

Versuch einer Standortbestimmung zu Fragen der zukünftigen Ausbildung und zum Erhalt des eigenständigen Berufes des KJP

1. Rückblick

Das Psychotherapeutengesetz hat 1999 nach jahrzehntelangem Bemühen, Diskussion und Auseinandersetzung eine Rechtsgrundlage für die beiden psychotherapeutischen Heilberufe geschaffen.

Diese wurden bewusst nicht im Medizinischen angesiedelt, auch um der eigenen Tradition, aber auch der Bedeutung der Psychologie in der Behandlung von psychisch kranken Menschen Rechnung zutragen. Die Schaffung eines eigenen Heilberufes für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgte ebenso aus der Tradition, um der besonderen Bedeutung der Pädagogik den Zugang zur Psychotherapie zu erhalten.

Leider war mit den dabei festgeschriebenen Unterschieden in der berufsrechtlichen Beschreibung der Tätigkeit und der sozialrechtlichen Zulassung eine Schere aufgetan, die sich immer wieder als Ausgangspunkt für Auseinandersetzungen zwischen Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie darstellt.

Während Psychologische Psychotherapeuten berufsrechtlich das gesamte Altersspektrum behandeln dürfen, sind sie jedoch sozialrechtlich auf die Behandlung der erwachsenen Patienten (ab älteren Jugendlichen) eingeschränkt.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen sowohl berufsrechtlich als auch sozialrechtlich nur Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr behandeln. Andererseits sind sie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auch immer mit der Mitbehandlung der Bezugspersonen befasst, oder im Rahmen ihrer Tätigkeit z.B. in Familienberatungsstellen oder Erziehungsberatungsstellen sogar mit dem Schwerpunkt ihrer Arbeit mit den Eltern bzw. Erziehungspersonen.

2. Kompetenzprofile der beiden Heilberufe PP und KJP

Zu den Kompetenzen, die ein Psychotherapeut erwerben muss, gehören einerseits die durch das Grundstudium („1. Beruf“) erworbenen Kenntnisse -Zugangsvoraussetzungen- und sodann diejenigen, die durch die Ausbildung erworben werden, die sowohl theoretische Grundkenntnisse beinhalten wie verfahrensspezifische Kenntnisse (Vertiefung) als auch praktische Kenntnisse und Fähigkeiten bezüglich der Patientenbehandlung.

In vielen Beiträgen auf den Workshops der BPtK als auch in der Literatur wurde auf verschiedene Dimensionen von Kompetenzen verwiesen, die substantiell für beide Heilberufe sein sollen. Dazu zählen die fachlich-konzeptionellen Kompetenzen, personale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen. Für beide Heilberufe sind grundsätzlich diese Kernbereiche als bestimmende Faktoren zu begreifen, die auf einer sehr abstrakten Ebene für beide Berufe gelten. Genauer zu schauen ist allerdings auf die inhaltliche Ausgestaltung dieser Kompetenzen, auf die Lerninhalte und Lernziele, die sich bedingen durch die Unterschiede der Populationen und Störungsbilder, die durch die jeweiligen Heilberufe behandelt werden.

2.a Psychologischer Psychotherapeut

Laut Psychotherapeutengesetz wird für den Psychologischen Psychotherapeuten das abgeschlossene Studium der Psychologie mit Schwerpunkt Klinischer Psychologie vorausgesetzt. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychologie hält an bestimmten Standards/ Inhalten des Psychologiestudiums als Kernvoraussetzung für die psychotherapeutische Kompetenz fest. Psychotherapie sei „Heilkunde auf der Basis der Psychologie als Wissenschaft“ (Prof. Fydrich, Workshop der BPtK, 25.9.08).

Unabdingbar seien Kompetenzen in folgenden Bereichen:

Störungs- und Problemwissen

1. Kenntnisse über psychische Störungen sowie somatische Erkrankungen, bei denen Psychotherapie (mit) indiziert ist,
2. Kenntnisse über wissenschaftlich fundierte Modelle dieser Störungen und deren empirische Grundlagen auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie, Medizin, Biologie und Soziologie,
3. Kenntnisse über Epidemiologie und Verlauf relevanter Erkrankungen
4. Transfer- und Adaptationsfähigkeit auf Einzelfall und konkretes Problem
5. Fähigkeit, aktuelle Forschungsergebnisse zu rezipieren, zu beurteilen und in die Praxis zu implementieren

Diagnostisches- und Interventionswissen:

1. Kenntnisse über klassifikatorische / kategoriale und dimensionale Diagnostik und Differentialdiagnostik und Fertigkeiten in der Anwendung
2. Methodisch-psychometrische Kenntnisse zu diagnostischen Verfahren, deren Einsatz in der Status- und Verlaufsdiagnostik (Qualitätsprüfung und -sicherung)
3. Kenntnisse, Fertigkeiten im Bereich der differentiellen Indikationsstellung
4. Kenntnisse, Fertigkeiten zu psychotherapeutischen Interventionsverfahren, -methoden und -techniken
5. Kenntnisse, Fertigkeiten in den Bereichen Prävention und Rehabilitation
6. Kenntnisse über Versorgungsstrukturen und Fertigkeiten der interprofessionellen Kommunikation und Kooperation

Interaktionswissen (Beziehungskompetenz)

- Empathiefähigkeit und Fertigkeiten zur Akzeptanz der Person des Patienten bzw. der Patientin
- Fähigkeit, die Motive von Patientinnen und Patienten auf der Grundlage psychologischer Modelle zu erkennen und in der Gestaltung der Beziehung zu berücksichtigen
- Fähigkeit der Berücksichtigung eigener Motive, Stärken, Schwächen
- Aufbau und Erhalt einer therapeutischen Arbeitsbeziehung
- Fähigkeit der für den jeweiligen Patienten angemessenen Vermittlung und Anpassung von Störungsmodellen und der diagnostischen Befunde sowie des Behandlungsrationalen und des konkreten Behandlungsplans

(Prof. Dr. Fydrich, Berlin 25.9.08)

Diese Kompetenzen und Lernziele sind unabhängig von dem jeweiligen Vertiefungsverfahren (Richtlinienverfahren) zu erwerben, wobei dennoch angenommen werden kann, dass es in der Schwerpunktsetzung auch in den verschiedenen Verfahren unterschiedliche Focussierungen geben wird.

Mit ihrer Aufzählung ist aber noch nicht definiert, an welchen Orten welche Inhalte/Lernziele vermittelt werden (sollen), welche Anteile in einem wissenschaftlichen Studium angeboten werden und als Eingangsvoraussetzung in die eigentliche Ausbildung zum Psychotherapeuten gelten sollen und wo und mit welchen Inhalten die psychotherapeutische Ausbildung stattfinden soll.

2.b Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Im Psychotherapeutengesetz wurde für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neben der Qualifikation als Diplom-Psychologe mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie auch der Abschluss in einem Studiengang der Pädagogik/Sozialpädagogik als Zugangsvoraussetzung festgeschrieben.

Dabei sollen neben eingehenden Modellen der Krankheitslehre, der Diagnostik und psychosozialer, pädagogischer und klinischer Interventionen, insbesondere auch Forschungs- und Kontrollmethoden gelehrt werden, damit die Studierenden befähigt werden auf der Basis eines breiten sozialwissenschaftlichen Grundlagenwissens und einer spezifischen (sozial-) pädagogischen Handlungs- und Forschungskompetenz mehrperspektivisch und interdisziplinär ein eigenes Forschungs- und Praxisentwicklungsprojekt zu konzipieren, dem Gegenstand angemessen zu planen, eigenständig durchzuführen und auszuwerten und ggf. eine Evidenzprüfung / Evaluation einzuleiten¹

Die psychotherapeutische Ausbildung erfolgt speziell für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Hierbei sollen für die Behandlung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und deren Familien besondere Kenntnisse und Fähigkeiten entwickelt werden, die den damit verbundenen spezifischen Störungsbildern, aber auch den Besonderheiten in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gerecht werden, wobei das Spektrum der zu behandelnden Kinder und Jugendlichen von Säuglingen über Klein- und Vorschulkinder, Schulkinder, bis zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen reicht.

Prof. Esser und Prof. Borg-Laufs verweisen ihren Beiträgen auf den Workshops der BPtK (Berlin, 2008) ausdrücklich darauf, dass der Umfang der Störungsbilder im KJP- Bereich erheblich größer und divergierender ist als im Erwachsenenbereich. Dabei muss sich die Diagnostik sowohl auf die Individualdiagnostik des Kindes/Jugendlichen beziehen, als auch das familiäre und soziale Umfeld mit einbeziehen und die bisherige Kindheitsentwicklung berücksichtigen.

¹ (siehe Gahleitner und Zurhorst, Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil von Masterstudiengängen in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik, AZA 5/2008).

In der psychotherapeutischen Arbeit müssen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Bezugspersonen der Kindern und Jugendlichen mit einbeziehen (hierzu zählen neben den Eltern, die Geschwister, mögliche weitere Partner von Eltern, Großeltern, ggf. Pflegeeltern, Erzieher aus der Wohngruppe usw.). Zusätzlich sind sie mit dem sozialen Umfeld des Kindes/des Jugendlichen in Kontakt wie Schule, Kindergarten, Hort, Kinderheim/ Wohngruppe, Ausbildungsbetrieb etc. Auch ist der kulturelle Hintergrund der Familie zu berücksichtigen, zunehmend mehr Kinder und Jugendliche kommen aus Familien mit Migrationshintergrund. Kooperation mit Institutionen wie dem Jugendamt, der Schulbehörde, sowie den mitbehandelnden Ärzten/Kinderärzten, KJ-Psychiatrie bzw. Ambulanz, der Erziehungsberatungsstelle, der Frühförderstelle usw. ist für die Arbeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut unerlässlich.

Neben den hier dargestellten erforderlichen fachlich – konzeptionellen Kompetenzen werden in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sehr besondere und anspruchsvolle **Beziehungskompetenzen** eingefordert.

Prof. R. Richter definiert die psychotherapeutischen Beziehungskompetenzen in seinem Beitrag des BPtK-Workshops (Berlin 2008) als Kommunikations- und Bindungsfähigkeit zur Etablierung, Aufrechterhaltung und Beendigung einer stabilen therapeutischen Beziehung (working alliance), die Fähigkeit zu altersgerechter Kommunikation (z. B. Verstehen von und Ausdruck durch szenische Sprache und Handlungssprache) und triadischer Kommunikation, die Fähigkeit zu Wahrnehmung und Differenzierung eigener und fremder Affekte, Kognitionen, Wünsche und Erwartungen, sowie als Fähigkeiten zu und Fertigkeiten in der systematischen Analyse und der Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Dabei ist in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu beachten, dass Kinder andere Kommunikationsformen und Kommunikationsstrukturen als Erwachsene verwenden, sowohl auf der Handlungsebene, auf der Symbolebene und auf der verbalen Ebene. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen lernen, diese Mitteilungsformen zu verstehen und anzuwenden. Weiterhin verwenden Kinder eine andere Symbolbildung als Erwachsene und kindliche Erlebnisprozesse sind an phänomenologische Prozesse gekoppelt. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen daher lernen, Aktivitäten und Sinneserfahrungen entsprechend zu begleiten, anzuregen und in Beziehung zum Erleben des Kindes zu setzen. Kinder haben ein anderes Realitätsverständnis als Erwachsene, sie suchen und benötigen eine andere Beziehungsform als der Erwachsene. Der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut muss sich auf den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen einlassen können, seine spezifischen Bedürfnisse erkennen, altersentsprechende methodische Zugänge anbieten und hierzu ein passendes Beziehungsangebot entwickeln.

Zugleich muss der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in der Lage sein, die innerfamiliären Konflikte zu verstehen, zu reflektieren und mit den entsprechenden Bezugspersonen zu thematisieren.

Auch die notwendigen **personale Kompetenzen** als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut erfordern eine besondere Qualität und hohe Anforderungen. Prof. R. Richter beschreibt diese Kompetenzen als die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung, z. B. bei der Reflexion der Intentionalität, bei der Unterscheidung von inneren Repräsentanzen (z. B. Schemata, Phantasien) und äußerer Realität sowie der Herstellung bedeutungsvoller Bezüge zwischen innerer und äußerer Welt, die Fähigkeit zur Empathie und Rollenübernahme (Psychotherapeutische Aufgeschlossenheit und Ansprechbarkeit, responsiveness, Mentalisierung), die Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit und Selbstintegration, zur Belastungsregulation und Herstellung emotionaler Stabilität, die Fähigkeit zur Vermittlung eines überzeugenden Erklärungsmodells (allegiance) und die Fähigkeit zur Selbststeuerung eigener Affekte und Verhaltensimpulse.

Dies bedeutet für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass sie in der Lage sein müssen, da sie nicht mit dem Kind/ dem Jugendlichen allein (isoliert) arbeiten, selbst in hoch problematischen Familienkonstellationen, eine offene, entwicklungsfördernde Atmosphäre herzustellen, mit den verschiedenen, oft konfliktbeladenen Parteien therapeutisch zu arbeiten, Kommunikation wieder aufbauen, Lösungen von Verstrickungen und Regelungen zum Wohle des Kindes zu erreichen, Vertrauen herzustellen und den Kontakt zu halten.

Dies erfordert von dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine hohe Eigenreflexivität, die Fähigkeit zur Empathie in verschiedenen sozialen Kontexten auch bei *einem* Patienten, eine der therapeutischen Anforderung angemessenen Selbsterfahrung im Rahmen der Ausbildung, um diesen Anforderungen gewachsen zu sein.

3. Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen erfolgt in verschiedenen Versorgungsbereichen. Hierzu zählen die Angebote im Rahmen des SGB VIII (Jugendhilfe, Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe usw.), die vorwiegend in Beratungsstellen aber auch in teilstationären und stationären Einrichtungen der Jugendhilfe stattfindet, sowie die stationären und ambulanten Versorgungsangebote nach SGB V (Krankenhaus, Psychiatrie, niedergelassene Psychotherapeuten).

Wie hoch der Anteil der approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den hierzu zählenden Institutionen ist, ist uns derzeit verlässlich nicht bekannt. Sicher ist jedoch, dass die überwiegende Anzahl der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen im ambulanten Bereich von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versorgt wird. Selbst die mit entsprechenden zusätzlichen Nachweisen ausgestatteten Psychologische Psychotherapeuten mit Abrechnungsgenehmigung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie behandeln laut einer Umfrage der hessischen Psychotherapeutenkammer (2005)

kaum Kinder, sondern meist ältere Jugendliche und nehmen somit an einer nennenswerten Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen nicht teil.

Die im Oktober 2008 erfolgte Einführung einer 20%-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist zwar keine Quote für die Behandlergruppe KJP, sieht aber vor, dass für diesen Versorgungsauftrag eine spezielle Regelung ergriffen werden muss, um die bestehenden Versorgungsengpässe zu beheben und sieht vor, dass für diese zusätzlichen Zulassungen nur Psychotherapeuten in Frage kommen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

Dies bedeutet, dass derjenige Psychotherapeut seinen Versorgungsauftrag, den er mit Übernahme einer Kassenpraxis übernimmt, voll mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfüllen muss. Entsprechend muss die psychotherapeutische Praxis ausgestattet und organisiert sein.

4. Zur Eigenständigkeit des Heilberufes KJP

Die Schaffung des zweiten Heilberufes des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neben dem Psychologischen Psychotherapeuten war der Tatsache zu verdanken, dass schon seit vielen Jahrzehnten Kolleginnen und Kollegen, vor allem aus den pädagogischen Fachgebieten, als psychotherapeutische Behandler für Kinder und Jugendliche tätig waren. Diese langjährige Tradition fußt insbesondere auf die Tradition der früheren Psychagogen und der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.²

In den humanistischen Psychotherapieverfahren, speziell in der personenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) wurden schon in frühen Zeiten spezielle Ausbildungsgänge für die Ausbildung zur personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendliche (früher: „Spieltherapie“) eingeführt.

Auch in der Verhaltenstherapie wurde im Verlauf der letzten Jahrzehnte die Struktur der Ausbildung umgestellt und eine eigenständige Ausbildung für KJP etabliert.

Dem liegt und lag die Erkenntnis zugrunde, dass es für die Behandlung psychischer Störungen speziell ausgebildeter Psychotherapeuten bedarf und hierfür eine diesem Anforderungsprofil geschuldeten fundierte Ausbildung notwendig ist.

Nicht zuletzt aus versorgungsrelevanten Aspekten erscheint die gesonderte, auf die spezielle Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen focussierte und ausgebildete Fachgruppe erforderlich.

Diese Argumente begründen aus unserer Sicht die hohen qualitativen Anforderungen an die Ausbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die nicht in der Regel als reiner Weiterbildungslehrgang konzipiert werden kann.

² Siehe hierzu auch Peter Lehdorfer, Kompetenzen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Zeitschrift für Individualpsychologie 33, 2008

5. Konsequenzen aus den Studienreformen (Bologna-Prozess)

Die Umstellung der bisherigen Studiengänge in Bachelor- und Masterstudiengänge erfordert eine Anpassung des Psychotherapeutengesetzes, da in diesem bislang lediglich von „Abschlüssen“ in den entsprechenden Studiengängen als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung zum PP und KJP die Rede ist. Die Umsetzung der Bologna-Prozesse führte nunmehr dazu, dass die universitären Diplom-Abschlüsse in Master-Abschlüsse, die Diplom-Abschlüsse an den Fachhochschulen jedoch in Bachelor-Abschlüsse „übersetzt“ wurden. Dies würde zum einen zu fachlich-qualitativ sehr divergierenden Zugangsvoraussetzungen von Psychologischen Psychotherapeuten einerseits und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits führen, aber vor allem auch in der Gruppe der auszubildenden KJP zu erheblich unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen zwischen Psychologie-Absolventen und Pädagogik-Absolventen führen.

Zudem erscheint ein Zugang zur psychotherapeutischen Ausbildung, die lediglich auf ein Bachelor-Studium fußt, dem hier dargelegten Kompetenzprofil des Psychotherapeuten (PP und KJP) als nicht ausreichend, erfordert doch gerade auch die Weiterentwicklung der Profession, aber auch ihre Anwendung, wissenschaftliches Können, um Evaluation psychotherapeutischer Prozesse und Verfahren, Weiterentwicklung diagnostischer Methoden und der Erforschung der Genese psychischer Erkrankungen zu ermöglichen.

Dennoch bietet auch die gegenwärtige Reformdiskussion und Umstellung ggf. auch Anlass, bisherige Strukturen zu überdenken und innovativ auf die Anforderungen einer neuen universitären Ausbildungslandschaft zu reagieren. Es gäbe damit auch die Chance, bisherige „Schieflagen“ der berufsrechtlichen Definitionen der beiden Heilberufe zu korrigieren, wirklich „gleichwertige“ psychotherapeutische Berufe zu schaffen, die im Gesundheitswesen als akademische Heilberufe die Versorgung psychisch kranker Menschen übernehmen und bewältigen können.

Hierzu gibt es zwei kritische Themenkomplexe, die hiermit beleuchtet werden sollen und Ansätze einer Lösung vorgeschlagen werden.

1. Benötigen wir 2 unterschiedliche psychotherapeutische Heilberufe (PP, KJP), oder wäre es nicht besser/angemessen, von einem psychotherapeutischen Beruf (Psychotherapeut) auszugehen?
2. Sollte die Ausbildung zum Psychotherapeuten (PP, KJP) postgradual erfolgen oder, wie in der Medizin, im Rahmen einer universitären Ausbildung („Direktausbildung“)?

Zu 1:

Wie aus den dargestellten Kompetenzprofilen deutlich geworden ist, gibt es fachlich-qualitative Argumente und Gründe, die für Unterschiede in der Ausbildung für die Behandlung erwachsener Patienten einerseits (PP) und der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien andererseits (KJP) sprechen. Dabei gibt es Überlappungen in den verschiedenen Kompetenzbereichen, aber auch sehr unterschiedliche Gebiete, in denen die jeweiligen Psychotherapeuten deutlich in Bezug auf die Patientenpopulation hin ausgerichtet ausgebildet werden müssen. Dies spiegelt sich unter anderem in der Tatsache wieder, dass in den Ausbildungsinstituten sehr wohl Ausbildungskandidaten beider Heilberufe in Teilen gemeinsam ausgebildet werden, in Bezug auf die spezifische Krankenbehandlung jedoch getrennt.

Weiterhin gestützt wird diese These durch die Versorgungsrealität, dass Psychologischen Psychotherapeuten zwar qua Berufsrecht Patienten jeden Alters behandeln können, sie dies aber noch nicht einmal dann versorgungsgrelevant tun, wenn sie sogar über eine Abrechnungsgenehmigung für KJP verfügen.

Die im Psychotherapeutengesetz nicht eingeschränkte Behandlungserlaubnis nach Alter für Psychologische Psychotherapeuten findet in den Ausbildungsinhalten nicht ihre Fortschreibung, nach der dann eigentlich auch spezifischen Ausbildungsinhalte/-ziele vorgeschrieben und geprüft werden müssten, um dann auch Kinder und Jugendliche behandeln zu können.

Umgekehrt sind viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, im Rahmen ihrer Tätigkeit vielfach mit der Mitbehandlung der Bezugspersonen und damit auch mit Erwachsenen betraut, wenn auch in anderem Kontext als der Einzelbehandlung eines psychisch kranken Erwachsenen.

Vision: Denkbar wäre also eine psychotherapeutische Ausbildung, in der man entweder für beide Bereiche umfassend ausgebildet würde, oder sich für einen Schwerpunkt (Erwachsenenbehandlung./ Kinder und Jugendliche) entscheiden könnte. Die Möglichkeit des späteren Erwerbs der anderen Qualifikation wäre dann durch entsprechende Weiterbildung möglich.

<p>Masterstudiengänge Psychologie, Soziale Arbeit, Heilpädagogik, mit inhaltlicher Qualifikation für Ausbildung Psychotherapie</p>

<p>Ausbildung Psychotherapie Grundlagenmodule Psychotherapie</p>	
<p>Schwerpunkt Psychotherapie mit Patienten ab 18. Lj.</p>	<p>Schwerpunkt Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen, Familien</p>

Approbation
 (umfassend für beide Bereiche oder jeweils für einen Schwerpunktbereich)

Weiterbildung KJ	Weiterbildung Erw.
-------------------------	---------------------------

Ein solches Modell würde die angedachte modulare Systematik der Masterstudiengänge aufgreifen; Module, die bereits im Studiengang absolviert wurden und inhaltlich Teile der Grundlagenmodule Psychotherapie beinhalten, könnten anerkannt werden. Fehlende Module bestimmter Studiengänge könnten nachgeholt werden, um in die Psychotherapieausbildung zu gelangen. Die Breite der Zugänge bliebe erhalten; gemeinsame Ausbildung in Teilen ist weiterhin möglich; man kann entscheiden, ob man sich auf einen Schwerpunkt spezialisieren will oder sich umfassend ausbilden lassen möchte.

Zu 2:
 Eine engere Verzahnung der Hochschulausbildung in Masterstudiengängen im Hinblick auf eine spätere Psychotherapieausbildung ist sinnvoll und denkbar, gerade auch um Redundanzen in Studium und Ausbildung zu vermeiden, und ggf. die Ausbildung zu straffen. Die gesamte Ausbildung an die Universitäten zu holen und damit die verfahrensorientierte Ausbildung an den Instituten zu beenden ist aus unserer Sicht nicht wünschenswert. Die bisherige Ausbildung von Psychotherapeuten ist von ihrer Qualität hochwertig und wird durch diese postgraduale Ausbildung gesichert. Es bleibt fraglich, ob dieses Niveau, auch in der Vielfalt der Verfahren durch eine direkte Ausbildung an Universitäten erhalten bleiben könnte.