

Stellungnahme der Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ) e.V. im Rahmen der Delphi-Studie II



Forschungsgutachten

zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen
und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Teil I: Fragen zu ausgewählten Komponenten des bisherigen Gesetzes

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

Es ist notwendig, eine Definition des Begriffes „Psychotherapie“ einzuführen und diese gesetzlich zu schützen

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

Prävention und Rehabilitation sind in die Definition der heilkundlichen Psychotherapie mit aufzunehmen.

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.)

Die Ausbildungsbausteine haben sich bewährt. Die zeitlichen Umfänge Theorie, Praktische Ausbildung, Supervision (Einzel und Gruppe), Selbsterfahrung und freie Spitze sollen wie bisher belassen werden. Vollzeit-/ berufsbegleitende Ausbildung sollte flexibilisiert werden. Für Berufstätige sollte eine Dauer < 5 Jahre möglich sein. Empfehlung: Die Ausbildung kann in Vollzeit- oder Teilzeitform absolviert werden und dauert mindestens 3 Jahre. Dann entfallen auch evtl. notwendige Änderungen der Ausbildungsform im Ausbildungsverlauf.

Die Praktische Tätigkeit 1 und 2 sollen zusammen wie bisher einen Gesamtumfang von 1800 h umfassen. Allerdings ist hier eine Veränderung des Setting-Verhältnisses von 2:1 auf 1:2 oder mindestens 1:1 zu fordern. Demnach wären 600-900 h stationär/teilstationär in weiterbildungsermächtigten (kinder- und jugend)psychiatrischen Kliniken und 900-1200 h in anderen Settings zu absolvieren. 600 h P.T. 1 genügen insbesondere dann, wenn im Rahmen des Masterstudiums bereits eine Prüfung in Psychiatrie/ Psychopathologie erfolgt ist. Die Absolvierung der 1800 h P.T. sollte in < 18 Monaten möglich sein. Zeitliche Überschneidungen von P.T. 1 und 2 sollten ermöglicht werden. Bis zu 600 h P.T. sollten auch in geeigneten klinischen Einrichtungen im Ausland absolvierbar sein. Für P.T. 2 sollten alle Einrichtungen zulassungsberechtigt sein, die psychotherapeutische Leistungen anbieten und über qualifizierte Psychotherapeuten in wiss. anerkannten Verfahren verfügen. Bei der Durchführung der P.T. sollten in jedem Fall die Rahmenempfehlungen zur Absolvierung der P.T. eingehalten werden. Eine Regelung zur Vergütung der P.T. ist herbeizuführen. PP i.A. und KJP i.A. sind in die Psychiatrie-Personalverordnung aufzunehmen. Es sind Anerkennungsmöglichkeiten

einzuführen: Bei Ausbildungsbeginn weisen die KJP/PP i.A. zukünftig zwei akademische Abschlüsse auf (BA, MA). Psychiatrie-Praktika im Masterstudium sollten anerkennungsfähig sein. Ebenso eine Tätigkeit in der Psychiatrie nach dem Masterabschluss und vor Beginn der Ausbildung.

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

Es sollte beim bisherigen Anerkennungsverfahren für die Wissenschaftlichkeit von Therapieverfahren bleiben.

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

PP sollten auch zukünftig nicht ohne Ergänzungsqualifikation Kinder und Jugendliche behandeln dürfen. Die Anforderungen hierfür sind zu erhöhen. Die Ergänzungsqualifikation sollte 1. nur an staatl. anerck. Ausbildungsstätten für KJP durchgeführt werden können, 2. eine Mindestdauer für das Curriculum vorschreiben und 3. eine qualifizierte Abschlussprüfung vorsehen. KJP sollten zukünftig nach Abschluss einer Zusatzqualifikation auch Erwachsene behandeln dürfen.

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

Die Staatsprüfung als Ganzes hat sich bewährt und sollte in der vorliegenden Form beibehalten werden. Eine Überarbeitung des Gegenstandskatalogs und der Prüfungsinhalte halten wir derzeit für verzichtbar. Die Prüfungen (schriftlich, mündlich, Benotung) garantieren eine hohe Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit von Ausbildungserfolgen.

Teil II: Fragen zu ausgewählten Zukunftsaspekten

A. Mindestalter (bisher keine Vorgaben)

Sowohl für PP als auch für KJP halten wir eine Einführung eines Mindestalters für nicht erforderlich.

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

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.

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

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. Die Sicherung des Nachwuchsbedarfs der Berufe („Reproduktion des eigenen 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. 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. 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.

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

Für PP und KJP halten wir die Auswahlverfahren durch die Institute incl. Erstinterviews für unabdingbar. Berufserfahrung nach Studienabschluss ist wünschenswert, jedoch keine notwendige Voraussetzung.

E. Bewertung der unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen für PP, KJP

Es sollten einheitliche Zulassungsvoraussetzungen für PP und KJP eingeführt werden. Aufgrund des Tätigkeits- und Kompetenzprofils (Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihre Eltern) müssen KJP's mindestens genauso gut qualifiziert sein wie PP's.

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!

Wir schliessen uns der Expertenmeinung der Delphi-Studie I an, dass PP für die Behandlung mit Kindern und Jugendlichen schlechter ausgebildet sind, insbesondere für die Behandlung mit Kindern. Es fehlen den PP u.a. Erfahrung im Umgang mit Kindern, fundierte Kenntnisse in Entwicklungspsychopathologie, sowie in speziellen Behandlungstechniken.

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!

Wir schliessen uns auch hier dem Expertenvotum der Delphi-studie I an, dass PP auch mit Zusatzqualifikation deutlich schlechter für die Behandlung mit Kindern und Jugendlichen qualifiziert sind. Dies ist u.a. durch eine nicht ausreichenden Zahl praktischer Fälle begründet.

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

Der Abschluss dreier akademischer Abschlüsse (BA, MA, akademischer Heilberuf mit Staatsprüfung) rechtfertigt eine facharztäquivalente Besoldung. Dies gilt für beide akademischen Heilberufe KJP und PP gleichermaßen. Dies sollte auch in der Psychiatrie-PV zum Ausdruck kommen. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten demnach zukünftig einheitlich und facharztäquivalent besoldet werden (EG 15TVöD, BAT Ib,).

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

Sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten plädieren wir eindeutig für das Modell Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren und umfassende Kenntnisse in anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren.

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...)

In kurzer Zeit ist seit Inkrafttreten des PsychThG eine qualitativ hochwertige Ausbildung mit europaweit vorbildlichem Ausbildungsstandard entstanden. Sowohl für PP als auch für KJP plädieren wir daher eindeutig für die Ausbildung nach der Ausbildung (wie bisher). Es ist keine Systemwechsel sondern nur eine Systemoptimierung erforderlich. Das PsychThG und die APrV ist ein Erfolg. Der Aufbau auf einem Grundberuf (PP→ Master Psychologie; KJP→ Master Psychologie oder Pädagogik) sollte beibehalten werden. Die Absolventenzahlen garantieren die Reproduktion des Berufsstandes. Die Prüfungsergebnisse der Staatsprüfungen zeigen die Güte der Ausbildungen.

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

Die Ausbildungsstätten haben sich professionalisiert und befinden sich in einem qualitätssteigernden Wettbewerb. Wir plädieren für ein Nebeneinander verschiedener Organisationsformen wie bisher.

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

Wir sehen keinen Regulierungsbedarf bei der Verteilung von Ausbildungsstätten (Hoheit der Bundesländer).

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

Wir erachten Kooperationen mit wiss. Einrichtungen für in hohem Maße wünschenswert, allerdings nicht in jedem Fall mit universitären Studiengängen für realisierbar.

N. Welche Mindestanforderungen sollten an Ausstattung und Qualitätssicherung von

Ausbildungsinstituten gestellt werden?

Für unabdingbar halten wir regelmäßige Befragungen der Ausbildungsteilnehmer (intern), regelmäßige Befragungen der Ausbilder (intern), die Evaluation der Ausbildungsergebnisse (intern), die Teilnahme an Qualitätszirkeln der Institute (Anbindung an Dachverbände von Ausbildungsstätten mit hohem Qualitätssicherungsanspruch wichtig), die Definition von Mindestvoraussetzungen an die Anzahl der Ausbilder, die Definition von Mindestvoraussetzungen an die Qualifikation der Ausbilder und die Definition einer räumlichen und apparativen Minimalausstattung der Institute. Die Evaluation der Ausbildungsergebnisse (extern) wird durch die Staatsprüfungen gewährleistet.

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

Prinzipiell halten wir die staatl. Anerkennung für ausreichend. Allerdings sollte in die staatl. Anerkennungsverfahren wiss. Fachkompetenz des Berufsstandes einbezogen werden (Hochschulvertreter).

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

Meister-Bafög sollte als Regelfinanzierung im Rahmen der Ausbildung eingeführt werden. Eine kostengünstigere Ausbildung bei gleichem Ausbildungsstandard halten wir nur durch staatliche Fördermaßnahmen für realisierbar.

Q. Ausbildung/Qualifikation von Lehrkräften, Selbsterfahrungsleiter(innen) und Supervisor(inn)en (bitte ggf. getrennt beschreiben)

Wir erachten die bisherigen Qualifikationsrichtlinien für Lehrkräfte, Selbsterfahrungsleiter(innen) und Supervisor(inn)en für ausreichend.

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

Medizinische Inhalte (z.B. Psychopharmakologie, Psychiatrie- und Psychosomatikkenntnisse, Kenntnisse zu neurologischen Krankheitsbildern) sind von zentraler Bedeutung im Rahmen der Psychotherapieausbildung. Dies zeigt der Gegenstandskatalog des IMPP und auch die Ausbildungscurricula. In den uns bekannten und von uns vertretenen Instituten sind die medizinischen Inhalte bereits umfänglich in den Ausbildungscurricula integriert und sollten unbedingt erhalten bleiben. Eine Ausweitung erscheint uns nur dort erforderlich, wo die o.g. Inhalte in der Ausbildung nur unzureichend vermittelt werden.

Zusätzlich sollten die KJP die Berechtigung erhalten Heilmittel (Bsp: Ergotherapie, Logopädie etc.) und Hilfsmittel (Bsp.: Bettnässer-Alarmgerät bei Enuresis) zu verordnen. Dies ist fachlich und sachlich angemessen und trägt zu einer zusätzlichen Verbesserung/ Vereinfachung im Versorgungssystem bei.

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

PP und KJPP sollten die Berechtigung erhalten, Psychopharmaka zu verschreiben. Es sollte hierfür allerdings kein eigenständiges Ausbildungsmodul im Rahmen der Psychotherapieausbildung eingesetzt werden: Diese Intervention sollte erst nach einer entsprechenden Weiterbildung/Zusatzqualifikation möglich sein.

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

Approbierte PP und KJP sollten die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen vorzunehmen.

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

Approbierte PP und KJP sollten die Berechtigung erhalten, Einweisungen in psychiatrische oder psychosomatische Kliniken einzuleiten.

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

Die PP- und KJP-Ausbildung als Akademischer Heilberuf sollte auch zukünftig von den Landesprüfungsämtern kontrolliert werden.

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

Die genannten Arbeitsfelder wie Beratung (Familie, Erziehung, Bildung), Jugendhilfeeinrichtungen, Familientherapie, Forensik, Prävention und Gewaltprävention, Sucht, Rehabilitation, Kleinstkinder und deren Eltern, Migranten, oder Kinderarmut (Resilienzfaktoren) sind sicherlich alles wichtige Tätigkeitsfelder für KJP. Eine generelle Priorisierung halten wir an dieser Stelle jedoch nicht für sinnvoll. Die Themen sind bereits heute in unterschiedlichem Umfang Bestandteil der uns bekannten Ausbildungscurricula, sodass hier keine generelle Entscheidung möglich ist.

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 Ergänzungsqualifikationen Gruppentherapie und Entspannungsverfahren sollten in die Ausbildung integriert werden. Die Aspekte störungsspezifische Qualifikation, Pharmakotherapie, Sucht und Familientherapie sind bereits jetzt Ausbildungsbestandteile. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ein eigenständiger akademischer Heilberuf und keine EQ innerhalb einer anderen Ausbildung. Psychotherapie mit Migranten sollte ebenfalls keine EQ sein sondern integraler Bestandteil des Curriculums. Dies ist ebenfalls in verschiedenen Curricula bereits heute der Fall.