. Zudem sind die rechtlichen Voraussetzungen und die ärztliche Verantwortung neben den Befugnissen von Polizei, Ordnungsämtern und gesetzlichen Betreuern durch Landesgesetze geregelt.

Zusammenfassend rät die DGPPN uneingeschränkt davon ab, im Rahmen einer Weiterentwicklung des Psychotherapeutengesetzes die medizinischen und sozialrechtlichen Kompetenzen von PP und KJP zu erweitern. Bewährte Ausbildungsinhalte, die auf die Vermittlung medizinischer Grundkenntnisse abzielen, haben alleine zum Ziel, eine Kompetenz dafür zu entwickeln, in welchen Situationen Ärzte zur differentialdiagnostischen Klärung oder zur Einleitung einer zusätzlichen pharmakotherapeutischen Intervention hinzuzuziehen sind.

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)

Dr. Karsten Münch



Die Frage der zusätzlichen medizinischen Kompetenzen für Psychotherapeuten (Medikamentenverordnung, Krankschreibung, Einweisung) wurde innerhalb der DGPT ausführlich diskutiert. Diese Debatte ergab, dass nicht nur auf Seiten Ärztlicher Psychotherapeuten, die sich gegen die Aneignung ärztlicher Kompetenz durch Psychologische Psychotherapeuten wehren, sondern auch bei der überwiegenden Mehrheit der psychologischen Mitglieder unserer Gesellschaft erhebliche Vorbehalte gegenüber einer derartigen Kompetenzausweitung bestehen.

Im Einzelnen spielen dabei folgende Argumente eine Rolle:

a) **Medikamentenverordnung:** Es ist sehr zweifelhaft, ob ohne Medizinstudium über eine Fortbildung tatsächlich eine ausreichende somatische Kompetenz, d.

h. ausreichende biochemische, pharmakologische und vor allem physiologische Kenntnisse zu erwerben sind, um die Gabe von Psychopharmaka mit allen ihren komplizierten Neben- und Wechselwirkungen verantworten zu können, die einen expliziten Eingriff in das körperliche Geschehen darstellen. Aus unserer Sicht ist dieser – fachliche – Gesichtspunkt, der letztlich in dem überragenden Gut des Patientenschutzes begründet ist, das entscheidende Argument gegen eine diesbezügliche Kompetenzerweiterung für Psychologische Psychotherapeuten. Die Argumente, die für eine derartige Kompetenzerweiterung ins Feld geführt werden, sind nach unserem Eindruck eher berufsständisch begründet (weitere Festigung des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechend verbesserten Aufstiegsmöglichkeiten im stationären Bereich) oder versorgungspragmatischer Natur, indem z. B. auf den drohenden Ärztemangel, besonders im stationären Bereich, hingewiesen wird. Diese im Einzelnen jeweils durchaus nachvollziehbaren Gesichtspunkte rechtfertigen jedoch aus unserer Sicht nicht einen derartig schwerwiegenden Schritt wie es die Möglichkeit zur Verordnung von Medikamenten darstellen würde. Dies gilt analog auch für die beiden folgenden Aspekte der medizinischen Kompetenz.

b) **Krankschreibung:** Grundsätzlich ließe sich argumentieren, dass Psychotherapeuten, egal ob ärztlicher oder psychologischer Herkunft, selbst in der Lage sind zu entscheiden, ob eine Krankschreibung wegen der von ihnen behandelten psychischen Erkrankung erforderlich ist oder nicht. Jedoch ist auch bei einer Krankschreibung ärztlich-somatische Kompetenz einzubeziehen, z. B. hinsichtlich der Fragen, ob eine bisher nicht erkannte körperliche Erkrankung vorliegt oder zusätzliche Verordnungen erforderlich sind.

c) **Einweisung:** Ähnlich verhält es sich bei der Frage der Einweisung: auch wenn die behandelnden Psychotherapeuten einschätzen können, ob eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit etwa aufgrund einer psychotischen Dekompensation oder aufgrund von nicht absprachefähiger Suizidalität gegeben ist, so ist doch vorher zu klären, ob eine andere Art von ambulanter Behandlung, nämlich eine psychiatrische Behandlung, indiziert ist. Somit ist der behandelnde Psychotherapeut auch an dieser Stelle auf eine enge Kooperation mit Ärzten angewiesen.

Aus psychoanalytischer Sicht berührt die Kompetenzerweiterung auch die sensible Frage der therapeutischen Abstinenz: die Abstinenz ist unverzichtbarer Bestandteil einer therapeutischen Beziehung und kann möglicherweise durch die Anwendung von medizinischen Kompetenzen verletzt werden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Frage der Abstinenz sich im institutionellen Bereich mit schwerer gestörten Patienten in anderer Weise stellt als bei ambulanten Behandlungen.

Zusammenfassend ergeben sich aus Sicht der DGPT – bei nachvollziehbaren einzelnen Argumenten für eine Kompetenzerweiterung – in der Summe keine ausreichenden Gründe, um einer derartig einschneidenden Veränderung des Tätigkeitsprofils des Psychologischen Psychotherapeuten zuzustimmen.



Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV)

Barbara Lubisch

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen die Berechtigung zur Verordnung von Heilmitteln (Ergotherapie, logopädische Behandlung, Soziotherapie) erhalten. Zur besseren Versorgung von Kindern, die z.B. Teilleistungs- oder Entwicklungsstörungen haben, oder von chronisch psychisch Kranken sollten sinnvolle ergänzende Maßnahmen auch vom KJP/PP verordnet werden können. Der Umweg über einen Arzt verursacht Kosten und Belastungen für den Patienten und bringt keinerlei fachlich begründbare Vorteile.

Ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann bei den Patienten, die bei ihm in Behandlung sind, sehr gut einschätzen, ob eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Krankheit besteht oder nicht, in der Regel fachgerechter als ein somatisch praktizierender Arzt.

	<p>Die Berechtigung zur Krankschreibung beinhaltet auch die Möglichkeit, eine Krankschreibung zu beenden, was sich ggf. positiv auf den psychischen Gesundheitsprozess auswirken kann.</p> <p>Auch die Berechtigung zur Einweisung in stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung sowie zur Überweisung zum (Fach-) Arzt sollte zum Kompetenzprofil des PP/KJP gehören. Behandelnde Psychotherapeuten können aus ihrer genauen Kenntnis des Patienten sehr gut beurteilen, wann aufgrund einer psychischen Erkrankung des Patienten eine fachärztliche Behandlung oder eine stationäre Maßnahme indiziert und welche Einrichtung geeignet ist. Auch die Indikation zu einer ggf. notwendigen Zwangsunterbringung sollte durch den PP/KJP gestellt werden und eine Einweisung veranlasst werden dürfen. Dem Patienten könnten Umwege erspart werden, die Verzahnung zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten würde verbessert.</p> <p>Die Verordnung von Medikamenten durch Psychotherapeuten ist umstritten, da Medikamente bei Patienten eine passive Haltung und Abgabe von Verantwortung fördern könnten und die therapeutische (Übertragungs-)Beziehung durch die Macht zur Vergabe von Medikamenten Schaden erleiden könnte. Dennoch sind Psychotherapeuten in vielen Arbeitsfeldern, insbesondere in Kliniken, häufig eng in die Pharmakotherapie involviert und könnten durch das Recht auf Geben, Ändern oder Absetzen von Medikamenten sinnvoll in eine bessere Versorgung von Patienten, speziell in Nacht- und Bereitschaftsdienste, eingebunden werden. Untersuchungen aus den USA zeigten sehr sichere und sparsame Verordnung von Psychopharmaka durch entsprechend weitergebildete Psychologen. Approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten deshalb mit einer angemessen umfangreichen Weiterbildung in Psychopharmakotherapie das Recht auf Verordnung von Psychopharmaka erwerben können. Dies sollte für PP und KJP keine Verpflichtung aber eine Option sein.</p> <p>Völlig unberührt von den berufsrechtlichen Möglichkeiten zu entsprechenden Interventionen und deshalb kein Gegenargument ist die Vereinbarkeit dieser Interventionen mit dem Gebot der therapeutischen Abstinenz, die vom einzelnen Psychotherapeuten – wie bisher auch schon von den psychotherapeutisch tätigen Ärzten – in jedem Einzelfall mit aller fachlichen Sorgfalt entschieden werden muss.</p>
	<p>Psychotherapeutenkammer des Saarlandes</p> <p><i>Ilse Rohr</i></p> <p>Die psychotherapeutische Ausbildung findet bisher auf hohem Niveau statt. Das ist unsere Stärke, diese müssen wir uns erhalten.</p> <p>Zusätzliche medizinische Kompetenzen können auf vergleichbarem Niveau im Rahmen der Psychotherapieausbildung nicht erlernt werden. In meiner Sicht fordern wir von den medizinischen Heilberufen Respekt vor unserer im Rahmen der Ausbildung erworbenen Kompetenz – ich halte es für inadäquat zu meinen, wir könnten medizinische Kompetenzen wie die Verordnung von Medikamenten nebenbei auf der Schmalspur dazu erwerben.</p> <p>Im institutionellen Rahmen halte ich das für denkbar – auf dem Weg einer eigens auf die jeweilige Institution ausgerichteten Weiterbildung.</p> <p>Aus dieser Sicht bzgl. der Kompetenz zur Verordnung von Medikamenten folgt logischer Weise meine Haltung zur Frage der Kompetenz zur stationären Einweisung. Erst wenn abgeklärt ist, ob im Krisenfall oder im chronischen Verlauf nicht weitere ambulante Maßnahmen wie z.B. Psychopharmaka (in veränderter Dosierung oder anderer Zusammensetzung) sinnvoll ist sollte eine stationäre Einweisung erfolgen. Diese Abwägung liegt jedoch in vielen Fällen nicht in der Kompetenz des Psychotherapeuten.</p> <p>Die Frage der Krankschreibung sehe ich demgegenüber als weniger kompliziert an. Allerdings halte ich den Zugewinn an therapeutischen Möglichkeiten für so</p>

	gering wenn nicht sogar eher negativ, dass ich keine Notwendigkeit sehe, die Krankschreibung in den Kanon psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten aufzunehmen.
	<p>VPK – Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte <i>Dr. med. Astrid Bühren</i></p> <p>Die Inhalte des 6jährigen Medizinstudiums – einschließlich eines unbezahlten Praktischen Jahres - umfassen sowohl die naturwissenschaftlichen Grundlagen zum Verständnis der Funktionen und Fehlfunktionen des menschlichen Körpers, als auch das Wissen über Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation überwiegend somatischer, psychosomatischer sowie überwiegend psychischer Erkrankungen. Da die Ausbildung bereits sehr kompakt ist, lassen sich die Inhalte nicht zielführend komprimieren oder beschneiden. Für die Behandlung jedes Symptoms oder jeder Krankheitsentität ist aber die Berücksichtigung und damit Kenntnis vom Zusammenwirken des menschlichen Gesamtorganismus erforderlich.</p> <p>Daraus ergibt sich, dass eine Medikation bei psychischen Erkrankungen nicht losgelöst von der Berücksichtigung interagierender Medikation für andere Erkrankung (Multimorbidität) und unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen vorgenommen werden kann. Jegliche Verordnung von Medikamenten ist im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes vorzunehmen - also nicht ohne Ableistung des Medizinstudiums und einer fachärztlichen Weiterbildung verantwortbar (Haftungsrecht).</p> <p>Gleichfalls würde der Wegfall der kompetenten somatischen Abklärung im Rahmen einer Indikationsstellung für eine (Richtlinien -) Psychotherapie nicht nur einen Rückfall in eine bereits überwundene Denktradition der Trennung von Seele und Körper darstellen, sondern auch eine erhebliche, nicht zu verantwortende Gefährdung der Patientinnen und Patienten riskieren. Es gibt kaum eine seelische Erkrankung ohne begleitende körperliche Beschwerden.</p> <p>Es gibt immer wieder Patienten und Patientinnen, die hoffen, dass auch schwere ganz überwiegend körperliche Erkrankungen allein durch Psychotherapie – bei der es sich um ein Behandlungsverfahren im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes handelt - geheilt werden und u.U. schwerwiegende pharmakologische und operative Behandlungen vermieden werden können. Diese gilt es, in Kenntnis aller anderen medizinischen Behandlungsoptionen zu beraten.</p> <p>Krankschreibung und Krankenhauseinweisung: Viele Patienten und Patientinnen sind gleichzeitig wegen der gleichen Erkrankung in psychiatrischer oder somatisch-medizinischer Betreuung.</p> <p>Dies gilt besonders für Menschen mit schweren seelischen Krankheiten, Psychosomatosen und für die Begleitbehandlungen bei körperlichen Leiden. Ohne fundierte Kenntnisse der anatomischen und physiologischen Grundlagen und der Krankheitslehre können weder Schweregrad noch Verlauf und Gefahr der Chronifizierung einer Erkrankung beurteilt werden.</p> <p>Im Rahmen einer Ausbildung, die definierter Maßen auf die psychotherapeutische Ausbildung abzielt, sind die medizinischen Inhalte zu integrieren, die es ermöglichen, rechtzeitig zu erkennen, wann auch im Verlaufe einer psychotherapeutischen Behandlung ein Facharzt oder eine Fachärztin hinzugezogen werden muss.</p> <p>Wesentlich zu berücksichtigen ist als Spezifikum von Psychotherapie auch, dass sie noch mehr als viele somatische Behandlungsverfahren zu einem erheblichen Anteil – bis zu 50% - von der Qualität der Beziehung abhängt und dass diese wiederum nicht unwesentlich von der eigenen menschlichen Reife, dem Lebensalter und der Lebenserfahrung der psychologischen oder ärztlichen Therapeutin oder Therapeuten abhängig ist.</p>