



Forschungsgutachten

zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen
und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Bernhard Strauß (Projektleiter)
Sven Barnow, Elmar Brähler,
Jörg Fegert, Steffen Fliegel,
Harald J. Freyberger, Lutz Goldbeck,
Marianne Leuzinger-Bohleber, Ulrike Willutzki

unter Mitarbeit von
Ramona Dinu-Biringer, Heide Glaesmer,
Steffi Kohl, Judith Lebiger-Vogel,
Felicitas Michels-Lucht, Kathrin von Rad,
Eckhardt Reichenau, Andrea Schulz
Isabelle Schurr, Astrid Sonntag,
Nina Spröber, Desiree Thormann, Melissa Wee

April 2009

Inhaltsübersicht

Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	XIV
A. Vorbemerkung	1
B. Forschungsfragen und Arbeitspakete	5
1. Ausgangsbedingungen und Ziele des Forschungsgutachtens	5
2. Leistungsbeschreibung „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“	7
C. Literatur zur Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung	15
D. Methodisches Vorgehen und Stichproben	23
1. Allgemeines, Beschreibung des Gutachtenprozesses.....	23
2. Methode der Analyse der Studiengänge.....	25
3. Fragebogenerhebungen im Rahmen des Gutachtenauftrages	31
4. Delphibefragung	66
5. Liste der an die Gutachtergruppe gerichteten Stellungnahmen	67
E. Ergebnisse	69
1. Ausbildungsstätten	71
2. Verfahren.....	95
3. Dauer der Ausbildung	125
4. Bestandteile der Ausbildung	143
4.1. Allgemeine Fragen	143
4.2. Praktische Tätigkeit.....	149
4.3. Theoretische Ausbildung	174
4.4. Praktische Ausbildung und Supervision	186
4.5. Selbsterfahrung.....	207
5. Staatliche Prüfung	221
6. Ausbildungskosten	243
7. Zugang zur Ausbildung	259
8. Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland.....	295
9. Weitere Ergebnisse	307
F. Diskussion der Ergebnisse	333
G. Bewertungen bezüglich der zukünftigen Gestaltung der Ausbildung	355
1. Zugangsvoraussetzungen/Direktausbildung und Einbindung der bestehenden Strukturen in Aus- und Weiterbildung	355
2. Verfahrenorientierung.....	371
3. Neudefinierung des Begriffs der „Heilkundlichen Psychotherapie“.....	375
4. Kostenregelungen	378
5. Medizinerorientierung.....	382
6. Zusätzliche Empfehlungen	387
H. Zusammenfassung	391
I. Schlussbemerkungen	397
Literatur	399
Tabellenverzeichnis.....	405
Abbildungsverzeichnis.....	415

Begleitband:

Inhalt

- A. Angaben zu potentiellen Interessenkonflikten der GutachterInnen
- B. Übersicht über die Ausbildungsstätten und Aufsichtsbehörden
- C. Zusammenfassende Darstellung der Delphibefragung
- D. Materialien zur Analyse der Studiengänge
- E. Erhebungsinstrumente
- F. Stellungnahmen und Kommentare
- G. Zusammenfassung des Panels vom 28. Januar 2009 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XIV
A. Vorbemerkung	1
B. Forschungsfragen und Arbeitspakete	5
1. Ausgangsbedingungen und Ziele des Forschungsgutachtens	5
2. Leistungsbeschreibung.....	7
C. Literatur zur Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung	15
1. Vorbemerkung	15
2. Ausbildung allgemein	16
2.1. Psychotherapieausbildung als Ausbildung.....	16
2.2. Ausbildungsdauer	16
2.3. DozentInnen	16
2.4. Prüfungen	16
2.5. Qualitätsmanagement	17
3. Die einzelnen Ausbildungsabschnitte.....	18
3.1. Theoretische Ausbildung	18
3.2. Selbsterfahrung	18
3.3. Supervision	18
3.4. Praktische Tätigkeit	19
3.5. Praktische Ausbildung	19
3.6. Ausbildungsabschnitte im Vergleich.....	19
4. Ausbildung von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	20
D. Methodisches Vorgehen und Stichproben	23
1. Allgemeines, Beschreibung des Gutachtenprozesses	23
2. Methode der Analyse der Studiengänge	25
2.1 Methode der Analyse des Studiengangs Psychologie	25
Empirischer Vergleich zwischen Diplomstudiengängen und konsekutiven Bachelor-/Masterstudiengängen in Psychologie	25
2.2. Methode der Analyse der KJP-Studiengänge (ausgenommen Psychologie).....	28
Empirischer Vergleich zwischen Diplomstudiengängen und konsekutiven Bachelor-/Masterstudiengängen in zur KJP Ausbildung berechtigenden Studiengängen.....	28
3. Fragebogenerhebungen im Rahmen des Gutachtauftrages.....	31
3.1. Befragung der Staatlichen Aufsichtsbehörden	32
3.2 Praktische Tätigkeit (Klinikbefragung und niedergelassene Therapeuten).....	36
3.2.1. Klinikbefragung.....	38
3.2.2. Befragung der niedergelassenen TherapeutInnen.....	39
3.3 Befragung der Ausbildungsstätten bzw. deren Leitungen.....	40
3.4 AusbildungsteilnehmerInnen	43
3.5. Befragung der Lehrkräfte für theoretischen Unterricht, Selbsterfahrung, Supervision und Prüfung	49
3.6. Befragung der Studierenden	57
3.7. Befragung AbsolventInnen der Ausbildung	60

3.8.	Internationale Befragung	65
4.	Delphi-Befragung.....	66
5.	Liste der an die Gutachtergruppe gerichteten Stellungnahmen.....	67
E.	Ergebnisse.....	69
1.	Ausbildungsstätten	71
1.1.	Wie und in welchem Umfang erfolgt die Ausbildung an Hochschulen oder anderen Ausbildungsstätten?	74
1.2.	Welche Voraussetzungen sind für die staatliche Anerkennung in den Ländern zu erfüllen?	74
	Recherche auf den Homepages der LPAs und Informationen aus exemplarischen Befragungen von LeiterInnen von Ausbildungsstätten.....	75
	Befragung der Landesprüfungsämter	76
1.3.	Wie ist die sachliche und personelle Ausstattung, welche Unterschiede lassen sich dabei zwischen den Hochschulen und anderen Ausbildungsstätten erkennen?.....	78
	InstitutsleiterInnenbefragung II	79
1.4.	Welche Ausbildungsstätten sind bei den AusbildungsteilnehmerInnen beliebter und warum?	80
1.5.	Wie und in welchem Umfang kooperieren die Ausbildungsstätten bei der Ausbildung mit anderen Einrichtungen; werden dabei ausländische Einrichtungen einbezogen?	80
	InstitutsleiterInnenbefragung II	81
	Befragung der Landesprüfungsämter	82
1.6.	Wie ist die Einschätzung der AusbildungsteilnehmerInnen zu der Qualität und dem Angebot der Ausbildungsstätten?.....	84
	AusbildungsteilnehmerInnen	84
	AbsolventInnen	85
1.7.	Gibt es Unterschiede bei den Ausbildungsstätten bezogen auf das Vertiefungsverfahren? Wenn ja, welche?.....	86
	Zufriedenheit der TN mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den Vertiefungsrichtungen	86
	Zufriedenheit der TN mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den psychodynamischen Vertiefungsrichtungen	88
	Zufriedenheit der AbsolventInnen mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den Vertiefungsrichtungen	88
	Zufriedenheit der TN mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den Ausbildungsgängen KJP/PP	89
	Zufriedenheit der AbsolventInnen mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den Ausbildungsgängen.....	90
	Vergleich hinsichtlich der Zufriedenheit mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte zwischen AbsolventInnen unterschiedlicher Ausbildungsmodelle (3/5 Jahre)	91
	Vergleich der Zufriedenheit mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte zwischen AbsolventInnen mit unterschiedlichem Zeitpunkt des Abschlusses (fristgemäß - nicht fristgemäß)	91
1.8.	Gesamtfazit Ausbildungsstätten	92
2.	Verfahrensorientierung.....	95
2.1.	Wie und in welchem Umfang verteilt sich die Ausbildung in Deutschland auf die einzelnen Verfahren?.....	95
	InstitutsleiterInnenbefragungen I und II	95
	AusbildungsteilnehmerInnen	96

	InstitutsleiterInnenbefragung II	97
	AbsolventInnen	97
2.2.	Welche Unterschiede ergeben sich bei den jeweiligen Vertiefungsverfahren bezüglich der Verteilung der Stunden auf die einzelnen Bestandteile der Ausbildung?	98
2.3.	Aus welchen Gründen werden von den AusbildungsteilnehmerInnen die Vertiefungsverfahren gewählt?	99
	Studierendenbefragung	99
	TeilnehmerInnenbefragung	102
	AbsolventInnenbefragung	103
2.4.	Wie werden die Ausbildungen von den AusbildungsteilnehmerInnen an sich bewertet?	104
	Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen	104
	Befragung der AbsolventInnen	106
2.5.	Wie wird speziell die verfahrensorientierte Ausbildung von den AusbildungsteilnehmerInnen bewertet?	108
	TeilnehmerInnenbefragung	108
	AbsolventInnenbefragung	109
2.6.	Gibt es alternative Ausbildungsansätze wie z.B. eine störungsorientierte Ausbildung? Welche Vor- und Nachteile hätte diese?	110
	TeilnehmerInnenbefragung	110
	AbsolventInnenbefragung	112
	Befragung der Leitungen der Ausbildungsstätten	114
	Delphibefragung	115
	Lehrkräftebefragung	118
2.7.	Ein Blick über die Grenzen: Erfolgt psychotherapeutische Ausbildung in anderen Ländern auch verfahrensorientiert? Worin liegen ggf. grundsätzliche Unterschiede?	123
2.8.	Gesamtfazit	123
3.	Dauer der Ausbildung	125
3.1.	Wie ist das Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeitausbildungen?	125
3.1.1.	Allgemeine Angaben	125
	Institutsleitungsfragebogen I	125
	Institutsleitungsfragebogen II	125
	TeilnehmerInnenbefragung	125
	AbsolventInnen	125
3.1.2.	Zeitstruktur der Ausbildung für Männer und Frauen	126
3.1.3.	Zeitstruktur und Ausbildungsbereiche (PP, KJP)	126
3.1.4.	Zeitstruktur und Verfahren	127
3.2.	Welche Gründe bewegen die Ausbildungsteilnehmer im Wesentlichen dazu, eine Teilzeitausbildung zu machen?	130
3.3.	Wie hat sich das Angebot von Voll- und Teilzeitausbildungen bewährt?	132
3.4.	Wie lange dauern die Ausbildungen tatsächlich (auch in Bezug auf das Vertiefungsverfahren)?	133
	AbsolventInnenbefragung	133
	Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen	135
3.5.	Wie sinnvoll und angemessen ist der Ausbildungsumfang von mindestens 4200 Stunden im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen?	137
	Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen	137
	Befragung der AbsolventInnen	138
	Befragung der Institutsleitungen	139
3.6.	Gesamtzusammenfassung	140
4.	Bestandteile der Ausbildung	143
4.1.	Allgemeine Fragen	143
4.1.1.	Wie werden die genannten Ausbildungsbestandteile im Kontext der Gesamtausbildung grundsätzlich bewertet?	143
	InstitutsleiterInnenbefragung II	143
	Delphibefragung I	144
	Fragebogen für TeilnehmerInnen und AbsolventInnen	144
4.1.2.	Wie wird die grundsätzliche Verteilung der Mindeststundenzahl auf die einzelnen Ausbildungsbestandteile bewertet?	145

4.1.3.	Wie werden grundsätzlich die freien Verfügungsstunden auf die einzelnen Bestandteile der Ausbildung verteilt?.....	147
	Landesprüfungsämter	147
	InstitutsleiterInnenbefragung II	147
	AusbildungsteilnehmerInnen	147
4.1.4.	Gesamtzusammenfassung.....	148
4.2.	Praktische Tätigkeit	149
4.2.1.	Erfolgt die praktische Tätigkeit, wie es die gesetzlichen Regelungen vorsehen, in integrierter Form oder in Form eines praktischen Jahres? Wie wird dies im Einzelnen bewertet?	149
	TeilnehmerInnenbefragung.....	149
	Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)	149
	Lehrkräftebefragung	149
	Landesprüfungsämter	149
4.2.2.	Zu welchem Zeitpunkt während der Ausbildung findet die PT statt?	150
	TeilnehmerInnenbefragung.....	150
	Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)	150
	InstitutsleiterInnenbefragung II	150
	Landesprüfungsämter	150
4.2.3.	Welche Aufgaben werden in welchem Umfang während der PT übernommen?.....	150
	TeilnehmerInnenbefragung.....	150
	AbsolventInnenbefragung.....	151
	Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)	151
	Delphibefragung.....	153
	Lehrkräftebefragung	153
4.2.4.	Stellen die Ausbildungsstätten Plätze an den Einrichtungen, an denen die PT abgeleistet werden kann, in ausreichender Zahl und von ausreichender Qualität zur Verfügung?.....	153
4.2.4.1.	Ausbildungsplätze.....	153
	InstitutsleiterInnenbefragung II	153
	Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)	154
	Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (niedergelassene TherapeutInnen).....	155
4.2.4.2.	Qualität der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit.....	157
	AusbildungsteilnehmerInnen	158
	AbsolventInnenbefragung	158
	Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)	158
	InstitutsleiterInnenbefragung II	158
	Lehrkräftebefragung	159
	Delphibefragung.....	159
4.2.5.	Wird das Ziel der PT, das insbesondere in der Vermittlung der Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder besteht, erreicht?	160
	TeilnehmerInnenbefragung.....	160
	AbsolventInnenbefragung.....	160
4.2.6.	Sind die Einrichtungen, die nach dem PsychThG und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die PT vorgesehen sind, zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte ausreichend qualifiziert?	161
	Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)	161
	TeilnehmerInnenbefragung.....	161
	AbsolventInnenbefragung.....	161
	Lehrkräftebefragung	162
	InstitutsleiterInnenbefragung II	162
4.2.7.	Wäre eine Erweiterung auf andere Einrichtungen wünschenswert? Wenn ja, auf welche?.....	162
	Delphibefragung.....	162
	InstitutsleiterInnenbefragung II	162
	Lehrkräftebefragung	163
4.2.8.	Ist der Umfang der PT angemessen?.....	163
	TeilnehmerInnenbefragung.....	163
	AbsolventInnenbefragung	163
	InstitutsleiterInnenbefragung II	163
	Lehrkräftebefragung	163

Delphibefragung	164
Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit.....	164
4.2.9. Welche praktischen Probleme gibt es mit der PT?	164
4.2.9.1. Thema „Vergütung“	164
TeilnehmerInnenbefragung	164
AbsolventInnenbefragung.....	164
Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken).....	165
InstitutsleiterInnenbefragung II	166
Lehrkräftebefragung	166
Delphibefragung	166
Empirische Belege.....	166
4.2.9.2. Thema „Anzahl PiA-Plätze“	166
Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (KJP).....	166
4.2.9.3. Thema „Vorerfahrungen“	167
TeilnehmerInnenbefragung	167
AbsolventInnenbefragung.....	167
Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit.....	167
Lehrkräftebefragung	167
Delphibefragung	167
LPA-Befragung	167
4.2.9.4. Thema „Anleitung“	167
4.2.9.5. Thema „Integration in die restliche Ausbildung“	167
4.2.9.6. Thema „Aufgaben während der PT“	167
4.2.10. Wie wird die PT als Bestandteil der PT-Ausbildung grundsätzlich bewertet?.....	168
TeilnehmerInnenbefragung	168
AbsolventInnenbefragung.....	168
Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken).....	168
InstitutsleiterInnenbefragung II	169
ExpertInnenbefragung	169
Lehrkräftebefragung	169
4.2.11. Welche Möglichkeiten der Verbesserung der PT gibt es?	169
Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken).....	169
Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Praxen).....	170
InstitutsleiterInnenbefragung II	170
Lehrkräftebefragung	170
Delphi-Befragung.....	171
4.2.12. Gesamtzusammenfassung.....	172
4.3. Theoretische Ausbildung	174
4.3.1. Wie ist die Qualifikation der Lehrenden?.....	174
4.3.2. Wie und in welcher Form wird die theoretische Ausbildung in die Gesamtausbildung eingefügt?.....	175
InstitutsleiterInnenbefragung II	175
4.3.3. In welchem Umfang stehen die Vermittlung von Grundkenntnissen in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren zum Vertiefungsverfahren der jeweiligen Ausbildung?	176
InstitutsleiterInnenbefragung II	176
AusbildungsteilnehmerInnen	177
4.3.4. Wird der Anteil der theoretischen Ausbildung an der Gesamtausbildung als angemessen angesehen?.....	178
Lehrkräftebefragung	178
4.3.5. Wie wird die theoretische Ausbildung als Bestandteil der Psychotherapieausbildung grundsätzlich bewertet?	180
Delphibefragung I	180
InstitutsleiterInnenbefragung II	180
Lehrkräftebefragung	181
AbsolventInnen	181
AusbildungsteilnehmerInnen	182
4.3.6. Welche Möglichkeiten der Verbesserung der theoretischen Ausbildung gibt es?	183
Lehrkräftebefragung	183
Delphibefragung I	184
InstitutsleiterInnenbefragung II	184
4.3.7. Gesamtzusammenfassung.....	184

4.4.	Praktische Ausbildung und Supervision	186
4.4.1.	Wie und in welcher Form wird die praktische Ausbildung in die Gesamtausbildung eingefügt? Sind hierbei besondere verfahrensspezifische Unterschiede zu erkennen?	186
	AbsolventInnen	186
	TeilnehmerInnen	186
	Lehrkräfte	187
	InstitutsleiterInnenbefragung II	188
	Landesprüfungsämter	189
4.4.2.	Wird die Teilnahme an der praktischen Ausbildung von besonderen Vorleistungen abhängig gemacht?	190
	AbsolventInnen	190
	TeilnehmerInnen	192
	InstitutsleiterInnenbefragung II	193
4.4.3.	In welchem zeitlichen und fachlichen Bezug stehen Selbsterfahrung und Praktische Ausbildung zueinander? Erfolgen sie parallel oder zeitlich getrennt?	194
	Lehrkräfte	194
	InstitutsleiterInnenbefragung II	194
	TeilnehmerInnen	194
4.4.4.	Welche Behandlungen werden in welchem Umfang von den Ausbildungsteilnehmern durchgeführt?	195
	AbsolventInnen	195
4.4.4.1.	Wie erfolgt die Dokumentation der Fälle während der praktischen Ausbildung?	196
	InstitutsleiterInnenbefragung II	196
4.4.5.	Erfolgt die praktische Ausbildung nur in dem jeweiligen Vertiefungsverfahren oder werden auch Zweitverfahren angeboten?	197
	InstitutsleiterInnenbefragung II	197
4.4.6.	Wie und in welcher Qualität erfolgt die Supervision?	197
	AbsolventInnen	197
	TeilnehmerInnen	198
	Lehrkräfte	199
	InstitutsleiterInnenbefragung II	200
4.4.7.	Wie wird die Qualifikation der Supervisoren eingeschätzt?	201
	Landesprüfungsämter	201
	Lehrkräfte	201
	Delphibefragung I	201
	Delphibefragung II	202
4.4.8.	Wie werden die zu erstellenden Falldarstellungen auch im Hinblick auf ihre Bedeutung für die staatliche Prüfung bewertet?	202
4.4.8.1.	Ist die vorgegebene Anzahl angemessen?	202
4.4.9.	Ist die praktische Ausbildung von ihrem Umfang her angemessen?	202
	AbsolventInnen	202
	Lehrkräfte	202
	Delphibefragung I	203
	Delphibefragung II	203
4.4.10.	Wie wird die praktische Ausbildung als Bestandteil der Psychotherapeutenausbildung grundsätzlich bewertet?	204
	InstitutsleiterInnenbefragung II	204
	Lehrkräfte	204
	AbsolventInnen	204
	TeilnehmerInnen	204
	Delphibefragung I	204
4.4.11.	Welche Möglichkeit zur Verbesserung der Praktischen Ausbildung gibt es?	205
	InstitutsleiterInnenbefragung II	205
	Lehrkräfte	205
	Delphibefragung I	206
	Delphibefragung II	206
4.4.12.	Gesamtzusammenfassung	206
4.5.	Selbsterfahrung	207
4.5.1.	Wie ist die Qualifikation der Selbsterfahrungsleitungen?	207
4.5.2.	Stehen Selbsterfahrungsleitungen in ausreichender Anzahl zur Verfügung?	208

4.5.3.	In welcher Form und in welchem Umfang findet Selbsterfahrung statt? Ist dies abhängig vom jeweiligen Vertiefungsverfahren?	208
	InstitutsleiterInnenbefragung II	208
	Lehrkräftebefragung	210
4.5.4.	Wird die vorgesehene Trennung von Selbsterfahrungsleitung und SupervisorIn eingehalten?	210
	InstitutsleiterInnenbefragung II	210
4.5.5.	Sind die zur Verfügung stehenden Stunden inklusive der freien Verfügungsstunden ausreichend für die Selbsterfahrung in den einzelnen Vertiefungsverfahren?	212
	Delphibefragung I	212
	AbsolventInnen	212
	Lehrkräftebefragung	213
4.5.6.	Gibt es im Bereich der Selbsterfahrungen besondere Probleme?	215
4.5.7.	Wie wird die Selbsterfahrung als Bestandteil der Psychotherapieausbildung grundsätzlich bewertet?	216
	InstitutsleiterInnenbefragung II	216
	Lehrkräfte	216
	Teilnehmerinnen	216
	AbsolventInnen	217
4.5.8.	Welche Möglichkeiten der Verbesserung gibt es für den Ausbildungsbaustein „Selbsterfahrung“?	218
	Lehrkräfte	218
4.5.9.	Gesamtzusammenfassung	219
5.	Staatliche Prüfung	221
5.1.	Hat sich die Struktur der staatlichen Prüfung bewährt?	221
5.1.1.	Haben sich die Regelungen zur staatlichen Prüfung insgesamt bewährt?	221
	InstitutsleiterInnenbefragung II	221
	Delphi-Befragung	221
5.1.2.	Hat sich die Aufteilung der Prüfung in einen schriftlichen und mündlichen Teil bewährt?	221
	InstitutsleiterInnenbefragung II	221
	Lehrkräftebefragung: PrüferInnen	221
	Delphi-Befragung I	222
	Delphi-Befragung II	222
5.2.	Ist die Prüfung geeignet, um den Erwerb der durch das Ausbildungsziel erwarteten Kompetenzen zu belegen (im Vergleich zu anderen Ausbildungsbestandteilen)?	223
	Lehrkräftebefragung: PrüferInnen	223
	AbsolventInnen	223
	Delphi-Befragung I	225
	Delphi-Befragung II	225
5.3.	Wie werden die Prüfungsanforderungen generell eingeschätzt? Sind die PrüfungsteilnehmerInnen aufgrund der Ausbildung ausreichend auf die Prüfung vorbereitet?	226
5.3.1.	Sind die PrüfungsteilnehmerInnen aufgrund der Ausbildung ausreichend auf die Prüfung vorbereitet?	226
	InstitutsleiterInnenbefragung	226
	AbsolventInnen	226
5.3.2.	Wie werden die Prüfungsanforderungen generell eingeschätzt?	228
	Lehrkräftebefragung: PrüferInnen	228
	DozentInnen	229
	AbsolventInnen	229
5.4.	Wie sind die Prüfungsergebnisse einzuschätzen?	231
5.4.1.	Konkrete Prüfungsergebnisse	231
	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen	231
5.4.2.	Psychotherapeutische Kompetenzen als Ergebnis der Ausbildung	235
	Lehrkräftebefragung	235
5.4.3.	Welche Aussagen machen die Prüfungsergebnisse im Hinblick auf die Akzeptanz der AusbildungsabsolventInnen auf dem Arbeitsmarkt?	236
	AbsolventInnenbefragung	236

5.5.	Welche Möglichkeiten zur Verbesserung der staatlichen Prüfung gibt es?	238
	Staatliche Aufsichtsbehörden	238
	InstitutsleiterInnenbefragung II	239
	Lehrkräftebefragung	239
5.6.	Gesamtzusammenfassung	241
6.	Ausbildungskosten	243
6.1.	Mit welchen Kosten sind die Ausbildungen in der Psychotherapie verbunden? Wie hoch sind die Kosten durchschnittlich?	244
	AusbildungsteilnehmerInnen	244
	Institutsleitungen	244
	Institutsleitungsbefragung II	245
6.2.	Gibt es Kostenunterschiede bezüglich der Ausbildungen, die darin begründet sind, ob die Ausbildung an einer Hochschule oder einer sonstigen Einrichtung stattfindet? Wenn ja, welche Ursachen hat das?	246
6.3.	Gibt es Kostenunterschiede bezüglich der Ausbildungen in den einzelnen Verfahren?	248
6.4.	In welchem Umfang beeinflusst die Kostenfrage die Entscheidung der Ausbildungsteilnehmer, ob sie eine Ausbildung in Vollzeit oder Teilzeitform ableisten wollen?	250
6.5.	In welchem Umfang hält die Kostenfrage Interessenten von der Aufnahme einer Psychotherapieausbildung ab?	251
6.6.	In welchem Umfang wird von der Möglichkeit der Zahlungen einer freiwilligen Vergütung, insbesondere im Rahmen der praktischen Tätigkeit, Gebrauch gemacht?	252
	AusbildungsteilnehmerInnen	252
	InstitutsleiterInnenbefragung	252
6.7.	In welchem Umfang werden die Möglichkeiten des BAföG genutzt?	253
6.8.	Wird das BAföG als ausreichend angesehen oder gibt es Verbesserungsmöglichkeiten?	253
6.9.	Welche sonstigen Möglichkeiten der Ausbildungsförderung gibt es?	253
6.10.	Zusammenfassung	255
7.	Zugang zur Ausbildung	259
7.1.	Wie waren die Studiengänge in der Psychologie unter Einbeziehung der klinischen Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik bisher gestaltet?	259
	Analyse des Diplom-Studiengangs Psychologie	259
	Analyse der Studiengänge, die von den Landesprüfungsämtern (neben Psychologie) als Voraussetzung zur Zulassung für den kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich anerkannt werden	259
	Pädagogik	259
	Soziale Arbeit/Sozialpädagogik	260
	Heilpädagogik	260
7.2.	Welche inhaltlichen Veränderungen haben sich durch die Umstrukturierung in die Bachelor-/Mastersystematik ergeben?	261
	Analyse des Studiengangs Psychologie	261
	Analyse der Studiengänge, die von den Landesprüfungsämtern (neben Psychologie) als Voraussetzung zur Zulassung für den kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich anerkannt werden	261
	Pädagogik	261
	Soziale Arbeit/Sozialpädagogik	262
	Heilpädagogik	262
7.3.	Wie haben sich die Regelungen über die Zugangsvoraussetzungen insgesamt sowie im Einzelnen bezogen auf die beiden psychotherapeutischen Berufe bewährt?	263
7.3.1.	Ist-Zustand	263
	Landesprüfungsämter	263
	Psychologische Psychotherapie	263
	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	263
	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen	264
7.3.2.	Bewährung der Zugangsvoraussetzungen insgesamt	265

	InstitutsleiterInnenbefragung II	265
	Lehrkräftebefragung	265
7.3.2.1.	Bewährung der unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen für die beiden Berufe PP und KJP	266
	InstitutsleiterInnenbefragung II	266
	Lehrkräftebefragung	267
	Kompetenzen der AusbildungsteilnehmerInnen	269
	Delphibefragung	270
7.3.3.	Veränderungsbedarf	271
7.3.3.1.	Genereller Veränderungsbedarf (PP/ KJP)	271
	Landesprüfungsämter	271
	Lehrkräftebefragung	272
	Delphi-Befragung	272
	Bewertung der unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen für PP/ KJP	272
7.3.3.2.	Qualifikationsniveau der Zugangsvoraussetzungen und vorausgesetzte berufliche Qualifikationen	273
	InstitutsleiterInnenbefragung II	273
	Lehrkräftebefragung	273
	Fragen an die DozentInnen: Redundanzen	273
	Delphibefragung	274
	Für Psychologische PsychotherapeutInnen	274
	Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	274
7.3.3.3.	Mindestalter	275
	InstitutsleiterInnenbefragung II	275
	Delphibefragung	275
	Für Psychologische PsychotherapeutInnen	275
	Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	275
7.3.3.4.	Auswahlverfahren	276
	Lehrkräftebefragung	276
	Delphibefragung	276
	Für Psychologische PsychotherapeutInnen	276
	Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	276
7.4.	Welche Inhalte des Psychologie- bzw. des Pädagogikstudiums sind für die Ausbildung in der Psychotherapie unverzichtbar? Welche Kenntnisse aus dem Studium sind verzichtbar und warum? In welchen Bereichen erfolgt die Ausbildung doppelt?	279
	Lehrkräftebefragung	279
	TeilnehmerInnenbefragung: PsychologInnen	279
	TeilnehmerInnenbefragung: PädagogInnen	281
	Delphibefragung	283
	Für Psychologische PsychotherapeutInnen	283
	Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	283
	Psychologische PsychotherapeutInnen	284
	Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen	284
7.5.	Welche psychologischen und pädagogischen Kenntnisse und Kompetenzen sind als Mindeststandards für die Psychotherapeutenausbildung – gegebenenfalls getrennt für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – anzusehen?	286
	InstitutsleiterInnenbefragung II	286
7.6.	Sind die Inhalte der Studiengänge innerhalb Deutschlands noch so homogen, dass sie als allgemeine Zugangsregelung für die Psychotherapeutenausbildung fortwirken können?	287
	Analyse der Studiengänge	287
	Psychologie	287
	Studiengänge, die relevant für den Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind (ausgenommen Psychologie)	288
	Pädagogik	288
	Heilpädagogik	289
	Sozialarbeit/Sozialpädagogik	290
7.7.	Wären diese Inhalte der Studiengänge so abtrennbar, dass sie auch innerhalb einer eigenen Psychotherapeutenausbildung vermittelt werden könnten?	292
7.8.	Gesamtzusammenfassung	294

8.	Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland	295
8.1.	Entwicklung der Psychotherapie in anderen Ländern – Ergebnisse einer ExpertInnenbefragung	295
8.2.	Literaturquellen	295
8.3.	Befragung	295
8.4.	Ergebnisse	296
	Gesetzliche Regelungen	297
	Zur Ausbildung zugelassene Berufe	297
	Regulierungsbehörden	297
	Kompensation von Psychotherapie im Gesundheitssystem	297
	Ärztliche vs. nichtärztliche Psychotherapie, Erwachsenen- vs. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	298
	Zulassungsvoraussetzungen	298
	Universitäre Ausbildungsprogramme	298
	Offiziell anerkannte Verfahren	298
	Ausbildungsmerkmale	298
	Rechte Psychologischer Psychotherapeuten	299
	Kosten der Ausbildung	299
8.5.	Zusammenfassung	299
8.6.	Anhang – Psychotherapie in den USA und Kanada	303
9.	Weitere Ergebnisse	307
9.1.	Qualitätssicherung	307
	AusbildungsteilnehmerInnenbefragung	307
	AbsolventInnenbefragung	308
	Befragung der Lehrkräfte	309
9.2.	Kompetenzerweiterung	312
9.2.1.	Verordnung von Psychopharmaka	312
	AusbildungsteilnehmerInnen	312
	AbsolventInnenbefragung	313
9.2.2.	Einweisungsbefugnis	314
	AusbildungsteilnehmerInnenbefragung	314
	AbsolventInnenbefragung	315
9.2.3.	Einweisungsbefugnis, Verordnung von Psychopharmaka, Krankschreibung, Überweisung aus Sicht der Lehrkräfte	316
9.3.	Institutswechsel	319
	AbsolventInnen	319
	AusbildungsteilnehmerInnen	320
9.4.	Verfahrenswechsel	322
	AbsolventInnen	322
	AusbildungsteilnehmerInnen	322
9.5.	Unterbrechung der Ausbildung	324
	AbsolventInnen	324
	AusbildungsteilnehmerInnen	325
	Institutsleitungen	326
9.6.	Weitere Ergebnisse aus der Befragung der Aufsichtsbehörden	326
9.7.	Weitere Ergebnisse aus der Befragung der InstitutsleiterInnen (II)	327
9.8.	Weitere Ergebnisse aus der Delphibefragung	329
9.9.	Weitere Ergebnisse aus Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit	330
F.	Diskussion der Ergebnisse aus Kapitel E	333
1.	Ausbildungsstätten	333
2.	Verfahrensorientierung	334
3.	Dauer der Ausbildung	336
4.	Bestandteile der Ausbildung	337
4.1.	Allgemeine Bewertung der Ausbildungsbausteine	337
4.2.	Praktische Tätigkeit	338
4.3.	Theoretische Ausbildung	342
4.4.	Praktische Ausbildung und Supervision	343
4.5.	Selbsterfahrung	345

5.	Staatliche Prüfung	346
6.	Ausbildungskosten	348
7.	Zugang zur Ausbildung.....	349
8.	Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland	351
9.	Weitere Ergebnisse	352
 G. Bewertungen bezüglich der zukünftigen Gestaltung der Ausbildung		355
1.	Zugangsvoraussetzungen/Direktausbildung und Einbindung der bestehenden Strukturen in die Aus- und Weiterbildung	355
1.1.	Zugangsvoraussetzungen: Studienabschluss.....	355
1.2.	Zugangsvoraussetzungen: Studieninhalte	359
1.3.	Einbindung der bestehenden Strukturen in die Aus- und Weiterbildung	360
1.4.	Ein Beruf vs. zwei Berufe	367
2.	Verfahrensorientierung	371
3.	Neudefinition des Begriffs der „heilkundlichen Psychotherapie“	375
4.	Kostenregelungen	378
5.	Medizinorientierung	382
6.	Zusätzliche Empfehlungen	387
 H. Zusammenfassung		391
 I. Schlussbemerkung.....		397
Literatur		399
Tabellenverzeichnis.....		405
Abbildungsverzeichnis.....		415

Abkürzungsverzeichnis

ABS	AbsolventInnen
ABst./ABstätten	Ausbildungsstätten
APrVen	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung(en)
BA	Bachelor-Abschluss
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der Trägerverbände für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSc / MSc	Bachelor of Science / Master of Science
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System: Erwerb von Leistungspunkten durch Leistungsnachweise – vorwiegendes Bewertungssystem bei Bachelor-/Masterstudiengängen
GPT	Gesprächspsychotherapie
ILB	InstitutsleiterInnenbefragung
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
KMK	Kultusministerkonferenz
LK	Lehrkräfte
LPA	Landesprüfungsamt
LPtK	Landespsychotherapeutenkammer
MA	Master-Abschluss
PA	Psychoanalyse/analytische Psychotherapie
PAus	Praktische Ausbildung
PD	Psychodynamische Psychotherapieverfahren (PA / TP / verklammert (TP/PA))
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
SGB	Sozialgesetzbuch
STÄKO	Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände
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	Verbund universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie e.V.
VAKJP	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland
VT	Verhaltenstherapie
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

* Ein Abkürzungsverzeichnis für weitere Therapieverbände befindet sich im Begleitband, Teil C

A. Vorbemerkung

Am 3. September 2007 wurde der Auftrag für ein „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) öffentlich ausgeschrieben. Diese Ausschreibung erfolgte in Antizipation des 10-jährigen Bestehens des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) am 1.1.2009 und war bedingt durch Veränderungen der Zulassungsvoraussetzungen durch die in Folge des Bologna-Prozesses künftig gestuften Bachelor- und Masterstudiengänge. Zur Ausschreibung des Gutachtens trugen auch die intensiver werdende öffentliche Diskussion über die uneinheitlichen Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen zum psychologischen (PP) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) bei, des weiteren Unklarheiten bezüglich der Finanzierung (insbesondere der praktischen Tätigkeiten), inhaltliche Redundanzen zwischen manchen Studiengängen und der Ausbildung und nicht zuletzt die deutlichen Unterschiede zum ärztlichen Aus- bzw. Weiterbildungssystem.

Angesichts dieser öffentlichen Ausschreibung stellten Bernhard Strauß und Harald Freyberger eine Gutachtergruppe zusammen, mit der versucht wurde, einige wichtige theoretische und organisatorische Bereiche, die bisher in der Psychotherapieausbildung bedeutsam waren, adäquat personell zu repräsentieren. Die aus neun Gutachterinnen und Gutachtern (Marianne Leuzinger-Bohleber, Ulrike Willutzki, Sven Barnow, Elmar Brähler, Jörg Fegert, Steffen Fliegel, Harald J. Freyberger, Lutz Goldbeck und Bernhard Strauß) bestehende Gruppe repräsentiert verschiedene Bereiche der Psychologie und der Medizin, der KJP sowie der PP, die klinische Psychologie an den Universitäten, unterschiedliche Vertiefungsverfahren, spezifische Forschungskompetenzen und auch unterschiedliche Anbindungen an die jetzt bestehende Ausbildungslandschaft. Sicherlich hätten noch weitere Repräsentanten einzelner Richtungen oder Interessengruppen in die Gutachtergruppe aufgenommen werden können. Im Interesse einer arbeitsfähigen Gruppe, wurden für andere Bereiche inhaltlicher und methodischer Art bei Bedarf Expertinnen und Experten in die Gutachtenarbeit einbezogen.

Es war eine sehr positive Erfahrung zu erleben, wie schnell und effizient die Gutachtergruppe in der Lage war, dem BMG ein Angebot für dieses Forschungsgutachten zu unterbreiten. Im Dezember 2007 fiel dann die Entscheidung, dass unsere Gruppe mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt wurde. Der nachfolgende Prozess war in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert: Die insgesamt zur Verfügung stehende Zeit von zunächst 15 (letztlich dann 16) Monaten war erwartungsgemäß sehr kurz angesichts der vielfältigen Teilbereiche und -fragen des Gutachtens und angesichts der zahlreichen Recherchen und Erhebungen, die im Verlauf des Gutachtenprozesses durchzuführen waren. Trotz dieses Zeitdrucks und eines durchaus spürbaren öffentlichen, fach- und berufspolitischen Drucks von außen ist es der Gruppe gelungen, das Gutachten fristgerecht vorzulegen und – wie wir meinen – äußerst reichhaltiges Material zu sammeln und zu erstellen und in Vorschläge und Bewertungen zu verarbeiten.

Das vorliegende Gutachten ist ein Gemeinschaftsprodukt aller beteiligten Gutachterinnen und Gutachtern. Diese Arbeit wäre aber nicht möglich gewesen ohne die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Laufe des Gutachtenprozesses das Gutachtergremium unterstützten, verstärkten und organisatorisch, inhaltlich und methodisch in bemerkenswertem Maß zum Gelingen des Gesamtprojektes beitrugen.

Wir möchten folgenden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ganz besonders danken: Steffi Kohl (Jena), Heide Glaesmer und Astrid Sonntag (Leipzig), Felicitas Michels-Lucht (Greifswald), Judith Lebiger-Vogel (Frankfurt), Isabelle Schurr und Nina Spröber (Ulm), Eckhardt Reichenau und Desiree Thorman (Bochum), Melissa Wee (Münster), Ramona Dinu-Biringer (Heidelberg), Kathrin von Rad und Andrea Schulz (Greifswald).

Ferner danken wir folgenden studentischen Hilfskräften bzw. DiplomandInnen, die an dem Projekt beteiligt waren: Marie Kaiser, Karina Kreller, Peggy Qickenstedt, Robert Richter, Lena Spangenberg, Sabrina Viereckel (Leipzig), Gabriele Roth, Julia Schikora, Sabrina Maichrowitz und Shashi Singh sowie Angelika Hofmann und Diana Frühauf (Jena), Jasmin Grieb und Katharina Heil (Ulm), Sonja Hill-Kloß (Heidelberg), Jonas Rüppel (Frankfurt), Eva Fliegel (Münster).

Barbara Brendel (Leipzig) danken wir für die tatkräftige Unterstützung bei der Formatierung und Gestaltung des Gutachtentextes.

Wir danken der Vertreterin und dem Vertreter des Referats 316 des Bundesministeriums für Gesundheit, Frau Andrea Becker und Herrn Dr. Heinz Haage für die wohlwollende Unterstützung und für die Gewährung einer Fristverlängerung für die Abgabe unseres Gutachtens.

Unser Dank gilt in besonderem Maße der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und ihrem Präsidenten, Herrn Prof. Dr. Rainer Richter, die den Gutachtenprozess konstruktiv begleiteten. Die Begleitung bestand unter anderem in der Veranstaltung einer Reihe von Symposien und Workshops, in denen zentrale Themen des Forschungsgutachtens diskutiert wurden (Approbation und Fachkunde, Lernziele des Hochschulstudiums, psychotherapeutische Kompetenzprofile, wie viel Ausbildung für die Approbation?) und deren Ergebnisse für unsere Arbeit am Gutachten sehr hilfreich waren. Ein mit Unterstützung der BPTK veranstaltetes Panel zu den Fragen des Forschungsgutachtens war der Endpunkt der guten Kooperation. Hierzu wurde am 28. Januar 2009 in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin eine Diskussionsveranstaltung durchgeführt, in der über die ersten Ergebnisse des Gutachtens informiert wurde und mehr als 50 Verbände und Organisationen die Möglichkeit erhielten, zu den zentralen Fragen des Gutachtens Stellung zu nehmen (vgl. Begleitband). Die Bundespsychotherapeutenkammer hat uns freundlicherweise für den Zeitraum des Gutachtensprozesses auch ihre Räume für die meisten Gutachtertreffen zur Verfügung gestellt.

Wir danken einer ganzen Reihe von Expertinnen und Experten, mit denen wir einzelne Themen des Gutachtens besprechen konnten, dem Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen IMPP, speziell Herrn Dr. K. Mayer und Prof. J. Neuser für die prüfungsbezogenen Informationen und richten ferner unseren Dank an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Trägerverbände für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BAG), die den Gutachterprozess kritisch, aber durchaus supportiv begleitete. Der BAG und den ihr angegliederten Ausbildungsdachverbänden mit ihren Ausbildungsstätten ist zu verdanken, dass wir im Rahmen unserer Befragungen von Institutsleitern, Lehrkräften und Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern eine so große Stichprobe erreicht haben, dass wir aus den Erhebungen aussagekräftige Schlussfolgerungen ableiten können.

Den Landespsychotherapeutenkammern sei gedankt für deren Unterstützung im Rahmen der Durchführung unserer Absolventenbefragung. Allen, die an den Befragungen teilgenommen haben, d.h. den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesprüfungsämter bzw. Aufsichtsbehörden, hier insbesondere Herrn Clefsen und Frau Brenneke-Schmitter für die organisatorische Unterstützung, den Lehrkräften, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, den Vertretern der Ausbildungs- und Praxisstätten, den Absolventinnen und Absolventen, Studierenden sowie internationalen Kolleginnen und Kollegen, mit deren Hilfe wir die Situation der Psychotherapie im europäischen Ausland rekonstruieren konnten, sei ganz besonders gedankt.

Wir hoffen sehr, dass wir der Politik und der Profession mit diesem Forschungsgutachten eine gute Diskussionsgrundlage bereit haben für notwendige und mögliche Neu- und Umgestaltungen der Ausbildung. Wir sind sicher, dass das Bundesministerium für Gesundheit die in diesem Forschungsgutachten enthaltenen Antworten und Bewertungen verantwortungsvoll verarbeiten wird.

Unser primäres Interesse, diesen Gutachtauftrag zu übernehmen, war der Anspruch, die Ausbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen bzw. die Psychotherapie ganz allgemein zur Verbesserung der psychotherapeu-

tischen Versorgung auf ein möglichst hohes Qualitätsniveau zu bringen. Auf diesem Weg gibt es nun sicherlich noch viele weitere Aufgaben.

Im Bereich der Psychotherapieforschung ist es sehr viel weniger üblich als in der industriegeförderten medizinischen Forschung persönliche Interessen bzw. Interessenkonflikte zu offenbaren. Im Laufe des Gutachtenprozesses wurden wir zu Recht gefragt, was die Motivation der an dem Gutachtenprozess Beteiligten beeinflusst. Wie erwähnt, wir sind sicher, dass für alle Gutachterinnen gilt, dass das Interesse an einer guten Ausbildung das Hauptmotiv für die Arbeit darstellt. Sicher gibt es darüber hinaus unterschiedliche Interessen bei jedem einzelnen aus unserer Gruppe, die wir aber auch öffentlichen machen wollen. Im Begleitband des Gutachtens ist eine Erklärung enthalten, in denen alle Gutachter ihre aktuelle Position, ihre Engagements im Bereich der Psychotherapie (-aus- und -weiterbildung), die finanziellen Quellen für die Förderung ihrer Forschung und ihrer sonstigen Tätigkeiten offen und damit auch potentielle Interessenkonflikte transparent machen.

Wir würden uns freuen, wenn dieses Forschungsgutachten die weitere Diskussion konstruktiv beeinflusst und mit bestimmt und letztlich zu Veränderungen beitragen kann, die zu einer Erhöhung und Stabilisierung der Qualität psychotherapeutischer Ausbildung führen und damit letztlich den betroffenen Patientinnen und Patienten zugute kommen wird.

Jena, Greifswald, Heidelberg, Leipzig, Ulm, Münster, Frankfurt und Bochum im April 2009

Bernhard Strauß
Harald J. Freyberger
Sven Barnow
Elmar Brähler
Jörg Fegert
Steffen Fliegel
Lutz Goldbeck
Marianne Leuzinger-Bohleber
Ulrike Willutzki

B. Forschungsfragen und Arbeitspakete

1. Ausgangsbedingungen und Ziele des Forschungsgutachtens

Mit dem am 1.1.1999 in Kraft getretenem Psychotherapeutengesetz (PsychThG, 1998) wurden zwei neue approbierte Heilberufe geschaffen, der des Psychologischen Psychotherapeuten/der Psychologischen Psychotherapeutin (im Folgenden PP) und der des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (im Folgenden KJP), deren Ausbildung in entsprechenden Verordnungen (PsychTh-APrV (1998) bzw. KJPsychTh-APrV (1998)) geregelt ist. Die Angehörigen beider Berufe (im Jahr 2007 ca. 30.000) sind Pflichtmitglieder in den Landespsychotherapeutenkammern. Nach einer Phase des Übergangs sind inzwischen die gesetzlichen Anforderungen an die Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/ Psychotherapeutin und zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin umgesetzt: Zahlreiche ehemalige Weiterbildungsinstitute der jeweiligen Fachgesellschaften wurden ergänzt durch universitäre Ausbildungsstätten und weitere Einrichtungen. Es war davon auszugehen, dass sich die Rahmenbedingungen der Ausbildung in der Bundesrepublik insgesamt heterogen darstellen. Nicht nur die Struktur der Institute, Form und Inhalt der Ausbildung, sondern auch die damit verbundenen Kosten und die Regelungen im Zusammenhang mit der praktischen Ausbildung schienen erheblich zu variieren.

Seit Herbst 2002 werden die schriftlichen Prüfungen zentral über das IMPP in Mainz abgewickelt. Nach Angaben des Instituts (www.impp.de) hatten bis 2007 2617 Personen an der Prüfung für Psychologische PsychotherapeutInnen und 617 an der Prüfung für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen teilgenommen (Scherer et al., 2005).

Sowohl die Zahl der sich derzeit in Ausbildung befindlichen Personen wie auch die Zahl der Absolventen ist inzwischen hinreichend für eine Bestandsaufnahme der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes. Eine systematische Evaluation wurde bislang nicht durchgeführt, wenngleich es eine Reihe von Untersuchungen zur Ausbildungssituation bzw. spezifischen Bestandteilen der Ausbildung (z.B. der praktischen Tätigkeit (Busche et al., 2006), der finanziellen Situation der Psychologischen Institutsambulanzen (Hölzel, 2006)) und allgemeine Bewertungen der Situation von Ausbildungskandidaten und notwendigen Reformen (z.B. Lindel & Sellin, 2007; Groeger, 2006; Kommer, 2005; Ruggaber, 2005) sowie zur Zufriedenheit der Ausbildungsteilnehmer (Ruggaber & Fliegel 2006) gibt.

Nicht zuletzt durch die sinkende Zahl medizinischer Hochschulabsolventen und die damit einhergehende sinkende Zahl an weitergebildeten Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin sowie Ärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie stellen sich in der Zukunft gravierende versorgungspolitische und berufsrechtliche Fragen, die u.a. die Abgrenzung zur und Kooperation mit der ärztlichen Psychotherapie und die Zulassung von psychologischen Psychotherapeuten zur Verordnung bestimmter Psychopharmaka bzw. deren allgemeiner Kompetenzerweiterung (z.B. Einweisungsrecht) betreffen (vgl. Freyberger, 2006; LeVine, 2007).

Bekannt und von den Ausbildungsteilnehmern mit zunehmender Vehemenz vorgetragene Probleme sind die weitgehend unregelmäßige ökonomische und inhaltliche Situation der AusbildungsteilnehmerInnen insbesondere während der praktischen Tätigkeit.

Vor allem diese Entwicklungen sowie die Studienreformen im Kontext des sog. Bologna-Prozesses bildeten den Hintergrund für die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit, ein Forschungsgutachten in Auftrag zu geben. In der Ausschreibung waren insgesamt fünf Arbeitspakete definiert, für die unterschiedliche Studien bzw. Forschungsstrategien notwendig wurden.

Es handelt sich im Einzelnen um folgende Pakete:

1. Aufarbeitung der Ausbildungslandschaft in der Psychotherapie
2. Darstellung der Entwicklungen in der Psychotherapie im In- und Ausland
3. Aussagen zu Inhalten und Ausgestaltung der alten und neuen pädagogischen und psychologischen Studiengänge
4. Erarbeitung von Vorschlägen zu neuen inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Ausbildung in der Psychologischen Psychotherapie
5. Bewertungen zur Möglichkeit einer der ärztlichen Ausbildung vergleichbaren Direktausbildung

Daraus leiteten sich für das Forschungsgutachten folgende Arbeitsaufträge ab, die in dem Angebot an das BMG, das die GutachterInnengruppe im Oktober 2007 abgab, genannt wurden:

Analyse der Ist-Situation der Psychotherapie-Ausbildung, insbesondere unter den Gesichtspunkten von Qualität und der bedarfsadäquaten Abbildung der Ausbildung, differenziert nach folgenden Merkmalen der Ausbildungsinstitute:

- staatlich und staatlich anerkannt
- Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Ausbildungsgänge)
- Vertiefungsverfahren
- geographische Verteilung

Besonders berücksichtigt werden die Ausbildungsqualität, die Qualitätssicherung der Ausbildung sowie die Zufriedenheit der Ausbildungsteilnehmer und -teilnehmerinnen, auch im Vergleich zwischen Ausbildungsstätten in und an Hochschulen und privaten Ausbildungsstätten.

Einbezogen in die Analyse werden

- die einzelnen Ausbildungsbausteine: theoretischer Unterricht, Selbsterfahrung, Praktische Tätigkeit, Praktische Ausbildung unter Supervision, „Freie Spitze“
- die Rahmenbedingungen: u.a. Zugangsvoraussetzungen, inhaltliche Überschneidungen mit Berufsausbildungen, Dauer der Ausbildung, Kosten, Prüfungen.

Bewertungen in Bezug darauf,

- wie zukünftige Ausbildungen zum PP und KJP strukturell und inhaltlich in Einklang gebracht werden können mit der Neuordnung der Bachelor- und Masterstudiengänge.
- Dabei werden vor allem die Hochschulein- oder -anbindungen analysiert und ggf. Vorschläge für postgraduale Studiengänge und Erstausbildungen unter Einbezug der bestehenden Ausbildungsstätten gemacht.

Vergleichende Bezüge zu anderen heilkundlichen Aus- und Weiterbildungen, insbesondere zur medizinischen Aus- und Weiterbildung werden hergestellt und im Hinblick auf berufsrechtliche und versorgungspolitische Implikationen hinterfragt.

Die Auswertung und die Vorschläge erfolgen u.a. unter dem Gesichtspunkt des finanziellen Aufwands für die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer und ob bezüglich der Verfahrensorientierung

- an einer Vertiefung in einzelne wissenschaftlich anerkannte Verfahren festzuhalten ist,
- verfahrensübergreifend ausgebildet werden sollte,
- ein z.B. störungsspezifischer oder anderer Ansatz zu bevorzugen ist.

Ggf. werden Eckpunkte für veränderte Regelungen und Richtlinien vorzuschlagen sein.

Im Zusammenhang mit der Überprüfung der Legaldefinition für „heilkundliche Psychotherapie“ i.S. des PsychThG

- erfolgen evt. Aussagen zu einer Revision entsprechend dem aktuellen Wissenschaftsstand und
- werden die notwendigen medizinischen Kompetenzen für PsychotherapeutInnen diskutiert sowie evtl. Vorschläge für die Vermittlung fachmedizinischer Inhalte im Rahmen der Psychotherapeuten-Ausbildung gemacht.

Analyse und Bewertungen einzelner o.g. Aspekte erfolgen zusätzlich im Vergleich zu ausländischen psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungen im vor allem deutschsprachigen Raum und auch hinsichtlich anderer EU-Mitgliedsstaaten.

Mit diesen im weiteren Angebot spezifizierten Arbeitsaufträgen sollte ein Forschungsgutachten erstellt werden, das der in der Ausschreibung durch das BMG spezifizierten, nachfolgend dem Gutachten vorangestellten Leistungsbeschreibung entsprechen sollte.

2. Leistungsbeschreibung: „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“¹

Das PsychThG ist am 1.1.1999 nach einem fast zwanzig Jahre dauernden Verfahren in Kraft getreten. Es regelt zusammen mit den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Ausbildungen zu den genannten Berufen, die als Heilberufe mit der Befugnis zur Ausübung von Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie ausgestaltet wurden. Dabei waren bestehende Strukturen bei der Qualifizierung von Psychologen/Pädagogen zu Psychotherapeuten im Rahmen der Übergangsvorschriften weitgehend übernommen worden. In der Umsetzung hat sich gezeigt, dass dies nicht immer für die Praxis zu tauglichen Lösungen geführt hat.

Mit der von den Hochschulen bzw. Ländern vorgenommenen Umgestaltung der psychologischen und pädagogischen Studiengänge in die Bachelor-/Mastersystematik haben sich die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung strukturell wesentlich verändert. Die hieraus resultierenden Probleme haben zu berechtigten Forderungen nach einer Änderung des PsychThG im Hinblick auf die Zugangsvoraussetzungen geführt. Da sich zugleich das Gebiet der Psychotherapie seit Inkrafttreten des o.g. Gesetzes in großem Umfang entwickelt und verändert hat sowie aufgrund der ohnehin bestehenden Probleme mit der gesetzlichen Regelung erscheint es jedoch sinnvoll, eine Gesetzesänderung nicht nur punktuell auf die Zugangsvoraussetzungen zu konzentrieren, sondern eine weiter gehende Reform einzuleiten, um eine auf Dauer zukunftsgerecht angelegte Ausbildung für die nicht-ärztliche Psychotherapie zu erreichen. Hierzu beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit daher, ein entsprechendes Forschungsgutachten in Auftrag zu geben, das als Grundlage für eine Reform dienen soll.

¹ Die hier wiedergegebene Leistungsbeschreibung entstammt der Ausschreibung des Gutachtens durch das BMG vom August 2007.

Gegenstand des Auftrags:

Das Forschungsgutachten soll eine umfassende Aufarbeitung der Ausbildungslandschaft in der Psychotherapie unterbreiten. Es soll sowohl die Erfahrungen der Ausbildungsstätten, der Lehrenden wie der Ausbildungsteilnehmer darstellen und dabei auch auf die Unterschiedlichkeiten in den Berufen des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingehen.

Es soll in diesem Zusammenhang zu *folgenden Themenkomplexen Ausführungen* enthalten:

1. Ausbildungsstätten

Das PsychThG sieht vor, dass die Ausbildung an Hochschulen oder anderen Einrichtungen vermittelt wird, die als Ausbildungsstätten staatlich anerkannt sind. Das Gutachten soll die Landschaft der Ausbildungsstätten darstellen und insbesondere Aussagen zu folgenden Punkten enthalten:

- Wie und in welchem Umfang erfolgt die Ausbildung an Hochschulen oder anderen Ausbildungsstätten?
- Welche Voraussetzungen sind für die staatliche Anerkennung in den Ländern zu erfüllen?
- Wie ist die sachliche und personelle Ausstattung, welche Unterschiede lassen sich dabei zwischen den Hochschulen und anderen Ausbildungsstätten erkennen?
- Welche Ausbildungsstätten sind bei den Ausbildungsteilnehmern beliebter und warum?
- Wie und in welchem Umfang kooperieren die Ausbildungsstätten bei der Ausbildung mit anderen Einrichtungen; werden dabei ausländische Einrichtungen einbezogen?
- Wie ist die Einschätzung der Ausbildungsteilnehmer zu der Qualität und dem Angebot der Ausbildungsstätten?
- Gibt es Unterschiede bei den Ausbildungsstätten bezogen auf das Vertiefungsverfahren? Wenn ja, welche?

2. Verfahren

Das PsychThG sieht eine Ausbildung vor, die sich auf die Vermittlung von Grundkenntnissen in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und eine vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren erstreckt. Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang vor allem Aussagen zu folgenden Punkten enthalten:

- Wie und in welchem Umfang verteilt sich die Ausbildung in Deutschland auf die einzelnen Verfahren?
- Welche Unterschiede ergeben sich bei den jeweiligen Vertiefungsverfahren bezüglich der Verteilung der Stunden auf die einzelnen Bestandteile der Ausbildung?
- Aus welchen Gründen werden von den Ausbildungsteilnehmern die Vertiefungsverfahren gewählt?
- Wie werden die Ausbildungen von den Ausbildungsteilnehmern an sich bewertet?
- Wie wird speziell die verfahrensorientierte Ausbildung von den Ausbildungsteilnehmern bewertet?
- Gibt es alternative Ausbildungsansätze wie z.B. eine störungsorientierte Ausbildung? Welche Vor-/Nachteile hätte diese?
- Ein Blick über die Grenzen: Erfolgt psychotherapeutische Ausbildung in anderen Ländern auch verfahrensorientiert? Worin liegen ggf. grundsätzliche Unterschiede?

3. Dauer der Ausbildung

Nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umfasst die Ausbildung 4200 Stunden. Sie kann in Vollzeit- oder Teilzeitform abgeleistet werden. Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang vor allem Aussagen zu folgenden Punkten enthalten:

- Wie ist das Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeitausbildungen?
- Welche Gründe bewegen die Ausbildungsteilnehmer im Wesentlichen dazu, eine Teilzeitausbildung zu machen?
- Wie hat sich das Angebot von Voll- und Teilzeitausbildungen bewährt?
- Wie lange dauern die Ausbildungen tatsächlich (auch in Bezug auf das Vertiefungsverfahren)?
- Wie sinnvoll und angemessen ist der Ausbildungsumfang von mindestens 4200 Stunden im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen

4. Bestandteile der Ausbildung

Die Ausbildung nach dem PsychThG und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ist unterteilt in praktische Tätigkeit, theoretische Ausbildung, praktische Ausbildung und Selbsterfahrung. Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang vor allem Aussagen zu folgenden Punkten enthalten:

Allgemeine Fragen:

- Wie werden die genannten Ausbildungsbestandteile im Kontext der Gesamtausbildung grundsätzlich bewertet?
- Wie wird die grundsätzliche Verteilung der Mindeststundenzahl auf die einzelnen Ausbildungsbestandteile bewertet?
- Wie werden grundsätzlich die freien Verfügungsstunden auf die einzelnen Bestandteile der Ausbildung verteilt?

Zur praktischen Tätigkeit:

- Erfolgt die praktische Tätigkeit, wie es die gesetzlichen Regelungen vorsehen, in integrierter Form oder in Form eines praktischen Jahres? Wie wird dies im Einzelnen bewertet?
- Zu welchem Zeitpunkt während der Ausbildung findet die praktische Tätigkeit statt?
- Welche Aufgaben werden in welchem Umfang während der praktischen Tätigkeit übernommen?
- Stellen die Ausbildungsstätten Plätze an den Einrichtungen, an denen die praktische Tätigkeit abgeleistet werden kann, in ausreichender Zahl und von ausreichender Qualität zur Verfügung?
- Wird das Ziel der praktischen Tätigkeit, das insbesondere in der Vermittlung der Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder besteht, erreicht?
- Sind die Einrichtungen, die nach dem PsychThG und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die praktische Tätigkeit vorgesehen sind, zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte ausreichend qualifiziert?
- Wäre eine Erweiterung auf andere Einrichtungen wünschenswert? Wenn ja, auf welche?
- Ist der Umfang der praktischen Tätigkeit angemessen?
- Welche praktischen Probleme gibt es mit der praktischen Tätigkeit?
- Wie wird die praktische Tätigkeit als Bestandteil der Psychotherapeutenausbildung grundsätzlich bewertet?
- Welche Möglichkeiten der Verbesserung der praktischen Tätigkeit gibt es?

Zur theoretischen Ausbildung:

- Wie ist die Qualifikation der Lehrenden?
- Wie und in welcher Form wird die theoretische Ausbildung in die Gesamtausbildung eingefügt?
- In welchem Umfang steht die Vermittlung von Grundkenntnissen in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren zum Vertiefungsverfahren der jeweiligen Ausbildung?
- Wird der Anteil der theoretischen Ausbildung an der Gesamtausbildung als angemessen angesehen?
- Wie wird die theoretische Ausbildung als Bestandteil der Psychotherapeutenausbildung grundsätzlich bewertet?
- Welche Möglichkeiten der Verbesserung der theoretischen Ausbildung gibt es?

Zur praktischen Ausbildung:

- Wie und in welcher Form wird die praktische Ausbildung in die Gesamtausbildung eingefügt? Sind hierbei besondere verfahrensspezifische Unterschiede erkennbar?
- Wird die Teilnahme an der praktischen Ausbildung von besonderen Vorleistungen abhängig gemacht?
- In welchem zeitlichen und fachlichen Bezug stehen Selbsterfahrung und praktische Ausbildung zueinander? Erfolgen sie parallel oder zeitlich getrennt?
- Welche Behandlungen werden in welchem Umfang von den Ausbildungsteilnehmern durchgeführt? Wie erfolgt die Dokumentation?
- Erfolgt die praktische Ausbildung nur in dem jeweiligen Vertiefungsverfahren oder werden auch Zweitverfahren angeboten? Wenn ja, wie wird dies bewertet?
- Wie und in welcher Qualität erfolgt die Supervision?
- Wie wird die Qualifikation der Supervisoren eingeschätzt?
- Wie werden die zu erstellenden Falldarstellungen auch im Hinblick auf ihre Bedeutung für die staatliche Prüfung bewertet? Ist die vorgegebene Anzahl angemessen?
- Ist die praktische Ausbildung von ihrem Umfang her angemessen?
- Wie wird die praktische Ausbildung als Bestandteil der Psychotherapeutenausbildung grundsätzlich bewertet?
- Welche Möglichkeiten zur Verbesserung der praktischen Ausbildung gibt es?

Zur Selbsterfahrung:

- Wie ist die Qualifikation der Selbsterfahrungsleiter?
- Stehen Selbsterfahrungsleiter in ausreichender Anzahl zur Verfügung?
- Wie wird die Selbsterfahrung in die Gesamtausbildung eingefügt?
- In welcher Form und in welchem Umfang findet Selbsterfahrung statt (einzeln/Gruppe, kontinuierlich/blockweise)? Ist dies abhängig vom jeweiligen Vertiefungsverfahren?
- Wird die vorgesehene Trennung von Selbsterfahrungsleiter und Supervisor eingehalten?
- Sind die zur Verfügung stehenden Stunden inklusive der freien Verfügungsstunden ausreichend für die Selbsterfahrung in den einzelnen Vertiefungsverfahren?
- Gibt es im Bereich der Selbsterfahrung besondere Probleme? Wenn ja, welche?
- Wie wird die Selbsterfahrung als Bestandteil der Psychotherapeutenausbildung grundsätzlich bewertet?
- Welche Möglichkeiten der Verbesserung der Selbsterfahrung gibt es?

5. Staatliche Prüfung

Die staatliche Prüfung umfasst einen schriftlichen und mündlichen Teil. Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang vor allem Aussagen zu folgenden Punkten enthalten:

- Hat sich die Aufteilung der Prüfung in einen schriftlichen und mündlichen Teil bewährt?
- Ist die Prüfung geeignet, um den Erwerb der durch das Ausbildungsziel erwarteten Kompetenzen zu belegen?
- Wie werden die Prüfungsanforderungen generell eingeschätzt? Sind die Prüfungsteilnehmer aufgrund der Ausbildung ausreichend auf die Prüfung vorbereitet?
- Wie sind die Prüfungsergebnisse einzuschätzen? Welche Aussagen machen sie im Hinblick auf die Akzeptanz der Ausbildungsabsolventen auf dem Arbeitsmarkt?
- Welche Möglichkeiten zur Verbesserung der staatlichen Prüfung gibt es?

6. Ausbildungskosten

Das Psychotherapeutengesetz enthält keine Regelungen über die Zahlung einer Ausbildungsvergütung o.ä. Die Kosten der Ausbildung sind in der Regel von den Ausbildungsteilnehmern selbst zu tragen. Grundsätzlich ist die Ausbildung jedoch BAFöG-fähig. Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang vor allem Aussagen zu folgenden Punkten enthalten:

- Mit welchen Kosten sind die Ausbildungen in der Psychotherapie verbunden?
- Wie hoch sind die Kosten durchschnittlich?
- Gibt es Kostenunterschiede bezüglich der Ausbildungen, die darin begründet sind, ob die Ausbildung an einer Hochschule oder einer sonstigen Einrichtung stattfindet? Wenn ja, welche Ursachen hat das?
- Gibt es Kostenunterschiede bezüglich der Ausbildungen in den einzelnen Verfahren?
- In welchem Umfang beeinflusst die Kostenfrage die Entscheidung der Ausbildungsteilnehmer, ob sie eine Ausbildung in Vollzeit- oder Teilzeitform ableisten wollen?
- In welchem Umfang hält die Kostenfrage Interessenten von der Aufnahme einer Psychotherapeutenausbildung ab?
- In welchem Umfang wird von der Möglichkeit der Zahlungen einer freiwilligen Vergütung, insbesondere im Rahmen der praktischen Tätigkeit, Gebrauch gemacht?
- In welchem Umfang werden die Möglichkeiten des BAFöG genutzt?
- Wird das BAFöG als ausreichend angesehen oder gibt es Verbesserungsmöglichkeiten?
- Welche sonstigen Möglichkeiten der Ausbildungsförderung gibt es?

7. Zugang zur Ausbildung

Das PsychThG fordert von den Ausbildungsbewerbern den Abschluss eines Studiums der Psychologie, im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie alternativ der Pädagogik oder Sozialpädagogik.

Aufgrund der Umstrukturierung der Studiengänge in die Bachelor-/Mastersystematik ist es hierbei zu besonderen Problemen gekommen. Das Gutachten soll daher insbesondere Aussagen zu folgenden Punkten enthalten:

- Wie waren die Studiengänge in der Psychologie unter Einbeziehung der klinischen Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik bisher gestaltet?
- Welche inhaltlichen Veränderungen haben sich durch die Umstrukturierung in die Bachelor-/Mastersystematik ergeben?
- Wie haben sich die Regelungen über die Zugangsvoraussetzungen insgesamt bewährt?

- Wie haben sie sich im einzelnen bezogen auf die beiden psychotherapeutischen Berufe und die unterschiedlichen Voraussetzungen bewährt?
- Welche Inhalte des Psychologie- bzw. Pädagogikstudiums sind für die Ausbildung in der Psychotherapie unverzichtbar? Welche Kenntnisse aus dem Studium sind verzichtbar und warum? In welchen Bereichen erfolgt Ausbildung doppelt?
- Welche psychologischen und pädagogischen Kenntnisse und Kompetenzen sind als Mindeststandards für die Psychotherapeutenausbildung – ggf. getrennt für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – anzusehen?
- Sind die Inhalte der Studiengänge innerhalb Deutschlands noch so homogen, dass sie als allgemeine Zugangsregelungen für die Psychotherapeutenausbildung fortwirken könnten?
- Wären diese so abtrennbar, dass sie auch innerhalb einer eigenen Psychotherapeutenausbildung vermittelt werden könnten?

8. Entwicklung der Psychotherapie In- und Ausland

Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang allgemeine Ausführungen zur Ausgestaltung, Struktur und Dauer psychotherapeutischer Ausbildungen in anderen Ländern, insbesondere anderen EU-Mitgliedstaaten, sowie den Kompetenzen der Berufsangehörigen enthalten.

Auf der Basis der festgestellten Ausbildungssituation soll das Gutachten *Bewertungen zu folgenden Themen* enthalten:

1. Zugangsvoraussetzungen/Direktausbildung

Es werden Aussagen zu der Frage erwartet, ob es angesichts der Neustrukturierung des Psychologie- und Pädagogikstudiums sinnvoll ist, an der derzeitigen Struktur der Psychotherapeutenausbildung als postgradualer Ausbildung festzuhalten oder ob einer Erstausbildung zum Psychotherapeuten unter Integrierung der erforderlichen psychologischen und pädagogischen Kompetenzen der Vorzug zu geben wäre. Dabei werden auch Aussagen zu einer möglichen Dauer und Struktur einer Direktausbildung erwartet.

2. Verfahrensorientierung

Es werden Aussagen zu der Frage erwartet, ob es sinnvoll erscheint, an der bisherigen verfahrensorientierten Ausbildung festzuhalten oder ob ein anderer Ausbildungsansatz verfolgt werden sollte. In Betracht käme hierbei etwa ein verfahrensübergreifender Ansatz, der sich an Störungen orientieren würde. Hierbei sollte in mögliche Überlegungen einbezogen werden, dass bei einem verfahrensübergreifenden 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 Weiterbildungen kompensiert werden könnte.

3. Neudefinierung des Begriffs der „Heilkundlichen Psychotherapie“

Es werden Aussagen zu der Frage erwartet, ob an der Definition der „heilkundlichen Psychotherapie“ in § 1 Abs. 3 PsychThG aus fachlicher Sicht festgehalten werden sollte oder ob es Gründe für eine verfahrensunabhängige Legaldefinition gibt.

4. Einbindung der bestehenden Strukturen in Aus- und Weiterbildung

Es werden Aussagen zu der Frage erwartet, ob an den bestehenden Strukturen der Psychotherapeutenausbildung (u.a. abgeschlossenes Studium als Zugangsvoraussetzung, Ausbildung an Hochschulen und anerkannten Einrichtungen, Aufteilung in Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) festgehalten werden sollte oder ob eine Erstausbildung an Hochschulen in Anlehnung an die anderen Heilberufe der Ärzte, Zahnärzte als Psychotherapeutenstudium an Universitäten der Vorzug gegeben werden sollte. In letzterem Fall werden Aussagen zu einer möglichen Konzeption eines solchen Studiengangs erwartet, die sich insbe-

sondere auch die Dauer des Studiums, die Studieninhalte sowie Einbindung der für die Psychotherapeutenausbildung relevanten Inhalte aus dem Psychologie- und Pädagogikstudium oder weiteren Fachgebieten erstrecken sollte. Es werden Aussagen dazu erwartet, wie und in welcher Form die bestehenden Ausbildungsinstitute in eine solche Ausbildung eingebunden werden könnten (Grundausbildung, Weiterbildung).

5. Kostenregelungen

Es werden Aussagen zu der Frage erwartet, welche Kostenregelungen denkbar wären, um bei den verschiedenen Möglichkeiten einer Umgestaltung der Ausbildung die Situation der Ausbildungsteilnehmer zu verbessern. Dabei sollte sowohl eine Erstausbildung an Hochschulen wie eine Beibehaltung der bestehenden Strukturen (abgeschlossenes Studium als Zugangsvoraussetzung, Ausbildung an Hochschulen und anerkannten Einrichtungen) in Betracht gezogen werden.

6. Medizinorientierung

Es werden Aussagen zu der Frage erwartet, wie und in welchem Umfang medizinische Inhalte in die Psychotherapeutenausbildung integriert werden könnten, um diese z.B. zur Verschreibung verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu befähigen, wenn dies im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit erforderlich ist. Das Gutachten sollte Ausführungen dazu enthalten, welche weitergehenden Kompetenzen sinnvoll sein könnten und ob und wie sie in die Ausbildung eingebunden werden können.

C. Literatur zur Zufriedenheit mit der Psychotherapieausbildung

1. Vorbemerkung

Nachfolgend geben wir einen Überblick über die Ergebnisse empirischer Studien zum Thema Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeut(in) bzw. Kinder-Jugendlichentherapeuten in der BRD. Bei der Literaturübersicht zum PP haben wir uns dafür entschieden diese eher nach Inhalten und nicht nach Studien zu ordnen. Aus unserer Sicht lässt sich auf diese Art und Weise besser zeigen, welche Aspekte in der Vergangenheit überhaupt beforscht wurden und was die wesentlichen Schlussfolgerungen dieser Forschung sind. Im Text werden deshalb auch nicht die methodischen Aspekte der Studie erwähnt, sondern lediglich die Schlussfolgerungen der einzelnen Autoren. Die Tabelle C 1-1 zeigt eine Übersicht der einbezogenen Studien inklusive befragte Stichproben und Studienschwerpunkte. Selbstverständlich ist die wissenschaftliche Literatur zur Psychotherapieausbildung und zur Entwicklung von PsychotherapeutInnen sehr viel umfangreicher und vielfältiger, insbesondere auch im angloamerikanischen Sprachraum (z.B. Ronnestad & Orlinsky, 2006; Ladany et al., 2008). Bezogen auf die spezifischen Fragen dieses Gutachtens, welches sich auf das Ausbildungssystem in der BRD bezieht, erschien es uns ausreichend, die auf dieses System bezogenen Studien, die seit dem Inkrafttreten des PsychThG am 1.1.1999 veröffentlicht wurden, an dieser Stelle zusammenzufassen.

Tabelle C 1-1: Studienüberblick

Autor/en	Stichprobe	Fragestellung/Ziele
Bayer, Belz & Bengel (2009)	N = 68 ehemalige und aktuelle Auszubildende des Freiburger Ausbildungsinstituts für Verhaltenstherapie (Befragung Ende 2006)	Zufriedenheit mit einer laufenden oder gerade abgeschlossenen Psychotherapieausbildung mit dem Schwerpunkt kognitive Verhaltenstherapie
Busche, Mösko, Kliche & Koch (2006)	385 PiA (KJP und PPIA) Datenerhebung (v.a. per E-Mail) Zeitraum 07/2004 – 03/2005)	Zufriedenheit mit und Übersicht zur finanziellen Situation der PiAs Untersuchung von Qualitätsstandards
Dresenkamp & Jäger (2007)	N = 457 und 557 AusbildungsteilnehmerInnen der DGVT-Ausbildungszentren der Jahre 2004 und 2005	Entwicklung, Differenzierungsfähigkeit und Ergebnisrückmeldung des Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung (QuaSiP)
Hessisches Sozialministerium & Hess. Landesprüfungs- und Untersuchungsamt (2007)	N = 14 Ausbildungsinstitute und 381 Ausbildungsteilnehmer	Optimierung der Ausbildung für Psychotherapeuten
Hölzel (2006)	N = 57 KJP und 388 PP (12/2004 – 04/2005)	Finanzielle Situation in der Ausbildung
Keen & Freeston (2008)	N = 52 Ausbildungsteilnehmer im Bereich kognitiver Verhaltenstherapie (Kurse 2003/2004 und 2004/2005)	Evaluierung der Vermittlung von KVT-Kompetenzen in der Ausbildung VT
Krampen, Hank, Saile & Weiland-Heil (2005)	N = 18 Ausbildungsteilnehmer des Studiengangs „Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie“ im Fach Psychologie an der Universität Trier (2004/2005)	Jahresbericht
Kröner-Herwig, Fydrich & Tuschen-Caffier (2001)	N = 34 Institute (PP und KJP vertreten) 2001/2002	Studieminhalte Klinische Psychologie und Psychotherapie und Redundanzen mit der Ausbildung KJP und PP
Scherer, Mayer & Neuser (2005)	N = 928 Prüfungsteilnehmer PP und N = 125 Prüfungsteilnehmer KJP (Herbst 2002 bis Frühjahr 2005)	Ergebnisse und Analysen der schriftlichen Prüfungen

2. Ausbildung allgemein

Borg-Laufs (2003, 2005) formulierte 4 Thesen zur Ausbildung von PP/KJP. Seiner Meinung nach sei es wichtig, bei der Gestaltung der Ausbildungsgänge die Balance zwischen den notwendigen Anforderungen und den zumutbaren Belastungen für die Teilnehmer zu wahren.

- These 1: Die Ausbildung ist zu stark medizinisch orientiert
- These 2: Die Ausbildungsteilnehmer werden zu stark beansprucht
- These 3: Die Ausbildung für KJP ist so umfangreich, dass sie auch eine Grundqualifikation für die Behandlung Erwachsener umfasst
- These 4: Die zu lehrenden psychotherapeutischen Verfahren bilden nicht das ganze Spektrum der sinnvollen psychotherapeutischen Verfahren für KJP ab

2.1. Psychotherapieausbildung als Ausbildung

Demgegenüber wies Ruggaber (2005) darauf hin, dass die gesetzliche Definition der Psychotherapieausbildung als Ausbildung negative Konsequenzen für mögliche staatliche Förderungen habe, die in der Regel lediglich Weiterqualifikationen betreffen. Er kommt zu dem Schluss, dass Diplompsychologen behandelt würden, als hätten sie zuvor keinerlei Studium absolviert. In einer weiteren Stellungnahme fordert Merod (2001) deshalb eine baldige Korrektur des PsychThG dergestalt, dass Psychologen nach dem Diplom eine vorläufige Approbation erteilt wird, die sie zu einer Arbeit unter fachlicher Anleitung befähigen würde.

2.2. Ausbildungsdauer

Die praktischen Erfahrungen zur tatsächlichen Ausbildungsdauer sollten nach Ruggaber (2005) bei entsprechenden formalen Regelungen zukünftig stärkere Berücksichtigung finden. In einer Studie des Hessischen Sozialministeriums (2007) gab beispielsweise mehr als die Hälfte der befragten AusbildungsteilnehmerInnen an, die Ausbildung nicht in der Mindestdauer durchlaufen zu können. Im Durchschnitt verlängere sich ihre tatsächliche Ausbildungszeit um 17 (PP) bzw. 22 Monate (KJP).

2.3. DozentInnen

Im Verlauf der Ausbildung müsse dafür Sorge getragen werden, dass DozentInnen, SelbsterfahrungsanleiterInnen usw. jeweils gut über die TeilnehmerInnen und ihr Vorwissen informiert seien, denn nur so könnten Lehr-Lern-Prozesse optimal gestaltet werden (Ruggaber, 2005, Borg-Laufs, 2005). Statt ausschließlich nachträglicher Maßnahmen der Qualitätssicherung sei auch daran zu denken, dass den DozentInnen möglichst gute Vorinformationen gegeben würden und die Erwartungen an sie klar formuliert seien. Die didaktischen Kompetenzen der DozentInnen zu erweitern, wird als wesentlich für die Qualitätssicherung angesehen. Verschiedene Untersuchungen belegen, dass alleiniges Feedback ohne eingehende Beratung bzw. Weiterbildung der Lehrenden nicht zu einer Verbesserung der Lehre führte.

2.4. Prüfungen

Vogel & Schieweck (2005a) äußerten sich zur gegenwärtigen Situation der Abschlussprüfungen, die sich nach ihren Angaben nicht auf die Ergebnisqualität als Ganzes, sondern nur auf einen Teilbereich bezöge. Während sich die „externen“ Abschlussprüfungen der Psychotherapieausbildung derzeit stärker auf die „Wissensbestandteile“ der Ausbildung konzentrierten und gleichzeitig für die Teilnehmer einen hohen Ansporn bedeuteten, sich Fachwissen anzueignen, seien die ausbildungs-

begleitenden Evaluationen stärker auf die praktischen Kompetenzen ausgerichtet. Diese beiden Ansätze könnten sich nach Meinung der Autoren prinzipiell ergänzen. Zu prüfen sei, ob diese Verschränkung auch in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen ihren Niederschlag finden sollte. Für die Zukunft sei aus Sicht der Autoren anzustreben und zu wünschen, dass auch Erfahrungen mit anderen als den gegenwärtig vorgeschriebenen Prüfungsformen gemacht werde, die mehr Nähe zum beruflichen Alltag herstellen.

In einer Studie von Keen & Freeston (2008) wurde deutlich, dass es bisher keine systematische Erforschung über die Messung von erforderlichen Kompetenzen – zum Beispiel für die erfolgreiche Durchführung von kognitiver Verhaltenstherapie – existiere, so dass zur Zeit substantielle Schwierigkeiten bei der Beurteilung des Wissens und der Fähigkeiten vorliegen, die für eine erfolgreiche Durchführung von Psychotherapie notwendig seien. Dies gelte es nachzuholen (z.B. Wirksamkeitsforschung).

Von anderen Autoren wird angeregt, dass eine Zusammenfassung der beiden mündlichen Prüfungen ohne wesentliche Qualitätseinschränkung möglich sei, insbesondere die mündliche Gruppenprüfung wird von den Prüfungsbeteiligten als verzichtbar angesehen (Ruggaber, 2005).

Inhaltliche Kritiken an den Prüfungsfragen beziehen sich vor allem darauf, dass zu viele und zu spezifische medizinische und verfahrensunspezifische Fragen gestellt würden (Fliegel & Ruggaber, 2003). Ein weiteres gravierendes Problem zeichnet sich bereits nach drei Jahren Erfahrung mit den Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ab; die zum Teil sehr einengenden Vorgaben erschwerten nach Ruggaber (2003) eine schnelle Umsetzung neuer Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung.

2.5. Qualitätsmanagement

Qualitätsbeurteilungen der Therapieausbildung sind bezüglich Struktur- (Kuhr, 2005), Prozess- (Borg-Laufs, 2005) und Ergebnisqualität (Vogel & Schieweck, 2005a) möglich. Die fachliche Diskussion steht in allen drei Bereichen noch am Anfang, erst wenige Autoren beschäftigen sich mit Qualitätssicherung in der Psychotherapeutenausbildung und es stehen noch wenige empirische Untersuchungen zu spezifischen Fragen in den genannten Bereichen zur Verfügung (Vogel & Schieweck, 2005b). Stangl (1999, zit. in Borg-Laufs, 2005) weist darauf hin, dass fundierte Ansätze der Lehrveranstaltungsevaluation weitgehend fehlen. Viele Evaluationsinstrumente sind methodisch mangelhaft. Zusätzlich erschweren messtechnische Probleme die angemessene Auswertung der Evaluationsinstrumente. Allerdings gab es gerade in den letzten Jahren eine positive Entwicklung im Hinblick auf die Evaluation im Bereich der universitären Lehre von der auch die Psychotherapieausbildungsstätten profitieren könnten (Berger & Schleußner, 2003; Berger et al., 2003).

Um die Ergebnisse der Evaluation eines Seminars für die Dozenten und die Lehrgangsstelle interpretierbar zu machen, müsste nach Borg-Laufs (2005) ein Benchmarking durchgeführt werden (direkte Rückmeldung der Evaluation an die Ausbildungsleitung und AusbildungsteilnehmerInnen mit anschließenden Konsequenzen, z.B. Auflagen an die Dozenten usw.).

So werden beispielsweise in den Ausbildungsinstituten der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie jährlich Befragungen aller Ausbildungsteilnehmer über die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Ausbildungsangebot durchgeführt (Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung (QuaSiP) – Eine Methode zur Einbeziehung der AusbildungsteilnehmerInnen; Dresenkamp & Jäger, 2007). Von zentraler Bedeutung für die Verbesserung der Ausbildungsqualität wird dabei der Austausch mit den Lehrgängen über die Ergebnisse und damit also auch erfahrbare Konsequenzen gesehen. Durch jährliche Wiederholung der Befragung ließen sich dann die Effekte der getroffenen Veränderungen überprüfen.

Weitere Maßnahmen zur Qualitätsevaluation und -sicherung sind u.a. die bundesweiten Arbeitstreffen der Lehrgangssprecher und der Leitungen der Ausbildungszentren, sowie die Evaluationen der einzelnen Ausbildungsbausteine und der Gesamtausbildung zum Abschluss der Ausbildung und im Follow-up (Ruggaber & Fliegel, 2006; Ruggaber et al., 2005).

3. Die einzelnen Ausbildungsabschnitte

3.1. Theoretische Ausbildung

Redundanzen

In einer Studie von Bayer et al. (2009) zeigten sich die Ausbildungsteilnehmer darüber unzufrieden, dass Studieninhalte nicht für die Ausbildung anrechenbar waren. In einer Studie von Kröner-Herwig et al. (2001) wird deshalb die Anrechnung von Lehrveranstaltungen während des Studiums vorgeschlagen.

„Freie Spitze“

Eine Reduktion der „Freien Spitze“ erscheint nach Erkenntnissen von Jürgens (2003) wünschenswert, wobei ein Verlust an Qualität nicht zu befürchten sei, da sie keinen zusätzlichen Gewinn brächten: Alle relevanten Inhalte seien bereits durch die anderen Ausbildungskomponenten abgedeckt. Auch Bayer et al. (2009) fanden überwiegend mittelmäßige Zufriedenheit mit dem Ausbildungsteil der „Freien Spitze“.

Seminare

Bayer et al. (2009) sprechen sich für eine praxisnahe Vermittlung der geforderten Inhalte aus (bessere Verknüpfung von Theorie und Praxis). Fallbegleitendes Lernen ist nach Ansicht der Autoren wesentlich ergiebiger, um berufsbezogene Kompetenzen zu vermitteln.

3.2. Selbsterfahrung

Die Bedeutung der Selbsterfahrung wird nach Ruggaber (2005) momentan dadurch erhöht, dass die Ausbildungsbedingungen selbst eine Belastung darstellten und Selbsterfahrung hier für die TeilnehmerInnen zur Burn-Out-Prophylaxe beitrage. In Übereinstimmung mit dieser Hypothese fanden Bayer et al. (2009) hohe Zufriedenheitswerte sowohl für die Einzelselbsterfahrung als auch für die Gruppenselbsterfahrung. Weitere Verbesserungen seien nach Ansicht der Autoren die Einführung von Feedbackrunden und Berichte von SelbsterfahrungsanleiterInnen und TeilnehmerInnen über die Wahrnehmung der stattgefundenen hilfreichen Prozesse. Borg-Laufs (2005) schlägt vor, die AnleiterInnen sollten zur Dokumentation der Selbsterfahrungsprozesse verpflichtet sein, damit auch in diesem Bereich ein fortlaufender Entwicklungsprozess möglich sei.

3.3. Supervision

Supervision zählt zu den wichtigsten Ausbildungsfaktoren, für die Bayer et al. (2009) in ihrer Studie hohe Zufriedenheitswerte bei den TeilnehmerInnen feststellten, sowohl bezüglich Einzel- als auch Gruppensupervision. Zur Qualitätssicherung des Supervisionsprozesses sei es jedoch erforderlich, dass der Ausbildungsträger den SupervisorInnen klare Hinweise dazu vermittelt, welche Anforderungen an die Supervision gestellt würden (Borg-Laufs, 2005). Wichtig sei darüber hinaus, dass auch SupervisorInnen regelmäßig über die Inhalte der theoretischen Ausbildung informiert würden, so dass sie wüssten, was sie bei den SupervisandInnen voraussetzen und damit aktuelle Themen der Theorieseminare aufgreifen könnten. Auch seien Qualifizierungsangebote für SupervisorInnen wichtig (Borg-Laufs, 2005). Es empfehle sich zudem, die Zufriedenheit mit den SupervisorInnen, mit den Teilnehmern der Supervisionsgruppe sowie der Arbeitsatmosphäre getrennt zu erfassen.

3.4. Praktische Tätigkeit

Bisher gibt es keine wissenschaftliche Bestandsaufnahme der Bedingungen in diesem Ausbildungsabschnitt (Busche et al., 2006). Im Gegensatz zur theoretischen Ausbildung gibt die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Bereich praktische Tätigkeit kaum inhaltliche Lernziele vor (Ruggaber, 2005). Eine engere Absprache zwischen den Ausbildungsinstituten und den kooperierenden Einrichtungen scheint unerlässlich. Die besten Erfahrungen und die größte Zufriedenheit sei nach Jürgens (2003) dann zu verzeichnen, wenn vom Ausbildungsinstitut ein klar strukturiertes und auf die Bedürfnisse der AusbildungsteilnehmerInnen abgestimmtes Konzept vorgegeben werde, das auch auf das Gesamtcurriculum bezogen und überprüfbar ist.

Bislang sind erst wenige Elemente der Praxistätigkeit gezielt daraufhin untersucht worden, wie sie sich auf die Entwicklung therapeutischer Kompetenzen auswirken. In einer Untersuchung von Bayer et al. (2009) gaben die untersuchten TeilnehmerInnen an, von der praktischen Tätigkeit (vor allem PT I) zwar deutlich weniger zu profitieren als von den anderen Ausbildungsbausteinen (mit Ausnahme der theoretischen Ausbildung), jedoch hielten immerhin 73% der Befragten diesen Baustein für ziemlich bis sehr hilfreich für die Expertiseentwicklung. Das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Ausbildungsstätte und kooperierender Klinik erschwere jedoch nach Ruggaber (2003) die Einführung vergleichbarer Ausbildungsbedingungen für diesen Ausbildungsbereich.

Der größte Kritikpunkt bezieht sich auf die meist fehlende Bezahlung. Für die „praktische Tätigkeit“ gibt es weder eine Vergütungsverpflichtung, geschweige denn eine festgeschriebene Vergütungshöhe (Ruggaber, 2003). So ergab eine Studie von Hölzel (2006), dass mehr als die Hälfte der Befragten kein Gehalt bekamen, in der PT II nahm dieser Prozentsatz ab (nur noch 29% der Personen, die mehr als 31 Stunden die Woche arbeiteten, erhielten kein Gehalt). Unter anderem aus diesem Grund und den oben erwähnten Problemen der PT I und PT II wird in einer Studie von Kröner-Herwig et al. (2001) die Reduktion der Psychiatrie-Praxiszeit von 1200 auf 900 Stunden vorgeschlagen.

3.5. Praktische Ausbildung

Die Qualitätssicherung in diesem Bereich sollte nach Angaben von Borg-Laufs (2005) – neben der Sicherstellung einer guten Supervision und der geeigneten Rahmenbedingungen – den Zuweisungsprozess von Patienten zu Therapeuten in den Mittelpunkt stellen. Gemäß Bayer et al (2009) zeigt sich, dass die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit diesem Ausbildungsteil mittel bis ziemlich hoch sei. Ein Kritikpunkt ist auch hier die Vergütung. Hier erhalten laut Hölzel (2006) nur 64,5% der Personen einen Teil des erwirtschafteten Honorars.

3.6. Ausbildungsabschnitte im Vergleich

In der Studie von Bayer et al. (2009) wurde folgende Rangreihe bzgl. der Zufriedenheit mit dem jeweiligem Ausbildungsbestandteil ermittelt:

Einzelselfterfahrung, Einzelsupervision, Gruppenselfterfahrung, Gruppensupervision, Praktische Ausbildung, Praktische Tätigkeit II, Theorie- und Praxisveranstaltungen, Praktische Tätigkeit I. Krampen et al. (2005) berichten, dass über alle Module hinweg die Relevanz und Nützlichkeit der Lehrveranstaltungen für die Berufspraxis und für die persönliche Entwicklung der Studierenden sowohl aus Sicht der Studierenden selbst als auch aus DozentInnenperspektive hoch – sowie die Qualität von Vermittlung und Durchführung der Veranstaltung als gut eingeschätzt wurden.

4. Ausbildung von Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutInnen

Nach intensiven Literaturrecherchen rund um die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) kann zusammenfassend festgestellt werden, dass sich im Vergleich zur PP insgesamt nur eine geringe Anzahl von Veröffentlichungen speziell auf den Kinder- und Jugendbereich beziehen. Die meisten Publikationen beziehen sich auf den Erwachsenenbereich, sind empirisch nicht fundiert und für den KJP-Bereich nur eingeschränkt aussagekräftig. Vielmehr handelt es sich häufig um Meinungsäußerungen und Diskussionsbeiträge. Dennoch soll im Folgenden der Versuch einer kurzen Zusammenschau des aktuellen Diskussions- und Forschungsstandes unternommen werden:

Bezüglich der künftigen Zulassungsvoraussetzungen besteht ein breiter Konsens der Fachverbände und Interessensgruppen, dass auch PädagogInnen weiterhin Zugang zum Beruf des KJP erhalten sollen. Die Forderung eines konsekutiven Masterabschlusses als Zulassungsvoraussetzung des KJP, unabhängig der Art des qualifizierenden Studiengangs, steht jedoch der momentanen Gesetzeslage gegenüber, die einen Hochschulabschluss in Pädagogik oder Sozialpädagogik – also nach dem inzwischen erfolgten Bologna-Prozess auch einen Bachelor-Abschluss – für ausreichend befindet (Gahleitner & Borg-Laufs, 2007; Groeger, 2006). Die Arbeitsgemeinschaft für die Zulassung zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AZA-KJP) hat Vorschläge für Standards bezüglich der Inhalte der Ausbildung zum KJP formuliert. Die AZA-KJP empfiehlt, ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil zur Grundlage für die Akkreditierung von Masterstudiengängen als Eingangsvoraussetzung für die Ausbildung zum KJP verbindlich zu machen. Dabei sollten folgende Kernkompetenzen vorausgesetzt werden: Theoriefundierung, kommunikative Kompetenz, systemische Kompetenz, Methodenkompetenz (Gahleitner & Borg-Laufs, 2007).

Die Ergebnisse einer Umfrage der DGPs (Kröner-Herwig, Fydrich, & Tuschen-Caffier, 2001) zeigen, dass zwischen Inhalten der Ausbildung im Diplom-Studiengang Psychologie und den geforderten Grundkenntnissen nach den APrV erhebliche Redundanzen bestehen. Dies betrifft vorrangig Grundlagen in PP. Deutlich geringer sind die Überlappungen von Inhalten der KJP. Hieraus ergab sich der Ruf, die Anforderungen für die theoretische Grundlagenausbildung von Psychologen bei Novellierung des PsychThG/APrVen zu reduzieren und integrative Konzepte (Koppelung von MA-Ausbildung und PT-Ausbildung) weiter zu entwickeln.

Die Analysen der Ergebnisse der schriftlichen Prüfungen für die Ausbildungsgänge PP und KJP des Zeitraums Herbst 2003 bis Frühjahr 2005 (Scherer et al., 2005) wiesen für beide Ausbildungsgänge eine Abnahme der durchschnittlichen Prüfungsleistungen auf. In den Prüfungen der KJP fiel dies deutlicher aus als in den Prüfungen der PP (vgl. Kapitel E-5). Als mögliche Erklärungen für die Abnahme der Prüfungsleistungen kamen den Autoren zufolge Änderungen in der Zusammensetzung der Teilnehmerpopulation sowie Änderungen im Anforderungsniveau in Betracht. Bezüglich der soziodemografischen Merkmale erwies sich das Lebensalter der PrüfungsteilnehmerInnen als besonders aufschlussreich, denn für beide Ausbildungsgänge war eine Tendenz abnehmender Prüfungsleistungen mit zunehmendem Lebensalter festzustellen. Besonders auffällig ist in diesem Zusammenhang der hohe Anteil älterer Prüfungsteilnehmer in den Prüfungen KJP vom Herbst 2004 und Frühjahr 2005. Für die Prüfungen PP konnte hinsichtlich Ausbildungsmodus und Vertiefungsrichtung keine signifikanten Gruppenunterschiede nachgewiesen werden. Dagegen zeichnete sich in den Prüfungen KJP ein besseres Abschneiden der TeilnehmerInnen der Vertiefungsrichtung Verhaltenstherapie ab. Signifikante Gruppenunterschiede konnten in Bezug auf den Zugang berechtigenden Hochschulabschluss bei TeilnehmerInnen im Ausbildungsgang KJP festgestellt werden. TeilnehmerInnen mit grundständigem Studium der Psychologie erreichten durchschnittlich bessere Ergebnisse als TeilnehmerInnen mit anderer Vorbildung. In den mündlichen Prüfungen schlossen die KJP mit konstant hohen Notendurchschnitten schlechter ab, als diejenigen der PP (Scherer, Mayer & Neuser, 2005).

Eine Untersuchung von Hölzel (2006) beschäftigt sich mit der finanziellen Situation der AusbildungsteilnehmerInnen. Demnach erhält fast die Hälfte der AusbildungsteilnehmerInnen keine

Entlohnung während der praktischen Tätigkeit, muss jedoch in dieser Zeit Ausbildungskosten bezahlen. Ein hoher Prozentsatz der PiAs kann die Ausbildungskosten nur durch finanzielle Unterstützung seitens der Eltern oder des Partners begleichen bzw. muss Ersparnisse aufbrauchen oder eine Nebentätigkeit aufnehmen. Einkünfte während der Ausbildung werden meist erst in der Phase der praktischen Ausbildung erzielt, während der die AusbildungsteilnehmerInnen in den meisten Fällen an den durch sie erwirtschafteten Einkünften beteiligt werden (Hölzel, 2006).

D. Methodisches Vorgehen und Stichproben

1. Allgemeines, Beschreibung des Gutachtenprozesses

Tabelle D 1-1: Übersicht über die Arbeitspakete des Gutachtens und die entsprechenden methodischen Zugänge

Arbeitspakete des Gutachtens				
Aufarbeitung der aktuellen Ausbildungslandschaft in der Psychotherapie	Darstellung der Entwicklungen in der Psychotherapie im In- und Ausland	Aussagen zu Inhalten und Ausgestaltung der alten und neuen pädagogischen und psychologischen Studiengänge	Erarbeitung von Vorschlägen zu neuen inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme an der Ausbildung in PP und KJP	Bewertungen bezüglich der Möglichkeit einer der ärztlichen Ausbildung vergleichbaren Direktausbildung
Methodische Zugänge				
Bewertung der Curricula	Literaturanalyse	Analyse der Studienordnungen	Auswertung der Umfragen	Auswertung der Umfragen
Befragung der Ausbildungsstätten(leiter)	Umfrage unter Experten in 23 europ. Ländern	Analyse von Stellungnahmen von Verbänden etc.	Bewertung der öffentlichen Diskussionen	Bewertung der öffentlichen Diskussionen
TeilnehmerInnenbefragung	Auswertung von Quellen im Zusammenhang mit Veranstaltungen der SPR			
Studierendenbefragung				
Befragung von Praxisstätten				
AbsolventInnenbefragung				
Lehrkräftebefragung				
Expertenbefragung (Delphi)	Expertenbefragung (Delphi)		Expertenbefragung (Delphi)	Expertenbefragung (Delphi)
Expertenpanel				
Literaturrecherche				

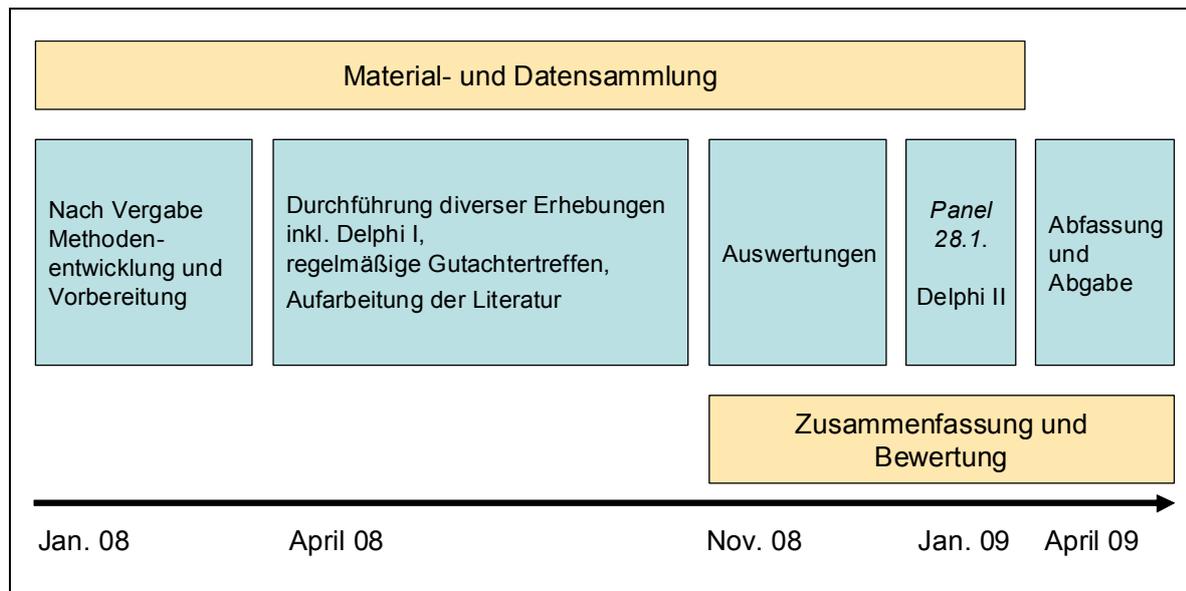


Abbildung D 1-1: Ablauf des Gutachtenprozesses

Nach der Vergabe des Gutachtauftrags an die Gruppe im Dezember 2007 erfolgte unmittelbar eine konstituierende Sitzung, in deren Rahmen die Arbeitspakete und die entsprechenden methodischen Strategien festgelegt wurden. Nach methodischen und organisatorischen Vorbereitungen begannen im April 2008 die ersten Erhebungen. Bis zum Ende des Jahres 2008 wurden vorläufige Auswertungen vorgenommen, die sowohl in der zweiten Phase der Delphibefragung wie auch der ersten Ergebnisdarstellung im Rahmen eines Panels am 28. Januar 2009 zugrunde gelegt wurden. Im Februar und März 2009 wurden die Auswertungen vervollständigt und schriftlich zusammengefasst. Im gesamten Verlauf (vgl. Abbildung D 1-1) war die gesamte Gutachtergruppe in stetigem Austausch via Telefonkonferenzen und Arbeitstreffen (insgesamt 8 gemeinsame Sitzungen zwischen 19.2.07 und 18.2.09). Weitere Arbeitstreffen fanden bis zum Abschluss des Auftrags in kleineren Gruppen statt.

Die o.g. Arbeitsschritte wurden über unterschiedliche methodische Zugänge realisiert. Die Aufarbeitung der Ausbildungslandschaft in der Psychotherapie und die Darstellung der Entwicklung in der Psychotherapie im In- und Ausland erfolgten über unterschiedliche Erhebungen in verschiedenen Gruppierungen.

Aussagen zu Inhalten und Ausgestaltung der alten und neuen pädagogischen und psychologischen Studiengänge basieren auf umfassenden Analysen von Studienordnungen und Curricula sowie Befragungen von Experten. Expertenbefragungen nach dem Modell einer Delphi-Erhebung wurden generell eingesetzt, um die aktuelle Situation der Ausbildung und Vorstellungen über eine künftige Neu- bzw. Umgestaltung zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden auch existierende und im Lauf des Gutachtenprozesses entstandene Stellungnahmen verschiedener Interessengruppen berücksichtigt.

Sämtliche am Ende des Gutachtens vorgenommenen Bewertungen basieren auf dem Gesamtmaterial, das im Laufe des Gutachtenprozesses gesammelt und erhoben wurde (Literaturrecherchen, empirische Erhebungen, Umfragen, Stellungnahmen, Diskussionsveranstaltungen etc.).

2. Methode der Analyse der Studiengänge

Bei der Analyse der Studiengänge wurden zwei Analysewege verfolgt:

1. Analyse der strukturellen Vorgaben entsprechender Fachverbände hinsichtlich der Inhalte und Äquivalenz der Diplom- und gestuften Studiengänge (Dipl. und BA/MA),
2. empirische Analyse bereits konkretisierter Studiengänge hinsichtlich der Inhalte und der Äquivalenz von Diplom- und gestuften Studiengängen (Dipl. und BA/MA).

2.1 Methode der Analyse des Studiengangs Psychologie

Für den Studiengang im Fach Psychologie fand erstens die Analyse struktureller Vorgaben sowie zweitens der empirische Vergleich aller bereits umgesetzten konsekutiven Studiengänge Psychologie mit den am gleichen Studienort angebotenen Diplomstudiengängen (mit Hilfe eines dafür entwickelten Auswertungsrasters, Tabelle D 2-1) statt.

Die durch die entsprechenden Fachgesellschaften (Rahmenprüfungsordnung Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Psychologie, ergänzende Stellungnahmen der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie) entwickelten strukturellen Vorgaben für die Studiengänge Psychologie sind im Begleitband dokumentiert.

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. Tabelle D 2-1 der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs) gibt einen Überblick über die bereits erfolgte oder geplante Umstellung der psychologischen Hochschulinstitute auf die neuen Bachelor- und Masterstudiengänge.

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.

Tabelle D 2-1: Überblick über psychologische Studiengänge in Bezug auf die Einführung von konsekutiven Studiengängen (BA/MA)

Bachelor/Master werden bereits bis zum Abschluss durchgeführt (A) bzw. Informationen über Gestaltung von Bachelor und Master liegen vor	Bachelor/Master werden angeboten (Inhaltliche Planung des Master-Studienganges April 08 noch nicht erfolgt)	Beginn Bachelor/Master für WS 2008/09 geplant	Beginn Bachelor/Master frühestens für WS 2009/10 geplant	Bachelor/Master frühestens für WS 2010/11 geplant
Ruhr-Universität Bochum (A) Technische Universität Braunschweig Universität Erlangen-Nürnberg Universität Konstanz (A) Universität Jena	RWTH Aachen Freie Universität Berlin Universität Bielefeld Universität Bonn Universität Bremen Technische Universität Chemnitz Technische Universität Darmstadt Universität Düsseldorf Universität Freiburg i.Br. Universität Gießen Universität Göttingen Universität Halle-Wittenberg Universität Hamburg Universität Heidelberg Universität Hildesheim ² Universität zu Köln Universität Leipzig Universität Lüneburg ³ Universität Magdeburg Universität Mannheim Universität Münster Universität Wuppertal	Universität Bamberg Universität Frankfurt/M. Ludwig-Maximilians-Universität München Universität Osnabrück Universität Regensburg Universität Saarbrücken Universität Trier Universität Würzburg	Humboldt-Universität Berlin Technische Universität Dresden Universität Greifswald Universität Kiel Universität Koblenz-Landau Universität Mainz Universität Marburg	Universität Potsdam Universität Tübingen

Grundlage für die empirische Analyse der Studiengänge war ein Auswertungsraster, in dem die relevanten Inhalte aus dem psychologisch-klinischen und psychologischen Bereich (orientiert an den Empfehlungen der DGPs) ergänzt um spezifische pädagogische, entwicklungspsychologische und sozialwissenschaftliche Inhalte kodiert werden konnten (vgl. Tabelle D 2-2). Dieses Auswertungsraster dient der möglichst umfassenden Analyse relevanter Studieninhalte unter Berücksichtigung der Schwerpunktunterschiede zugangsberechtigender Studiengänge.

² In Hildesheim wird ein B.Sc. „Psychologie mit Schwerpunkt Pädagogische Psychologie“ sowie ein Master „Pädagogische Psychologie“ angeboten.

³ An der Leuphana Universität Lüneburg wird Psychologie im College-Modell als Nebenfach angeboten bzw. im Rahmen eines Wirtschaftspsychologischen Schwerpunktes.

Tabelle D 2-2: Auswertungsraster der Studieninhalte zugangsberechtigender Studiengänge, Vergleich Diplom- und konsekutiver Studiengang Bachelor/Master

	Diplom- studiengang		Konsekutiver Studiengang			
	V/ --	ECTS	B.Sc.		M.Sc.	
	V/ --	ECTS	V/ --	ECTS	V/ --	ECTS
Methodenlehre						
Sozialpsychologie						
Entwicklungspsychologie						
Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie						
Biologische Psychologie / Neuropsychologie						
Allgemeine Psychologie (z.B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Kognition, Lernen, Motivation und Sprache)						
Testtheorie						
Psychologische Diagnostik						
Klinische Psychologie						
Grundlagen der Intervention						
Prävention						
Rehabilitation						
Grundlagen der Psychotherapie						
Klinische Diagnostik und Dokumentation						
Störungsspezifische Modelle psychischer Störungen						
Verschiedene Therapieformen						
Psychische Störungen in Kindes- und Jugendalter						
Psychotherapeutische Interventionsmethoden						
Gruppenpsychotherapiekonzepte und -methoden						
Medizinische Grundkenntnisse						
Berufsethik, Berufsrecht						
relevante „klinische“ Nebenfächer z.B. <i>Kriminologie, Biologie</i>						
weitere „klinische“ Anwendungsfächer hier: <i>Arbeits- und Organisationspsychologie (=A), Neuropsychologie (=N)</i>						
Evaluation und Forschungsmethodik						
Forschungspraktika / Experimentelle Praktika						
Berufspraktika						
Schriftliche Arbeiten						
Tutorienunterstützte Seminare						
Klinisch-psychologische Fallseminare						
Seminar mit Übungselementen						
(Sonder-/Sozial-)Pädagogik mit klinischem Bezug						
Pädagogische Psychologie						
Pädagogisch-psychologische Diagnostik						
Praktische Pädagogik (Formen päd. Handelns, Institutionen)						
Beifach/Nebenfach Psychologie: Klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie, Psychodiagnostik, usw.						
Beifach Psychiatrie						
Sonderpäd. Schwerpunkt: Geistigbehindertenpädagogik, Lernbehindertenpädagogik, Verhaltensgestörtenpädagogik, Körperbehindertenpädagogik, Sprachbehindertenpädagogik						
Psychosoziale Beratung						
Sozialmedizin						
Sozialrecht						
Weitere relevante Inhalte:						

(V = Vorhanden, kA = keine Angaben gefunden; W = Wahlpflichtbereich; P = Pflicht)

Gegebenenfalls wurden differenziertere Analysen für unterschiedliche Vertiefungsbereiche auf Basis des Auswertungsrasters vorgenommen.

Alle Inhalte wurden im Raster so spezifisch wie möglich aufgeführt. Nicht weiter zu spezifizierende Inhalte und zeitliche Umfänge wurden neben der Darstellung im Raster in einer Fußnote gesammelt aufgeführt und erläutert. Zur Erfassung der inhaltlichen Gestaltung des jeweiligen Diplomstudienganges im Vergleich zu den Bachelor-/ Masterstudiengängen wurden via Internet Prüfungs-, Studienordnungen, Vorlesungsverzeichnisse und Modulhandbücher der einzelnen psychologischen Institute zusammengetragen.

Im Anschluss wurde pro Studiengang eine kurze schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse erstellt, aus welcher in einem weiteren Schritt Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Studiengängen herausgearbeitet wurden.

2.2. Methode der Analyse der KJP-Studiengänge (ausgenommen Psychologie)

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

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

Empirischer Vergleich zwischen Diplomstudiengängen und konsekutiven Bachelor-/Masterstudiengängen in zur KJP Ausbildung berechtigenden Studiengängen

Für die Analyse der neben dem Studium der Psychologie momentan zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berechtigenden Studiengänge wurde folgendes Vorgehen gewählt:

Analog zu den Auswertungen im PP-Bereich wurden die Studiengänge mit dem entwickelten Inhaltsraster (vgl. Tabelle D 2-2) inhaltlich analysiert. Dabei wurden die für den KJP-Bereich besonders relevanten Studiengänge⁴ (Sozialpädagogik/soziale Arbeit, Pädagogik/Erziehungswissenschaften, Heilpädagogik) an je einer zufällig ausgewählten Institution (Universität/Fachhochschule) jedes Bundeslandes mit Hilfe des Rasters beispielhaft nach Studienaufbau und -inhalten analysiert (siehe Tabellen D 2-3, Tabelle D 2-4 und Tabelle D 2-5). In großen Bundesländern ab 5 Mio. Einwohnern (Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Hessen, Nordrhein-Westfalen) und in Sachsen (> 4 Mio: größtes ostdeutsches Bundesland) wurden je zwei Institutionen begutachtet.

Aufgrund dieses exemplarischen Vorgehens (zur Begründung vgl. Vorgehen bzgl. Psychologischer Studiengänge) handelte es sich lediglich um eine heuristische Erhebung.

Alle Inhalte wurden im Raster so spezifisch wie möglich aufgeführt. Nicht weiter zu spezifizierende Inhalte und zeitliche Umfänge wurden neben der Darstellung im Raster in einer Fußnote gesammelt aufgeführt und erläutert. Zur Erfassung der inhaltlichen Gestaltung des jeweiligen Diplomstudienganges im Vergleich zu den Bachelor-/ Masterstudiengängen wurden via Internet Prüfungs-, Studienordnungen, Vorlesungsverzeichnisse und Modulhandbücher der einzelnen psychologischen Institute zusammengetragen.

Im Anschluss wurde pro Studiengang eine kurze schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse erstellt, aus welcher in einem weiteren Schritt Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den

⁴ Neben Psychologie rekrutieren sich Ausbildungsteilnehmende im KJP-Bereich nach Angaben der Institutsleitungen überwiegend aus diesen Studiengängen.

Studiengängen herausgearbeitet wurden. Das genaue Vorgehen bei der Rastererstellung pro Studiengang ist im Begleitband beschrieben.

Tabelle D 2-3: Überblick über die analysierten zur KJP-Ausbildung berechtigte Studiengänge nach Städten/Universitäten – Pädagogik

Pädagogik					
Diplom		Bachelor of Arts		Master of Arts	
Universität/ Stadt	Studiengang	Universität/ Stadt	Studiengang	Universität/ Stadt	Studiengang
FU Berlin	Erziehungswissenschaft	U Bamberg	Pädagogik	U Bamberg	Erziehungs- und Bildungswissenschaft
TU Braunschweig	Erziehungswissenschaft („Bildung und Beratung“)	FU Berlin	Bildung, Erziehung, Qualitätssicherung	U Bielefeld	Erziehungswissenschaft (ab 2009/2010)
TU Dresden	Erziehungswissenschaft	U Bielefeld	Erziehungswissenschaft	TU Dresden	Childhood and education research
U Frankfurt	Erziehungswissenschaft	TU Braunschweig	Erziehungswissenschaft	TU Karlsruhe	Pädagogik (forschungsorientierter Aufbaustudiengang)
U Halle	Erziehungswissenschaft	U Frankfurt	Erziehungswissenschaft	U Kiel	Pädagogik
U Hamburg	Erziehungswissenschaft	U Halle	Erziehungswissenschaft	U Münster	Pädagogik
U Mainz	Erziehungswissenschaft	U Hamburg	Erziehungs- und Bildungswissenschaft	U Oldenburg	Erziehungs- und Bildungswissenschaft
U Münster	Pädagogik	U Jena	Kernfach: Erziehungswissenschaft	U Potsdam	Erziehungswissenschaft
U Rostock	Erziehungswissenschaft	TU Karlsruhe	Pädagogik	U Tübingen	Forschung und Entwicklung in der Erziehungswissenschaft
		U Kiel	Pädagogik (2-fach)		
		U Magdeburg	Pädagogik (mit dem affinen NF Psychologie)		
		U Mainz	Erziehungswissenschaft		
		U Marburg	Erziehungs- und Bildungswissenschaft		
		LMU München	Pädagogik/ Bildungswissenschaft		
		U Münster	Pädagogik		
		U Oldenburg	Pädagogik		
		U Potsdam	Erziehungswissenschaft (2-fach)		
		U Tübingen	Erziehungswissenschaft		

Tabelle D 2-4: Überblick über die analysierten zur KJP-Ausbildung berechtigende Studiengänge nach Städten/Universitäten – Heilpädagogik

Heilpädagogik					
Diplom		Bachelor of Arts		Master of Arts	
Universität/ Stadt	Studiengang	Universität/ Stadt	Studiengang	Universität/ Stadt	Studiengang
Humboldt- Universität Berlin	Diplom- Rehabilitations- pädagogik	Evangelische Fachhochschule Hannover	Heilpädagogik	Katholische Fachhochschule Freiburg	Heilpädagogik
Evangelische Fachhochsch ule Bochum	Diplom- Heilpädagogik	Katholische Hochschule Münster	Heilpädagogik	Evangelische Fachhochschule Darmstadt	Integrative Heilpädagogik
		Evangelische Fachhochschule Bochum	Heilpädagogik	TU Dortmund	Rehabilitations- Wissenschaften
		Katholische Fachhochschule Freiburg	Heilpädagogik	Evangelische Fachhochschule Bochum	Masterstudien- gang Soziale Inklusion: Gesundheit und Bildung
		Evangelische Fachhochschule Nürnberg	Heilpädagogik		
		Evangelische Fachhochschule Darmstadt	Integrative Heilpädagogik		
		FH Görlitz / Zittau	European Bachelor of Inclusion Studies		
		TU Dortmund	Rehabilitations- Pädagogik		

Tabelle D 1-5: Überblick über die analysierten zur KJP-Ausbildung berechtigende Studiengänge nach Städten/Universitäten – Soziale Arbeit/Sozialpädagogik

Soziale Arbeit/Sozialpädagogik					
Diplom		Bachelor of Arts		Master of Arts	
Universität/ Stadt	Studiengang	Universität/ Stadt	Studiengang	Universität/ Stadt	Studiengang
Evangelische Fachhoch- schule Darmstadt	Soziale Arbeit	Fachhochschule Wiesbaden	Soziale Arbeit	Hochschule Neubrandenburg	Soziale Arbeit
		Evangelische Hochschule Hamburg	Soziale Arbeit	Hochschule Coburg	Soziale Arbeit
		Hochschule Bremen	Soziale Arbeit		
		Fachhochschule Lausitz	Soziale Arbeit		
		Alice Solomon Fachhochschule Berlin	Sozialarbeit/ Sozialpädagogik		
		Hochschule Regensburg	Soziale Arbeit		
		Fachhochschule Heidelberg	Soziale Arbeit		
		Fachhochschule Esslingen	Soziale Arbeit		

3. Fragebogenerhebungen im Rahmen des Gutachtauftrages

Tabelle D 3-1 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Fragebogenerhebungen, die im Rahmen des Gutachtauftrages durchgeführt worden sind. Es handelt sich um eine Befragung der in den Bundesländern zuständigen Aufsichtsbehörden, der Ausbildungsstätten, die im Rahmen einer ersten Befragung (ILB I) zu allgemeinen Informationen über die Struktur der Ausbildung in den einzelnen Einrichtungen befragt wurden, in einer zweiten, direkt an die Leitungen der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten adressierten Befragung (ILB II), zu sehr viel spezifischeren Aspekten und Bewertungen der Ausbildung.

Mit Unterstützung der Ausbildungsstätten bzw. der diese tragenden Verbände konnten umfassende Befragungen von AusbildungsteilnehmerInnen als online-Befragung durchgeführt werden, ebenso eine online-Befragung der in den Ausbildungsstätten tätigen Lehrkräfte (DozentInnen, SupervisorInnen, SelbsterfahrungsleiterInnen und PrüferInnen).

Eine Befragung einiger, mit den Ausbildungsstätten assoziierter Praxisstätten richtete sich sowohl auf Kliniken als auch auf Lehrpraxen.

Um einen Eindruck über den zukünftigen Ausbildungsbedarf und die Wünsche potentieller AusbildungsteilnehmerInnen zu bekommen, wurden an verschiedenen Universitäten Studierende des Faches Psychologie) zu ihren zukünftigen Vorstellungen und Wünschen befragt.

Mit Unterstützung der Landespsychotherapeutenkammern konnte eine größere Gruppe von AbsolventInnen, die im Zeitraum zwischen 2002-2008 die Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz abgeschlossen hatten, befragt werden.

Schließlich wurde eine Fragebogenerhebung als Zugang zur Bestandsaufnahme der Situation der Psychotherapie (-ausbildung) in unterschiedlichen Ländern der EU benutzt, wobei der Fragebogen von jeweils lokalen Expertinnen und Experten ausgefüllt werden sollte (siehe unten).

Die Erhebungsinstrumente sind zusammengefasst im Begleitband des Forschungsgutachtens wiedergegeben. Die Inhalte und spezifische Angaben zur Konstruktion der Fragebögen sind in den nachfolgenden Abschnitten im Detail beschrieben.

Tabelle D 3-1: Übersicht über die Fragebogenerhebungen im Rahmen des Gutachtauftrags

Zielgruppe	N
staatliche Aufsichtsbehörden (Landesprüfungsämter)	16
Institute/Ausbildungsstätten	
InstitutsleiterInnenbefragung I	161
InstitutsleiterInnenbefragung II	129
Praxisstätten	
Lehrpraxen	89
Kliniken	183
AusbildungsteilnehmerInnen	
aktuell in Ausbildung (TN)	3223
AbsolventInnen – ehemalige AusbildungsteilnehmerInnen (ABS)	666
Studierende – potentielle AusbildungsteilnehmerInnen	480
Lehrkräfte (Theorie, Supervision, Selbsterfahrung, Prüfung)	2196
Erhebung zur Situation der Psychotherapie in anderen (EU-)Ländern	23

3.1. Befragung der Staatlichen Aufsichtsbehörden

Ziel der Erhebung

Das Ziel dieses Untersuchungsteils bestand in der Befragung der Aufsichtsbehörden, die insbesondere für die Genehmigungsverfahren im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APrVen) verantwortlich sind.

Befragt werden sollten die Aufsichtsbehörden zu:

- Zugängen zur Ausbildung,
- Gestaltung der Ausbildungsbausteine,
- Durchführung der staatlichen Prüfungen,
- Ausbildungsevaluationen,
- Belastungen,
- Zufriedenheit

Die Befragung soll sich beziehen auf die aktuelle Umsetzung der rechtlichen Bestimmungen, die Ausgestaltung bei möglichen Freiheitsgraden, die Stimmigkeit zwischen Gesetz und Verordnungen. Entsprechendes Gesamtkonzept: Es sollte eine Analyse der Ist-Situation vorgenommen werden, sowie Bewertungen in Bezug auf zukünftige Ausbildungen erhoben werden.

Methodisches Vorgehen

Konkretisierung der Zielsetzungen

Befragt wurden die Aufsichtsbehörden der Bundesländer zur Auslegung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrV) in den Genehmigungs-/Anerkennungsverfahren und der weiterführenden Aufsicht.

Gegliedert wurde die Befragung in folgende Themen:

- Meldung von Auszubildenden von Ausbildungsstätte an Behörde,
- Praktische Tätigkeiten,
- Theoretische Ausbildung,
- Selbsterfahrung,
- Praktische Ausbildung,
- Supervision,
- „Freie Spitze“,
- Unterbrechung der Ausbildung,
- Dauer der Ausbildung,
- Prüfungen,
- Sonstiges,
- Zufriedenheit,
- Verbesserungsvorschläge bezogen auf Zuständigkeitsbereiche

Vorbereitung

Da die Stichprobe entsprechend der Anzahl der Bundesländer mit N=16 klein und überschaubar ist, wurde aufgrund des Aufwandes wegen der bundesweiten Verteilung und der umfangreichen Thematik eine Fragenbogenerhebung gewählt.

In einem Vorgespräch mit der Aufsichtsbehörde eines Bundeslandes wurden Ergänzungen zu den in der Projektbeschreibung vorgesehenen Themen und wichtige Erhebungsnotwendigkeiten der Landesbehörden ermittelt, die in die thematische Gestaltung des Fragebogens eingehen sollten.

Um die Motivation zur Mitarbeit bei den zum Teil extrem arbeitsbelasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Aufsichtsbehörden zu stärken bzw. zu erhöhen, wurde eine Sitzung aller Aufsichtsbehörden auf Bundesebene am 06. Mai 2008 in Mainz besucht. Das Forschungsprojekt wurde vorgestellt, die Notwendigkeit der Mitwirkung der staatlichen Instanzen hervorgehoben und offene Fragen wurden beantwortet.

Der Fragebogen

Aus den o.g. Schwerpunktthemen wurde eine Feingliederung erstellt, aus der schließlich der neunseitige Fragenkatalog entwickelt wurde.

Die Fragebereiche nahmen vielfach Bezug zum PsychThG und den APrVen. Sie gliederten sich wie folgt:

- Zugang zur Ausbildung
 - a. Notwendigkeit der Spezialisierung „Klinische Psychologie“ (§ 5 Abs.2 Ziffer 1a PsychThG) unabdingbar? Äquivalenzanerkennungen?
 - b. Eingangsberufe bzw. deren länderspezifischen Differenzierungen für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/therapeuten (§ 5 Abs. 2 Ziffer 2b PsychThG)
 - c. Mindeststandards als Eingangsvoraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung (z.B. Bachelor/Master, insbesondere KJP)
 - d. (Teil-)Anrechnung von psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungen
 - e. Umgang mit Berufsabschlüssen/absolvierten Psychotherapie-Weiterbildungen im europäischen/außereuropäischen Ausland
 - f. Kompetenzaufteilung zwischen staatlichen Behörden und Ausbildungsstätten bei der Entscheidung für die Zulassung zur Ausbildung.

- Ausbildungsbeginn
 - a. Meldung von Auszubildenden (zu Ausbildungsbeginn, vor der Prüfung, gar nicht)

- Praktische Tätigkeiten (§ 8 Abs. 3 Ziffer 3 PsychThG / § 2 Abs. 2 Ziffer 1 und 2 PsychTh-APrV)
 - a. Mindestzeiten für die Absolvierung von PT I und PT II (PsychThG: 12/6 Monate; APrV: 1.200/600 Std.)
 - b. Anerkennung von Erfahrungen aus der Zeit vor Ausbildungsbeginn
 - c. Kombination von Inhalten der Praktischen Ausbildung (s. u.) und der PT 2
 - d. Beginn der Bausteine
 - e. Festgelegte Reihenfolgen PT I, PT II, PAus
 - f. Institutionen, in denen PT I und PT II absolviert werden können, dabei:
 - I. Entfernung von der Ausbildungsstätte
 - II. Bundesland übergreifende Kooperationen
 - III. Zuständigkeiten bei der Genehmigung der Kooperationen/Anerkennungsverfahren
 - IV. Einschränkungen für Anerkennungen
 - V. Anforderungen an Institutionen für PT II
 - VI. Gegenseitige Nutzung von genehmigten Ausbildungsplätzen anderer Ausbildungsstätten (insbesondere PT I, PT II, PAus)
 - VII. Generelle Notwendigkeit der Weiterbildungsermächtigung der ärztlichen Leitung (PT I)
 - VIII. Umgang mit Individualverträgen

- Theoretische Ausbildung
 - a. Festlegung von Therapieschulen als Ausbildungsschwerpunkte (vertiefte Ausbildung) / Kombination wissenschaftlich anerkannter Verfahren. (§ 3 Abs. 1 PsychTh-APrV)
 - b. Umsetzung des Rahmencurriculum (Anlage 1 zu § 3 Abs. 1 PsychTh-APrV)
 - c. Nutzung elektronischer Medien und Fernstudienmaterialien zur Wissensvermittlung
 - d. Notwendigkeit der starren Festlegung von Vorlesung, Übung, Seminar und deren Beziehung zueinander.
- Selbsterfahrung (§ 5 PsychTh-APrV)
 - a. Gruppen-/Einzelselbsterfahrung
 - b. Qualifikation der Selbsterfahrungsanleiter/-innen
 - c. Dauer der Anerkennung für Selbsterfahrungsanleiter/-innen
- Praktische Ausbildung
 - a. Mögliche Verteilung der PAus auf ambulante und stationäre Behandlung
 - b. Mögliche Verteilung im Bereich Psychologische Psychotherapie auf Psychotherapie mit Erwachsenen und mit Kindern/Jugendlichen
 - c. Ausbildungsvoraussetzungen für den möglichen Beginn der PAus
 - d. Absolvierung PAus während der Praktischen Tätigkeit
- Supervision (§ 4 PsychTh-APrV)
 - a. Verhältnis Gruppen-/Einzelsupervision
 - b. Qualifikation der Supervisoren/Supervisorinnen (insbesondere: welche Form von Dozententätigkeit wird anerkannt)
 - c. Dauer der Anerkennung für Supervisorinnen/Supervisoren
 - d. Anzahl der Supervisor/en/innen pro ABstätte/pro Auszubildenden
- „Freie Spitze“
 - a. Notwendigkeit von nicht definierten und nur rechnerisch zu ermittelnden Ausbildungsbestandteilen
 - b. Vorgaben für Ausbildungsinhalte
- Unterbrechung der Ausbildung / Anrechnungen / Quereinstiege
 - a. Möglichkeiten von Unterbrechung bei längeren Krankheiten und Krisen, bei Schwangerschaft und Geburt, bei besonderen Anlässen sowie bei von der Ausbildungsleitung auferlegten Unterbrechungen (§ 6 Abs. 1 Ziffer 1 und 2 PsychTh-APrV)
 - b. Zulassungskompetenz bei Quereinstiegen (von / zu staatlich anerkannten / staatlichen Instituten) aufnehmendes Institut / staatliche Behörde
 - c. Prozedere bei Wechsel der Ausbildungsstätte (innerhalb Bundesland / aus anderem Bundesland)
- Dauer der Ausbildung
 - a. Höchstdauer der Ausbildung
 - b. Mindestdauer bis zur Prüfung(-sanmeldung)
- Prüfungen
 - a. Zusammensetzung der Prüfungskommission (§ 9 PsychTh-APrV)
 - I. Notwendigkeit der ärztlichen Mitwirkung (§ 9 Abs. 1, Ziffer 3 PsychTh-APrV)
 - II. Notwendigkeit der Besetzung mit Mitgliedern, die nicht dem jeweiligen Institut angehören (§ 9 Abs. 1 PsychTh-APrV)

- b. Möglichkeiten der Auflagen bei nicht bestandener schriftlicher und/oder mündlicher Prüfung
 - c. Festlegung des frühesten Prüfungstermins/-zeitraums (drei- bzw. fünfjährige Ausbildung)
 - d. Anmeldefristen zur Prüfung, Nachreichfristen für fehlende Unterlagen
 - e. Gebühren für zu Prüfende
 - f. Wohin werden erfolgreiche AbsolventInnen „gemeldet“
- Sonstiges
 - a. Austausch/Kontakt mit den ABstätten
 - b. Bearbeitungszeiten von ABstätten-Anträgen, Anerkennungsanträgen für Institutionen, Anfragen
 - c. Personalschlüssel: Personalstellen/ABstätten/Auszubildende
 - d. Gebühren für Anerkennungen (Ausbildungsstätte, Institutionen für PT 1/2, PAus, ABstätten-Wechsel
 - e. Unterstützung bei der Finanzierung der Ausbildung durch u.a. Bafög, Darlehen

Die Ausfülldauer betrug ca. 60 min, diese Dauer erweiterte sich je nach Umfang der Beantwortung der offenen Fragen.

Es wurde unter folgenden Antworttypen unterschieden: Mehrfachauswahl, ggf. Mit Kommentar, Ja/Nein-Fragen, Listen mit Optionsfeldern, Eingabe kurze bzw. lange freie Texte.

Es stand frei, einzelne Fragen nicht oder nur unvollständig zu beantworten.

Validierung

Mehrere Vorversionen wurden der gesamten Gutachtergruppe zur Durchsicht, Veränderung und Rückmeldung per Mail zugesandt. Aus den Rückmeldungen wurde eine vorläufige Fragebogen-version erstellt.

Zwei Verwaltungsangestellte aus nicht-psychotherapeutischen Arbeitsfeldern gaben Rückmeldung zur Verständlichkeit der Fragen.

Im Sinne einer Expertengültigkeit wurde diese Version dann einer Abteilungsleiterin eines Landesprüfungsamtes zur weiteren Validierung vorgelegt und jede Frage wurde detailliert durchgesprochen. So entstand die vorläufige Version des Fragebogens, die schließlich von der Forschungsgruppe als endgültige Version genehmigt wurde.

Erhebungszeitraum

Die Laufzeit der Fragebogenuntersuchung erstreckte sich von Mitte Mai bis Mitte Juli 2008.

Kontaktierungsstrategie

In einem Anschreiben per Brief mit beigelegtem Fragebogen wandte sich die Forschergruppe an die zuständigen Fachkräfte in den Ministerien bzw. Landesprüfungsämtern (LPAs) der Bundesländer. Eine aktuelle Liste der Behörden in den Bundesländern mit Personenzuweisung wurde von einem Landesprüfungsamt erbeten und über Ausbildungsstätten in allen Bundesländern abgeglichen.

Nach einem 75% Rücklauf wandte sich die Forschergruppe Mitte Juni 2008 mit einem zweiten Brief noch einmal an alle LPAs, um noch weitere Rückläufe zu erzielen.

Stichprobe/Rücklauf

Kontaktiert wurden die zuständigen Behörden in den 16 Bundesländern. Es konnte ein Rücklauf von 100% verzeichnet werden.

Auswertungsstrategie

Die Antworten wurden mit Hilfe von SPSS deskriptiv ausgewertet. Offene Fragen wurden qualitativ ausgewertet.

Eine Liste der befragten Aufsichtsbehörden/Landesprüfungsämter ist im Begleitband zu finden.

3.2 Praktische Tätigkeit (Klinikbefragung und niedergelassene Therapeuten)

Erhebungsinstrumente

Das Ziel der Befragungen bestand darin, die Verantwortlichen für die praktische Tätigkeit im Rahmen des Psychiatrie- und Psychotherapie“praktikums“ zur weiterführenden Einschätzung der praktischen Tätigkeit zu befragen.

Der Fragebogen für Kliniken zur Praktischen Tätigkeit nach dem PsychThG wurde von der Forschungsgruppe nach folgenden Gesichtspunkten gegliedert:

- Beschreibung/Charakterisierung der Klinik
- Beschreibung/Charakterisierung der Praktischen Tätigkeit in der Klinik
- Beschreibung/Charakterisierung der AusbildungsteilnehmerInnen
- Evaluation/Zufriedenheit

Der Fragebogen für niedergelassene FachärztInnen/PsychotherapeutInnen zur Praktischen Tätigkeit nach dem PsychThG wurde nach folgenden Gesichtspunkten gegliedert:

- Beschreibung/Charakterisierung der Praxis/Einrichtung
- Beschreibung/Charakterisierung der Praktischen Tätigkeit in der Praxis für PTI
- Beschreibung/Charakterisierung der AusbildungsteilnehmerInnen für PTI
- Evaluation/Zufriedenheit für PTI
- Beschreibung/Charakterisierung der Praktischen Tätigkeit in der Praxis für PTII
- Beschreibung/Charakterisierung der AusbildungsteilnehmerInnen für PTII
- Evaluation/Zufriedenheit für PTII

Der Klinikfragebogen bestand aus insgesamt 56 Fragen, der Fragebogen für niedergelassene TherapeutInnen aus 54 Fragen. Die Ausfülldauer betrug jeweils ca. 20-30 Minuten. Es wurde unter folgenden Antworttypen unterschieden: Mehrfachauswahl (ggf. mit Kommentar), Zahleneingabe, Ja/Nein-Fragen, Listen mit Optionsfeldern, Eingabe kurzer bzw. langer freier Texte. Bei der Mehrzahl der Fragen handelte es sich um Pflichteingaben, d.h. die Umfrage konnte bei Nicht-Beantwortung dieser Fragen nicht weiter bearbeitet werden.

Die Online-Umfragen wurden mittels LimeSurvey®, einer Open-Source-Online-Umfrage-Applikation (Schmitz, 2008) programmiert. Durch die Vergabe von Einmal-Tokens wurde die Umfrage für jeden Teilnehmer individuell zugänglich gemacht. Nach Aufrufen der Webpage und Eingabe des persönlichen Zugangscodes konnte der Fragebogen online beantwortet und verschickt werden.

Kontaktierungsstrategie

In einem Anschreiben per Brief bzw. einer großen Email-Anfrage wandte sich die Forschergruppe an die Ärztlichen Direktoren der Kliniken bzw. Praxisinhaber. Dem Anschreiben konnten die Teilnehmer den Link für die Umfrage, einen persönlichen Zugangscodes und die Dauer der Umfrage entnehmen.

Erhebungszeitraum

Die Laufzeit des Klinikfragebogens erstreckte sich vom 24.07.2008 bis 15.09.2008, die des Fragebogens für niedergelassene TherapeutInnen vom 26.08.2008 bis 26.09.2008.

Stichprobe

In einer zweistufigen Vorgehensweise wurde eine möglichst flächendeckende Erhebung der mit den Ausbildungsinstituten kooperierenden Kliniken und Praxen angestrebt.

Im ersten Schritt wurden die 17 Regierungspräsidien (RPs) der Bundesrepublik telefonisch kontaktiert, und um Mitwirkung in Form von Ausgabe der Adressen der mit den Ausbildungsinstituten kooperierenden Kliniken gebeten. Hierbei überließen lediglich acht RPs der Forschungsgruppe Daten. Die Datensätze waren dabei in den meisten Fällen unvollständig bzw. veraltet. Gründe, die die MitarbeiterInnen der RPs nannten, die keine Listen zur Verfügung stellten waren: 1. die Listen enthielten zu viele interne Informationen, die an Dritte nicht weitergegeben werden konnten, 2. aufgrund von Mitarbeiterwechsel bzw. Krankheitsfällen gebe es momentan keinen zuständigen Ansprechpartner, 3. die RPs hätten selbst keinen Überblick über Name und Adressen der kooperierenden Kliniken und sähen aufgrund von personeller Unterbesetzung auch nicht die Möglichkeit, solche Adressenlisten anzufertigen.

Im zweiten Schritt wurden die Ausbildungsstätten darum gebeten, Listen ihrer kooperierenden Kliniken und Praxen zur Verfügung zu stellen. Hieraus ergab sich ein Datensatz von 1018 Kliniken und 533 Praxen, an denen das Psychiatrie- (PT I) bzw. Psychotherapie“praktikum“ (PT II) absolviert werden kann.

Rücklauf

An der Klinikbefragung nahmen insgesamt 184 Personen/Institutionen teil, 134 Fragebögen wurden dabei komplett, 50 nicht komplett ausgefüllt. Ein Fragebogen wurde aus der Auswertung aufgrund von Eingabefehlern ausgeschlossen (Rücklauf 18,07%). An der Praxisbefragung nahmen insgesamt 90 Personen teil. 34 Fragebögen wurden dabei komplett, 56 nicht komplett ausgefüllt. Ein Fragebogen wurde aus der Auswertung ausgeschlossen, da der Teilnehmer angab, nicht den richtigen Fragebogen ausgefüllt zu haben (Rücklauf 16,89%).

Klinikumfrage

Ausgangsstichprobe: N=1018

Rücklauf: N=183 (18.1%)

Praxisumfrage

Ausgangsstichprobe: N=533

Rücklauf: N=89 (16.9%)

Bewertung des Rücklaufs – Schwierigkeiten im Erhebungsprozess

Die geringe Rücklaufquote der Umfrage von <20% kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass die Umfrage während der Sommerferienzeit stattfand und eine relativ kurze Laufzeit von vier bzw. sieben Wochen hatte. Dies stellt eine Limitierung der Aussagekraft unserer Ergebnisse auf das Gesamtbild der Praktischen Tätigkeit dar. Des Weiteren wurde von den UmfrageteilnehmerInnen rückgemeldet, es habe Probleme bei der Eingabe der URL und des Passworts gegeben, manche Teilnehmer verfügten über keinen Internetzugang oder benötigten Hilfe beim Verständnis einzelner Fragen. Vor allem die Unterscheidung zwischen PT I und PT II bei der Befragung der niedergelassenen TherapeutInnen führte evtl. zu Verständigungsschwierigkeiten, da einige TeilnehmerInnen das PT I mit der Tätigkeit in einer psychotherapeutischen/psychosomatischen Einrichtung (also hier PT II) und das PT II mit den Ausbildungsfällen gleichsetzten. Insgesamt gab es nur sehr wenige Rückmeldungen von TeilnehmerInnen aus dem psychoanalytischen Bereich.

Auswertungsstrategien

Die Ergebnisse wurden mit Hilfe von SPSS deskriptiv ausgewertet. Offene Fragen wurden inhaltlich ausgewertet.

3.2.1. Klinikbefragung

Beschreibung/Charakterisierung der Kliniken

Unter den antwortenden Kliniken ist ein gemischtes Spektrum von Kliniktypen vertreten: bei 42,1% der befragten Kliniken handelt es sich um Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie, 25,1% Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 33,3% Kliniken für Psychosomatik/Psychotherapie, 7,1% Kliniken für Pädiatrie und 15,4% sonstige Kliniken (Mehrfachantworten waren hierbei möglich) (Abbildung D 3.2-1).

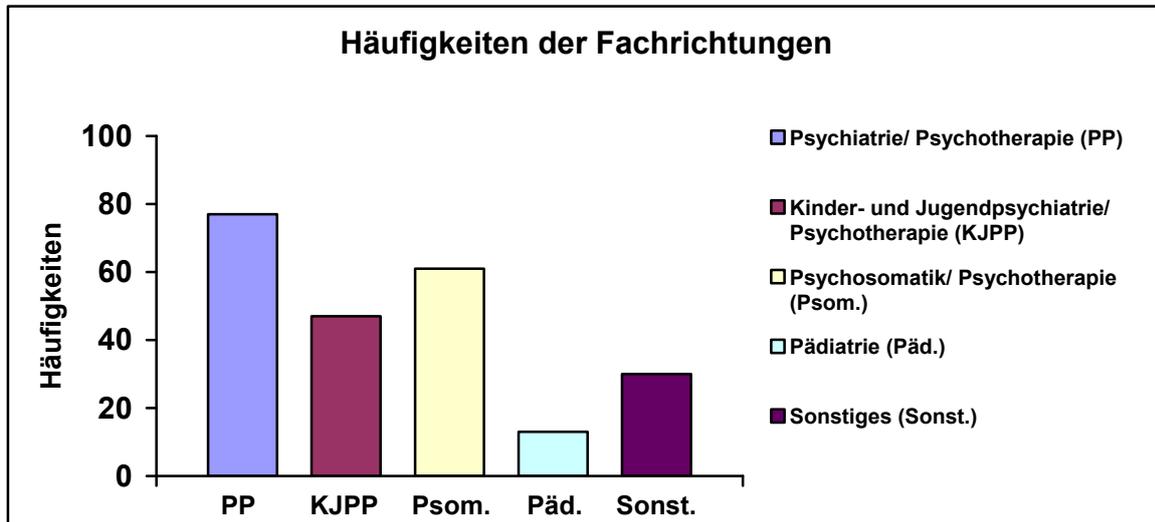


Abbildung D 3.2-1: Fachrichtung der befragten klinischen Einrichtungen

Bei der Mehrzahl der teilnehmenden Kliniken handelt es sich um Fachkliniken (28,4%), gefolgt von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (22,4%), Reha-Kliniken (20,8%), Universitätskliniken (14,8%), akademischen Lehrkrankenhäusern (15,3%) und 8,0% sonstigen Kliniken.

37,2% der Befragten gab an, die psychiatrische Akutversorgung stehe im Klinikalltag im Vordergrund, 30,1% sahen die psychosomatisch-psychotherapeutische, 17,5% die Rehabilitation und 7,1% sonstige Behandlungsmaßnahmen im Vordergrund.

Die Mehrzahl der Befragten (35,5%) gab an, einen verhaltenstherapeutischen, 13,7% einen tiefenpsychologischen, 0,5% einen psychoanalytischen und 4,9% einen tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Versorgung zu haben. 21,9% der Kliniken haben nach eigenen Angaben keinen verfahrensspezifischen Schwerpunkt (Abbildung D 3.2-2).

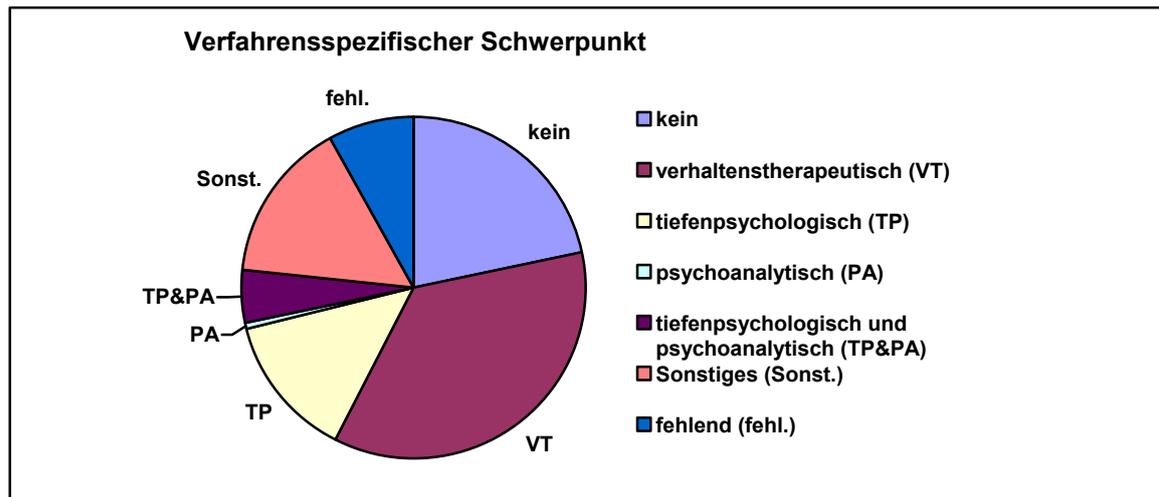


Abbildung D 3.2-2: Verteilung der verfahrensspezifischen Schwerpunkte der Kliniken

Etwa jede zweite Klinik (54,9%) hat aktuell Stellen für approbierte PP bzw. KJP ausgewiesen. Etwa ein Drittel der Kliniken sieht für die Zukunft einen Mehrbedarf an approbierten PP (30,6%) oder KJP (32,6%) in ihrer Klinik. Die Mehrzahl der Kliniken sieht einen Verbesserungsbedarf in der Ausbildung von PP (71,0%) und KJP (71,4%) für die künftige Tätigkeit in Kliniken.

3.2.2. Befragung der niedergelassenen TherapeutInnen

Beschreibung/Charakterisierung der Praxen/Einrichtungen

Unter den antwortenden niedergelassenen TherapeutInnen gab die Mehrzahl (48,3%) an, einen verhaltenstherapeutischen, 14,9% einen tiefenpsychologischen, 5,7% einen psychoanalytischen und 14,9% einen tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung zu haben (Abbildung D 3.2-3). Das Behandlungsspektrum erstreckt sich hierbei über Einzelpsychotherapie (91%), Gruppenpsychotherapie (31,5%) und Psychoedukation (42,7%).

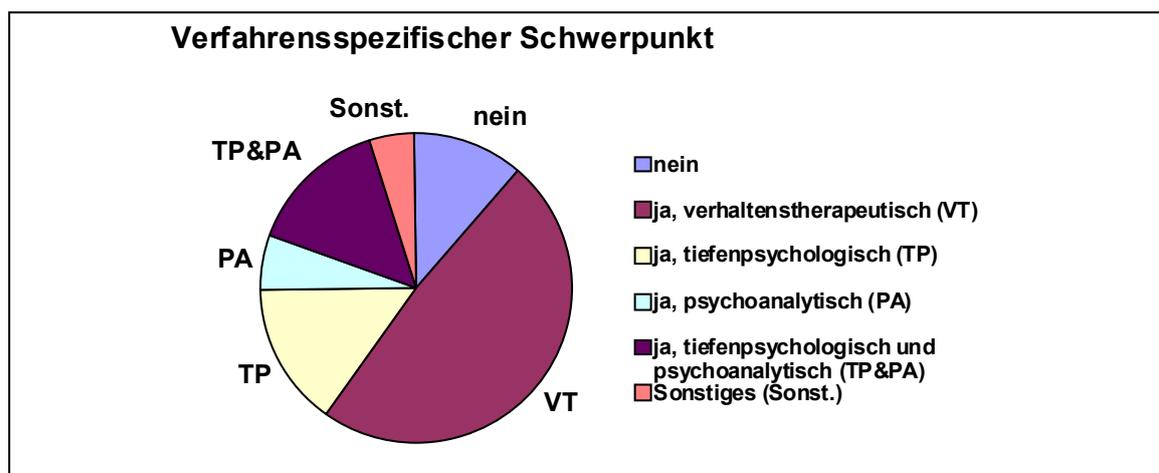


Abbildung D 3.2-3: Verfahrensspezifische Schwerpunkte der Praxen/Einrichtungen

3.3 Befragung der Ausbildungsstätten bzw. deren Leitungen

Die erste Befragung erfolgte zu Beginn des Jahres 2008. Die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten wurden schriftlich zu wesentlichen Kennzeichen der Einrichtungen befragt, nämlich

- Zeitpunkt der staatlichen Anerkennung
- Angebot welcher Vertiefungsverfahren bzw. Ausbildungen
- Organisation regionaler Ausbildungsstätten
- rechtlicher Status
- Laufzeiten und zeitliche Struktur der Ausbildung
- Anzahl der AusbildungsteilnehmerInnen inklusive Abbrecher
- Eingangsberufe der KJP-AusbildungsteilnehmerInnen
- „Freie Spitze“
- einzelne Bausteine der Ausbildung
- Kosten der Ausbildung sowie
- Honorare für durchgeführte Behandlungen

Diese erste Erhebung diente dazu, gewissermaßen eine erste „Landkarte der Ausbildung“ zu erstellen. Hier gelang es, eine weitgehend volle Erhebung durchzuführen.

In einem späteren Stadium der Datenerhebung (Juni – September 2008) wurde ein Fragebogen für die Leiterinnen und Leiter der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten entwickelt und versandt. Dieser Fragebogen umfasste zunächst 58, z. T. sehr ausführliche Fragen zur aktuellen Ausbildungssituation, gegliedert in institutionelle Rahmenbedingungen, die Beschreibung der Ausbildung als solche sowie einzelne Ausbildungsbausteine und die allgemeine Organisation der Ausbildung. In einem zweiten Teil wurde nach einer Bewertung der Stärken und Schwächen der gegenwärtigen gesetzlichen Situation und deren Umsetzung gefragt (in Anlehnung an die Einschätzungen in der ersten Delphi-Befragung – s. d.).

Im dritten Teil des Fragebogens schließlich wurden 26 Fragen zu Zukunftsperspektiven formuliert.

Tabelle D 3.3-1 (S. 40-42) fasst die einzelnen Items des Fragebogens zusammen. Der Fragebogen wurde an die Leiterinnen und Leiter sämtlicher aktiver Ausbildungsstätten versandt. 129 davon sandten den Fragebogen auswertbar zurück, was einem Rücklauf von 75% entspricht.

Tabelle D 3.3-1: Inhalte des Fragebogens für die Leitungen der Ausbildungsstätten

Fragebogenteil	Abschnitt	Inhalt
Aktuelle Ausbildungssituation	Institutionelle Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> – Zeitpunkt der staatlichen Anerkennung – Angebot an Vertiefungsverfahren – Stundenumfang der Ausbildungsbausteine – Rechtlicher Status – Zugehörigkeit zu einem/r Verbund/Dachgesellschaft – Ausbildungskosten (Gesamt, Reisekosten, Verdienst) – Honorarvergabe – Anzahl der genehmigten Ausbildungsplätze pro Jahr – Durchführung der Bausteine (innerhalb/ außerhalb der Ausbildungsstätte)
	AusbildungsteilnehmerInnen/ BewerberInnen	<ul style="list-style-type: none"> – Anzahl pro Ausbildungsstätte (TN/Bewerber) – Prozentualer Anteil der jeweiligen Studienabschlüsse der KJP-AusbildungsteilnehmerInnen – Ablauf der Bewerbung und Zulassung – Zugangsregelungen – Eignung (Anteil ungeeigneter Auszubildender; Zuständigkeit der Eignungsfeststellung; Maßnahmen bei Uneignung) – angestrebte Kompetenzen – Dauer der Ausbildung

Fragebogenteil	Abschnitt	Inhalt
	Theoretische Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> – Organisation des Unterrichts – Wissenschaftliche Verfahren im Curriculum – Orientierung des Curriculums – Orientierungsstärke am Rahmencurriculum
	Selbsterfahrung	<ul style="list-style-type: none"> – Angebot von Einzelselbsterfahrung – Teilnehmerstruktur der Gruppenselbsterfahrung – Zeitstruktur der Gruppenselbsterfahrung – Wahlfreiheit – Beginn – Gruppengrößen – Vorgaben des Ausbildungsinstituts über den Beginn
	Praktische Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> – Beginn – Variationsmöglichkeiten beim Klientel – Anzahl vergüteter Stunden – Zuweisungsverfahren an Ambulanztherapeuten – Verantwortliche für Erstgespräche – Ablauf Ambulanztherapien (Videoaufzeichnung; Evaluation; Dokumentation)
	Supervision	<ul style="list-style-type: none"> – Wahlmöglichkeit – Angebot – Berufsabhängiges Verhältnis zu SupervisorInnen
	Praktische Tätigkeit (PT I und PT II)	<ul style="list-style-type: none"> – Beginn – Auswahl der Plätze – Verortung der Plätze PT II – Höhe der Vergütung
	Prüfungen	<ul style="list-style-type: none"> – Zwischenprüfungen – Zufriedenheit mit der Anzahl der Prüfenden – Obergrenze für die Anzahl der zu Prüfenden – Durchfallquote – Bewertung der Ausbildungsbausteine
	Allgemeine Organisation	<ul style="list-style-type: none"> – Regionale Dependancen – Funktionen der Fachkräfte – Funktionsüberschneidungen – Anwesenheitserlaubnis für Kinder
	Allgemeine Organisation	<ul style="list-style-type: none"> – Stellung der AusbildungsteilnehmerInnen – Nachholung von Fehlstunden – Ausbildungsunterbrechung – Umgang mit Quereinstiegen – Internetzugang zu Ausbildungsinhalten – Institutsbibliothek – Zusammenarbeit mit anderen Institutionen – Informationsweitergabe an die Landesbehörde
Psychotherapeuten-gesetz & Ausbildungs- und Prüfungs-verordnungen	Bewertung der Komponenten	<ul style="list-style-type: none"> – Berufsausübung – Heilkundliche Psychotherapie – Approbation – Ausbildungsstätte – Eingangsvoraussetzungen – Ausbildungsdauer – Ausbildungsumfang – Richtlinienverfahren – Theoretischer Inhalt – Praktische Ausbildung – Alter der Behandlungsgruppen – Supervision – Selbsterfahrung

Fragebogenteil	Abschnitt	Inhalt
		<ul style="list-style-type: none"> – „Freie Spitze“ – Praktische Tätigkeit I (PP und KJP) – Praktische Tätigkeit II – Staatliche Prüfung
Zukunfts- perspektiven	Ausbildungs- gestaltung	<ul style="list-style-type: none"> – Mindestalter bei Ausbildungsbeginn – Mindestabschluss für Zulassung – Erwerb der Master-Qualifikation während Ausbildungsverlauf – Erforderliche berufliche Qualifikation (PP/KJP) – Inhaltliche Mindestvoraussetzungen – Auswahlverfahren – Unterschiedliche Zulassungsvoraussetzungen PP/KJP – Trennung Erwachsenen- und Kinder-/Jugendlichen-psychotherapie – Vergleich Qualifizierung PP und KJP – Vergleich Qualifizierung PP mit Zusatzqualifikation und KJP – Berufsgraduierung – Konzeptualisierung der Ausbildung (Verfahren) – Kooperation mit Universitäten – Qualitätssichernde Maßnahmen – Zertifizierung der ABst. – Ausbildungskosten (Höhe, BAföG, Einnahmen) – Änderung von Ausbildungsbausteinen (inhaltlich und Umfang) – Qualifikation der DozentInnen/SupervisorInnen/SelbsterfahrungsleiterInnen – Medizinische Inhalte – Vergleich zur Facharztweiterbildung – Zusätzliche Berechtigungen (Psychopharmakaverschreibung, Krankschreibungen, Stationäre Überweisung, Unterbringung – Aus-/Weiterbildung) – Ausbildungsstruktur (Verortung, Aus-/Weiterbildung) – Zeitpunkt der schriftlichen Abschlussprüfung – Kontrollinstanzen – Arbeitsfelder – Ergänzungsqualifikationen

Tabelle D 3.3-2: Stichprobenbeschreibung der InstitutsleiterInnenbefragung II (N=129)

		n	%
Verortung des Institutes	universitär	10	7,8
	universitär angebunden	13	10,1
	ohne universitären Bezug	106	82,2
Ausbildungsgang	Psychologische Psychotherapie (PP)	69	53,5
	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP)	16	12,4
	beide	44	34,1
Art des Vertiefungsverfahrens	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	10	7,8
	Verhaltenstherapie (VT)	56	43,4
	verklammerte Ausbildung: TP/PA	49	38,0
	Psychoanalyse	2	1,6
	VT und analytisches Verfahren an einem Institut	8	6,2
	Sonstiges	1	0,8

3.4 AusbildungsteilnehmerInnen

Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen wurde unter Einbezug vorliegender Fragebögen und Items, wie dem Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit (FAZ, unith; unith e.V. Qualitätssicherungsnetzwerk, 2007), Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung (QuaSIP; Dresenkamp & Jäger, 2007), Fragebogen zur Praktischen Tätigkeit (Abt. Medizinische Psychologie am UKE Hamburg; Busche et al., 2006) und dem Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit am FAVT (Bayer et al., 2009) erstellt. Weitere Items wurden auf Grundlage der Befragung von Experten und von aktuell in Ausbildung befindlichen Personen generiert. Vorversionen des Fragebogens wurden jeweils nach Diskussion in der Arbeitsgruppe und nach Testläufen in der Zielgruppe adaptiert.

Tabelle D 3.4-1 (S. 43-44) gibt einen Überblick zu Inhalten und Gestaltung des Fragebogens für AusbildungsteilnehmerInnen in Ausbildung zum Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die Fragebereiche gliedern sich hauptsächlich nach den Bestandteilen der Ausbildung und dem Bezug zum vorausgegangenen Studium.

Tabelle D 3.4-1: Inhalte des Fragebogens für die AusbildungsteilnehmerInnen

Inhalte, Themenbereiche	
Allgemeine und Soziodemographische Angaben	
Berufliche Entwicklung	– Studienabschlüsse, Promotion
Aktuelle Psychotherapieausbildung	– allgemeine Angaben – Finanzierung – Dauer, Modell – Wechsel von Ausbildungsinstituten – Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen
Bewertung der einzelnen Ausbildungsteile	– Nützlichkeit für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz – Zufriedenheit mit den Ausbildungsteilen in der Ausbildung
Veränderungswünsche bezüglich des theoretischen Teiles	
Bewertung der Verfahrensorientierung	
Bewertung der Möglichkeit der Verordnung von Psychopharmaka	
Bewertung der Möglichkeit der Einweisungsbefugnis in stationäre Einrichtungen	
Praktische Tätigkeit I	– Einarbeitung, Anleitung, Dauer – Rahmenbedingungen – Finanzielle Bedingungen – Tätigkeiten – Supervision – Bewertung der Praktikumsbedingungen – Begriff für die Tätigkeit – Anmerkungen
Praktische Tätigkeit II	– Einarbeitung, Anleitung, Dauer
Praktische Ausbildung	– Beginn zu welchem Zeitpunkt, Kompetenz – Zufriedenheit mit Betreuung
„Freie Spitze“	– Anrechenbarkeit von Inhalten
Studium und Ausbildung	– Informiertheit über Verfahren im Studium – Wünsche zur Veränderung – Bezug Studium und theoretischer Teil der Ausbildung – Relevanz der Studieninhalte für die Ausbildung (Diplompsychologen)

Inhalte, Themenbereiche	
Bewertung der Situation am Ausbildungsinstitut	– Auswahlverfahren, – Auswahl SE-und SV-LeiterInnen – Zufriedenheit
Evaluation der Ausbildung	– im Rahmen welcher Ausbildungsteile – Umgang mit Rückmeldungen
Bewertung der gesamten Ausbildung	– was so bleiben soll – was störend war – Verbesserungsvorschläge

Die angeführten Befragungsinhalte und Erhebungsinstrumente wurden in einen Onlinefragebogen eingearbeitet. Die Onlineversion wurde mittels LimeSurvey® erstellt, einer Open-Source-Online-Umfrage-Applikation. Nach Bearbeitung wurde das Softwarepaket auf einem Server des Universitätsklinikums Leipzig installiert und stand unter der Domain <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/teilnehmer.php> zur Verfügung. Die Teilnahme an der Befragung wurde für den zu befragenden Nutzerkreis eingeschränkt, in dem unikale fünfzestellige Codes in die Datenbank eingelesen wurden, wovon jeweils ein Code einer zu befragenden Person im Einladungsschreiben mitgeteilt wurden. Die Teilnahme an der Onlinebefragung konnte zwischenzeitlich unterbrochen werden und erfolgte anonym, d.h. eine Zuordnung von Datensätzen zu einem Zugangscode (und damit zu einer bestimmten Person) wurde ausgeschlossen. Alle erhaltenen Daten wurden von der Datenbank über das CSV-Format zur weiteren Bearbeitung in Excel oder SPSS übernommen.

Der vollständige Fragebogen befindet sich im Begleitband.

Kontaktierungsstrategie

Die AusbildungsteilnehmerInnen, welche sich aktuell in Ausbildung befinden, wurden direkt über die Institute, an denen sie die Ausbildung absolvieren, bzw. über einen Dachverband kontaktiert. Aus Gründen des Datenschutzes wurden keine Adressen von AusbildungsteilnehmerInnen an uns übermittelt. Die Anschreiben an die AusbildungsteilnehmerInnen wurden von dem jeweiligen Institut oder Dachverband an die Adressaten weitergeleitet (Tabelle D 3.4-2). Institute mit AusbildungsteilnehmerInnen, welche über den Dachverband DGVT kontaktiert wurden, erhielten keine Anschreiben zur Weiterleitung an ihre AusbildungsteilnehmerInnen. Die Einladungen zur Beteiligung an der Befragung erhielten die Zugangsdaten zur Onlinebefragung (einen jeweils nur einmalig vorhandenen Zugangscode) und Informationen zur Teilnahme an der Befragung per Papierfragebogen. Die zur Befragung eingeladenen AusbildungsteilnehmerInnen konnten mit dem Code an der Onlinebefragung teilnehmen oder einen Papierfragebogen anfordern. Bei Benutzung der Papierversion wurde der Zugangscode für die Onlineteilnahme gesperrt.

Tabelle D 3.4-2: Übersicht über den Versand der Kontaktierungsschreiben

AusbildungsteilnehmerInnen kontaktiert	Kontakt per	n
über das Ausbildungsinstitut	Brief	9242
	email	396
über Dachverband DGVT	Brief	1650
direkt (auf Nachfrage der AusbildungsteilnehmerInnen, ohne Institutszuordnung)	email	19
gesamt versendete Anschreiben		11307

Erhebungszeitraum

Die AusbildungsteilnehmerInnen wurden ab April/Mai 2008 über die Institute kontaktiert. Die Teilnahme an der Befragung war von Juni bis Oktober 2008 möglich. Die Daten wurden demnach über einen Zeitraum von 5 Monaten erhoben.

Stichprobe

Die mit der Ausbildung zum PP und KJP betrauten Institute und Dachverbände wurden kontaktiert, um die Gesamtzahl der derzeit in Ausbildung befindlichen Personen zu erfragen.

Die Grundgesamtheit der vorhandenen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befindlichen Personen, welche Ihre Ausbildung nach in Kraft treten des PsychThG absolvieren, lag nach Meldungen der Ausbildungsstätten und Dachverbände bei N=11.111 (Tabelle D 3.4-3).

Tabelle D 3.4-3: Schätzung des Rücklaufs: TeilnehmerInnenbefragung

vorhandene TN (Meldung von Instituten und Dachverbänden)		n	n	Rücklauf
PP		7909		
KJP		3026		
PP KJP nicht näher bezeichnet		176		
gesamt			11111	
Rücklauf				
Onlinebeteiligung	vollständig	2249		
	unvollständig	930		
	gesamt		3179	
per Papierversion		135		
		3314	3314	
Ausschluss				
Online unvollständig (nur eingeloggt, keine Beteiligung)		-80	3234	
Abschluss Medizin ohne andere Qualifikation		-11	3223	29%

Rücklauf und Schwierigkeiten im Erhebungsprozess

Unter dem Aspekt des aus Datenschutzgründen fehlenden direkten Kontaktes zu den zu Befragenden, ist ein Rücklauf von 29% als sehr gut zu bewerten.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Diskrepanz zwischen den von den Ausbildungsstätten und Dachverbänden gemeldeten (N=11.111) und den in den Instituten anscheinend tatsächlich vorhandenen AusbildungsteilnehmerInnen besteht (N=11.307; nach wiederholtem Kontakt mit den Ausbildungsstätten im Laufe des Versandes der Anschreiben).

Erschwerend für die Datenerhebung wirkte sich aus, dass einige AusbildungsteilnehmerInnen selbst kodierte Fragebogenvorversionen, die von einigen Dachverbänden und Instituten in Umlauf gebracht wurden, zur Befragung nutzten. Die Personen wurden – bei vorhandener Kontaktadresse – gebeten, den richtigen Fragebogen unter Nutzung ihres personalisierten Codes auszufüllen, damit die Ergebnisse nicht verloren gehen. Die eingegangenen ausgefüllten Vorversionen der Fragebögen wurden nicht in die Auswertung einbezogen, da in diesen Fällen nicht sicher vermieden werden kann, dass es bei Einbezug der Fragebögen in die Auswertung zur mehrfachen Teilnahme an der Befragung und damit zur Verzerrung des Befragungsergebnisses kommt. In diesem Zusam-

menhang erwies sich im Rückblick die Vergabe unikatler Codes zur Teilnahme an der Befragung als nützlich.

Insgesamt unterstützten die Mehrheit der Institute und deren Dachverbände die Befragung und motivierten die AusbildungsteilnehmerInnen zur Teilnahme.

Auswertungsstrategien

Alle erhaltenen Daten der Onlineversion des Fragebogens wurden von der Datenbank über das CSV-Format zur weiteren Bearbeitung in Excel oder SPSS übernommen. Die Daten der Befragung per Papierfragebogen wurden hinzugefügt. Die Auswertungen wurden im SPSS vorgenommen.

Stichprobenbeschreibung

Verfahrensrichtung und Ausbildungsbereich

Im Folgenden wird die Stichprobe hinsichtlich Verfahrensrichtung, Ausbildungsbereich, soziodemografischen Merkmalen und weiteren Variablen differenziert beschrieben.

Tabelle D 3.4-4: Verfahrensrichtung der TN

Verfahrensrichtung	n	%
Verhaltenstherapie (VT)	2022	62.7
Tiefenpsychologisch fundierte PT (TP)	532	16.5
Psychoanalyse (PA)	136	4.2
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	426	13.2
Gesprächspsychotherapie (GT)	9	0.3
Fehlende Angaben	98	3.0
Gesamt	3223	100.0

AusbildungsteilnehmerInnen der Verfahrensrichtung Verhaltenstherapie sind in der Stichprobe der Ausbildungsteilnehmer mit 62.7% am stärksten vertreten. Die Verfahrensrichtungen TP, PA und TP/PA werden im späteren Richtungsvergleich unter psychodynamisch orientierte Therapieverfahren (PD) zusammengefasst und haben einen Anteil von 33.9% (Tabelle D 3.4-4).

Tabelle D 3.4-5: Ausbildungsbereich der TN

Ausbildungsbereich	n	%
Kinder & Jugendliche (KJP)	854	26.5
Erwachsene (PP)	2255	70.0
PP abgeschlossen, derzeit KJP-F	14	0.4
KJP abgeschlossen, derzeit PP-F	2	0.1
Fehlende Angaben	98	3.0
Gesamt	3223	100.0

Die befragten AusbildungsteilnehmerInnen absolvieren am häufigsten (mit 70%) ihre Ausbildung in dem Bereich Psychologische Psychotherapie. Befragte AusbildungsteilnehmerInnen des Ausbildungsbereiches Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) haben insgesamt einen Anteil von 26.5%. AusbildungsteilnehmerInnen mit einer abgeschlossenen Therapieausbildung und einer zusätzlich Fachkundausbildung (KJP-F oder PP-F) sind sehr selten vertreten (Tabelle D 3.4-5).

Eine Beschreibung der soziodemografischen Daten der AusbildungsteilnehmerInnen findet sich in Tabelle D 3.4-6.

Tabelle D 3.4-6: Soziodemographische Angaben (Alter, Familienstand, Kinder) der TN

	Gesamt (N=3223)	VT (n=2022)	PD (n=1094)	KJP (n=854)	PP (n=2255)
Alter:					
M	33.88	31.96	37.15	34.69	33.43
SD	6.76	5.75	7.12	7.37	6.44
Spannweite	22-60	22-56	22-60	22-60	22-60
fehlende Angabe	4 (0.1%)	2 (0.2%)	2 (0.2%)	1 (0.1%)	3 (0.1%)
Altersgruppen:					
Bis 25 J.	112 (3.5%)	94 (4.6%)	15 (1.4%)	41 (4.8%)	67 (3.0%)
26 – 30 J.	1162 (36.1%)	942 (46.6%)	200 (18.3%)	281 (32.9%)	859 (38.1%)
31 – 35 J.	855 (26.5%)	542 (26.8%)	287 (26.2%)	198 (23.2%)	633 (28.1%)
36 – 40 J.	527 (16.4%)	247 (12.2%)	251 (22.9%)	149 (17.4%)	345 (15.3%)
41 – 45 J.	317 (9.8%)	127 (6.3%)	175 (16.0%)	85 (10.0%)	215 (9.5%)
46 – 50 J.	184 (5.7%)	53 (2.3%)	120 (11.0%)	76 (8.9%)	97 (4.3%)
51 – 55 J.	52 (1.6%)	12 (0.6%)	37 (3.4%)	20 (2.3%)	29 (1.3%)
56 – 60 J.	10 (0.3%)	3 (0.1%)	7 (0.6%)	3 (0.4%)	7 (0.3%)
Geschlecht:					
männlich	616 (19.1%)	337 (16.7%)	245 (22.4%)	136 (15.9%)	445 (19.7%)
weiblich	2603 (80.8%)	1685 (83.3%)	848 (77.5%)	718 (84.1%)	1809 (80.2%)
fehlende Angaben	4 (0.1%)	0	1 (0.1%)	0	1 (0.0%)
Familienstand:					
ledig	2064 (64.0%)	1395 (69.0%)	610 (55.8%)	497 (58.2%)	1505 (66.7%)
verheiratet	981 (30.4%)	556 (27.5%)	387 (35.4%)	298 (34.9%)	643 (28.5%)
verheiratet getrennt lebend	50 (1.6%)	27 (1.3%)	21 (1.9%)	16 (1.9%)	32 (1.4%)
verwitwet, geschieden	122 (3.8%)	44 (2.2%)	74 (6.8%)	42 (4.9%)	74 (3.3%)
fehlende Angaben	6 (0.2%)	0	2 (0.2%)	1 (0.1%)	1 (0.0%)
Kinder:					
ja	914 (28.4%)	488 (24.1%)	388 (35.2%)	293 (34.3%)	581 (25.8%)
nein	2301 (71.4%)	1534 (75.9%)	702 (64.2%)	560 (65.6%)	1672 (74.1%)
fehlende Angaben	8 (0.2%)	0	4 (0.4%)	1 (0.1%)	2 (0.1%)

Tabelle D 3.4-7: Angaben zur Ausbildung (Studienrichtung, Promotion) der TN

	Gesamt (N=3223)	VT (n=2022)	PD (n=1094)	KJP (n=854)	PP (n=2255)
Abschluss:					
Dipl. Psych.	2472 (76.7%)	1730 (85.6%)	692 (63.3%)	212 (24.8%)	2203 (97.7%)
Master Psych.	29 (0.9%)	21 (1.0%)	8 (0.7%)	4 (0.5%)	25 (1.1%)
fehlende Angaben	659 (20.4%)	239 (11.8%)	367 (33.5%)	640 (70.7%)	2 (0.1%)
Promotion:					
ja	458 (14.2%)	337 (16.7%)	117 (10.7%)	48 (5.6%)	405 (18.0%)
nein	2577 (80.0%)	1584 (78.3%)	917 (83.8%)	786 (92.0%)	1710 (75.8%)
abgeschlossen	164 (5.1%)	101 (5.0%)	60 (5.5%)	20 (2.3%)	140 (6.2%)
fehlende Angaben	24 (0.7%)	0	0	0	0

76.7% der AusbildungsteilnehmerInnen verfügen über einen Diplomabschluss in Psychologie. Die fehlenden Angaben betreffen AusbildungsteilnehmerInnen, die einen Abschluss in einer anderen Studienrichtung (Pädagogik, Lehramt, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, etc.) angeben (Tabelle D 3.4-7).

Der Anteil von Diplom Psychologen in dem Ausbildungsbereich Kinder und Jugendliche ist mit 24.8% gering und stellt in diesem Bereich eine Minderheit dar (Tabelle D 3.4-7).

In der Ausbildung der Verfahrensrichtung Verhaltenstherapie sind Diplom Psychologen häufiger vertreten als in psychodynamisch orientierten Ausbildungen, in welchem der Anteil von Nicht-Psychologen ca. 33% beträgt.

Die befragten TN befinden sich durchschnittlich seit 2,5 Jahren in Ausbildung. Die befragten TN in Ausbildungen, welche psychodynamisch orientiert sind, befinden sich schon etwas länger in Ausbildung. Der Unterschied zwischen VT- und PD-TN resultiert aus den TN, die in Teilzeitausbildung sind (27 vs. 39 Monate). Die TN im Vollzeitmodell der Richtungen VT und PD unterscheiden sich nur gering (Tabelle D 3.4-8).

Die TN in Vollzeitausbildung sind im Durchschnitt seit 2 Jahren an ihrem Institut, wohingegen TN in Teilzeit schon seit 3 Jahren in Ausbildung sind (Tabelle D 3.4-9).

Tabelle D 3.4-8: Bisherige Ausbildungsdauer bei den TeilnehmerInnen (in Monaten)

Wie lange befinden Sie sich in Ausbildung (in Monaten)?							
	gültig		M	SD	Median	fehlend	
	n	%				n	%
Gesamt	3088	95,8	30,95	23,18	26,00	135	4,2
Vollzeit (3 Jahre)	1136	99,1	22,48	15,94	20,00	10	0,9
Teilzeit (5 Jahre)	1776	98,8	36,11	25,16	32,00	21	1,2
KJP	852	98,2	31,60	23,42	27,00	16	1,8
Vollzeit (3 Jahre)	227	98,3	21,89	15,16	20,00	4	1,7
Teilzeit (5 Jahre)	568	98,1	34,96	24,31	31,00	11	1,9
PP	2236	99,1	30,70	23,09	26,00	21	0,9
Vollzeit (3 Jahre)	909	99,3	22,63	16,13	20,00	6	0,7
Teilzeit (5 Jahre)	1208	99,2	36,65	25,55	33,00	10	0,8
VT	2007	99,3	26,72	19,37	22,00	15	0,7
Vollzeit (3 Jahre)	1041	99,2	22,45	15,44	20,00	8	0,8
Teilzeit (5 Jahre)	861	99,4	32,02	22,18	28,00	5	0,6
Psychodynamisch	1073	98,1	38,89	27,35	34,00	21	1,9
Vollzeit (3 Jahre)	95	97,9	22,86	20,73	17,00	2	2,1
Teilzeit (5 Jahre)	908	98,3	40,05	27,21	35,00	16	1,7
PA	131	96,3	43,56	31,47	35,00	5	3,7
Vollzeit (3 Jahre)	5	100,0	45,80	24,12	44,00	0	0,0
Teilzeit (5 Jahre)	115	96,6	42,66	31,48	34,00	4	3,4
TP	526	98,9	33,48	23,99	30,00	6	1,1
Vollzeit (3 Jahre)	85	97,7	19,98	17,50	17,00	2	2,3
Teilzeit (5 Jahre)	409	99,3	35,97	24,04	33,00	3	0,7
PA/TP	416	97,7	44,25	28,66	41,50	10	2,3
Vollzeit (3 Jahre)	5	100,0	49,00	37,40	54,00	0	0,0
Teilzeit (5 Jahre)	384	97,7	43,62	28,45	41,00	9	2,3

Tabelle D 3.4-9: Bisherige Ausbildungsdauer bei den TeilnehmerInnen (in Jahren)

Wie lange befinden Sie sich in Ausbildung (in Jahren)?							
	gültig		M	SD	Median	fehlend	
	n	%				n	%
Gesamt	3088	95,8	2,58	1,93	2,17	135	4,2
Vollzeit (3 Jahre)	1136	99,1	1,87	1,33	1,67	10	0,9
Teilzeit (5 Jahre)	1776	98,8	3,00	2,10	2,67	21	1,2
KJP	852	98,2	2,63	1,95	2,25	16	1,6
Vollzeit (3 Jahre)	227	98,3	1,82	1,26	1,67	4	1,7
Teilzeit (5 Jahre)	568	98,1	2,91	2,03	2,58	11	1,9
PP	2236	99,1	2,56	1,92	2,17	21	0,9
Vollzeit (3 Jahre)	909	99,3	1,89	1,34	1,67	6	0,7
Teilzeit (5 Jahre)	1208	99,2	3,05	2,13	2,75	10	0,8
VT	2007	99,3	2,23	1,61	1,83	15	0,7
Vollzeit (3 Jahre)	1041	99,2	1,87	1,29	1,67	8	0,8
Teilzeit (5 Jahre)	861	99,4	2,67	1,85	2,33	5	0,6
Psychodynamisch	1073	98,1	3,24	2,28	2,83	21	1,9
Vollzeit (3 Jahre)	95	97,9	1,91	1,73	1,42	2	2,1
Teilzeit (5 Jahre)	908	98,3	3,34	2,27	2,92	16	1,7
PA	131	96,3	3,63	2,62	2,92	5	3,7
Vollzeit (3 Jahre)	5	100,0	3,82	2,01	3,67	0	0,0
Teilzeit (5 Jahre)	115	96,6	3,56	2,62	2,83	4	3,4
TP	526	98,9	2,79	2,00	2,50	6	1,1
Vollzeit (3 Jahre)	85	97,7	1,67	1,46	1,42	2	2,3
Teilzeit (5 Jahre)	409	99,3	3,00	2,00	2,75	3	0,7
PA/TP	416	97,7	3,69	2,39	3,46	10	2,3
Vollzeit (3 Jahre)	5	100,0	4,08	3,12	4,50	0	0,0
Teilzeit (5 Jahre)	384	97,7	3,64	2,37	3,42	9	2,3

3.5. Befragung der Lehrkräfte⁵ für theoretischen Unterricht, Selbsterfahrung, Supervision und Prüfung

Ziel der Befragung war es, die Ausbildungsbausteine theoretischer Unterricht, Selbsterfahrung und Supervision sowie die staatlichen Prüfungen hinsichtlich Ihres bisherigen zeitlichen Ablaufes und Umfanges zu beschreiben und hinsichtlich Ihrer Bewährung innerhalb der Ausbildung zu bewerten. Weiterhin sollten Einschätzungen der Lehrkräfte zu perspektivischen Fragen zur Psychotherapieausbildung und zu Kompetenzen der AusbildungsteilnehmerInnen erfragt werden.

Erhebungsinstrument

Umfang und Antwortformate

Der Fragebogen bestand aus 80 inhaltlichen Fragen und 16 Fragen zu allgemeinen demographischen Angaben. Die Papierversion hatte 16 Seiten.

Die *Ausfülldauer* variierte je nach Anzahl der ausgeübten Funktionen der Lehrkräfte und des Umfanges der Beantwortung der offenen Fragen von ca. 30 min bis 60 min.

⁵ Als Lehrkräfte werden im Folgenden alle Personen bezeichnet, die ausschließlich oder in Mehrfachfunktion als DozentInnen für den theoretischen Unterricht, als SupervisorInnen, als SelbsterfahrungsleiterInnen oder als PrüferInnen für die staatlichen Prüfungen an den Ausbildungsstätten tätig sind.

Folgende *Antwortformate* kamen im Fragebogen vor: Mehrfachauswahl (ggf. mit Kommentar; ggf. mit „Weiß-Nicht“-Option), Zahleneingabe, Ja/Nein-Fragen (ggf. mit „Weiß-nicht“-Option), fünfstufige Ratingskalen (sehr bis gar nicht; sehr gut bis mangelhaft; deutlich zu hoch bis deutlich zu niedrig; sehr sinnvoll/wichtig bis nicht sinnvoll/wichtig), Eingabe kurzer bzw. langer freier Texte.

Bei der Mehrzahl der Fragen handelte es sich um *freiwillige Angaben*, d.h. die Umfrage konnte auch bei Nicht-Beantwortung dieser Fragen weiter bearbeitet werden. Dies wurde aufgrund der Länge des Fragebogens so festgelegt bzw. um ein vorzeitiges Abbrechen bei Ablehnung einzelner Fragen zu vermeiden.

Inhalte des Fragebogens

Die Lehrkräfte wurden gebeten, die Ausbildungsbausteine theoretischen Unterricht, Selbsterfahrung, Supervision und Prüfung zu beschreiben und zu bewerten hinsichtlich der Struktur, und der Zufriedenheit sowie hinsichtlich des zeitlichen Aufbaus und Umfangs.

Die staatlichen Prüfungen wurden bewertet hinsichtlich der Bewährung der bisherigen Prüfungen, der Prüfungsvorbereitung sowie die Angabe von Vorschlägen für deren Modifikation.

Weiterhin wurden die Lehrkräfte gebeten,

- Einschätzungen zu perspektivischen Fragen
- (verfahrensorientierte/störungsspezifische Ausbildung, Psychotherapieforschung, Erwerb ärztlicher Kompetenzbereiche),
- Einschätzungen der Zufriedenheit mit ihrer Arbeit an der Ausbildungsstätte,
- Einschätzungen der Kompetenzen der AusbildungsteilnehmerInnen (allgemein, nach Abschlüssen/Grundberufen)
- sowie Einschätzungen zur Ausbildung insgesamt (Bewährtes, Problematisches, Verbesserungsvorschläge)

abzugeben.

Die Inhalte des Fragebogens sind in Tabelle D 3.5-1 (S. 50-52) aufgeführt.

Tabelle D 3.5-1: Übersicht über Inhalte des Fragebogens für die Lehrkräfte

Fragebogenteil	Abschnitt	Inhalt
DozentInnen ⁶	Allgemeine Angaben	– Umfang und Inhalt der Dozententätigkeit
	Umfangsänderung	– Erhöhung/Reduzierung des Umfanges von Bestandteilen der Theorieausbildung
	Zufriedenheit	– Zufriedenheit mit Aspekten der Theorieausbildung (Curriculum, Gruppengröße, Vorwissen etc.)
	Änderungen im zeitlichen Ablauf	– Zeitliche Vor-/Rückverlagerung von Bestandteilen der Theorieausbildung im Hinblick auf die Praktische Ausbildung
	Prüfungen	– Orientierung am Gegenstandskatalog, Training von Multiple-Choice-Fragen/Fallvorstellungen für die Prüfung
	Redundanzen	– Überlappung Ausbildungsinhalte/Inhalte Studium – Überlappung Ausbildungsinhalte/Weiterbildungsinhalte Kliniken der Praktischen Tätigkeit/Ausbildung
	KJP-Ausbildung	– Einschätzung der Heterogenität der Eingangsberufe – Änderung der Theorieausbildung für Nicht-Psychologen
	Offene Fragen	– Probleme und Veränderungsvorschläge für Theorieausbildung

⁶ Als DozentInnen werden im Folgenden Personen bezeichnet, die im Rahmen der Psychotherapieausbildung in der theoretischen Ausbildung tätig sind.

Fragebogenteil	Abschnitt	Inhalt
SupervisorInnen	Allgemeine Angaben	– Umfang der SupervisorInnentätigkeit
	Umfang Supervision	– Zukünftiger Umfang Einzel- und Gruppensupervision nach Verfahren – Mehrbedarf bei Praktischer Tätigkeit/Ausbildung – Bestehendes/zukünftiges Verhältnis Behandlungs-/Supervisionsstunden
	Zufriedenheit	– Zufriedenheit mit Aspekten der Supervision in der Psychotherapieausbildung (Integration in Ausbildung, eigene Tätigkeit etc.)
	Gruppensupervision	– Derzeitige/zukünftige Gruppengröße
	Offene Fragen	– Probleme und Veränderungsvorschläge für die Supervision
SelbsterfahrungsleiterInnen	Allgemeine Angaben	– Umfang der SupervisorInnentätigkeit
	Umfang Selbsterfahrung	– Zukünftiger Umfang Einzel- und Gruppenselbsterfahrung nach Verfahren
	Selbsterfahrungsgruppen	– Derzeitige/zukünftige Gruppengröße
	Durchführung	– Beginn und Frequenz
	Zufriedenheit	– Zufriedenheit mit Aspekten der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung (Integration in Ausbildung, eigene Tätigkeit etc.)
	Offene Fragen	– Probleme und Veränderungsvorschläge für die Selbsterfahrung
PrüferInnen	Mündliche/ Schriftliche Prüfung	– Bewährung Aufteilung in Einzel- und Gruppenprüfung – Prüfungsanforderungen – Eignung der Prüfung zur Kompetenzüberprüfung
	PrüfungsteilnehmerInnen	– Qualität der Vorbereitung
	Vergütung	– Höhe und Quelle der Vergütung
	Offene Fragen	– Probleme und Veränderungsvorschläge für die mündlichen/schriftlichen Prüfungen / die Prüfungen insgesamt
	Perspektiven der Ausbildung	– Verfahrenorientierte Ausbildung/Ausbildung in wissenschaftlich fundierten Methoden in Bezug auf bestimmte Indikationsbereiche (sinnvoll?) – Wichtigkeit der Psychotherapieforschung – allgemein und nach PP/KJP – Medizinorientierung (Psychopharmakaverordnung, Krankschreibung, stationäre Behandlung/Unterbringung)
Situation an der Ausbildungsstätte	Zufriedenheit	– Zufriedenheit mit Organisation, Zusammenarbeit, Atmosphäre, Räumlichkeiten etc.
Evaluation der Ausbildung		– Existenz einer Evaluierung, Vorgabe von Ausbildungsstätte – Zeitlicher Abstand – Umgang mit Ergebnissen – Konsequenzen
Einschätzung der AusbildungsteilnehmerInnen	Bewertung therapeutischer Kompetenzen am Ende der Ausbildung (PP und KJP)	– Symptomatologie, Prozedurale Fertigkeiten, Interpersonale Kompetenzen, Formales, Selbstreflexion, Prüfungsleistung
	Bewertung der Zugangsvoraussetzungen	– Bewährung insgesamt – Bewährung der unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen für KJP und PP
	Bewertung der unterschiedlichen Abschlüsse (KJP)	– Unterschiede im Vorwissen/therapeutischen Kompetenzen am Ende der KJP-Ausbildung je nach Abschluss/Grundberufen – Ranking der Zugangsberufe nach Vorwissen/Profil von Ausbildung – Begründung der Unterschiede KJP-TeilnehmerInnen

Fragebogenteil	Abschnitt	Inhalt
Gesamteinschätzung	Offene Fragen	<ul style="list-style-type: none"> – Bewährtes – Probleme – Verbesserungsvorschläge
Allgemeine Angaben		<ul style="list-style-type: none"> – Alter, Geschlecht, Beruf, Qualifikation, Vertiefungsrichtung, Tätigkeiten im Rahmen der Ausbildung, Eigene therapeutische Tätigkeit

Fragebogenerstellung und Validierung

Die Vorlagen für den Fragebogen waren hauptsächlich der Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung (QuaSIP, Dresenkamp & Jäger, 2007), der Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit (FAZ) von unith (unith e.V. Qualitätssicherungsnetzwerk, 2007), der Fragebogen zur Professionellen Entwicklung von PsychotherapeutInnen (CRN; Orlinky & Ronnestad, 2005) und der Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit am Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (FAVT; Bayer et al., 2009). Grundlage für die erhobenen Fragen war weiterhin die Leistungsbeschreibung des „Forschungsgutachtens zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ des Bundesministeriums für Gesundheit.

Der Fragebogen bestand in einer Papier- und in einer Onlineversion. Die Onlineversion wurde mittels LimeSurvey®, einer Open-Source-Online-Umfrage-Applikation, programmiert. Jeder Befragungsteilnehmer erhielt einen einmaligen Zugangscode, mit dem nach Aufruf der entsprechenden Internetseite der Zugang zum Fragebogen möglich war. Die Beantwortung der Fragen erfolgte online und konnte jederzeit unterbrochen und wieder aufgenommen werden. Die Abspeicherung der Daten erfolgte anonym, d.h. es konnte keine Verbindung zwischen dem Zugangscode und den eingegangenen Daten hergestellt werden.

Eine Validierung der Fragen im eigentlichen Sinne erfolgte aus Gründen des knappen Zeitplanes nicht. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind überwiegend selbst in langer Erfahrung als Lehrkräfte an verschiedenen Ausbildungsstätten tätig. Diese innerhalb der Arbeitsgruppe bestehende Expertise wurde genutzt und der Fragebogen wurde in mehreren Vorversionen per E-Mail und auf Gesamtgruppentreffen durchgesehen und überarbeitet.

Anregungen zur Veränderung des Fragebogens aus einem Treffen mit den Mitgliedern der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsträgerverbände am 17.04.2008 in Berlin wurden ebenfalls in den Fragebogen aufgenommen.

Kontaktierungsstrategie

Da eine Vollerhebung angestrebt war und die Grundgesamtheit auf über 5000 Personen geschätzt wurde, wurde eine Onlinebefragung der Lehrkräfte bevorzugt mit der Möglichkeit des Anforderns eines Papierfragebogens.

Der Kontakt zu den Lehrkräften wurde über die Ausbildungsinstitute hergestellt. In einem Anschreiben im April 2008 wurden die Institute gebeten, die Namen und soweit vorhanden die E-Mail-adressen/Postadressen der Lehrkräfte an Ihrem Institut mitzuteilen. Gegebenenfalls konnte auch nur die Anzahl der pro Institut tätigen Lehrkräfte angegeben werden. Die Lehrkräfte wurden nach Sammlung und Sichtung der erhaltenen Listen auf mehreren Wegen kontaktiert:

- Per E-Mail (versandt direkt durch uns)
- Per Anschreiben (postalisch direkt versandt durch uns)
- Per Anschreiben (von den Instituten weitergeleitet)
- Per E-Mail-Anschreiben (von den Instituten weitergeleitet)*.

* Diese Variante wurde bevorzugt bei Instituten mit einer großen Anzahl an Lehrkräften, bei denen wir keine Mail- oder Post-Kontaktmöglichkeit hatten und die Weiterleitung von entsprechend großen Mengen an Papieranschreiben finanziell und organisatorisch den Instituten nicht zumutbar war. Hier wurden die Lehrkräfte gebeten, sich bei uns für die Vergabe eines Zugangscode zu melden.

Die E-Mail bzw. die Anschreiben enthielten kurze Informationen über das Forschungsprojekt sowie die Adresse der Internetseite und den persönlichen Zugangscode. Informationen zur Anforderung einer Papierversion (telefonisch, per Fax oder per E-Mail) waren ebenfalls angegeben.

Lehrkräfte, von denen E-Mail-Adressen vorhanden waren, wurden Ende August 2008 per E-Mail an das Ausfüllen der Umfrage erinnert. Weiterhin wurde in den Anschreiben an die Institute und in einer Rundmail an die Institute/Institutsleitungen (Anfang September 2008) gebeten, zur Teilnahme an der Befragung zu motivieren.

Erhebungszeitraum

Die Online-Erhebung startete mit einem Versand der Einladungsmails am 19.6.2008, die Anschreiben an die Institute bzw. postalisch direkt an die Lehrkräfte startete am Ende Juni 2008. Die endgültige Deadline für die Online-Befragung war der 30.09.2008. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich demnach über 3,5 Monate.

Stichprobe

5797 Lehrkräfte wurden von Instituten* zurückgemeldet (Lehrkräfte, die von mehreren Instituten genannt worden sind („Mehrfachtigkeit“), wurden – soweit möglich – herausgerechnet).

Davon waren 5025 namentlich, 772 namentlich nicht bekannt (20 Institute haben keine Namen angegeben, nur die Anzahl), Eine Lehrtätigkeit an mehreren Instituten konnte hier nicht herausgerechnet werden).

Die Grundgesamtheit kann damit nur geschätzt werden: bei ca. 25% Mehrfachtigkeit (laut Sichtung der Gesamtrückmeldung der Institute) der Lehrkräfte an mehreren Instituten sind von den 772 nicht namentlich bekannten Lehrkräften circa 193 Lehrkräfte, die schon von anderen Instituten genannt worden sind, evtl. sogar noch mehr.

→ geschätzte Grundgesamtheit: ca. N=5600

Bei circa 143 Lehrkräften ist ungewiss, ob die Kontaktierung per E-Mail-Anschreiben über die Institute erfolgt ist, da keinerlei Zugangscodeanfragen von Lehrkräften dieser Institute bei uns eingegangen sind.

→ geschätzte Mindest-Anzahl durch uns kontaktierten Lehrkräfte: ca. 5450
(unter Berücksichtigung der korrigierten Grundgesamtheit)

Rücklauf und Schwierigkeiten im Erhebungsprozess

n=2062 online eingeloggt

103 Fälle gelöscht aufgrund komplett fehlender Antworten → n=1959 (online)

+ 237 von 342 verschickten Papierversionen

→ N=2196

Ca. 39% Rücklauf (bezogen auf die korrigierte Grundgesamtheit von N=5600)

Vor allem zu Beginn der Onlineerhebung gab es technische Schwierigkeiten mit der Abspeicherung der Ergebnisse, die aber binnen weniger Tage behoben werden konnten.

Einige versandte E-Mails sind durch SPAM-Filter der E-Mail-Postfächer nicht angekommen. Einige Lehrkräfte meldeten uns zurück, dass sie Schwierigkeiten hatten, den langen Link zur Internetseite per Hand einzugeben. Weiterhin wurden zum Teil Zugangscodes bei den Lehrkräften als schon vergeben angezeigt, obwohl sie nach eigener Angabe noch nicht teilgenommen hatten.

Soweit dies möglich war, wurden diese Schwierigkeiten behoben (Angabe eines einfacheren Links, Überprüfung bzw. Neuvergabe von Zugangscodes, erneute Versendung der E-Mails als Erinnerungsmail).

* Nur 1 Institut gab keine Rückmeldung.

Auswertungsstrategien

Die Ergebnisse wurden mit Hilfe von SPSS deskriptiv ausgewertet. Offene Fragen wurden qualitativ mittels eines Kategoriensystems ausgewertet.

Folgende offene Fragen wurden qualitativ ausgewertet (zusammenfassende Inhaltsanalyse) und in die Beantwortung der Gutachtenfragen aufgenommen (Tabelle D 3.5-2)

Tabelle D 3.5-2: Anzahl der ausgewerteten offenen Antworten aus der Lehrkräftebefragung

Offene Frage	N (auswertbare Antworten)
Sollte sich Ihrer Meinung nach für AusbildungsteilnehmerInnen ohne absolviertes Psychologiestudium (z.B. mit (sozial-pädagogischem Studium) die theoretische Ausbildung verändern? Offene Antworten zur Antwortmöglichkeit „sonstige Veränderung“	35
Welche Veränderungsvorschläge [für die theoretische Ausbildung] haben Sie?	844
Welche Probleme sehen Sie im Zusammenhang mit der Selbsterfahrung in der Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?	510
Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für die Selbsterfahrung?	376
Wie wird mit den Ergebnissen der Evaluation umgegangen? (Antwortoption sonstiges)	78
Art der Konsequenzen bei der Evaluation	517
Begründung für existierende Unterschiede zwischen den AusbildungsteilnehmerInnen der KJP-Ausbildung	108
Verbesserungsvorschläge für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insgesamt	912

Stichprobenbeschreibung

Tabelle D 3.5-3: Soziodemographische Angaben und Angaben zur beruflichen Tätigkeit der Lehrkräfte

	n	%
Geschlecht		
Weiblich	882	52,7
Männlich	793	47,3
Fehlende Angabe	0	0
gesamt	1675	100,0
Altersgruppen		
Bis 35 Jahre	45	2,0
36 – 45 Jahre	314	14,3
46 – 55 Jahre	664	30,2
56 – 65 Jahre	540	24,6
über 65 Jahre	120	5,5
Fehlende Angabe	513	23,4
Funktion in der Ausbildung (letzten drei Jahre)		
DozentInnen	2026	92,3
SupervisorInnen	1489	67,8
SelbsterfahrungsleiterInnen	768	34,9
Staatliche PrüferInnen	590	26,5
Fehlende Angabe	0	0
Hauptberuflich in der Ausbildung tätig?		
Nein	1514	68,9
Ja	136	6,2
Fehlende Angabe	546	24,9

	n	%
Qualifikation		
Psychologischer Psychotherapeut	1083	38,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	425	14,9
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	51	1,8
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	144	5,0
FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	276	9,7
FA für Neurologie und Psychiatrie	66	2,3
Nervenarzt	46	1,6
Zusatzbezeichnung Psychoanalyse	394	13,8
Zusatzbezeichnung Psychotherapie	368	12,9
Berufe		
Arzt	406	18,4
Psychologe	1134	51,6
Pädagoge	71	3,2
Sozialpädagoge	73	3,3
Lehrer	57	2,5
Sonstiges (Theologie, Sozialarbeit, etc.)	71	3,2
Verfahren (Mehrfachantworten)		
Psychoanalyse	881	52,6
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	1012	60,4
Verhaltenstherapie	712	42,5
Gesprächspsychotherapie	207	12,4
Sonstige	337	20,1
Approbation Übergangsregelung nach Psychotherapeutengesetz		
Nein	494	22,5
Ja	813	37,0
Trifft nicht zu	275	12,5
Fehlende Angabe	614	28,0
Selbst therapeutisch tätig		
Nein	35	1,6
Ja	1603	73,0
Fehlende Angabe	558	25,4
Arbeitsbereich		
Eigene Praxis	1203	54,8
Ambulant	591	26,9
Stationär	271	12,5
Teilstationär	105	4,8
Fehlende Angabe	569	25,9

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe ist 52,8 Jahre. Das der Frauen in der Stichprobe beträgt 51,9 Jahre (SD=9,0), das der Männer 53,7 Jahre (SD=8,6). Tabelle D 3.5-4 zeigt die Altersverteilung in den Vertiefungsrichtungen der Lehrkräfte.

Tabelle D 3.5-4: Altersverteilung in den Vertiefungsverfahren der Lehrkräfte

Verfahren	bis 35 Jahre		36-45 Jahre		46-55 Jahre		56-65 Jahre		über 65 Jahre		Gesamt n	Mittelwert (Jahre)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Psychoanalyse	0	0	51	5,8	343	39,2	384	43,8	98	11,2	876	56,7
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	2	0,2	80	7,9	418	41,5	412	40,9	95	9,4	1007	55,8
Verhaltenstherapie	42	5,9	238	33,6	276	39,0	140	19,8	12	1,7	708	48,2
Gesprächspsychotherapie	1	0,5	29	14,1	88	42,9	75	36,6	12	5,9	205	53,7
Gesamt	43	2,6	305	18,5	652	39,5	535	32,4	117	7,1	1652	52,8

Der überwiegende Teil der Lehrkräfte in der Stichprobe hat eine Aus-/Weiterbildung in einem psychoanalytisch begründeten Verfahren (Tabelle D 3.5-5 und D 3.5-6 und Abbildung D 3.5-1).

Tabelle D 3.5-5: Vorhandene Abschlüsse der Lehrkräfte in Verfahrensrichtungen (Einteilung der Stichprobe in diese Verfahrensrichtungen)

	n	%
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse (TP u. PA)	783	35,7
Verhaltenstherapie (VT)	584	26,6
Psychoanalytisch begründetes Verfahren (TP u./o. PA) und Verhaltenstherapie (TP/PA u. VT)	128	5,8
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	113	5,1
Psychoanalyse (PA)	41	1,9
Sonstige Verfahren (So) (Gesprächspsychotherapie, Systemische Therapie, Familientherapie, Neuropsychologie ohne Richtlinienverfahren)	27	1,2
Fehlende Angaben	520	23,7

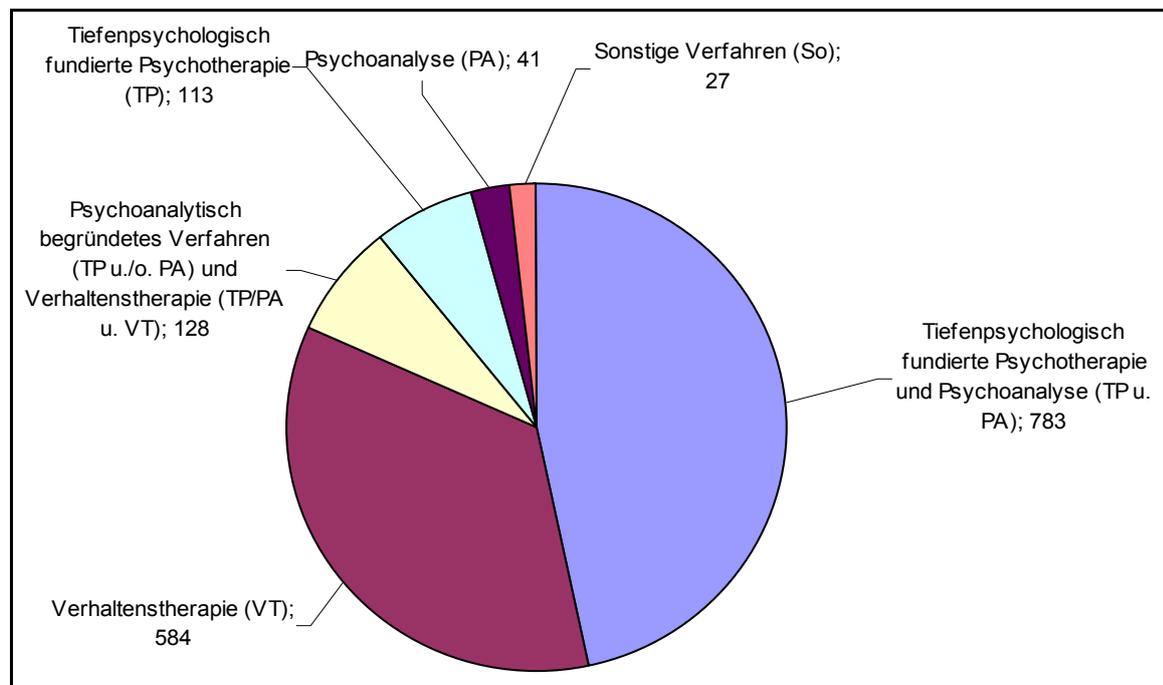


Abbildung D 3.5-1: Vertiefungsverfahren der Lehrkräfte

Als weniger differenzierende Einteilung der Vertiefungsverfahren wurde folgende verwendet (Tabelle D 3.5-6).

Tabelle D 3.5-6: Vertiefungsrichtung der Lehrkräfte (weniger differenzierte Einteilung)

	n	%
Verhaltenstherapie	584	26,6
Psychoanalytisch begründetes Verfahren	937	42,7
Psychoanalytisch begründetes Verfahren und Verhaltenstherapie	128	5,8
Fehlende Angaben	547	24,9

Ausbildungsgänge (% der Gesamtstichprobe)

Tätigkeit in PP-Ausbildung:	66,1%	(n=1451)
Tätigkeit in KJP-Ausbildung:	32,0%	(n=703)
KJP und PP:	18,9%	(n=416)

Ausgewählte weitere Items der Stichprobenbeschreibung (% der Gesamtstichprobe)

27,2% (n=597) der Lehrkräfte sind auch im Rahmen der Facharzt-Weiterbildung tätig.

73% (n=1603) der Lehrkräfte sind selbst therapeutisch tätig.

Dozenten erhalten für ihre Lehrtätigkeit durchschnittlich 51 € pro Lehrstunde, SupervisorInnen durchschnittlich 68 € und Selbsterfahrungsleiter durchschnittlich 66 €.

DozentInnen sind an bis zu 15 Ausbildungsstätten aktiv (M=1,7; SD=1,2), SupervisorInnen an bis zu 11 (M=1,5; SD=0,9), Selbsterfahrungsleiter an bis zu 5 (M=1,2; SD=0,8) und PrüferInnen an bis zu 11 Ausbildungsstätten (M=1,1; SD=0,9).

3.6. Befragung der Studierenden

Im Rahmen des Gutachtens sind Studierende der Psychologie als potenzielle Ausbildungsteilnehmer zu (1) ihrer Entschlossenheit eine Ausbildung zu beginnen, (2) den Beweggründen für oder gegen eine Ausbildung, (3) ihrem Informationssuchverhalten (4) und der Vermittlung psychotherapeutischer Verfahren im Studium befragt worden.

Methodik**Erhebungsinstrumente**

Der eingesetzte Fragebogen wurde für die Befragung entwickelt und lehnt sich an einen Fragebogen einer bereits durchgeführten Studie zur Einstellung zu Psychotherapie und psychotherapeutischer Tätigkeit von Studierenden der Medizin, Psychologie und Gesellschaftswissenschaften (Vogel, 2006; Zwerenz et al., 2007). Weiterhin fand Literatur zu Einflüssen auf die Berufswahl Psychotherapeut, sowie auf die Wahl eines spezifischen therapeutischen Verfahrens Berücksichtigung (Eichenberg, Müller & Fischer, 2007; Farber, Manevich, Metzger & Saypol, 2005; Lindel & Sellin, 2007; Murphy & Halgin, 1995). Ein Pretest wurde an einer kleinen Stichprobe von Studierenden durchgeführt. Tabelle D 3.6-1 gibt einen Überblick über den Gestaltung und Inhalt des Fragebogens. Der Fragebogen wurde als paper & pencil Version an die Studierenden verteilt.

Tabelle D 3.6-1: Inhalte des Fragebogens für die Studierendenbefragung

Inhalte, Themenbereiche	
Teil I. Persönliche Angaben	
Allgemeine und Soziodemographische Angaben	
Teil II. Studium und berufliche Pläne	
Angaben zu Studium	– Fachsemester, Schwerpunktfächer, Master/Diplom
Vermittlung psychotherapeutischer Verfahren im Studium	– Bekanntheit, Umfang der Vermittlung, – Ausgewogenheit der Darstellung – Zufriedenheit mit Ausgewogenheit – Informationsverhalten jenseits des Studiums
Teil III. Angaben zur Psychotherapieausbildung	
Berufliche Ziele	
Angestrebte Arbeitsfelder	
Entschiedenheit zu psychotherapeutischer Ausbildung*	
Informationssuche über Ausbildung*	– Intensität – Quellen
Art der Ausbildung*	– Verfahren – KJP/PP
Beginn der Ausbildung*	– Wann nach Studium – Warum später?
Voll- oder Teilzeitmodell Finanzierung der Ausbildung*	
Berufliche Ziele nach Ausbildung*	– Bewertung der Praktikumsbedingungen
Faktoren der Verfahrenswahl	
Argumente PRO Ausbildung	
Argumente CONTRA Ausbildung	

* diese Fragen wurden nur den Personen gestellt, die eine Ausbildung nicht ausschließen (N=443)

Kontaktierungsstrategie

An sieben deutschen Universitäten (vgl. Tabelle D 3.6-2) wurden die Fragebögen an Psychologiestudierende im Hauptstudium verteilt. 97,7% der Befragten wurden zur Mitarbeit in Lehrveranstaltungen, 2,3% über e-Mail-Verteiler gewonnen.

Tabelle D 3.6-2: Zusammensetzung der Stichprobe der Studierenden

Ort der Erhebung	n	%	dokumentierte Aktionen	ausgegebene Fragebögen	Rücklauf
Leipzig	110	22,9	6	138	79,8%
Heidelberg	125	26,0	7	145	86,2%
Bochum	36	7,5	4	45	80,0%
Jena	86	17,9	2	121	71,1%
Saarbrücken	27	5,6	1	75	36,0%
München	25	5,2	1	40	62,5%
Köln	71	14,8	6	158	44,9%
Gesamt	480	100	27	722	66,5%

Erhebungszeitraum

Juni und Juli 2008.

Stichprobe

Es wurden 722 Fragebögen verteilt, von denen 480 verwertbar ausgefüllt wurden. Die Rücklaufquote beträgt 66,5% und variiert zwischen 36,0% und 86,2% an den verschiedenen Befragungsorten.

Tabelle D 3.6-3: Stichprobenbeschreibung Studierendenbefragung

	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Geschlecht	89	100,0	388	100,0	477	99,3
keine Angabe					3	0,7
Altersgruppen						
21 – 24 Jahre	32	36,0	229	59,0	261	54,4
25 – 29 Jahre	29	32,6	88	22,7	117	24,4
30 – 34 Jahre	16	18,0	27	7,0	43	8,9
35 – 39 Jahre	7	7,9	12	3,1	19	3,9
über 39 Jahre	2	2,2	17	4,4	19	3,9
keine Angabe	3	3,4	15	3,9	21	4,4
Familienstand						
verheiratet	5	5,6	40	10,3	45	9,3
ledig	83	93,3	338	87,1	421	87,7
geschieden/getrennt	1	1,1	9	2,3	10	2,1
keine Angabe	0	0,0	1	3,9	4	0,8
Voraussichtliche Fachsemester bis Studienabschluss						
0 – 2 Semester	29	32,6	129	3,2	158	32,9
3 – 4 Semester	41	46,1	202	52,1	243	50,6
über 5 Semester	15	16,9	52	13,4	67	13,9
keine Angabe	4	4,5	5	1,3	12	2,5
Kinder						
ja	4	4,5	39	10,1	43	8,9
nein	85	95,5	346	72,1	431	89,8
keine Angabe	0	0,0	3	0,8	6	1,3
Berufliche Vorgeschichte						
Berufsausbildung	18	20,2	65	16,8	83	17,3
Studium	15	16,8	55	14,2	70	14,6
keine	55	61,8	267	68,8	322	67,1
keine Angabe	1	1,1	1	0,0	5	1,0
Angestrebter Abschluss						
Diplom	84	94,4	362	93,3	446	92,9
Master	4	4,5	21	5,4	25	5,2
keine Angabe	1	1,1	5	1,3	9	1,9

Bewertung des Rücklaufes

Der Rücklauf entspricht den üblichen Ergebnissen bei einem solchen Vorgehen und ist als zufriedenstellend zu bewerten.

Auswertungsstrategien

Die Daten aus den Papierbögen wurden elektronisch erfasst und zur weiteren Verarbeitung mit SPSS zur Verfügung gestellt.

3.7. Befragung AbsolventInnen der Ausbildung

Der Fragebogen wurde unter Einbezug vorliegender Fragebögen und Items, wie dem Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit, Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung (QuaSIP, Dresenkamp & Jäger, 2007), Fragebogen zur Praktischen Tätigkeit (Abt. Medizinische Psychologie am UKE Hamburg; Busche et al., 2006) und dem Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit am FAVT (Bayer et al., 2009) erstellt. Weitere Items wurden auf Grundlage der Befragung von Experten und approbierten Psychotherapeuten generiert. Vorversionen des Fragebogens wurden jeweils nach Diskussion in der Arbeitsgruppe und nach Testläufen in der Zielgruppe adaptiert.

Tabelle D 3.7-1 gibt einen Überblick zu Inhalten und Gestaltung des Fragebogens für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Die Fragebereiche gliedern sich hauptsächlich nach den Bestandteilen der Ausbildung.

Tabelle D 3.7-1: Inhalte des Fragebogens für AbsolventInnen

Inhalte, Themenbereiche	
Allgemeine und Soziodemographische Angaben	
Berufliche Entwicklung	– Studienabschlüsse, Promotion
Abgeschlossene Psychotherapieausbildung	– allgemeine Angaben – Finanzierung – Dauer – Wechsel von Ausbildungsinstituten – Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen
Bewertung der Verfahrenorientierung	
Bewertung der Möglichkeit der Verordnung von Psychopharmaka	
Bewertung der Möglichkeit der Einweisungsbefugnis in stationäre Einrichtungen	
Bewertung der einzelnen Ausbildungsteile	– Nützlichkeit für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz – Nützlichkeit für die Vorbereitung auf die Prüfung – Umfang der Ausbildung
Veränderungswünsche bezüglich des theoretischen Teiles	
Praktische Tätigkeit I	– Einarbeitung, Anleitung, Dauer – Rahmenbedingungen – Finanzielle Bedingungen – Tätigkeiten – Supervision – Bewertung der Praktikumsbedingungen – Begriff für die Tätigkeit – Anmerkungen
Praktische Tätigkeit II	– Einarbeitung, Anleitung, Dauer
Praktische Ausbildung	– fachliche Betreuung, Zeitpunkt
Arbeitsfelder während der praktischen Tätigkeiten und Ausbildung	
Selbsterfahrung	– Anmerkungen
Prüfungen	– Vorbereitung, Wiederholung – Eignung zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz
Bewertung der Situation am Ausbildungsinstitut	
Evaluation der Ausbildung	– im Rahmen welcher Ausbildungsteile – Umgang mit Rückmeldungen
Tätigkeit nach der Ausbildung	– Bereich, Relevanz der Ausbildung – Arbeit nach welchen psychotherapeutischen Konzepten
Bewertung der gesamten Ausbildung	– was so bleiben soll – was störend war – Verbesserungsvorschläge

Der aus den in Tabelle angeführten Befragungsinhalten resultierende Fragebogen wurde als Papierversion sowie elektronisch als Onlinefragebogen erarbeitet. Die Onlineversion wurde mittels LimeSurvey® erstellt, einer Open-Source-Online-Umfrage-Applikation. Nach Bearbeitung wurde das Softwarepaket auf einem Server des Universitätsklinikums Leipzig installiert und stand unter der Domain <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/absolventen.php> zur Verfügung. Die Teilnahme an der Befragung wurde für den zu befragenden Nutzerkreis eingeschränkt, in dem unikale fünfzestellige Codes in die Datenbank eingelesen wurden, wovon jeweils ein Code einer zu befragenden Person im Einladungsanschreiben mitgeteilt wurden. Die Teilnahme an der Onlinebefragung konnte zwischenzeitlich unterbrochen werden und erfolgte anonym, d.h. eine Zuordnung von Datensätzen zu einem Zugangscode (und damit zu einer bestimmten Person) wurde ausgeschlossen.

Kontaktierungsstrategie

Die AbsolventInnen der Ausbildung wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen über die Landespsychotherapeutenkammern (LPtK) der Bundesländer kontaktiert. Die Anschreiben an die Absolventen wurden von der jeweiligen LPtK an die Adressaten, welche Ihre Approbation ab 1999 erhielten, versendet. Die Einladungen zur Beteiligung an der Befragung erhielten die Zugangsdaten zur Onlinebefragung (einen jeweils nur einmalig vorhandenen Zugangscode) und Informationen zur Teilnahme an der Befragung per Papierfragebogen. Die eingeladenen Personen konnten mit dem Code an der Onlinebefragung teilnehmen oder einen Papierfragebogen anfordern. Bei Benutzung der Papierversion wurde der Zugangscode für die Onlineteilnahme gesperrt.

Es wurden insgesamt 4227 AbsolventInnen der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz zur Teilnahme an der Befragung eingeladen (Tabelle D 3.7-2).

Tabelle D 3.7-2: Übersicht über die versandten Anschreiben im Rahmen der Befragung

Landespsychotherapeutenkammer	n
Baden-Württemberg	471
Bayern	650
Berlin	484
Bremen	12
Hamburg	110
Hessen	400
Niedersachsen	273
Nordrhein-Westfalen	856
Rheinland-Pfalz	278
Saarland	50
Schleswig-Holstein	110
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer	533
gesamt	4227

Erhebungszeitraum

Die AbsolventInnen wurden im Monat August 2008 über die Landespsychotherapeutenkammern kontaktiert, so dass die Absolventen das Anschreiben jeweils ca. zwei Wochen vor Ende der Sommerferien erreichte. Die Teilnahme an der Befragung war bis zum 15.11.2008 möglich. Die Daten wurden demnach über einen Zeitraum von 3,5 Monaten erhoben.

Stichprobe

Tabelle D 3.7-3: kontaktierte AbsolventInnen und Rücklauf

	N	N
potentielle AbsolventInnen der Ausbildung nach Psychotherapeutengesetz (laut Auskunft der LPtK)		
gesamt		4227
kontaktierte Personen		
gesamt versendete Anschreiben		4227
Rücklauf		
Onlinebeteiligung		798
per Papierversion		65
gesamt		863
Ausschluss von Fällen		
Approbation nach Übergangsregelung und Ausbildung vor 1999 begonnen (N=197 Fälle ausgeschlossen. Dies entspricht 22,8% von N=863 Datensätzen)	-197	666

Die Grundgesamtheit der vorhandenen Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, welche Ihre Ausbildung nach in Kraft treten des PsychThG absolvierten, lag nach Einschätzung des IMPP, der Landespsychotherapeutenkammern sowie dieser Erhebung zum Erhebungszeitpunkt bei ca. 3250 (Tabelle D 3.7-4). Demnach verzeichneten wir eine Rücklaufquote von 20% für die Befragung der AbsolventInnen der Ausbildung.

Tabelle D 3.7-4: Schätzung der Grundgesamtheit der AbsolventInnen und Rücklaufquote

Informationsquelle	Anzahl AbsolventInnen	N	N	Rücklaufquote
Landesprüfungsamt	z.T. einschließlich nicht nur nach PsychThG approbierter AbsolventInnen		4227	20,4% 863 von 4227
Berechnung auf Grundlage von Werten aus erhaltenen Datensätzen der Befragung	ohne geschätzte 22,8% nicht nach PsychThG approbierter ProbandInnen	-965	3262	20,4% 666 von 3262
IMPP	Prüfung abgeschlossen im Zeitraum Herbst 2002 bis 2007		3234	20,6% 666 von 3234

Bewertung des Rücklaufes

Laut Mitteilung der Landespsychotherapeutenkammern wurden außer den ab 1999 approbierten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen auch andere Personen kontaktiert, da nicht immer nachvollziehbar war, wann und nach welcher Gesetzesregelung die Personen die Approbation erhalten hatten. Aus diesem Grund wurden aus den später erhaltenen Datensätzen die Fälle entfernt, die ihre Approbation nach der Übergangsregelung erhielten oder ihre Ausbildung vor 1999 (dem in Kraft treten des PsychThG) begannen. Die Summe der über die Landespsychotherapeutenkammern versendeten Anschreiben ist also höher als die Anzahl der tatsächlich nach dem PsychThG approbierten Absolventen der Ausbildung.

Verringert man die Anzahl der laut Landespsychotherapeutenkammern potentiell vorhandenen approbierten Personen um den Prozentsatz (22,8%) der in den erhaltenen Datensätzen vorhandenen Fälle „mit Approbation nach Übergangsregelung und vor 1999 approbierten Fälle“, erhält man N=3262. Das IMPP in Mainz gibt an, dass N=3234 im Zeitraum Herbst 2002 bis zum Jahr 2007 die Prüfung abgelegt haben. Die geschätzte Anzahl von 3262 approbierten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen ist also nahezu identisch mit

der tatsächlich vorhandenen Grundgesamtheit. Es kann daher von einer Rücklaufquote von 20,4% ausgegangen werden.

Unter dem Aspekt, dass man aus Gründen des Datenschutzes keinen direkten Kontakt zu den zu Befragenden aufbauen konnte ist ein Rücklauf von 20% als gut zu bewerten.

Auswertungsstrategien

Alle erhaltenen Daten der Onlineversion des Fragebogens wurden von der Datenbank über das CSV-Format zur weiteren Bearbeitung in Excel oder SPSS übernommen. Die Daten der Befragung per Papierfragebogen wurden hinzugefügt. Die Auswertungen wurden im SPSS vorgenommen.

Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden wird die Gruppe der AbsolventInnen (ABS) hinsichtlich verschiedener Merkmale beschrieben. Zum einen soll die Zusammensetzung der verschiedenen Verfahrensrichtungen und Ausbildungsbereiche dargestellt werden. Des Weiteren werden soziodemografische Variablen, wie Alter, Geschlecht und Familienstand verfahrensrichtungs- und ausbildungsbereichsspezifisch dargestellt, sowie auf Ausbildungsmerkmale kurz eingegangen.

Tabelle D 3.7-5: Verfahrensrichtung der AbsolventInnen

Verfahrensrichtung	n	%
Verhaltenstherapie (VT)	520	78,1
Tiefenpsychologisch fundierte PT (TP)	52	7,8
Psychoanalyse (PA)	4	0,6
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	34	5,1
fehlende Angaben	56	8,4
Gesamt	666	100,0

Die meisten der befragten AbsolventInnen (mehr als 3/4) absolvierten eine verhaltenstherapeutische Ausbildung.

Die Verfahrensrichtungen TP, PA und TP/PA werden im späteren Richtungsvergleich unter psychodynamisch orientierte Therapieverfahren (PD) zusammengefasst und sind in der Stichprobe der AbsolventInnen mit einem Anteil von 13.5% vertreten (Tabelle D 3.7-5).

Tabelle D 3.7-6: Ausbildungsbereich der AbsolventInnen

Ausbildungsbereich	n	%
Kinder & Jugendliche (KJP)	120	18,0
Erwachsene (PP)	449	67,4
PP abgeschlossen, derzeit KJP-F	40	6,0
KJP abgeschlossen, derzeit PP-F	1	0,2
fehlende Angaben	56	8,4
Gesamt	666	100,0

Die meisten befragten AbsolventInnen (67.4%), absolvierten ihre Ausbildung in dem Bereich Erwachsene (PP), 18% absolvierten eine Ausbildung im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) (Tabelle D 3.7-6).

Im weiteren Vergleich der Ausbildungsbereiche KJP und PP werden die ABS, welche sich in Fachkundausbildungen befinden, zu den PP oder KJP AbsolventInnen zugeordnet. Das heißt AbsolventInnen mit einer Approbation im Bereich KJP werden mit der Gruppe PP-F (und schon

vorhandene KJP Approbation) zusammengefasst. Der Ausbildungsbereich KJP hat dann einen Anteil von 18.2%. Absolventen mit einer Approbation im Bereich PP werden mit der Gruppe KJP-F zusammengefasst betrachtet. Die ABS des Ausbildungsbereiches PP umfassen dann 73,4%.

Tabelle D 3.7-7: Soziodemographische Angaben (Alter, Altersgruppen, Geschlecht, Familienstand, Kinder) der AbsolventInnen

	Gesamt (N=666)	VT (n=520)	PD (n=90)	KJP (n=121)	PP (n=489)
Alter:					
M	38.53	37.78	42.16	40.61	37.89
SD	6.31	6.11	5.98	7.34	5.88
Spannweite	28-58	28-58	31-57	29-57	28-58
fehlende Angabe	31 (4,7%)				
Altersgruppen:					
28 – 39 J.	398 (59,8%)	351 (67,5%)	35 (38,9%)	61 (50,4%)	325 (66,5%)
40 – 49 J.	192 (28,8%)	139 (26,7%)	44 (48,9%)	42 (34,7%)	141 (28,8%)
50 – 58 J.	45 (6,8%)	30 (5,8%)	11 (12,2%)	18 (14,9%)	23 (4,7%)
Geschlecht:					
männlich	140 (21,0%)	112 (21,5%)	19 (21,1%)	22 (18,2%)	109 (22,3%)
weiblich	493 (74,0%)	408 (78,5%)	71 (78,9%)	99 (81,8%)	380 (77,7%)
fehlende Angaben	33 (5,0%)				
Familienstand:					
ledig	278 (41,7%)	230 (44,2%)	36 (40,0%)	38 (31,4%)	228 (46,6%)
verheiratet	299 (44,9%)	247 (47,5%)	43 (47,8%)	67 (55,4%)	223 (45,6%)
verheiratet getrennt lebend	14 (2,1%)	12 (2,3%)	2 (2,2%)	3 (2,5%)	11 (2,2%)
verwitwet, geschieden	41 (6,2%)	31 (6,0%)	9 (10,0%)	13 (10,7%)	27 (5,5%)
fehlende Angaben	34 (5,1%)				
Kinder:					
ja	284 (42,6%)	226 (43,5%)	45 (50,0%)	65 (53,7%)	206 (42,1%)
nein	348 (52,3%)	294 (56,5%)	45 (50,0%)	56 (46,3%)	283 (57,9%)
fehlende Angaben	34 (5,1%)				

Bezüglich soziodemographischer Merkmale unterscheiden sich die Untergruppen kaum. AbsolventInnen der Vertiefungsrichtung Verhaltenstherapie sind im Durchschnitt jünger als AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Verfahren. Die Geschlechterverteilung ist bei allen Untergruppen ähnlich, weibliche Absolventen sind 3-4mal häufiger vertreten als männliche Absolventen (Tabelle D 3.7-7).

Tabelle D 3.7-8: Angaben zur Ausbildung (Studienrichtung, Promotion) der AbsolventInnen

	Gesamt (N=666)	VT (n=520)	PD (n=90)	KJP (n=121)	PP (n=489)
Abschluss:					
Dipl. Psych.	541 (81,2%)	461 (88,7%)	64 (71,1%)	45 (37,2%)	480 (98,2%)
Master Psych.	2 (0,3%)	2 (0,4%)	0	0	2 (0,4%)
fehlende Angaben	113 (17,0%)	51 (9,8%)	23 (25,6%)	74 (61,2%)	0
Promotion:					
ja	56 (8,4%)	50 (9,6%)	4 (4,4%)	7 (5,8%)	47 (9,6%)
nein	514 (77,2%)	423 (81,3%)	78 (86,7%)	109 (90,1%)	392 (80,2%)
abgeschlossen	56 (8,4%)	47 (9,0%)	8 (8,9%)	5 (4,1%)	50 (10,2%)
fehlende Angaben	40 (6,0%)	0	0	0	0

81.2% der AbsolventInnen verfügen über einen Diplomabschluss in Psychologie. Die fehlenden Angaben bei der Gesamtstichprobe bezüglich des Abschlusses kann aufgeklärt werden, da 17% der Absolventen einen Abschluss in einer anderen Studienrichtung (Pädagogik, Lehramt, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, etc.) angeben.

In dem Ausbildungsbereich Kinder und Jugendliche ist der Anteil der Diplom Psychologen mit 37.2% am geringsten, der Anteil der Nicht-PsychologInnen ist hingegen in dieser Gruppe mit über 61% am größten. Im Ausbildungsbereich PP haben alle Absolventen ein Abschluss in Psychologie, am häufigsten mit über 98% ein Diplomabschluss in Psychologie (Tabelle D 3.7-8).

3.8. Internationale Befragung

Um aktuelle Angaben aus möglichst vielen Ländern zu erhalten, wurde im Rahmen der Forschergruppe ein englischsprachiger Fragebogen entwickelt. Dieser Bogen erläuterte den Hintergrund der Untersuchung und fokussierte auf folgende spezielle Fragen:

- Berufsgruppen, die zur Psychotherapie zugelassen sind
- Differenzierung zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Psychotherapie
- Vorliegen bzw. Planung gesetzlicher Regelungen zur Psychotherapie
- Existenz einer nationalen Einrichtung zur Regulierung der psychotherapeutischen Ausbildung und Praxis
- Existenz einer Psychotherapeutenkammer
- gesetzlicher Schutz des Titels Psychotherapeut
- Kompensation von Psychotherapie im Gesundheitssystem
- Zulassungsvoraussetzungen für psychotherapeutische Ausbildungen (Bachelor ausreichend?; Mindestalter; Eignungsprüfung)
- Existenz von universitären Curricula/Abschlüssen in Psychotherapie
- Differenzierung zwischen Kinder- und Jugendlichen- bzw. Erwachsenenpsychotherapie
- Ort der psychotherapeutischen Ausbildung
- offiziell anerkannte Verfahren
- Tendenz zu verfahrensunabhängigen Ausbildungen
- Entscheidung über Anerkennung von Verfahren
- Unterschiede in der Ausbildung
- Struktur der Ausbildung und Variabilität
- Existenz von Prüfungen
- Kosten für die Psychotherapieausbildung
- Erwerb einer offiziellen Lizenz (durch wen kontrolliert?)
- Zulassung von Psychologen zur Medikamentenverschreibung bzw. Einweisung
- Notwendigkeit einer medizinischen Untersuchung vor Psychotherapiebeginn
- Zusätzliche Kommentare

Es wurde in der Forschergruppe entschieden, mit dem Fragebogen nicht an Verbände heranzutreten, in der Annahme, dass der Beantwortungsprozess dadurch zu stark verzögert worden wäre. Stattdessen wurden in den einzelnen Ländern Personen ausgewählt, von denen davon auszugehen war, dass sie die Ausbildungs- und Praxissituation gut kennen und dementsprechend zuverlässige Angaben machen würden. Eine Vielzahl der ausgewählten Kollegen ist der Gutachtergruppe seit langem bekannt, bspw. über Kontakte im Rahmen der Society for Psychotherapy Research.

Insgesamt konnten die Angaben von KollegInnen aus 23 Ländern, davon 21 EU-Ländern für den internationalen Vergleich (vgl. Kapitel E-8) verwendet werden⁷.

⁷ Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Lettland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, U.K., Norwegen, Schweiz

4. Delphi-Befragung

Ziel der Befragung

Ziel der Befragung war es, Expertengruppen 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.

Vorgehen

Erhebungsinstrumente

Die Delphi-Befragung erfolgte in 2 Durchgängen. Durchgang 1 wurde als internetbasierte Befragung, Durchgang 2 in schriftlicher Form durchgeführt.

Der verwendete Fragebogen in Durchgang 1 bestand aus zwei Abschnitten und enthielt insgesamt 44 Items. Der 19 Fragen umfassende Abschnitt 1 fokussierte schriftlich abzugebende Stellungnahmen zu den einzelnen Paragraphen und Inhalten des Gesetzes. Dabei war jeder einzelne Abschnitt des Gesetzes auf einer 6-stufigen Skala (von 1=sehr gut bis 6=ungenügend) zu bewerten. 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.

Erhebungszeitraum

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

Stichprobe

Folgende Expertengruppen wurden aufgefordert, Statements in Durchgang 1 und 2 abzugeben: Landespsychotherapeutenkammern, Bundespsychotherapeutenkammer, Landesärztekammern, Bundesärztekammer, Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, psychotherapeutische Verbände und Fachgesellschaften der BAG, Fachgesellschaften der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatischen Medizin, Bundesverbände der psychologischen Psychotherapeuten PiA-Verbände, Fachgruppe der Klinischen Psychologen in der DGPs, STÄKO (Auflistung der Verbände als Anhang des Delphifragebogens im Begleitband).

Insgesamt nahmen 66 Experten am Durchgang 1 und 59 Experten am Durchgang 2 teil, wobei in beiden Durchgängen 67 Experten zur Teilnahme aufgefordert wurden. 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%) TeilnehmerInnen Berufsgruppe der PsychologInnen und 17 (28.8%) TeilnehmerInnen zur Berufsgruppe der MedizinerInnen erfolgen konnte.

5. Liste der an die Gutachtergruppe gerichteten Stellungnahmen

Tabelle D 5-1: 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 sozial-pädagogische Studiengänge
Bundeskonferenz 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 Chefärzte 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

Die in Tabelle D 5-1 aufgelisteten Stellungnahmen befinden sich im Begleitband zum Gutachten.

E. Ergebnisse

Im Gutachtauftrag durch das BMG ist (vgl. Kapitel B-2) werden Fragen genannt, die im Gutachten zu beantworten sind.

Diese Fragen beziehen sich auf folgende Themenkomplexe:

- Ausbildungsstätten
- Verfahren
- Dauer der Ausbildung
- Bestandteile der Ausbildung (i.e. Praktische Tätigkeit, theoretische Ausbildung, praktische Ausbildung und Supervision, Selbsterfahrung)
- Staatliche Prüfung
- Ausbildungskosten
- Zugang zur Ausbildung und
- Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland

In den nachfolgenden Abschnitten (E 1 bis E 8) werden die Fragen zu diesen Themenkomplexen auf der Basis der in Kap. D beschriebenen Erhebungen und Analysen beantwortet.

Die im Zusammenhang mit dem Gutachten erhobenen Daten sind äußerst reichhaltig und erlauben Schlussfolgerungen und Betrachtungen, die über die unmittelbaren Gutachtenfragestellungen hinausgehen.

Das vorhandene Material bietet als noch einige Möglichkeiten für folgende Analysen, die der Zeit nach der Abgabe des Gutachtens vorbehalten sein sollen.

In einem Abschnitt (E 9) werden hier allerdings bereits einige zusätzlichen Ergebnisse aufgeführt, aus denen mögliche Konsequenzen für die zukünftige Ausbildung abgeleitet werden können.

1. Ausbildungsstätten

Das PsychThG sieht vor, dass die Ausbildung an Hochschulen oder anderen Einrichtungen vermittelt wird, die als Ausbildungsstätten staatlich anerkannt sind. Das Gutachten soll die Landschaft der Ausbildungsstätten darstellen.

Auf der Basis der beiden Institutsleitungsbefragungen wurde eine Übersicht über die zurzeit in Deutschland anerkannten Ausbildungsstätten nach PsychThG erstellt (Abbildung E 1-1).

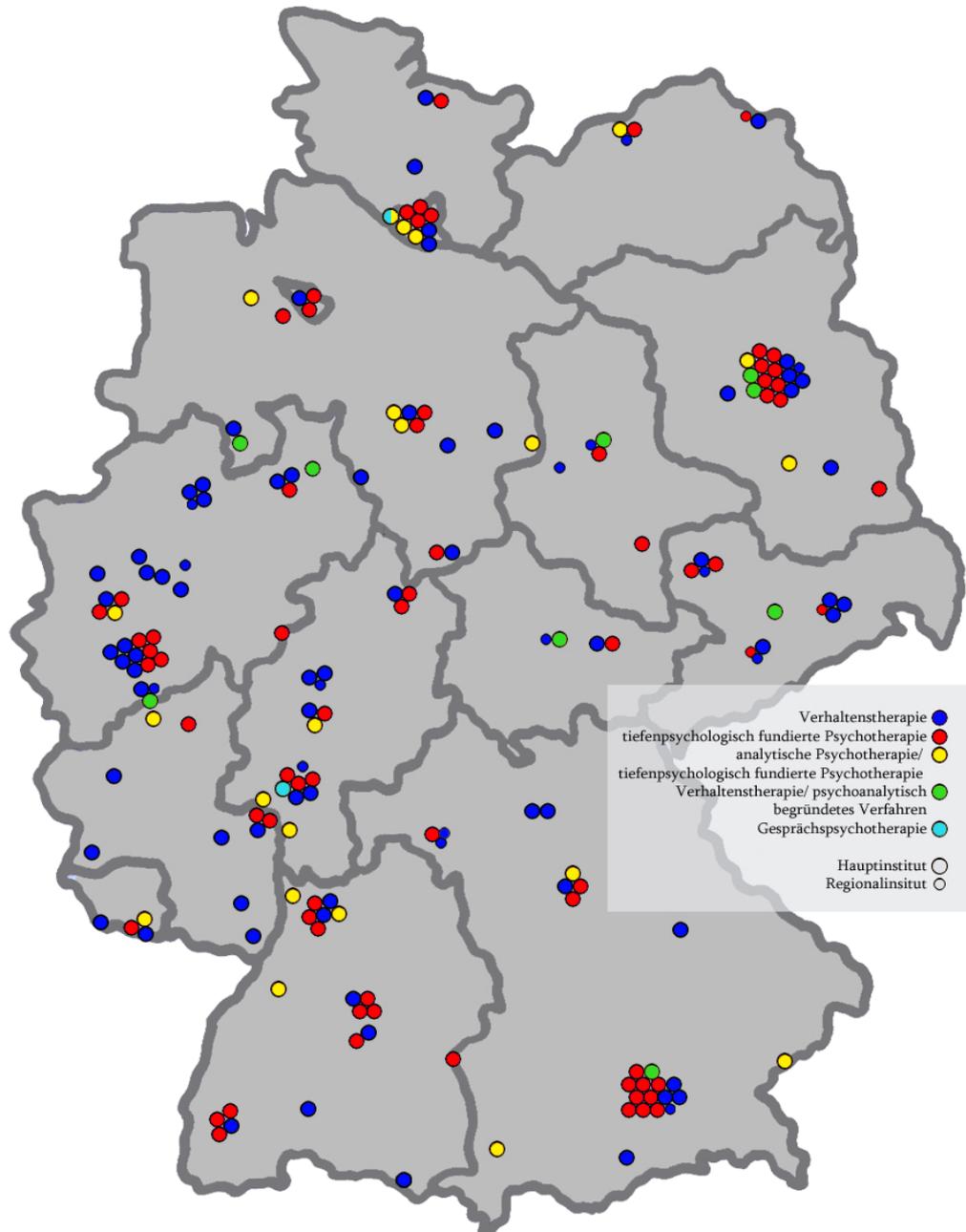


Abbildung E 1-1: Übersicht über die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten (mit regionalen Dependancen) in Deutschland – unterteilt nach angebotenen Vertiefungsrichtungen

Es sind in Deutschland 180 Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von den jeweiligen Aufsichtsbehörden staatlich anerkannt. Bei einer bundeslandübergreifenden Ausbildungsstätte sind auch die regionalen Dependancen von

den einzelnen Landesprüfungsämtern staatlich anerkannt (N=7), die im Folgenden nicht mit in die Zählung einbezogen werden. Daher gibt es in Deutschland **173 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten**. Diese bilden folgendermaßen aus:

- 68 Ausbildungsstätten in analytischer Psychotherapie / tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (23 KJP/PP, 7 KJP, 38 PP)
- 22 Ausbildungsstätten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (5 KJP/PP, 2 KJP, 15 PP*)
- 73 Ausbildungsstätten in Verhaltenstherapie (20 KJP/PP, 7 KJP, 46 PP)
- 9 Ausbildungsstätten in Verhaltenstherapieausbildung und einem psychoanalytisch begründeten Verfahren (7 KJP/PP, 1 KJP, 1 PP)
- 2 Ausbildungsstätten in Gesprächspsychotherapie / Gesprächspsychotherapie / tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (1 KJP/PP und 1 PP*)

Sechs Ausbildungsstätten bildeten zum Befragungszeitpunkt noch nicht aus bzw. befanden sich noch im Aufbau.

Damit gibt es aktuell 52% psychodynamische Ausbildungsstätten (N=90), 42% verhaltenstherapeutische Ausbildungsstätten, 5% Ausbildungsstätten, die sowohl in Verhaltenstherapie, als auch in einem psychodynamischen Verfahren ausbilden und 1% gesprächspsychotherapeutische Ausbildungsstätten.

Die Ausbildung in den verschiedenen Vertiefungsverfahren ist folgendermaßen möglich:

- Analytische Psychotherapie: an 43 Instituten (25% der Institute)
- Verklammerte Ausbildung analytische Psychotherapie / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: an 67 Instituten (39%)
- Tiefenpsychologische Ausbildung: an 78 Instituten (45%)
- Verhaltenstherapie: an 82 Instituten (47%)
- Gesprächspsychotherapie: an 2 Instituten (1%).

56 Ausbildungsstätten bieten die PP- und KJP-Ausbildung an, 17 Ausbildungsstätten nur die KJP-Ausbildung und 100 Ausbildungsstätten nur die PP-Ausbildung.

Die KJP-Ausbildung ist somit insgesamt an 76 Ausbildungsstätten (44% aller Ausbildungsstätten), die PP-Ausbildung an 156 Ausbildungsstätten (90%) möglich (Abbildung E 1-2).

* davon 1 Ausbildungsstätte in TP und GPT – in der Aufzählung zweimal einbezogen

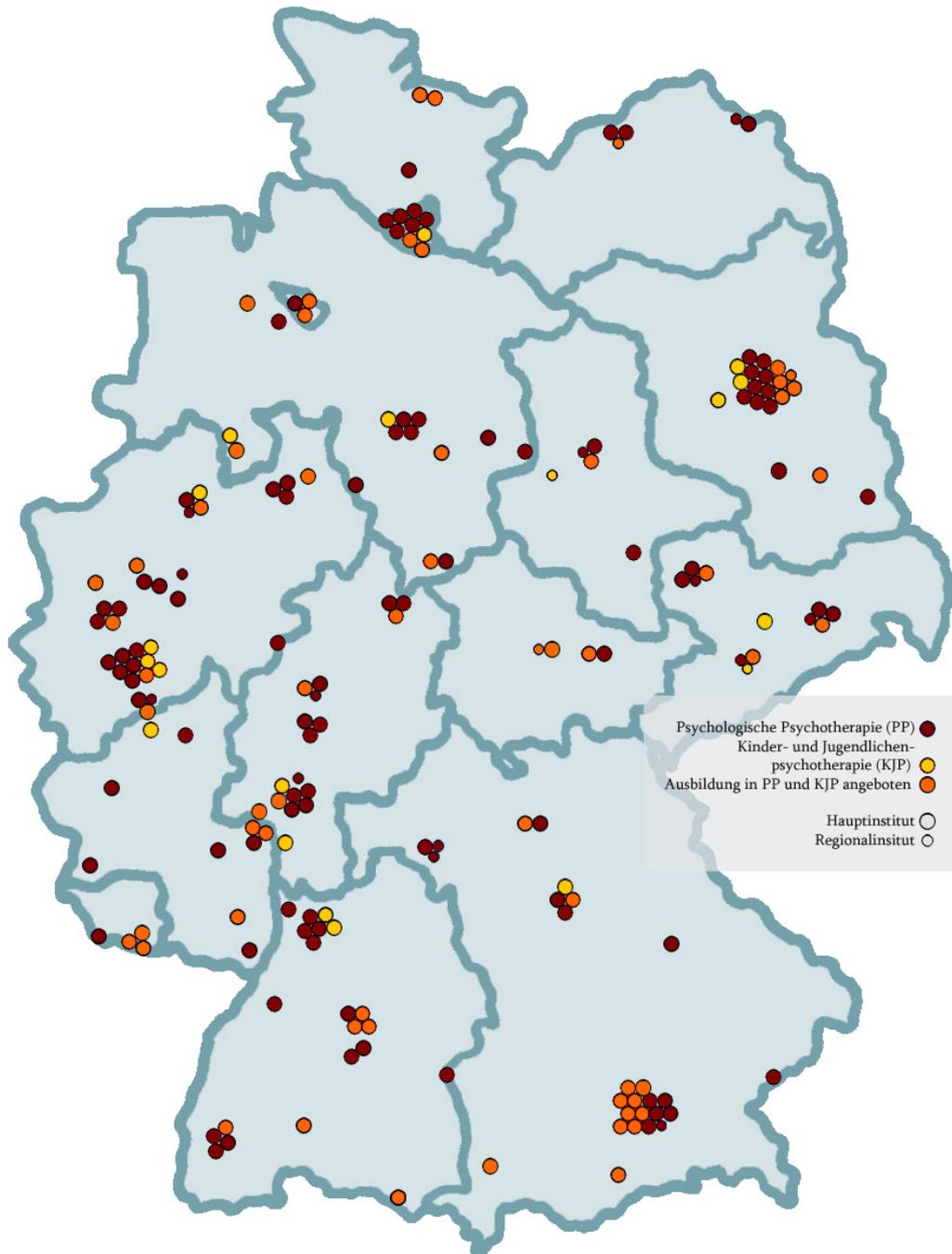


Abbildung E 1-2: über die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten (mit regionalen Dependancen) in Deutschland – unterteilt nach angebotenen Ausbildungsgängen

1.1. Wie und in welchem Umfang erfolgt die Ausbildung an Hochschulen oder anderen Ausbildungsstätten?

Von den 173 staatlichen/staatlich anerkannten Ausbildungsstätten (ABst) sind

- 15 universitäre Ausbildungsstätten (davon: 14 VT, 1 PD/VT),
- 17 universitär angebundene Ausbildungsstätten (davon: 11 VT, 3 TP/PA, 2 TP, 1 TP/GPT) und
- die restlichen 141 nicht universitäre Ausbildungsstätten (davon: 1 GPT, 65 TP/PA, 19 TP, 48 VT, 8 PD/VT).

Universitäre Ausbildungsstätten sind als postgraduale Studiengänge konzipiert. Universitär angebundene Institute sind nicht direkt mit einer Universität verbunden, jedoch durch eine Personalunion von einem Lehrstuhlinhaber und der Leitung der Ausbildungsstätte eng mit der Universität kooperieren.

Die Organisation aller Ausbildungsstätten ist wie folgt geregelt (fehlende Angaben: N=14, Mehrfachnennung möglich)

- 51% Verein (n=89)
- 20% GmbH (n=35)
- 8% Sonstige (n=14; z.B. GbR).

Weiterhin wurde als Organisationsform angegeben:

- 9% postgraduales Studium (n=15)
- 10% universitär angebundenes Institut (n=17).

Unterschieden wird auch zwischen staatlichen und staatlich anerkannten Ausbildungsstätten:

- *Staatliche* Ausbildungsstätten sind durch das Land anerkannt und meist als Studiengang einer Universität genehmigt. Die Bezahlung der Lehrkräfte erfolgt nicht privat, sondern durch die Hochschule.
- *Staatlich anerkannte* Ausbildungsstätten werden durch die Landesprüfungsämter anerkannt, haben i. d. R. keine staatliche Unterstützung („private“ Ausbildungsstätten).

Es gibt nach dieser Unterscheidung 15 staatliche Ausbildungsstätten, alle 158 anderen Ausbildungsstätten sind staatlich anerkannte Ausbildungsstätten.

1.2. Welche Voraussetzungen sind für die staatliche Anerkennung in den Ländern zu erfüllen?

Informationen hierzu entstammen der **Befragung der Aufsichtsbehörden** (Landesprüfungsämter, im folgenden kurz „LPA“/„LPAs“ genannt) der Bundesländer, die insbesondere für die Genehmigungsverfahren im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (APVen-PsychThG) verantwortlich sind. Des Weiteren wurde eine exemplarische Befragung von Leitern von Ausbildungsstätten durchgeführt, sowie eine Recherche auf den Homepages der Landesprüfungsämter. Drei der 16 Landesprüfungsämter/Aufsichtsbehörden haben auf Ihren Homepages Kriterienkataloge zur Anerkennung der Ausbildungsstätten veröffentlicht.

Recherche auf den Homepages der LPAs und Informationen aus exemplarischen Befragungen von LeiterInnen von Ausbildungsstätten

Als Maßgabe der Anerkennung gilt: „Eine Ausbildungsstätte kann eine organisatorische Einheit anerkannt werden, die einen geordneten, den rechtlichen Anforderungen entsprechenden Ausbildungsbetrieb nachweist und eine verantwortliche Leitung hat.“

Basierend auf § 6, Absatz 2 und 3 des PsychThG (1999) müssen bei Antragstellung der staatlichen Anerkennung als Ausbildungsstätte folgende Angaben gemacht werden (exemplarisch, die Genauigkeit der Umsetzung variiert):

- Angaben zur Ausbildungsstätte:
 - Sitz, Rechtsstatus, Leitung, Träger
 - Bei Kooperation mit anderen geeigneten Einrichtungen (einschließlich Praktische Tätigkeit):
 - Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze
 - Umfang der dort zu absolvierenden Ausbildungsbestandteile
 - Darlegung der Eignung der beteiligten Einrichtungen zur Übernahme von Teilen der Ausbildung (z.B. Diagnosegruppen, Zulassung als ärztliche Weiterbildungsstätte)
 - Eignung des Ausbildungspersonals (bei PAus-Plätzen z.T. mit Nachweis der Supervisorqualifikation und -tätigkeit an der Ausbildungsstätte)
 - Entfernung der kooperierenden Einrichtungen
- Angaben zu den Ausbildungszielen: Zahl der Ausbildungsplätze, Ausbildungsgang (PP/KJP), Vollzeit-, Teilzeitausbildung, wissenschaftlich anerkanntes Verfahren
- Räumlichkeiten, technische Ausstattung, Bibliothek
- Behandlungstätigkeit in der Ausbildungsstätte
 - Nachweis und Schilderung der Behandlungstätigkeit (Alter, Störungsspektrum, Verfahren, stationär/ambulant)
 - Darlegung der ausreichenden Verfügbarkeit von geeigneten PatientInnen
- Personelle Voraussetzungen
 - Namentliche Auflistung des Lehrkörpers, auch an kooperierenden Einrichtungen (DozentInnen, SupervisorInnen und SelbsterfahrungsleiterInnen)
 - Ausreichende Anzahl und Qualifikation und Lehrgebiete (Prüfungszeugnisse/Qualifikationsbeschreibung, Approbation; bei Ärzten Weiterbildungsurkunden, Leitung muss Qualifikation als SupervisorIn erfüllen)
- Inhaltliche Gestaltung der Ausbildung
 - Darstellung von Struktur und Ablauf der Ausbildung und Vorlage eines Curriculums
 - Ausbildungspläne (Veranstaltungs-/Lehr-/Semesterwochenpläne)
 - Darlegung der Vermittlung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse
 - Darlegung geplanter Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Verantwortung der Ausbildungsstätte für die gesamte Ausbildung
 - Darlegung, wie die Ausbildungsstätte die Verzahnung aller Ausbildungsbestandteile sichergestellt (auch Kooperation mit koop. Einrichtungen) (Gewährleistung einer Ausbildung „wie aus einer Hand“)
 - Darlegung der Überprüfung der erfolgreichen Teilnahme der AusbildungsteilnehmerInnen und der fachkundigen Anleitung
- Angaben der Aufnahmekriterien für die Ausbildungskandidaten und Vorlage eines Exemplars Ihres Ausbildungsvertrags
- Nachweis der gesicherten Finanzierung des Ausbildungsbetriebs
- Sonstiges (Regelungen zu Eignungsprüfungen, Aufnahme TN von anderen Ausbildungsstätten, Vorlage von Prüfungsaufgaben, Nennung von PrüferInnen)

Eine Ortsbegehung wird je nach Aufsichtsbehörde eher flüchtig oder sehr sorgfältig durchgeführt.

Befragung der Landesprüfungsämter

Die Aufsichtsbehörden (N=16) berufen sich auf den gesetzlichen Rahmen und machten bezüglich der Voraussetzungen folgende zusätzliche Angaben:

- Ein Viertel der LPAs (n=4) verlangen keine Festlegung eines Therapieschulen-bezogenen Ausbildungsschwerpunktes bei der Anerkennung der Ausbildungsstätten, 10 LPAs bejahen dies ausdrücklich. Von der Hälfte der Behörden (n=7; Nein: n=7, fehlend: n=2) werden Kombinationen wissenschaftlich anerkannter Verfahren als Ausbildungsschwerpunkt anerkannt.
- 2 LPAs fordern – anders als im PsychThG und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgeschrieben – Einzelselbsterfahrung. Diesbezügliche Stundenangaben werden nicht gemacht. Selbsterfahrungsleitungen müssen zum großen Teil (n=11, 68%) nicht von der Aufsichtsbehörde anerkannt werden, allerdings verlangt knapp die Hälfte aller LPAs (n=7) qualitative Voraussetzungen für diese Anleitungspersonen (§5 Abs. 2 iVm §4 Abs. 3 und 4 APVen).
- Ein Drittel der LPAs (n=6) überprüft die Qualifikation der SupervisorInnen. Die Anerkennung für SupervisorInnen erfolgt in der Mehrzahl (n=10) unbefristet.
- Kein LPA legte eine Höchstdauer der Ausbildung fest.
- Bei der Zusammensetzung der Prüfungskommission
 - verlangen alle LPAs die ärztliche Mitwirkung
 - n=14 LPAs die Besetzung mit Mitgliedern anderer Ausbildungsstätten und
 - n=14 LPAs prüfen, dass die Prüfer/-Innen nicht als Selbsterfahrungsleitungen tätig waren.
- Diese Selbsterfahrungsleitungen müssen von einem Viertel der LPAs von der Aufsichtsbehörde anerkannt werden. In nur einem Fall ist diese Anerkennung befristet.
- Bearbeitungszeiten für die Anerkennung von ABSt betragen 14 Tage bis 6 Monate. Für die Anerkennung werden Gebühren fällig: bei n=5 der LPAs unter 500 €, bei n=3 der LPAs 1.000-2.000 €, bei weiteren n=3 der LPAs über 3.000 €.

Bei der Genehmigung der Kooperationseinrichtungen für die Praktische Tätigkeit (PT I und PT II) berücksichtigt der Großteil der LPAs:

- die Möglichkeit Bundesland übergreifender Kooperationen (n=15),
- eine vorliegende Anerkennung durch Behörden der anderen Bundesländer (n=10),
- die generelle Notwendigkeit der Weiterbildungsermächtigung für die ärztliche Leitung bei PT I (n=11),
- eine Obergrenze für Ausbildungsplätze in den Institutionen für PT I / PT II / PAus (n=7)
- dass Individualverträge möglich sind (n=8)

Von einem kleineren Teil der LPAs wird berücksichtigt:

- die Entfernung von der Ausbildungsstelle (n=4),
- die Mitnutzung genehmigter Ausbildungsplätze durch andere Ausbildungsstätten (n=7),
- eine Obergrenze für Gesamtausbildungsplätze für PT I / PT II / PAus pro Ausbildungsstätte (n=5) und
- die Genehmigung von mitwirkenden Einrichtungen im Ausland (n=2-3).

Im Hinblick auf die *Anerkennung des Zugangs zur Ausbildung* wurden Angaben für die Ausbildung von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen bzw. Psychologischen PsychotherapeutInnen erfragt.

Im Bereich der Ausbildung von *Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen* (Tabelle E 1-1) werden von den LPAs folgende Abschlüsse anerkannt.

Tabelle E 1-1: Anzahl der Aufsichtsbehörden, die die jeweiligen Berufsabschlüsse als Zugang zur KJP-Ausbildung anerkennen

	N=16	Diplom	Master	Bachelor	FH-Abschluss	Magister
Psychologie		15	12	3	-	-
Pädagogik		15	11	8	5	7
Sozialpädagogik		16	10	8	9	-
Soziale Arbeit		11	5	5	5	-
Heilpädagogik		9	3	3	4	-
Musiktherapie		5	2	2	4	-
Kunsttherapie		5	2	2	4	1
Lehramt*		8	2	2	1	3

* Es differiert sehr stark, welche Staatsprüfungen bzw. welche Staatsexamen im Bereich Lehramt anerkannt werden.

Bei der Ausbildung zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in werden als Berufsgruppen Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Heilpädagogik, Musik- und Kunsttherapie sowie die Lehramtsberufe zugelassen. Überwiegend werden dabei Diplom- und Masterabschlüsse akzeptiert (31-100% bzw. 12-75% der LPAs je nach Zugangsberuf). Es werden aber auch Bachelor-Abschlüsse (12-50%) und FH-Abschlüsse (6-56%) als Zugangsabschlüsse anerkannt.

Im Bereich der Ausbildung von *Psychologischen PsychotherapeutInnen* erkennen 15 der 16 LPAs den Diplom-Studiengang Psychologie an (1 LPA gab keine Antwort). 13 LPAs erkennen den Masterstudiengang Psychologie an, ein LPA erkennt den Bachelor-Abschluss in Psychologie als Eingangsvoraussetzung an. Die übrigen LPAs äußern sich jeweils nicht. Das Prüfungsfach „Klinische Psychologie“ als Voraussetzung verlangen 15 der 16 LPAs, ein LPA anerkennt auch Äquivalenz, ohne diese zu benennen.

Bei der Anfrage bezüglich *anderer Berufsausbildungen*, absolvierter Aus- und Weiterbildungen im Inland, in den Ländern der EU bzw. in Nicht EU-Ländern zeigt sich eine große Uneinheitlichkeit zwischen den einzelnen LPAs. Manchmal werden Einzelfallentscheidungen vor Ort getroffen, häufig werden Gutachten, Stellungnahmen von Ministerien, Hochschulen und Ausbildungsstätten angefordert. In Einzelfällen erfolgt die Abstimmung mit anderen LPAs. Ein LPA akzeptiert auch nicht abgeschlossene psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungen als Eingangsvoraussetzung.

Nur ein LPA entscheidet ausschließlich über die Zulassung zur Ausbildung allein, ansonsten entscheiden die Ausbildungsstätten allein. 50% der Behörden lassen sich bei Zweifelsfällen einbeziehen.

Über *Quereinsteige* entscheiden drei Behörden allein, sechs Behörden erbitten eine fachliche Stellungnahme von der Ausbildungsstätte. Bei fünf Behörden kann die Ausbildungsstätte in der Regel selbst entscheiden, zum Teil wird die Behörde in Zweifelsfällen einbezogen.

- In den Vorgaben zur staatlichen Anerkennung als Ausbildungsstätte werden die gesetzlichen Bestimmungen des § 6, Absatz 2 und 3 PsychThG umgesetzt. Neben der Überprüfung des Vorhandenseins von ausreichend und geeigneten Patienten in der stationären und ambulanten Behandlung werden auch die Eignung der Leitung und des Lehrpersonals überprüft sowie die inhaltliche Gestaltung der Ausbildung.
- Über diese gesetzliche Vorgaben hinaus werden außerdem die ausreichenden Anzahl und eines Darüber hinaus werden zum Teil auch detailliert die Anzahl sowie die konkrete Qualifikation des Lehrpersonals festgelegt, Maßnahmen zur Qualitätssicherung verlangt, Regelungen zur Aufnahme von KandidatInnen, Nennung von PrüferInnen und ein Nachweis über die Finanzierung des Ausbildungsbetriebes.

- Eine empirische Befragung der Aufsichtsbehörden ergab, dass der überwiegende Anteil zur staatlichen Anerkennung die Festlegung eines therapieschulenbezogenen Ausbildungsschwerpunktes vorgibt. Bei nur etwa einem Drittel der Behörden wird die Qualifikation der SupervisorInnen überprüft, bei knapp der Hälfte die qualitativen Voraussetzungen der SelbsterfahrungsleiterInnen.
- Zur Genehmigung der Kooperationseinrichtungen für die Praktische Tätigkeit wird von der Mehrheit der Aufsichtsbehörden berücksichtigt,
 - dass die Möglichkeit zur Bundesland übergreifenden Kooperation besteht,
 - dass es keine Obergrenze der Gesamtplätze pro ABst gibt,
 - dass die Entfernung zur ABst angemessen ist und
 - dass es schon Anerkennungen durch andere Aufsichtsbehörden gibt.
- Zur KJP-Ausbildung werden überwiegend die gesetzlich vorgesehenen Berufsgruppen Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik zugelassen, aber auch die Berufsgruppen Sozialarbeit, Heilpädagogik, Musik- und Kunsttherapie sowie die Lehramtsberufe.

1.3. Wie ist die sachliche und personelle Ausstattung, welche Unterschiede lassen sich dabei zwischen den Hochschulen und anderen Ausbildungsstätten erkennen?

Informationen hierzu entstammen einer Befragung der Institute in Vorbereitung auf die Befragung der Lehrkräfte/TeilnehmerInnen/kooperierenden Einrichtungen sowie der Befragung der Leitungen der Ausbildungsstätten. Da diese Befragungen weitgehend anonymisiert durchgeführt wurden, lassen sich Unterschiede zwischen Hochschulen und anderen Ausbildungsstätten nicht in allen Merkmalen näher beschreiben.

Im Zusammenhang mit der Vorbereitung der Lehrkräftebefragung wurden von den Ausbildungsstätten Angaben zur *personellen Ausstattung* gemacht (Tabelle E 1-2):

Tabelle E 1-2: Anzahl der Lehrkräfte (LK) und der Lehrkräfte pro AusbildungsteilnehmerIn (TN) aufgeteilt nach der Verortung, der Anerkennung und der Verfahren der Ausbildungsstätten

	Verortung			Anerkennung		Verfahren			
	Universitäre Institute	Universitär angebundene Institute	Nicht universitäre Institute	Staatlich	Staatlich anerkannt	VT	TP	TP/PA	VT und analyt. Verfahren
geschätzte Summe Lehrkräfte** (N)	489	323	4747	445	5114	2307	472	2276	504
Ø pro Institut zur Verfügung stehende Lehrkräfte (N)	47,2	45	40,9	44,3	45,5	45,2	33,2	38,1	56
Anzahl TN	1236	1059	8816	1171	9940	6967	836	1996	1312
Ø Anzahl LK pro TN*	0,7	1,2	1,5	0,7	1,5	0,7	1,8	2,1	0,5

* errechnet aus den Angaben der Institute zur Anzahl Ihrer TeilnehmerInnen und Lehrkräfte (DozentInnen, SupervisorInnen, SelbsterfahrungsleiterInnen, PrüferInnen)

** Mehrfach Tätigkeiten von Personen an mehreren ABst. wurden hier herausgerechnet

Hinsichtlich der personellen Ausstattung gibt es signifikante Unterschiede bei der Anzahl der Lehrkräfte pro AusbildungsteilnehmerIn zwischen den Ausbildungsstätten unterschiedlicher Anerkennung (0,7 vs. 1,5, $t(90,4)=-4,2$; $p=.000$) und unterschiedlicher Verfahrensorientierung der Ausbildungsstätten ($F=9.43$, $df=3$, 159 , $p=.000$). Hier ist der Unterschied zwischen VT und TP/PA signifikant (Mittlere Differenz=1,4, $p=.000$) und der Unterschied zwischen VT und VT-PD (Mittlere Differenz=1,6, $p=.000$). Zwischen den Ausbildungsstätten unterschiedlicher Verortung besteht kein signifikanter Unterschied.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Aus der InstitutsleiterInnenbefragung stammen folgende Angaben zur *sachlichen Ausstattung* der Ausbildungsstätten:

Der Zugriff über das *Internet* von außen auf Informationen in der Ausbildungsstätte besteht überwiegend (75% Uni, 87,5% universitär angebunden, 69,9% nicht universitär).

Dabei ist der Zugriff auf ein Raumverteilungsprogramm wie folgt an den Ausbildungsstätten möglich: 30,8% Uni, 44,4% universitär angebunden, 20% nicht universitäre Ausbildungsstätten. Der Zugriff auf Patientendaten ist dabei an nur wenigen Ausbildungsstätten möglich (0% Uni, 11,1% universitär angebunden, 5% nicht universitär).

Eine *Institutsbibliothek* steht zeitlich begrenzt bei der Mehrzahl der Ausbildungsstätten zur Verfügung (66,7% Uni, 87,5% universitär angebunden, 65,7% nicht universitär), zeitlich unbegrenzt bei circa ein Drittel der Ausbildungsstätten (33,3% Uni, 12,5% universitär angebunden, 34,3% nicht universitär).

Die Institutsbibliotheken haben bei der Mehrzahl der Ausbildungsstätten ein Ausleihsystem für Bücher (84,6% Uni, 66,7% universitär angebunden, 78,8% nicht universitär). Die Anzahl der Fachbücher unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Orten der Ausbildung:

- Nicht Universitär: $M=1599$ Bücher ($SD=2596$) 100 – 20.000
- Universitär: $M=545$ ($SD=409$), 50 – 1000
- Universitär angebunden: $M=8290$ ($SD=18.913$), 80 – 51.000.

Aufgrund der hohen Prozentzahl weiblicher AusbildungsteilnehmerInnen (81%) und einem Alter in dem eine Familiengründung wahrscheinlich ist ($M=34$ Jahre, $SD=6,7$, größter Altersanteil 26-35 (63%)) erschien der *Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern der AusbildungsteilnehmerInnen* ein relevantes Kriterium für die Beurteilung der „Ausstattung“ der Ausbildungsstätten.

In der Institutsleiterbefragung wurde die Möglichkeit erfragt, Säuglinge/Kleinkinder bei verschiedenen Veranstaltungsformen anwesend sein zu lassen sowie das Angebot einer Kinderbetreuung während der Veranstaltungen.

Insgesamt wird an den Instituten überwiegend keine Kinderbetreuung angeboten bzw. ist die Anwesenheit von Säuglingen bei theoretischen Veranstaltungen/bei ambulanter Tätigkeit/bei Selbsterfahrungsgruppen nicht erlaubt (67,9%). Knapp ein Viertel der Institute bieten diese Möglichkeiten teilweise/in Ausnahmefällen an (23,8%). Bei nur 8,3% der befragten Institute bejahen diese Angebote.

Am häufigsten ist die Anwesenheit von Säuglingen/Kindern bei theoretischen Veranstaltungen erlaubt (18,5%) aller befragten Institute. Während der Ambulanztätigkeit ist die Anwesenheit von Säuglingen/Kindern am seltensten erlaubt (2,6% der befragten Institute).

Universitär angebundene Institute bieten am häufigsten die Möglichkeit an Säuglinge/Kinder mitzubringen/sie betreuen zu lassen (22,2% versus 6,8% (nicht universitär) und 9,6% (universitär)).

Universitäre Institute geben am häufigsten an, teilweise bzw. in Ausnahmefällen Möglichkeiten der Kinderbetreuung / -anwesenheit zu haben (50% der universitären Institute versus 33,3% der universitär angebundenen und 19,4% der nicht universitären Institute).

Nicht-universitäre Institute geben am häufigsten an, keine Kinderbetreuungsmöglichkeit / Möglichkeit der Anwesenheit von Kindern/Säuglingen zu haben (73,8% versus 44,4% der universitär angebotenen und 40,4% der universitären Institute).

Unterschiede zwischen den Vertiefungsrichtungen wurden ebenfalls eruiert. VT-Institute (12%) und Institute mit VT-Ausbildung und Ausbildung in analytischen Verfahren (12,1%) bieten am häufigsten die Möglichkeit an Säuglinge/Kinder mitzubringen/sie betreuen zu lassen (versus 8,3% der TP-Institute). Institute mit VT-Ausbildung und Ausbildung in analytischen Verfahren (39,4%) geben am häufigsten an, teilweise bzw. in Ausnahmefällen Möglichkeiten der Kinderbetreuung / -anwesenheit zu haben. Institute mit beiden analytischen Ausbildungen geben am häufigsten an, keine Kinderbetreuungsmöglichkeit / Möglichkeit der Anwesenheit von Kindern/Säuglingen zu haben (81%).

- Den Ausbildungsstätten mit Ausbildungsgängen in VT und psychoanalytischen Verfahren stehen dieser Übersicht zufolge pro Ausbildungsstätte die meisten Lehrkräfte zur Verfügung, an zweiter Stelle den Ausbildungsstätten mit VT-Ausbildung. Den nicht universitären Ausbildungsstätten stehen etwas weniger Lehrkräfte pro Institut zur Verfügung als den Ausbildungsstätten an Universitäten.
- Zur sachlichen Ausstattung ist zu sagen, dass in der Mehrzahl der Institute die Möglichkeit besteht via Internet auf Informationen innerhalb der Ausbildungsstätte zuzugreifen (vor allem auf ein Raumverteilungsprogramm). Diese Internetmöglichkeit bieten am häufigsten universitär angebotene Ausbildungsstätten an, am seltensten die nicht-universitären ABst.
- Ausstattung mit Büchern und anderer Fachliteratur ist überwiegend vorhanden. Bei der Mehrzahl der ABst. steht eine Institutsbibliothek zur Verfügung und ist das Ausleihen von Büchern möglich.
- Die Möglichkeiten zur Betreuung und zur Anwesenheit von Kindern an der Ausbildungsstätte sind den Daten zufolge noch stark verbesserungsbedürftig. Nur sehr wenige Ausbildungsstätten unterstützen die Anwesenheit von Kindern ausdrücklich, bei der Mehrzahl ist dies nicht erwünscht bzw. wird keine Betreuungsmöglichkeit angeboten.

1.4. Welche Ausbildungsstätten sind bei den AusbildungsteilnehmerInnen beliebter und warum?

Da die AusbildungsteilnehmerInnen ihre Ausbildung am jeweiligen Institut noch fortsetzen werden, war es im Hinblick auf eine vorzunehmende Bewertung der Institute notwendig den AusbildungsteilnehmerInnen Anonymität zusichern zu können. Um die Beteiligung an der Befragung nicht durch eingeschränkte oder fehlende Anonymität zu gefährden, wurde die Datenerhebung so gestaltet, dass keine Zuordnung von Befragungsergebnissen zu Instituten vorgenommen werden kann. Es kann daher auch keine konkrete Aussage über die Beliebtheit einzelner Ausbildungsinstitute getroffen werden. Zufriedenheitsaussagen über einzelne Ausbildungsbausteine können insgesamt und für einzelne Ausbildungsgänge und Vertiefungsverfahren getroffen werden.

1.5. Wie und in welchem Umfang kooperieren die Ausbildungsstätten bei der Ausbildung mit anderen Einrichtungen; werden dabei ausländische Einrichtungen einbezogen?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden Daten aus der InstitutsleiterInnenbefragung II herangezogen sowie aus der Befragung der Landesprüfungsämter.

InstitutsleiterInnenbefragung II

In der InstitutsleiterInnenbefragung II wurde nach der Beurteilung der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen den Ausbildungsstätten und verschiedenen anderen Einrichtungen gefragt (Tabelle E 1-3). Die höchste Zufriedenheit besteht laut Angaben der Institute bzgl. der Zusammenarbeit mit den staatlichen PrüferInnen (M=1,7, SD=0,85). Die größte Unzufriedenheit besteht bei der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der PT I (M=2,6, SD=1,0).

Tabelle E 1-3: Zufriedenheitswerte mit der Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen (1-6: 1= sehr gut, 5 = schlecht, 6 = entfällt)

Wie ist die Zusammenarbeit mit...	n	M	SD	Anzahl der „entfällt“-Antworten
den Einrichtungen der PT I	126	2,63	1,14	1
den Einrichtungen der PT II	125	2,26	1,03	2
den Lehrpraxen	89	1,90	,75	23
den staatlichen PrüferInnen	113	1,73	,85	12
der Aufsichtsbehörde	127	1,93	,94	1
den anderen regionalen Ausbildungsstätten	122	2,20	,78	4
Gültige Werte (Listenweise)	82			

Nach Rückmeldungen der Institute über die Anzahl der kooperierenden Einrichtungen für die Praktische Tätigkeit gibt es pro Ausbildungsinstitut circa 30 kooperierende Kliniken und Praxen.

Ebenfalls im Rahmen der InstitutsleiterInnenbefragung II wurde danach gefragt, welche Informationen die Ausbildungsstätten an die zuständige Landesbehörde (Aufsichtsbehörde, LPA) weitergeben (Tabelle E 1-4).

Am häufigsten verpflichtend ist die Information der Behörde über die Aufnahme neuer Kooperationseinrichtungen für PT I und PT II (64% bzw. 58%) sowie über neue SelbsterfahrungsleiterInnen und DozentInnen (55% bzw. 51%). Bei 37% der Ausbildungsstätten muss die Aufnahme neuer TeilnehmerInnen verpflichtend an die entsprechende Behörde weitergegeben werden. Eine Kooperation im Sinne einer Genehmigungspflicht neuer Einrichtungen, DozentInnen etc. besteht am häufigsten im Falle der Einrichtungen für die PT I und PT II (45% bzw. 42% der Ausbildungsstätten gaben dies an). Eine freiwillige Weitergabe von Informationen erfolgt vergleichsweise seltener als die verpflichtende Zusammenarbeit (nur bei 9-22% der Institute). Am häufigsten wird freiwillig die Aufnahme von Quereinsteigern an die zuständigen Behörden gemeldet. Die Weitergabe von Informationen bezüglich „Problemfällen“ bei den TeilnehmerInnen ist nicht verpflichtend, jedoch wird dies am dritthäufigsten freiwillig an die Behörden gemeldet (15% der Ausbildungsstätten) (Tabelle E 1-4).

Tabelle E 1-4: Angaben der Ausbildungsstätten zur Weitergabe von Informationen an die Aufsichtsbehörden

Inhalt	Verpflichtende Weitergabe		Genehmigungspflichtig		Freiwillige Weitergabe	
	Prozent aller Institute N=129	Fehlend	Prozent aller Institute N=129	Fehlend	Prozent aller Institute N=129	Fehlend
Neue TeilnehmerInnen	37% n=48	13	5% n= 6	13	18% n=23	14
Neuer Lehrgang	24% n=31	18	8% n=10	16	15% n=20	17
QuereinsteigerInnen	28% n=36	14	12% n=16	14	22% n=28	15
Neue DozentInnen	51% n=66	11	25% n=32	11	17% n=22	11
Neue Selbsterfahrungsleitungen	55% n=71	7	30% n=39	7	15% n=20	7
Neue Kooperations- einrichtungen:						
PT I	64% n=82	6	45% n=58	6	9% n=12	6
dgl. PT II	58% n=75	7	42% n=54	7	11% n=14	7
dgl. PAus	36% n=47	11	31% n=40	11	8% n=11	11
Ausbildungsunterbrechungen von TN	26% n=34	13	18% n=23	13	18% n=23	14
„Problemfälle“ TN	2% n= 2	18	2% n= 2	18	15% n=20	20

Eine Kooperation besteht mit *Verbänden und übergeordneten Dachgesellschaften* bei 85,3% der Institute. Bei 30% davon ist dies ein loser Zusammenschluss, bei der überwiegenden Zahl der Institute in Dachgesellschaften bestehen verbindliche Regularien (70%).

Befragung der Landesprüfungsämter

Im LPA-Fragebogen ist die Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten ebenfalls erfragt worden. Der *Austausch* und der Kontakt mit den Ausbildungsstätten wird größtenteils (n=13) und bei Bedarf durch die LPAs selbst initiiert. Regelmäßige Telefonate (2/3, n=11) und Besuche durch die Behörde (1/3; n=5) werden als Kontaktformen angegeben. Einige LPAs führen auch jährlich Sitzungen mit allen Ausbildungsstätten ihres Bundeslandes durch (n=4).

Die *Zufriedenheit* in der Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten wird von drei Viertel der LPAs als zufrieden bis sehr zufrieden angegeben. Ein Drittel bezeichnet die Zusammenarbeit als „mittel“ zufrieden stellend. Kein LPA sieht Unterschiede in der Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit universitären und staatlich-anerkannt nicht-universitären Ausbildungsstätten.

Belastende Faktoren in der Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten liegen vor allem darin, dass gesetzliche Vorschriften in den Ausbildungsstätten nicht oder nicht korrekt angewendet werden. Als erschwerend werden auch die Knappheit des Personals innerhalb der Behörde und die Vielzahl der Arbeitseingänge genannt.

Meldungen von Auszubildenden an die Behörden

Nur einer Behörde sind alle Auszubildenden in ihrem Bundesland bekannt, zwei Behörden lassen sich die Auszubildenden während der Ausbildungszeit melden, ein Drittel vor dem Einstieg in die staatliche Prüfung (n=5). Zum Zeitpunkt der Prüfung sind damit knapp die Hälfte aller Behörden die Namen der Auszubildenden in den Ausbildungsstätten ihres jeweiligen Bundeslandes bekannt.

Zur *Anrechnung inländischer psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildungen* werden von den Behörden folgende Handhabungen genannt:

- Abstimmung mit Ministerium bzw. mit anderen Landesprüfungsämtern (n=1)
- nur abgeschlossene Ausbildungen, Weiterbildungen werden nicht berücksichtigt (n=1)
- Paragraph 5, Absatz III PsychThG (n=2)
- Äquivalenzprüfung (n=2)
- Einzelentscheidungen des vorgesetzten Sozialministeriums werden eingeholt (n=1)
- Die Ausbildungsstätte muss eine qualifizierte Stellungnahme mit einer konkreten „Tendenz“ abgeben (n=1)
- Überprüfung der Gleichwertigkeit und stundenmäßige Anrechnung
- Einzelfallprüfung (n=1)
- Fachgutachterliche Stellungnahme (n=1)
- grundsätzlich keine Anrechnung von beiden (n=2)
- keine Erfahrung (n=2)

Insgesamt rechnen mehrheitlich die LPAs (n=12) nur abgeschlossene Aus- und Weiterbildungen an.

Die Kooperation zwischen Ausbildungsstätte und Landesbehörden besteht auch bei *Quereinstiegen* von AusbildungsteilnehmerInnen. Bei gut einem Drittel (37,5%) wird die Ausbildungsstätte um eine Stellungnahme für inhaltliche Einstufung ersucht (n=6). In fast einem Fünftel (18,8%) aller Fälle entscheidet die Behörde allein (n=3).

Folgenden Verfahren wurden des Weiteren zur Entscheidungsfindung eingesetzt:

- Ausbildungsstätte entscheidet bei gleichem Verfahren u. vorliegender Abschlussbescheinigung (n=1)
- Ausbildungsstätte entscheidet allein (n=3)
- Ausbildungsstätte entscheidet bei Wechsel im Inland alleine, da keine rechtliche Grundlage (n=1)
- Entscheidung durch Behörde in Zweifelsfällen (n=1).

Unter dem Aspekt der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen fällt auch die Überprüfung der laufenden Ausbildung und der Qualifikationen der Lehrkräfte. Die Umsetzung des Rahmencurriculums wird bei fast allen Aufsichtsbehörden (n=13) überprüft. Vor allem geschieht dies jedoch nur für die Anerkennung der Ausbildungsstätte (n=13), bei nur 2 bzw. 3 LPAs nach Anerkennung der ABst bzw. in regelmäßigen Abständen.

Die SelbsterfahrungsleiterInnen müssen nur von 25% (n=4) der Behörden anerkannt werden, die Anerkennung erfolgt auch überwiegend unbefristet (bei n=8 LPAs). Die Qualifikation der SupervisorInnen wird von etwa genau so vielen LPAs geprüft wie nicht geprüft (n=6 vs. n=7). Die Anerkennung der SupervisorInnen ist ebenso meist unbefristet.

Der Beginn der Praktischen Ausbildung wird ebenfalls in fast allen Fällen (n=13) nicht mit Voraussetzungen von Seiten der Aufsichtsbehörde beschränkt.

Vorgaben für die „Freie Spitze“ gibt es ebenso kaum (nur bei einer Behörde). Kooperation besteht bei der Prüfung auf eine mögliche Unterbrechung der Ausbildung (n=12) zwischen den ABst und der entsprechenden Behörde.

Zur Frage der *Kooperation mit ausländischen Einrichtungen* wurde nach der *Anrechnung ausländischer psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildungen* gefragt. Dabei wurden in offenen Antworten folgende Vorgehensweisen genannt (EU/Nicht-EU):

- Abstimmung mit Ministerium (z.B. vorgesetztes Sozialministerium) bzw. mit anderen Landesprüfungsämter (je n=2)
- Fachgutachterliche Stellungnahme erforderlich (n=2/n=3)
- Defizitprüfung (n=1)
- Einbeziehung ZAB, Bonn (n=1/n=2)
- Prüfung gemäß § 2 PsychThG (→ nach: Berufszugang, Dauer, Umfang, Fächer, Schwerpunktverfahren der Ausbildung im Ausbildungsland) (n=1)
- Äquivalenzprüfung/Entscheidung nach Überprüfung der Gleichwertigkeit der Ausbildung und stundenmäßige Anrechnung (je n=3)
- Einzelfallprüfung (je n=2)
- grundsätzlich keine Anrechnung (je n=2)
- keine Erfahrungen (je n=2)

Für die Praktische Tätigkeit I werden mitwirkende Einrichtungen im Ausland nur von wenigen LPAs genehmigt (EU: n=3, Nicht-EU Länder n=2, Länder außerhalb Europas: n=2). Die Kooperation der Ausbildungsstätten und Landesbehörden mit ausländischen Einrichtungen sollte demnach verstärkt werden.

- Die Ausbildungsstätten kooperieren primär mit den entsprechenden Aufsichtsbehörden.
- Dies betrifft vor allem die Anerkennung neuer Kooperationseinrichtungen, SelbsterfahrungsleiterInnen und DozentInnen. In der laufenden Ausbildung wird nur in wenigen Fällen das Rahmencurriculum, die Qualifikation der SupervisorInnen und der Selbsterfahrungsleitungen überprüft.
- Kooperation mit den Aufsichtsbehörden besteht auch im Sinne der Meldung der AusbildungsteilnehmerInnen und von Quereinsteigern, allerdings nur bei circa einem Drittel der Behörden.
- Der Austausch wird von den Aufsichtsbehörden als „sehr gut“ beschrieben, von den Ausbildungsstätten als „gut“. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen wird insgesamt als „gut“ beschrieben, wobei die größte Unzufriedenheit bei der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der PT I besteht, die größte Zufriedenheit bei der Zusammenarbeit mit den staatlichen PrüferInnen.
- Verbindliche Kooperation besteht außerdem häufig mit übergeordneten Dachverbänden.
- Ausländische Einrichtungen scheinen eher selten einbezogen zu werden.

1.6. Wie ist die Einschätzung der AusbildungsteilnehmerInnen zu der Qualität und dem Angebot der Ausbildungsstätten?

Zu dieser Frage gibt es Angaben aus der Befragung der AbsolventInnen sowie der aktiven AusbildungsteilnehmerInnen.

AusbildungsteilnehmerInnen

Die TeilnehmerInnen sind im Durchschnitt „mittel“ bis „ziemlich zufrieden“ mit der Situation an ihren Ausbildungsinstituten (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden) (Tabelle E 1-5).

Tabelle E 1-5: Zufriedenheit der AusbildungsteilnehmerInnen mit der Situation an den Ausbildungsstätten

Zufriedenheit mit...	n=3223	M	SD	Median	keine Angaben n	%
der Organisation		3,35	1,15	3,0	333	10,3
der Betreuung		3,43	1,17	4,0	332	10,3
der Atmosphäre		3,74	1,12	4,0	331	10,3
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile		3,26	1,08	3,0	333	10,3
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes		3,14	1,14	3,0	332	10,3
der Ausstattung		3,36	1,09	3,0	335	10,4
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)		3,40	1,14	4,0	333	10,3
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern		3,65	1,12	4,0	331	10,3
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen		3,09	1,24	3,0	332	10,3

Die höchste Zufriedenheit besteht dabei mit der Atmosphäre an den Ausbildungsstätten und der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern. Die geringste Zufriedenheit besteht bei den Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen und dem Preis-Leistungsverhältnis des Ausbildungsangebotes.

Evaluation findet zu 84% in Theorie statt, zu 42% in Gruppenselbsterfahrung, die anderen Ausbildungsbausteine werden bei weniger als 1/5 evaluiert.

Ernst genommen bezüglich der Evaluation fühlten sich bei der Theorie etwas mehr als die Hälfte, bei Gruppenselbsterfahrung 1/4, bei sonstigen Ausbildungsbausteinen durchschnittlich circa 10% der TN.

AbsolventInnen

Die AbsolventInnen sind im Durchschnitt „mittel“ zufrieden mit der damaligen Situation an ihren Ausbildungsinstituten (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden) (Tabelle E 1-6).

Tabelle E 1-6: Zufriedenheit der AbsolventInnen mit der Situation an den Ausbildungsstätten

Zufriedenheit mit...	N=666	M	SD	Median	keine Angaben n	%
der Organisation		3,1	1,2	3,0	96	14,4
der Betreuung		3,1	1,2	3,0	96	14,4
der Atmosphäre		3,3	1,3	3,0	96	14,4
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile		2,9	1,1	3,0	96	14,4
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes		3,0	1,1	3,0	96	14,4
der Ausstattung		3,2	1,1	3,0	96	14,4
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)		3,2	1,2	3,0	96	14,4
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern		3,4	1,2	4,0	96	14,4
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen		2,6	1,2	3,0	96	14,4

Die höchste Zufriedenheit besteht dabei ebenso wie bei den aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen mit der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern und mit der Atmosphäre an den Ausbildungsstätten. Die geringste Zufriedenheit besteht rückblickend bei den Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen und der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile.

- Es besteht aktuell und rückblickend durchschnittlich eine mittlere Zufriedenheit mit der Qualität und dem Angebot der Ausbildungsstätten.
- Am zufriedenstellendsten sind die persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern und die Atmosphäre an den Ausbildungsstätten.
- Verbesserungsbedarf besteht nach Ansicht der ehemaligen und gegenwärtigen AusbildungsteilnehmerInnen aktuell im Preis-Leistungsverhältnis des Ausbildungsangebotes.

1.7. Gibt es Unterschiede bei den Ausbildungsstätten bezogen auf das Vertiefungsverfahren? Wenn ja, welche?

Um diese Frage zu beantworten, wurden sowohl Daten aus der Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen, als auch der AbsolventInnen nach PsychThG (seit 1999) herangezogen. Bei beiden Gruppen werden Vergleiche zwischen den Vertiefungsverfahren und den Ausbildungsgängen (PP/KJP) berechnet. Bei den ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen wurde außerdem ein Vergleich zwischen den Ausbildungsmodellen (Vollzeit-Teilzeit-Modell) und dem Zeitpunkt des Abschlusses ((nicht) fristgemäß) angestellt.

Zufriedenheit der TN mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den Vertiefungsrichtungen

Es bestehen Unterschiede in der Beurteilung der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den TeilnehmerInnen unterschiedlicher Ausbildungsrichtungen (Tabelle E 1-7).

Die TN an psychodynamisch orientierten Ausbildungsstätten äußern sich signifikant zufriedener mit dem Institut als die Teilnehmer an verhaltenstherapeutisch orientierten Ausbildungsstätten. Dies betrifft die Aspekte der Zufriedenheit mit der Organisation, der Betreuung, der Atmosphäre, der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile, dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes, der Ausstattung, der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern, Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen. Der Service (z.B. bzgl. Seminarunterlagen, Verpflegung...) wird von AusbildungsteilnehmerInnen unterschiedlicher Verfahrensrichtungen nicht statistisch signifikant unterschiedlich bewertet.

Tabelle E 1-7: Zufriedenheitsunterschiede zwischen den TN unterschiedlicher Vertiefungsrichtungen (VT und TP/PA zusammengefasst) bei der Zufriedenheit mit der Situation an der Ausbildungsstätte (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

Zufriedenheit am Institut mit...	VT		Psychodyn. orientiert		
	M	SD	M	SD	
der Organisation	3,30	1,14	3,43	1,17	t (2881) = -2,72; p<.01; d = .11
der Betreuung	3,31	1,15	3,65	1,16	t (2882) = -7,36; p<.01; d = .29
der Atmosphäre	3,66	1,13	3,90	1,09	t (2098) = -5,58; p<.01; d = .22
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile	3,15	1,05	3,47	1,10	t (1960) = -7,50; p<.01; d = .29
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes	3,01	1,13	3,37	1,13	t (2042) = -8,11; p<.01; d = .32
der Ausstattung	3,31	1,10	3,46	1,07	t (2879) = -3,39; p<.01; d = .13
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)	3,41	1,13	3,37	1,16	n.s.
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern	3,52	1,13	3,90	1,06	t (2155) = -8,85; p<.01; d = .35
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen	2,84	1,21	3,57	1,16	t (2882) = -15,70; p<.01; d = .61

Bei den fehlenden Werten bei den Items Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile, Atmosphäre, Preis-Leistungsverhältnis und persönlicher Erreichbarkeit von Ansprechpartnern gibt es keinen Unterschied zwischen den Verfahrensrichtungen.

Die AusbildungsteilnehmerInnen an psychodynamisch orientierten Ausbildungsstätten geben häufiger an „sehr zufrieden“ zu sein, während die AusbildungsteilnehmerInnen an verhaltenstherapeutisch orientierten Ausbildungsstätten signifikant häufiger angeben „gar nicht zufrieden“ zu sein.

Bezüglich der Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten (Abbildung E 1-3, Abbildung E 1-4) bestätigt sich der Unterschied (signifikant mit Ausnahme des Aspektes „Service“) Beispielhaft ist hier der Verfahrensunterschied bei den Variablen Mitsprachemöglichkeiten und Preis-Leistungsverhältnis.

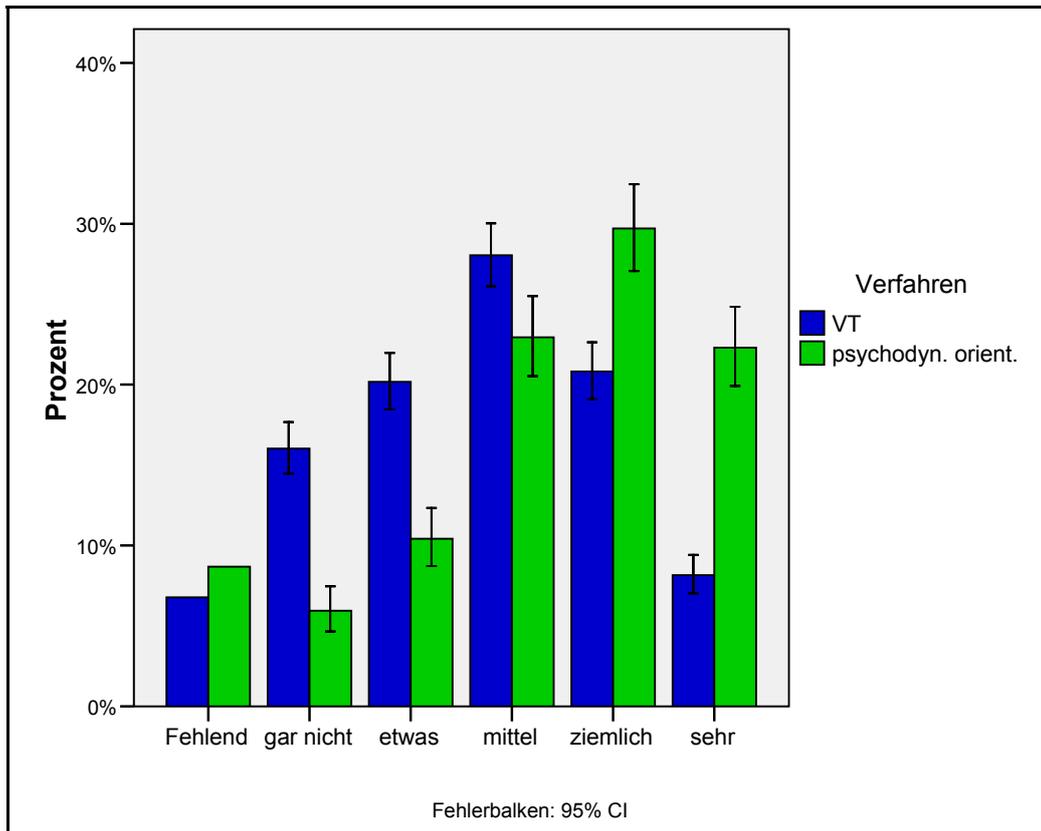


Abbildung E 1-3: Zufriedenheit mit den „Mitsprachemöglichkeiten“ der AusbildungsteilnehmerInnen an der Ausbildungsstätte – Unterschiede der Bewertung zwischen TN an verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch orientierten Ausbildungsstätten

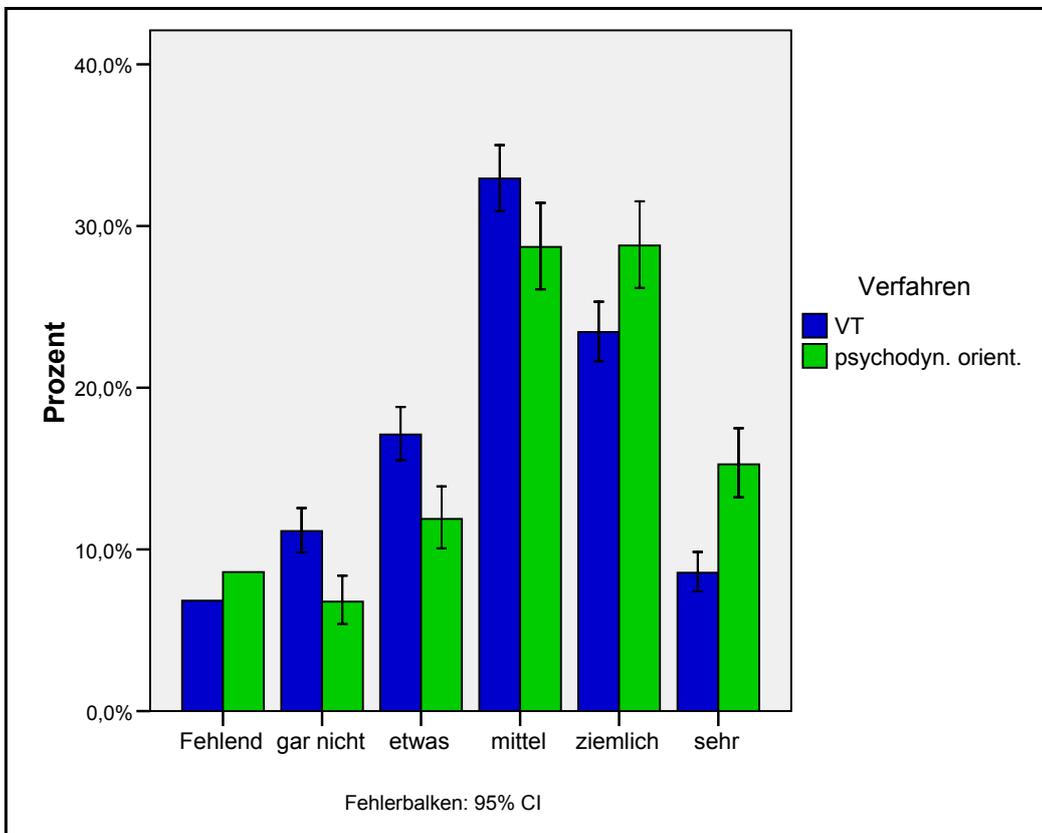


Abbildung E 1-4: Zufriedenheit mit der „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes – Unterschiede der Bewertung zwischen TN an verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch orientierten Ausbildungsstätten

Zufriedenheit der TN mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den psychodynamischen Vertiefungsrichtungen

Die verschiedenen psychodynamischen Vertiefungsverfahren (PA/TP/verklammert) unterscheiden sich in allen Aspekten statistisch signifikant. Fast auf allen einzelnen Aspekten der Zufriedenheit unterscheiden sich post hoc alle psychodynamischen Verfahrensrichtungen signifikant voneinander. Die psychoanalytischen AusbildungsteilnehmerInnen sind mit der Betreuung, der Integration der Ausbildungsteile, der Ausstattung, dem Service, der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern und der Mitsprachemöglichkeit der TeilnehmerInnen zufriedener als die TeilnehmerInnen in der verklammerten Ausbildung und der tiefenpsychologisch fundierten Ausbildung. Die AusbildungsteilnehmerInnen in tiefenpsychologisch fundierter Ausbildung sind bei fast allen Zufriedenheitsaspekten am wenigsten zufrieden im Vergleich zu den TN der anderen psychodynamischen Ausbildungen. Bei der Einschätzung der Organisation ist der Unterschied zwischen PA und TP/PA nicht statistisch signifikant und bei der Einschätzung der Atmosphäre nicht zwischen TP und PA. In der Tabelle E 1-8 sind die Mittelwerte abgebildet.

Tabelle E 1-8: Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den psychodynamischen Verfahrensrichtungen (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

Zufriedenheit am Institut mit...	TP (N=490)		PA (N=123)		TP/PA (N=386)	
	M	SD	M	SD	M	SD
der Organisation	3,24	1,25	3,75	,98	3,56	1,09
der Betreuung	3,41	1,18	3,92	1,08	3,86	1,11
der Atmosphäre	3,72	1,14	4,01	1,08	4,10	,99
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile	3,17	1,11	3,79	,99	3,75	1,01
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes	3,11	1,11	3,56	1,10	3,65	1,08
der Ausstattung	3,26	1,11	3,69	,92	3,64	1,02
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)	3,23	1,19	3,63	1,08	3,47	1,14
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern	3,68	1,13	4,19	,85	4,09	,95
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen	3,28	1,16	3,89	1,10	3,84	1,10

Zufriedenheit der AbsolventInnen mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den Vertiefungsrichtungen

Im Rückblick werden die Institute (in Abhängigkeit der Verfahrensrichtung) von den AbsolventInnen der Ausbildung weniger unterschiedlich bewertet, als von den TeilnehmerInnen, die aktuell in Ausbildung sind).

Es bestehen aber Unterschiede in der Beurteilung der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den AbsolventInnen unterschiedlicher Ausbildungsrichtungen in den Bereichen Organisation, Ausstattung, Service, persönliche Erreichbarkeit von Ansprechpartnern, Mitsprachemöglichkeiten.

Die AbsolventInnen verhaltenstherapeutisch orientierter Ausbildungsstätten äußern sich im Durchschnitt rückblickend statistisch signifikant zufriedener mit dem Institut als die AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Ausbildungsstätten hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Organisation, der Ausstattung, des Services (z.B. bzgl. Seminarunterlagen, Verpflegung...). Hinsichtlich der Mitsprachemöglichkeiten am Institut waren hingegen die AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Ausbildungsstätten signifikant zufriedener mit dem Institut als die Teilnehmer an verhaltenstherapeutisch orientierten Ausbildungsstätten. Es handelt sich allerdings um kleine bis mittel starke Effekte (Tabelle E 1-9).

Tabelle E 1-9: Unterschiede der Bewertung der Ausbildungsstätte bezogen auf das Vertiefungsverfahren der AbsolventInnen (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

Zufriedenheit am Institut mit...	VT		Psychodyn. orientiert		
	M	SD	M	SD	
der Organisation	3,2	1,2	2,8	1,1	t(568) = 2.46, p<.05; d = .30
der Betreuung	3,1	1,3	3,1	1,0	t(568) = -.04, p = n.s.
der Atmosphäre	3,3	1,3	3,2	1,2	t(568) = .55; p = n.s.
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile	2,8	1,1	2,9	1,2	t(568) = -.16; p = n.s.
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes	3,0	1,1	3,1	1,1	t(568) = -.79, p = n.s.
der Ausstattung	3,2	1,1	3,0	1,1	t(568) = 1.88, p<.10; d = .23
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)	3,3	1,2	2,8	1,1	t(568) = 3.04, p<.01; d = .37
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern	3,4	1,2	3,5	1,2	t(568) = -.92, p = n.s.
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen	2,5	1,2	2,9	1,2	t(568) = -3.06; p<.01; d = .37

Die AbsolventInnen unterschiedlicher psychodynamischer Vertiefungsverfahren unterscheiden sich nicht statistisch signifikant auf den Aspekten der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte.

- Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Vertiefungsverfahren hinsichtlich ihrer Bewertung der Zufriedenheit mit der Situation am Ausbildungsinstitut.
- Psychodynamisch orientierte AusbildungsteilnehmerInnen bewerten fast alle Aspekte der Ausbildungsstätte signifikant besser als TeilnehmerInnen der VT-Ausbildung. Im Gegensatz dazu äußern sich die AbsolventInnen verhaltenstherapeutischer Ausbildungen signifikant zufriedener zu den Aspekten der Ausbildungsstätten. Lediglich bei Mitsprachemöglichkeiten sind bei den AbsolventInnen auch die psychodynamisch orientierten zufriedener.
- Auch innerhalb der psychodynamischen Verfahren gibt es signifikante Unterschiede. Hier bewerten die AusbildungsteilnehmerInnen in psychoanalytischer Ausbildung die meisten Aspekte der Ausbildungsstätten (außer: Organisation, Atmosphäre, Preis-Leistungsverhältnis) mit größerer Zufriedenheit als AusbildungsteilnehmerInnen der anderen psychodynamischen Ausbildungen.
- Bei den AbsolventInnen bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen psychodynamischen Verfahren.

Zufriedenheit der TN mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den Ausbildungsgängen KJP/PP

Es bestehen wenige Unterschiede in der Beurteilung der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den AusbildungsteilnehmerInnen unterschiedlicher Ausbildungsbereiche (Tabelle E 1-10).

Die TeilnehmerInnen des Ausbildungsbereiches KJP sind bezüglich des Services (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung, ...), der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern und der Mitsprachemöglichkeit zufriedener als TeilnehmerInnen des Ausbildungsbereiches PP.

Tabelle E 1-10: Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den Ausbildungsbereichen KJP und PP bei den AusbildungsteilnehmerInnen (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

Zufriedenheit am Institut mit...	KJP (N=779)		PP (N=2111)		
	M	SD	M	SD	
der Organisation	3,32	1,15	3,36	1,15	t(2888) = -.84; p = n.s.
der Betreuung	3,44	1,20	3,43	1,16	t(2888) = .34; p = n.s.
der Atmosphäre	3,77	1,11	3,73	1,13	t(2888) = .83; p = n.s.
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile	3,31	1,09	3,25	1,07	t(2888) = 1.37; p = n.s.
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes	3,12	1,13	3,15	1,15	t(2888) = -.52; p = n.s.
der Ausstattung	3,35	1,07	3,37	1,10	t(2888) = -.47; p = n.s.
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)	3,47	1,13	3,37	1,15	t(2888) = 2.15; p<.05; d = .09
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern	3,72	1,10	3,63	1,12	t(2888) = 1.89; p<.10; d = .08
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen	3,23	1,23	3,05	1,24	t(2888) = 3.46; p<.01; d = .15

KJP enthält auch Personen mit abgeschlossener KJP und derzeitiger PP-Fachkunde
 PP enthält auch Personen mit abgeschlossener PP und derzeitiger KJP- Fachkunde

Zufriedenheit der AbsolventInnen mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte – Vergleich zwischen den Ausbildungsgängen KJP/PP

Es bestehen Unterschiede in der Beurteilung der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den Absolventen unterschiedlicher Ausbildungsbereiche (Tabelle E 1-11).

Die AbsolventInnen des Ausbildungsbereiches PP sind in fast allen Punkten signifikant zufriedener als AbsolventInnen des Ausbildungsbereiches KJP. Hinsichtlich ihrer Zufriedenheit bezüglich der Atmosphäre und Mitsprachmöglichkeiten am Institut unterscheiden diese sich nicht. Statistisch signifikante Unterschiede mit mittlerer Effektstärke liegen bei der Bewertung der Ausstattung und dem Service der Ausbildungsstätten vor. Die PP bewerten ihre Ausbildungsstätten bezüglich Ausstattung und Service besser als die KJP.

Tabelle E 1-11: Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit der AbsolventInnen mit der Ausbildungsstätte zwischen den Ausbildungsbereichen KJP und PP (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

Zufriedenheit am Institut mit...	KJP		PP		
	M	SD	M	SD	
der Organisation	2,76	1,10	3,19	1,16	t(568) = -3.49; p<.01; d = .37
der Betreuung	2,80	1,15	3,20	1,20	t(568) = -3.14; p<.01; d = .33
der Atmosphäre	3,06	1,25	3,29	1,26	t(568) = -1.69; p = n.s.
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile	2,58	1,11	2,91	1,11	t(568) = -2.78; p<.01; d = .30
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes	2,69	,99	3,10	1,16	t(568) = -3.43; p<.01; d = .37
der Ausstattung	2,75	1,15	3,32	1,11	t(568) = -4.76; p<.001; d = .51
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)	2,72	1,08	3,32	1,16	t(568) = -4.84; p<.001; d = .52
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern	3,17	1,11	3,49	1,20	t(568) = -2.54; p<.05; d = .27
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen	2,49	1,16	2,58	1,23	t(568) = -.72; p = n.s.

KJP enthält auch Personen mit abgeschlossener KJP und derzeitiger PP-Fachkunde
 PP enthält auch Personen mit abgeschlossener PP und derzeitiger KJP-Fachkunde

Es bestehen nur bei wenigen Aspekten der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte signifikante Unterschiede. Mit dem Service, der Erreichbarkeit von Ansprechpartnern und den Mitsprachemöglichkeiten sind die aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen der KJP-Ausbildung zufriedener. Bei den AbsolventInnen sind fast alle Zufriedenheitswerte signifikant höher bei den AbsolventInnen der PP-Ausbildung.

Vergleich hinsichtlich der Zufriedenheit mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte zwischen AbsolventInnen unterschiedlicher Ausbildungsmodelle (3/5 Jahre)

Es bestehen kaum bzw. geringe Unterschiede in der Beurteilung der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den TeilnehmerInnen unterschiedlicher Ausbildungsmodelle (Tabelle E 1-12).

Die AbsolventInnen der dreijährigen Vollzeit-Ausbildung sind im Durchschnitt signifikant zufriedener mit den Institutsmerkmalen Organisation, Ausstattung und Service (z.B. bzgl. Seminarunterlagen, Verpflegung...) als AbsolventInnen einer fünfjährigen Teilzeit-Ausbildung.

Tabelle E 1-12: Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den Ausbildungsmodellen Vollzeit und Teilzeit (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

Zufriedenheit am Institut mit...	Vollzeit		Teilzeit		
	M	SD	M	SD	
der Organisation	3,22	1,16	2,95	1,15	t(568) = 2.76; p<.01; d = .23
der Betreuung	3,18	1,26	3,03	1,12	t(568) = 1.49; p = n.s.
der Atmosphäre	3,27	1,28	3,22	1,24	t(568) = .46; p = n.s.
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile	2,87	1,13	2,81	1,10	t(568) = .67; p = n.s.
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes	3,06	1,20	2,97	1,04	t(568) = .99; p = n.s.
der Ausstattung	3,30	1,16	3,08	1,09	t(568) = 2.26, p<.05; d = .19
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)	3,32	1,18	3,05	1,15	t(568) = 2.73; p<.01, d = .23
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern	3,49	1,21	3,33	1,16	t(568) = 1.57; p = n.s.
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen	2,54	1,24	2,59	1,17	t(568) = -.45; p = n.s.

Vergleich der Zufriedenheit mit Aspekten der Situation an der Ausbildungsstätte zwischen AbsolventInnen mit unterschiedlichem Zeitpunkt des Abschlusses (fristgemäß - nicht fristgemäß)

AbsolventInnen, die in vorgesehener Zeit ihre Ausbildung beendet haben, sind in bezüglich der Institutsmerkmale Organisation, Betreuung, Atmosphäre, Preis-Leistungs-Verhältnis und Mitsprachemöglichkeiten zufriedener als AbsolventInnen, die ihre Ausbildung nicht in vorgesehener Zeit beendet haben. Bezüglich der Institutsmerkmale Integration / Reflexion, Ausstattung, Service und persönliche Erreichbarkeit von Ansprechpartnern gibt es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der AbsolventInnen (Tabelle E 1-13).

Tabelle E 1-13: Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen der Gruppe der AbsolventInnen, welche die „Ausbildung in vorgesehener Zeit abgeschlossen“ und „Ausbildung nicht in vorgesehener Zeit abgeschlossen“ (1 = gar nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

Zufriedenheit am Institut mit...	Abgeschlossen		Nicht abgeschlossen		
	M	SD	M	SD	
der Organisation	3,23	1,14	3,00	1,17	t(568) = 2.41; p<.05; d = .20
der Betreuung	3,25	1,15	3,0	1,24	t(568) = 2.48; p<.05, d = .21
der Atmosphäre	3,37	1,20	3,14	1,31	t(568) = 2.17; p<.05; d = .18
der Integration / Reflexion aller Ausbildungsteile	2,93	1,07	2,77	1,15	t(568) = 1.66; p = n.s.
dem „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes	3,17	1,14	2,89	1,12	t(568) = 2.92; p<.01; d = .25
der Ausstattung	3,22	1,10	3,21	1,18	t(568) = .10, p = n.s.
dem Service (z.B. Seminarunterlagen, Verpflegung...)	3,28	1,12	3,13	1,22	t(568) = 1.53, p = n.s.
der persönlichen Erreichbarkeit von Ansprechpartnern	3,42	1,16	3,43	1,22	t(568) = -.05; p = n.s.
Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen	2,67	1,17	2,46	1,24	t(568) = 2.08; p<.05; d = .17

- Die ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen verschiedener Ausbildungsmodelle unterscheiden sich kaum hinsichtlich ihrer Zufriedenheitseinschätzungen, lediglich bei Organisation, Service und Ausstattung sind die AbsolventInnen der Vollzeitausbildung zufriedener.
- Ebenso gibt es nur wenige signifikante Unterschiede zwischen AusbildungsteilnehmerInnen, die in vorgesehener Zeit ihre Ausbildung beendet haben und denen, die nicht in vorgesehener Zeit ihre Ausbildung beendet haben. Erstere bewerten vor allem das Preis-Leistungs-Verhältnis besser.

1.8. Gesamtfazit Ausbildungsstätten

- Die Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin und zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in geschieht an 173 staatlichen/staatlich anerkannten Ausbildungsstätten. Die Ausbildung in einem psychodynamischen Vertiefungsverfahren findet an 52% der Ausbildungsstätten statt, die verhaltenstherapeutische Ausbildung an 42% der Ausbildungsstätten. Die PP-Ausbildung findet an etwas mehr als doppelt so vielen Ausbildungsstätten statt wie die KJP-Ausbildung. Universitäre bzw. universitär angebundene Institute machen insgesamt 19% aller Ausbildungsstätten aus.
- Geringe Unterschiede finden sich zwischen Ausbildungsstätten an Hochschulen und abseits von Hochschulen bezüglich der Anzahl der zur Verfügung stehenden Lehrkräfte, sowie der sachlichen Ausstattung (Informationszugriff via Internet, Umfang an Fachliteratur). Größere Unterschiede bestehen bei der Möglichkeit Kinder betreuen zu lassen bzw. an die Ausbildungsstätte mitzubringen. Hier zeigt sich bei universitätsnahen Ausbildungsstätten eine bessere Unterstützung.
- Die Ausbildungsstätten kooperieren primär mit den entsprechenden Aufsichtsbehörden, vor allem bei der Anerkennung neuer Kooperationseinrichtungen, der Meldung von AusbildungsteilnehmerInnen etc. In der laufenden Ausbildung wird nur in wenigen Fällen eine Qualitätsüberprüfung vorgenommen. Der Austausch wird von den Aufsichtsbehörden als „sehr gut“ beschrieben, von den Ausbildungsstätten als „gut“. Die größte Unzufriedenheit besteht bei der Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der PT I. Kooperation mit ausländischen Einrichtungen gibt es sehr wenig.

- Es besteht aktuell und rückblickend eine durchschnittlich mittlere Zufriedenheit mit der Qualität und dem Angebot der Ausbildungsstätten bei den AusbildungsteilnehmerInnen. Am zufriedenstellendsten sind die persönliche Erreichbarkeit von Ansprechpartnern und die Atmosphäre an den Ausbildungsstätten. Verbesserungsbedarf besteht nach Ansicht der TN aktuell im Preis-Leistungsverhältnis des Ausbildungsangebotes.
- Zwischen den Vertiefungsverfahren bestehen bei den AusbildungsteilnehmerInnen größere Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Ausbildung als zwischen den Ausbildungsgängen. Psychodynamisch orientierte AusbildungsteilnehmerInnen und hier überwiegend die psychoanalytischen AusbildungsteilnehmerInnen bewerten fast alle Aspekte der Ausbildungsstätte signifikant besser als TeilnehmerInnen der VT-Ausbildung. Im Gegensatz dazu äußern sich die AbsolventInnen verhaltenstherapeutischer Ausbildungen signifikant zufriedener zu den meisten Aspekten der Ausbildungsstätten. Die Variablen
- Ausbildungsmodelle und Abschluss der Ausbildung in der vorgesehenen Zeit machen rückblickend kaum Unterschiede in der Zufriedenheitseinschätzung mit den Ausbildungen, lediglich der Ausbildungsgang bewirkt unterschiedliche Zufriedenheitseinschätzungen.

2. Verfahrenorientierung

Das PsychThG sieht eine Ausbildung vor, die sich auf die Vermittlung von Grundkenntnissen in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und eine vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren erstreckt.

In diesem Zusammenhang sollten folgende Fragen beantwortet werden.

2.1. Wie und in welchem Umfang verteilt sich die Ausbildung in Deutschland auf die einzelnen Verfahren?

Hier werden die Ergebnisse aus den beiden InstitutsleiterInnenbefragungen herangezogen sowie aus der Befragung der aktuellen und ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen.

InstitutsleiterInnenbefragungen I und II

Von den 173 staatlich anerkannten Ausbildungsstätten bilden aus:

- 68 Ausbildungsstätten in analytischer Psychotherapie/tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
 - (23 KJP/PP, 7 KJP, 38 PP)
- 22 Ausbildungsstätten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
 - (5 KJP/PP, 2 KJP, 15 PP*)
- 73 Ausbildungsstätten in Verhaltenstherapie
 - (20 KJP/PP, 7 KJP, 46 PP)
- 9 Ausbildungsstätten in Verhaltenstherapieausbildung und einem psychoanalytisch begründeten Verfahren
 - (7 KJP/PP, 1 KJP, 1 PP)
- 2 Ausbildungsstätten in Gesprächspsychotherapie bzw. Gesprächspsychotherapie/tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
 - (1 KJP/PP und 1 PP*)

Die Angaben der befragten Ausbildungsstätten (ABst.), N=173) ergaben bezüglich der Verteilung auf die Vertiefungsrichtungen folgendes Bild:

- Analytische Psychotherapie/Psychoanalyse (PA): an 43 Instituten (25% der Institute)
- Verklammerte Ausbildung analytische Psychotherapie/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP/PA): an 67 Instituten (39%)
- Tiefenpsychologische Ausbildung (TP): an 78 Instituten (45%)
- Verhaltenstherapie (VT): an 82 Instituten (47%)
- Gesprächspsychotherapie (GPT): an 2 Instituten (1%).

Damit gibt es aktuell 52% psychodynamische Ausbildungsstätten (n=90), 42% verhaltenstherapeutische Ausbildungsstätten, 5% Ausbildungsstätten, die sowohl in Verhaltenstherapie, als auch in einem psychodynamischen Verfahren ausbilden und 1% gesprächspsychotherapeutische Ausbildungsstätten.

* davon 1 Ausbildungsstätte in TP und GPT – in der Aufzählung zweimal einbezogen

AusbildungsteilnehmerInnen

Die Verteilung der TeilnehmerInnen (Befragung N=3223) weicht davon allerdings ab (Tabelle E 2-1):

- VT 63%
- PD (Psychodynamisch orientiert = PA und/oder TP) 34%
- GPT 0,3%
- 3% k.A.

Tabelle E 2-1: Verteilung der befragten AusbildungsteilnehmerInnen auf die Vertiefungsrichtungen

Richtung	n	%	n	%
VT	2022	62,7	2022	62,7
TP	532	16,5		
PA	136	4,2	1094	33,9
Verklammert (TP/PA)	426	13,2		
GPT	9	0,3	9	0,3
Fehlend	98	3,0	98	3,0
Gesamt	3223	100,0	3223	100,0

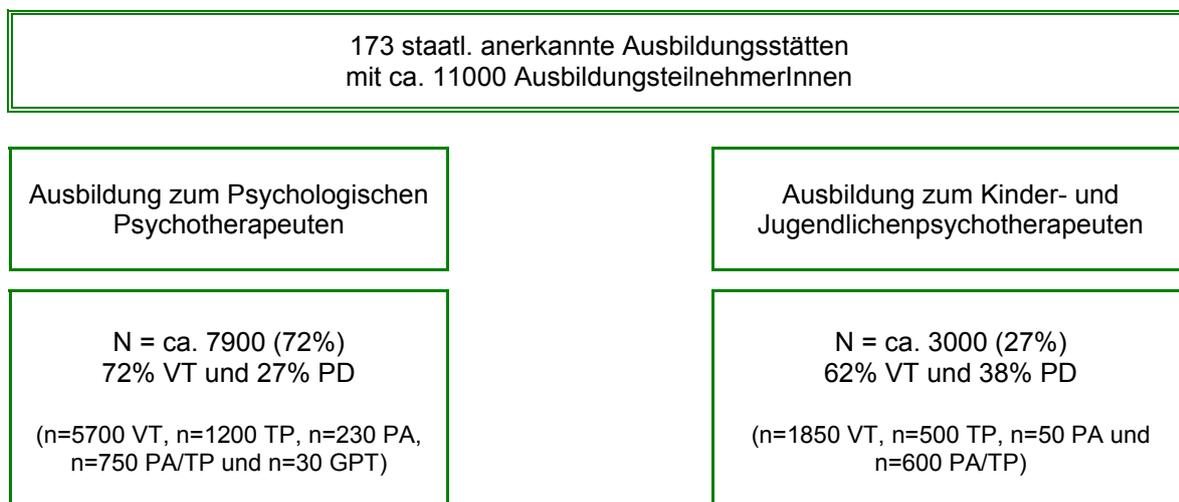
Die Verteilung auf die Ausbildungsgänge ergibt folgendes Bild: in PP-Ausbildung befinden sich 70% der AusbildungsteilnehmerInnen und in KJP-Ausbildung 27% (3% k.A.). Im Bereich der KJP-Ausbildung gibt es eine Gleichverteilung der AusbildungsteilnehmerInnen auf die Verfahren (je 27% der Gesamtstichprobe), im Bereich der Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/in gibt es mehr AusbildungsteilnehmerInnen in VT-Ausbildung (Tabelle E 2-2).

Tabelle E 2-2: Anzahl der KJP- und PP-AusbildungsteilnehmerInnen in den Vertiefungsrichtungen

Richtung x Bereich	VT n (%)	Psychodynamisch n (%)
KJP	427 (50%)	427 (50%)
PP	1584 (70%)	663 (30%)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die PP bzw. KJP-TeilnehmerInnen

Die Gesamtzahl der aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen und deren Verteilung auf die Vertiefungsrichtungen/Ausbildungsgänge lassen sich auf Basis der Rückmeldungen der Institute (Stand: Mai 2008) folgendermaßen schätzen:



Anmerkung: Bei 1% AusbildungsteilnehmerInnen, war durch fehlende Angaben der Institute keine Differenzierung möglich

InstitutsleiterInnenbefragung II

Aus der zweiten Befragung der InstitutsleiterInnen geht hervor, dass – auch wenn nur 117 der 173 Institute hierzu genaue Angaben machten – von den zur Verfügung stehenden, d.h. durch die Aufsichtsbehörde genehmigten Ausbildungsplätzen die Mehrzahl (ca. 62%) an Instituten zur Verfügung steht, die entweder ausschließlich oder „verklammert“ mit psychodynamischen Methoden Verhaltenstherapie als Vertiefungsverfahren anbieten (Tabelle E 2-3).

Tabelle E 2-3: Anzahl genehmigter Plätze von der Aufsichtsbehörde – unterschieden nach Vertiefungsverfahren der Ausbildungsstätten

Vertiefungsverfahren der ABst	M der genehmigten Plätze pro ABst	n (ABst)	SD	Summe der zur Verfügung stehenden Plätze bei n=117 ABst	Min	Max
TP	34	7	25,8	238	6	81
VT	25,1	52	14,4	1303	4	64
Verklammert (TP/PA)	13,9	49	9,4	681	4	50
VT und PD	27,8	9	18,9	250	7	60
Gesamt	21,1	117	15,3	2472	4	81

AbsolventInnen

Aus der AbsolventInnenbefragung (Befragung von N=666 AbsolventInnen) ging hervor, dass sogar noch ein höherer Anteil (78%, Tabelle E 2-4) der AbsolventInnen in Verhaltenstherapie ausgebildet wurde, psychodynamisch nur 14% (8% k.A.) Bezogen auf die Ausbildungsgänge haben 73% der AbsolventInnen (N=489) eine Ausbildung im Bereich PP gemacht und 18% im Bereich KJP (n=121) (8% k.A.).

Tabelle E 2-4: Verteilung der befragten AbsolventInnen auf die Vertiefungsrichtungen

Richtung	n	%	n	%
VT	520	78,1	520	78,1
TP	52	7,8	90	13,5
PA	4	0,6		
Verklammert (TP/PA)	34	5,1		
GPT				
Fehlend	56	8,4	56	8,4
Gesamt	666	100,0	666	100,0

Die AbsolventInnen der KJP- Ausbildung haben sich eher in der Vertiefungsrichtung VT ausbilden lassen (15% versus 5% PD). Ein noch stärkerer Kontrast besteht bei den AbsolventInnen der PP- Ausbildung (70% VT, 10% PD) (Tabelle E 2-5).

Tabelle E 2-5: Anzahl der KJP- und PP-AbsolventInnen in den Vertiefungsrichtungen

Richtung x Bereich	VT n (%)	Psychodynamisch n (%)
KJP	91 (75%)	30 (25%)
PP	429 (88%)	60 (12%)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die PP bzw. KJP-TeilnehmerInnen. Anmerkung: KJP beinhaltet auch Personen abgeschlossener KJP-Ausbildung und PP-Fortbildung, PP beinhaltet auch Personen mit abgeschlossener PP-Ausbildung und KJP-Fortbildung

- Während unter den Ausbildungseinrichtungen noch ein weitgehend ausgeglichenes Verhältnis bezüglich der Verfahren besteht (möglicherweise aber bereits mit mehr verfügbaren Plätzen für die Vertiefungsrichtung VT), gibt es unter den AusbildungsteilnehmerInnen eine ganz offensichtliche Präferenz für die VT als Vertiefungsrichtung, was verschiedene Quellen bestätigen.
- Unter den AusbildungsteilnehmerInnen waren ca. 2/3 der PP und KJP-TeilnehmerInnen in einer Ausbildung mit verhaltenstherapeutischer Vertiefung, unter den AbsolventInnen waren es sogar fast 80%, die eine Ausbildung in VT absolviert hatten. Nach den Angaben der Ausbildungseinrichtungen waren 2008 66% der PP, demgegenüber aber nur 40% der KJP in verhaltenstherapeutischer Ausbildung, was mit den hier unterschiedlichen Zugangsberufen in Verbindung stehen könnte.

2.2. Welche Unterschiede ergeben sich bei den jeweiligen Vertiefungsverfahren bezüglich der Verteilung der Stunden auf die einzelnen Bestandteile der Ausbildung?

Die Angaben (in Stunden) hierzu entstammen der Befragung der LeiterInnen der Ausbildungsstätten (N=129) (Tabelle E 2-6).

Tabelle E 2-6: Stundenumfang der Ausbildungsbausteine bei Instituten unterschiedlicher Vertiefungsverfahren

		Theorie	Einzel-Selbst-Erfahrung	Gruppen-Selbst-Erfahrung	Einzel-Supervision	Gruppen-Supervision	Prakt. Aus-Bildung	Prakt. Tätigkeit
Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (TP)	M	608,3	134,4	46,5	105,2	51,2	698,3	1684,5
	SD	258,2	73,6	51,4	48,4	43,8	249,1	408,3
	n	52	45	44	45	42	41	44
	% *	0	0	50	0	33	0	0
Analytische Psychotherapie / Psychoanalyse (PA)	M	585,6	319,3	26,2	148,2	43,3	842,6	1581,8
	SD	263,8	122,7	46,8	63,0	49,8	309,8	508,6
	n	30	27	25	25	23	23	22
	% *	0	0	72	0	48	0	0
Verhaltenstherapie (VT)	M	608,3	12,3	111,0	55,1	97,3	693,1	1763,2
	SD	93,0	26,0	28,6	16,6	18,4	299,1	409,3
	n	64	62	64	64	64	64	63
	% *	0	73	3	0	2	0	0
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	M	745,2	387,8	24,2	213,8	56,4	1047,6	1693,3
	SD	196,4	186,2	47,0	84,6	68,0	256,1	320,8
	n	49	50	46	49	47	47	45
	% *	0	0	76	0	43	0	0

* der Institute ohne diesen Baustein

Zur Frage der Verteilung von Stunden auf die einzelnen Bausteine der Ausbildung liegen lediglich die Angaben von 129 Leitungen der Ausbildungsstätten vor. In Abhängigkeit von der Vertiefungsrichtung zeigen sich hier zum Teil deutliche Unterschiede. Bezüglich der Theoriestunden gibt es kaum Unterschiede (etwas mehr Theorie in der verklammerten psychodynamischen Ausbildung). Bezüglich der PT ergaben sich erwartungsgemäß ebenfalls kaum Unterschiede. Die praktische Ausbildung ist in der psychoanalytischen und der verklammerten psychodynamischen Ausbildung am umfangreichsten. In der VT-Ausbildung ist Einzelselbsterfahrung nicht üblich, wohingegen der durchschnittliche Anteil an Einzelselbsterfahrungsstunden in der analytischen und der verklammerten Ausbildung mit durchschnittlich deutlich über 300 Stunden am höchsten ist.

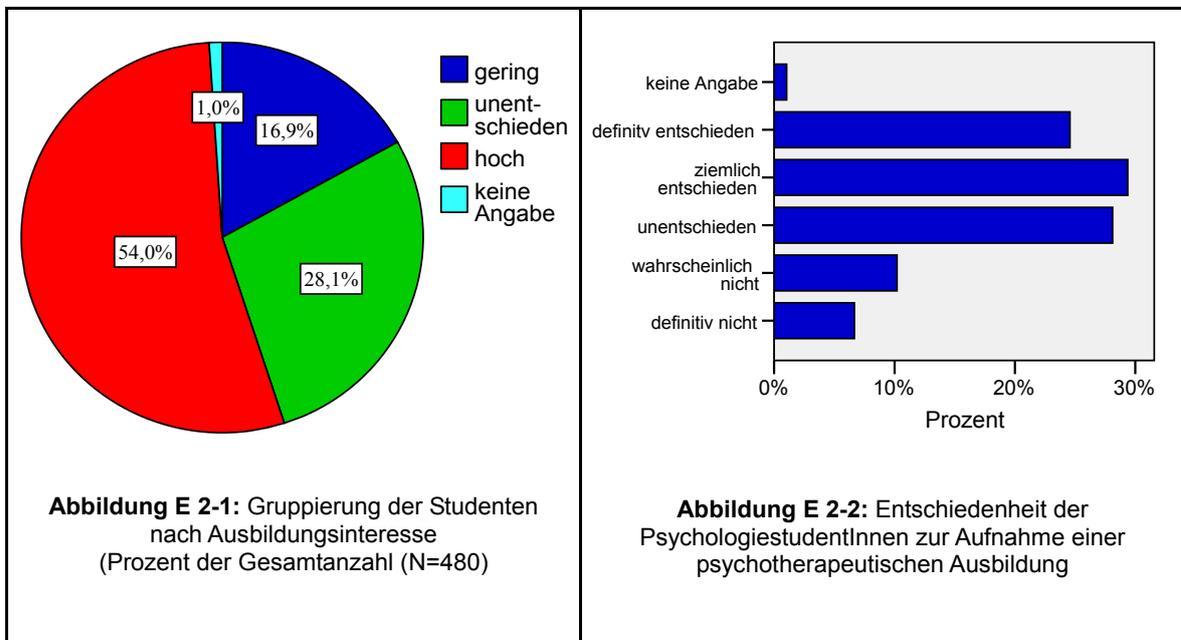
In der VT-Ausbildung wird nicht nur die Gruppenselbsterfahrung, sondern auch die Gruppensupervision sehr viel häufiger angeboten als in der psychodynamischen Vertiefungsrichtung.

2.3. Aus welchen Gründen werden von den AusbildungsteilnehmerInnen die Vertiefungsverfahren gewählt?

Zur Beantwortung dieser Frage können neben unterschiedliche Quellen herangezogen werden, nämlich die Befragung von Studierenden, der AusbildungsteilnehmerInnen sowie der AbsolventInnen.

Studierendenbefragung

Im Detail betrachtet, sind die Studierenden unserer Befragung (PsychologiestudentInnen, Studierende anderer Fachrichtungen wurden aufgrund des hohen organisatorischen Forschungsaufwands nicht explizit befragt). zu einem großen Teil an einer Ausbildung in den sog. Richtlinienverfahren interessiert. Lediglich 6,7% der Befragten geben an, dass sie „definitiv nicht“ entschieden sind, eine psychotherapeutische Ausbildung aufzunehmen. Über die Hälfte der Studierenden ist „ziemlich entschieden“ (29,3%) oder „definitiv entschieden“ (24,6%) eine Ausbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren zu beginnen. 28,2% der Befragten beschreiben ihre Entscheidung hinsichtlich der Aufnahme einer psychotherapeutischen Ausbildung mit „unentschieden“ und 10,2% antworten diesbezüglich mit „wahrscheinlich nicht“ (Abbildung E 2-1 und Abbildung E 2-2).



Innerhalb der Richtlinienverfahren unterscheiden sich die Präferenzen der Befragten für die verschiedenen therapeutischen Verfahren: Die Verhaltenstherapie würden 38,1% der Ausbildungsinteressierten auswählen. Eine Ausbildung in analytischer Psychotherapie aufzunehmen beabsichtigen 6,5% der Ausbildungsinteressierten, während 13,1% der Studierenden sich für die tiefenpsychologisch fundierte Therapie entscheiden würden, d.h. etwa jeder Fünfte strebt eine Ausbildung in einem psychodynamischen Therapieverfahren an. Für die Ausbildung in einem anderen therapeutischen Verfahren interessieren sich deutlich weniger der Befragten (8,5%). Fast jeder Dritte der Ausbildungsinteressierten (29,8%) hat bezüglich des Verfahrens noch keine Entscheidung getroffen (Abbildung E 2-3).

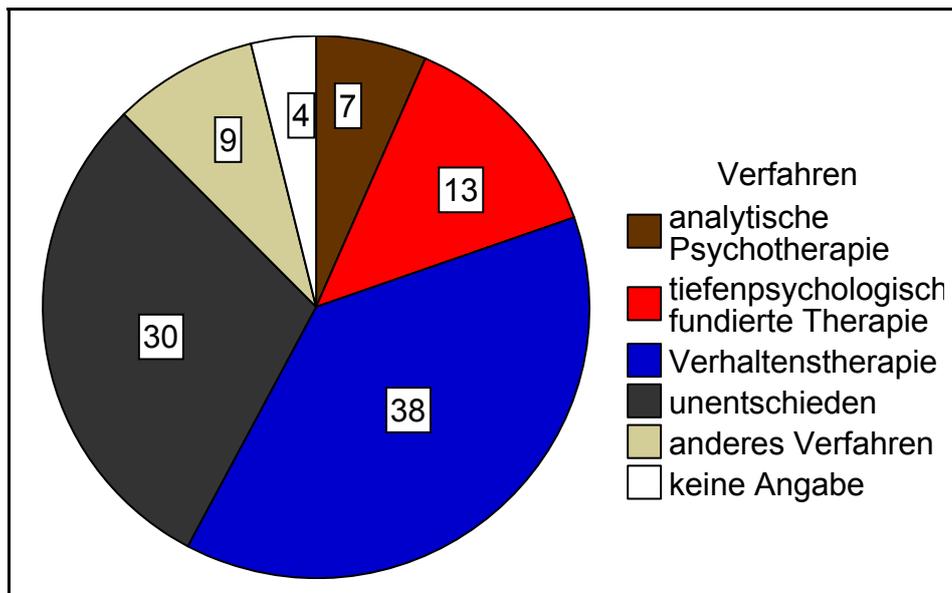


Abbildung E 2-3: Präferenzen der StudentInnen für Vertiefungsverfahren (%)

An Hochschulstandorten mit VT-Ausrichtung wird dieses Verfahren auch sehr viel ausführlicher dargestellt, wohingegen an Universitäten mit psychodynamischer bzw. anderer Ausrichtung des Lehrstuhls für Klinische Psychologie die VT und die psychodynamischen Verfahren eher gleich ausführlich dargestellt werden. Es zeigt sich insgesamt eine Tendenz zu einer unausgewogenen Darstellung der Verfahrensrichtungen. Die Präferenz der Studierenden (Abbildung E 2-4 und Tabelle E 2-7) ist erwartungsgemäß von der Verfahrensorientierung des Lehrstuhls für Klinische Psychologie bzw. des Lehrangebotes abhängig.

Nach eigenen Recherchen sind zurzeit in Deutschland von 47 Lehrstühlen für Klinische Psychologie/Psychotherapie mindestens 41 verhaltenstherapeutisch ausgerichtet (87%) und nur vier psychodynamisch (7%).

Tabelle E 2-7: Ausrichtung der klinischen Lehrstühle der befragten Universitäten

Ausrichtung der klinischen Lehrstühle der befragten Universitäten zum Zeitpunkt der Erhebung		n	% der Gesamtstichprobe
Köln*	Psychodynamisch	71	14,8
München**	Psychodynamisch	25	5,2
Saarbrücken	Psychodynamisch	27	5,6
Jena	Verhaltenstherapie	86	17,9
Bochum	Verhaltenstherapie	36	7,5
Heidelberg	Verhaltenstherapie	125	26,0
Leipzig	Verhaltenstherapie	110	22,9

* n=11 Fragebögen wurden in einem Seminar „Tiefenpsychologie und Psychosomatik“ ausgegeben

** hier wurden Studierende/Diplomanden des Faches Tiefenpsychologie/Psychoanalyse befragt

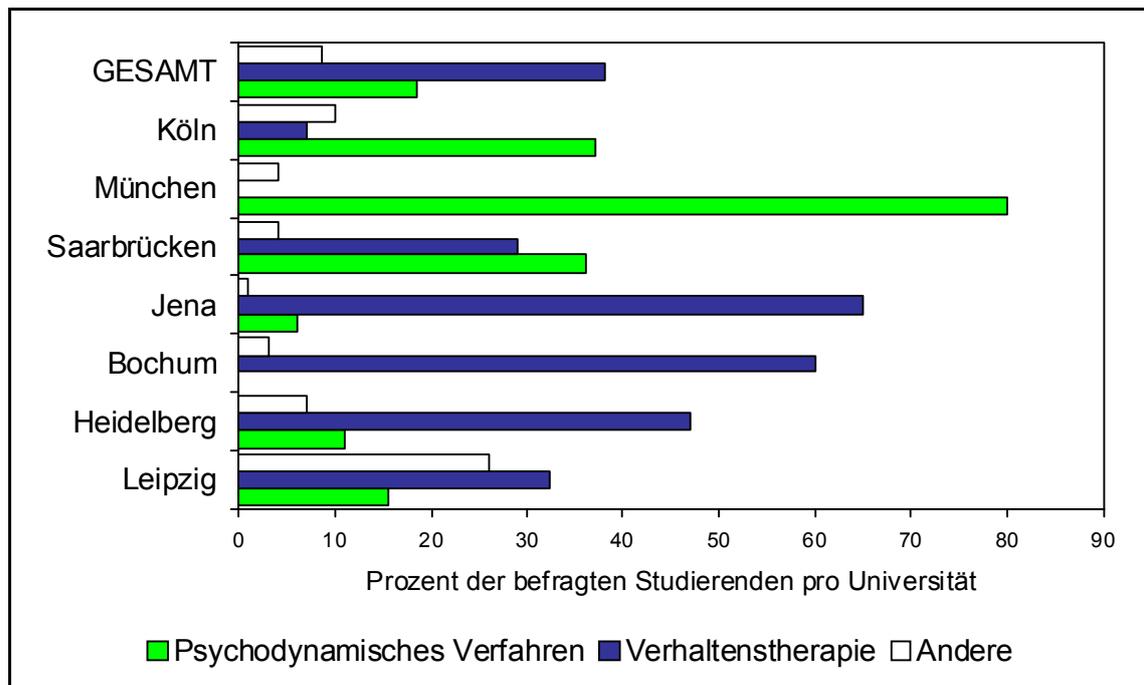


Abbildung E 2-4: Verfahrenswahl der Studierenden nach befragten Universitäten

Unter den am häufigsten angeführten Einflussfaktoren zur Verfahrenswahl (Tabelle E 2-8) befinden sich drei inhaltlich-theoretische Faktoren. Mehr als jeder Zweite der Befragten gibt an, sich bei der Auswahl eines Verfahrens davon beeinflussen zu lassen, inwieweit dessen Menschenbild, Vorgehen und therapeutischer Stil zur eigenen Persönlichkeit passe. Daneben ist es für die Hälfte der Studierenden von Bedeutung, ob mit dem Verfahren eine kassenpsychotherapeutische Zulassung möglich ist. Wissenschaftliche Gründe werden ebenfalls häufig als Einflüsse auf die Verfahrenswahl angegeben.

Tabelle E 2-8: Wichtige Einflussfaktoren auf die Auswahl eines psychotherapeutischen Verfahrens

	Gesamt		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
Menschenbild, Vorgehen und therapeutischer Stil passen am besten zu meiner Persönlichkeit.	266	60,0	76	45	63	72,4
Die Behandlungskonzepte sind am überzeugendsten.	258	58,2	97	57,4	50	57,5
Mit dem Verfahren ist eine kassenpsychotherapeutische Zulassung möglich.	237	53,5	103	60,9	48	55,4
Das Verfahren interessiert mich am meisten.	221	49,9	66	39,0	55	63,2
Inhaltlich stimme ich diesem Verfahren am meisten zu.	213	48,1	74	43,8	43	49,4
Die Wirksamkeit des Verfahrens ist empirisch überzeugend nachgewiesen.	161	36,3	94	55,6	9	10,5
Das Verfahren ist wissenschaftlich anerkannt.	106	23,9	55	32,5	8	9,2
Mögliche Arbeitgeber verlangen eine Ausbildung in diesem Verfahren.	37	8,4	19	11,2	2	2,3
Durch die Ausrichtung des Studiums habe ich bereits viel Vorwissen	48	10,8	31	18,3	5	5,7
keine Angabe	17	3,9	6	3,5	4	4,6
gesamt	443	100,0	169	100,0	87	100,0

Die Ausbildungsinteressierten geben vergleichbar häufig inhaltlich-theoretische Einflüsse auf die Verfahrenswahl an, wobei mehr psychodynamisch Orientierte Interesse am ausgewählten psychotherapeutischen Verfahren angeben. Persönliche Gründe (Interesse, Menschenbild) werden häufiger von Interessenten in den psychodynamischen Verfahren als Einflussfaktoren benannt, wohingegen angehende Verhaltenstherapeuten häufiger pragmatische und situativ-gesellschaftliche Gründe (z.B. wissenschaftliche Anerkennung, Arbeitgeber) auswählen.

Es zeigte sich, dass ein hoher Prozentsatz der Studierenden der Psychologie beabsichtigt, eine Psychotherapieausbildung zu beginnen, wobei die während des Studiums in den klinischen Vorlesungen im Vordergrund stehenden Verfahren wahrscheinlich auch die Wahl des Verfahrens mitbestimmen. Andererseits nennen die Studierenden auch andere Einflussfaktoren für die Auswahl eines Verfahrens (Menschenbild, Überzeugung, Interesse).

TeilnehmerInnenbefragung

Derzeitige AusbildungsteilnehmerInnen beider Vertiefungsrichtungen geben mehrheitlich inhaltliche Gründe zur Wahl der Vertiefungsrichtung an (Tabelle E 2-9). Die Kosten der Ausbildung spielen bei der Entscheidung für eine verhaltenstherapeutisch orientierte Ausbildung eine deutlich stärkere Rolle als bei den psychodynamisch orientierten TeilnehmerInnen.

Die Möglichkeit des Erhaltes der Approbation nach der Ausbildung ist für 75 Prozent der TeilnehmerInnen an verhaltenstherapeutisch orientierten und 63 Prozent der TeilnehmerInnen an psychodynamisch orientierten Instituten ein Grund für die Wahl des Ausbildungsganges.

Tabelle E 2-9: Gründe der Verfahrenswahl der AusbildungsteilnehmerInnen

Gründe	VT		Psychodynamisch	
	n	%	n	%
Inhaltliche Gründe	1774	87,7	1040	95,1
Kosten der Ausbildung	561	27,7	113	10,3
Approbation möglich	1517	75,0	690	63,1
Sonstige	206	10,2	88	8,0

Als weitere (sonstige) Gründe wurden von einigen wenigen angegeben: die Qualität des Instituts, Dauer der Ausbildung, Karrierechancen, die geographische Lage des Institutes, persönliche Gründe, Empfehlungen, wollte eigentlich Gesprächspsychotherapie, organisatorische Gründe, Arbeitgeber zahlt Teil der Ausbildung, Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit, Wunsch nach Praxiserfahrung, Sicherheit zu Beginn der Arbeit als Therapeut, „kann nur diesen Bereich machen“, weil Kombination mit KJP möglich sei, Anlehnung von tiefenpsychologisch orientiertem Institut, Status als Student attraktiv, Selbsterfahrungsaspekte.

Wie aus Tabelle E 2-10 hervorgeht, ist ein Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen selten gewünscht, sollte aber nach Meinung vieler TeilnehmerInnen prinzipiell möglich sein.

Tabelle E 2-10: Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen von den derzeit in Ausbildung befindlichen TN

	n	%
nicht gewünscht	1992	61,8
erfolgt	23	0,7
geplant / gewünscht	20	0,6
trotz Wunsch nicht erfolgt	8	0,2
nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell unterstützt werden	893	27,7
fehlende Angaben	287	8,9

TeilnehmerInnen beider Ausbildungsgänge (KJP/PP) geben mehrheitlich inhaltliche Gründe für die Wahl des Ausbildungsganges an (Tabelle E 2-11). Die Kosten der Ausbildung spielen bei der Entscheidung für TeilnehmerInnen des Ausbildungsbereiches PP eine stärkere Rolle als bei den TeilnehmerInnen des Ausbildungsbereichs KJP. Die Möglichkeit des Erhaltes der Approbation nach der Ausbildung ist mit ca. 71% der TeilnehmerInnen des Verfahrensbereiches PP und KJP fast gleichermaßen Grund für die Wahl des Ausbildungsganges.

Es wurden nur wenige sonstige Gründe angegeben. Der häufigste sonstige Grund mit 2,5 Prozent für TeilnehmerInnen des Ausbildungsbereiches PP und KJP sind die Aussicht auf bessere Karrierechancen und mit 2,1% die geographische Lage des Ausbildungsinstitutes/Erreichbarkeit. TeilnehmerInnen des Ausbildungsbereiches KJP geben mit 1,4 Prozent als sonstigen Grund an, dass sie aufgrund ihrer Vorbildung nur den Bereich KJP wählen können.

Tabelle E 2-11: Gründe der Wahl des Ausbildungsganges (AusbildungsteilnehmerInnen)

Gründe	KJP		PP	
	n	%	n	%
Inhaltliche Gründe	778	91,1	2030	90,0
Kosten der Ausbildung	129	15,1	544	24,1
Approbation möglich	614	71,9	1590	70,5
Sonstige	81	9,5	215	9,5

AbsolventInnenbefragung

AbsolventInnen beider Vertiefungsrichtungen geben mehrheitlich inhaltliche Gründe zur Wahl des Ausbildungsganges an (Tabelle E 2-12). Die Kosten der Ausbildung und die Möglichkeit des Erhalts der Approbation spielen bei der Entscheidung für eine verhaltenstherapeutisch orientierte Ausbildung wiederum eine stärkere Rolle als bei einer psychodynamisch orientierten Ausbildung.

Tabelle E 2-12: Gründe der Verfahrenswahl der AbsolventInnen

Gründe	VT		Psychodynamisch	
	n	%	n	%
Inhaltliche Gründe	444	85,4	81	90,0
Kosten der Ausbildung	125	24,0	11	12,2
Approbation möglich	375	72,1	53	58,9
Sonstige	53	10,2	7	7,8

Folgende weitere (sonstige) Gründe wurden angegeben: Qualität des Instituts, Dauer der Ausbildung, Karrierechancen, geographische Lage des Ausbildungsinstitutes, persönliche Gründe, wie Werte und Einstellungen, Empfehlung, organisatorische Gründe, Überzeugung von der Wirksamkeit der Therapiemethode und die Möglichkeit zur Selbsterfahrung.

Circa 2% der AbsolventInnen der Vertiefungsrichtung VT geben als sonstige Gründe für die Wahl ihres Ausbildungsganges an: Dauer der Ausbildung (1,5%), Karrierechancen (1,7%), geographische Lage des Ausbildungsinstitutes (1,9%) und Wirksamkeit der Therapiemethode (1,5%). Die Verhaltenstherapeuten gaben mehr Gründe für die Wahl ihres Ausbildungsganges an als AbsolventInnen der psychodynamischen Vertiefungsrichtungen.

Ein Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen spielte auch bei den AbsolventInnen kaum eine Rolle (Tabelle E 2-13).

Tabelle E 2-13: Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen (AbsolventInnen)

	n	%
erfolgt	2	0,3
nicht erfolgt	521	78,2
trotz Wunsch nicht erfolgt	1	0,2
nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell unterstützt werden	76	11,4
keine Angaben	66	9,9

AbsolventInnen beider Ausbildungsgänge geben mehrheitlich inhaltliche Gründe zur Wahl des Ausbildungsganges an. Die Kosten der Ausbildung und die Möglichkeit des Erhaltes der Approbation spielten bei der Entscheidung für AbsolventInnen des Ausbildungsganges PP eine stärkere Rolle als bei den AbsolventInnen des Bereiches KJP. Weitere (sonstige) Gründe werden wenige angegeben. AbsolventInnen des Ausbildungsbereiches KJP geben mit 5% als häufigsten sonstigen Grund Karrierechancen an und mit 3,3%, dass sie aufgrund ihrer Vorbildung nur diesen Bereich wählen durften.

Die AbsolventInnen des Ausbildungsbereiches PP geben mit 1,8% als häufigsten sonstigen Grund die Dauer der Ausbildung an, zudem geben diese mit 1,6% an, dass die Überzeugung der Therapiemethode Grund für die Wahl des Ausbildungsganges gewesen sei (Tabelle E 2-14).

Tabelle E 2-14: Gründe der Wahl des Ausbildungsganges der AbsolventInnen

Gründe	KJP		PP	
	n	%	n	%
Inhaltliche Gründe	103	85,1	422	86,3
Kosten der Ausbildung	22	18,1	114	23,3
Approbation möglich	81	66,9	347	71,0
Sonstige	16	13,2	44	9,0

Anmerkung: KJP beinhaltet auch Personen mit KJP abgeschlossen und PP-Fachkunde
PP beinhaltet auch Personen mit PP abgeschlossen und KJP-Fachkunde

Sowohl von den AusbildungsteilnehmerInnen als auch von den AbsolventInnen werden vorrangig inhaltliche Gründe für die Wahl der Vertiefungsrichtung und des Ausbildungsganges (PP vs. KJP) genannt, es scheinen hier aber auch Kostengründe nicht unbedeutend.

2.4. Wie werden die Ausbildungen von den AusbildungsteilnehmerInnen an sich bewertet?

Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen

Als sehr hilfreich werden Praktische Ausbildung und Einzelsupervision bewertet. Einzelselbsterfahrung, Gruppensupervision, Theorie, Gruppenselbsterfahrung, Praktische Tätigkeit I und II, Prüfungsvorbereitung und Kleingruppe werden im Durchschnitt als ziemlich hilfreich bewertet (Tabelle E 2-15).

Tabelle E 2-15: Bewertung der Nützlichkeit der Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz (Antwortformat: 1 = gar nicht; 2 = etwas; 3 = mittel; 4 = ziemlich; 5 = sehr) – Angaben der aktuell in Ausbildung befindlichen Befragten (Gesamtstichprobe N=3223)

	Gesamt		M	SD	Median	keine Angabe	
	n	%				n	%
Theorie	3082	95,6	4,23	0,94	5,0	141	4,4
Einzelselbsterfahrung	2214	68,7	4,48	0,94	5,0	1009	31,3
Gruppenselbsterfahrung	2751	85,4	3,84	1,16	4,0	472	14,6
PT I	2959	91,8	3,76	1,16	4,0	264	8,2
PT II	2880	89,4	3,76	1,19	4,0	343	10,6
PAus	2765	85,8	4,88	0,40	5,0	458	14,2
Einzelsupervision	2755	85,5	4,72	0,61	5,0	468	14,5
Gruppensupervision	2598	80,6	4,27	0,88	5,0	625	19,4
„Freie Spitze“	2009	62,3	2,82	1,24	3,0	1214	37,7
Prüfungsvorbereitung	2009	62,3	3,58	1,22	4,0	1214	37,7
Kleingruppe	2581	80,1	3,54	1,15	4,0	642	19,9

Zwischen VT- und psychodynamisch orientierten AusbildungsteilnehmerInnen unterscheiden sich alle Einschätzungen der Ausbildungsbestandteile bezüglich der Nützlichkeit für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz signifikant voneinander bis auf die Gruppensupervision. Starke Effekte gibt es in den zwischen den TN der Verfahrensrichtungen unterschiedlichen Einschätzungen der Einzelselbsterfahrung und der Bewertung der „Freien Spitze“ (Tabelle E 2-16, Abbildung E 2-5 und Abbildung E 2-6).

Tabelle E 2-16: Unterschiede der Bewertung der Ausbildungsteile bezogen auf das Vertiefungsverfahren TN aktuell in Ausbildung

Ausbildungsteil	TeilnehmerInnen VT			TeilnehmerInnen Psychodyn. orientiert			
	n	M	SD	n	M	SD	
Theorie	1992	4,14	0,97	1083	4,39	0,85	t (2500) = -7.29; p < .01; d = .26
Einzelselbsterfahrung	1145	4,16	1,12	1062	4,82	0,51	t (1624) = -18.0; p < .01; d = .77
Gruppenselbsterfahrung	1920	3,79	1,18	824	3,93	1,13	t (1626) = -2.96; p < .01; d = .12
PT I	1921	3,87	1,13	1031	3,54	1,19	t (2009) = 7.16; p < .01; d = .28
PT II	1859	3,70	1,22	1015	3,88	1,15	t (2186) = -3.86; p < .01; d = .15
PAus	1758	4,86	0,44	1004	4,92	0,33	t (2538) = -4.31; p < .01; d = .17
Einzelsupervision	1752	4,66	0,66	998	4,82	0,49	t (2570) = -7.21; p < .01; d = .29
Gruppensupervision	1721	4,25	0,89	872	4,32	0,85	n.s.
„Freie Spitze“	1387	2,51	1,11	621	3,52	1,23	t (1084) = -17.52; p < .01; d = .85
Prüfungsvorbereitung	1226	3,53	1,21	782	3,66	1,22	t (2006) = -2.49; p < .05; d = .11
Kleingruppe	1646	3,39	1,16	928	3,80	1,08	t (2039) = -9.02; p < .01; d = .37

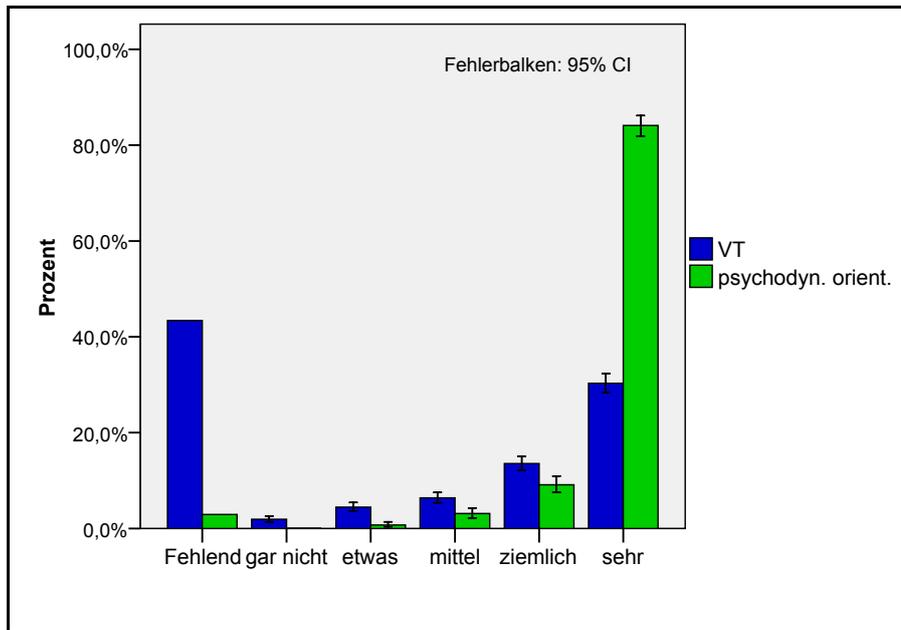


Abbildung E 2-5: Einschätzung der Nützlichkeit der Einzelselbsterfahrung im Vergleich zwischen den Vertiefungsverfahren (TN)

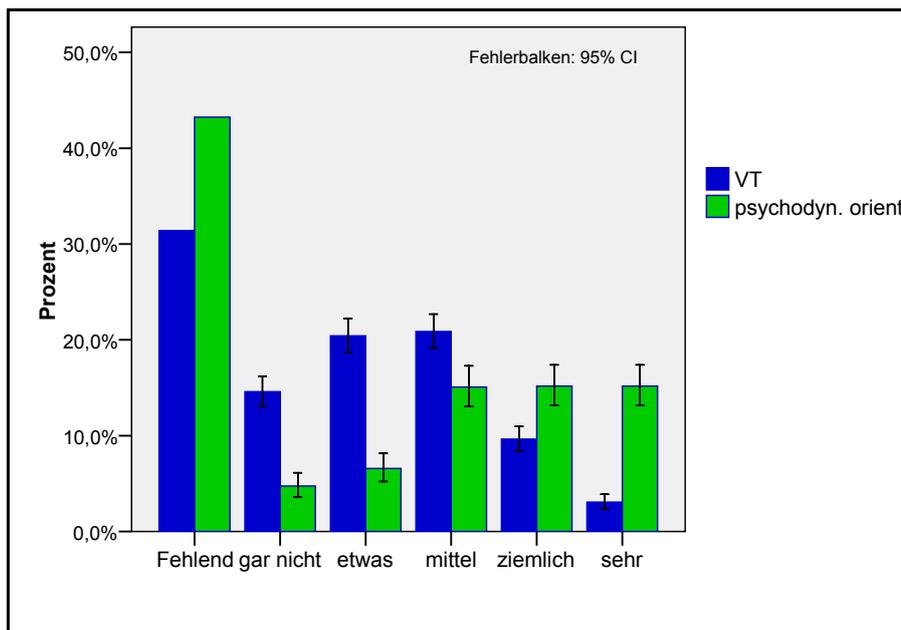


Abbildung E 2-6: Einschätzung der Nützlichkeit der „Freien Spitze“ im Vergleich zwischen den Vertiefungsverfahren (TN)

Befragung der AbsolventInnen

Rückblickend bewerten die AbsolventInnen die Praktische Ausbildung und die Einzelsupervision als am nützlichsten zur Entwicklung der therapeutischen Kompetenzen und bestätigen damit die Einschätzung der AusbildungsteilnehmerInnen. Am wenigsten hilfreich wird die „Freie Spitze“ eingeschätzt (Tabelle E 2-17).

Tabelle E 2-17: AbsolventInnen (N=666): Wie nützlich / hilfreich schätzen Sie im Rückblick folgende Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz ein? (Antwortformat: 1 = gar nicht; 2 = etwas; 3 = mittel; 4 = ziemlich; 5 = sehr)

Gesamtstichprobe AbsolventInnen	Gesamt		M	SD	Median	keine Angabe	
	n	%				n	%
Theorie	593	89,0	3,7	1,1	4,0	73	11,0
Einzelselbsterfahrung	585	87,8	3,5	1,5	4,0	81	12,2
Gruppenselbsterfahrung	592	88,9	3,3	1,6	3,0	74	11,1
PT I	594	89,2	3,9	1,1	4,0	72	10,8
PTII	593	89,0	3,7	1,2	4,0	73	11,0
PAus	594	89,2	4,8	0,5	5,0	72	10,8
Einzelsupervision	594	89,2	4,5	0,8	5,0	72	10,8
Gruppensupervision	593	89,0	4,0	1,0	4,0	73	11,0
„Freie Spitze“	577	86,6	2,6	1,2	2,0	89	13,4
Prüfungsvorbereitung	594	89,2	3,0	1,3	3,0	72	10,8
Kleingruppe	591	88,7	3,0	1,2	3,0	75	11,3

Es bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Vertiefungsrichtungen in der Bewertung der Nützlichkeit der Ausbildungsbestandteile. Besonders die Einzelselbsterfahrung wird von den AbsolventInnen psychodynamischer Ausbildungen als hilfreicher eingeschätzt. (Abbildung E 2-7). Dies gilt ebenso für die Theorie, die Einzelsupervision und die „Freie Spitze“ (Tabelle E 2-18).

Tabelle E 2-18: AbsolventInnen (N=666): Wie nützlich / hilfreich schätzen Sie im Rückblick folgende Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz ein? (Antwortformat: 1 = gar nicht; 2 = etwas; 3 = mittel; 4 = ziemlich; 5 = sehr) – Unterscheidung zwischen Vertiefungsverfahren der AbsolventInnen

Verfahrensrichtung Ausbildungsbestandteil	VT		PD		
	M	SD	M	SD	
Theorie	3,68	1,08	3,98	1,03	t (591) =-2.34, p≤.02; d=-0.28
Einzelselbsterfahrung	3,31	1,47	4,62	0,84	t (189) =-11.63, p≤.00; d=-1.09
Gruppenselbsterfahrung	3,30	1,23	3,40	1,37	n. s.
Praktische Tätigkeit I	3,95	1,08	3,77	1,22	n. s.
Praktische Tätigkeit II	3,72	1,26	3,80	1,17	n. s.
Praktische Ausbildung	4,81	0,48	4,87	0,40	n. s.
Einzelsupervision	4,47	0,80	4,65	0,61	t (131) =-2.45, p≤.02; d=-0.25
Gruppensupervision	4,02	0,93	4,01	1,15	n. s.
„Freie Spitze“	2,19	1,19	2,62	1,31	t (575) =-2.91, p≤.01; d=-0.34
Prüfungsvorbereitung	2,98	1,26	2,88	1,32	n. s.
Arbeit in Kleingruppen	2,95	1,27	3,23	1,09	t (589) =-1.99, p≤.05; d=-0.24

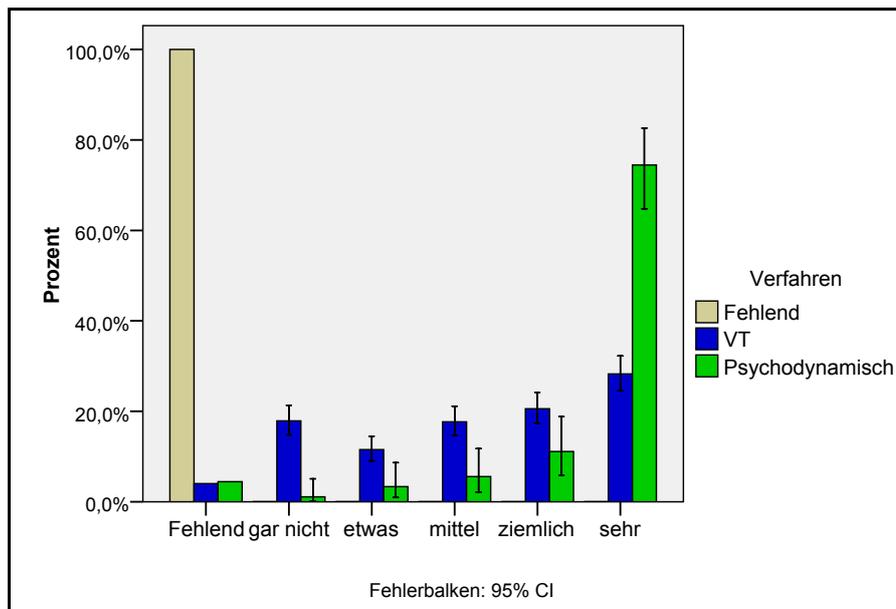


Abbildung E 2-7: Einschätzung der Nützlichkeit der Einzelselbsterfahrung im Vergleich zwischen den Vertiefungsverfahren (AbsolventInnen)

Als sehr hilfreich werden Praktische Ausbildung und Einzelsupervision bewertet. Rückblickend bewerten die AbsolventInnen die Praktische Ausbildung und die Einzelsupervision als am nützlichsten zur Entwicklung der therapeutischen Kompetenzen und bestätigen damit die Einschätzung der AusbildungsteilnehmerInnen. Am wenigsten hilfreich wird die „Freie Spitze“ eingeschätzt. Die größten Unterschiede in dieser Einschätzung gibt es bei der Einzelselbsterfahrung und bei der „Freien Spitze“. Diese werden jeweils von den psychodynamischen Umfrageteilnehmern besser bewertet.

2.5. Wie wird speziell die verfahrensorientierte Ausbildung von den AusbildungsteilnehmerInnen bewertet?

Zur Beantwortung dieser Frage werden sowohl die Angaben der aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen als auch die der AbsolventInnen herangezogen.

TeilnehmerInnenbefragung

69% der aktuell in Ausbildung befindlichen Befragten halten die verfahrensorientierte Ausbildung für sinnvoll. Wobei 80% der AusbildungsteilnehmerInnen in psychodynamisch orientierten Ausbildungen und 67% der AusbildungsteilnehmerInnen in verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Verfahren die verfahrensorientierte Ausbildung als sinnvoll erachten (Tabelle E 2-19).

Tabelle E 2-19: Einschätzung der verfahrensorientierten Ausbildung von den AusbildungsteilnehmerInnen verschiedener Vertiefungsverfahren

Verfahrensorientierte Ausbildung sinnvoll?	VT		Psychodynamisch	
	n	%	n	%
ja	1351	66,8	871	79,6
nein	628	31,1	198	18,1
total	1979	97,9	1069	97,7
keine Angabe	43	2,1	25	2,3

Gleichzeitig wünschen sich 45% der Befragten, die sich aktuell in Ausbildung befinden, dass sich im Theorieteil der Ausbildung der Anteil verfahrensübergreifenden Wissens erhöht (42% wünschen das dieser Anteil der Theorieausbildung so bleibt).

71% der aktuell in Ausbildung befindlichen Befragten der Ausbildungsbereiche KJP und PP halten die verfahrensorientierte Ausbildung für sinnvoll. Unterschiede zwischen TN welche im Bereich KJP oder PP ausgebildet werden gibt es nicht (Tabelle E 2-20).

Tabelle E 2-20: Einschätzung der verfahrensorientierten Ausbildung von den AusbildungsteilnehmerInnen verschiedener Ausbildungsgänge

Verfahrensorientierte Ausbildung sinnvoll?	KJP		PP	
	n	%	n	%
ja	608	71,2	1609	71,4
nein	226	26,5	597	26,5
total	834	97,7	2206	97,8
keine Angabe	20	2,3	49	2,2

AbsolventInnenbefragung

63% der befragten AbsolventInnen halten die verfahrensorientierte Ausbildung für sinnvoll. Wobei 76% der AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Ausbildungen und 67% der AbsolventInnen der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Ausbildung die verfahrensorientierte Ausbildung als sinnvoll erachten (Tabelle E 2-21).

Tabelle E 2-21: Sinnhaftigkeit der Verfahrensorientierten Ausbildung aus Sicht der ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen verschiedener Vertiefungsverfahren

Verfahrensorientierte Ausbildung sinnvoll?	VT		Psychodynamisch	
	n	%	n	%
ja	351	67,3	68	75,6
nein	160	30,8	17	18,9
total	511	98,3	85	94,4
keine Angabe	9	1,7	5	5,6

69% der AbsolventInnen des Bereiches PP und 66% der AbsolventInnen des Bereiches KJP erachten die verfahrensorientierte Ausbildung als sinnvoll. Die AbsolventInnen der Ausbildungsbereiche KJP und PP unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Antwortmuster bezüglich dieser Frage kaum (Tabelle E 2-22).

Tabelle E 2-22: Sinnhaftigkeit der verfahrensorientierten Ausbildung aus Sicht der ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen der KJP- und der PP-Ausbildung

Verfahrensorientierte Ausbildung sinnvoll?	KJP		PP	
	n	%	n	%
ja	80	66,1	339	69,3
nein	37	30,6	140	28,6
total	117	96,7	479	98,0
keine Angabe	4	3,3	10	2,0

Anmerkung: KJP beinhaltet auch Personen mit KJP abgeschlossen und PP-Fachkunde
PP beinhaltet auch Personen mit PP abgeschlossen und KJP-Fachkunde

Die verfahrensorientierte Ausbildung wird von der Mehrzahl der aktuellen und ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen für sinnvoll gehalten. Unterschiede gibt es nicht zwischen den Ausbildungsgängen (KJP/PP), aber zwischen den Vertiefungsrichtungen. Hier sprechen sich die psychodynamischen TeilnehmerInnen und AbsolventInnen häufiger für eine verfahrensorientierte Ausbildung aus als verhaltenstherapeutische.

2.6. Gibt es alternative Ausbildungsansätze wie z.B. eine störungsorientierte Ausbildung? Welche Vor- und Nachteile hätte diese?

Zur Beantwortung dieser Frage werden Ergebnisse aus der Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen, der AbsolventInnen der Ausbildung, der InstitutsleiterInnen, der Lehrkräfte und der ExpertInnen der Delphibefragung herangezogen.

TeilnehmerInnenbefragung

Die Frage wurde so konkret in der TeilnehmerInnenbefragung nicht thematisiert, allerdings ist deutlich, dass es bisher keine alternativen Ausbildungen gibt.

Punkte, die zur Beantwortung der Frage relevant sind, sind die Veränderungswünsche, die die TN zur Theorieausbildung äußern.

Der Anteil an *störungsspezifischem Wissen* wird von 30,5% der TeilnehmerInnen mehr gewünscht, mehr als die Hälfte wünschen, dass der Anteil so bleibt. TeilnehmerInnen der KJP-Ausbildung haben zu 40,6% den Wunsch dieses Wissen zu erhöhen. Ein Vergleich der TeilnehmerInnen mit bzw. ohne Psychologie-Abschluss ergibt, dass hier die TeilnehmerInnen ohne Psychologie-Abschluss sich häufiger dieses Wissen wünschen als die TN mit Psychologie-Abschluss. Zwischen den TeilnehmerInnen verschiedener Vertiefungsverfahren gibt es keine Unterschiede (Tabelle E 2-23).

Tabelle E 2-23: Veränderungswünsche der TN zum Anteil störungsspezifischen Wissens

	reduziert wird		so bleibt		erhöht wird		weiß nicht		keine Angabe	
	n	% von Gruppe	n	%	n	%	n	%	n	%
Alle TN	195	6,1	1820	56,5	983	30,5	69	2,1	156	4,8
KJP	23	2,7	439	51,4	347	40,6	28	3,3	17	2,0
Psychologie-Abschluss (Dipl.+Master)	184	7,4	1469	58,7	719	28,7	41	1,6	88	3,5
Alle TN ohne Psychologie-Abschluss	11	1,5	351	48,6	264	36,6	28	3,9	68	9,4
VT	174	8,6	1174	58,1	598	29,6	36	1,8	40	2,0
Psychodynamisch	21	1,8	639	53,6	385	32,3	32	2,7	115	9,6

Der Anteil an *verfahrenübergreifendem Wissen* wird von 45% der TeilnehmerInnen mehr gewünscht, etwas weniger wünschen, dass der Anteil so bleibt. Die TeilnehmerInnen sprechen sich also – wenn auch nicht sehr deutlich – für eine Erhöhung des verfahrenübergreifenden Wissens in der Ausbildung aus.

TeilnehmerInnen der KJP-Ausbildung haben zu 41,8% den Wunsch dieses Wissen zu erhöhen. Ein Vergleich der TeilnehmerInnen mit bzw. ohne Psychologie-Abschluss ergibt, dass hier die TeilnehmerInnen mit Psychologie-Abschluss sich häufiger dieses Wissen wünschen als die TN ohne Psychologie-Abschluss (Tabelle E 2-24). Es sind also vor allem die TeilnehmerInnen mit Psychologie-Abschluss, die sich für eine Erhöhung des verfahrenübergreifenden Wissens in der Ausbildung aussprechen.

AusbildungsteilnehmerInnen in verhaltenstherapeutischer Ausbildung wünschen sich deutlich häufiger eine Erhöhung verfahrenübergreifenden Wissens als AusbildungsteilnehmerInnen psychodynamischer Vertiefungsverfahren. Dabei besteht dieser Wunsch am wenigsten bei TeilnehmerInnen der analytischen Ausbildung und der verklammerten Ausbildung.

Tabelle E 2-24: Veränderungswünsche der TN zum Anteil verfahrenübergreifenden Wissens

	reduziert wird		so bleibt		erhöht wird		weiß nicht		keine Angabe	
	n	% von Gruppe	n	%	n	%	n	%	n	%
Alle TN	127	3,9	1366	42,4	1450	45,0	123	3,8	157	4,9
KJP	33	3,9	408	47,8	357	41,8	39	4,6	17	2,0
Psychologie-Abschluss (Dipl.+Master)	101	4,0	1043	41,7	1178	47,1	90	3,6	89	3,6
Alle TN ohne Psychologie-Abschluss	26	3,6	323	44,7	272	37,7	33	4,6	68	9,4
VT	64	3,2	752	37,2	1093	54,1	73	3,6	40	2,0
psychodynamisch orientiert	63	5,8	611	55,9	355	32,4	47	4,3	18	1,6
TP	25	4,7	272	51,1	206	38,7	20	3,8	9	1,7
PA	5	3,7	82	60,3	40	29,4	6	4,4	3	2,2
Verklammerte Ausbildung	33	7,7	257	60,3	109	25,6	21	4,9	6	1,4

Der Anteil an *Kenntnissen im eigenen Vertiefungsverfahren* ist für über die Hälfte der TN vom Umfang her angemessen (57,8%). Weniger als ein Viertel wünschen eine Erhöhung. Vor allem TeilnehmerInnen mit Psychologie-Abschluss geben an, dass der Anteil so bleiben soll, bei TeilnehmerInnen ohne Psychologie-Abschluss ist der Anteil deutlich geringer (60,2% versus 49,6%) (Tabelle E 2-25). Zwischen den Vertiefungsverfahren gibt es kaum Unterschiede.

Tabelle E 2-25: Veränderungswünsche der TN zum Anteil der Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren

	reduziert wird		so bleibt		erhöht wird		weiß nicht		keine Angabe	
	n	% von Gruppe	n	%	n	%	n	%	n	%
Alle TN	77	2,4	1863	57,8	761	23,6	362	11,2	160	5,0
KJP	14	1,6	471	55,2	256	30,0	96	11,2	17	2,0
Psychologie-Abschluss (Dipl.+Master)	68	2,7	1505	60,2	562	22,5	275	11,0	91	3,6
Alle TN ohne Psychologie-Abschluss	9	1,2	358	49,6	199	27,6	87	12,0	69	9,6
VT	67	3,3	1222	60,4	420	20,8	272	13,5	41	2,0
psychodynamisch orientiert	10	0,9	636	58,1	340	31,1	89	8,1	19	1,7

Der Anteil an *Grundkenntnissen anderer Vertiefungsverfahren* soll lt. 38,1% der TeilnehmerInnen erhöht werden, circa 10% mehr (48,2%) geben an, dass der Anteil so bleiben soll. Bei dieser Frage gibt es keine Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen mit unterschiedlichen Grundberufen (Tabelle E 2-26).

AusbildungsteilnehmerInnen psychodynamisch orientierter Ausbildungen geben eher an, dass die Vermittlung von Grundkenntnissen anderer Psychotherapieverfahren in der Theorieausbildung anteilmäßig eher so bleiben sollte (61% der TN in psychodynamisch orientierter Ausbildung). Auch ein Teil der AusbildungsteilnehmerInnen in Verhaltenstherapieausbildung (43,9%) gibt an dies so beibehalten zu wollen. Allerdings spricht sich auch ein großer Teil der AusbildungsteilnehmerInnen in Verhaltenstherapieausbildung (46%) für mehr Vermittlung von Grundkenntnissen in anderen Psychotherapieverfahren aus.

Tabelle E 2-26: Veränderungswünsche der TN zum Anteil der Grundkenntnisse anderer Vertiefungsverfahren

	reduziert wird		so bleibt		erhöht wird		weiß nicht		keine Angabe	
	n	% von Gruppe	n	%	n	%	n	%	n	%
Alle TN	186	5,8	1555	48,2	1228	38,1	94	2,9	160	5,0
KJP	41	4,8	452	52,9	310	36,3	33	3,9	18	2,1
Psychologie-Abschluss (Dipl.+Master)	159	6,4	1197	47,9	988	39,5	67	2,7	90	3,6
Alle TN ohne Psychologie-Abschluss	27	3,7	358	49,6	240	33,2	27	3,7	70	9,7
VT	95	4,7	887	43,9	939	46,4	60	3,0	1981	98,0
psychodynamisch orientiert	91	8,3	663	60,6	289	26,4	32	2,9	1075	98,3

Der Anteil an verfahrensübergreifendem Wissen soll nach Aussage der TeilnehmerInnen erhöht werden (vor allem von TeilnehmerInnen mit Psychologie-Abschluss). Der Anteil an Kenntnissen im eigenen Vertiefungsverfahren ist für die Mehrzahl der TN vom Umfang her angemessen, ebenso der Anteil störungsspezifischen Wissens. Die Grundkenntnisse anderer Vertiefungsverfahren werden zwar von der Mehrheit der TN als vom Umfang her angemessen eingeschätzt, im Vergleich zu den anderen Inhalten der theoretischen Ausbildung wünscht sich hier ein großer Anteil der TN eine Umfangserhöhung. TN in VT-Ausbildung wünschen sich häufiger eine Erhöhung des verfahrensübergreifenden Wissens und der Grundkenntnisse anderer Vertiefungsverfahren als TN psychodynamischer Ausbildungen.

AbsolventInnenbefragung

Die Frage wurde so konkret in der AbsolventInnenbefragung nicht thematisiert. Punkte, die zur Beantwortung der Frage relevant sind, sind auch hier die Veränderungswünsche, die die AbsolventInnen zur Theorieausbildung äußern.

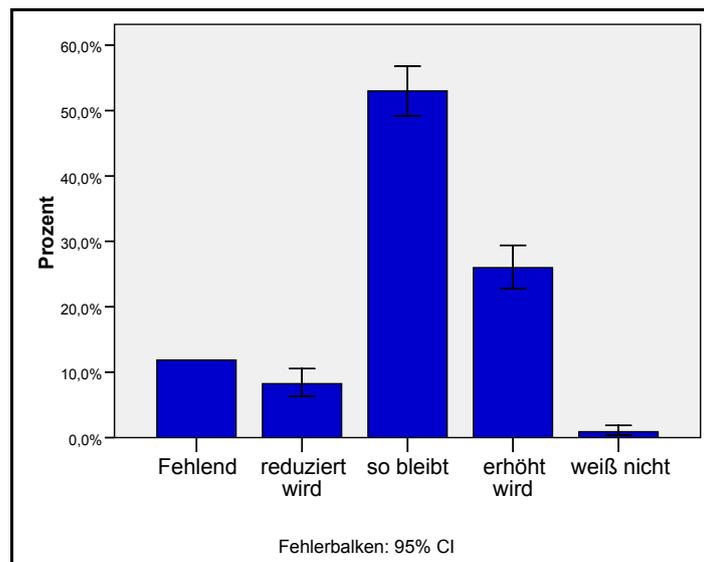
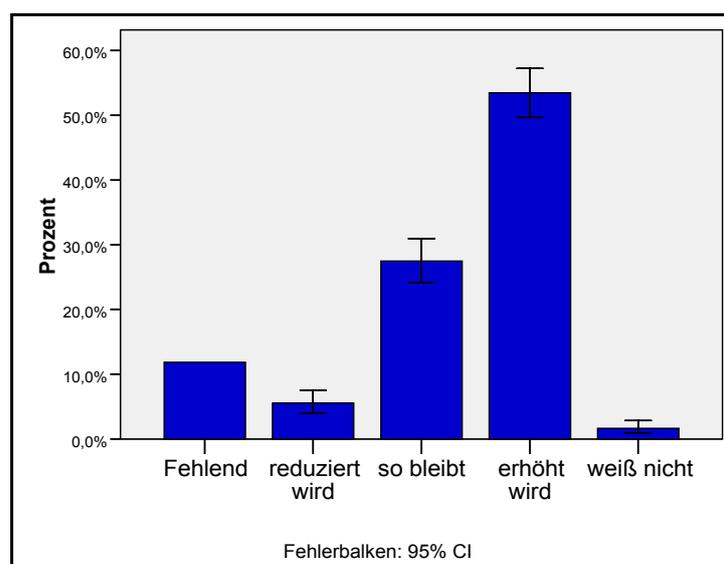
Veränderungswünsche der AbsolventInnen zum Anteil störungsspezifischem und verfahrensübergreifendem Wissen

Die AbsolventInnen geben im Durchschnitt an, dass der Umfang des Anteils der Vermittlung störungsspezifischen Wissens in der theoretischen Ausbildung so beibehalten werden soll. Für das verfahrensübergreifende Wissen wünscht sich die Mehrzahl der befragten AbsolventInnen (54%) eine Erhöhung des Anteils am theoretischen Teil der Ausbildung (Tabelle E 2-27, Abbildung E 2-8 und Abbildung E 2-9).

Eine Erhöhung des störungsspezifischen Wissens wird rückblickend häufiger von den AbsolventInnen psychodynamischer Verfahren gewünscht. Der Wunsch nach mehr Vermittlung verfahrensübergreifenden Wissens besteht deutlich stärker bei AbsolventInnen verhaltenstherapeutischer Ausbildungen.

Tabelle E 2-27: Veränderungswünsche der AbsolventInnen zum Anteil störungsspezifischem Wissen und verfahrenübergreifendem Wissen

	reduziert wird		so bleibt		erhöht wird		weiß nicht		total		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
störungsspezifisches Wissen	55	8,3	353	53,0	173	26,0	6	0,9	587	88,1	79	11,9
Verhaltenstherapie	47	9,0	310	59,6	141	27,1	6	1,2	504	96,9	16	3,1
Psychodynamische Verfahren	8	8,9	43	47,8	32	35,6	0	0,0	83	92,2	7	7,8
verfahrenübergreifendes Wissen	37	5,6	183	27,5	356	53,5	11	1,7	587	88,1	79	11,9
Verhaltenstherapie	30	5,8	143	27,5	322	61,9	9	1,7	504	96,9	16	3,1
Psychodynamische Verfahren	7	7,8	40	44,4	34	37,8	2	2,2	83	92,2	7	7,8

**Abbildung E 2-8:** Veränderungswünsche der AbsolventInnen zum Anteil störungsspezifischen Wissens**Abbildung E 2-9:** Veränderungswünsche der AbsolventInnen zum Anteil verfahrenübergreifenden Wissens

Als weiteres Indiz für die Erwünschtheit von alternativen Verfahrensansätzen können die Antworten auf die Frage geben, in wie weit Konzepte bestimmter Vertiefungsverfahren die therapeutische Praxis bei den AbsolventInnen bestimmen.

Die AbsolventInnen psychodynamischer Ausbildungen lassen sich nur etwas von anderen Konzepten beeinflussen, AbsolventInnen verhaltenstherapeutischer Ausbildungen dagegen lassen sich auch in mittlerem Ausmaß von humanistischen und systemtheoretischen Konzepten beeinflussen (Tabelle E 2-28).

Tabelle E 2-28: Befragung AbsolventInnen: Wie sehr wird ihre therapeutische Praxis heute durch folgende Konzepte bestimmt? Antwortformat: 1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 = mittel, 4 = ziemlich, 5 = sehr

	VT (n = 485)		PD orientiert (n = 80)		Gesamtstichprobe (n = 565)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Psychoanalytisch/psychodynamisch	1,9	0,8	4,7	0,5	2,3	1,3
verhaltenstherapeutisch	4,5	0,7	2,0	0,7	4,2	1,1
Kognitiv	4,4	0,7	2,1	0,7	4,1	1,1
Humanistisch	3,0	1,1	2,8	1,2	3,0	1,1
Systemtheoretisch	2,8	1,1	2,6	0,9	2,8	1,1
Andere...	1,8	1,2	1,7	1,0	1,8	1,2

Anmerkung: KJP beinhaltet auch Personen mit KJP abgeschlossen und PP-Fachkunde
PP beinhaltet auch Personen mit PP abgeschlossen und KJP-Fachkunde

Eine Erhöhung des verfahrenübergreifenden Wissens in der theoretischen Ausbildung wird von der Mehrheit der AbsolventInnen befürwortet. Der Anteil störungsspezifisches Wissen soll so bleiben. Vielleicht auch durch zu wenig verfahrenübergreifendes Wissen in der Ausbildung bedingt, werden die AbsolventInnen eher wenig von anderen Konzepten beeinflusst, vor allem die AbsolventInnen psychodynamischer Ausbildungen.

Befragung der Leitungen der Ausbildungsstätten

Aus der Befragung der Leitungen der Ausbildungsstätten lassen sich Angaben dazu ableiten, welche anderen Methoden/Verfahren generell unterrichtet werden:

- Allgemeine Psychotherapie (Grawe)
- Neuropsychologie (n=3)
- Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training, Progressive Relaxation, Hypnose, EMDR) (n=4)
- Systemische Ansätze (n=13)
- Gestalttherapie (n=2)
- Gruppentherapie (n=5)
- DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie)
- Hypnose (n=5)
- Schematherapie
- Paartherapie (n=2)
- KIP (Katathym Imaginative Psychotherapie) (n=2)
- Psychodrama (n=3)
- Körpertherapie
- Musiktherapie (evidenzbasiert)
- Familientherapie (n=7)
- PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie)
- Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf)
- Ressourcenorientierte Verfahren
- Traumatherapie (n=3)
- Spieltherapie

Auf die Frage: „Wie ist ihr Curriculum orientiert?“ wurden folgende Einschätzungen abgegeben (Tabelle E 2-29).

Tabelle E 2-29: Einschätzung der Orientierung des Curriculums

	n	Fehlend	M	SD	Median	Antwortmöglichkeiten				
						Gar nicht	selten	Teils teils	Meistens	sehr
Orientierung des Curriculums am Schwerpunktverfahren	128	1	4,5	0,6	5	0	0	8 (6,2%)	49 (38%)	71 (55%)
Schulenorientiertes Curriculum	104	25	2,9	0,9	3	3 (2,3%)	40 (35%)	35 (27%)	19 (14,7%)	7 (5,4%)

Von 129 Ausbildungsstätten geben nur sehr wenige an, dass das Curriculum sehr schulenübergreifend orientiert ist, bei 15% ist es meistens schulenübergreifend. 35 Ausbildungsstätten (27%) geben eine teilweise schulenübergreifende Orientierung an und n=40 (31%) geben an, dass das Curriculum nur selten schulenübergreifend ist (n=25 fehlende Werte).

Die Frage „Wie sollte die Psychotherapieausbildung zukünftig konzeptualisiert werden?“ wird mit einer deutlichen Präferenz für die Verfahrenorientierung beantwortet (Tabelle E 2-30).

Tabelle E 2-30: Befürwortung/Ablehnung unterschiedlicher Konzepte zur Zukunft der Psychotherapieausbildung (% der befragten Ausbildungsstätten)

	Nein		Ja	
	n	%	n	%
Ausbildung in einzelnen Verfahren (wie bisher)	42	32,8	86	67,2
Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren + mehr praktische Ausbildung in weiteren Verfahren	85	66,4	43	33,6
Ausbildung in Verfahrenskombinationen	118	92,2	10	7,8
Ausbildung verfahrensübergreifend	114	89,1	14	10,9
Ausbildung eher störungsorientiert	98	76,6	30	23,4
Ausbildung an Wirkfaktoren orientiert	94	73,4	34	26,6
Flexible Gestaltung und Anpassungen sollten möglich sein	84	66,1	43	33,9

Es zeigt sich erwartungsgemäß, dass das Curriculum meistens am Schwerpunktverfahren orientiert ist. Zu den zukünftigen Konzentualisierungen der Ausbildung stimmt der überwiegende Teil der befragten Ausbildungsstättenleitungen für eine Beibehaltung der bisherigen verfahrensorientierten Ausbildung. Bezüglich der Verfahrenorientierung anders konzeptualisierte Ausbildungen werden von einem Großteil bis von fast allen InstitutsleiterInnen abgelehnt.

Delphibefragung

Befragt nach der *Regelung zu den Richtlinienverfahren* (Berufsausübung und Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Verfahren) (PsychThG § 11) machten die ExpertInnen folgende Angaben:

20 ExpertInnen (von n=63) präferieren bei wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu bleiben. 3 ExpertInnen betonen neu zu schaffende Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Erprobung neuer Ansätze eröffnen und störungsspezifischer Techniken (n = 4).

7 ExpertInnen schätzen ein, dass sich die Arbeit von BÄK und BPtK im wechselseitigen Vorsitz getragenen Wiss. Beirats bewährt hat, die Bewertung der wissenschaftlichen Literatur durch fachkompetentes Gremium sei essentiell.

11 ExpertInnen betonen, dass § 11 missverständlich, nichts von Richtlinienverfahren; nachbessern (führt zu Konflikten) (OVG-NRW-Urteile und weitere Urteile von VGn) (n=11).

Die Einschätzung der Verfahrensorientierung von den Delphi-ExpertInnen auf einer Notenskala (1-5) ergibt eine Note von 2,9 (SD=1,3).

In der 2. Phase der Delphibefragung waren insgesamt 76.3% der Fachleute der Meinung, es sollte beim bisherigen Anerkennungsverfahren für die Wissenschaftlichkeit von Therapieverfahren bleiben (94% der ärztlichen und 64% der psychologischen TeilnehmerInnen).

Zu der Frage „*Wie sollte die Psychotherapieausbildung zukünftig konzeptualisiert und gewichtet werden?* (z.B. Ausbildung in einzelnen Verfahren, in Verfahrenskombinationen, eher störungsspezifisch, an Wirkfaktoren orientiert?)“ ergaben sich in der ersten Phase der Delphibefragung folgende Angaben:

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Dieser Punkt wird unterschiedlich diskutiert.

Die Mehrzahl der ExpertInnen spricht sich für ein Schwerpunktverfahren aus (n=29), wobei es wichtig sei, Kenntnisse in anderen Verfahren, Differentialdiagnostik, sowie störungsspezifische Besonderheiten und Wirkfaktoren zu vermitteln. Mehrere ExpertInnen wiederum halten Verfahrenskombinationen (Richtlinien-orientiert) für sinnvoll (n=11).

Eine andere Gruppe (n=11) votiert für folgende Gliederung für alle TeilnehmerInnen 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 Jahre fundiert nicht leistbar.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Hier spricht sich die Mehrheit ebenfalls für ein Schwerpunktverfahren aus (n=13).

Einige ExpertInnen plädieren auch hier für eine Verfahrenskombination (n=10). Wichtig seien jeweils aber auch störungsspezifische Kenntnisse, personale Kompetenzen, Zusatzverfahren und Techniken.

Eine andere ExpertInnengruppe votiert für folgende Gliederung für alle Ausbildungskandidaten (n=10): 1. Abschnitt: allgemeine Psychotherapieausbildung (an Wirkfaktoren orientiert). 2. Abschnitt: vertiefte Ausbildung für ein Verfahren, 3. Abschnitt: störungsspezifisch ausgerichteter Ausbildungsabschnitt. Eine verfahrenskombinierte Ausbildung sei in 3-5 Jahren fundiert nicht leistbar.

Aus den o.g. Antworten in der 1. Delphi-Befragungsphase wurden folgende Fragen für Phase 2 der Delphibefragung abgeleitet und wie folgt beantwortet (Tabelle E 2-31 und Tabelle E 2-32).

Tabelle E 2-31: Wie sollte die zukünftige Psychotherapieausbildung für Psychologische Psychotherapeuten konzeptualisiert und gewichtet werden? Bitte bringen Sie die genannten 5 Faktoren in eine Rangreihe (von 1 = Priorität bis 4 = nachgeordnet):

	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%)	---

Tabelle E 2-32: Wie sollte die zukünftige Psychotherapieausbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten konzeptualisiert und gewichtet werden? Bitte bringen Sie die genannten 5 Faktoren in eine Rangreihe (von 1 = Priorität bis 4 = nachgeordnet)

	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%)	---	---
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%)	---

Außerdem wurden die ExpertInnen dazu befragt, welche *Ergänzungsqualifikationen* (EQ) für die ambulante/stationäre Versorgung künftig in die Ausbildung integriert werden sollten (heute laut.

Psychotherapierichtlinien z.B. Übende und suggestive Verfahren, Kinder- und Jugendlichen-therapie, Gruppenpsychotherapie):

Die Mehrzahl der ExpertInnen (n=21) fordert, dass die Gruppenpsychotherapie integriert werden solle. Einige ExpertInnen fordern weiter eine EQ in der Therapie mit Migranten (unter Einbeziehung von Sprachmittlern, n=6) Eine größere Anzahl der ExpertInnen (n=14) hält eine EQ im Bereich Entspannung für wichtig (u.a. Hypnose; Autogenes Training), dagegen diskutiert eine etwas kleinere Gruppe (n=6), Entspannungsverfahren seien nur in Ansätzen in der Psychotherapieausbildung zu lehren.

Eine andere Anzahl ExpertInnen fordert, dass die Ergänzungsqualifikationen mehr störungsspezifisch auszurichten seien (n=7). Wieder eine Gruppe ExpertInnen hält die Pharmakotherapie (mit Berechtigung zur pharmakologischen Behandlung, evtl. auch in Form einer Weiterbildung) für wichtig (n=8). Eine kleine Gruppe wünscht sich mehr suchtspezifische Qualifikationen (n=3).

Eine weitere ExpertInnenzahl wünscht sich mehr EQ in der Familientherapie (n=4) und im Bereich der Therapie mit Kindern und Jugendlichen (n=4).

Eine kleine ExpertInnengruppe (n=3) 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.).

Die Mehrzahl der ExpertInnen spricht sich für ein Schwerpunktverfahren aus, wobei es wichtig sei, Kenntnisse in anderen Verfahren, Differentialdiagnostik, sowie störungsspezifische Besonderheiten und Wirkfaktoren zu vermitteln. Ein mögliches Modell im ersten Abschnitt der Ausbildung wäre es, eine an Wirkfaktoren orientierte allgemeine Psychotherapieausbildung anzustreben, danach eine vertiefte Ausbildung in einem Verfahren anzuschließen und schließlich ein störungsspezifischer Abschnitt.

Lehrkräftebefragung

Schließlich können Angaben zur Frage nach alternativen Ausbildungsansätzen aus der Lehrkräftebefragung abgeleitet werden. Die verfahrensorientierte Ausbildung wird am häufigsten (39%) bzw. im Mittel eher als sinnvoll eingeschätzt (M=4,1; SD=1,1; n=1747). Dagegen wird eine Ausbildung in wissenschaftlich fundierten Methoden in Bezug auf bestimmte Indikationsbereiche/ Störungsbilder am häufigsten als nicht sinnvoll eingeschätzt (24%). Eine störungsspezifisch ausgerichtete Ausbildung wird als wenig sinnvoll bis teils/teils sinnvoll eingeschätzt (M=2,6; SD=1,4; n=1728) (Tabelle E 2-33).

Tabelle E 2-33: Einschätzungen zu Perspektiven der Ausbildung (Verfahrensorientierung, Indikationsbezogene Ausbildung) (Antwortformat: 5=sehr sinnvoll, 4=eher sinnvoll, 3=teils/teils, 2=wenig sinnvoll, 1=nicht sinnvoll)

	n*	M	SD	Antwortmöglichkeiten						
				Nicht sinnvoll**	Wenig sinnvoll	Teils/teils sinnvoll	Eher sinnvoll	Sehr sinnvoll	Nicht einschätzbar	Fehlend***
Wie sinnvoll schätzen Sie die verfahrensorientierte Ausbildung (d.h. die Festlegung auf eine Verfahrensrichtung innerhalb der Ausbildung, z.B. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) ein?	1747	4,1	1,1	2,7	5,8	12,2	19,1	39,7	0,5	19,9
Wie sinnvoll schätzen Sie alternativ eine Ausbildung in wissenschaftlich fundierten Methoden in Bezug auf bestimmte Indikationsbereiche/Störungsbilder ein?	1728	2,5	1,4	24,0	16,9	16,2	10,8	10,7	1,2	20,1

* Gültige n; **Angaben in Prozent; *** der hohe Anteil fehlender Werte ergibt sich aufgrund der hohen Abbruchraten der Online-Befragung (aufgrund der langen Dauer)

Einzig bei der Frage nach der Einschätzung einer störungsspezifischen Ausbildung gibt es einen *Unterschied zwischen den Ausbildungsgängen*: Von den Lehrkräften, die in der PP-Ausbildung tätig sind, wird der störungsspezifische Ansatz sinnvoller bewertet (M=2,7; SD=1,4), als von den Lehrkräften, die in beiden Ausbildungsgängen tätig sind (M=2,4; SD=1,4).

Orientierung an Psychotherapieforschung wird dagegen als eher sinnvoll eingeschätzt (M=4; SD=1,0; n=1704) (Tabelle E 2-34, Abbildung E 2-10). Der Psychotherapieforschung wird ein hoher Stellenwert eingeräumt. Sie wird von 31% als sehr wichtig, von 24% als eher wichtig bezeichnet (M=4,0; SD=1,0). Unterschiede zwischen den Ausbildungsgängen und Vertiefungsverfahren gibt es bei dieser Frage keine.

Tabelle E 2-34: Einschätzungen zu Perspektiven der Ausbildung (Psychotherapieforschung)
(Antwortformat: 5=sehr wichtig, 4=eher wichtig, 3=teils/teils, 2=wenig wichtig, 1=nicht wichtig)

	n*	M	SD	Antwortmöglichkeiten						
				Nicht wichtig**	Wenig wichtig	Teils/teils wichtig	Eher wichtig	Sehr wichtig	Nicht einschätzbar	Fehlend***
Für wie wichtig halten Sie eine Orientierung an Psychotherapieforschung in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten?	1704	4,1	1,0	1,5	4,7	16,5	23,9	31	1,7	20,7

* Gültige n; **Angaben in Prozent; *** die hohen fehlenden Werte ergeben sich aufgrund der Dauer der Online-Befragung, die zu hohen Abbruchraten führte

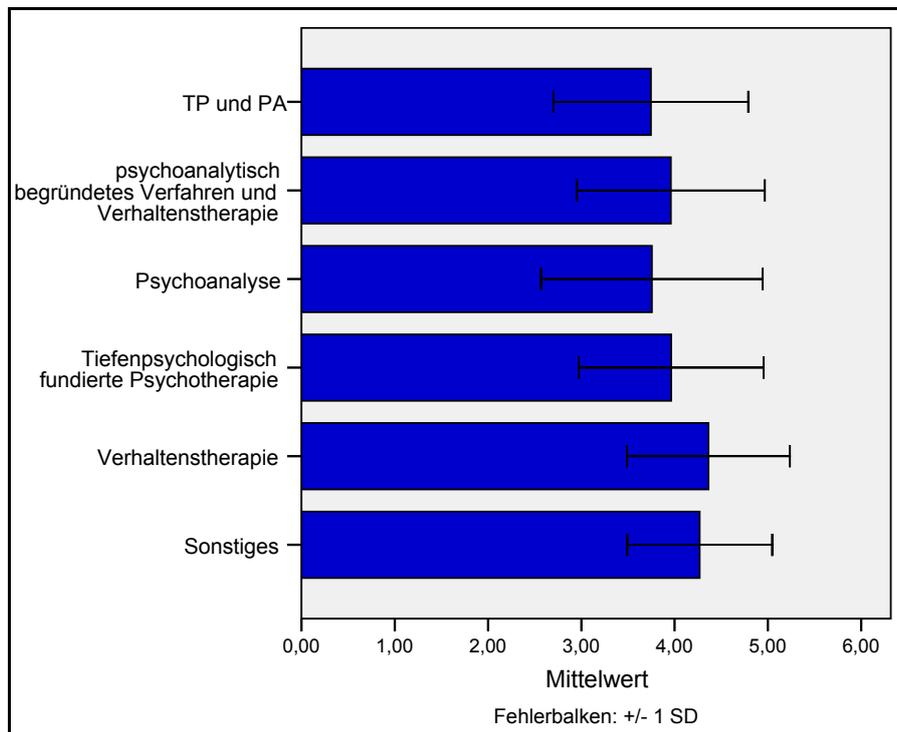


Abbildung E 2-10: Einschätzung der Wichtigkeit von Psychotherapieforschung von Lehrkräften unterschiedlicher Vertiefungsverfahren (Antwortformat: 5=sehr wichtig, 4=eher wichtig, 3=teils/teils, 2=wenig wichtig, 1=nicht wichtig)

Getrennt nach den Vertiefungsverfahren wird die Frage nach der Einschätzung der *verfahrensorientierten Ausbildung* eher von den Lehrkräften als sinnvoll betrachtet, die eine TP und PA-Ausbildung (M=4,4; SD=0,9) haben und von denen, die nur eine PA-Ausbildung (M=4,3; SD=1,2)

haben. Lehrkräfte mit einer sonstigen Ausbildung ($M=3,1$; $SD=1,4$) und Lehrkräfte mit VT- und psychoanalytisch begründeter Ausbildung ($M=3,6$; $SD=1,2$) schätzen die verfahrensorientierte Ausbildung nicht so sinnvoll wie ihre KollegInnen. Eine *störungsspezifische Ausbildung* wird von den Lehrkräften am wenigsten sinnvoll eingeschätzt, die eine TP und PA-Ausbildung haben ($M=1,9$; $SD=1,1$). Verhaltenstherapeutisch ausgebildete Lehrkräfte geben der störungsspezifischen Ausbildung die höchste Bewertung ($M=3,3$; $SD=1,3$) (Abbildung E 2-11).

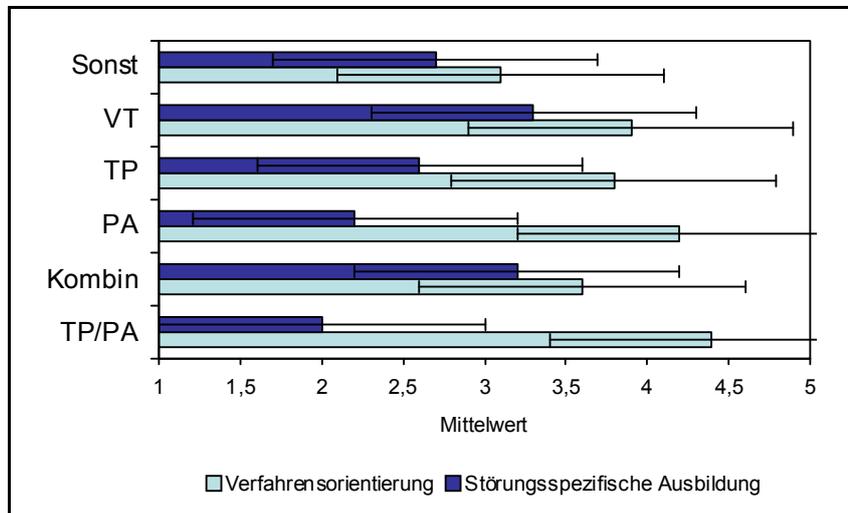


Abbildung E 2-11: Einschätzung der Lehrkräfte zur verfahrensorientierten Ausbildung versus einer störungsbezogenen Ausbildung (Antwortformat: 5= sehr sinnvoll, 4= eher sinnvoll, 3=teils/teils, 2=wenig sinnvoll, 1=nicht sinnvoll)

Die Lehrkräfte wurden ebenso nach Veränderungswünschen des Umfanges von Ausbildungsinhalten befragt, die auf eine Offenheit bezüglich alternativer Ausbildungsansätze hindeuten können. Nach Angaben der Lehrkräfte wird überwiegend die Beibehaltung des bisherigen Umfanges von Wissensvermittlung in verfahrensübergreifendem Wissen etc. (Tabelle E 2-35) gewünscht. Eine Offenheit für eine Erhöhung im Umfang des verfahrensübergreifendes Wissens besteht allerdings (37% der Befragten).

Lehrkräfte psychodynamischer Vertiefungsverfahren sind weniger häufig für eine Erhöhung störungsspezifischen Wissens und verfahrensübergreifenden Wissens als andere Lehrkräfte (Abbildung E 2-12). Lehrkräfte psychodynamischer Verfahren sind auch häufiger für eine Reduzierung der Kenntnisse aller wissenschaftlich anerkannter Verfahren und für eine Erhöhung des Wissens im eigenen Vertiefungsverfahren (Abbildung E 2-13).

Tabelle E 2-35: Veränderungswünsche der Lehrkräfte zum Anteil störungsspezifischen Wissens und verfahrensübergreifenden Wissens an der theoretischen Ausbildung (Gültige Prozente)

	reduziert wird		so bleibt		erhöht wird	
	n	%	n	%	n	%
störungsspezifisches Wissen	134	7,7	1160	66,2	457	26,1
verfahrenübergreifendes Wissen	182	10,3	927	52,6	652	37,0
Kenntnisse aller wissenschaftlich anerkannter Verfahren	277	16,2	1095	63,9	342	20,0
Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren	40	2,3	1246	70,8	474	26,9

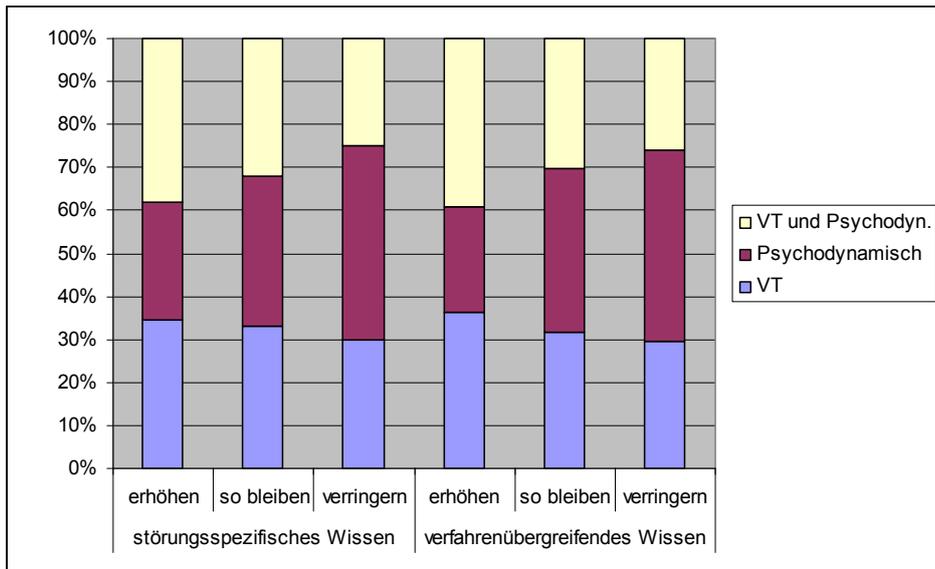


Abbildung E 2-12: Veränderungswünsche bei störungsspezifischem und verfahrenübergreifendem Wissen bei Lehrkräften unterschiedlicher Vertiefungsverfahren

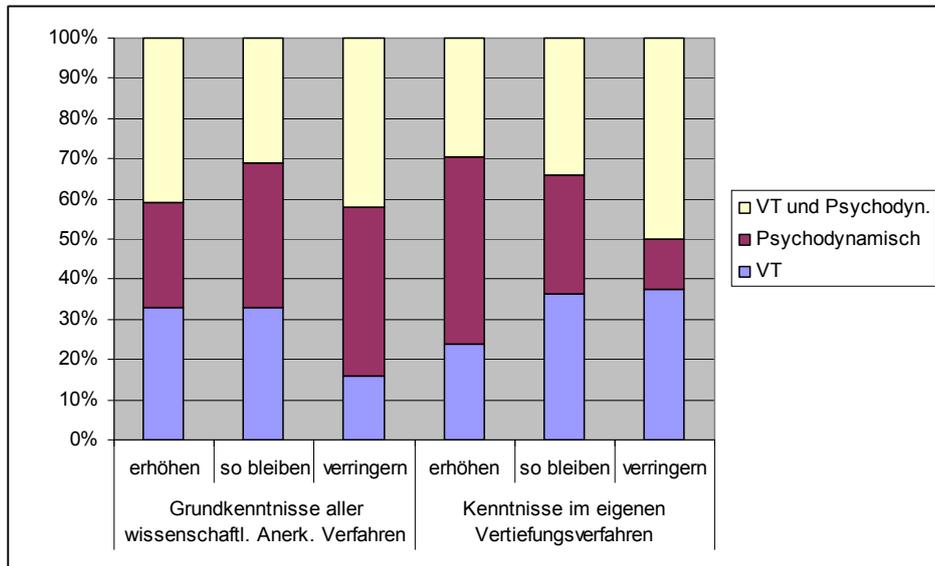


Abbildung E 2-13: Veränderungswünsche bei Grundkenntnissen aller wissenschaftlich anerkannter Verfahren und Kenntnissen im eigenen Vertiefungsverfahren bei Lehrkräften unterschiedlicher Vertiefungsverfahren

Bei Variablen, die Vermittlung von verfahrenübergreifendem Wissen erfragen, wünschen die Lehrkräfte, die auch oder ausschließlich eine psychoanalytische Ausbildung haben, eine Umfangserhöhung am wenigsten.

Als weiteres Indiz für die Erwünschtheit von alternativen Ausbildungsansätzen können die Antworten auf die Frage geben, in wie weit Konzepte bestimmter Vertiefungsverfahren die therapeutische Praxis bei den Lehrkräften bestimmen.

Es zeigt sich, dass VT-Lehrkräfte sich in mittlerem Ausmaß auch an humanistischen und systemischen Konzepten orientieren, nur etwas an psychodynamischen Konzepten. Psychodynamische Lehrkräfte orientieren sich an humanistischen und systemischen Konzepten nur etwas und am wenigsten an verhaltenstherapeutischen Konzepten. Bei Lehrkräften, die in beiden Richtlinienverfahren ausgebildet sind, ist die Orientierung an allen Konzepten ausgeglichen (Tabelle E 2-36).

Tabelle E 2-36: Einfluss verschiedener Konzepte auf therapeutische Arbeit (1= gar nicht, 5= sehr)

Vertiefungs- richtung der Lehrkräfte	Verhaltens- therapie			psychoanalytisch begründetes Verfahren			Psychoanalytisch begründetes Verfahren u. Verhaltenstherapie			Insgesamt		
	M	n	SD	M	n	SD	M	n	SD	M	n	SD
Psycho- analyse	1,5	416	0,7	4,7	892	0,7	3,3	108	1,5	3,7	1416	1,6
Tiefen- psychologie	2,1	444	0,9	4,3	868	0,9	3,7	122	1,1	3,6	1434	1,4
Verhaltens- therapie	4,8	580	0,5	1,9	564	0,8	3,8	125	1,2	3,4	1269	1,6
Humanistische Konzepte	3,1	513	1,1	2,1	567	1,2	2,7	100	1,1	2,6	1180	1,2
Systemische Konzepte	3,0	509	1,2	2,3	633	1,1	3,0	107	1,1	2,6	1249	1,2

Die verfahrensorientierte Ausbildung wird insgesamt als sinnvoll erachtet, vor allem von Lehrkräften mit psychoanalytischer Ausbildung. Eine störungsspezifisch ausgerichtete Ausbildung wird insgesamt als deutlich weniger sinnvoll erachtet, vor allem von Lehrkräften mit tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Ausbildung und von Lehrkräften in der PP-Ausbildung.

Die Auswertung der Fragen nach Umfangsänderungen von Inhalten des theoretischen Unterrichtes ergibt, dass im Allgemeinen bei Inhalten, die zu einer stärkeren oder verringerten Verfahrensorientierung führen würden, kein Veränderungsbedarf gesehen wird.

Es besteht aber auch der Wunsch nach einer verstärkten Vermittlung von sowohl verfahrensübergreifendem als auch störungsspezifischem Wissen. Gleichzeitig wird der Wunsch geäußert, mehr vertieftes Wissen im eigenen Verfahren zu lehren und sogar den Umfang der Kenntnisse anderer Verfahren zu reduzieren. Diese Daten weisen darauf hin, dass die verfahrensbasierte Ausbildung als sinnvoll erachtet wird und sogar noch tiefer gelehrt werden sollte, dass aber gleichzeitig auch verfahrensübergreifende Aspekte und mehr störungsspezifisches Wissen in die Ausbildung integriert werden sollten.

Der Psychotherapieforschung wird ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Orientierung an den jeweilig nicht eigenen Konzepten besteht nur etwas bis zu einem mittleren Ausmaß.

- Von den AusbildungsteilnehmerInnen und den AbsolventInnen wird ein Mehr an verfahrensübergreifendem Wissen deutlich befürwortet (vor allem aus der VT-Richtung). Bei den Lehrkräften zeigt sich hier eine Offenheit gegenüber einer Erhöhung des verfahrensübergreifenden Wissens, aber keine eindeutige Befürwortung. Das Erhöhen der Grundkenntnisse in anderen Vertiefungsverfahren wird – wenn auch nicht überwiegend – von den AusbildungsteilnehmerInnen und Lehrkräften befürwortet (vor allem aus der VT-Richtung).
- Die Lehrkräfte schätzen die verfahrensbasierte Ausbildung als sinnvoll ein, vor allem von Lehrkräften mit psychoanalytischer Ausbildung. Eine störungsspezifisch ausgerichtete Ausbildung wird insgesamt als deutlich weniger sinnvoll erachtet, vor allem von Lehrkräften mit tiefenpsychologisch und psychoanalytischer Ausbildung und von Lehrkräften in der PP-Ausbildung. Diese Daten weisen darauf hin, dass die verfahrensbasierte Ausbildung als sinnvoll erachtet wird und sogar noch tiefer gelehrt werden sollte, dass aber gleichzeitig auch verfahrensübergreifende Aspekte und mehr störungsspezifisches Wissen in die Ausbildung integriert werden sollten (vor allem in die VT-Ausbildung).
- Die InstitutsleiterInnen lehnen alle Aspekte, die alternative Ausbildungsansätze ansprechen, in der Mehrzahl ab. Hier findet sich die deutlichste Befürwortung der verfahrensbasierten

Ausbildung. Auch die Curricula, die ja die Ausbildungsleitungen verantworten, sind nur selten schulenübergreifend.

- Die Mehrzahl der Delphi-ExpertInnen spricht sich für die Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren aus, wobei es als wichtig erachtet wird, Kenntnisse in anderen Verfahren, Differentialdiagnostik, sowie störungsspezifische Besonderheiten und Wirkfaktoren zu vermitteln.

2.7. Ein Blick über die Grenzen: Erfolgt psychotherapeutische Ausbildung in anderen Ländern auch verfahrensorientiert? Worin liegen ggf. grundsätzliche Unterschiede?

Hierzu wurden ExpertInnen für die Psychotherapieausbildung in den europäischen Ländern befragt.

Die Erhebung in anderen europäischen Ländern ergab, dass es überwiegend bisher keinerlei Trends zu einer verfahrensunabhängigen Ausbildung gibt. Lediglich Kollegen aus zwei skandinavischen Ländern („Psykonet“ in Finnland, Programme am Karolinska Institut in Schweden), den Niederlanden (integrative Therapie mit Vermittlung von Grundlagen einzelner Verfahren) erwähnen Ansätze einer „integrativen Ausbildung“. An der Universität Bern, der ehemaligen Wirkungsstätte von Klaus Grawe, einem der Verfechter einer allgemeinen Psychotherapie, wirbt für einen postgradualen Masterstudiengang Psychotherapie mit „einem Schwerpunkt auf den Konzepten und Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie. Das gilt insbesondere für die Vermittlung störungsspezifischer Therapietechniken, die diesbezüglichen Kurse werden von renommierten VerhaltenstherapeutInnen durchgeführt. Die Weiterbildung ist jedoch nicht an einer Therapieschule orientiert, sondern bezieht Konzepte und Methoden interpersonaler, systemorientierter und klärungsorientierter Ansätze ein, soweit sie sich empirisch als wirksam erwiesen haben“.

Auch in außereuropäischen Ländern mit langer Tradition hochwertiger Psychotherapieausbildungen, z.B. den USA, sind die Ausbildungen (PsyD-Programme) verfahrensorientiert (vgl. Norcross et al., 2004).

2.8. Gesamtfazit

- Während unter den *Ausbildungseinrichtungen* noch ein weitgehend ausgeglichenes Verhältnis bezüglich der Therapie- bzw. Vertiefungsverfahren besteht (sogar mit mehr Ausbildungsstätten für ein psychodynamisches Verfahren), gibt es unter den AusbildungsteilnehmerInnen und auch bei den AbsolventInnen eine ganz offensichtliche Präferenz für die VT als Vertiefungsrichtung.
- Ein hoher Prozentsatz der Studierenden der Psychologie beabsichtigt, eine Psychotherapieausbildung zu beginnen, wobei die während des Studiums im Vordergrund stehenden Verfahren wahrscheinlich auch die *Wahl des Verfahrens* mitbestimmen. Andererseits nennen die Studierenden auch andere Einflussfaktoren für die Auswahl eines Verfahrens (Menschenbild, Überzeugung, Interesse).
- Rückblickend waren sowohl für die AusbildungsteilnehmerInnen als für die AbsolventInnen inhaltliche Gründe vorrangig für die Wahl der Vertiefungsrichtung und des Ausbildungsganges, aber auch Kostengründe scheinen nicht unbedeutend.
- Die *verfahrensorientierte Ausbildung* wird von der Mehrzahl der aktuellen und ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen für sinnvoll gehalten. Die psychodynamischen TeilnehmerInnen und AbsolventInnen sprechen sich häufiger für eine verfahrensorientierte Ausbildung aus als deren verhaltenstherapeutische KollegInnen.
- Bezüglich *alternativer Ausbildungsansätze* besteht die größte Offenheit bei den AusbildungsteilnehmerInnen und den AbsolventInnen (z.B. Befürwortung von mehr verfahrensübergreifendem Wissen, Kenntnissen in anderen Vertiefungsverfahren – vor allem von TN/AbsolventInnen der

VT-Ausbildung). Bei den Lehrkräften zeigt sich hier zwar eine gewisse Offenheit, aber keine eindeutige Befürwortung. Die Gruppe schätzt die verfahrensbasierte Ausbildung eindeutig als sinnvoll ein, vor allem jene Lehrkräfte mit psychoanalytischem Hintergrund.

- Von der Mehrzahl der InstitutsleiterInnen werden alle Aspekte, die alternative Ausbildungsansätze ansprechen von der Mehrzahl abgelehnt. Hier findet sich eine deutliche Befürwortung der verfahrensbasierten Ausbildung. Auch die Curricula sind nur selten schulenübergreifend ausgerichtet. Die Mehrzahl der Delphi-ExpertInnen spricht sich ebenfalls für ein Schwerpunktverfahren aus.
- In den meisten *europäischen Ländern* gibt es keine eindeutigen Trends zu einer verfahrensunabhängigen Ausbildung gibt, dies gilt auch für außereuropäische Länder mit einer langen Psychotherapietradition.
- Auch wenn es also durchaus einige Szenarien für Alternativen zur verfahrensorientierten Ausbildung gibt, weisen die Befragungen im Rahmen des Gutachtens, die in diesem Kontext geführten Diskussionen und die Organisation der Ausbildung in anderen Ländern doch darauf hin, dass die verfahrensbasierte Ausbildung größtenteils als sinnvoll erachtet wird. Die Befragung zeigte einerseits, dass speziell nach dem Willen der Lehrkräfte die Verfahrensorientierung evtl. sogar noch vertiefter gelehrt werden sollte, dass aber gleichzeitig auch verfahrensübergreifende Aspekte und störungsspezifisches Wissen deutlich mehr in die Ausbildung integriert werden sollten.

3. Dauer der Ausbildung

Nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umfasst die Ausbildung 4200 Stunden. Sie kann in Vollzeit- oder Teilzeitform abgeleistet werden. Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang vor allem Aussagen zu folgenden Punkten enthalten:

3.1. Wie ist das Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeitausbildungen?

Grundlage der Auswertungen im Bereich 3.1. sind die Befragungen der Institutsleitungen, die Befragung der TeilnehmerInnen und der AbsolventInnen.

3.1.1. Allgemeine Angaben

Institutsleitungsfragebogen I

Von 170 Instituten machen 148 (87,1%) Angaben zur Zeitstruktur ihrer Ausbildung. Davon bieten 25 nur Vollzeit-(16,9%), 68 nur Teilzeit-Ausbildungen (45,9%) und 55 Institute (37,2%) sowohl Teilzeit- als auch Vollzeitausbildung an.

Institutsleitungsfragebogen II

Von 129 Instituten machen 113 (87,5%) Angaben zur Zeitstruktur der Ausbildung. Davon bieten 29 nur Vollzeit- (25,6%), 57 (50,4%) nur Teilzeitausbildungen und 27 (24,0%) sowohl Teilzeit- als auch Vollzeitausbildungen an.

TeilnehmerInnenbefragung

2943 (91,3%) von 3223 TeilnehmerInnen machen Angaben zur Zeitstruktur ihrer Ausbildung. 1146 (38,9%) von ihnen befinden sich aktuell in Vollzeitausbildung und 1797 (61,1%) in Teilzeitausbildung. Rechnet man diese Teilgruppen auf die 3 bzw. 5 Jahre Verweildauer in der Ausbildung um, so bedeutet dies, dass jedes Jahr etwa gleich viele TeilnehmerInnen aus Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung ihre Ausbildung abschließen.

AbsolventInnen

601 (90,1%) von 666 AbsolventInnen machen Angaben zur Zeitstruktur ihrer Ausbildung. 346 (57,6%) von ihnen haben eine Vollzeit- und 255 (42,4%) eine Teilzeitausbildung absolviert.

3.1.2. Zeitstruktur der Ausbildung für Männer und Frauen

In der TeilnehmerInnenbefragung berichten signifikant mehr Männer als Frauen, dass sie die Ausbildung in Teilzeitform (68% der Männer vs. 60% der Frauen) wählen als in Vollzeitform (Tabelle E 3-1).

Tabelle E 3-1: Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beide Zeitstrukturen) und Geschlecht der AusbildungsteilnehmerInnen in der TeilnehmerInnenbefragung (N=3223) bzw. der AbsolventInnenbefragung (N=666; Kennwerte, Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests)

	Geschlecht				Chi ² (df=1)	p
	Männer		Frauen			
	n	%	n	%		
Ausbildungs- teilnehmerInnen					12,66	.001
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	175	32,2	971	40,5		
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	368	67,8	1428	59,5		
Gesamt	543		2399			
AbsolventInnen					,56	n.s.
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	78	60,5	268	56,8		
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	51	32,5	204	33,2		
Gesamt	129		472			

Dagegen haben unter den AbsolventInnen Männer und Frauen mit jeweils ca. 60% die Vollzeitausbildung ähnlich häufig gewählt.

3.1.3. Zeitstruktur und Ausbildungsbereiche (PP, KJP)

Grundlage der Auswertungen zur Zeitstruktur in den verschiedenen Ausbildungsbereichen waren die Institutsleitungsbefragungen und die TeilnehmerInnen- bzw. AbsolventInnenbefragung.

Tabelle E 3-2: Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beides) und Ausbildungsgänge (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Psychotherapie, beides) in der Institutsleitungsbefragung I (N=170) bzw. der Institutsleitungsbefragung II (N=129; Kennwerte, Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests)

	Ausbildungsgang						Chi ² (df=4)	p
	Gesamt		PP		KJP			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Institutsleiterbefragung I								
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	25	14,7	16	10,8	4	2,7	5	3,4
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	68	40,0	46	31,1	8	5,4	14	9,5
Beides	55	32,3	25	16,9	2	1,4	28	18,9
Institutsleiterbefragung II								
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	29	22,4	18	16,8	3	2,8	8	7,4
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	52	40,3	23	21,3	7	6,5	22	20,4
Beides	27	21,0	16	14,8	2	1,9	9	8,3

Wie in Tabelle E 3-2 deutlich wird geben die Institutsleitungen in der ersten Befragung eine von der Erwartung signifikant abweichende Verteilung der Ausbildungen unterschiedlicher Zeitstruktur auf die Ausbildungsgänge vor. Diese Ungleichverteilung geht vor allem darauf zurück, dass häufiger als erwartet beide Zeitstrukturen in Instituten angeboten werden, die sowohl PP- als auch KJP-Ausbildung anbieten (standardisierte Residuen = 2.5) und etwas seltener als erwartet nur Teilzeitausbildungen in Instituten, die sowohl PP- als auch KJP-Ausbildung anbieten (standardisierte Residuen = -1.6).

In der zweiten Befragung, an der insgesamt weniger Institute teilgenommen haben, werden in beiden Ausbildungsgängen (PP bzw. KJP) im vergleichbaren Verhältnis Vollzeit- und Teilzeitausbildungen angeboten (Tabelle E 3-2).

Tabelle E 3-3: Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beides) und Ausbildungsbereich (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychologische Psychotherapie) in der TeilnehmerInnenbefragung (N=3223, fehlend=294 (9.2%) bzw. der AbsolventInnenbefragung (N=666, fehlend=105 (15.7%); Kennwerte, Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests)

	Geschlecht				Chi ² (df=1)	p
	PP		KJP			
	n	%	n	%		
AusbildungsteilnehmerInnen					52,16	.000
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	915	42,8	231	28,5		
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	1218	57,2	579	71,5		
Gesamt	2133		810			
AbsolventInnen					2,53	n.s.
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	264	59,5	60	51,3		
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	180	40,5	57	48,7		
Gesamt	444		117			

Insgesamt wählen die TeilnehmerInnen zu etwa 60% die Teilzeitausbildung (Tabelle E 3-3). Seltener als erwartet wählen TeilnehmerInnen in KJP-Ausbildung das Vollzeitmodell (standardisierte Residuen: -4.8), während TeilnehmerInnen in PP-Ausbildung häufiger als erwartet das Vollzeitmodell wählen (standardisierte Residuen=2.9).

Von den AbsolventInnen haben über 50% eine Vollzeitausbildung beendet (Tabelle E 3-3). Die Verteilung der Ausbildungen unterschiedlicher Zeitstruktur auf die PP- bzw. KJP-Ausbildung weicht nicht signifikant von der Erwartung ab (dabei spielt auch das Geschlecht der AusbildungsteilnehmerInnen keine Rolle).

3.1.4. Zeitstruktur und Verfahren

In der Institutsleitungsbefragung I (Tabelle E 3-4) weicht die Verteilung der Ausbildungen unterschiedlicher Zeitstruktur auf die verschiedenen Vertiefungsverfahren deutlich von der Erwartung ab. Dieser Effekt geht darauf zurück, dass verhaltenstherapeutische Verfahren gegenüber den erwarteten Häufigkeiten häufiger in Vollzeit (standard. Residuen: 3.4), seltener in Teilzeit (standard. Residuen: -4.1) und häufiger in beiden Zeitformen (standard. Residuen: 2.3) angeboten; weiterhin werden verklammerte PA/TP-Ausbildungen gegenüber der Erwartung seltener in Vollzeit (standard. Residuen: -2.6), häufiger in Teilzeit (standard. Residuen: 3.5) sowie seltener in beiden Zeitformen angeboten werden.

Tabelle E 3-4: Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beides) und Vertiefungsverfahren des Instituts in der Institutsleitungsbefragung I (N=170 bzw. der Institutsleitungsbefragung II (N=129; Kennwerte, Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests)

	Verfahren										Chi ² (df=6)	p
	VT		TP		PA		TP/PA		PD gesamt			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Institutsleiterbefragung I												
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	23	35,4	0	0	0	0	2	3,4	2	2,6	63,40	.000
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	7	10,8	11	73,3	1	50	45	76,3	57	75,0		
Beides	35	53,8	4	26,7	1	50	12	20,3	17	22,4		
Institutsleiterbefragung II												
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	25	55,6	3	33,3	0	0	1	2,3	4	7,3	55,37	.000
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	4	8,9	4	44,4	2	100	37	84,1	43	78,1		
Beides	16	35,6	2	22,3	0	0	6	13,6	8	14,5		

Auch in der Institutsleitungsbefragung II (Tabelle E 3-4) weicht die Verteilung der Ausbildungen unterschiedlicher Zeitstruktur auf die verschiedenen Vertiefungsverfahren deutlich von der Erwartung ab. Dieser Effekt geht darauf zurück, dass verhaltenstherapeutische Verfahren gegenüber den erwarteten Häufigkeiten häufiger in Vollzeit (standard. Residuen: 3.3) und seltener in Teilzeit (standard. Residuen: -3.7) angeboten; weiterhin werden verklammerte TP/PA-Ausbildungen gegenüber der Erwartung seltener in Vollzeit (standard. Residuen: -3.3) und häufiger in Teilzeit (standard. Residuen: 3.6) angeboten.

Tabelle E 3-5: Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beides) und Vertiefungsverfahren des Instituts in der TeilnehmerInnenbefragung (N=3223) und der AbsolventInnenbefragung (N=666; Kennwerte, Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests)

	Verfahren										Chi ² (df=6)	p
	VT		TP		PA		TP/PA		PD gesamt			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TeilnehmerInnen- befragung												
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	1049	54,8	87	17,4	5	4	5	1,3	97	9,5	599,8	.000
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	866	45,2	412	82,6	119	96	393	98,7	924	90,5		
Gesamt	1915		499		124		398		1021			
AbsolventInnen- befragung												
Vollzeitausbildung (3 Jahre)	25	55,6	3	33,3	0	0	1	2,3	4	7,3	55,37	.000
Teilzeitausbildung (5 Jahre)	4	8,9	4	44,4	2	100	37	84,1	43	78,1		
Beides	16	35,6	2	22,3	0	0	6	13,6	8	14,5		

Insgesamt befinden sich 61% der TeilnehmerInnen in Teilzeitausbildung. Die Verteilung auf die unterschiedlichen Verfahren weicht deutlich von der Erwartung ab, wobei dies für alle Zellen gilt (standard. Residuen insgesamt >5). VerhaltenstherapeutInnen befinden sich häufiger als erwartet in Vollzeitausbildung, während TeilnehmerInnen aller psychodynamisch orientierten Ausbildungen häufiger als erwartet das Teilzeitmodell wählen. In den freien Antworten wurde von Personen in

Ausbildung in psychodynamisch orientierten Verfahren erwähnt, dass ein dreijähriges Modell von ihrem Institut nicht angeboten wird (vgl. Befragung der Institutsleitungen).

Über 50% der AbsolventInnen haben eine Vollzeitausbildung beendet. Die Verteilung der Ausbildung unterschiedlicher Zeitstruktur auf die unterschiedlichen Verfahren weicht signifikant von der Erwartung ab. Dieser Effekt geht vor allem darauf zurück, dass AbsolventInnen mit TP-Abschluss (standard. Residuen: 2.2) bzw. verklammertem TP/PA-Abschluss (standard. Residuen: 41.) überzufällig häufig eine Teilzeitausbildung absolviert haben (das Geschlecht der AusbildungsteilnehmerInnen spielt jedoch keine Rolle) (Tabelle E 3-5).

Gesprächspsychotherapie wird von einem Institut in Teilzeitstruktur angeboten.

- Etwa die Hälfte der Institute gibt jeweils an, nur Teilzeitausbildungen anzubieten. Etwa 1/6 bis 1/4 der Institute bietet nur Vollzeitausbildungen und die übrigen Institute beide Zeitstrukturen an.
- Etwa 3/5 der aktuell in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen machen eine Teilzeitausbildung und etwas 2/5 eine Vollzeitausbildung. Jährlich werden damit voraussichtlich etwa gleich viele TeilnehmerInnen aus Teilzeit- bzw. Vollzeitausbildung den Ausbildungsgang beenden.
- Etwa 2/5 der bisherigen AbsolventInnen haben eine Teilzeit- und etwa 3/5 eine Vollzeitausbildung abgeschlossen.
- Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass beide Zeitstrukturen in vergleichbarem Umfang angeboten und nachgefragt werden.
- Bezogen auf die Ausbildungsbereiche (PP vs. KJP) werden gemäß der ersten Institutsleitungsbefragung von Instituten, die in beiden Ausbildungsbereichen ausbilden eher beide Zeitstrukturmodelle und seltener nur Teilzeitausbildung angeboten (in der zweiten Institutsleitungsbefragung gibt es hinsichtlich der Zeitstruktur dagegen keine systematischen Unterschiede zwischen PP- und KJP-Ausbildungsbereich).
- TeilnehmerInnen in KJP-Ausbildung wählen seltener als erwartet das Vollzeitmodell, während TeilnehmerInnen in PP-Ausbildung häufiger als erwartet das Vollzeitmodell wählen. Unter den AbsolventInnen gibt es hinsichtlich der Zeitstruktur dagegen keine systematischen Unterschiede zwischen PP- und KJP-Ausbildungsbereich.
- Hinsichtlich der Zeitstruktur in den verschiedenen Verfahren wird in den Institutsleitungsbefragungen deutlich, dass Ausbildungen in Verhaltenstherapie überzufällig häufig in Vollzeit- und selten in Teilzeitform angeboten werden. Verklammerte PA/TP-Ausbildungen werden dagegen überzufällig häufig in Teilzeit- und selten in Vollzeitform angeboten.
- Bezogen auf die Verfahren bestätigt sich dieses Bild auch in der TeilnehmerInnen- und der AbsolventInnenbefragung: Aktuell in Ausbildung befindliche VerhaltenstherapeutInnen befinden sich häufiger als erwartet in Vollzeitausbildung, während TeilnehmerInnen aller psychodynamisch orientierten Ausbildungen häufiger als erwartet das Teilzeitmodell wählen. AbsolventInnen mit TP-Abschluss bzw. verklammertem TP/PA-Abschluss haben überzufällig häufig eine Teilzeitausbildung absolviert.
- Sowohl Männer als auch Frauen haben unter den AbsolventInnen zu 3/5 die Vollzeitausbildung gewählt. Von den aktuell in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen haben mit 2/3 mehr Männer als Frauen die Teilzeitausbildung gewählt. Diesbezüglich gibt es keine weiteren Unterschiede zwischen den Ausbildungsbereichen oder den Verfahren.

3.2. Welche Gründe bewegen die Ausbildungsteilnehmer im Wesentlichen dazu, eine Teilzeitausbildung zu machen?

Grundlage der Auswertungen im Bereich 3.2. sind die Befragungen der TeilnehmerInnen und der AbsolventInnen.

Tabelle E 3-6: Wahlgründe für Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung in der TeilnehmerInnenbefragung

	TeilnehmerInnen				AbsolventInnen			
	Vollzeit- ausbildung (n=1146)		Teilzeit- ausbildung (n=1790)		Vollzeit- ausbildung (n=346)		Teilzeit- ausbildung (n=255)	
	Ja, trifft zu (n)	%	Ja, trifft zu (n)	%	Ja, trifft zu (n)	%	Ja, trifft zu (n)	%
Familiär	230	20,1	569	31,8	54	15,6	76	29,8
Finanziell	546	47,6	1172	65,5	116	33,5	153	60,0
Andere berufliche Tätigkeit	122	10,6	1188	66,4	44	12,7	165	64,7
Ausbildungsablauf	742	64,7	538	31,1	218	63,0	75	29,4

Bei der Vollzeitausbildung spielten für jeweils 2/3 der TeilnehmerInnen und der AbsolventInnen für die Wahl dieser Zeitstruktur der Ausbildungsablauf eine wichtige Rolle. Bei 50% der TeilnehmerInnen und einem Drittel der AbsolventInnen in Vollzeitausbildung waren finanzielle Gründe bei der Wahl der Zeitstruktur relevant (Tabelle E 3-6).

Im Hinblick auf die Wahl einer Teilzeitausbildung spielten für jeweils 2/3 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen finanzielle Gründe sowie eine andere berufliche Tätigkeit eine Rolle.

Familiäre Gründe sind für etwa 1/4 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen relevant für die Wahl der Zeitstruktur, wobei sie für eine Teilzeitausbildung nur ein geringfügig größeres Gewicht haben.

Bei zusätzlicher Differenzierung zwischen Männern und Frauen zeigt sich, dass sowohl bei den Teilnehmern wie auch den Absolventen für Männer eine andere berufliche Tätigkeit häufiger eine Rolle für die Entscheidung zur Vollzeitausbildung (TeilnehmerInnen; $\chi^2=7,78$, $p=.005$; AbsolventInnen: $\chi^2=5,39$, $p=.02$), aber auch zur Teilzeitausbildung (TeilnehmerInnen: $\chi^2=4,59$, $p=.03$; AbsolventInnen: $\chi^2=3,86$, $p=.04$) spielt als für Frauen.

Unter den AbsolventInnen gewichten Männer familiäre Gründe ($\chi^2=4,15$, $p=.04$) und finanzielle Gründe ($\chi^2=5,61$, $p=.01$) bei der Entscheidung zur Vollzeitausbildung stärker als Frauen. Männer beschreiben somit insgesamt einen expliziteren Abwägungsprozess bei der Entscheidung für eine Vollzeit- oder Teilzeitausbildung.

Im Folgenden werden die Wahlgründe im Hinblick auf verschiedene Verfahren differenziert (Tabelle E 3-7).

Tabelle E 3-7: Wahlgründe für Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung für Verhaltenstherapie bzw. psychodynamisch orientierte Ausbildungen insgesamt in der TeilnehmerInnenbefragung

	Zeitstruktur							
	TN in Vollzeitausbildung (n=1140)				TN in Teilzeitausbildung (n=1797)			
	VT		PD gesamt		VT		PD gesamt	
Ja (n)	%	Ja (n)	%	Ja (n)	%	Ja (n)	%	
Familiär	207	19,8	23	25,0	268	30,9	178	33,5
Finanziell	491	46,9	54	58,7	561	65,9	353	66,5
Andere berufliche Tätigkeit	108	10,3	14	15,2	613	70,8	328	61,8
Ausbildungsablauf	681	65,0	58	63,0	181	20,9	166	31,3

Bei den TeilnehmerInnen, die die Ausbildung in unterschiedlichen Verfahren machen, unterscheiden sich verhaltenstherapeutisch orientierte und psychodynamisch orientierte TeilnehmerInnen bezüglich der Auswahl einer Vollzeitausbildung nur hinsichtlich des Gewichts finanzieller Fragen (Tabelle E 3-7): Mit fast 60% bejahen psychodynamisch orientierte TeilnehmerInnen finanzielle Gründe häufiger als verhaltenstherapeutisch orientierte TeilnehmerInnen mit 47% ($\chi^2=4.75$, $p=.01$). Hinsichtlich der Gründe für eine Teilzeitausbildung bejahen VerhaltenstherapeutInnen häufiger „andere berufliche Tätigkeit“ als psychodynamisch orientierte TeilnehmerInnen ($\chi^2=12.16$, $p=.000$). Psychodynamisch orientierte TeilnehmerInnen in Teilzeitausbildung bejahen dagegen den Grund „Ausbildungsablauf“ relativ häufiger als VerhaltenstherapeutInnen ($\chi^2=18.92$, $p=.000$).

Unter den AbsolventInnen (Tabelle E 3-8) gibt es dagegen hinsichtlich des Gewichts einzelner Gründe für die Vollzeitausbildung keine Unterschiede zwischen verhaltenstherapeutisch orientierten und psychodynamisch orientierten AbsolventInnen. Hinsichtlich der Gründe für Teilzeitausbildung bejahen mit etwa 4/5 die psychodynamisch orientierten AbsolventInnen relativ häufiger finanzielle Gründe als die VerhaltenstherapeutInnen mit etwa 3/5 ($\chi^2=6.35$, $p=008$). Für etwa die Hälfte der psychodynamisch orientierten AbsolventInnen gegenüber etwa einem Viertel der VerhaltenstherapeutInnen stellt der „Ausbildungsablauf“ einen Wahlgrund für die Teilzeitausbildung dar ($\chi^2=8.14$, $p=.005$).

Tabelle E 3-8: Wahlgründe für Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung für Verhaltenstherapie bzw. psychodynamisch orientierte Ausbildungen insgesamt in der AbsolventInnenbefragung

	Zeitstruktur							
	TN in Vollzeitausbildung (n=346)				TN in Teilzeitausbildung (n=255)			
	VT		PD gesamt		VT		PD gesamt	
Ja (n)	%	Ja (n)	%	Ja (n)	%	Ja (n)	%	
Familiär	49	15,2	4	22,4	53	27,9	15	42,9
Finanziell	107	33,2	8	44,4	109	57,4	28	80,0
Andere berufliche Tätigkeit	39	12,1	4	22,4	126	66,3	22	62,9
Ausbildungsablauf	207	64,3	9	50,0	43	22,6	16	45,7

- Aus Sicht von jeweils 2/3 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen sowohl in verhaltenstherapeutischer wie auch psychodynamisch orientierter Vollzeitausbildung spricht der Ausbildungsablauf für die Vollzeitstruktur.
- Finanzielle Erwägungen spielen durchgängig für einen großen Teil der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen eine Rolle bei der Wahl der Zeitstruktur; zwischen einem Drittel und 4/5 berücksichtigen sie bei der Entscheidung zur Vollzeit- oder Teilzeitausbildung. Ein etwas größeres Gewicht hat sie bei denjenigen, die eine Teilzeitausbildung gewählt haben: Hier nennen 2/3 bis 4/5 finanzielle Gründe.
- Das Gewicht finanzieller Gründe bei der Entscheidung für eine Teilzeitausbildung schlägt sich auch in der Relevanz anderer beruflicher Tätigkeiten nieder: 2/3 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen im Teilzeitmodell nennen anderer berufliche Tätigkeiten als Wahlgrund für diese Zeitstruktur.
- Familiäre Gründe sind für etwa 1/4 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen relevant für die Wahl der Zeitstruktur, wobei sie für eine Teilzeitausbildung nur ein geringfügig größeres Gewicht haben.
- Bei den Verfahrensschwerpunkten bestehen insgesamt nur wenig systematische Unterschiede zwischen denjenigen mit psychodynamisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Ausbildung hinsichtlich der Wahl der Zeitform. Psychodynamisch orientierte TeilnehmerInnen und AbsolventInnen in Teilzeitausbildung gewichten den Ausbildungsablauf etwas stärker als diejenigen mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung. TeilnehmerInnen mit psy-

chodynamischer Orientierung bejahen finanzielle Gründe für die Vollzeitausbildung etwas häufiger als VerhaltenstherapeutInnen, während AbsolventInnen mit psychodynamischer Orientierung diese bei der Teilzeitausbildung für relevanter als die VerhaltenstherapeutInnen halten. Verhaltenstherapeutische TeilnehmerInnen im Teilzeitmodell gewichten andere berufliche Tätigkeiten etwas stärker als diejenigen mit psychodynamischer Orientierung.

- Bei Differenzierung zwischen Männern und Frauen fällt auf, dass Männer insgesamt einen expliziteren Abwägungsprozess bei der Wahl eines Zeitstrukturmodells beschreiben: Andere berufliche Tätigkeiten spielen bei den Teilnehmern sowohl bei Wahl der Teilzeit- wie auch der Vollzeitausbildung eine stärkere Rolle als bei den TeilnehmerInnen. Die männlichen Absolventen geben an, bei der Wahl der Vollzeitausbildung sowohl finanzielle als auch familiäre Gründe stärker berücksichtigt zu haben.

3.3. Wie hat sich das Angebot von Voll- und Teilzeitausbildungen bewährt?

Zur dieser Frage liegen Angaben der Institutsleitungen und der ExpertInnen in der Delphi-Befragung II vor.

Neben einer expliziten Bewertung lässt sich festhalten, dass sowohl die Vollzeit- wie auch die Teilzeitausbildung im ähnlichen Umfang von den TeilnehmerInnen genutzt werden. Insbesondere im Hinblick auf die Verfahren haben die AusbildungsteilnehmerInnen jedoch nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten, da psychodynamische Ausbildungen fast ausschließlich im Teilzeitmodell angeboten werden, während verhaltenstherapeutische Ausbildungen überwiegend im Vollzeitmodell angeboten werden.

In der 2. Befragung der Institutsleitungen werden diese gebeten, die Regelung zur Zeitstruktur der Ausbildung im PsychThG §5, Abs. 2, Ziffer 1 zu bewerten (im Schulnotensystem, von 1-6). Insgesamt liegen die Bewertungen weitgehend zwischen „sehr gut“ und „gut“.

Dabei geben die 29 Institutsleitungen, die eine Vollzeitausbildung anbieten, den bisherigen Regelungen zur Zeitstruktur der Ausbildung ein mittlere Bewertung von 1,83 (SD=1,13; n=29) ab. Die 40 Institute, die eine Teilzeitausbildung anbieten, bewerten die Regelungen mit im Mittel 2,40 (SD=1,04), während die 21 Institute, die beides anbieten die Regelungen mit im Mittel 1,90 (SD=1,04) bewerten; die Gruppen unterscheiden sich dabei nicht statistisch bedeutsam ($F(2/87)=2.75$, $p=.06$). Bei Differenzierung zwischen den Verfahren werden die Regelungen zur Zeitstruktur der Ausbildung im PsychThG §5, Abs. 2, Ziffer 1 von den 47 psychodynamisch orientierten Instituten insgesamt mit im Mittel 2,40 (SD=1,07) deutlich schlechter beurteilt als von den 43 VT-Instituten mit im Mittel 1,77 (SD=1,06; $F(1/88)=7.93$, $p=.006$).

Wegen der asymmetrischen Verteilung der Ausbildungsgänger verschiedener Zeitstruktur auf die Verfahren ist eine ergänzende Auswertung für die Bereiche PP vs. KJP nicht möglich (keine Angaben in verschiedenen Teilgruppen bzw. nur Angaben eines Instituts).

In der 2. Delphi-Befragung werden die ExpertInnen gebeten, die Regelung zur Zeitstruktur der Ausbildung im PsychThG §5, Abs. 2, Ziffer 1 zu bewerten (im Schulnotensystem, von 1-6). Von den 66 befragten ExpertInnen machen 46 Angaben zu dieser Frage und bewerten die Regelung im Mittel mit 3.09 (SD=1.25) und somit als befriedigend; im Vergleich zu anderen Bewertungen werden die Regelungen zu Zeitstruktur damit auf Rangplatz 13 von 20 gesetzt.

- Die Nutzung von sowohl Vollzeit- wie auch Teilzeitausbildungen durch AusbildungsteilnehmerInnen wird als Bewährung dieser Modelle in der Praxis verstanden.
- Im Hinblick auf die Verfahren bestehen nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten, da psychodynamische Ausbildungen fast ausschließlich im Teilzeitmodell angeboten werden.

- Insgesamt wird die Regelung zur Zeitstruktur der Ausbildung im PsychThG §5, Abs. 2, Ziffer 1 von den Institutsleitungen als befriedigend bewertet. Hierbei spielt keine Rolle, welche Zeitstruktur die Institute anbieten.
- Institute, die eine psychodynamisch orientierte Ausbildung anbieten bewerten die Regelung zur Zeitstruktur der Ausbildung im PsychThG §5, Abs. 2, Ziffer 1 deutlich schlechter als Institute, die eine verhaltenstherapeutische Ausbildung anbieten.
- Die ExpertInnen in der 2. Delphibefragung bewerten die Regelung zur Zeitstruktur der Ausbildung im PsychThG §5, Abs. 2, Ziffer 1 als befriedigend.

3.4. Wie lange dauern die Ausbildungen tatsächlich (auch in Bezug auf das Vertiefungsverfahren)?

Grundlage der Auswertungen für diese Frage sind die Angaben aus der TeilnehmerInnen und der AbsolventInnenbefragung. Dabei werden die AbsolventInnen und TeilnehmerInnen, die neben dem Basisausbildungsgang (PP oder KJP) eine Zusatzqualifikation (KJP-Z: n=39; PP-Z: n=1) erwerben bzw. erworben haben ausgeschlossen, da die Zusatzqualifikationszeit die Ausbildungsdauer untypisch verlängert und unsystematisch von den Befragten bei der Angabe der Ausbildungsdauer einbezogen wurde. Im Rahmen der Institutsleitungsbefragung wurde ebenfalls nach der Dauer der Ausbildungen gefragt; die Angaben hierzu sind jedoch so unsystematisch, dass auf eine weitere Auswertung verzichtet wird.

AbsolventInnenbefragung

Die AbsolventInnen werden zum Einen gefragt, ob sie die Ausbildung im vorgegebenen Zeitrahmen abgeschlossen haben oder nicht. Zum Anderen werden sie gebeten, Beginn und Ende der Ausbildung zu datieren. Weiterhin werden sie nach Ausbildungsunterbrechungen und deren Dauer gefragt. Zunächst wird auf die globale Frage nach Beendigung der Ausbildung im Zeitrahmen eingegangen; anschließend wird die konkret angegebene Zeitdauer unter Berücksichtigung der Unterbrechungszeiten eingegangen.

Insgesamt geben 49.2% der AbsolventInnen an, die Ausbildung im vorgegebenen Zeitrahmen abgeschlossen zu haben. Dieser Anteil von etwa 50% ist in allen Zeitstrukturen (Vollzeit vs. Teilzeit) oder Ausbildungsbereichen (PP vs. KJP; Tabelle E 3-9) gleich hoch.

Tabelle E 3-9: Ausbildung in +/- vorgesehener Zeit beendet, differenziert nach Zeitstruktur (Vollzeit- vs. Teilzeit), Ausbildungsbereich (PP vs. KJP) und Verfahren in der AbsolventInnenbefragung

Ausbildung mit Prüfung in vorgegebener Zeit abgeschlossen?		Ja		Nein, es hat länger als 3 bzw. 5 Jahre gedauert	
		n	%	n	%
Zeitstruktur	Gesamt	266	49,2	295	50,8
	Vollzeit	144	44,4	180	55,6
	Teilzeit	122	51,5	115	48,5
Ausbildungs- bereich	PP	215	48,4	229	51,6
	KJP	51	43,6	66	56,4
Verfahren	VT	235	49,2	243	50,8
	TP	21	44,7	26	55,3
	PA	2	50,0	2	50,0
	TP/PA	8	25,0	24	75,0
	PD GESAMT	31	37,3	52	62,7

Auch bei Differenzierung zwischen verschiedenen Verfahren liegt der Anteil derjenigen, die angeben die Ausbildung in vorgegebener Zeit abgeschlossen haben bei etwa 50% (Chi²: n.s.).

Berechnet man die Ausbildungsdauer aufgrund der konkreten Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen unter Berücksichtigung angegebener Unterbrechungen, so beträgt sie für die befragten AbsolventInnen durchschnittlich 4 Jahre und 7 Monate (SD=1.16; Median: 4 Jahre 6 Monate). Die Spanne reicht von 2 Jahren und 9 Monaten – also knapp der Zeit, welche dem Vollzeitmodell entspricht – bis zu 8 Jahren und 4 Monaten.

Bei den AbsolventInnen in Vollzeitausbildung, die global angeben nur die vorgesehene Zeit gebraucht zu haben, liegt die im Einzelnen angegebene Dauer der Ausbildung – unter Berücksichtigung angegebener Unterbrechungen – um etwa 5 Monate höher als die Mindestdauer der Vollzeitausbildung (Tabelle E 3-10). AbsolventInnen in Teilzeitausbildung geben an, die Ausbildung im Durchschnitt bereits 2 Monate vor Mindestdauer beendet zu haben. Diese Abweichungen dürften u.a. darin begründet sein, dass die Prüfungen nur zweimal im Jahr stattfinden.

Tabelle E 3-10: Ausbildungsdauer in Jahren/Monaten für AbsolventInnen unterschiedlicher Zeitstruktur (Vollzeit, Teilzeit) und Angabe, ob Ausbildung in vorgegebener Zeit abgeschlossen wurde (n=586, 88%; Kennwerte)

Ausbildung mit Prüfung in vorgegebener Zeit abgeschlossen?		Ja		Nein, es hat länger als 3 bzw. 5 Jahre gedauert	
		M	SD	M	SD
Zeitstruktur (n=586, 88%)	Vollzeit	3,40	,52	4,38	,85
	Teilzeit	4,84	,62	6,11	,75

AbsolventInnen, die angeben, länger als die Mindestzeit gebraucht zu haben, brauchen im Vollzeitmodell im Mittel ein Jahr länger als diejenigen, die sich im Zeitrahmen beschreiben; im Teilzeitmodell brauchen die AbsolventInnen außerhalb des Zeitrahmens etwa 14 Monate länger als die Mindestzeit (Tabelle E 3-10).

Tabelle E 3-11: Ausbildungsdauer in Jahren/Monaten für AbsolventInnen unterschiedlicher Zeitstruktur (Vollzeit, Teilzeit) in den verschiedenen Ausbildungsbereichen (PP, KJP) und Verfahren (Kennwerte)

		Vollzeitausbildung (3 Jahre)		Teilzeitausbildung (5 Jahre)	
		M	SD	M	SD
Ausbildungsbereich (n=547, 82%)	PP (n=432)	3,94	,90	5,41	,88
	KJP (n=115)	4,00	,79	5,64	,91
Verfahren	VT (n=467)	3,92	,85	5,31	,91
	TP (n=45)	4,12	1,10	5,55	,77
	PA (n=4)	--	--	5,64	,77
	TP/PA (n=31)	5,97	,50	6,27	,85

Die Ausbildungsdauer für PP und KJP unterscheidet sich nicht signifikant voneinander, während es signifikante Unterschiede zwischen den Verfahren gibt (F (6/540)=10.87, p=.001) (Tabelle E 3-11): VT-AbsolventInnen haben von allen Gruppen die signifikant kürzeste Ausbildungsdauer; TP-AbsolventInnen unterscheiden sich deutlich von AbsolventInnen mit verklammert TP/PA-Ausbildung. AbsolventInnen mit verklammerter TP/PA-Ausbildung haben in der Vollzeitausbildung 2 Jahre länger und in der Teilzeitausbildung 1 Jahr länger bis zum Abschluss der Ausbildung benötigt als AbsolventInnen mit VT- oder TP-Schwerpunkt (Scheffe: p<.05; cave: geringes n vor allem bei Vollzeitausbildung und psychodynamisch orientierter Ausbildung!).

Ergänzende Analysen zeigen, dass sich Männer und Frauen bezüglich der Ausbildungsdauer nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Gründe für die verlängerte Dauer der Ausbildung waren im Rückblick für jeweils ein Viertel der AbsolventInnen die Finanzierung sowie andere berufliche Verpflichtungen sowie Schwangerschaft und Kinder für ein Achtel der Befragten (Tabelle E 3-12).

Tabelle E 3-12: Gründe für eine verlängerte Ausbildungsdauer in der AbsolventInnenbefragung

	Gesamtstichprobe (n=569) ja, trifft zu	
	n	%
Finanzierung	151	26,5
andere berufliche Verpflichtungen	130	22,8
Schwangerschaft / Kinder	71	12,5
persönliche Gründe	44	7,7
Umzug	23	4,0
gesundheitliche Gründe	8	1,4

92 AbsolventInnen (16,1%) geben zusätzliche Verlängerungsgründe an. Hierbei nennen 57 AbsolventInnen (10%) organisatorische Gründe für die Verlängerung (zu wenig PT I oder PT II Plätze, Bürokratie, mangelnde Kooperation der Ausbildungsstätte).

Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen

Insgesamt 2915 (90,4%) AusbildungsteilnehmerInnen machen Angaben zur voraussichtlichen Dauer ihrer Ausbildung. 910 (31,2%) gehen davon aus, dass sie die Ausbildung in der vorgesehenen Dauer beenden werden, während 1727 (59,2%) mit einer längeren Ausbildungsdauer rechnen. 278 (9,5%) können dies aktuell nicht abschätzen. Tabelle E 3-13 gibt einen Überblick über die Verteilung auf die verschiedenen Zeitstrukturen und Verfahren.

Tabelle E 3-13: Voraussichtliche Ausbildungsdauer aus Sicht der TeilnehmerInnen, differenziert nach Vollzeit- vs. Teilzeitausbildung und Verfahren

Ausbildung in vorge- gebener Zeit abschließen?	Vollzeitausbildung								Teilzeitausbildung							
	VT		TP		PA		TP/PA		VT		TP		PA		TP/PA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	270	25,9	22	25,3	1	20	0	0	389	45,4	132	32,4	24	21,4	72	18,4
Nein, länger als 3/ 5 Jahre	682	65,4	55	63,2	3	60	5	100	364	42,5	240	59,0	78	69,6	294	75,0
Nicht ein- schätzbar	91	8,7	10	9,8	1	20	0	0	104	12,1	35	8,6	10	11,1	26	6,6

Etwa ein Viertel der TeilnehmerInnen in Vollzeitausbildung geht davon aus, dass sie die Ausbildung in 3 Jahren abschließen werden; etwa 2/3 geht davon aus, länger als 3 Jahre zu benötigen und ca. 10% kann die Dauer aktuell nicht abschätzen. Bei der Vollzeitausbildung unterscheiden sich die Verfahren diesbezüglich nicht signifikant (χ^2 (df=6)=4.18, n.s.).

Bei der Teilzeitausbildung bestehen für die Verfahren deutliche Abweichungen von der erwarteten Verteilung: Etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen an einer VT-Ausbildung geht davon aus, dass sie die Ausbildung in 5 Jahren abschließen werden (standard. Residuen: 5.3); weitere 42.5% geht von einer längeren Ausbildungsdauer (standard Residuen: 5.1), während ca. ein Zehntel dies aktuell nicht einschätzen können. Bei den psychodynamisch orientierten Ausbildungsgängen geht dagegen nur 1/3 bis 1/5 der TeilnehmerInnen von einer 5jährigen Ausbildungsdauer aus, während 60-75% von einer verlängerten Dauer ausgehen (χ^2 (df=6)=135.74, $p < .001$; standard. Residuen TP ja: -9.5, Pa ja=-2.4, TP/PA ja=-5.5 vs. TP/PA nein=5.2).

Von den 1727 (54% der Gesamtstichprobe) TeilnehmerInnen mit voraussichtlich verlängerter Ausbildungsdauer (mehr als 3 bzw. 5 Jahre) werden die folgenden Gründe für die potentielle Verlängerung angegeben:

1. finanzielle Gründe (85,1% der TN mit voraussichtlich verlängerter Ausbildung)
2. berufliche Gründe (70,2% der TN mit voraussichtlich verlängerter Ausbildung)
3. Kinder (32,8% der TN mit voraussichtlich verlängerter Ausbildung)
4. Ablauf (32,1% der TN mit voraussichtlich verlängerter Ausbildung): zeitliche Koordination; rigide Regeln, Gesetze, Vorschriften; Therapieabbrüche; Probleme bei Institutswechsel
5. institutsbedingte Gründe (20,9% der TN mit voraussichtlich verlängerter Ausbildung): mangelnde Organisation, Problem Fälle oder Platz für PT I o. II zu finden, Entfernung des Institutes, Konflikte mit Ausbildern, Machtkonflikte, Theoriestunden fehlen
6. persönliche Gründe (16,3% der TN mit voraussichtlich verlängerter Ausbildung)
7. Umzug (7,2% der TN mit voraussichtlich verlängerter Ausbildung)
8. gesundheitliche Gründe (5,0% der TN mit voraussichtlich verlängerter Ausbildung)

Nur sehr wenige TeilnehmerInnen (Gesamt N=20, 8=0,6% in VT, 12=0,9% in psychodynamisch orientierter Ausbildung) geben an, dass sie über einen Ausbildungsabbruch nachdenken. 257 (8,8%) der gesamten AusbildungsteilnehmerInnen geben an, dass sie die Ausbildung gern zwischen 1 und 60 Monaten (M=8,94; SD=6,2) unterbrechen würden.

- Etwa die Hälfte der befragten AbsolventInnen gibt an, die Ausbildung im vorgegebenen Zeitrahmen abgeschlossen zu haben. Dieser Anteil von 50% ist in beiden Zeitstrukturen (Vollzeit- vs. Teilzeit), beiden Ausbildungsbereichen (PP vs. KJP) und den verschiedenen Verfahren gleich hoch.
- Die aufgrund der Datierungen der AbsolventInnen berechnete Ausbildungsdauer liegt – unter Berücksichtigung angegebener Unterbrechungen – insgesamt bei 4 Jahren und 7 Monaten. Die Spanne liegt zwischen 2 Jahren und 9 Monaten und 8 Jahren und 4 Monaten.
- Bei den AbsolventInnen in Vollzeitausbildung, die global angeben nur die vorgesehene Zeit gebraucht zu haben, liegt die im Einzelnen angegebene Dauer der Ausbildung um etwa 5 Monate höher als die Mindestdauer der Vollzeitausbildung. AbsolventInnen in Teilzeitausbildung innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens geben an, die Ausbildung im Durchschnitt bereits 2 Monate vor Mindestdauer beendet zu haben. Diese Abweichungen dürften u.a. darin begründet sein, dass die Prüfungen nur zweimal im Jahr stattfinden.
- AbsolventInnen, die angeben, länger als die Mindestzeit gebraucht zu haben, brauchen im Vollzeitmodell im Mittel ein Jahr länger als diejenigen, die sich im Zeitrahmen beschreiben; im Teilzeitmodell brauchen die AbsolventInnen außerhalb des Zeitrahmens etwa 14 Monate länger als die Mindestzeit.
- Die im Einzelnen berechnete Ausbildungsdauer für PP und KJP unterscheidet sich nicht signifikant voneinander, während es signifikante Unterschiede zwischen den Verfahren gibt ($F(6/540)=10.87, p=.001$): VT-AbsolventInnen haben von allen Gruppen die signifikant kürzeste Ausbildungsdauer; TP-AbsolventInnen unterscheiden sich deutlich von AbsolventInnen mit verklammerter TP/PA-Ausbildung. AbsolventInnen mit verklammerter TP/PA-Ausbildung haben in der Vollzeitausbildung 2 Jahre länger und in der Teilzeitausbildung 1 Jahr länger bis zum Abschluss der Ausbildung benötigt als AbsolventInnen mit VT- oder TP-Schwerpunkt (cave: geringes n vor allem bei Vollzeitausbildung und psychodynamisch orientierter Ausbildung!).
- Männliche und weibliche AbsolventInnen unterscheiden sich bezüglich der Ausbildungsdauer nicht signifikant voneinander.
- Gründe für die verlängerte Dauer der Ausbildung waren im Rückblick für jeweils ein Viertel der AbsolventInnen die Finanzierung sowie andere berufliche Verpflichtungen sowie Schwan-

gerschaft und Kinder für ein Achtel der Befragten. Weitere 10% nennen organisatorische Gründe für die Verlängerung.

- Etwa 90% der aktuell in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen machen Angaben zur voraussichtlichen Dauer ihrer Ausbildung. Etwa ein Drittel geht davon aus, dass sie die Ausbildung in der vorgesehenen Dauer beenden werden, während etwa 60% mit längerer Ausbildungsdauer rechnen und 10% dies nicht abschätzen können.
- Während es bei den TeilnehmerInnen in Vollzeitausbildung keine Unterschiede bei den Verfahren gibt, erwarten deutlich mehr verhaltenstherapeutisch orientierte AusbildungsteilnehmerInnen im Teilzeitmodell die Ausbildung in Mindestzeit abzuschließen als psychodynamisch orientierte TeilnehmerInnen.
- Gründe für die verlängerte Dauer der Ausbildung für TeilnehmerInnen mit voraussichtlich verlängerter Ausbildungsdauer sind: Für 7/8 finanzielle Gründe, für 2/3 berufliche Gründe, für jeweils 1/3 Kinder bzw. Probleme im Ausbildungsablauf, für 1/5 institutsbedingte Gründe.
- Unter einem Prozent der TeilnehmerInnen denkt über einen Ausbildungsabbruch nach.
- Etwa 1/10 der TeilnehmerInnen würde die Ausbildung gern für im Mittel 9 Monate unterbrechen.

3.5. Wie sinnvoll und angemessen ist der Ausbildungsumfang von mindestens 4200 Stunden im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen?

Grundlage der Auswertungen für diese Frage sind Angaben aus der TeilnehmerInnen- und der AbsolventInnenbefragung sowie der Befragung der Institutsleitungen.

Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen

Die TeilnehmerInnen schätzen ein, wie nützlich/hilfreich die einzelnen Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung ihrer therapeutischen Kompetenz sind. Wie Tabelle E 3-14 veranschaulicht, werden die Ausbildungsbestandteile „praktische Ausbildung“, „Einzelsupervision“, „Einzelselbsterfahrung“, „Gruppensupervision“ und „Theorie“ als ziemlich bis sehr nützlich für die Kompetenzentwicklung angesehen, während die „Freie Spitze“ auf dem letzten Rangplatz zwischen etwas und mittel nützlich eingeschätzt wird.

Tabelle E 3-14: Einschätzung des Nutzens einzelner Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung therapeutischer Kompetenz durch die TeilnehmerInnen (1 – „gar nicht“ bis 5 – „sehr“; Kennwerte für die Gesamtgruppe), sortiert nach Rangplätzen

	n	Mittelwert	SD
PrAus	2613	4,88	,39
Einzelsupervision	2601	4,72	,60
Einzelselbsterfahrung	2079	4,48	,93
Gruppensupervision	2458	4,28	,87
Theorie	2907	4,23	,94
Gruppenselbsterfahrung	2605	3,85	1,16
PT I	2796	3,76	1,16
PT II	2720	3,76	1,19
Kleingruppe	2450	3,53	1,14
„Freie Spitze“	1905	2,82	1,24

Tabelle E 3-15 stellt die Nutzeneinschätzungen für TeilnehmerInnen in verhaltenstherapeutischer Ausbildung vs. psychodynamisch orientierten Ausbildungen insgesamt gegenüber. Die „Praktische Tätigkeit I“ wird von den VerhaltenstherapeutInnen signifikant nützlicher eingeschätzt als von

psychodynamisch orientierten AusbildungsteilnehmerInnen. Alle anderen Ausbildungsbestandteile werden von den psychodynamisch orientierten AusbildungsteilnehmerInnen signifikant positiver eingeschätzt als von den VerhaltenstherapeutInnen. Die Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen und die Effektgrößen sind allerdings sehr klein.

Tabelle E 3-15: Einschätzung des Nutzens einzelner Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung therapeutischer Kompetenz durch TeilnehmerInnen in verhaltenstherapeutischer bzw. psychodynamisch orientierter Ausbildung (1 – „gar nicht“ bis 5 – „sehr“; Kennwerte, Ergebnisse des varianzanalytischen Vergleichs)

	VT			PD insgesamt			Ergebnisse der Varianzanalyse	
	n	Mittelwert	SD	n	Mittelwert	SD	F	p
Theorie	1992	4,14	,97	609	4,28	,92	10.04	.002
Einzelselfberfahrung	1145	4,16	1,10	639	4,77	,56	163.63	.001
Gruppenselbsterfahrung	1920	3,70	1,21	547	4,00	1,12	13.97	.001
PT I	1921	3,87	1,12	628	3,68	1,18	12.34	.001
PT II	1859	3,70	1,21	611	3,94	1,16	18.13	.001
PrAus	1758	4,86	,43	611	4,90	,38	4.75	.03
Einzel-supervision	1752	4,66	,66	603	4,80	,50	21.62	.001
Gruppensupervision	1721	4,25	,89	548	4,34	,80	4.75	.03
„Freie Spitze“	1387	2,51	1,10	371	3,23	1,19	10.44	.001
Kleingruppe	1646	3,39	1,15	574	3,70	1,11	32.47	.001

Befragung der AbsolventInnen

Die AusbildungsabsolventInnen schätzen jeweils ein, inwieweit die einzelnen Ausbildungsbestandteile einen angemessenen Umfang haben, zu umfangreich oder nicht ausreichend waren bzw. sie sich zu einer Einschätzung nicht in der Lage sehen. Abbildung E 3-1 gibt einen Überblick über die Angaben der Gesamtgruppe.

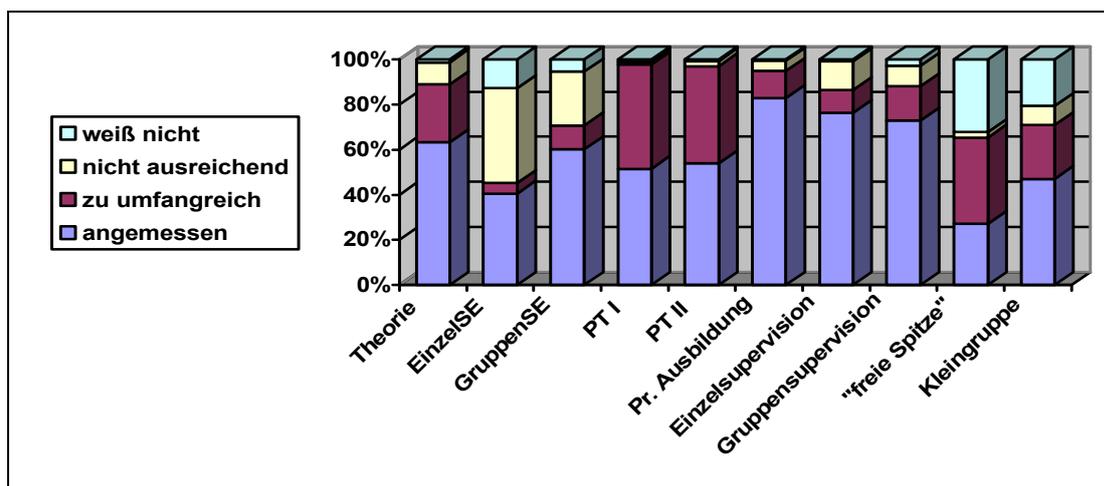


Abbildung E 3-1: Bewertung der Angemessenheit des Umfangs der Ausbildungsbestandteile im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen durch AbsolventInnen der Ausbildung (N=666; %)

Abgesehen von der Einzelselfberfahrung, „Freien Spitze“ und Unterricht in Kleingruppen werden alle Ausbildungsteile von 45-75% der AbsolventInnen als angemessen im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen angesehen; gerade diese ersten drei Elemente sind im PsychThG bzw. den APrVen entweder sehr unspezifisch („Freie Spitze“) oder überhaupt nicht definiert.

Am ehesten als zu umfangreich werden Praktische Tätigkeit I bzw. II angesehen (von etwa einem Drittel); immerhin ein Viertel der AbsolventInnen sieht den Theorieteil als zu umfangreich an. Am ehesten als nicht ausreichend werden von einem Drittel die Einzelselbsterfahrung und von ca. 20% die Gruppenselbsterfahrung eingeschätzt (etwa 10% macht jeweils keine Angaben).

Zwischen der Einschätzung der AbsolventInnen in Verhaltenstherapie bzw. den psychodynamischen Verfahren insgesamt bestehen kaum Unterschiede. Die „Freie Spitze“ und die Kleingruppe werden von AbsolventInnen mit psychodynamischer Ausbildung seltener als zu umfangreich bewertet.

Tabelle E 3-16 gibt einen Überblick über die Einschätzungen zur Angemessenheit des Umfangs der einzelnen Ausbildungsbestandteile differenziert nach AbsolventInnen des PP- bzw. KJP-Bereichs. Zwischen den Gruppen bestehen kaum Unterschiede hinsichtlich der Beurteilung einzelner Ausbildungsbestandteile. Nur im Bereich der Theorie ist mit 20,5% ein deutlich größerer Prozentsatz der KJP-AbsolventInnen der Ansicht, dass dieser Ausbildungsbestandteil nicht ausreichend gewesen sei (χ^2 (df=3)=19.93, $p<.001$; standard. Residuen=3.5).

Tabelle E 3-16: Bewertung der Angemessenheit des Umfangs der Ausbildung im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen durch AbsolventInnen im PP- bzw. KJP-Bereich

	PP n=436						KJP n=111					
	zu umfangreich		angemessen		nicht ausreichend		zu umfangreich		angemessen		nicht ausreichend	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Theorie	123	28,2	277	63,5	32	7,3	20	17,9	67	59,8	23	20,5
Einzelselbsterfahrung	17	3,9	172	39,2	188	43,2	9	8,1	50	45	42	37,8
Gruppenselbsterfahrung	44	10,1	255	63,5	115	16,4	16	14,5	70	58,5	18	26,4
PT I	202	46,3	224	50,0	5	1,1	53	47,3	56	51,4	2	1,8
PT II	194	44,5	232	53,2	8	1,4	39	34,8	68	60,7	5	4,5
PrAus	58	13,3	357	84,8	20	4,6	10	8,9	95	81,9	5	4,5
Einzelsupervision	47	10,8	329	75,5	56	12,8	5	4,5	93	83,0	13	11,6
Gruppen-supervision	66	15,1	316	72,5	44	10,1	18	16,1	81	72,3	9	8,0
„Freie Spitze“	179	41,4	106	24,5	9	2,1	31	28,2	40	36,4	4	3,6
Kleingruppe	108	24,8	205	47,1	33	7,6	25	22,3	54	48,2	11	9,8

Befragung der Institutsleitungen

In der 2. Institutsleitungsbefragung werden die Institutsleitungen auch dazu befragt, wie sie den Umfang der einzelnen Ausbildungsbestandteile insgesamt bewerten (Tabelle E 3-17).

Tabelle E 3-17: Bewertung der Regelungen zum Umfang der einzelnen Ausbildungsbestandteile insgesamt (PsychThG § 8 und APrVen) durch die Institutsleitungen, differenziert nach Zeitstruktur, PP vs. KJP und Hauptverfahren (VT vs. psychodynamisch insgesamt; Schulnotensystem: 1 = sehr gut – 6 = ungenügend; Mittelwerte, SD)

Zeitstruktur der Ausbildung	PP		KJP		Beides	
	VT	PD gesamt	VT	PD Gesamt	VT	PD Gesamt
	M (SD)					
3jährig	3,0 (1,7)	2,3 (1,5)	3,3 (2,1)	--	2,8 (1,6)	2,0 (--)
5jährig	2,0 (--)	3,1 (1,3)	1,0 (--)	3,0 (,7)	3,0 (1,4)	3,5 (1,0)
Beides	2,7 (1,2)	3,2 (1,5)	2,0 (--)	--	1,6 (1,2)	3,0 (1,7)

Die insgesamt 94 Institute, die hinreichende Informationen zur Bewertung der Angemessenheit der Regelungen zum Umfang der einzelnen Ausbildungsbestandteile geben, bewerten diese Regelungen im Mittel mit 2,99 (SD=1,33) und damit als befriedigend. Im Vergleich zu den anderen Einschätzungen ist dies eine relativ schlechte Bewertung. Die Bewertungen unterscheiden sich dabei weder zwischen Instituten mit unterschiedlicher Zeitstruktur, unterschiedlichem Ausbildungsbereich oder unterschiedlichem Verfahrensschwerpunkt.

- Insgesamt werden die Ausbildungsbestandteile von den TeilnehmerInnen als sehr bis mittel nützlich eingeschätzt. Die besten Bewertungen bekommen „praktische Ausbildung“, „Einzel-supervision“, „Einzelselbsterfahrung“, „Gruppensupervision“ und „Theorie“, während die „Freie Spitze“ auf dem letzten Rangplatz zwischen etwas und mittel nützlich eingeschätzt wird.
- VerhaltenstherapeutInnen schätzen die „Praktische Tätigkeit I“ als signifikant nützlicher ein als psychodynamisch orientierte AusbildungsteilnehmerInnen; alle anderen Ausbildungsbestandteile werden von psychodynamisch orientierten AusbildungsteilnehmerInnen signifikant positiver eingeschätzt (bei allerdings kleinen absoluten Unterschieden).
- Die Hälfte bis 3/4 der AbsolventInnen schätzen den Umfang fast aller Ausbildungselemente als angemessen im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen ein. Der Umfang von „Einzelselbsterfahrung“, „Freie Spitze“ und „Kleingruppen“ wird am seltensten als angemessen bewertet. Am ehesten als zu umfangreich werden Praktische Tätigkeit I bzw. II angesehen (von etwa einem Drittel); immerhin ein Viertel der AbsolventInnen sieht den Theorieteil als zu umfangreich an. Am ehesten als nicht ausreichend werden von einem Drittel die Einzelselbsterfahrung und von ca. einem Fünftel die Gruppenselbsterfahrung eingeschätzt.
- Zwischen den Verfahren bestehen kaum Unterschiede bzgl. der Einschätzung des Umfangs der einzelnen Ausbildungsbestandteile. „Freie Spitze“ und „Kleingruppe“ werden von AbsolventInnen mit psychodynamischer Ausbildung seltener als zu umfangreich bewertet als von VerhaltenstherapeutInnen.
- Zwischen AbsolventInnen der beiden Ausbildungsbereiche (PP vs. KJP) bestehen kaum Unterschiede hinsichtlich der Bewertungen des Umfangs einzelner Ausbildungsbestandteile. Nur im Bereich der Theorie ist mit einem Fünftel ein deutlich größerer Prozentsatz der KJP-AbsolventInnen der Ansicht, dass dieser Ausbildungsbestandteil nicht ausreichend gewesen sei.
- Die Institutsleitungen bewerten den Umfang der einzelnen Ausbildungsbestandteile global als befriedigend und damit im Vergleich zu anderen Einschätzungen als relativ schlecht. Zeitstruktur, Ausbildungsbereich und Verfahren spielen dabei keine Rolle.

3.6. Gesamtzusammenfassung

- Etwa die Hälfte der Institute gibt an, nur Teilzeitausbildungen anzubieten, etwa 25% bieten Vollzeitausbildungen und etwa 25% beide Zeitstrukturen an. Etwa 3/5 der in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen machen eine Teilzeitausbildung und etwa 2/5 eine Vollzeitausbildung. Etwa 2/5 der AbsolventInnen haben eine Teilzeit- und etwa 3/5 eine Vollzeitausbildung abgeschlossen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass beide Zeitstrukturen in vergleichbarem Umfang angeboten und nachgefragt werden.
- TeilnehmerInnen der KJP-Ausbildung wählen seltener als erwartet das Vollzeitmodell, TeilnehmerInnen in PP-Ausbildung häufiger als erwartet das Vollzeitmodell. Unter den AbsolventInnen gibt es keine systematischen Unterschiede.
- Ausbildungen in Verhaltenstherapie werden überzufällig häufig in Vollzeit- und selten in Teilzeitform angeboten, Verklammerte PA/TP-Ausbildungen dagegen überzufällig häufig in Teilzeit- und selten in Vollzeitform

- Aus Sicht von jeweils 2/3 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen sowohl in verhaltenstherapeutischer wie auch psychodynamisch orientierter Vollzeitausbildung spricht der Ausbildungsablauf für die Vollzeitstruktur.
- Finanzielle Erwägungen spielen durchgängig für einen großen Teil der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen eine Rolle bei der Wahl der Zeitstruktur; zwischen einem Drittel und 4/5 berücksichtigen sie bei der Entscheidung zur Vollzeit- oder Teilzeitausbildung. Ein etwas größeres Gewicht hat sie bei denjenigen, die eine Teilzeitausbildung gewählt haben: Hier nennen 2/3 bis 4/5 finanzielle Gründe.
- Das Gewicht finanzieller Gründe bei der Entscheidung für eine Teilzeitausbildung schlägt sich auch in der Relevanz anderer beruflicher Tätigkeiten nieder: 2/3 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen im Teilzeitmodell nennen anderer berufliche Tätigkeiten als Wahlgrund für diese Zeitstruktur.
- Familiäre Gründe sind für etwa 1/4 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen relevant für die Wahl der Zeitstruktur, wobei sie für eine Teilzeitausbildung nur ein geringfügig größeres Gewicht haben.
- Bei den Verfahrensschwerpunkten bestehen insgesamt nur wenig systematische Unterschiede zwischen denjenigen mit psychodynamisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Ausbildung hinsichtlich der Wahl der Zeitform
- Bei Differenzierung zwischen Männern und Frauen fällt auf, dass Männer insgesamt einen expliziteren Abwägungsprozess bei der Wahl eines Zeitstrukturmodells beschreiben.
- In Hinblick auf die Verfahren bestehen nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten, da psychodynamische Ausbildungen fast ausschließlich im Teilzeitmodell angeboten werden.
- Die ExpertInnen in der 2. Delphibefragung bewerten die Regelung zur Zeitstruktur der Ausbildung im PsychThG §5, Abs. 2, Ziffer 1 als befriedigend.
- Etwa die Hälfte der befragten AbsolventInnen gibt an, die Ausbildung im vorgegebenen Zeitrahmen abgeschlossen zu haben. Dieser Anteil ist in beiden Zeitstrukturen, beiden Ausbildungsbereichen (PP vs. KJP) und den verschiedenen Verfahren gleich hoch.
- Die aufgrund der Datierungen der AbsolventInnen berechnete Ausbildungsdauer liegt – unter Berücksichtigung angegebener Unterbrechungen – insgesamt bei 4 Jahren und 7 Monaten.
- Die im Einzelnen berechnete Ausbildungsdauer für PP und KJP unterscheidet sich nicht signifikant voneinander, während es signifikante Unterschiede zwischen den Verfahren gibt ($F(6/540)=10.87, p=.001$): VT-AbsolventInnen haben von allen Gruppen die signifikant kürzeste Ausbildungsdauer; TP-AbsolventInnen unterscheiden sich deutlich von AbsolventInnen mit verklammerter TP/PA-Ausbildung. AbsolventInnen mit verklammerter TP/PA-Ausbildung haben in der Vollzeitausbildung 2 Jahre länger und in der Teilzeitausbildung 1 Jahr länger bis zum Abschluss der Ausbildung benötigt als AbsolventInnen mit VT- oder TP-Schwerpunkt
- Gründe für die verlängerte Dauer der Ausbildung waren im Rückblick für jeweils ein Viertel der AbsolventInnen die Finanzierung sowie andere berufliche Verpflichtungen sowie Schwangerschaft und Kinder für ein Achtel der Befragten.
- Gründe für die verlängerte Dauer der Ausbildung für TeilnehmerInnen mit voraussichtlich verlängerter Ausbildungsdauer sind: Für 7/8 finanzielle Gründe, für 2/3 berufliche Gründe, für jeweils 1/3 Kinder bzw. Probleme im Ausbildungsablauf, für 1/5 institutsbedingte Gründe.
- Unter einem Prozent der TeilnehmerInnen denkt über einen Ausbildungsabbruch nach. Etwa 1/10 der TeilnehmerInnen würde die Ausbildung gern für im Mittel 9 Monate unterbrechen.
- Die Hälfte bis 3/4 der AbsolventInnen schätzen den Umfang fast aller Ausbildungselemente als angemessen in Hinblick auf die beruflichen Anforderungen ein. Der Umfang von „Einzelselbsterfahrung“, „Freie Spitze“ und „Kleingruppen“ wird am seltensten als angemessen bewertet. Am ehesten als zu umfangreich werden Praktische Tätigkeit I bzw. II angesehen (von etwa einem Drittel); immerhin ein Viertel der AbsolventInnen sieht den Theorieteil als zu umfangreich an. Am ehesten als nicht ausreichend werden von einem Drittel die Einzelselbsterfahrung und von ca. einem Fünftel die Gruppenselbsterfahrung eingeschätzt.

- Zwischen den Verfahren bestehen kaum Unterschiede bzgl. der Einschätzung des Umfangs der einzelnen Ausbildungsbestandteile. „Freie Spitze“ und „Kleingruppe“ werden von AbsolventInnen mit psychodynamischer Ausbildung seltener als zu umfangreich bewertet als von VerhaltenstherapeutInnen.
- Zwischen AbsolventInnen der beiden Ausbildungsbereiche (PP vs. KJP) bestehen kaum Unterschiede hinsichtlich der Bewertungen des Umfangs einzelner Ausbildungsbestandteile. Nur im Bereich der Theorie ist mit einem Fünftel ein deutlich größerer Prozentsatz der KJP-AbsolventInnen der Ansicht, dass dieser Ausbildungsbestandteil nicht ausreichend gewesen sei.
- Die Institutsleitungen bewerten den Umfang der einzelnen Ausbildungsbestandteile global als befriedigend und damit im Vergleich zu anderen Einschätzungen als relativ schlecht. Zeitstruktur, Ausbildungsbereich und Verfahren spielen dabei keine Rolle.

4. Bestandteile der Ausbildung

4.1. Allgemeine Fragen

4.1.1. Wie werden die genannten Ausbildungsbestandteile im Kontext der Gesamtausbildung grundsätzlich bewertet?

Die folgenden Ergebnisse entstammen den Befragungen von TeilnehmerInnen (TN), Lehrkräften (LK), für AbsolventInnen (ABS), ExpertInnen (Delphi) und InstitutsleiterInnen (ILB).

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Leitungen der Ausbildungsstätten haben die Ausbildungsbausteine mehrfach bewertet. Bei der Frage, welche Bausteine besonders dazu beitragen, dass die Auszubildenden zu guten PsychotherapeutInnen werden, werden als „außerordentlich“ bis „sehr wirksam“ mit

- 84% die Praktische Ausbildung
- 82% die Einzelselbsterfahrung
- 71% die Selbsterfahrung

bewertet. Mit wenig bis ungenügend wirksam wird zu 45% die „Freie Spitze“ bewertet.

Bei einer grundsätzlichen und allgemeinen Bewertung werden außer den Praktischen Tätigkeiten I und II alle Ausbildungsbestandteile zu über 50% mit „sehr gut“ bzw. „gut“ beurteilt. Besonders hervorzuheben in der positiven Bewertung sind auch hier die Praktische Ausbildung und die Supervision, gefolgt vom Theoretischen Unterricht, den freien Verfügungsstunden („Freie Spitze“) (!) und der Selbsterfahrung. Im Mittelfeld liegt die Praktische Tätigkeit II. Eine vergleichsweise schlechte Bewertung erfährt die Praktische Tätigkeit (sowohl für PP wie für KJP), die mehr als ein Drittel der Leitungen mit mangelhaft bis ungenügend benoten (Tabelle E 4.1-1).

Tabelle E 4.1-1: Prozentuale Angaben der Institutsleitungen in den Schulnotenkategorien 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) für die Bewertung der einzelnen Ausbildungsbausteine

	Sehr gut (%)	Gut (%)	Befriedigend (%)	Ausreichend (%)	Mangelhaft/ Ungenügend (%)	Noten- durchschnitt (M / SD)
Theoretischer Unterricht	9,9	43,8	28,9	13,2	4,1	2,58 / 0,98
Selbsterfahrung	15,6	35,2	23,0	13,9	12,3	2,75 / 1,30
Praktische Tätigkeit I PP	11,5	14,5	17,1	21,4	35,9	3,72 / 1,59
Praktische Tätigkeit I KJP	11,1	15,2	15,2	21,0	36,4	3,69 / 1,54
Praktische Tätigkeit II	7,6	35,3	20,2	15,1	21,9	3,16 / 1,43
Praktische Ausbildung	27,7	54,6	12,6	4,2	--	1,96 / 0,81
Supervision	23,8	54,1	13,9	6,6	1,6	2,08 / 0,89
„Freie Spitze“	18,6	32,7	23,9	11,5	13,3	2,74 / 1,41

Delphibefragung I

Die Expertinnen und Experten der 1. Delphi-Befragung gaben den Ausbildungsbausteinen folgende Bewertungen im Notendurchschnitt (1-6) (Tabelle E 4.1-2).

Tabelle E 4.1-2: Bewertung der Ausbildungsbausteine durch ExpertInnen der 1. Delphi-Befragung (Schulnoten 1 = sehr gut, 6 = ungenügend)

	M	SD
Theoretischer Unterricht	2,45	0,93
Selbsterfahrung	2,82	1,36
Praktische Tätigkeit I PP	3,83	1,42
Praktische Tätigkeit I KJP	3,83	1,35
Praktische Tätigkeit II	3,43	1,25
Praktische Ausbildung	2,64	1,24
Supervision	2,44	0,85
„Freie Spitze“	2,59	1,47

Bei im Mittel etwas schlechteren Bewertungen durch die Delphi-ExpertInnen besteht eine hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Einschätzung der einzelnen Ausbildungsbestandteile. Auch hier ist die recht positive Bewertung der Regelungen zur „Freien Spitze“ hervorzuheben. Die Regelungen zur Praktischen Tätigkeit werden wiederum am schlechtesten bewertet.

Fragebogen für TeilnehmerInnen und AbsolventInnen

Als sehr hilfreich für die Entwicklung ihrer therapeutischen Kompetenz werden von den aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen die Praktische Ausbildung und die Einzelsupervision bewertet. Einzelselbsterfahrung, Gruppensupervision, Theorie, Gruppenselbsterfahrung, Praktische Tätigkeit I und II werden im Durchschnitt als ziemlich hilfreich bewertet. Den letzten Rangplatz hat die „Freie Spitze“, die als etwas bis mittel hilfreich eingeschätzt wird (Tabelle E 4.1-3).

Tabelle E 4.1-3: Bewertung der Nützlichkeit der Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz durch die aktuell sich in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen (Antwortformat: 1 = gar nicht; 2 = etwas; 3 = mittel; 4 = ziemlich; 5 = sehr)

	Total		M	SD	keine Angabe	
	n	%			n	%
Theorie	3082	95,6	4,23	0,93	141	4,4
Einzelselbsterfahrung	2214	68,7	4,48	0,93	1009	31,3
Gruppenselbsterfahrung	2751	85,4	3,84	1,16	472	14,6
Praktische Tätigkeit I	2959	91,8	3,76	1,15	264	8,2
Praktische Tätigkeit II	2880	89,4	3,76	1,19	343	10,6
Praktische Ausbildung	2765	85,8	4,88	0,40	458	14,2
Einzelsupervision	2755	85,5	4,72	0,60	468	14,5
Gruppensupervision	2598	80,6	4,27	0,87	625	19,4
„Freie Spitze“	2009	62,3	2,82	1,23	1214	37,7

Auch bei den AbsolventInnen nehmen Praktische Ausbildung und Einzelsupervision die ersten Rangplätze ein; die „Freie Spitze“ hat wie bei den AusbildungsteilnehmerInnen den letzten Rangplatz. Einzel- und Gruppenselbsterfahrung schneiden bei den AbsolventInnen nicht so günstig ab wie bei den AusbildungsteilnehmerInnen: Sie werden von den AbsolventInnen im Mittel um eine Note schlechter bewertet als von den AusbildungsteilnehmerInnen (Tabelle E 4.1.4).

Tabelle E 4.1-4: Bewertung der Nützlichkeit der Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz durch die AbsolventInnen der Ausbildung (Antwortformat: 1 = gar nicht; 2 = etwas; 3 = mittel; 4 = ziemlich; 5 = sehr)

	Total		M	SD	keine Angabe	
	n	%			n	%
Theorie	593	89,0	3,7	1,1	73	11,0
Einzelselbsterfahrung	585	87,8	3,5	1,5	81	12,2
Gruppenselbsterfahrung	592	88,9	3,3	1,6	74	11,1
Praktische Tätigkeit I	594	89,2	3,9	1,1	72	10,8
Praktische Tätigkeit II	593	89,0	3,7	1,2	73	11,0
Praktische Ausbildung	594	89,2	4,8	,5	72	10,8
Einzelsupervision	594	89,2	4,5	,8	72	10,8
Gruppensupervision	593	89,0	4,0	1,0	73	11,0
„Freie Spitze“	577	86,6	2,6	1,2	89	13,4

Interessant ist es, dass die *TeilnehmerInnen* während ihrer Psychotherapieausbildung die Theorie und die Einzelselbsterfahrung als hilfreich bis sehr hilfreich bewerten, während die *AbsolventInnen* nach ihrer Ausbildung die Theorie und die Einzelselbsterfahrung deutlich abwerten. Hingegen haben bei den AbsolventInnen wie auch bei den TeilnehmerInnen die Praktische Ausbildung und die Supervision einen hohen Stellenwert.

- Praktische Ausbildung und Supervision sind die Ausbildungsbausteine, die von allen Befragten sehr positiv bewertet werden.
- Praktische Tätigkeit I und Praktische Tätigkeit II werden insgesamt recht kritisch eingeschätzt. Nur bei den AbsolventInnen liegt sie im Mittelfeld der Bewertungen.
- Während die Institutsleitungen und die Delphi-ExpertInnen die „Freie Spitze“ „durchaus positiv bewerten, schätzen die AusbildungsteilnehmerInnen und die AbsolventInnen sie am schlechtesten ein.
- Während die Selbsterfahrung von den AusbildungsteilnehmerInnen recht günstig bewertet wird, fällt sie bei den AbsolventInnen um eine Schulnote auf eine mittlere Bewertung ab.

4.1.2. Wie wird die grundsätzliche Verteilung der Mindeststundenzahl auf die einzelnen Ausbildungsbestandteile bewertet?

Die nachfolgenden Angaben stammen aus der Befragung der AbsolventInnen (ABS).

Tabelle E 4.1.5 gibt einen Überblick über die Bewertungen des Umfangs der einzelnen Ausbildungsbestandteile durch die AbsolventInnen, differenziert nach Verhaltenstherapie und Psychodynamischer Therapie.

Tabelle E 4.1-5: Bewertung des Umfangs der einzelnen Ausbildungsbausteine durch die AbsolventInnen, differenziert nach den Vertiefungsverfahren Verhaltenstherapie (VT) / Psychodynamische Therapie (PA/TP=PD). Angaben in Prozenten

	1 zu umfangreich		2 angemessen		3 nicht ausreichend		4 weiß nicht	
	VT	PD	VT	PD	VT	PD	VT	PD
Theorie	26,2	17,8	61,2	60,0	8,5	14,4	1	1,1
Einzelselbsterfahrung	3,7	8,9	34,4	65,6	44,2	18,9	0	0,0
Gruppenselbsterfahrung	10,0	11,1	59,6	47,8	23,1	22,2	9	10,0
Praktische Tätigkeit I	43,8	48,9	51,2	41,1	0,8	3,3	0	0,0
Praktische Tätigkeit II	42,5	36,7	51,5	54,4	2,1	2,2	0	0,0
Praktische Ausbildung	12,1	8,9	80,0	80,0	4,2	4,4	0	0,0
Einzelsupervision	10,2	7,8	73,1	76,7	12,7	8,9	0	0,0
Gruppensupervision	16,2	5,6	70,8	67,8	8,3	12,2	7	7,8
„Freie Spitze“	41,0	11,1	24,6	32,2	1,0	10,0	32	35,6

Bis auf die „Freie Spitze“ und die Einzelselbsterfahrung wird der Umfang der Ausbildungsbestandteile von über der Hälfte bis 3/4 der AbsolventInnen als angemessen eingeschätzt. Der Umfang der Praktischen Tätigkeit I und II wird von fast der Hälfte der AbsolventInnen für zu groß gehalten. Fast die Hälfte der AbsolventInnen einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung hält die „Freie Spitze“ für zu umfangreich. Mehrbedarf sieht etwa ein Viertel der Befragten bei der Gruppenselbsterfahrung; fast die Hälfte der AbsolventInnen einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung plädiert für mehr Einzelselbsterfahrung.

In der Delphi-Befragung spricht sich jeweils die Mehrheit der Gesamtexpertengruppe dafür aus, die einzelnen Ausbildungsbausteine in ihrer zeitlichen Ausdehnung zu belassen. Mit einer knappen Mehrheit von 52% zu 46% spricht sich die psychologische Berufsgruppe für eine Verkürzung von PT1 aus, 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.

- Bis auf die „Freie Spitze“ und die Einzelselbsterfahrung wird der Umfang der Ausbildungsbestandteile von über der Hälfte bis 3/4 der AbsolventInnen als angemessen eingeschätzt.
- Der Umfang der Praktischen Tätigkeit I und II wird von fast der Hälfte der AbsolventInnen für zu groß gehalten; fast die Hälfte der AbsolventInnen einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung hält die „Freie Spitze“ für zu umfangreich.
- Mehrbedarf sieht etwa ein Viertel der Befragten bei der Gruppenselbsterfahrung; fast die Hälfte der AbsolventInnen einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung plädiert für mehr Einzelselbsterfahrung.
- In der Delphi-Befragung plädiert die Gesamtexpertengruppe für eine Beibehaltung der Umfänge der Ausbildungsbausteine. Die psychologische Berufsgruppe plädiert für eine Verkürzung von PT1.

4.1.3. Wie werden grundsätzlich die freien Verfügungsstunden auf die einzelnen Bestandteile der Ausbildung verteilt?

Die folgenden Daten stammen aus den Befragungen der Aufsichtsbehörden, der Institutsleitungsbefragung (ILB I) und der AusbildungsteilnehmerInnen.

Landesprüfungsämter

Nur eine Aufsichtsbehörde macht inhaltliche Vorgaben für die Gestaltung der freien Verfügungsstunden („Freie Spitze“), die sich ja rein rechnerisch im Umfang von 920 Stunden aus der Gesamtstundenzahl von 4.200 Stunden für die Gesamtausbildung ergeben. Die Behörden gehen davon aus, dass sich diese Stunden aus Überhängen der einzelnen Bausteine errechnen. Auf dem Abschlussformular (Anlage APrVen) ist keine Rubrik für diese „Freie Spitze“ vorgesehen. Aus Gesprächen mit den Behörden ist bekannt, dass eine Verteilung der Stunden über mehrere Bausteine gewünscht wird, wodurch eine größere Flexibilität und Freiheit bei der inhaltlichen Ausgestaltung des jeweiligen Ausbildungsganges möglich ist.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Leitungen der Ausbildungsinstitute machen zu 79,9% Zusatzangebote im Institut (was auch heißen kann, dass die Ausbildungsbausteine Theorie, Selbsterfahrung, Praktische Ausbildung, Supervision umfangreicher angeboten oder in Anspruch genommen werden können).

Weiterhin werden für die „Freie Spitze“ anerkannt zu

- 68,7% Tagungen
- 47% Veranstaltungen in Kliniken (z.B. Fallkonferenzen, Fortbildungen während der Praktischen Tätigkeit)
- 25,4% Veranstaltungen am Arbeitsplatz
- 48,5% Sonstiges.

AusbildungsteilnehmerInnen

Die AusbildungsteilnehmerInnen geben folgende Möglichkeiten der Gestaltung der „Freien Spitze“ an (Tabelle E 4.1-6).

Tabelle E 4.1-6: Möglichkeiten der Gestaltung der „Freien Spitze“ nach Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen in Prozenten

	Alle	KJP	PP	VT	PD
Teilnahme an institutsinternen Seminaren	57,3	58,3	59,6	57,0	63,2
institutsexterne Weiterbildungen	44,0	38,5	48,1	47,9	40,9
Kongressbesuche	40,6	35,0	44,3	44,6	36,9
eigene Dozenten- und Kursleitungstätigkeit	10,4	8,2	11,7	12,2	8,0
Arbeit in Kleingruppen	42,0	40,2	44,6	52,2	27,1
Literaturstudium	38,8	41,5	39,6	43,8	33,3
mehr Behandlungsstunden	32,6	32,4	34,1	35,9	29,8
mehr Supervision	2,1	2,9	1,9	0,9	4,5
mehr Selbsterfahrung	17,4	18,7	17,7	14,1	25,2

Hier zeigt sich die Gestaltungsbreite der „Freien Spitze“, die auch zahlreiche Eigenaktivitäten (Kleingruppe, Literaturstudium) und Aktivitäten außerhalb der Ausbildungsstätte (andere Fort- und Weiterbildungen, Kongresse) einschließt und inhaltlich mehrheitlich dem Theoretischen Unterricht zuzurechnen sein dürften. Bei den von den Instituten angebotenen Bausteinen hat vor allem eine

Ausweitung der Praktischen Ausbildung (die eigentlich mit einer Erhöhung der Supervisionsstunden gekoppelt sein müsste) und der Selbsterfahrung (vor allem im Bereich Psychodynamik) Bedeutung.

- Es erfolgt eine breite Verteilung der freien Verfügungsstunden auf alle Bausteine der Ausbildung, wobei den TeilnehmerInnen in der Regel große Freiheiten in der Gestaltung ermöglicht werden. Dabei spielen auch Aktivitäten außerhalb der Ausbildungsstätte eine große Rolle.
- Eine genaue Erfassung der Verteilung ist auf Grund dieses heterogenen Umgangs mit den freien Verfügungsstunden nicht möglich.

4.1.4. Gesamtzusammenfassung

- Praktische Ausbildung und Supervision sind die Ausbildungsbausteine, die von allen Befragten sehr positiv bewertet werden.
- Praktische Tätigkeit I und Praktische Tätigkeit II werden insgesamt recht kritisch eingeschätzt. Nur bei den AbsolventInnen liegt sie im Mittelfeld der Bewertungen.
- Während die Institutsleitungen und die Delphi-ExpertInnen die „Freie Spitze“ „durchaus positiv bewerten, schätzen die AusbildungsteilnehmerInnen und die AbsolventInnen sie am schlechtesten ein.
- Während die Selbsterfahrung von den AusbildungsteilnehmerInnen recht günstig bewertet wird, fällt sie bei den AbsolventInnen um eine Schulnote auf eine mittlere Bewertung ab.
- Bis auf die „Freie Spitze“ und die Einzelselbsterfahrung wird der Umfang der Ausbildungsbestandteile von über der Hälfte bis 3/4 der AbsolventInnen als angemessen eingeschätzt.
- Der Umfang der Praktischen Tätigkeit I und II wird von fast der Hälfte der AbsolventInnen für zu groß gehalten; fast die Hälfte der AbsolventInnen einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung hält die „Freie Spitze“ für zu umfangreich.
- Mehrbedarf sieht etwa ein Viertel der Befragten bei der Gruppenselbsterfahrung; fast die Hälfte der AbsolventInnen einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung plädiert für mehr Einzelselbsterfahrung.
- Es erfolgt eine breite Verteilung der freien Verfügungsstunden auf alle Bausteine der Ausbildung, wobei den TeilnehmerInnen in der Regel große Freiheiten in der Gestaltung ermöglicht werden. Dabei spielen auch Aktivitäten außerhalb der Ausbildungsstätte eine große Rolle
- Eine genaue Erfassung der Verteilung ist auf Grund dieses heterogenen Umgangs mit den freien Verfügungsstunden nicht möglich.

4.2. Praktische Tätigkeit

4.2.1. Erfolgt die praktische Tätigkeit, wie es die gesetzlichen Regelungen vorsehen, in integrierter Form oder in Form eines praktischen Jahres? Wie wird dies im Einzelnen bewertet?

Zu dieser Frage können Äußerungen der Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen, der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit, der Lehrkräfte und der Aufsichtsbehörden herangezogen werden¹.

TeilnehmerInnenbefragung

Aus der TeilnehmerInnenbefragung geht hervor, dass 81% der aktuell in Ausbildung befindlichen Befragten zur Zeit der Befragung mit der PT I, 69% mit der PT II begonnen haben.

Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

Die Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit ergab, dass 58% der AusbildungsteilnehmerInnen die PT in Vollzeit ableisten. 50% führen die PT während der Theorieausbildung durch, 27% begleitend zur praktischen Ausbildung.

Lehrkräftebefragung

Innerhalb der Befragung der Lehrkräfte gab es bei einer offenen Frage nach Verbesserungsvorschlägen zur Ausbildung allgemein (N=912) Einzelmeinungen, die z. B. die Ableistung eines Psychatriejahres vor Ausbildungsbeginn forderten (n=4), sich für den Beginn der PT nach einer theoretisch-praktischen Ausbildungsphase aussprachen (n=4) oder eine Verschränkung der praktischen Tätigkeit mit Hochschulen forderten. Die Umgestaltung der Praktischen Tätigkeit als ein integrativer Bestandteil der Ausbildung (einhergehend mit einer Verlängerung auf 1-2 Jahre) wird von n=9 Lehrkräften gefordert.

Landesprüfungsämter

Aufschlussreich sind hierzu auch die Angaben der Aufsichtsbehörden:

- Drei Behörden lassen eine zeitliche Kombination der beiden praktischen Tätigkeitsbausteine zu, neun Behörden akzeptieren dieses nicht. Vier Landesprüfungsämter (LPA) geben zu dieser Frage keine Antwort.
- Zwei Drittel der LPA schreiben den Beginn der Ausbildungsbausteine PT I und PT II nicht vor, und legen auch keine Reihenfolge für diese Bausteine fest.

Es kann festgestellt werden, dass die meisten AusbildungsteilnehmerInnen die PT in Vollzeit und während der Theorieausbildung ableisten. In der Regel wird die PT an mit den Ausbildungsinstituten kooperierenden Einrichtungen abgeleistet.

¹ Sämtliche prozentualen Angaben beziehen sich auf die Gesamtstichprobe. Fehlende Angaben werden nicht explizit aufgeführt.

4.2.2. Zu welchem Zeitpunkt während der Ausbildung findet die PT statt?

Zu dieser Frage gibt es Angaben aus der TeilnehmerInnenbefragung, der Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit, der InstitutsleiterInnenbefragung II und der Befragung der LPA.

TeilnehmerInnenbefragung

80% der AusbildungsteilnehmerInnen gaben an, die PT II bereits begonnen oder absolviert zu haben. Die PT II begonnen haben 69% der aktuell in Ausbildung befindlichen Befragten. Gründe für bisher nicht absolvierte PT sind v. a. ein anderes Arbeitsverhältnis und finanzielle Gründe.

Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

Aus dieser Befragung ergibt sich, dass die Hälfte der AusbildungsteilnehmerInnen die PT während der Theorieausbildung absolviert, 27% begleitend zur praktischen Ausbildung.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Ergebnisse der Befragung der InstitutsleiterInnen zeigt, dass die Mehrheit (67%) der AusbildungsteilnehmerInnen zu Beginn der Ausbildung mit der PT beginnt. 2% der Befragten gaben an, die Teilnehmer beginnen die PT nach einem halben Jahr, 2% nach einem Jahr, 4% nach der Zwischenprüfung und 1% zu einem anderen Zeitpunkt. 23% der InstitutsleiterInnen gaben an, der Beginn der PT sei verpflichtend festgelegt, meist ist der Beginn jedoch freiwillig (69%). Die Auswahl der Plätze erfolgt meist durch die AusbildungsteilnehmerInnen (90% für PT I und 86% für PT II) selbst.

Landesprüfungsämter

Die Befragung der Aufsichtsbehörden ergab, dass 2/3 der LPA den Beginn der Ausbildungsbausteine PT I und PT II nicht vorschreibt und legen auch keine Reihenfolge für diese Bausteine fest.

- Auf die Frage, zu welchem Zeitpunkt während der Ausbildung die PT stattfindet, geben die Analysen unserer Befragungen Hinweise darauf, dass die Mehrheit der AusbildungsteilnehmerInnen zu Beginn der Ausbildung auch mit der PT beginnt.
- Gründe für bisher nicht absolvierte PT sind v. a. ein anderes Arbeitsverhältnis sowie finanzielle Gründe.
- Durch die Befragung der InstitutsleiterInnen zeigt sich, dass die Ausbildungsinstitute kaum Einfluss auf den Beginn der PT bzw. auf die Wahl der Ausbildungsstätte für die Praktische Tätigkeit nehmen.

4.2.3. Welche Aufgaben werden in welchem Umfang während der PT übernommen?

Aussagen zu dieser Frage gehen hervor aus der Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen, AbsolventInnenbefragung, der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit, der ExpertInnen und der Lehrkräfte.

TeilnehmerInnenbefragung

37% der aktuell in Ausbildung befindlichen Befragten übernehmen in PT I eigene Arbeitsbereiche ohne Anleitung, 41% mit Anleitung. Die Mehrheit gibt an, während der PT I die Möglichkeit zu

haben, Einzel- (65%) und Gruppenpsychotherapien (55%) selbständig durchzuführen, co-therapeutisch mitzuarbeiten (15% bzw. 28%) und zu hospitieren (17 bzw. 21%).

Die weiterführenden Analysen der Einzelpsychotherapie ergaben, dass 3,5% der AusbildungsteilnehmerInnen in der Einzelbehandlung ausschließlich hospitierend tätig gewesen sind (6,4% hospitierten ausschließlich in der Gruppenpsychotherapie). 1/4 der aktuell in Ausbildung befindlichen Befragten übernehmen in PT II eigene Arbeitsbereiche ohne Anleitung, rund 40% mit Anleitung.

AbsolventInnenbefragung

44% der Befragten AbsolventInnen gaben an, eigene Arbeitsbereiche unter fachlicher Anleitung während der PT I übernommen zu haben, 38% übernahmen eigene Arbeitsbereiche ohne fachliche Anleitung. In der Mehrheit der Fälle gab es für die AbsolventInnen während der PT die Möglichkeit, Einzel- (74%) und Gruppenpsychotherapien (65%) selbständig durchzuführen, als Co-Therapeut (20% bzw. 35%) mitzuarbeiten und zu hospitieren (20% bzw. 24%).

Die weiterführenden Analysen der Einzelpsychotherapie ergaben, dass 2,3% der AbsolventInnen in der Einzelbehandlung ausschließlich hospitierend tätig gewesen sind (4,5% hospitierten ausschließlich in der Gruppenpsychotherapie).

Die folgende Tabelle stellt die Tätigkeiten der PT I im Einzelnen dar (Tabelle E 4.2-1).

Tabelle E 4.2-1: Tätigkeiten PT1 in Prozent (AusbildungsteilnehmerInnen (TN) und AbsolventInnen (Absol))

	TN %	Absol %
Einzelpsychotherapien		
... selbständig durchzuführen	65,3	74,2
... als Co-Therapeut mitzuarbeiten	15,1	19,5
... zu hospitieren	17,1	20,0
Gruppenpsychotherapien		
... selbständig durchzuführen	54,7	65,0
... als Co-Therapeut mitzuarbeiten	28,0	34,5
... zu hospitieren	20,9	24,0

Näheren Aufschluss über die Aufgaben der PT aus der AbsolventInnenbefragung liefert die Tabelle E 4.2-2.

Tabelle E 4.2-2: Aufgaben PT I und PT II in Prozent (Anteil der AbsolventInnen, welche die Tätigkeit durchgeführt haben)

	PT1 %	PT2 %
Umgang mit suizidalen Patienten	69,7	52,6
Psychopharmakotherapie	73,4	44,0
Psychoedukation	62,5	57,5
Gruppentherapie	69,8	50,6
Einzeltherapie	73,1	70,1
Psychodiagnostik	71,0	67,4

Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

Aus dieser Befragung geht hervor, dass die AusbildungsteilnehmerInnen während der PT mehrheitlich in der stationären bzw. teilstationären Krankenversorgung eingesetzt werden. 44% der Befragten gab an, die AusbildungsteilnehmerInnen in störungsspezifischen Abteilungen/Stationen einzusetzen, wenn diese vorhanden sind. 36% gaben an, es seien keine störungsspezifischen Abteilungen/Stationen vorhanden. In 59% der Fälle gibt es für die PT kein Curriculum (system-

matischer Ausbildungskatalog). Das Tätigkeitsspektrum der PT umfasst zu großen Anteilen Einzel- und Gruppentherapien. Darüber hinaus übernehmen viele Praktikanten psycho-diagnostische und co-therapeutische Tätigkeiten.

Es sind erhebliche Unterschiede im Tätigkeitsspektrum zwischen den Angaben der Klinikbefragung und der Befragung der niedergelassenen FachärztInnen/PsychotherapeutInnen festzustellen (Abbildung E 4.2-1, Abbildung E 4.2-2).

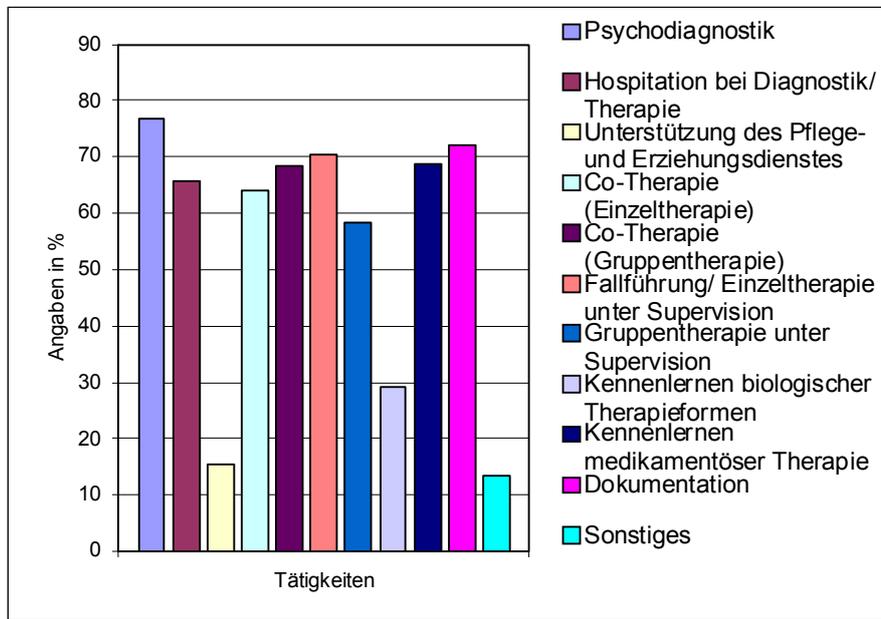


Abbildung E 4.2-1: Tätigkeitsspektrum während der PT in Prozent (Klinikbefragung)

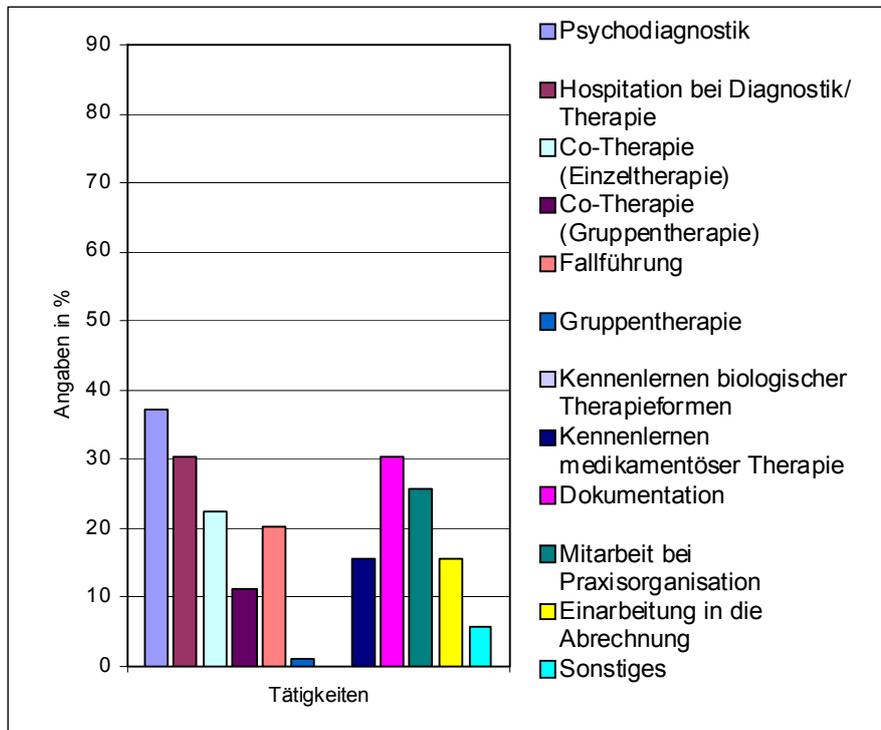


Abbildung E 4.2-2: Tätigkeitsspektrum während der PT in Prozent (Praxisbefragung)

Delphibefragung

Die befragten ExpertInnen äußerten in diesem Zusammenhang, es sollte das gesamte Spektrum psychischer Störungen (nicht primär Psychotherapie) während der PT I kennen gelernt werden. Psychotherapie sollte nach Angaben der ExpertInnen im Gesamtbehandlungsplan aus biologischen und sozialtherapeutischen Verfahren und anderen Therapiemöglichkeiten kennen gelernt werden. 52% der ExpertInnen (64% Psychologen, 23% Mediziner) votierte für die weitergehende Integration von Psychopharmakakennntnissen (u. a. Indikationen, Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka) in die Ausbildung.

Lehrkräftebefragung

Von n=24 Lehrkräften wurden bei Verbesserungsvorschlägen zur Ausbildung allgemein inhaltliche Vorgaben der PT gefordert.

- Auf die Frage, welche Aufgaben in welchem Umfang während der PT von den AusbildungsteilnehmerInnen übernommen werden, ist festzustellen, dass das Tätigkeitsspektrum innerhalb der PT außerordentlich heterogen ist.
- Zahlreiche AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen gaben an, sie führten während der PT Einzel- und Gruppenpsychotherapien selbständig durch. Unsicherheiten der Befragten bezüglich der Begrifflichkeiten „Psychiatrische Tätigkeit“ vs. „Psychotherapeutische Tätigkeit“ können hierbei jedoch nicht ausgeschlossen werden.
- Weitere Aufgaben während der PT sind psychodiagnostische, psychoedukative und co-therapeutische Tätigkeiten.
- Die Mehrheit der Befragten gab an, Umgang mit suizidalen Patienten während der PT gehabt zu haben und über Psychopharmakotherapie dazu gelernt zu haben.
- Zum konkreten Aufgabenumfang kann durch diese Befragungen keine Aussage gemacht werden, da das Antwortformat der Fragen nur die Befürwortung oder Ablehnung der jeweiligen Aufgabe erlaubte.
- Es ist davon auszugehen, dass das Tätigkeitsspektrum der PT stark von den individuellen Gegebenheiten der Ausbildungsstätte für die Praktische Tätigkeit abhängt. Eine curriculare Regelung der Aufgaben der PT wird vielfach gefordert.

4.2.4. Stellen die Ausbildungsstätten Plätze an den Einrichtungen, an denen die PT abgeleistet werden kann, in ausreichender Zahl und von ausreichender Qualität zur Verfügung?

Zu dieser Frage gibt es Angaben aus der Befragung der InstitutsleiterInnen, der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit, der AusbildungsteilnehmerInnen, der AbsolventInnen, der Lehrkräfte und der ExpertInnen.

4.2.4.1. Ausbildungsplätze

InstitutsleiterInnenbefragung II

Aus der InstitutsleiterInnenbefragung ergibt sich, dass zu 85% die PT I außerhalb der Ausbildungsstätte stattfindet (zu 44% für PT II). In 36% der Fälle befinden sich die Plätze für PT II an Kliniken von PT I, zu 20% an Ambulanzen der Ausbildungsinstitute, zu 25% an anderen Kliniken/stationären Einrichtungen, zu 8% an Lehrpraxen und zu 4% an anderen psychotherapeutischen Praxen.

Zu Beginn werden die *allgemeinen Strukturmerkmale der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit* dargestellt:

Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

In Gesamtauswertung der Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken) zeigt sich, dass es sich bei der Mehrheit der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit um Psychiatrien/Psychotherapie (42%) handelt, gefolgt von psychosomatischen Kliniken (33%), Kinder- und Jugendpsychiatrien (25%), pädiatrischen Kliniken (7%) und andere (15%) (Abbildung E 4.2-3).

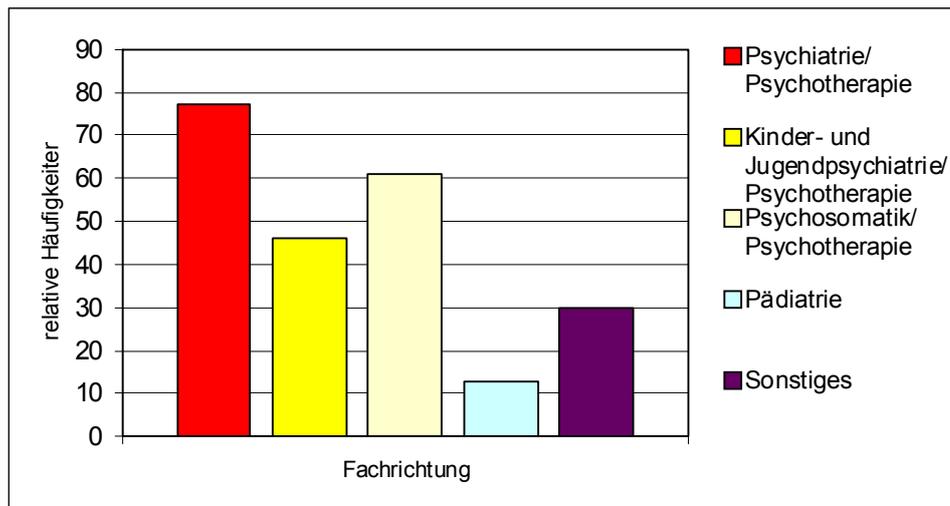


Abbildung E 4.2-3: Relative Häufigkeiten der Fachrichtungen der befragten Kliniken

Zumeist handelt es sich dabei um Fachkliniken (28%), gefolgt von Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus (22%), Reha-Kliniken (21%), akademische Lehrkrankenhäuser (15%) und Universitätskliniken (15%).

Die Anzahl der Bettenplätze variiert zwischen den befragten Kliniken erheblich zwischen 0 und 580 Betten. Die durchschnittliche Bettenzahl liegt bei 111 Betten pro Klinik (SD=100). Durchschnittlich verfügen die Kliniken über 17 teilstationäre Behandlungsplätze (SD=17). An 51% der befragten Kliniken ist eine psychiatrische Institutsambulanz vorhanden.

Dabei stehen in 37% der Fälle die psychiatrische Akutversorgung im Vordergrund, in 30% die psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung und zu 19% die Rehabilitation.

22% der befragten KlinikleiterInnen gaben an, keinen verfahrensspezifischen Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung zu haben. 36% haben einen verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt, 14% einen tiefenpsychologischen, 0,5% einen psychoanalytischen, 5% tiefenpsychologisch und psychoanalytisch und 17% sonstige verfahrensspezifische Schwerpunkte.

Die meisten der befragten Kliniken sind auf keinen Störungsbereich spezialisiert (58%) und arbeiten mit durchschnittlich 3,8 voll angestellten approbierten PP/KJP.

Für die *Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen* sind vorrangig PP/KJP zuständig (71%), aber auch in erheblichem Umfang OberärztInnen (53%) und ChefärztInnen (51%).

Die Anleitung erfolgt meist durch die Teilnahme der AusbildungsteilnehmerInnen an den Fallbesprechungen/Visiten (78%), durch individuelle Besprechungs-/Supervisionstermine (76%), Gruppenbesprechungen (71%) sowie durch interne (69%) und externe Supervision (53%).

In 67% der Fälle ist kein eigenes Ausbildungsinstitut mit der Ausbildungsstätte für die Praktische Tätigkeit assoziiert, 19% bejahen die Frage eines eigenen Ausbildungsinstitutes (Abbildung E 4.2-4).

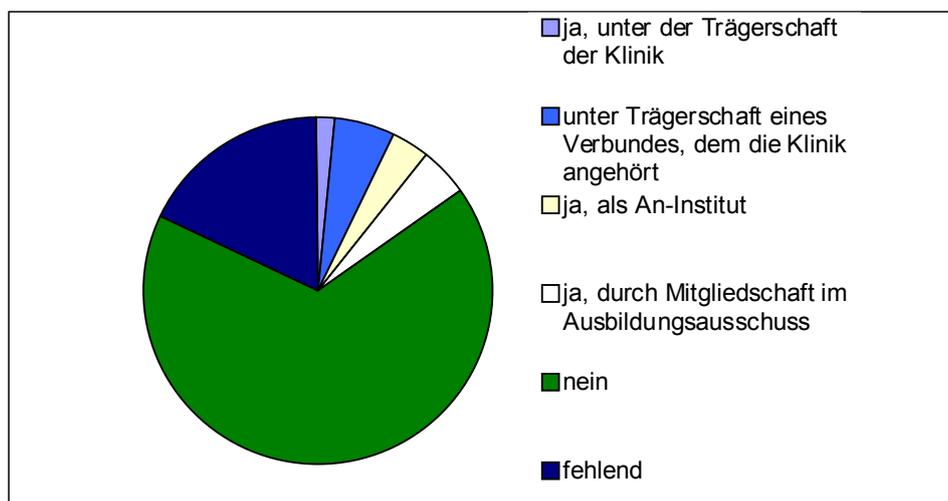


Abbildung E 4.2-4: Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit mit eigenem Ausbildungsinstitut in Prozent

In 48% der befragten Kliniken (gesamt) können sowohl PT I als auch PT II absolviert werden. Die Mehrzahl der Kliniken kooperiert mit 2-5 Ausbildungsinstituten ($M=3,9$; $SD=2,1$).

KJP

Die getrennten Analysen der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie zeigen, dass es sich dort mehrheitlich um Fachkliniken (41%), gefolgt von Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus (28%), akademische Lehrkrankenhäuser (25%) und Universitätskliniken (13%) handelt.

Die Anzahl der Bettenplätze variiert zwischen den befragten KJP-Kliniken erheblich zwischen 0 und 120 Betten. Die durchschnittliche Bettenzahl liegt bei 39,8 Betten ($SD=28,6$). Durchschnittlich verfügen die Kliniken über 14,1 teilstationäre Behandlungsplätze ($SD=14,0$). An 81% der befragten Kliniken ist eine psychiatrische Institutsambulanz vorhanden.

Dabei stehen in 56% der Fälle die psychiatrische Akutversorgung im Vordergrund, in 37% die psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung und zu 3% sonstige Behandlungen.

41% der befragten KlinikleiterInnen gaben an, keinen verfahrensspezifischen Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung zu haben. 22% haben einen verhaltenstherapeutischen, 25% einen tiefenpsychologischen und 9% sonstige verfahrensspezifische Schwerpunkte.

Die meisten der befragten Kliniken sind auf keinen Störungsbereich spezialisiert (84%) und arbeiten mit durchschnittlich 3,7 ($SD=3,2$) voll angestellten approbierten PP/KJP.

Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (niedergelassene TherapeutInnen)

Im Durchschnitt geben die befragten niedergelassenen TherapeutInnen an, pro Quartal 197 PatientInnen zu behandeln ($SD=288$). Die Spanne der Angaben lag dabei zwischen 0 und 1400 Fällen pro Quartal.

11% der Befragten gaben an, keinen verfahrensspezifischen Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung zu haben. 47% haben einen verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt, 15% einen tiefenpsychologischen, 6% einen psychoanalytischen, 15% tiefenpsychologisch und psychoanalytisch und 5% sonstige verfahrensspezifische Schwerpunkte.

Die meisten niedergelassenen TherapeutInnen sind auf keinen Störungsbereich spezialisiert (73%) und arbeiten mit durchschnittlich 1,4 voll angestellten approbierten PP/KJP.

Die Anleitung erfolgt meist durch individuelle Besprechungs-/Supervisionstermine (36%), Teilnahme der AusbildungsteilnehmerInnen an Fallbesprechungen (24%), Gruppenbesprechungen (17%) sowie durch interne (23%) und externe Supervision (11%).

In 12% der befragten Praxen können sowohl PT I als auch PT II absolviert werden.

Zur Beantwortung der Frage, ob die Ausbildungsinstitute an den Einrichtungen, an denen die PT abgeleistet werden kann, ausreichend Plätze zur Verfügung stellen, sollen zur Abschätzung dessen Daten aus der InstitutsleiterInnenbefragung sowie der Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit herangezogen werden.

Hieraus geht hervor, dass die 173 staatlich anerkannten Ausbildungsinstitute durchschnittlich 21 Ausbildungsplätze pro Jahr von der Aufsichtsbehörde genehmigt bekommen (SD=15,3). Insgesamt stehen also pro Jahr ca. 3600 Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Aus einer Rückmeldung der Institute zur Anzahl der kooperierenden Praxiseinrichtungen (Rückmeldung von n=112 Instituten) ergeben sich N=3344 kooperierende Einrichtungen (ca. 1136 Praxen und 2207 Kliniken). Das sind durchschnittlich pro Institut 30 kooperierende Einrichtungen. Somit müsste es bei N=173 Instituten circa 5200 kooperierende Praxiseinrichtungen geben. Allerdings ist von einer hohen Anzahl von Überschneidungen auszugehen, d.h. Praxisstätten kooperieren häufig mit mehreren Ausbildungsinstituten. Somit dürfte die tatsächliche Anzahl von Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit deutlich niedriger liegen.

Diese Schätzungen übersteigen die Angaben der KlinikleiterInnen aus der Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit. 79% der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit im Bereich der Kliniken gaben an, ihre PiA-Plätze seien zu >70% belegt (Abbildung E 4.2-5).

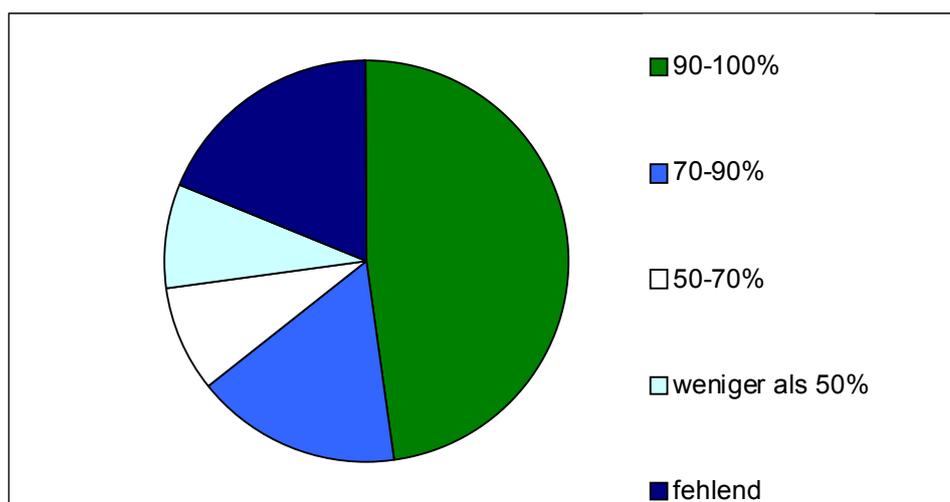


Abbildung E 4.2-5: Durchschnittliche Belegung der PiA-Plätze an Kliniken (gesamt) in Prozent

Die getrennten Analysen für den KJP-Bereich ergaben, dass 81% der PiA-Plätze der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie durchschnittlich zu >70% belegt sind (Abbildung E 4.2-6).

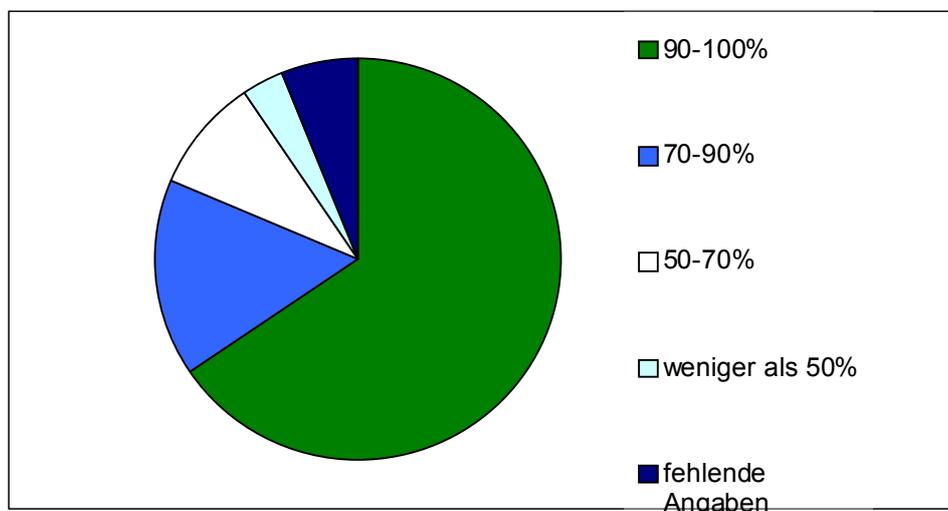


Abbildung E 4.2-6: Durchschnittliche Belegung der PiA-Plätze an Kliniken (KJP) in Prozent

32% der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit im Bereich der Niedergelassenen gaben an, ihre PiA-Plätze seien zu >70% belegt (Abbildung E 4.2-7).

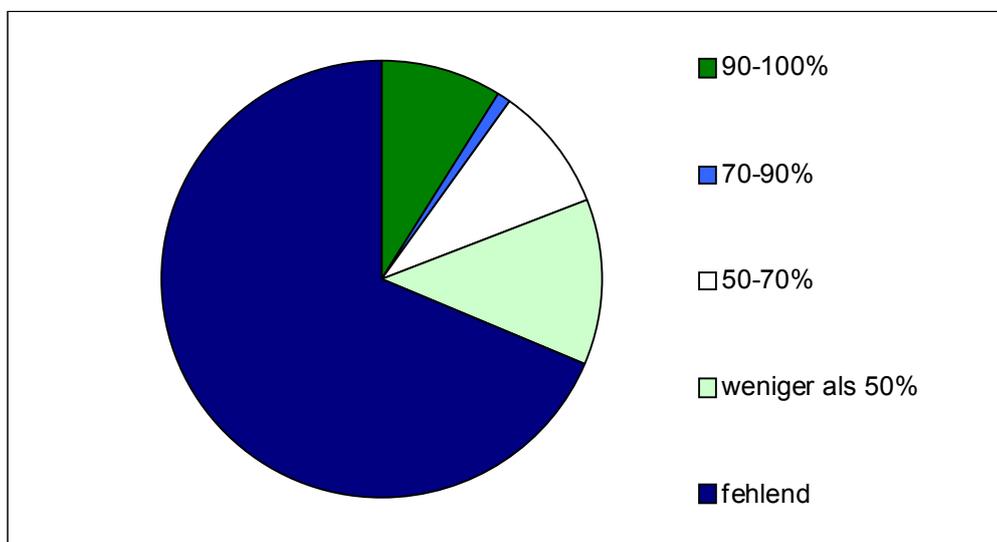


Abbildung E 4.2-7: Durchschnittliche Belegung der PiA-Plätze in Prozent (Praxisbefragung)

4.2.4.2. Qualität der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit

Die Frage nach der Qualität der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit kann aus den Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen, der Absolventinnen, der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit, der InstitutsleiterInnen, der Lehrkräfte und der ExpertInnen beantwortet werden.

AusbildungsteilnehmerInnen

Aus der Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen ergibt sich, dass 36% in PT I und 27% in PT II nicht in der betreffenden Einrichtung eingearbeitet wurden. 53% gaben an, während der PT I (37% PT II) überwiegend nicht angeleitet worden zu sein. Wenn eine Anleitung stattfand, dann wurde diese zwar hauptsächlich von PP/KJP übernommen. Insgesamt werden aber nur 11% der AusbildungsteilnehmerInnen von PP und KJP der eigenen Vertiefungsrichtung angeleitet.

AbsolventInnenbefragung

Aus der Befragung der AbsolventInnen ging hervor, dass 44% in PT I und 43% in PT II nicht in der betreffenden Einrichtung eingearbeitet wurden. 60% gaben an, während der PT I (52% PT II) überwiegend nicht angeleitet worden zu sein. Wenn eine Anleitung stattfand, dann wurde diese hauptsächlich von PP/KJP übernommen. Insgesamt werden aber nur 13% der AbsolventInnen von PP und KJP der eigenen Vertiefungsrichtung angeleitet.

Es ist eine hohe Übereinstimmung der Bewertungen der PT I zwischen den aktuell sich in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen und den Angaben der AbsolventInnen zu verzeichnen (Tabelle E 4.2-3).

Tabelle E 4.2-3: Angaben zur Bewertung der PT I (AusbildungsteilnehmerInnen (TN) vs. AbsolventInnen (Absol))

	TN		Absol	
	M	SD	M	SD
Aufgabenniveau ist meinem Erfahrungs- und Erkenntnisstand angemessen	3,21	1,16	3,3	1,2
Bei Fragen/Schwierigkeiten steht Ansprechpartner zur Verfügung	3,29	1,29	3,5	1,3
Im Allgemeinen fühle ich mich fachlich ausreichend unterstützt	2,94	1,30	3,2	1,3
Ich fühle mich streckenweise überfordert	2,90	1,29	2,8	1,3
Ich habe hinreichende Verantwortung und Selbständigkeit	4,19	1,03	4,4	0,9
Ich ersetze durch meine Tätigkeit praktisch eine Vollkraft	4,29	1,16	4,1	1,3
Ich habe hinsichtlich der Diagnosenstellung dazu gelernt	3,95	1,12	4,2	1,1
Ich habe von den PP/KJP meiner Fachrichtung dazu gelernt	3,13	1,40	3,2	1,4
Ich habe von ärztlichen PT meiner Fachrichtung dazu gelernt	2,94	1,30	2,9	1,3
Ich habe von anderen PT dazu gelernt	3,07	1,31	2,9	1,4
Während der PT habe ich inhaltlich für meine Ausbildung viel neues gelernt	3,68	1,19	3,8	1,2
Ich empfehle die Einrichtung anderen AusbildungsteilnehmerInnen	3,10	1,30	3,2	1,3
Ich bin mit der Einrichtung insgesamt zufrieden	3,16	1,20	3,2	1,2

Antwortformat: 1=gar nicht; 2=etwas; 3=mittel; 4=ziemlich; 5=sehr

Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

Aus der Befragung der Kliniken ergibt sich, dass in 1/3 der Fälle die PT im Rahmen eines systematischen Curriculums erfolgt. 80% der befragten KlinikleiterInnen gaben an, die AusbildungsteilnehmerInnen haben Gelegenheit, innerhalb ihrer PT an klinischen Fortbildungsangeboten teilzunehmen. In 68% der Fälle wurde angegeben, die AusbildungsteilnehmerInnen erarbeiteten sich anhand von Fachliteratur theoretische Hintergründe zu den behandelnden Störungsbildern. Aus den Antworten der befragten KlinikleiterInnen geht hervor, dass 70% der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT einen eigenen Schreibtisch haben, 57% haben einen eigenen PC, 61% verfügen über Internet, 45% haben ein eigenes Büro, 54% nutzen die Arbeitsräume von angestellten Mitarbeitern mit.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Aus der InstitutsleiterInnenbefragung II ergibt sich, dass die Supervision der PT I zu 60% durch die Ausbildungsinstitute stattfindet, was in 20% der Fälle verpflichtend ist.

Lehrkräftebefragung

Zur Praktischen Tätigkeit äußern sich n=351 Lehrkräfte im offenen Antwortformat (Verbesserungsvorschläge zur Ausbildung allgemein, N=912).

n=10 Lehrkräfte äußern sich dahingehend, dass die Kliniken verpflichtet werden sollten, Praktika zur Verfügung zu stellen bzw., dass Ausgleichsabgaben für nicht ausbildende Kliniken eingeführt werden sollten.

Zur Qualität der PT I äußern sich die Lehrkräfte indirekt über die Forderung nach mehr Betreuung: 11% (n=101) der Lehrkräfte sprechen sich im offenen Antwortformat ihrer Befragung für mehr Betreuung während der PT aus.

Forderungen, die aus der Lehrkräftebefragung zum Thema „Supervision“ hervorgehen sind:

- mehr Supervision der praktischen Tätigkeit gesamt/bessere Betreuung an Kliniken: (n=64)
- Supervision der PT in Balintgruppen (n=17)
- Supervision der PT als Gruppensupervision (n=9)
- Supervision der PT als Einzelsupervision (n=6)
- Supervision der PT als Gesprächsgruppen (n=5)

Eine Evaluation der Kliniken wird von n=5 Lehrkräften gefordert.

Inhaltliche Vorgaben für die Praktische Tätigkeit (Erarbeitung eines Curriculums) werden von n=24 Lehrkräften gefordert.

Weiter wurde die Strukturierung der inhaltlichen Vorgaben der PT thematisiert:

- inhaltliche Vorgaben praktischer Tätigkeit (z.B.: Patientenbezug) / Erarbeiten eines Curriculums (n=24)
- mehr zeitliche Flexibilität (z.B. Teilzeit) (n=16)
- mehr inhaltliche Flexibilität (breiter bzgl. Krankheitsbilder, bzgl. Einrichtungen, an denen die PT möglich ist (auch Beratungsstellen etc.)

Delphibefragung

In der ExpertInnenbefragung wurden der Anteil der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit in der psychiatrischen Akutversorgung und die Einbeziehung von Beratungsstellen und Reha-Einrichtungen kontrovers diskutiert. 68% aller befragten ExpertInnen sprachen sich dafür aus, für die PT I nur solche Ausbildungsstätten anzuerkennen, die über die Weiterbildungermächtigung für KJP und PP verfügen (62% Psychologen, 82% Mediziner). Für die PT II fordern dies insgesamt 63% der Befragten (55% Psychologen, 82% Mediziner).

Zahlreiche ExpertInnen empfehlen eine bessere Anleitung (Betreuung, Supervision, vgl.: DGPPN-Empfehlungen) und eine verbindliche Aufgabendefinition (Curriculum) einschließlich Rotationsregelungen. Qualitätssichernde Maßnahmen seien erforderlich.

- Die Umfragen geben Aufschluss über die Frage nach Ausreichen der Zahl der PiA-Plätze, die die Ausbildungsinstitute zur Verfügung stellen.
- Es sind insgesamt genügend PiA-Plätze vorhanden, es ist jedoch real eine hohe Belegung der PiA-Plätze, vor allem in der Ausbildung zur KJP zu verzeichnen.
- Bezüglich der Qualität der PiA-Plätze ist festzustellen, dass es häufig keine Einarbeitung und Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen in den Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit gibt.
- Standards und klaren Aufgabenverteilungen der PT, z. B. in Form eines verbindlichen Curriculums, gibt es häufig nicht.

4.2.5. Wird das Ziel der PT, das insbesondere in der Vermittlung der Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder besteht, erreicht?

Informationen hierzu stammen aus den Befragungen der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen.

TeilnehmerInnenbefragung

Auf die Frage an die AusbildungsteilnehmerInnen, wie viel sie während der PT I hinsichtlich der Diagnosestellung dazu gelernt haben, gaben diese auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr) einen Durchschnittswert von 3,95 (SD=1,1) an.

AbsolventInnenbefragung

Auf dieselbe Frage gaben die AbsolventInnen durchschnittlich einen Wert von 4,2 (SD=1,1) an. Während der PT I und PT II haben die AbsolventInnen folgende Störungsbilder kennen gelernt (Tabelle E 4.2-4).

Tabelle E 4.2-4: Aufgaben PT I und PT II in Prozent (Absol)

	PT I %	PT II %
Organisch bedingte Erkrankungen	38,0	25,5
Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	57,1	41,3
Schizophrenie	59,6	29,7
Affektive Störungen	80,2	69,7
Angststörungen	75,1	69,7
Zwangsstörungen	58,1	51,2
Anpassungs- und Belastungsstörungen	64,7	63,8
Dissoziative Störungen	43,4	32,7
Somatoforme Störungen	53,6	50,2
Essstörungen	52,0	50,3
Psychische Probleme bei geistiger Behinderung	25,7	17,7
Sexuelle Funktionsstörungen	15,6	20,7
Persönlichkeitsstörungen	70,9	59,5
Entwicklungsstörungen	25,1	24,3
Externalisierende Störungen in Kindheit und Jugend	28,4	28,2
Internalisierende Störungen in Kindheit und Jugend	45,2	33,8
Psychische Aspekte somatischer Krankheiten	37,8	35,9

- Das Ziel, umfassende Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder während der PT zu vermitteln, wird nach Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen insgesamt erreicht.
- Aufgrund der großen Heterogenität der Arten der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit ist jedoch davon auszugehen, dass es nicht an jeder Klinik möglich ist, ein breites Spektrum an Krankheitsbildern kennenzulernen.
- Eine vergleichsweise geringe Anzahl der Befragten AbsolventInnen gaben beispielsweise an, Kenntnisse über psychische Probleme bei geistiger Behinderung, sexuelle Funktionsstörungen, Entwicklungsstörungen oder externalisierende Störungen in Kindheit und Jugend zu haben.

4.2.6. Sind die Einrichtungen, die nach dem PsychThG und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die PT vorgesehen sind, zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte ausreichend qualifiziert?

Zu dieser Frage geben die Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit, der TeilnehmerInnen, der AbsolventInnen, der Lehrkräfte und die InstitutsleiterInnenbefragung II Aufschluss:

Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

Aus der Befragung der Kliniken ergibt sich, dass es sich bei den Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit zu 15% um akademische Lehrkrankenhäuser und zu 15% um Universitätskliniken handelt.

Die Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen findet dort vorrangig durch PP/KJP statt (71%), aber auch in erheblichem Umfang durch OberärztInnen (53%) und ChefärztInnen (51%). Nach Angaben der Befragten findet die Anleitung meist durch die Teilnahme der AusbildungsteilnehmerInnen an den Fallbesprechungen/Visiten (78%), durch individuelle Besprechungs-/Supervisionstermine (76%), Gruppenbesprechungen (71%) sowie durch interne (69%) und externe Supervision (53%) statt.

Regelmäßige Konsultationen zwischen den Ausbildungsinstituten und den Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit finden durchschnittlich zu 11% mehrmals jährlich, zu 15% einmal jährlich und zu 14% seltener als einmal jährlich statt. Keine Konsultationen gibt es in 13% der Fälle.

In der Klinikumfrage geben 58% der Befragten an, es finde eine Lernzielkontrolle der PT durch individuelle Beurteilung der AusbildungsleiterInnen statt. 32% gehen davon aus, die Lernzielkontrolle erfolge durch formale Kriterien und 16% verneinen die Frage nach einer Lernzielkontrolle.

TeilnehmerInnenbefragung

Aus der Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen ergibt sich, dass 36% in PT I und 27% in PT II nicht in der betreffenden Ausbildungsstätte für die Praktische Tätigkeit eingearbeitet wurden. 53% gaben an, während der PT I (37% PT II) überwiegend nicht angeleitet worden zu sein.

Wenn eine Anleitung stattfand, dann wurde diese hauptsächlich von PP/KJP der eigenen Vertiefungsrichtung übernommen (40%). Weitere anleitende Personen waren PP/KJP anderer Vertiefungsrichtung (12%), Ärzte der eigenen Vertiefungsrichtung (17%), Ärzte anderer Vertiefungsrichtungen (13%) oder Psychologen oder Ärzte anderer nicht kassenärztlich anerkannten Verfahren (18%).

AbsolventInnenbefragung

Aus der Befragung der AbsolventInnen ging hervor, dass 44% in PT I und 43% in PT II nicht in der betreffenden Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit eingearbeitet wurden. 60% gaben an, während der PT I (52% PT II) überwiegend nicht angeleitet worden zu sein.

Wenn Anleitung stattfand, dann wurde diese hauptsächlich von PP/KJP der eigenen Vertiefungsrichtung übernommen. Insgesamt wurden aber nur 13% der befragten AbsolventInnen von PP KJP ihrer Vertiefungsrichtung angeleitet

Es ist diesbezüglich eine hohe Übereinstimmung der Bewertungen der PT I zwischen den aktuell sich in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen und den Angaben der AbsolventInnen zu verzeichnen (Tabelle E 4.2-5).

Tabelle E 4.2-5: Angaben zur Bewertung der PT I (AusbildungsteilnehmerInnenbefragung (TN) vs. Absolventenbefragung (Absol))

	TN		Absol	
	M	SD	M	SD
Bei Fragen/Schwierigkeiten steht Ansprechpartner zur Verfügung	3,29	1,3	3,47	1,3
Im Allgemeinen fühle ich mich fachlich ausreichend unterstützt	2,94	1,3	3,20	1,3

Antwortformat: (stimme zu) 1=gar nicht, 2=etwas, 3=mittel, 4=ziemlich, 5=sehr

Lehrkräftebefragung

Zur Praktischen Tätigkeit äußern sich n=351 Lehrkräfte im offenen Antwortformat (Verbesserungsvorschläge zur Ausbildung allgemein, N=912).

Zur Qualifizierung der Kliniken zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte äußern sich die Lehrkräfte indirekt über die Forderung nach mehr Betreuung:

Bei 11% (n=101) der offenen Antworten zu Verbesserungsvorschlägen (N=912) zur Ausbildung sprechen sich die Lehrkräfte für mehr Betreuung während der PT aus (Supervision insgesamt, in Form von Balintgruppen, Gruppen- bzw. Einzelsupervisionen und Gesprächsgruppen) (fast 30% der Lehrkräfte, die sich in offenen Antworten zum Thema der Praktischen Tätigkeit äußern).

InstitutsleiterInnenbefragung II

In der InstitutsleiterInnenbefragung II wird die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der PT I auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) durchschnittlich mit einem Wert von 2,7 (SD=1,2) bewertet und für die PT II mit einem durchschnittlichen Wert von 2,3 (SD=1,1).

- Auf die Frage, ob die Einrichtungen, die für die PT vorgesehen sind, zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte ausreichend qualifiziert sind, ist aufgrund der großen Heterogenität der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit nicht einheitlich zu beantworten.
- Durch die hier durchgeführten Befragungen wurden jedoch deutliche Mängel in der Ein- arbeitung und der Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT offensichtlich.

4.2.7. Wäre eine Erweiterung auf andere Einrichtungen wünschenswert? Wenn ja, auf welche?

Zu dieser Fragestellung gibt es im Rahmen unserer Umfragen Meinungsäußerungen der ExpertInnen, InstitutsleiterInnen und Lehrkräfte.

Delphibefragung

Einige ExpertInnen nahmen dazu Stellung und forderten, dass auch Einrichtungen wie Beratungsstellen, Reha-Einrichtungen, Hospize und stationäre Jugendhilfeeinrichtungen für die PT anerkannt werden sollten, falls dort ausreichend breites Patientengut vorhanden sei.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Aus der InstitutsleiterInnenbefragung II gibt es ebenfalls Forderungen, die PT auf andere Einrichtungen zu erweitern. Eine inhaltliche Begründung dieser Forderungen fand jedoch nicht statt.

Lehrkräftebefragung

Einige Lehrkräfte äußern sich ebenfalls in offenen Antworten zu dieser Frage. n=16 Lehrkräfte wünschen sich mehr Flexibilität hinsichtlich der Einrichtungen für diesen Ausbildungsabschnitt (5% aller Antworten zur Praktischen Tätigkeit, n=351).

Festzustellen ist, dass die PT nach der bisherigen Definition dem Erwerb von Kenntnissen über psychische Störungen sowie deren Diagnostik und Behandlung dient. Daraus ergibt sich, dass die PT, um ihrem o. g. Zweck zu entsprechen, in psychiatrischen Einrichtungen abgeleistet werden kann. Würde jedoch der Zweck der PT und deren Inhalte diskutiert (z. B. das Kennenlernen unterschiedlicher oder komplementärer Spektren an Einrichtungen), wäre eine Erweiterung auf andere Einrichtungen möglich.

4.2.8. Ist der Umfang der PT angemessen?

Zu dieser Frage haben sich Teilnehmer der AusbildungsteilnehmerInnen-, AbsolventInnen-, InstitutsleiterInnen-, Lehrkräfte- und ExpertInnenbefragungen, sowie die Leiter der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit geäußert.

TeilnehmerInnenbefragung

46% aller befragten aktuell in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen halten die Dauer der PT I für zu lang, 35% für angemessen.

AbsolventInnenbefragung

43% der befragten AbsolventInnen halten die Dauer der PT für zu lang, weitere 44% für angemessen.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die befragten InstitutsleiterInnen gaben den gegenwärtigen Regelungen zur PT I auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) durchschnittlich die Note von 3,7 (PP) bzw. 3,7 (KJP), den Regelungen zur PT II die Note 3,2. Sie machten den Vorschlag, die Dauer der PT I künftig zu reduzieren. Nur 2,3% der Befragten waren der Meinung, die PT I könne komplett wegfallen. Für die PT II wurde eine Reduktion der Dauer empfohlen, hierbei plädierten 9,3% für eine Abschaffung.

Lehrkräftebefragung

In der Lehrkräftebefragung machten 14% (n=130 von N=912 offenen Antworten) der Befragten Angaben zur Neukonzeptionisierung der PT. Dabei schlugen sie in Bezug auf die Dauer der PT folgende Regelungen vor:

- Kürzung von PT I (1200h) auf z. B. 600h (n=48)
- Kürzung von PT II (600h) (n=18)
- Abschaffung von PT I (1200h) (n=5)
- Abschaffung von PT II (600h) (n=12)
- Sonstige Angaben (Verlagerung vor Ausbildungsbeginn, in Hauptstudium; inhaltliche Vorgaben; n=47)

Delphibefragung

Für die PT werden von den ExpertInnen variierende Vorschläge unterbreitet:

Zur PT I wird in der ersten Befragungswelle von insgesamt 20 ExpertInnen die Länge kritisch betrachtet und eine Kürzung und/oder eine die Stundenzahl reduzierende Zusammenlegung mit PT II vorgeschlagen. Eine Gruppe von ExpertInnen plädiert für Kürzung auf einen Umfang zwischen 500 und 900 Stunden für PP und KJP. Einige ExpertInnen (n=8) votieren für die Abschaffung der PT II im Erwachsenenbereich bzw. sprachen sich für eine Reduzierung der Dauer aus. Im KJP-Bereich forderte ein Teil der ExpertInnen (n=4) eine Reduktion bzw. die Abschaffung der PT.

In der zweiten Welle der Befragung sprechen sich 56% der ExpertInnen dafür aus, den Umfang der PT I zu belassen, 41% ihn zu verkürzen. Hierbei variieren die Angaben der Psychologen (46% für belassen, 52% für verkürzen) und Mediziner (82% für belassen, 12% für verkürzen) stark. Zur PT II sprechen sich insgesamt 75% aus, den Zeitumfang zu belassen (71% Psychologen vs. 82% Mediziner) und 15% ihn zu verkürzen (19% Psychologen vs. 6% Mediziner).

Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit

Innerhalb der Befragungen zeigte sich in der Klinikbefragung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) eine durchschnittliche Zufriedenheit mit dem Zeitumfang der PT von 2,12 (SD=0,77). In der Praxisumfrage ist auf derselben Skala eine durchschnittliche Zufriedenheit von 2,39 (SD=0,83) zu verzeichnen.

- Die Dauer der PT in der jetzigen Form und unter den jetzigen Bedingungen wird in zahlreichen Umfragen diskutiert. Hierbei ist eine allgemeine Unzufriedenheit der AusbildungsteilnehmerInnen, AbsolventInnen, InstitutsleiterInnen, Lehrkräfte und ExpertInnen des Stundenumfangs der PT zu verzeichnen.
- Es werden Vorschläge zur Kürzung bzw. Abschaffung der PT gemacht. Seitens der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit ist eine hohe Zufriedenheit mit dem Zeitumfang der PT zu verzeichnen.

4.2.9. Welche praktischen Probleme gibt es mit der PT?

Zu dieser Frage können Äußerungen aller Umfragen herangezogen werden.

4.2.9.1. Thema „Vergütung“

TeilnehmerInnenbefragung

Von den befragten AusbildungsteilnehmerInnen werden 77% während der PT I, 66% während der PT II vergütet.

Das monatliche Bruttogehalt beträgt im Durchschnitt für die PT I 453,50 Euro (SD=453,55) und für PT II 564,07 Euro (SD=867,70). 3% der AusbildungsteilnehmerInnen gab an, während der PT I Ausbildungskosten in Höhe von durchschnittlich 265,08 Euro bezahlen zu müssen.

AbsolventInnenbefragung

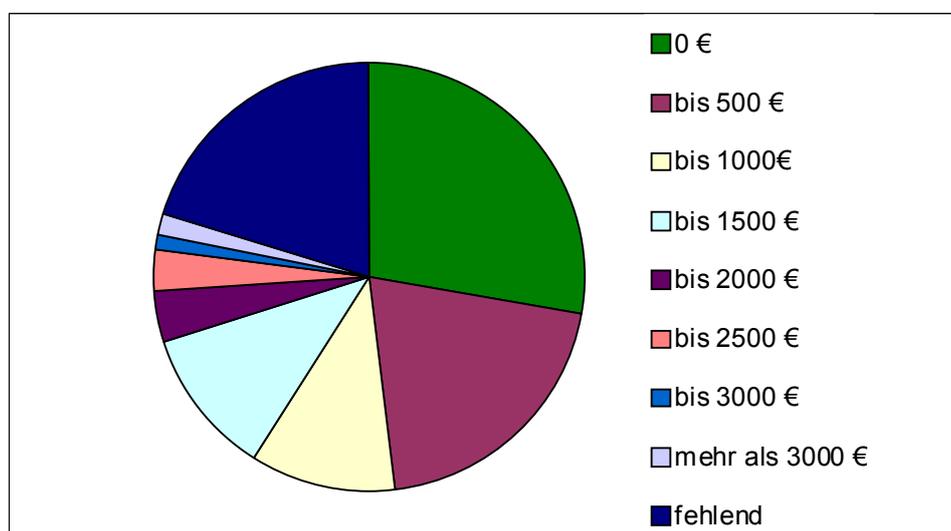
37% der befragten AbsolventInnen gaben an, während der PT I keine Vergütung (62% KJP) erhalten zu haben. Eine detaillierte Übersicht über das monatliche Bruttoeinkommen der AbsolventInnen ist der Tabelle E 4.2-6 zu entnehmen.

Tabelle E 4.2-6: Monatliche Vergütung der PT I in Prozent (Absol)

Monatliches Bruttoeinkommen in Euro	%
0	36,8
bis 500	10,4
bis 1000	14,6
bis 1500	8,3
bis 2000	3,2
bis 2500	3,6
bis 3000	2,4
über 3000	2,3

Fragebogen für Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

45% der befragten Kliniken gaben an, die AusbildungsteilnehmerInnen würden durch ihre Institution sozialversichert und 55% berufshaftpflichtversichert. Eine Übersicht über die Vergütung der PT liefert Abbildung E 4.2-8.

**Abbildung E 4.2-8:** Monatliche Vergütung der PT (Klinikbefragung)

49% der KlinikvertreterInnen waren der Meinung, die Kliniken sollten selbst eine Vergütung für die Anleitung der PT erhalten. Als durchschnittliche angemessene Höhe der monatlichen Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen wird der Betrag von 1.177,60 Euro genannt.

Eine für die Kliniken voraussichtlich realisierbare monatliche Vergütung für AusbildungsteilnehmerInnen liegt bei durchschnittlich 686 Euro. Würde künftig eine Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen in Höhe einer früheren AIP-Stelle (ca. 1.000 Euro monatlich) vorgeschrieben, führte dies bei 30% der Kliniken zu keiner Veränderung, 25% verringerten die Stellen für AusbildungsteilnehmerInnen und 12% stellten keine AusbildungsteilnehmerInnen mehr ein.

Würde künftig eine Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen in Höhe eines vollen Akademikergehalts vorgeschrieben, führte dies bei 7% der Kliniken zu keiner Veränderung, 18% verringerten die Stellen für AusbildungsteilnehmerInnen und 40% stellten keine AusbildungsteilnehmerInnen mehr ein.

Vor allem KJP-Kliniken zeigten unter diesen Umständen eine geringe Bereitschaft, weiter AusbildungsteilnehmerInnen einzustellen (54%), gefolgt von Kliniken für Psychosomatik/Psychotherapie (48%) und Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie (39%).

Die Hälfte der Befragten gab an, bisherige Arzt- oder Psychologenstellen der Regelversorgung nicht in Stellen für AusbildungsteilnehmerInnen umzuwandeln, falls eine Bezahlung von AusbildungsteilnehmerInnen obligatorisch würde. 44% der Befragten gaben an, dass AusbildungsteilnehmerInnen personelle Engpässe in Kliniken entlasten.

In den freien Antworten wurde von den Klinikvertretern das Dilemma beschrieben, künftig „Praktikanten“ im Rahmen einer tariflichen Regelung einheitlich bezahlen zu wollen, in vielen Kliniken sei jedoch kein Budget hierfür vorhanden.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Aus der InstitutsleiterInnenbefragung II gaben nahezu die Hälfte (49%) aller Institute an, dass die PT I nicht vergütet werde. 9% der Befragten gaben eine Vergütung der PT I in Höhe von bis zu 250Euro, 18% bis 750 Euro, 10% bis 1.000 Euro, 6% bis 1.500 Euro und 3% über 1.500 Euro an.

45% der Institute geben an, die PT II werde nicht vergütet. 10% der Befragten gaben eine Vergütung der PT2 in Höhe von bis zu 250 Euro, 13% bis 750 Euro, 8% bis 1.000 Euro, 9% bis 1.500 Euro und 5% über 1.500 Euro an.

In den freien Antworten der InstitutsleiterInnenbefragung wurde das Thema Vergütung häufig diskutiert. Es wurde die Forderung nach einer einheitlichen Vergütung der PT gestellt.

Lehrkräftebefragung

In der Befragung der Lehrkräfte wurde ebenfalls gefordert, es solle künftig klare Entgeldregelungen geben (n=292 Aussagen im offenen Antwortformat dazu von N=912 Verbesserungsvorschlägen zur Ausbildung allgemein).

Delphibefragung

Bezüglich der Honorierungsregelungen sprechen sich 86% aller befragten ExpertInnen für eine einheitliche Vergütung der PT I (83% Psychologen, 71% Mediziner) aus. Eine einheitliche Honorierung der PT II fordern 78% der Befragten (71% Psychologen, 94% Mediziner).

Empirische Belege

Die hier in den Befragungen gefundenen Daten decken sich mit den Ergebnissen einer Untersuchung von Hölzel (2006). Demnach erhält fast die Hälfte der Ausbildungsteilnehmer keine Entlohnung während der praktischen Tätigkeit, muss jedoch in dieser Zeit Ausbildungskosten bezahlen. Ein hoher Prozentsatz der AusbildungsteilnehmerInnen kann die Ausbildungskosten nur durch finanzielle Unterstützung seitens der Eltern oder des Partners begleichen bzw. muss Ersparnisse aufbrauchen oder eine Nebentätigkeit aufnehmen. Einkünfte während der Ausbildung werden meist erst in der Phase der praktischen Ausbildung erzielt, während der die Ausbildungsteilnehmer in den meisten Fällen an den durch sie erwirtschafteten Einkünften beteiligt werden (Hölzel, 2006).

4.2.9.2. Thema „Anzahl PiA-Plätze“

Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (KJP)

Zu der Frage, ob ausreichend Plätze für die PT vorhanden sind, zeigen die Analysen der Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit, dass vor allem im KJP-Bereich eine hohe Belegung der PiA-Plätze zu verzeichnen ist (durchschnittlich zu 81% zu >70% belegt). Die große Mehrheit der AusbildungsteilnehmerInnen muss sich ihren PiA-Platz selbst suchen.

4.2.9.3. Thema „Vorerfahrungen“

TeilnehmerInnenbefragung

22% der AusbildungsteilnehmerInnen gaben an, über vergleichbare Berufserfahrungen zu verfügen, die jedoch nicht anerkannt wurden.

AbsolventInnenbefragung

Aus der AbsolventInnenbefragung wird ersichtlich, dass 23% der Befragten über vergleichbare Berufserfahrungen verfügten, die jedoch nicht anerkannt wurden.

Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit

Die Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit ergab, dass 36% (Klinikbefragung) bzw. 57% (Praxisbefragung) der AusbildungsteilnehmerInnen über klinische Vorerfahrungen verfügen.

Lehrkräftebefragung

In der Befragung der Lehrkräfte haben sich n=17 Personen dafür ausgesprochen, klinische Erfahrungen für das Praktische Jahr anzuerkennen (offene Antworten Verbesserungsvorschläge zur Ausbildung allgemein (N=912)).

Delphibefragung

In der ExpertInnenbefragung wird für PT I von 76% aller Befragten gefordert, postgradual und vor Beginn der PT-Ausbildung absolvierte Tätigkeiten anzuerkennen (88% Psychologen, 47% Mediziner). Für die PT II fordern dies 68% der Befragten (76% Psychologen, 47% Mediziner).

LPA-Befragung

Aus der Befragung der Aufsichtsbehörden geht hervor, dass eine Behörde auch äquivalente Tätigkeiten aus der Zeit vor Ausbildungsbeginn anerkennt.

4.2.9.4. Thema „Anleitung“

Bei der Frage nach der Qualität der PT wurde offensichtlich, dass es große Defizite bezüglich der Einarbeitung und Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT gibt.

4.2.9.5. Thema „Integration in die restliche Ausbildung“

In der Regel wird die PT in mit den Ausbildungsinstituten kooperierenden Praxiseinrichtungen abgeleistet. Seitens der Ausbildungsinstitute wird kaum Einfluss auf den Beginn der PT bzw. auf die Wahl der Ausbildungsstätte für die Praktische Tätigkeit genommen. Regelmäßige Konsultationen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit seitens der Institute finden häufig nicht oder nur in sehr unregelmäßigen Abständen statt.

4.2.9.6. Thema „Aufgaben während der PT“

Die momentanen gesetzlichen Regelungen fordern keine verbindlichen Standards und klare Aufgabenverteilungen, z. B. in Form eines verbindlichen Curriculums während der PT. Dieses

Problem wird ausführlich in Frage 4 diskutiert. In unseren Untersuchungen zeigt sich, dass das Tätigkeitsspektrum innerhalb der PT außerordentlich heterogen ist und zahlreiche Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit über kein festes Curriculum während der PT verfügen.

Zahlreiche AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen gaben an, sie führten während der PT Einzel- und Gruppenpsychotherapien selbständig durch. Dies ist jedoch für die PT nicht vorgesehen, da es während der PT keine Pflichtsupervision gibt und die AusbildungsteilnehmerInnen deshalb gar nicht befugt sind, psychotherapeutische Tätigkeiten durchzuführen. Es ist davon auszugehen, dass das Tätigkeitsspektrum der PT stark von den individuellen Gegebenheiten der Ausbildungsstätte für die Praktische Tätigkeit abhängt.

Nach der Einführung einer curricularen Struktur der PT I befragt, sprachen sich 68% aller ExpertInnen dafür aus (62% Psychologen, 82% Mediziner). Für die PT II forderten insgesamt 49% der ExpertInnen eine curriculare Struktur einzuführen (52% Psychologen und 41% Mediziner).

Aufgrund des bisher berufsrechtlich unklaren Status wurde von einigen ExpertInnen eine vorläufige Approbation vor Ende der Ausbildung gefordert. Dies käme am ehesten dem Modell der Medizinstudierenden im Praktikum nahe.

4.2.10. Wie wird die PT als Bestandteil der PT-Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Zu dieser Frage können Äußerungen der allgemeinen Bewertung der PT aus den Befragungen der AusbildungsteilnehmerInnen, AbsolventInnen, Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit, InstitutsleiterInnen, ExpertInnen und Lehrkräfte herangezogen werden:

TeilnehmerInnenbefragung

In der Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen wurde auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr) eine durchschnittliche Zufriedenheit mit der PT I von 3,1 (SD=1,3) und der PT II von 3,3 (SD=1,3) ermittelt. Bezüglich der Nützlichkeit der PT I für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz wurde auf derselben Skala durchschnittlich ein Wert von 3,7 (SD=1,2) und für PT II ein Wert von 3,8 (SD=1,2) angegeben.

AbsolventInnenbefragung

Im Mittel bewerteten die befragten AbsolventInnen die PT für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr) mit 3,9 (PT I) bzw. 3,7 (PT II) als nützlich. Auch im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung wurde die PT hilfreich im mittleren Bereich (PT I = 2,9, PT II = 2,8) eingeschätzt.

Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

22% der befragten KlinikleiterInnen gaben in der Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit an, durch die Beschäftigung von AusbildungsteilnehmerInnen eine deutliche Entlastung/Unterstützung zu erfahren, 34% berichten von einer leichten Entlastung/Unterstützung, 13% werten dies neutral und 5% geben eine leichte Belastung durch die AusbildungsteilnehmerInnen an. Niemand gibt an, durch die Beschäftigung von AusbildungsteilnehmerInnen deutlich belastet zu sein.

In der Klinikbefragung zeigt sich hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit der PT auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) mit einem Wert von 2,0 (SD=0,7) eine allgemeine Zufriedenheit. In der Praxisbefragung zeigt sich auf derselben Skala mit einem Wert von 1,9 (SD=0,5) ebenfalls eine breite allgemeine Zufriedenheit mit den Regelungen der PT.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die befragten InstitutsleiterInnen gaben den gegenwärtigen Regelungen zur PT I auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) durchschnittlich die Note von 3,7 (PP) bzw. 3,7 (KJP), den Regelungen zur PT II die Note 3,2. Die Wichtigkeit der PT wurde auf einer Skala von 1-8 durchschnittlich mit einem Wert von 4,1 für PT I und 4,3 für PT II bewertet.

ExpertInnenbefragung

Die befragten ExpertInnen bewerteten die Komponenten des PsychThG und die zugehörigen APrVen der PT auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) für die PT I sowohl für PP, als auch für KJP durchschnittlich mit 3,8 (SD=1,4), die PT II mit 3,4 (SD=1,3) für PP und 3,6 (SD=1,2) für KJP.

Lehrkräftebefragung

Die Lehrkräfte sahen die Regelungen zur PT als überwiegend sehr kritisch. Kritik wurde vor allem an der fehlenden Bezahlung und der Dauer der PT geäußert. Außerdem gebe es aus Sicht der Lehrkräfte keine inhaltlichen Vorgaben der PT und unzureichende Supervision.

Aus den Ergebnissen der Umfragen geht hervor, dass der PT eine hohe Nützlichkeit und eine mittlere Zufriedenheit zugeschrieben wird.

4.2.11. Welche Möglichkeiten der Verbesserung der PT gibt es?

Zu dieser Frage können Äußerungen der Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit sowie der InstitutsleiterInnen-, Lehrkräfte- und ExpertInnenbefragungen herangezogen werden.

Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Kliniken)

Hinsichtlich der Einschätzung der Zufriedenheit einzelner Aspekte der PT auf einer Skala von 1=sehr zufrieden bis 5=sehr unzufrieden, zeigte sich unter den KlinikleiterInnen eine mittlere Zufriedenheit in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Ausbildungsinstituten (M=2,6, SD=1,1) und bzgl. des Anleitungsaufwandes (M=2,6; SD=0,7).

Von den insgesamt 183 TeilnehmerInnen der Klinikumfrage nahmen 69 die Möglichkeit der Äußerung persönlicher Meinungen im freien Textfeld wahr. Am Häufigsten diskutiert wurden die Themen Vergütung, Ausbildungsinhalte und -dauer sowie Ausbildungsvoraussetzungen.

Von den Klinikvertretern wurde das Dilemma beschrieben, künftig „Praktikanten“ im Rahmen einer tariflichen Regelung einheitlich bezahlen zu wollen, in vielen Kliniken sei jedoch kein Budget hierfür vorhanden. Bezüglich der Ausbildungsinhalte wurde der Ruf nach einer einheitlichen Regelung der während der Praktischen Tätigkeit zu vermittelnden Inhalte und der Forderung nach Mindeststandards laut.

Zur Ausbildungsdauer wurde sowohl eine Verringerung, als auch Erhöhung der Anzahl der Stundenzahl diskutiert. Auch in Bezug auf die Ausbildungsvoraussetzungen wurde aufgrund der starken Heterogenität der AusbildungsteilnehmerInnen eine künftige Standardisierung bei der Auswahl der AusbildungsteilnehmerInnen auf Ausbildungsinstitutsebene gefordert. Des Weiteren wurde angemerkt, die Bezeichnung der AusbildungsteilnehmerInnen als „Praktikanten“ sollte durch einen der Qualifikation entsprechenden Begriff ersetzt werden.

Befragungen der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Praxen)

Von den insgesamt 89 TeilnehmerInnen der Umfrage der niedergelassenen FachärztInnen/ PsychotherapeutInnen nahmen 35 die Möglichkeit der Äußerung persönlicher Meinungen im freien Textfeld wahr. Die am Häufigsten diskutierten Themen der freien Antwortfelder waren:

- Honorierung der AusbildungsteilnehmerInnen und AnleiterInnen
- Ausbildungsinhalte und -Dauer
- Abrechnungsmöglichkeiten für Praxisinhaber bzgl. Tätigkeiten der Praktikanten
- Verbesserung der Kooperationen zwischen Praxen und Ausbildungsinstituten

Die niedergelassenen TherapeutInnen diskutierten die Möglichkeit einer Honorierung der praktischen Tätigkeit, wenn hierfür ein abrechenbares Honorar geschaffen würde. Einige Praxisinhaber beklagten mangelnde Kenntnisse der Praktikanten im KJP-Bereich und wünschten sich eine Verbesserung der Kooperationen mit den Ausbildungsinstituten. Weiter wurde die Ersetzung des Begriffs „Praktikanten“ in „Assistenten“ vorgeschlagen.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die InstitutsleiterInnen sprechen sich vor allem für eine einheitliche Vergütung der PT aus. Sie machten den Vorschlag, künftig die Dauer der PT I auf 886 Stunden (Durchschnitt) zu verringern, 2,3% votierten für einen Wegfall der PT I. Die vorgeschlagene zukünftige Dauer für PT II lag im Mittel bei 552 Stunden. PT II kann wegfallen sagen 9,3%.

Des Weiteren wurde der Vorschlag gemacht, man solle künftig nicht nur Psychiatrien als Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit beachten und Vorerfahrungen psychiatrischer Tätigkeiten auf die PT anerkennen. Standards bezüglich der Inhalte der PT und klare Aufgabenteilung werden gefordert, sowie eine bessere Anleitung der PT. Eine weitere Forderung bestand darin, die Institutionen für die Ausbildung zu entlohnen.

Lehrkräftebefragung

Die Lehrkräfte sahen die Regelungen zur PT als überwiegend sehr kritisch. Kritik wurde vor allem an der fehlenden Bezahlung und der Dauer der PT geäußert. Außerdem gebe es aus Sicht der Lehrkräfte keine inhaltlichen Vorgaben der PT und unzureichende Supervision.

Insgesamt scheint den Lehrkräften die Situation mit der Praktischen Tätigkeit sehr vordergründig veränderungsbedürftig zu sein. In einem offenen Antwortformat zu Verbesserungsvorschlägen allgemein zur Ausbildung äußern sich von N=912 Antworten n=643 Lehrkräfte (70%) zur Praktischen Tätigkeit. Hierbei machen n=292 Lehrkräfte (32%) Aussagen zur Bezahlungssituation und n=351 äußern sich zu sonstigen Aspekten.

Bei der Finanzierung werden überwiegend keine konkreten Verbesserungsvorschläge gemacht, als Begründung für die Forderung nach Bezahlung wurde aber häufig die Gefahr der Selektion der AusbildungsteilnehmerInnen genannt.

14% (n=130) der Befragten machen Angaben zur Neukonzeptionisierung der PT (Vor allem eine Kürzung (n=48 bzw. n=18) bzw. sogar Abschaffung (n=5 bzw. n=12) der Praktischen Tätigkeit 1 und 2.

Die Lehrkräfte fordern weiterhin, die inhaltlichen Vorgaben der PT z. B. in Form eines Curriculums zu strukturieren (n=24).

Es wird mehr inhaltliche (Erweiterung der möglichen Einrichtungen) und zeitliche (z.B. Ableistung in Teilzeit) Flexibilität gefordert (n=16 bzw. n=10).

Eine Verpflichtung der Kliniken, Praktika zur Verfügung zu stellen ist ebenfalls eine Forderung (n=10) sowie die stärkere Evaluation der Kliniken.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Betreuung der AusbildungsteilnehmerInnen.

11% (n=101) der Lehrkräfte sprechen sich im offenen Antwortformat ihrer Befragung für mehr Supervision während der PT aus:

- mehr Supervision der praktischen Tätigkeit gesamt/bessere Betreuung an Kliniken: (n=64)
- Supervision der PT in Balintgruppen (n=17)
- Supervision der PT als Gruppensupervision (n=9)
- Supervision der PT als Einzelsupervision (n=6) und
- Supervision der PT als Gesprächsgruppen (n=5).

Sonstige Verbesserungsvorschläge zur Praktischen Tätigkeit aus den offenen Antworten der Lehrkräfte sind:

- Absolvierung des Psychatriejahres vor Ausbildungsbeginn (n=4)
- Verschränkung der praktischen Tätigkeit mit Hochschulen (n=1)
- Verlagerung des Praktischen Jahres in das klinische Hauptstudium (n=3)
- Neuregelung für Praktika (allgemein) (n=6)
- Verlängerung der Praktischen Tätigkeiten in Klinik (als integrativer Bestandteil der Ausbildung, über einen Zeitraum von 1-2 Jahren) (n=9)
- Anerkennung von praktischen Erfahrungen vor Ausbildungsbeginn für die PT (n=17)
- Verpflichtung Kliniken Praktika zur Verfügung zu stellen, evtl. Ausgleichsabgaben für Kliniken/Praxen, die nicht ausbilden (n=10)
- Evaluation der Kliniken/ der praktischen Behandlung evtl. auch staatliche Kontrolle (n=5)
- Abschaffung des (Praktikanten-)status der Ausbildung in den Psychiatrien, mehr Anerkennung der Tätigkeit allgemein, klare Einordnung in Organisationsstruktur der Klinik (n=11)
- PiA nach einer theoretisch-praktischer Ausbildungsphase (n=4)
- Einhaltung einer 25- bis 28-Std. Arbeitswoche in Kliniken (n=3)

Delphi-Befragung

Verbesserungsvorschläge der ExpertInnen zu den Themen „Art der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit“, „Qualität der PT“, „Umfang der PT“, „Anerkennung vorheriger Tätigkeiten“ und „Honorierung“ wurden bereits in vorherigen Abschnitten diskutiert.

- Übereinstimmend wird von den Verantwortlichen und von zahlreichen ExpertInnen angeregt, während der PT eine einheitliche Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen einzuführen.
- Darüber hinaus wird eine differenzierte Festlegung von Lernzielen und Aufgaben während der PT angeregt.
- Es wird gefordert, die AusbildungsteilnehmerInnen mit einem klaren Status und einer angemessenen Bezeichnung ihrer Funktion auszustatten.

4.2.12. Gesamtzusammenfassung

- Die meisten AusbildungsteilnehmerInnen leisten die PT in Vollzeit und während der Theorieausbildung zumeist an kooperierenden Einrichtungen der Institute ab.
- Die Mehrheit der AusbildungsteilnehmerInnen beginnt am Anfang der Ausbildung auch mit der PT, sofern nicht ein anderes Arbeitsverhältnis oder finanzielle Gründe dem entgegenstehen. Die Ausbildungsinstitute haben kaum Einfluss auf den Beginn der PT bzw. auf die Wahl der Ausbildungsstätte für die Praktische Tätigkeit.
- Das Tätigkeitsspektrum der AusbildungsteilnehmerInnen innerhalb der PT ist sehr heterogen. Zahlreiche AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen gaben an, sie führten während der PT Einzel- und Gruppenpsychotherapien selbständig durch. Weitere Aufgaben während der PT sind psychodiagnostische, psychoedukative und co-therapeutische Tätigkeiten.
- Die Mehrheit der Befragten gab an, Umgang mit suizidalen Patienten während der PT gehabt zu haben und über Psychopharmakotherapie dazu gelernt zu haben.
- Es ist davon auszugehen, dass das Tätigkeitsspektrum der PT stark von den individuellen Gegebenheiten der Ausbildungsstätte für die Praktische Tätigkeit abhängt. Eine curriculare Regelung der Aufgaben der PT wird vielfach gefordert.
- Es sind insgesamt genügend PiA-Plätze vorhanden, es ist jedoch real eine hohe Belegung der PiA-Plätze, vor allem in der Ausbildung zur KJP zu verzeichnen.
- Bezüglich der Qualität der PiA-Plätze ist festzustellen, dass es häufig keine Einarbeitung und Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen in den Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit gibt. Standards und klaren Aufgabenverteilungen der PT, z. B. in Form eines verbindlichen Curriculums, gibt es häufig nicht.
- Das Ziel, umfassende Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder während der PT zu vermitteln, wird nach Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen insgesamt erreicht.
- Aufgrund der großen Heterogenität der Arten der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit ist jedoch davon auszugehen, dass es nicht an jeder Klinik möglich ist, ein breites Spektrum an Krankheitsbildern kennen zu lernen.
- Eine vergleichsweise geringe Anzahl der Befragten AbsolventInnen gaben beispielsweise an, Kenntnisse über psychische Probleme bei geistiger Behinderung, sexuelle Funktionsstörungen, Entwicklungsstörungen oder externalisierende Störungen in Kindheit und Jugend zu haben.
- Durch die hier durchgeführten Befragungen wurden jedoch deutliche Mängel in der Einarbeitung und der Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT offensichtlich.
- Festzustellen ist, dass die PT nach der bisherigen Definition dem Erwerb von Kenntnissen über psychische Störungen sowie deren Diagnostik und Behandlung dient. Daraus ergibt sich, dass die PT, um ihrem o. g. Zweck zu entsprechen, in psychiatrischen Einrichtungen abgeleistet werden kann. Würde jedoch der Zweck der PT und deren Inhalte diskutiert (z. B. das Kennenlernen unterschiedlicher oder komplementärer Spektren an Einrichtungen), wäre eine Erweiterung auf andere Einrichtungen möglich.
- Die Dauer der PT in der jetzigen Form und unter den jetzigen Bedingungen wird in zahlreichen Umfragen diskutiert. Hierbei ist eine allgemeine Unzufriedenheit der AusbildungsteilnehmerInnen, AbsolventInnen, InstitutsleiterInnen, Lehrkräfte und ExpertInnen des Stundenumfangs der PT zu verzeichnen.

- Es werden Vorschläge zur Kürzung bzw. Abschaffung der PT gemacht. Seitens der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit ist eine hohe Zufriedenheit mit dem Zeitumfang der PT zu verzeichnen.
- Aus den Ergebnissen der Umfragen geht hervor, dass der PT eine hohe Nützlichkeit und eine mittlere Zufriedenheit zugeschrieben wird.
- Übereinstimmend wird von den Verantwortlichen und von zahlreichen ExpertInnen angeregt, während der PT eine einheitliche Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen einzuführen.
- Darüber hinaus wird eine differenzierte Festlegung von Lernzielen und Aufgaben während der PT angeregt.

4.3. Theoretische Ausbildung

4.3.1. Wie ist die Qualifikation der Lehrenden?

Die nachfolgenden Angaben beziehen sich vor allem auf die Befragung der Lehrkräfte.

Von der Gesamtstichprobe der Lehrkräfte waren 92,3% (n=2.026) in den letzten Jahren in der theoretischen Ausbildung tätig. Direkt zum Zeitpunkt der Stichprobenerhebung waren es 86,7% (1.904), davon 83,5% in der PP-Ausbildung und 40,5% in der KJP-Ausbildung. Die überschneidende Menge war in beiden Berufsausbildungen aktiv.

Bezüglich ihrer fachlichen Qualifikation war der größte Teil der DozentInnen als Psychologische/r PsychotherapeutIn tätig, gefolgt von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (Tabelle E 4.3-1).

Tabelle E 4.3-1: Fachliche Qualifikation der DozentInnen

Qualifikation	n	%
Psychologische/r PsychotherapeutIn	1083	38,0
Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn	425	14,9
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	51	1,8
FA für Psychiatrie und Psychotherapie	144	5,0
FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	276	9,7
FA für Neurologie und Psychiatrie/Nervenarzt	112	3,9
Zusatzbezeichnung Psychoanalyse	394	13,8
Zusatzbezeichnung Psychotherapie	368	12,9

Bezüglich der Aus- und Weiterbildung in Therapieverfahren der Dozentinnen und Dozenten, die diese Tätigkeit in den letzten drei Jahren ausgeübt haben (n= 2.026), ergibt sich das Bild, wie in Tabelle E 4.3-2 dargestellt:

Tabelle E 4.3-2: Gelernte Therapieverfahren der Lehrkräfte

	n Gesamt=1676	%
Psychoanalyse	881	52,6
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	1012	60,4
Verhaltenstherapie	712	42,5
Gesprächspsychotherapie	207	12,4
Sonstige*	337	20,1

* Unter „Sonstige“ finden sich überwiegend Systemische Therapie, Familientherapie, Körperpsychotherapie.

Tabelle E 4.3-3: Gelernte Therapieverfahren der Gesamtstichprobe der Lehrkräfte nach Berufen aufgeteilt (N=2196 – in Prozentangaben, Mehrfachnennungen waren möglich)

Berufe	Arzt/ Ärztin	Psychologe/ Psychologin	Pädagoge/ Pädagogin	Sozialpädagoge/ Sozialpädagogin	LehrerIn	Sonstiges
Vertiefungsrichtung:						
Psychoanalyse	69,7	41,8	80,3	65,3	78,9	58,0
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	84,8	48,1	90,1	72,2	77,2	65,2
Verhaltenstherapie	27,1	54,0	8,5	25,0	14,0	27,5
Gesprächspsychotherapie	5,7	16,4	7,0	5,6	5,3	11,6
Sonstiges	19,9	20,4	23,9	23,6	24,6	36,2

Es wird deutlich, dass bei den Ärztinnen und Ärzten auch unter Berücksichtigung der Mehrfachqualifikationen eine psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieweiterbildung deutlich überwiegt, das Gleiche gilt für die pädagogischen Berufsgruppen. Bei den Psychologinnen und Psychologen zeigt sich neben der psychodynamischen auch eine häufige verhaltenstherapeutische Qualifikation (Tabelle E 4.3-3).

Auf die Frage, wie sehr wird Ihre heutige psychotherapeutische Arbeit durch folgende Konzepte bestimmt? (1 = gar nicht bis 5= sehr) antworteten die DozentInnen wie folgt (Tabelle E 4.3-4):

Tabelle E 4.3-4: Einfluss therapeutischer Ansätze auf eigene psychotherapeutische Arbeit (Mehrfachnennungen möglich; 1=gar nicht, 5=sehr)

	M	SD	n	%
Durch Psychoanalyse	3,6	1,6	1438	65,4
Durch Tiefenpsychologische Verfahren	3,5	1,3	1463	66,5
Durch Verhaltenstherapie	3,3	1,5	1295	58,8
Durch Humanistische Verfahren	2,6	1,2	1206	54,8
Durch Systemische Therapie	2,6	1,1	1275	57,9

Vergleichbare hohe Mittelwerte gibt es demnach bei den psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Orientierungen.

- Dozentinnen und Dozenten haben – in dieser Reihenfolge – Qualifikationen als Psychologische PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und FachärztInnen.
- Sie sind gleichermaßen geprägt durch tiefenpsychologische, psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Verfahren.

4.3.2. Wie und in welcher Form wird die theoretische Ausbildung in die Gesamtausbildung eingefügt?

InstitutsleiterInnenbefragung II

Theoretischer Unterricht findet statt in Vorlesungen, Seminaren, Übungen, wird zum Teil in Blockform angeboten und beinhaltet auch Selbsterfahrungsanteile.

Vorlesung:

Fast 40% der Institute nutzen keine Vorlesungsform für die Theorievermittlung.

Theorie in Vorlesungsform bieten Institute an

- 26% mit 25 Stunden Theorie,
- 18% bis 150 Stunden,
- 11% bis 250 Stunden und
- 3% sogar bis 600 Stunden.

Seminare:

Theoretischen Unterricht in Seminarform bieten Institute an

- 21% bis zu 200 Stunden,
- 42% bis 400 Stunden und
- 26% bis 600 Stunden.

Übung:

53% der Institute bieten bis zu 200 Stunden der Theorievermittlung in Form von Übungen an, bei 30% sind es bis zu 400 Stunden.

Die hohen Überschneidungszahlen zwischen dem Setting „Seminar“ und dem Setting „Übung“ deuten darauf hin, dass es keine klare Grenzziehung zwischen diesen beiden Unterrichtsformen gibt.

Selbsterfahrungsanteile:

Bei 34% der Institute beinhalten die Veranstaltungen des theoretischen Unterrichts auch Selbsterfahrungsanteile, und zwar im Umfang bis zu 100 Stunden. 11% der Institute geben sogar Selbsterfahrungsanteile im Umfang bis zu 200 Stunden an.

Blockveranstaltungen werden von ca. 25% der Institute genutzt. Diese Blockveranstaltungen teilen sich fast gleichmäßig auf Umfänge von ein bis zwei Tagen bzw. drei bis fünf Tagen.

Dies betrifft dann, allerdings selten, eintägige Veranstaltungen unter der Woche und wesentlich häufiger eintägige Veranstaltungen am Wochenende.

Knapp 60% der Institute führen die Veranstaltungen des theoretischen Unterrichts regelmäßig zweitägig am Wochenende durch, wobei der Freitag zu ca. 60%, der Samstag zu ca. 90% und der Sonntag zu ca. 20% als Veranstaltungstag genutzt werden.

Fast alle Institute bieten den theoretischen Unterricht in *Räumen* der eigenen Ausbildungsstätte an (95%).

- Für das Angebot des Theoretischen Unterrichts werden unterschiedliche Settings genutzt.
- Manche Institute bevorzugen die Vorlesung, andere Seminare und Übungen.
- Zum Teil beinhalten die Veranstaltungen des Theoretischen Unterrichts auch Selbsterfahrungsanteile.

4.3.3. In welchem Umfang stehen die Vermittlung von Grundkenntnissen in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren zum Vertiefungsverfahren der jeweiligen Ausbildung?

InstitutsleiterInnenbefragung II

Das Rahmencurriculum der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist für

- 56% der *Institutsleitungen* recht genauer Maßstab und für
- 24,4% sehr genauer Maßstab bei der Planung des theoretischen Unterrichts.

22% der Institute orientieren sich zum großen Teil und 6% der Institute nur teilweise an der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

Die Mehrheit der *Institute* (55,5%) orientiert sich sehr eng am genehmigten Schwerpunktverfahren, 33% in etwa und 6,2% teilweise.

Hierbei ist sicherlich zu berücksichtigen, dass einige Aufsichtsbehörden im Genehmigungsverfahren die Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren auch nicht voraussetzen.

Die Berücksichtigung unterschiedlicher wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren im Curriculum wird in den einzelnen *Instituten* sehr unterschiedlich gehandhabt. Während

- 7% ein sehr schulen übergreifendes Curriculum für den theoretischen Unterricht formuliert haben, zeigen sich
- mehr als die Hälfte der Institute sehr offen für den Einbezug anderer Therapieverfahren.

Die übrigen Institute bezeichnen sich als wenig schulenoffen bzw. nicht schulenübergreifend.

Bei der Frage, welche Therapie-Verfahren theoretisch und praxisnah vermittelt werden, zeigt sich folgendes Bild (siehe auch Abbildung E 4.3-1):

- Psychoanalyse in 79,5% der Curricula, in 53,4% auch mit praktischem Vorgehen.
- Tiefenpsychologie: 89,3% / 63,6%
- Verhaltenstherapie: 78,7% / 48,3%.
- Gesprächspsychotherapie: 40,1% / 25%
- Neuropsychologie: 44,1% / 12,8%.

Als weitere unterrichtete Verfahren werden genannt: Familien- und Systemische Therapie (20 Institute), Hypnotherapie / Entspannungsverfahren (13 Institute), Psychodrama / Gruppentherapie (6 Institute).

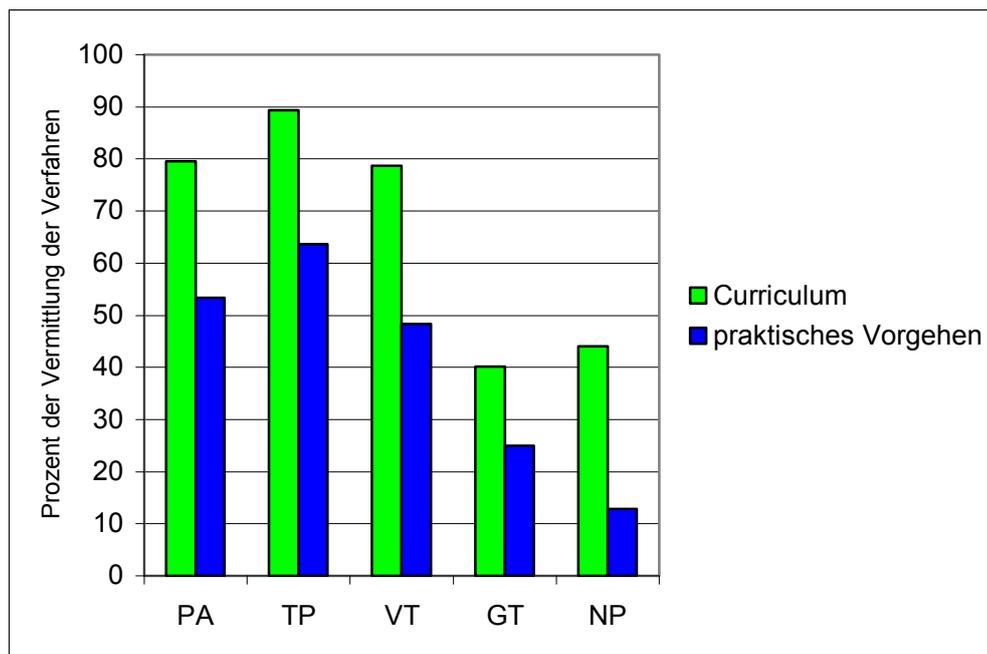


Abbildung E 4.3-1: Vermittlung von Theorie und Praxis unterteilt nach Vertiefungsverfahren

AusbildungsteilnehmerInnen

Bei den AusbildungsteilnehmerInnen im Bereich Psychologischer Psychotherapie gibt es ergänzend die interessante Aussage, dass durchgängig alle theoretisch-methodischen Inhalte während des Psychologiestudiums mit mindestens 74 bis zu 83% (bezogen auf die einzelnen Inhalte des Studiums) rückblickend als besonders hilfreich für die anschließende Psychotherapie-Ausbildung eingeschätzt werden.

Dazu gehören die Fächer und Bereiche: Methodenlehre, Allgemeine Psychologie, Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie, Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie, Biologische

Psychologie, Neuropsychologie, Klinische Psychologie, Intervention und Evaluation, Diagnostik, Forschungspraktika / Experimentelle Praktika, Berufspraktika.

- Rahmencurriculum und festgelegtes Vertiefungsverfahren bestimmen mehrheitlich die Ausgestaltung des Theoretischen Unterrichts.
- Alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren werden in den Grundkenntnissen vor allem theoretisch aber auch praxisnah gelehrt.
- Gesprächspsychotherapie hat noch nicht bedeutsamen Einzug in die Curricula gefunden.

4.3.4. Wird der Anteil der theoretischen Ausbildung an der Gesamtbildung als angemessen angesehen?

Lehrkräftebefragung

Zur Vermittlung von theoretischen Grundkenntnissen gibt es folgende Ergebnisse:

- 68,5% der Lehrkräfte plädieren für eine Beibehaltung des Umfangs,
- 18% möchten den Umfang bei der Vermittlung der Grundkenntnisse erhöhen und
- 13,5% den Umfang reduzieren.

Ähnliche Aussagen finden sich bei der ergänzenden Einschätzung für den zukünftigen Umfang bei der Vermittlung von Grundkenntnissen aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren und anderer therapeutischer Verfahren.

Diese Angaben differenzieren sich etwas unter der Betrachtung der *Vertiefungsrichtungen* (siehe auch Abbildung E 4.3-2):

Während im Bereich der *Verhaltenstherapie*

- nur 60,6% den derzeitigen Umfang der Vermittlung der Grundkenntnisse beibehalten,
- 11% ihn erhöhen und
- 28% ihn reduzieren möchten,

plädieren die VertreterInnen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit

- 75% für die Beibehaltung,
- 16,7% für die Erhöhung und
- 8,3% für die Reduktion.

Im Bereich der *Psychoanalyse* plädieren die Lehrkräfte mit

- 62,9% für die Beibehaltung,
- 31,4% für die Erhöhung und
- 5,7% für die Reduktion.

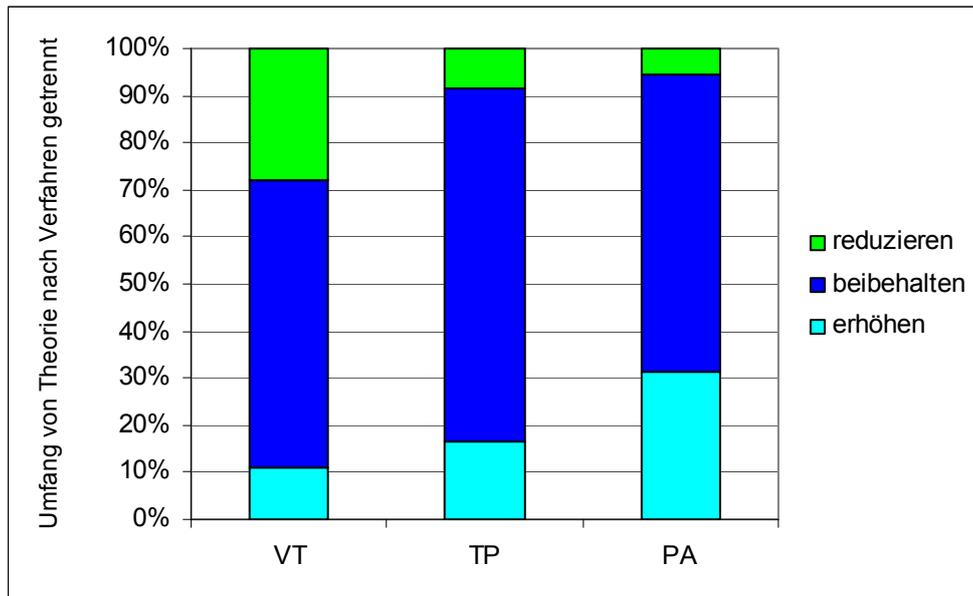


Abbildung E 4.3-2: Veränderungswunsch bzgl. des Umfangs der Theorie nach Vertiefungsverfahren aufgeteilt

Bei der Betrachtung der Ausbildungsgänge PP und KJP ergibt sich folgendes Bild (siehe auch Abbildung E 4.3-3):

Im Bereich KJP wünschen die Lehrkräfte mit

- 73,2% für eine Beibehaltung des Umfangs der Vermittlung von Grundkenntnissen,
- 20,4% für eine Erhöhung und
- 6,4% für eine Reduktion.

Im Bereich PP plädieren weniger Lehrkräfte

- 68,5% für die Beibehaltung,
- 6,2% für eine Erhöhung, allerdings
- 15,3% für eine Reduktion dieser Inhalte des theoretischen Unterrichts.

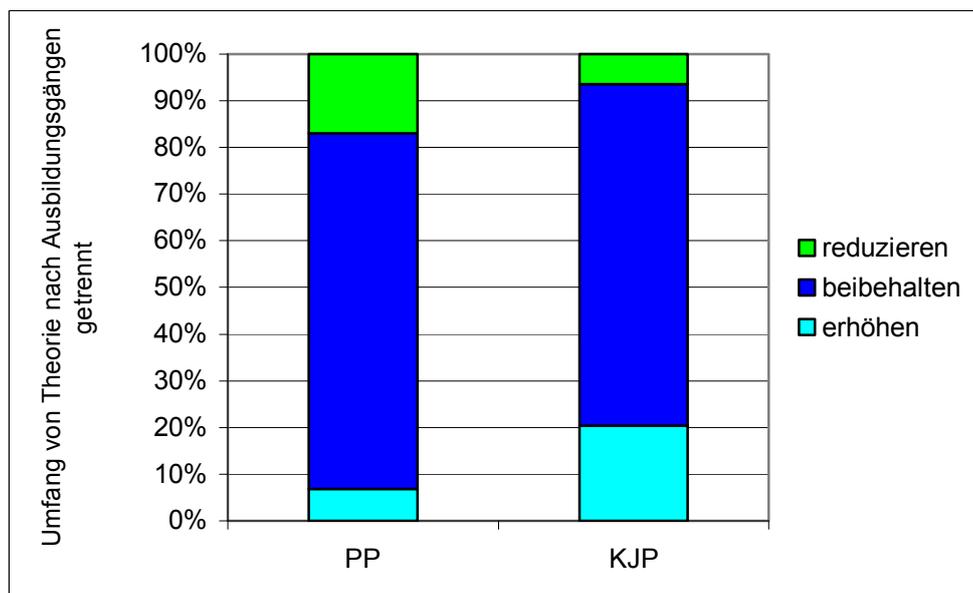


Abbildung E 4.3-3: Veränderungswunsch bzgl. der Theorie nach Ausbildungsgängen aufgeteilt

Was den zeitlichen Ablauf des theoretischen Unterrichts angeht, plädieren die meisten *Lehrkräfte* für eine Beibehaltung (59,8% - 81,2%).

Zeitiger gelehrt werden sollten nach Angaben der Lehrkräfte am ehesten praxisrelevante Inhalte: Basisvariablen therapeutischen Handelns (35,9%), Behandlungskonzepte und -techniken (26,4%) und störungsspezifisches Wissen (19,9%). Später gelehrt werden sollten am ehesten das verfahrensübergreifende Wissen (23,5%).

- Überwiegend wird für eine Beibehaltung des Umfangs des Theoretischen Unterrichts plädiert. Eine Verringerung wird eher im VT-Bereich, eine Erhöhung des Umfangs eher im KJP- und PA-Bereich gewünscht.
- Allerdings ergibt die Auswertung verschiedener Befragungen, dass vor allem die Basiskenntnisse in den grundständigen Berufen vermittelt werden und die psychotherapeutische Methodik und Praxis in der Theorieausbildung erweitert werden soll. Das Gleiche gilt auch für die Ausweitung der Kenntnisse in anderen Therapieverfahren.

4.3.5. Wie wird die theoretische Ausbildung als Bestandteil der Psychotherapieausbildung grundsätzlich bewertet?

Zur Beantwortung dieser Frage dienen Ergebnisse aus den Befragungen der ExpertInnen (Delphi), der InstitutsleiterInnen, der Lehrkräfte, der AbsolventInnen und der AusbildungsteilnehmerInnen.

Delphibefragung I

In der ersten Delphi-Befragung bewerteten die ExpertInnen die theoretische Ausbildung auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 im Mittelwert mit 2,45, also recht gut (bei einer Standardabweichung von ,03).

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Institutsleitungen stuften den theoretischen Unterricht auf Rangplätzen in der Beziehung zu den anderen Ausbildungsbausteinen ein. Dabei wurde bewertet, wie sehr sich dieser Ausbildungsbaustein eignet, dass Auszubildende gute PsychotherapeutInnen werden.

- 24,6% der Ausbildungsleitungen bewerteten den theoretischen Unterricht als außerordentlich wirksam,
- 23,8% als sehr gut wirksam,
- als gut wirksam und wirksam wurde er von jeweils 17,5% eingestuft,
- knapp 10% als angemessen wirksam und
- insgesamt 7% bewerteten den theoretischen Unterricht in diesem Sinne als befriedigend und genügend wirksam.

Die theoretischen Inhalte der Ausbildung bewerten die Institutsleitungen zu

- 9,9% als sehr gut,
- 43,8% als gut,
- 28,9% als befriedigend,
- 13,2% als ausreichend und
- 4,1% als nicht genügend.

Lehrkräftebefragung

Die Lehrkräfte vergaben Bewertungen (1=nicht zufrieden, 5=sehr zufrieden) für den theoretischen Unterricht (Mittelwerte):

- 3,7 (ziemlich zufrieden) für die theoretische Ausbildung insgesamt,
- 3,6 für das Rahmencurriculum der theoretischen Ausbildung,
- 3,5 für das Curriculum der Grundkenntnisse
- 3,8 für das Curriculum der vertieften Ausbildung.

Die in den Ausbildungsinstituten vorgefundenen Gruppengrößen für Vorlesungen, Seminare, praktische Übungen wurde durchgängig mit 4,0 (zufrieden) bewertet.

Die Hälfte der Dozentinnen und Dozenten ist mit der Anzahl der Dozenten an den Ausbildungsinstituten zufrieden, 12,8% meinen, diese Anzahl sollte größer werden.

In der Differenzierung nach Vertiefungsverfahren zeigten sich bei der Befragung der *Lehrkräfte* (DozentInnen) bezüglich

- Zufriedenheit mit zeitlichem Ablauf der theoretischen Ausbildung,
- Zufriedenheit mit dem Curriculum insgesamt,
- Zufriedenheit mit dem Curriculum der Grundkenntnisse und der
- Zufriedenheit mit dem Curriculum der vertieften Ausbildung

keine bedeutsamen Unterschiede.

Viele Lehrkräfte (n=116) schlugen in offenen Antworten zu Verbesserungsmöglichkeiten der theoretischen Ausbildung vor, in vorausgehenden Veranstaltungen das heterogene Vorwissen der TeilnehmerInnen auf einen einheitlichen Stand zu bringen („Propädeutikum“), sowohl bei pädagogischen Berufsgruppen (hier fehlt klinisch-psychologisches Vorwissen, Diagnostik-Wissen und wissenschaftlich/methodische Erfahrung), als auch bei PsychologInnen (hier fehlen pädagogische, medizinische und soziologische/lebensweltbezogene Kenntnisse).

Die notwendigen theoretischen Grundkenntnisse über Psychotherapie sollten nach der Meinung einiger Lehrkräfte innerhalb eines Masterstudienganges an den Universitäten vermittelt werden. Im Anschluss daran sollte dann die vertiefte theoretisch-methodische und praktische Ausbildung zum/zur PsychotherapeutIn an den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten stattfinden.

Auch wird vorgeschlagen, als Alternative zum heutigen Ausbildungskonzept die theoretische Ausbildung für PP und KJP-Ausbildung besser gemeinsam als getrennt durchzuführen. Eine gemeinsame theoretische Ausbildung wäre befruchtend für alle Teilnehmer und eine gegenseitige Bereicherung der unterschiedlichen Zugangsberufe innerhalb der Psychotherapieausbildung.

96 Lehrkräfte schlugen vor, dass psychoanalytisches Basiswissen bereits an der Universität vermittelt werden sollte. Es bestehe ein Mangel an Vorkenntnissen hinsichtlich psychoanalytischer Vertiefungsverfahren und deren Anwendbarkeit und Abgrenzung in Bezug zu anderen Vertiefungsverfahren. Die AusbildungsteilnehmerInnen könnten sich demnach bei der Wahl ihrer Weiterbildung nicht ausreichend frei entscheiden. Diese ungleiche Behandlung der Verfahren an den Hochschulen führe zu Fehlentscheidungen sowohl zu Ungunsten der Ausbildung zum analytischen Psychotherapeuten, als auch der VT-Ausbildung.

AbsolventInnen

Die AbsolventInnen äußerten sich hinsichtlich der Nützlichkeit des theoretischen Unterrichts für die psychotherapeutische Kompetenz und auch im Hinblick auf die damalige Vorbereitung auf die Prüfung.

Auf einer fünfstufigen Skala von 1 „gar nicht nützlich“ bis 5 „sehr nützlich“ für die Entwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz wurde die Theorie im Mittel mit 3,7 bei einer Standardabweichung von 1,1 bewertet.

Bei einer Trennung zwischen den Berufen *KJP und PP* verändert sich das Ergebnis nicht.

Bei einer Differenzierung nach Vertiefungsverfahren wird für das Vertiefungsverfahren Verhaltenstherapie hinsichtlich der Nützlichkeit der Theorieausbildung für die psychotherapeutische Kompetenz ein Mittelwert von 3,68 berechnet.

- 2% fanden ihre Theorieausbildung als gar nicht hilfreich,
- 14% als etwas hilfreich,
- 25% als mittel-hilfreich und insgesamt
- fast 60% für hilfreich bis sehr hilfreich.

Ähnliche Werte finden sich bei den psychodynamisch orientierten Verfahren mit einem Mittelwert von 4,0 bei einer Standardabweichung 1,0.

Im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung wird die Theorie im gleichen Antwortschema mit 3,4 (SD=1,2) bewertet

Auch hier unterscheiden sich die in den verschiedenen Vertiefungsverfahren ausgebildeten AbsolventInnen nicht.

AusbildungsteilnehmerInnen

Die Theorieausbildung wurde als nützlich/hilfreich für die Entwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz auf einer fünfstufigen Skala von „gar nicht“ bis „sehr“ von den AusbildungsteilnehmerInnen im Mittel mit 4,23 und einer Standardabweichung von ,93 bewertet.

Dabei bewerten Auszubildende im Bereich KJP den Theorieanteil diesbezüglich etwas höher 4,42 als Auszubildende im Bereich PP (4,15).

Auszubildende im Vertiefungsverfahren VT bewerten etwas niedriger mit 4,14 im Vergleich zu der psychodynamischen Therapie mit 4,39

Die Zufriedenheit mit diesem Ausbildungsbaustein wird von den AusbildungsteilnehmerInnen im Mittel mit 3,72 bewertet (Standardabweichung 1,0).

Es gibt keinen Unterschied zwischen der PP- und der KJP-Ausbildung, es gibt ebenso keinen Unterschied mit der Zufriedenheit mit der theoretischen Ausbildung zwischen VT und psychodynamischer Therapie.

Änderungswünsche bei den AusbildungsteilnehmerInnen gehen in folgende Richtung:

Erhöhungen im theoretischen Unterricht, insbesondere in den Bereichen Behandlungstechniken, Falldarstellungen und verfahrensübergreifenden Wissen. Mehr als die Hälfte sind der Meinung, dass störungsspezifisches Wissen und Kenntnisse im Vertiefungsverfahren, Basisvariablen und medizinische Inhalte wie bisher bestehen bleiben sollten. Auch mit dem Anteil des Einbezugs von Praktikerinnen und Praktikern zeigen sich die TeilnehmerInnen mit 60% zufrieden.

Die Theorieausbildung hat bezüglich Zufriedenheit und Nützlichkeit einen hohen Stellenwert in der Psychotherapieausbildung in allen befragten Gruppen.

4.3.6. Welche Möglichkeiten der Verbesserung der theoretischen Ausbildung gibt es?

Hier wurden Ergebnisse aus der Befragung der Lehrkräfte und der ExpertInnen (Delphibefragung) herangezogen.

Lehrkräftebefragung

Bei den Lehrkräften stimmen eben so viele einer Veränderung der theoretischen Ausbildung für TeilnehmerInnen ohne Psychologiestudium zu (41% der DozentInnen in KJP-Ausbildung), wie sie eine solche Veränderung ablehnen (43%). Von denen, die eine Veränderung der theoretischen Ausbildung für AusbildungsteilnehmerInnen ohne absolviertes Psychologiestudium wünschen, sprechen 56% für ein vorgeschaltetes Propädeutikum aus (5%) oder für zusätzliche Veranstaltungen im Verlauf der Ausbildung (54%), nur 2% wünschen sich eine andere theoretische Ausbildung.

Im Umfang so bleiben sollten nach Meinung der Lehrkräfte die Ausbildungsinhalte: Vorbereitung von Psychotherapieanträgen, Dokumentation, Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren, Vermittlung von Grundkenntnissen, vertiefte Ausbildung und störungsspezifisches Wissen (mindestens 66%).

Etwa gleich viele Lehrkräfte möchten folgende Ausbildungsbausteine erhöhen bzw. so belassen: Falldarstellungen, Behandlungstechniken und verfahrensübergreifendes Wissen.

Ein gutes Drittel der Lehrkräfte würde gerne das verfahrensübergreifende Wissen, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Basisvariablen therapeutischen Handelns im Umfang erhöhen, fast doppelt so viel möchten diesen Umfang beibehalten.

Vor allem die Lehrkräfte aus dem Bereich KJP wünschen eine deutliche Erhöhung des verfahrensübergreifenden Wissens und der Kooperation mit anderen Berufsgruppen, der Vorbereitung auf die Prüfungen und die Grundkenntnisse anderer therapeutischer Verfahren. Nach Vertiefungsverfahren aufgeteilt gibt es bei den Lehrkräften keine bedeutsamen Unterschiede.

Weiterhin fordern die Lehrkräfte (offene Antworten auf die Frage nach Verbesserungsvorschlägen für die Ausbildung allgemein, N=912, (42% der Lehrkräfte, dargestellt sind die Antwortkategorien mit den meisten Nennungen):

- eine bessere Vernetzung von Theorie und Praxis (n=15, 2% der offenen Antworten),
- Reduktion rein theoretischer Inhalte (n=28, 3%),
- klinische Erfahrungen langjähriger Praktiker nutzen (n=28, 3%),
- mehr praktisches/exemplarisches Lernen/ mehr Transferschulung theoretischen Wissens in die Praxis/ mehr Praxisbezug (n=88, 10%),
- mehr integrative / schulenübergreifende Ausbildung (n=18, 2%)
- mehr aktuelle Forschungsergebnisse (Psychotherapieforschung) (n= 55, 6%).

Konkret nach Verbesserungsvorschlägen für die theoretische Ausbildung gefragt, nannten die DozentInnen folgende Vorschläge:

- Verstärkte Vermittlung von Handwerkszeug (Behandlungstechniken, praktisches Veränderungswissen) (n=52, 6% aller Verbesserungsvorschläge)
- Verschlankung des Leistungskataloges (n=21, 3%)
- Gesonderte Seminare/Propädeutika zu Beginn der Ausbildung (n=116, 14%)
- Bessere Verzahnung von Theorie und Praxis (n=30, 4%)
- Abbau von Inhalten, die bereits an der Uni gelehrt wurden (n=19, 2%)

- Mehr Vermittlung anderer Therapieverfahren/verfahrenübergreifendes Wissen (n=16, 2%)
- Förderung eigenständigen Denkens und Handelns (n=21, 3%)
- Mehr Kooperation /Abstimmung der Dozenten untereinander (n=23, 3%).

Fazit der Lehrkräftebefragung für die Inhalte der Theorieausbildung:

Die Mehrzahl der Lehrkräfte gibt an, dass die Inhalte der Theorieausbildung vom Umfang her angemessen vertreten sind. In der zukünftigen Theorieausbildung sollten vor allem praxisbezogene Inhalte verstärkt gelehrt werden (Behandlungstechniken, Falldarstellungen, Basisvariablen therapeutischen Handelns).

Delphibefragung I

Die ExpertInnen in der ersten Delphi-Befragung wünschten insbesondere, dass Überschneidungen mit den Studiengängen aufgehoben werden. Das heißt, dass die Grundkenntnisse für die Psychotherapieausbildung vorverlagert werden sollten. So sollte auch die Grundausbildung stärker hinsichtlich der Praxisrelevanz hinterfragt und erweitert werden. Weiterhin wird gewünscht, dass Kenntnisse und Erfahrungen in anderen psychotherapeutischen Verfahren vermittelt und für die Differenzialdiagnostik die Berücksichtigung störungsspezifischer Besonderheiten bedeutsamer werden sollte. Insbesondere wird deutlich, dass Methoden- und Verfahrenskombinationen stärkere Berücksichtigung finden sollten.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Leitungen der Ausbildungsstätten empfehlen zu

- 65% die Beibehaltung der 600 Stunden theoretischen Unterrichts,
- 10% die Erweiterung auf bis zu 800 Stunden,
- 20% Stunden im Bereich von 200 bis 500.

Auch hier zielen inhaltliche Änderungsvorschläge vor allem darauf ab, Wiederholungen der Studieninhalte zu vermeiden bzw. diese anrechnen zu lassen. Weitere Vorschläge bestehen darin, den Frontalunterricht zu reduzieren, die Praxisorientierung zu erhöhen, tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie zu verklammern, die Theorie zugunsten von Übungs- und Trainingsanteilen zu reduzieren.

4.3.7. Gesamtzusammenfassung

- Dozentinnen und Dozenten haben – in dieser Reihenfolge – Qualifikationen als Psychologische PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und FachärztInnen und sind gleichermaßen geprägt durch tiefenpsychologische, psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Verfahren.
- Für das Angebot des Theoretischen Unterrichts werden unterschiedliche Settings genutzt. Manche Institute bevorzugen die Vorlesung, andere Seminare und Übungen.
- Zum Teil beinhalten die Veranstaltungen des Theoretischen Unterrichts auch Selbsterfahrungsanteile
- Rahmencurriculum und festgelegtes Vertiefungsverfahren bestimmen mehrheitlich die Ausgestaltung des Theoretischen Unterrichts.
- Alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren werden in den Grundkenntnissen vor allem theoretisch aber auch praxisnah gelehrt.
- Gesprächspsychotherapie hat bisher kaum Einzug in die Curricula gefunden.

- Überwiegend wird für eine Beibehaltung des Umfangs des Theoretischen Unterrichts plädiert. Eine Verringerung wird eher im VT-Bereich, eine Erhöhung des Umfangs eher im KJP- und PA-Bereich gewünscht.
- Allerdings ergibt die Auswertung verschiedener Befragungen, dass vor allem die Basiskenntnisse in den grundständigen Berufen vermittelt werden und die psychotherapeutische Methodik und Praxis in der Theorieausbildung erweitert werden soll. Das Gleiche gilt auch für die Ausweitung der Kenntnisse in anderen Therapieverfahren.
- Die Theorieausbildung hat bezüglich Zufriedenheit und Nützlichkeit einen hohen Stellenwert in der Psychotherapieausbildung in allen befragten Gruppen.

4.4. Praktische Ausbildung und Supervision

Das Gutachten soll Ausführungen zur Gestaltung und Durchführung der praktischen Ausbildung enthalten sowie Fragen über allgemeine Zufriedenheit und Angemessenheit bezüglich ihres Umfangs beantworten.

Zur Beantwortung der Fragen wurden die Befragungen der AbsolventInnen, der TeilnehmerInnen, der InstitutsleiterInnen, der Lehrkräfte und der Landesprüfungsämter sowie die Ergebnisse der Delphibefragung verwendet.

4.4.1. Wie und in welcher Form wird die praktische Ausbildung in die Gesamtausbildung eingefügt? Sind hierbei besondere verfahrensspezifische Unterschiede zu erkennen?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden die Ergebnisse der Befragungen der AbsolventInnen, der TeilnehmerInnen und der Lehrkräfte verwendet.

AbsolventInnen

579 (79,1%) AbsolventInnen bewerteten den Beginn ihrer praktischen Ausbildung vor dem Hintergrund ihrer therapeutischen Kompetenz im Nachhinein als angemessen. Die Einschätzungen der AbsolventInnen wiesen keine signifikanten Unterschiede zwischen den verhaltenstherapeutischen und den psychodynamischen Verfahren auf.

Die AbsolventInnen wurden gebeten die Zufriedenheit mit der fachlichen Betreuung durch die Ausbildungsstätte während der praktischen Ausbildung zu bewerten. (1-5, 5=sehr zufrieden). Sie gaben eine mittlere Zufriedenheit von 3,3 (SD=0,9) mit der Betreuung durch ihre Ausbildungsstätte an.

TeilnehmerInnen

80,2% der TeilnehmerInnen (n=1726) hielten den Beginn der Praktischen Ausbildung vor dem Hintergrund ihrer damaligen Kompetenz für angemessen.

Die TeilnehmerInnen wiesen eine mittlere Zufriedenheit (M=3,5; SD=1,1) mit der Betreuung durch die Ausbildungsstätte während der praktischen Ausbildung auf. Die TeilnehmerInnen der Psychoanalytischen (PA) Institute und der Institute, die sowohl tiefenpsychologische als auch psychoanalytische Vertiefungen (verklammerte Ausbildung) anboten, zeigten eine signifikant höhere Zufriedenheit im Vergleich zu den TeilnehmerInnen der anderen Vertiefungen (F=37,06; df=3, p<.001) (Tabelle E 4.4-1).

Tabelle E 4.4-1: Zufriedenheit mit Ausbildungsstätte vor Ort – unterteilt nach den Vertiefungsverfahren der TeilnehmerInnen

	n	M	SD
Verhaltenstherapie (VT)	1155	3,4	1,2
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	262	3,4	1,2
Psychoanalyse (PA)	61	4,1	1,1
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	248	4,1	0,9
Gesamt	1726	3,5	1,1

Lehrkräfte

Die Lehrkräfte wurden gefragt, ob folgende Inhalte der praktischen Ausbildung im zeitlichen Ablauf der Ausbildung: zeitiger gelehrt werden, so bleiben oder später gelehrt werden sollten. Nach folgenden Inhalten der Lehre wurde gefragt: Falldarstellungen, Behandlungskonzepte und -techniken, störungsspezifisches Wissen, verfahrenübergreifendes Wissen, Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren, Basisvariablen therapeutischen Handelns, Dokumentation/Antragstellung.

Über alle erfragten Inhalte hinweg wurde von den DozentInnen überwiegend angegeben, dass der zeitliche Ablauf so bleiben soll (59,8%-81,2%).

Zeitiger gelehrt werden sollten nach Angaben der DozentInnen am ehesten vor allem praxisrelevante Inhalte:

- Basisvariablen therapeutischen Handelns (35,9%),
- Behandlungskonzepte und -techniken (26,4%) und
- störungsspezifisches Wissen (19,9%).

Später gelehrt werden sollten am ehesten verfahrenübergreifendes Wissen (23,5%).

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Verfahren zeigten sich bei allen Inhalten außer bei: Behandlungskonzepten, verfahrenübergreifendem Wissen und Dokumentation. Hier sprachen sich alle Lehrkräfte für eine Beibehaltung des zeitlichen Ablaufes aus. 26% der Lehrkräfte aller Verfahren wollten, dass Behandlungstechniken im Hinblick auf die praktische Ausbildung zeitiger gelehrt werden (Tabelle E 4.4-2, Tabelle E 4.4-3).

Tabelle E 4.4-2: Zeitlicher Ablauf spezifischer Inhalte der Lehre im Hinblick auf die praktische Ausbildung

Im Hinblick auf die Praktische Ausbildung sollten im zeitlichen Ablauf der Ausbildung die Inhalte...		Vertiefungsrichtung					
		VT		PD		PA/VT	
		n	%	n	%	n	%
störungsspezifisches Wissen	später gelernt werden	12	9,8	103	83,7	8	6,5
	so bleiben	375	36,9	572	56,2	70	6,9
	zeitiger gelernt werden	94	34,3	156	56,9	24	8,8
verfahrenübergreifendes Wissen	später gelernt werden	102	32,0	200	62,7	17	5,3
	so bleiben	293	35,6	472	57,4	58	7,0
	zeitiger gelernt werden	66	31,3	121	57,3	24	11,4
Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren	später gelernt werden	14	41,2	14	41,2	6	17,6
	so bleiben	399	34,0	687	58,6	86	7,3
	zeitiger gelernt werden	62	28,2	148	67,3	10	4,5
Basisvariablen therapeutischen Handelns	später gelernt werden	4	12,9	25	80,6	2	6,5
	so bleiben	266	30,4	553	63,3	55	6,3
	zeitiger gelernt werden	206	42,2	237	48,6	45	9,2
Falldarstellungen	später gelernt werden	9	42,9	11	52,4	1	4,8
	so bleiben	297	30,7	609	63,0	61	6,3
	zeitiger gelernt werden	157	35,8	241	54,9	41	9,3

Tabelle E 4.4-3: Statistisch signifikante Verfahrensunterschiede

	VT - PD	VT-PD/VT	PD/VT-PD
Falldarstellungen	p<.05	n.s.	p<.05
Störungsspezifisches Wissen	p<.05	n.s.	n.s.
Verfahrenübergreifendes Wissen	n.s.	p<.05	p<.05
Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren	p<.05	n.s.	p<.05
Basisvariablen therapeutischen Handelns	p<.05	n.s.	p<.05

U-Tests nach Mann-Whitney

Die Supervision wurde in fast allen Fällen pro vier Behandlungsstunden durchgeführt. Lediglich in der Verhaltenstherapeutischen Ausbildung wurde von 10% der Befragten eine unregelmäßigere Supervision angegeben (Tabelle E 4.4-4).

Tabelle E 4.4-4: Verhältnis von Supervisions- zu Behandlungsstunden während der Praktischen Ausbildung zum Zeitpunkt der Befragung (Vertiefung grob)

Welches Verhältnis von Supervisions- zu Behandlungsstunden besteht bei den meisten TeilnehmerInnen derzeit?	Vertiefungsverfahren der Lehrkräfte							
	VT		PD		PA&VT		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
eine Supervisionsstunde pro vier Behandlungsstunden	307	83,9	577	89,3	79	86,8	963	87,3
anderes Verhältnis	18	4,9	56	8,7	5	5,5	79	7,2
Supervision eher unregelmäßig	41	11,2	13	2,0	7	7,7	61	5,5
Gesamt	366	100,0	646	100,0	91	100,0	1103	100,0

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die InstitutsleiterInnen wurden gefragt, ob und in welchem Umfang ihre TeilnehmerInnen auch durchgeführte Therapien, die nicht ambulante Behandlungen waren, anerkannt bekamen, und welche Klientel (z.B. Paare, Familien) im Rahmen der praktischen Ausbildung ebenfalls behandelt werden durften.

Die Verhaltenstherapeutischen Institute erkannten für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten im Mittel 132,6 h (SD=139,8) Behandlungen stationärer PatientInnen an. Im Rahmen dieser Ausbildung akzeptieren sie zudem im Mittel 63 h (SD=145,2) Gruppenbehandlungen. Die Institute der anderen Vertiefungen akzeptierten deutlich weniger Abweichungen von der vorgegebenen Struktur der praktischen Ausbildung (Tabelle E 4.4-5).

Tabelle E 4.4-5: Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der praktischen Ausbildung

		TP	PA	VT	TP/PA	VT & PD	Gesamt
KJP Erwachsene	n	9	2	41	33	8	94
	M	0,0	0,0	4,9	0,0	0,0	3,2
	SD	0,0	0,0	21,8	0,0	0,0	17,7
PP Kinder/Jugend.	n	9	2	48	33	8	101
	M	44,4	0,0	87,9	2,4	40,0	50,7
	SD	88,2	0,0	111,2	13,9	77,1	91,8
PP Gruppen	n	9	2	48	33	8	101
	M	22,2	0,0	63,3	0,1	22,6	33,9
	SD	45,2	0,0	145,2	0,2	44,6	105,2
KJP Gruppen	n	9	2	44	32	8	96
	M	8,9	0,0	28,4	0,0	7,6	14,5
	SD	26,7	0,0	47,4	0,2	21,2	35,9
PP stationäre Pat.	n	9	2	48	34	8	102
	M	35,6	0,0	132,6	22,9	60,3	77,9
	SD	73,3	0,0	139,8	59,9	90,5	118,6
KJP stationäre Pat.	n	9	2	44	32	8	96
	M	22,2	0,0	56,9	6,3	60,0	35,2
	SD	66,7	0,0	96,8	35,4	90,7	79,0
PP Paare	n	9	2	42	33	8	95
	M	2,2	0,0	20,0	5,2	0,5	11,4
	SD	6,7	0,0	93,7	14,8	1,4	63,2
KJP Paare	n	9	2	42	32	8	94
	M	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
	SD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2
PP Familien	n	9	2	42	33	7	94
	M	0,0	0,0	15,7	2,1	0,6	7,8
	SD	0,0	0,0	92,6	9,3	1,5	62,1
PP Bezugspersonen	n	8	2	41	32	7	91
	M	3,8	0,0	3,9	2,8	4,4	4,0
	SD	7,4	0,0	12,4	9,9	11,3	11,8

41 InstitutsleiterInnen, die eine tiefenpsychologische Ausbildung anboten, gaben an, dass der Ausbildungsbaustein Praktische Ausbildung für ihre TeilnehmerInnen im Mittel 689,3 h (SD=294,1) betrug. 23 Institute mit psychoanalytischen Ausbildungen benannten eine Stundenzahl von im Mittel 842 h (SD=309,7).

63 verhaltenstherapeutische Institute gaben eine Stundenzahl von im Mittel 693 h (SD=229,9) für ihre TeilnehmerInnen an. Die TeilnehmerInnen der Institute (n=47), die eine verklammerte Ausbildung anboten (Verhaltenstherapie und psychodynamische Verfahren), absolvierten im Mittel 1047,5 h (SD=256,1) Behandlungsstunden im Rahmen der praktischen Ausbildung.

Landesprüfungsämter

Die Landesprüfungsämter erkannten im Ausbildungsgang zum Psychologischen Psychotherapeuten in der Mehrzahl (n=9) Behandlungsstunden mit Kindern- und Jugendlichen an. Die Spanne für die formale Anerkennung lag hier zwischen 60 h bis maximal 300 h.

Im Ausbildungsgang zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden dagegen nur von einem Landesprüfungsamt Behandlungsstunden mit Erwachsenen angerechnet.

Nur 3 Landesprüfungsämter akzeptierten für die formale Anerkennung Behandlungsstunden mit Gruppen, davon akzeptieren 2 einen Umfang von 60 h.

- Die Mehrzahl der AbsolventInnen hielt den Beginn der Praktischen Ausbildung für angemessen. Die AbsolventInnen gaben eine mittlere Zufriedenheit mit der fachlichen Betreuung während der praktischen Ausbildung durch ihre Ausbildungsstätte an.
- Auch die Mehrzahl der TeilnehmerInnen hielt den Beginn ihrer praktischen Ausbildung für angemessen. Die TeilnehmerInnen der PA Institute und der verklammerten Ausbildung wiesen eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der fachlichen Betreuung durch ihre Ausbildungsstätten für die praktische Ausbildung auf, als die TeilnehmerInnen der anderen Institute.
- Die Mehrheit der Lehrkräfte wollte den Zeitpunkt der Lehre und die Inhalte, die in der praktischen Ausbildung vermittelt werden, beibehalten.
- Supervision fand in den meisten Fällen regelmäßig nach jeder vierten Behandlungsstunde statt.
- Die verhaltenstherapeutischen Institute erkannten für die praktische Ausbildung im Vergleich zu den anderen Instituten am meisten andere Behandlungsvariationen (Gruppe und stationäre PatientInnen) an.
- Die TeilnehmerInnen der Institute, die verhaltenstherapeutische und psychoanalytische Ausbildungen anboten, führten mit im Mittel ca. 1050 h die meisten Behandlungsstunden durch.
- Die meisten Landesprüfungsämter akzeptierten für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten Behandlungsstunden mit Kindern- und Jugendlichen. 3 Landesprüfungsämter akzeptierten eine gewisse Anzahl von Gruppenstunden.

4.4.2. Wird die Teilnahme an der praktischen Ausbildung von besonderen Vorleistungen abhängig gemacht?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden der AbsolventInnenfragebogen; der TeilnehmerInnenfragebogen und die InstitutsleiterInnenbefragung verwendet.

AbsolventInnen

Die AbsolventInnen wurden gebeten anzugeben, wann sie ihre praktische Ausbildung begonnen hatten (Mehrfachantworten waren möglich). Von insgesamt 666 AbsolventInnen gaben 620 an, nach folgenden Vorleistungen begonnen zu haben (angegeben in aufsteigender Reihenfolge):

44,8% der AbsolventInnen der verhaltenstherapeutischen Richtung (n=233) konnten die praktische Ausbildung nach einer institutsinternen Zwischenprüfung beginnen. Dieses Kriterium galt auch für 55,8% der AbsolventInnen (n=29) der Tiefenpsychologischen Richtungen und für 50% der PA AbsolventInnen (n=2). 64,7% der AbsolventInnen der verklammerten Ausbildungen konnten ebenfalls nach einer Zwischenprüfung beginnen.

26,9% der VT AbsolventInnen (n= 140) gaben an, sie hätten ihre Behandlungserlaubnis zu Beginn der praktischen Tätigkeit (PT I) erhalten (Tabelle E 4.4-6).

Tabelle E 4.4-6: Beginn der AbsolventInnen mit der Praktischen Ausbildung gleichzeitig mit Beginn der PT I

	n	%
Verhaltenstherapie (VT)	140	26,9
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	6	11,5
Psychoanalyse (PA)	0	0
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	3	8,8
Gesamt	203	47,2

14,8% der VT AbsolventInnen (n=177) konnten zu Beginn der Praktischen Tätigkeit II (PT II) mit der praktischen Ausbildung beginnen (Tabelle E 4.4-7).

Tabelle E 4.4-7: Beginn AbsolventInnen mit der Praktischen Ausbildung gleichzeitig mit PT II

Richtung	n	%
Verhaltenstherapie (VT)	177	14,8
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	5	9,6
Psychoanalyse (PA)	0	0,0
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	6	17,6
Gesamt	233	42,0

13,5% (n=7) der AbsolventInnen der Tiefenpsychologischen Richtung konnten nach der Genehmigung ihrer Anamnesen mit ihren ambulanten Behandlungen beginnen. Diesen Zeitpunkt gaben auch 1/4 der AbsolventInnen der psychoanalytischen Richtungen und 38,2% der AbsolventInnen der verklammerten Institute (n=13) an. Nur 3,7% der Verhaltenstherapeutischen AbsolventInnen nannten diesen Punkt als Kriterium, für den Beginn ihrer praktischen Ausbildung.

20,8% der Verhaltenstherapeutischen AbsolventInnen (n=108) gaben an, nach der Hälfte der Ausbildungszeit (1,5 oder 2,5 Jahre) mit der praktischen Ausbildung begonnen zu haben (Tabelle E 4.4-8).

Tabelle E 4.4-8: Beginn der AbsolventInnen praktische Ausbildung nach Hälfte der Ausbildungszeit

Richtung	n	%
Verhaltenstherapie (VT)	108	20,8
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	6	11,5
Psychoanalyse (PA)	1	25,0
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	1	2,9
Gesamt	116	35,2

56 AbsolventInnen der verhaltenstherapeutischen Institute konnten nach im Mittel 319 h (SD=139,8) Theorie mit ihren ambulanten Behandlungen beginnen.

134 AbsolventInnen der Verhaltenstherapeutischen Richtungen begannen nach einer erreichten Stundenzahl von im Mittel 1196 h (SD=233) während der Praktischen Tätigkeit I mit ihrer praktischen Ausbildung.

72 AbsolventInnen der verhaltenstherapeutischen Richtungen konnten nach durchschnittlich 614 (SD=197,8) absolvierten Stunden der Praktischen Tätigkeit II (PTII) mit ihrer praktischen Ausbildung beginnen (Tabelle E 4.4-9).

Tabelle E 4.4-9: Beginn der AbsolventInnen Praktische Ausbildung in Anzahl h Theorie, PT I, PT II

Beginn der Praktischen Ausbildung		n	M	SD
Stundenanzahl Theorieausbildung	VT	56	319	139,8
	TP	2	400	282,8
	TP/PA	3	166	57,7
	Gesamt	61	314	143,9
Stundenanzahl PT I	VT	134	1196	233
	TP	6	1133	250,1
	TP/PA	3	1333	230,0
	Gesamt	143	1196	233,2
Stundenanzahl PT II	VT	72	613,9	179,8
	TP	5	620	44,7
	TP/PA	6	455	240,3
	Gesamt	83	602	182,6

Nur 63 (10,6%) der AbsolventInnen nannten die Genehmigung ihrer Falldokumentationen als den Zeitpunkt, an dem sie mit ihren ambulanten Behandlungen beginnen konnten.

5,7% der AbsolventInnen konnten nach dem Erreichen der Hälfte der Ausbildungsstunden mit der praktischen Ausbildung beginnen.

Ohne Vorleistungen (Beginn jederzeit) konnten 17,9% der verhaltenstherapeutischen AbsolventInnen (n=93), 21,2% der tiefenpsychologischen Richtungen (n=11) und 1/4 der psychoanalytischen Vertiefungen (n=1) beginnen. Dies traf auch für 14,7% der AbsolventInnen zu, die an einem der Institute ihre Ausbildung durchführten, die sowohl verhaltenstherapeutische, als auch psychodynamische Verfahren anboten.

Es fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen verschiedenen Zeitpunkten des Beginns der praktischen Ausbildung und der Einschätzung der AbsolventInnen, ob dieser Beginn im Ausbildungsverlauf als: „zu zeitig, spät oder zeitlich angemessen“ eingeschätzt wurde. Allerdings schätzten 31% der AbsolventInnen, die ihre Ausbildung nach genau der Hälfte der Ausbildungszeit (1,5 oder 2,5 Jahre) begannen, ihren Beginn als zu spät ein. Dieser Effekt ergab sich durch die Angaben der AbsolventInnen, die eine Vollzeitausbildung (3 Jahre) absolvierten. (χ^2 , n=335=12,76, p<.01).

TeilnehmerInnen

1174 TeilnehmerInnen konnten nach einer institutsinternen Zwischenprüfung mit ihren ambulanten Behandlungsstunden beginnen.

16,5% der TeilnehmerInnen (n=507) konnten die praktische Ausbildung zeitgleich mit der theoretischen Ausbildung beginnen.

Nur n=554 (18%) der TeilnehmerInnen gaben an, dass sie die praktische Ausbildung gemeinsam mit der Praktischen Tätigkeit I begonnen hätten. 11,6% (n=335) begannen gemeinsam mit der Praktischen Tätigkeit II.

36 (16,2%) der TeilnehmerInnen der tiefenpsychologischen Richtungen und 38,6% der TeilnehmerInnen der TP/PA Ausbildungen, konnten nach der Genehmigung ihrer durchgeführten Anamnesen mit den ambulanten Behandlungen beginnen. Dieses Kriterium wurde nur von 2% der TeilnehmerInnen der Verhaltenstherapeutischen Richtung angegeben.

5,7% (n=274) der TeilnehmerInnen konnten nach der Genehmigung von Falldokumentationen beginnen.

Insgesamt gaben nur 4,3% der TeilnehmerInnen an, nach der Hälfte der Stunden ihre praktische Ausbildung begonnen zu haben. 11,5% konnten nach der Hälfte der Zeit beginnen.

510 TeilnehmerInnen konnten nach im Mittel 419 h (SD=563) Theorie mit ihrer praktischen Ausbildung beginnen. 560 TeilnehmerInnen gaben an, nach einer absolvierten Stundenzahl von 1127 h (SD=537) der Praktischen Tätigkeit I mit ihren ambulanten Behandlungen begonnen zu haben. 352 TeilnehmerInnen konnten mit der praktischen Ausbildung beginnen, nachdem sie im Mittel 602 h (SD=542) der praktischen Tätigkeit II absolviert hatten (Tabelle E 4.4-10).

Ohne Vorleistungen konnten nur 167 (5,4%) TeilnehmerInnen mit der praktischen Ausbildung beginnen.

Tabelle E 4.4-10: Beginn der TeilnehmerInnen praktische Ausbildung nach Anzahl in h Theorie; PT I; PT II

Beginn der Praktischen Ausbildung		n	M	SD
Stundenanzahl Theorieausbildung	VT	298	416	641,5
	TP	81	507	604,6
	PA	30	410	379,2
	TP/PA	101	358	214,5
	Gesamt	510	419	562,9
Stundenanzahl PT I	VT	407	1123	576,7
	TP	85	1190	428,7
	PA	10	851,6	561,5
	TP/PA	58	1107	345,2
	Gesamt	560	1127	537,0
Stundenanzahl PT II	VT	232	635	651,0
	TP	56	590	148,0
	PA	7	485	295,1
	TP/PA	57	490	206,0
	Gesamt	352	602	541,9

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Institute, die alle relevanten Fragen beantworteten, teilten sich wie folgt auf: 54 VT Institute, 10 TP Institute, 2 PA Institute, 49 verklammerte Institute (TP/PA) und 8 Institute, die sowohl eine VT als auch eine PD Ausbildung anboten.

Die Mehrheit der Institute verlangte eine institutsinterne Zwischenprüfung.

Das Erreichen der zeitlichen Hälfte der Ausbildung benannten 24 der VT Institute (44,4%) als Zeitpunkt für die Auszubildenden mit der Praktischen Ausbildung zu beginnen, dies traf nur auf 7% der Tiefenpsychologischen Institute zu.

Die erreichte Hälfte der theoretischen Ausbildung legten 17 der VT Institute (31,5%) als Maßstab an, ihre Auszubildenden mit den ambulanten Behandlungen beginnen zu lassen. Für n=6 (12,2%) der Institute, die verklammerte Ausbildungen (TP/PA) anboten, war dies ebenso ein Kriterium, wie für 4 der Institute, die sowohl VT als auch psychodynamische Ausbildungen anbieten. Nur 1 TP Institut akzeptierte diesen Zeitpunkt als Beginn der praktischen Ausbildung, keines der beiden PA Institute.

Nach einer Einschätzung des individuellen Ausbildungsstandes durch die LeiterInnen, konnten bei 1/4 der VT Institute die Auszubildenden mit der praktischen Ausbildung beginnen. Dieses Kriterium legten auch 1/3 der TP Institute und eines der PA Institute zugrunde. 16 (32,7%) der verklammerten Institute (TP/PA) ließen ebenfalls nach einer Einschätzung des individuellen Ausbildungsstandes durch die LeiterInnen, ihre Auszubildenden mit den Behandlungen beginnen, wie auch eines der Institute, die sowohl VT als auch PD Verfahren anboten.

Nach einem Eignungsgespräch, gaben 12 der VT Institute (22,2%) ihren Auszubildenden die Genehmigung mit den ambulanten Behandlungen zu beginnen. Dies galt auch für die Auszubildenden von 2 TP Instituten und von 1 Institut, das eine verklammerte Ausbildung anbot.

Nur bei einem verhaltenstherapeutischen Institut konnten die TeilnehmerInnen jederzeit mit der praktischen Ausbildung beginnen. 9 Institute (davon n=6 VT), erlaubten einen Beginn der ambulanten Behandlungen ab dem Beginn der Gesamtausbildungszeit.

- Nur eine Minderheit der AbsolventInnen und der TeilnehmerInnen konnten ohne Vorleistungen mit ihrer praktischen Ausbildung beginnen.
- Die Mehrheit, sowohl der AbsolventInnen als auch der TeilnehmerInnen begann mit ihren ambulanten Behandlungsstunden nach einer institutsinternen Zwischenprüfung.

4.4.3. In welchem zeitlichen und fachlichen Bezug stehen Selbsterfahrung und Praktische Ausbildung zueinander? Erfolgen sie parallel oder zeitlich getrennt?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden der Fragebogen für die Lehrkräfte, der Fragebogen für die InstitutsleiterInnen und der Fragebogen für die Teilnehmer verwendet.

Lehrkräfte

Die Lehrkräfte wurden gefragt, wann die Selbsterfahrung der TeilnehmerInnen in den meisten Fällen beginnt: zu Beginn der Ausbildung, mit Beginn der Praktischen Tätigkeit („Psychiatriejahr“) oder mit Beginn der praktischen Ausbildung.

Von den 481 erfassten SelbsterfahrungsleiterInnen gaben nur 7% (n=38) an, dass der Beginn der Selbsterfahrung zeitgleich mit dem der praktischen Ausbildung lag. Die Mehrheit, 79,9% (n=434) nannte als Start der Selbsterfahrung den Beginn der Gesamtausbildung.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Nur 1 Institut (VT/PD) von insgesamt 118 Instituten gab an, die Selbsterfahrung der TeilnehmerInnen habe mit der praktischen Ausbildung begonnen. Alle anderen Institute gaben mehrheitlich an, die Selbsterfahrung beginne zu Beginn der Gesamtausbildung. Als anderer Beginn wurde ein halbes Jahr nach Beginn der Gesamtausbildung angegeben.

TeilnehmerInnen

168 TeilnehmerInnen der VT Richtung gaben an, nach im Mittel 92 h (SD=35) Selbsterfahrung ihre praktische Ausbildung begonnen zu haben. Die meisten Selbsterfahrungsstunden (M=229; SD=181), die vor dem Beginn der ambulanten Behandlungsstunden absolviert wurden, nannten die TeilnehmerInnen der Institute, die Tiefenpsychologische oder Psychoanalytische Ausbildungen anboten (Tabelle E 4.4-11).

Tabelle E 4.4-11: Dauer der Selbsterfahrung (h), die vor Beginn der praktischen Ausbildung absolviert werden musste (TN)

	n	M	SD
Verhaltenstherapie (VT)	168	92	35,2
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	94	100	72,2
Psychoanalyse (PA)	35	217	188,7
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	152	229	180,7
Gesamt	449	150	139,7

- Die Mehrheit der Lehrkräfte gab an, dass die Auszubildenden mit der Selbsterfahrung zu Beginn der Gesamtausbildung beginnen.
- Die Mehrzahl der Institute benannte als Start der Selbsterfahrung den Beginn der Gesamtausbildung.
- Die TeilnehmerInnen der verhaltenstherapeutischen Institute konnten in Mittel nach 92 h absolvierter Selbsterfahrung mit der praktischen Ausbildung beginnen. Die TeilnehmerInnen, die an den Instituten mit verklammerten Verfahren ausgebildet wurden, erst nach im Mittel 229 h Selbsterfahrung.
- Die Selbsterfahrung beginnt also im Rahmen der Gesamtausbildung in der Regel früher als die praktische Ausbildung.

4.4.4. Welche Behandlungen werden in welchem Umfang von den Ausbildungsteilnehmern durchgeführt?

Zur Beantwortung der Frage wurde die Befragung der AbsolventInnen herangezogen.

AbsolventInnen

Die AbsolventInnen wurden gefragt, welche Arbeitsbereiche und Diagnosegruppen sie im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung kennen lernten.

Die Mehrheit der AbsolventInnen führte während der praktischen Ausbildung Einzeltherapien durch (83% häufigste Nennung). 73% der AbsolventInnen gaben an, Psychodiagnostische Leistungen erbracht zu haben (Abbildung E 4.4-1).

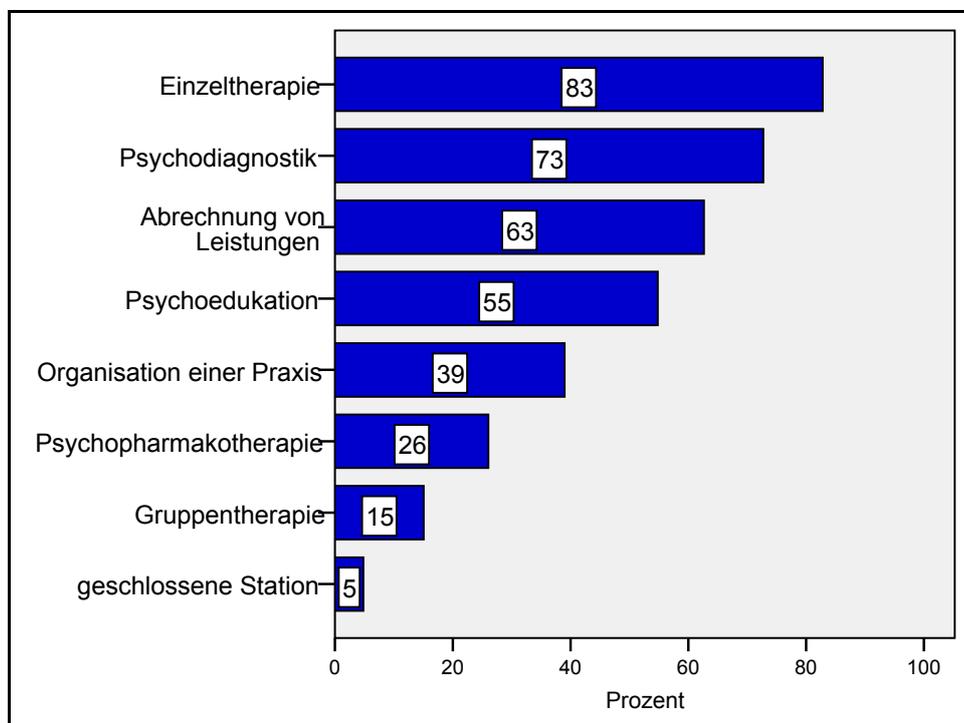


Abbildung E 4.4-1: Arbeitsbereiche, die die AbsolventInnen während der praktischen Ausbildung kennenlernten

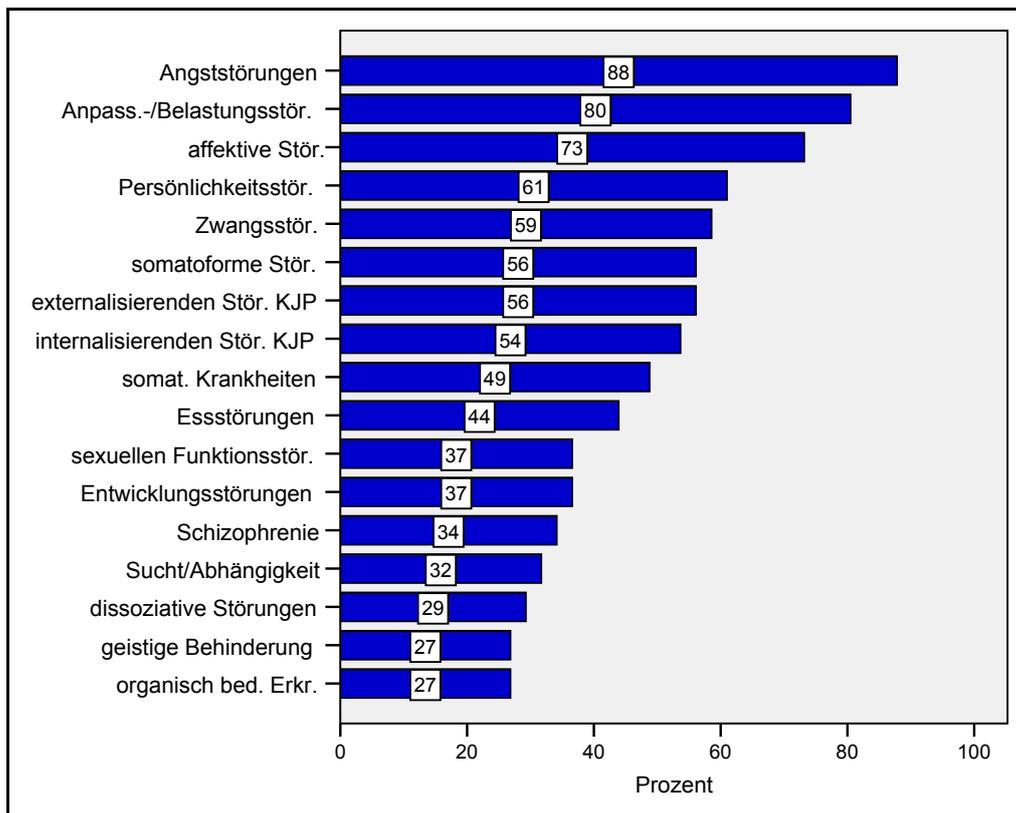


Abbildung E 4.4-2: Diagnosegruppen, die die AbsolventInnen während der praktischen Ausbildung behandelt haben

Die meisten AbsolventInnen (88%) erklärten, Therapien mit PatientInnen mit Angsterkrankungen durchgeführt zu haben. 73% führten Therapien mit PatientInnen durch, die an affektiven Störungen erkrankt waren und 80% erlernten den therapeutischen Umgang mit PatientInnen, die eine Anpassungs- und Belastungsstörung aufwiesen (Abbildung E 4.4-2).

4.4.4.1. Wie erfolgt die Dokumentation der Fälle während der praktischen Ausbildung?

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Mehrheit der 129 (93%) erfassten InstitutsleiterInnen bejaht die Frage, ob die in ihrem Institut durchgeführten Ambulanztherapien dokumentiert werden. Die Hälfte der Institute zeichnete die Ambulanztherapien mit Bild und Ton für die SupervisorInnen auf.

- Die Mehrheit der befragten AbsolventInnen führte während der praktischen Ausbildung Einzeltherapien durch und erlernte Kenntnisse der Psychodiagnostik.
- Hauptsächlich sammelten sie Erfahrungen mit den ICD-10 Störungsbildern Angsterkrankungen, affektiven Störungen und Anpassungs- und Belastungsstörungen.
- Die Mehrheit der Institute dokumentierte die Ambulanztherapien.

4.4.5. Erfolgt die praktische Ausbildung nur in dem jeweiligen Vertiefungsverfahren oder werden auch Zweitverfahren angeboten?

Zur Beantwortung der Frage wurde der Fragebogen für die InstitutsleiterInnen verwendet.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die InstitutsleiterInnen wurden gefragt, ob ihr Curriculum am Schwerpunktverfahren oder schulenoffen/-übergreifend orientiert sei.

Die Mehrheit der Institute ($M=5$; $SD=6,2$) orientierte sich am jeweiligen Schwerpunktverfahren. Die Psychoanalytischen Schulen bieten im Mittel ($M=2,5$; $SD=0,7$) am wenigsten schulenübergreifende Verfahren an. 9 der tiefenpsychologischen Institute ($M=3,7$; $SD=0,9$) benannten dagegen am häufigsten, schulenübergreifend zu arbeiten.

Die Frage, nach dem Angebot sonstiger Verfahren, ergab dass die meisten Institute noch andere Zweitverfahren anbieten. Die häufigsten zusätzlich benannten Verfahren waren systemische Ansätze ($n=14$) und Hypnotherapie / Hypnose ($n=7$).

Die Institute wurden allerdings nicht gefragt, ob sie diese Verfahren während der Ausbildung lehren.

- Die Frage lässt sich aus der Datenlage nicht direkt beantworten. Hinweise darauf, dass überwiegend im jeweiligen Vertiefungsverfahren ausgebildet wird, geben die Daten aus der Institutsleiterbefragung.
- Die Mehrheit der Institute orientierte ihr Curriculum am jeweiligen Schwerpunktverfahren. Die Tiefenpsychologischen Institute arbeiteten am häufigsten schulenübergreifend.
- Die Institute boten viele zusätzliche Verfahren an, zumeist wurden als zusätzliche Verfahren Systemische Verfahren und die Hypnotherapie angeboten.

4.4.6. Wie und in welcher Qualität erfolgt die Supervision?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Fragebögen für die AbsolventInnen, die Teilnehmer, die InstitutsleiterInnen und für die Lehrkräfte verwendet.

AbsolventInnen

Ein Drittel der befragten AbsolventInnen ($n=182$) bejahte die Fragen, ob sie eine Rückmeldung zur Qualität der Supervision geben konnten, sowohl für die Einzel- als auch für die Gruppensupervision. Die Frage, ob diese Rückmeldungen ernst genommen und zu Veränderungen geführt hätten, beantworteten insgesamt nur 24 AbsolventInnen. Davon bejahten $n=15$ die Frage.

Tabelle E 4.4-12: Nützlichkeit der Einzel- und Gruppensupervision für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz und die Vorbereitung auf die Prüfung für die AbsolventInnen

Nützlichkeit		n	M	SD
der Einzelsupervision für die Prüfungsvorbereitung	VT	506	3,07	1,26
	TP	49	3,20	1,33
	PA	4	2,75	1,70
	TP/PA	33	2,88	1,43
	Gesamt	592	3,07	1,27
der Gruppensupervision für die Prüfungsvorbereitung	VT	507	2,76	1,18
	TP	48	2,67	1,22
	PA	4	2,25	1,89
	TP/PA	33	2,45	1,32
	Gesamt	592	2,73	1,20
der Einzelsupervision zur Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz	VT	508	4,47	0,79
	TP	49	4,59	0,67
	PA	4	5,00	0,00
	TP/PA	33	4,70	0,52
	Gesamt	594	4,49	0,77
der Gruppensupervision zur Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz	VT	508	4,02	0,93
	TP	48	3,79	1,22
	PA	4	4,50	1,00
	TP/PA	33	4,27	1,00
	Gesamt	593	4,02	0,96

Die AbsolventInnen wurden gefragt, wie nützlich/hilfreich sie die *Einzelsupervision* für die Entwicklung ihrer therapeutischen Kompetenz einschätzen. Es wurde eine Antwortskala von 1=gar nicht, 2=etwas, 3=mittel, 4=ziemlich, 5=sehr vorgegeben. Die Einzelsupervision erlebten die 529 erfassten AbsolventInnen über alle Vertiefungen hinweg als sehr hilfreich ($M=4,5$; $SD=0,8$) für die Entwicklung ihrer therapeutischen Kompetenz.

Die *Gruppensupervision* wurde im Mittel mit $M=4,0$ ($SD=0,9$) als zumindest ziemlich hilfreich für die Erweiterung der therapeutischen Kompetenz eingeschätzt.

Die Nützlichkeit der Einzelsupervision für die Vorbereitung zur Prüfung wurde von den AbsolventInnen mit $M=3,1$ ($SD=1,3$) als „mittel hilfreich“ erlebt. Die Gruppensupervision wurde mit $M=2,7$ ($SD=1,2$) als etwas weniger stark, aber dennoch „mittel nützlich“ erlebt (Tabelle E 4.4-12).

TeilnehmerInnen

Ein Viertel der TeilnehmerInnen hatten die Möglichkeit, sich über die Qualität der Einzelsupervision zu äußern. Von diesen hatten 15% das Gefühl, dass ihre Rückmeldung ernst genommen wurde. 17,4% gaben an, sie hätten Rückmeldungen über die erhaltenen Gruppensupervision geben können, von diesen fühlte sich die Hälfte ernst genommen.

Die TeilnehmerInnen bewerteten die Einzelsupervision für die Entwicklung ihrer Kompetenz mit einem Mittelwert von $M=4,7$ ($SD=0,6$) über alle Verfahren hinweg als sehr nützlich und hilfreich. Die VT TeilnehmerInnen waren signifikant unzufriedener ($F=15,48$; $df=3$; $p<.001$) (Tabelle E 4.4-13).

Tabelle E 4.4-13: Nützlichkeit der Einzelsupervision für die Entwicklung der therapeutischen Kompetenz für die TeilnehmerInnen

Richtung	n	M	SD
Verhaltenstherapie (VT)	1752	4,6	0,6
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	475	4,8	0,5
Psychoanalyse (PA)	128	4,8	0,5
verklammerte Ausbildung (TP/PA)	395	4,9	0,4
Gesamt	2750	4,7	0,6

Die Gruppensupervision erlebten die TeilnehmerInnen mit einem Mittelwert von $M=4,3$ ($SD=0,9$) als sehr nützlich zur Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit ihrer Einzel- und Gruppensupervision beantworteten die TeilnehmerInnen ($n=209$) für die Einzelsupervision mit einem Mittelwert von $M=4,2$ ($SD=0,6$). Sie zeigten sich also ziemlich zufrieden mit dieser.

Tabelle E 4.4-14: Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit der Einzelsupervision

	n	M	SD
Verhaltenstherapie (VT)	1301	4,1	0,9
Psychodynamische Verfahren	788	4,4	0,8
Gesamt	2091	4,2	0,8

Die TeilnehmerInnen zeigten sich mit den angebotenen Gruppensupervisionen mit einem Mittelwert von $M=3,9$ ($SD=1,015$) ebenfalls ziemlich zufrieden (Tabelle E 4.4-15).

Tabelle E 4.4-15: Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit der Gruppensupervision

	n	M	SD
Verhaltenstherapie (VT)	1351	3,8	1,0
Psychodynamische Verfahren	583	4,0	1,0
Gesamt	1934	3,9	1,0

Lehrkräfte

Auf die Frage, wie viele Stunden Einzel- und Gruppensupervision sie in den letzten 12 Monaten durchgeführt hatten, gab die Mehrheit der SupervisorInnen ($n=1172$) eine mittlere Stundenzahl von 26 h ($SD=66,9$) für die Einzelsupervision an. Die Gruppensupervision wurde von ihnen in den letzten 12 Monaten mit 13 h ($SD=29,3$) angeboten

1012 (87,6%) SupervisorInnen gaben an das gesetzlich vorgegebene Verhältnis, nämlich pro vier Behandlungsstunden eine Supervisionsstunde durchzuführen einzuhalten.

Die SupervisorInnen sollten weiter ihre Zufriedenheit mit der Integration der Supervision in die Ausbildung, den von den Ausbildungsstätten angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten für die SupervisorInnen, der Qualifikation der anderen SupervisorInnen, mit ihrer Tätigkeit als SupervisorInnen für die Ausbildungsstätte insgesamt und mit der Anzahl an SupervisorInnen an der jeweiligen Ausbildungsstätte einschätzen.

Die persönliche Zufriedenheit konnte nach den Kriterien (sehr, ziemlich, mittel, etwas, gar nicht) eingeschätzt werden:

Mit der Integration der Supervision in die Ausbildung, der Qualifikation der anderen SupervisorInnen, der eigenen Tätigkeit als SupervisorInnen und der Anzahl der SupervisorInnen am jeweiligen Institut zeigten sich die Lehrkräfte im Mittel zufrieden.

Die Zufriedenheit der SupervisorInnen mit ihren eigenen Fortbildungsmöglichkeiten, lag im Mittel bei 3 (SD=1,3). 724 (48,5%) der Lehrkräfte hielt die Anzahl der SupervisorInnen für angemessen.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die LeiterInnen wurden gebeten in einer Rangreihe von 1-8 (1=am besten) die Wirksamkeit der Einzel- und Gruppensupervision für die Psychotherapieausbildung anzugeben.

Die Einzelsupervision wurde von ihnen, unabhängig der jeweiligen Vertiefungsrichtungen mit gut bewertet. Die Gruppensupervision wurde von den verhaltenstherapeutischen Instituten mit einem gut am besten bewertet, die Tiefenpsychologischen Institute vergaben für die Gruppensupervision eine 4 zeigten sich also nur ausreichend zufrieden mit dieser ($F=4,38$, $df=5$, $p<.001$).

Die Frage, ob die Ambulanztherapien mit Bild und Ton für die SupervisorInnen aufgezeichnet würden, bejahten 129 (49,6%) der InstitutsleiterInnen. 55,8% der InstitutsleiterInnen gaben an, dass eine Evaluation der SupervisorInnen erfolge. 63% würden sich eine Standardevaluation der Psychotherapien in der Ambulanz wünschen.

- Die Einzelsupervision erlebten die AbsolventInnen als sehr hilfreich für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz. Für die Vorbereitung zur Prüfung wurde sie als mittel hilfreich eingestuft. Die Gruppensupervision wurde insgesamt als weniger hilfreich erlebt.
- Nur ein geringer Anteil der TeilnehmerInnen hatte das Gefühl, ihre Rückmeldungen über die Qualität der Supervision würden ernst genommen.
- Die TeilnehmerInnen erlebten die Einzelsupervision als sehr hilfreich für die Entwicklung ihrer therapeutischen Kompetenz. Ziemlich zufrieden waren sie sowohl mit der Einzel- als auch mit der Gruppensupervision.
- Die Mehrheit der SupervisorInnen zeigte sich mit der an den Instituten durchgeführten Supervision ziemlich zufrieden. Die an den Instituten angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten wurden als befriedigend beurteilt.
- Die Einzelsupervision wurde von den InstitutsleiterInnen als gut wirksam für die Entwicklung einer psychotherapeutischen Kompetenz bewertet.
- Mit der Gruppensupervision zeigten sich die LeiterInnen der TP Institute am unzufriedensten. Die Hälfte der LeiterInnen gab an, dass die Supervision an ihrem Institut evaluiert würde.

4.4.7. Wie wird die Qualifikation der Supervisoren eingeschätzt?

Landesprüfungsämter

Die Frage an die Landesprüfungsämter, ob sie die Qualifikationen der SupervisorInnen überprüften, bejahte ein Drittel der Landesprüfungsämter. Die Mehrheit führte keine Überprüfungen durch. Die Mehrzahl der Landesprüfungsämter (62,5%) befristete die Anerkennung der SupervisorInnen nicht. Nur ein LPA nannte eine Befristung von 3 Jahren.

Lehrkräfte

Die SupervisorInnen (n=1489) hatten folgende Ausbildungen: 51% waren Psychologische PsychotherapeutInnen, 19,5% Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, 15% waren FA/FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie. 20% gaben an, die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse zu tragen, 19% hatten die Zusatzbezeichnung Psychotherapie erlangt.

Die SupervisorInnen hatten überwiegend (50%) eine tiefenpsychologisch fundierte und/oder eine psychoanalytische Ausbildung. Am zweithäufigsten wurde von den SupervisorInnen eine verhaltenstherapeutische Ausbildung angegeben (Tabelle E 4.4-16).

Tabelle E 4.4-16: Vertiefungsrichtungen der SupervisorInnen in der Stichprobe der befragten Lehrkräfte

	Vertiefungsrichtung						Gesamt
	Sonstiges	VT	TP	PA	PA & VT	TP & PA	
n	4	380	62	30	94	569	1139
% von Funktion in den letzten drei Jahren ausgeübt: SupervisorIn	0,4%	33,4%	5,4%	2,6%	8,3%	50,0%	100,0%

Die SupervisorInnen zeigten sich ziemlich zufrieden mit der Qualifikation der anderen SupervisorInnen (M=4; SD=0,80). Die Frage nach der Zufriedenheit mit ihren persönlichen Fortbildungsmöglichkeiten (Skala 1-5) wurde nur mit M=3 (SD=1,28) bewertet.

Delphibefragung I

Die ExpertInnen wurden gebeten, eine Einschätzung bezüglich der Qualifikation der SupervisorInnen abzugeben.

Für Psychologische PsychotherapeutInnen

Die Mehrzahl der Expertinnen spricht sich dafür aus, die formalen Qualifikationsanforderungen von 5 Jahren praktischer Tätigkeit, wie es die APrVen und die Richtlinien der Fachgesellschaften vorsehen, zu belassen. Eine kleinere Untergruppe wünschte die Entwicklung von Qualifikationsanforderungen für SupervisorInnen. Eine kleinere Gruppe der ExpertInnen betonte die Wichtigkeit curricularer Angebote und die Anerkennung als Ausbilder erst nach einer eigenen Weiterbildung zum Ausbilder.

Eine weitere ExpertInnengruppe forderte, dass Ärzte als SupervisorInnen 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 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Eine größere Gruppe der ExpertInnen hielt auch hier die bisherigen Regelungen für ausreichend. Eine etwas kleinere Gruppe forderte für die SupervisorInnen eine Ausbildung in Gruppensupervision, sowie eine langjährige Erfahrung im Schwerpunktverfahren. Einige ExpertInnen

forderten, dass der/die SupervisorIn auch selber den Beruf der/des KJP-Psychotherapeuten(in) erlernt haben sollte. Eine Gruppe votierte für eine(n) KinderpsychiaterIn im SupervisorInnenteam, als Fachberatung für medizinische Fragen.

Delphibefragung II

Aus den Ergebnissen der ersten Delphibefragung wurde für die 2. Erhebung die Frage abgeleitet, ob neue Qualifikationsrichtlinien für SupervisorInnen zu erarbeiten seien.

Nur 35,7% (n=15) der PsychologInnen bejahten diese Frage, dagegen 70,6% der Mediziner (n=12) (Tabelle E 4.4-17).

Tabelle E 4.4-17: Sind neue Qualifikationsrichtlinien für SupervisorInnen notwendig?

		n	%
Psychologe	ja	15	35,7
	nein	26	61,9
	Gesamt	42	100,0
Mediziner	ja	12	70,6
	nein	5	29,4
	Gesamt	17	100,0

4.4.8. Wie werden die zu erstellenden Falldarstellungen auch im Hinblick auf ihre Bedeutung für die staatliche Prüfung bewertet?

4.4.8.1. Ist die vorgegebene Anzahl angemessen?

Diese Fragen sind für uns konkret durch die Datenlage nicht beantwortbar.

4.4.9. Ist die praktische Ausbildung von ihrem Umfang her angemessen?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden der InstitutsleiterInnenbogen, die Fragebögen für die AbsolventInnen, die Lehrkräfte und die Delphibefragung I herangezogen.

AbsolventInnen

Die AbsolventInnen sollten angeben, wie angemessen sie den Umfang der praktischen Ausbildung im Hinblick auf ihre beruflichen Anforderungen einschätzten.

Die Mehrzahl der 588 erfassten AbsolventInnen (83%) hielt den Umfang der Behandlungsstunden, im Hinblick auf ihre beruflichen Anforderungen für angemessen. Der Umfang der Einzelsupervision wurde von der Mehrheit (76,4%) der Auszubildenden aller Verfahren als angemessen erlebt, ebenso der Umfang der Gruppensupervision (n=429; 73%).

Lehrkräfte

Die Mehrheit der SupervisorInnen (51,3%) bejahte die Frage, ob sie die gesetzliche Mindestanzahl der Supervisionsstunden für angemessen hielten.

Nach Verfahren differenziert ist festzustellen, dass die Vorgaben aus der PsychThG-APrV von 150 h Supervision mit mindestens 50 h Einzelsupervision für die Ausbildung von PsychoanalytikerInnen und tiefenpsychologisch fundierten PsychotherapeutInnen als zu niedrig eingeschätzt werden.

Betrachtet man die Angaben aus der kombinierten Einzel- und Gruppensupervision, wird der Bedarf für die Psychoanalyseausbildung auf durchschnittlich 220 h geschätzt (Einzelsupervision: 150 h, Gruppensupervision: 72 h) und für die Tiefenpsychologische Ausbildung durchschnittlich 180 h (Einzelsupervision: 111 h, Gruppensupervision: 67 h).

Für die Verhaltenstherapeutische Ausbildung deckten sich die Angaben ungefähr mit den gesetzlichen Mindestbestimmungen (Einzelsupervision: 78 h, Gruppensupervision: 75 h wobei auch hier für die Einzelsupervision mehr Stunden gewünscht wurden als die gesetzliche Mindestvorgabe).

Delphibefragung I

Eine große Gruppe der ExpertInnen hielt den Ausbildungsbaustein Praktische Ausbildung für gut bewährt und forderte auf, ihn in diesem Rahmen zu belassen.

Delphibefragung II

Aus den Ergebnissen der ersten Befragung wurde für die 2. Delphierhebung die Frage abgeleitet, ob der Ausbildungsbaustein Praktische Ausbildung (600 ambulante Behandlungsstunden; 50 h Einzelsupervision, 150 h Gruppensupervision) zukünftig: „so zu belassen, zu streichen, verlängern, oder zu verkürzen“ sei:

a. PsychologInnen

76% der PsychologInnen (n=36) wollten den Umfang von 600 ambulanten Behandlungsstunden belassen. Den Umfang der Einzelsupervision hielten 60% (n=25) von ihnen für angemessen und 71% (n=30) den Umfang der Gruppensupervision.

b. MedizinerInnen

88% (n=15) der MedizinerInnen sprachen sich dafür aus, den Umfang der ambulanten Stunden zu belassen. 47% (n=8) hielten den Umfang der Einzelsupervision für angemessen. Die Mehrheit 65% (n=11) der MedizinerInnen sprach sich allerdings dafür aus, den Umfang der Gruppensupervision zu erhöhen.

- Insgesamt wird der Umfang der Praktischen Ausbildung als angemessen bewertet.
- Ein Mehrbedarf an Supervision wird hauptsächlich von den SupervisorInnen, die an den Psychoanalytisch orientierten Instituten arbeiten formuliert, insbesondere für die Einzelsupervision.
- Während in der Delphibefragung II die PsychologInnen sich in der Mehrheit dafür aussprachen den Ausbildungsteil Praktische Ausbildung vom Umfang her so zu belassen, wünschten die Mediziner eine Erhöhung der Gruppensupervision.

4.4.10. Wie wird die praktische Ausbildung als Bestandteil der Psychotherapeuten-ausbildung grundsätzlich bewertet?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde der Fragebogen für die Institutsleiterbefragung, die TeilnehmerInnen, die AbsolventInnen und die Delphibefragung herangezogen.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die InstitutsleiterInnen wurden gefragt, welche Ausbildungsbausteine sich Ihrer Meinung nach besonders bewährt hätten, damit Ihre AusbildungsteilnehmerInnen durch die Psychotherapieausbildung zu guten PsychotherapeutInnen wurden (Rangzahl 1-8, 1=am besten).

Für den Baustein „Praktische Ausbildung“ vergaben die LeiterInnen (n=123) Rangplätze zwischen 1,3 und 2,0. Die VT Institute (n=56) bewerteten diesen Ausbildungsteil am besten. Die Institute, die sowohl Verhaltenstherapie als auch psychodynamische Verfahren anboten, bewerteten ihn im Vergleich zu den anderen Instituten mit einer Rangzahl von 2,0 am schlechtesten ($F=4,11$, $df=5$, $p<.01$).

Die InstitutsleiterInnen wurden weiter gebeten, Komponenten des Psychotherapeutengesetzes und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Hinblick auf ihre Stärken und Schwächen zu bewerten. Sie konnten Schulnoten von 1-6 vergeben.

Die LeiterInnen bewerteten die Praktische Ausbildung insgesamt mit gut (Note 1,96).

Lehrkräfte

Die Lehrkräfte wurden gefragt, ob Inhalte der Praktischen Ausbildung im zeitlichen Ablauf: zeitiger gelehrt werden, so bleiben sollten oder später gelehrt werden sollten.

Zwei Drittel der Lehrtätigen sprachen sich über alle Inhalte hinweg dafür aus, die zeitlichen Abläufe der Lehre der Inhalte der praktischen Ausbildung wie bisher zu belassen.

AbsolventInnen

Die AbsolventInnen sollten im Rückblick einschätzen, wie nützlich/hilfreich folgende Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz einschätzten. (1-5, 5 = sehr). Sie schätzten über alle Vertiefungsrichtungen (n=594) hinweg die Praktische Ausbildung für ihre Kompetenzerweiterung als sehr nützlich ($M=4,8$; $SD=0,5$) ein. Im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung zeigten sich die AbsolventInnen ziemlich zufrieden ($M=3,6$; $SD=1,1$) mit der praktischen Ausbildung.

TeilnehmerInnen

Die TeilnehmerInnen (n=2762) hielten die Praktische Ausbildung für ihre Kompetenzerweiterung für sehr nützlich ($M=4,9$; $SD=0,2$). Die TeilnehmerInnen der TP Institute und der Institute, die verklammerte Ausbildungen anboten, schätzten diese als signifikant nützlicher ein, als die TeilnehmerInnen der PA und VT Verfahren ($F=6,78$; $df=3$; $p<.001$).

Die TeilnehmerInnen aller Richtungen (n=2022) zeigten sich insgesamt sehr zufrieden mit der praktischen Ausbildung ($M=4,2$; $SD=0,9$). Die VT TeilnehmerInnen gaben allerdings eine signifikant schlechtere Einschätzung ab ($F=48,5$, $df=3$, $p<.001$).

Delphibefragung I

Die ExpertInnen wurden gebeten, Komponenten des Psychotherapeutengesetzes und die zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen nach dem Schulnotensystem zu bewerten (1-6,

6 = ungenügend). Die Regelungen zur praktischen Ausbildung wurden von den ExpertInnen (n=66) mit befriedigend (M=2,6; SD=1,2) bewertet.

- Die InstitutsleiterInnen bewerteten die Praktische Ausbildung mit einer Rangzahl von 1,6 als einen gut bewährten Baustein der Gesamtausbildung.
- Die Lehrkräfte plädierten mehrheitlich dafür, die Inhalte der praktischen Ausbildung zeitlich identisch, wie bisher zu vermitteln.
- Die AbsolventInnen erlebten die Praktische Ausbildung als sehr hilfreich bei der Erweiterung ihrer Kompetenz. Für die Vorbereitung zur mündlichen Prüfung bewerteten sie den Ausbildungsteil als ziemlich nützlich.
- Die TeilnehmerInnen bewerteten die Praktische Ausbildung ebenfalls als sehr nützlich und zeigten sich mit dieser ziemlich zufrieden.
- Die ExpertInnen vergaben für die Regelungen der praktischen Ausbildung ein voll befriedigend.

4.4.11. Welche Möglichkeit zur Verbesserung der Praktischen Ausbildung gibt es?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden der InstitutsleiterInnenfragebogen, der Fragebogen für die Lehrkräfte und die ExpertInnenbefragung herangezogen.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die InstitutsleiterInnen wurden gefragt, wie die zukünftige Stundenanzahl der ambulanten Behandlungsstunden ausfallen sollte. Diese wünschten eine Erhöhung der Stundenzahl auf durchschnittlich 676 h (SD=216,5). Für die Frage, wie viele Stunden die Einzel- und Gruppensupervision in Zukunft umfassen sollten, gaben sie eine mittlere Stundenanzahl von 94 h (SD=58,5) für die Einzelsupervision an. Die Gruppensupervision sollte ihrer Meinung nach zukünftig durchschnittlich bei 93 h (SD=38,5) liegen.

Lehrkräfte

506 der SupervisorInnen (93%) bejahten die Frage, ob sie einen Mehrbedarf der Supervisionsstunden für notwendig hielten.

Der gewünschte Umfang der Kombination von Einzel- und Gruppensupervision sah folgendermaßen aus:

Die psychoanalytischen Institute würden sich eine Erhöhung der Einzelstunden auf 150 h (SD=122,9) wünschen, die Gruppensupervision sollte ihrer Meinung nach einen Umfang von durchschnittlich 73 h (SD=68,4) betragen.

Die tiefenpsychologischen SupervisorInnen hielten eine Erhöhung der Einzelsupervision auf 111 h (SD=90,3) für gut. Die Gruppensupervision sollte ihrer Meinung nach einen Umfang von 67 h (SD=61,4) betragen.

Die verhaltenstherapeutischen SupervisorInnen hielten eine Stundenzahl von 79 h (SD=53) für sinnvoll. Der Umfang der Gruppensupervision sollte ihrer Meinung nach bei 75 h (SD=41) liegen. 51,8% der SupervisorInnen wollten, dass die Anzahl der SupervisorInnen an ihrem Institut erhöht würde.

Bei den offenen Antworten wurden nur wenige Veränderungsvorschläge im Hinblick auf die Praktische Ausbildung angegeben. Einzelne Personen (jeweils n=1-3) schlugen „mehr Zeit für die Auszubildenden für die Entwicklung einer therapeutischen Identität“ und einen „größeren Freiraum im Behandlungsstundenkontingent“ vor.

Delphibefragung I

Eine Gruppe der ExpertInnen forderte eine Erhöhung der ambulanten Behandlungsstunden bis auf maximal 1200 h. Weitere ExpertInnen schlugen vor, den Auszubildenden zukünftig die Möglichkeit zu geben, ihre Behandlungsstunden auch in Kliniken und in ambulanten Praxen absolvieren zu können.

Delphibefragung II

In der zweiten Phase der Delphi-Befragung bejahten speziell die MedizinerInnen die Frage, ob die Gruppensupervision ihrer Meinung nach erhöht werden sollte.

- Die InstitutsleiterInnen und SupervisorInnen der psychodynamischen Verfahren würden sich eine Erhöhung der Supervisionsstunden, insbesondere der Einzelsupervisionsstunden wünschen
- Eine Teilgruppe ExpertInnen forderte in der Delphi I Befragung eine Erhöhung der Behandlungsstunden bis auf maximal 1200 h. Der Rest war mit dem Status einverstanden. Andere ExpertInnen wünschten sich für die Auszubildenden mehr Spielraum im Behandlungssetting.
- In der Delphi II Befragung sprachen sich speziell die MedizinerInnen für eine Erhöhung der Gruppensupervisionsstunden aus.

4.4.12. Gesamtzusammenfassung

- Der Beginn der praktischen Ausbildung wird von den AusbildungsteilnehmerInnen als angemessen erlebt. Die verhaltenstherapeutischen Institute erkannten am ehesten andere Behandlungssettings (Gruppe und stationäre Patienten) an.
- Selbsterfahrung und Praktische Ausbildung begannen in der Regel versetzt, die Selbsterfahrung in der Mehrheit zu Beginn der Gesamtausbildung.
- Die Praktische Ausbildung begann in der Mehrheit nach einer institutsinternen Zwischenprüfung der Auszubildenden. Die Mehrheit der Institute dokumentierte die ambulanten Stunden.
- Der Umfang der praktischen Ausbildung wurde insgesamt als angemessen erlebt.
- Die praktische Ausbildung und die Einzelsupervisionen sind von den TeilnehmerInnen und AbsolventInnen am nützlichsten und hilfreichsten für ihre psychotherapeutische Kompetenz bewerteten Ausbildungsteile.
- Ein Mehrbedarf an Supervisionsstunden wurde hauptsächlich von den Psychodynamisch orientierten Lehrkräften gewünscht. Aber auch die Mediziner wünschten in der Delphibefragung II eine Erhöhung der Gruppensupervisionsstunden.
- Die ExpertInnen, insbesondere die Mediziner, sprachen sich für mehr Qualifikationsrichtlinien für die Supervisoren aus.

4.5. Selbsterfahrung

4.5.1. Wie ist die Qualifikation der Selbsterfahrungsleitungen?

Die Grundberufe der SelbsterfahrungsleiterInnen verteilen sich wie folgt (Tabelle E 4.5-1) (Angaben aus der Lehrkräftebefragung).

Tabelle E 4.5-1: Grundberufe der SelbsterfahrungsleiterInnen

Qualifikation	n	%
Arzt/Ärztin	182	31,4
Psychologe/Psychologin	390	67,4
Pädagoge/Pädagogin	9	2,5
Sozialpädagoge/Sozialpädagogin	13	1,6
Lehrer/Lehrerin	7	1,0

Unter weiteren Berufen finden sich SoziologInnen, TheologInnen, HeilpraktikerInnen, Zahnärztinnen usw.

Angaben zur fachlichen Qualifikation:

- 66,1% Psychologische/r Psychotherapeut/-in
- 19,3% Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in
- 10,1% Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- 2,8% Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- 5,7% Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

26,6% geben ausschließlich oder zusätzlich die Facharztbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an“

Bei der ärztlichen Zusatzbezeichnung geben an:

- 34,2% Psychoanalyse
- 31,9% Psychotherapie.

99% der SelbsterfahrungsleiterInnen geben an, selbst psychotherapeutisch tätig zu sein.

Die therapeutische Aus- und Weiterbildung der SelbsterfahrungsleiterInnen verteilt sich wie folgt (prozentual, Mehrfachnennungen möglich):

- 73,4% Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- 65,1% Psychoanalyse
- 31,9% Verhaltenstherapie
- 11,1% Gesprächspsychotherapie
- 23,3% Sonstiges.

Die SelbsterfahrungsleiterInnen sind – auch im KJP-Bereich – vor allem Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte – mit insbesondere psychodynamischen Ausrichtungen. Allerdings sind in diesem (d.h. dem psychodynamischen) Bereich auch die meisten Fachkräfte angesiedelt.

4.5.2. Stehen Selbsterfahrungsleitungen in ausreichender Anzahl zur Verfügung?

Die Anzahl der *SelbsterfahrungsleiterInnen* werden von dieser Gruppe zu

- 48,7% als angemessen bewertet,
- 20,3% stimmten für eine Erhöhung der Anzahl
- 2,3% für eine geringere Anzahl.

4.5.3. In welcher Form und in welchem Umfang findet Selbsterfahrung statt? Ist dies abhängig vom jeweiligen Vertiefungsverfahren?

InstitutsleiterInnenbefragung II

Laut Aussagen der Institutsleitungen beginnt die Selbsterfahrung in

- 67% der Institute direkt zu Ausbildungsbeginn
- 26,2% der Institute ein halbes Jahr nach Ausbildungsstart
- 3,2% der Institute erst ein Jahr nach Ausbildungsbeginn.

Einen verbindlichen Beginn der Einzelselbsterfahrung gibt die Hälfte der Institute vor, in denen auch die Einzelselbsterfahrung verbindlich ist.

Die gleiche Anzahl gibt auch den Beginn der Gruppenselbsterfahrung vor, die andere Hälfte macht zum Teil Empfehlungen oder überhaupt keine zeitlichen Vorgaben.

Diese Angaben decken sich mit den Angaben der *SelbsterfahrungsleiterInnen*, die zu 62,5% angeben, dass die Selbsterfahrung zu Beginn der Ausbildung beginnt.

Einzelselbsterfahrung / Gruppenselbsterfahrung

76% der Institute bieten Einzelselbsterfahrung an. Bei 57% dieser Institute ist diese Form der Selbsterfahrung verpflichtend.

Im Durchschnitt werden in diesen Instituten 197 Stunden Einzelselbsterfahrung durchgeführt.

Die Stundenzahlen für Einzelselbsterfahrungen variieren stark (Tabelle E 4.5-2): Bei 25,8% der Institute, die Einzelselbsterfahrung anbieten, sind bis zu 100 Stunden Pflicht, bei 13,5% dieser Institute bis zu 200 Stunden, bis 17% bis zu 350 Stunden, 8% der Institute fordern bis zu 500 Stunden. Auch 600, 800 und 900 Stunden werden für Einzelselbsterfahrung genannt.

Tabelle E 4.5-2: Stundenzahl (Angebot/Verpflichtung) für Einzelselbsterfahrung, abhängig vom jeweiligen Therapieverfahren in Prozent (VA=verklammerte Ausbildung, insbesondere psychodynamisch)

	Angebot	Pflicht					
		total	0-100	bis 200	bis 350	bis 500	+500
TP PP	100,0	94,0	27,5	27,5	25,0	10,0	10,0
TP KJP	95,5	95,5	35,0	25,0	20,0	10,0	10,0
PA PP	100,0	93,8	29,2	25,0	12,5	20,8	12,5
PA KJP	100,0	100,0	14,3	21,4	28,6	28,3	7,1
VT PP	61,1	27,8	94,4	5,6			
VT KJP	66,7	29,6	93,3	6,7			
GPT PP	100,0	100,0		100,0			
GPT KJP							
VA PP	100,0	95,7	17,5	15,0	32,5	12,5	22,5
VA KJP	100,0	100,0	4,5	13,7	40,9	22,7	18,2

Setting der Gruppenselbsterfahrung

Bei 40% der Institute wird die Gruppenselbsterfahrung auf den Lehrgang bezogen angeboten. Bei

- 20% geschieht dies lehrgangsübergreifend,
- 30% nimmt der ganze Lehrgang geschlossen an der Gruppenselbsterfahrung teil.

Die Gruppenselbsterfahrung wird in der Regel in Blockveranstaltungen von

- 1,5 bis 3 Tagen (52%),
- 4 bis 8 Tagen (12%), und in Ausnahmen sogar
- 14 bis 40 Tagen durchgeführt.

Diese Blockveranstaltungen machen bei

- 40% der Institute fast 100% aus, bei
- 8% der Institute bis 80% der Selbsterfahrung und bei
- 7% der Institute bis 60% der Selbsterfahrung.

Nur 18% bieten Gruppenselbsterfahrungen als Eintagesveranstaltungen an. 13% der Institute bieten gar keine Gruppenselbsterfahrung an.

Während die Gruppenselbsterfahrung in den verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten vor allem lehrgangsbezogen, im PP-Bereich auch in kompletten Lehrgangsgruppen, angeboten wird, überwiegt ansonsten das lehrgangsübergreifende Angebot mit TeilnehmerInnen in unterschiedlichen Ausbildungsphasen. Das mag vor allem mit den kleineren TN-Zahlen in den psychodynamischen Instituten zusammenhängen (Tabelle E 4.5-3).

Tabelle E 4.5-3: Teilnehmerstruktur bei Gruppenselbsterfahrung nach Vertiefungsverfahren aufgeteilt (in Prozent, Mehrfachnennungen möglich. VA=verklammerte Ausbildung, insbesondere psychodynamisch)

	Lehrgangs- bezogen in Teilgruppen	gemeinsam kompletter Lehrgang	Lehrgangs- übergreifend	TN in unter- schiedlichen Ausbild.phasen
TP PP	7,3	12,2	34,1	22,0
TP KJP	16,7	16,7	33,3	33,3
PA PP	3,8		38,5	38,5
PA KJP	8,3		25,0	33,3
VT PP	61,8	43,6	12,7	20,0
VT KJP	64,3	50,0	17,9	14,3
VA PP	2,9	5,9	35,3	35,3
VA KJP		5,9	29,4	35,3

Lehrkräftebefragung

Die Lehrkräfte analytischer Vertiefungsrichtungen geben die höchste Frequenz der Durchführung der Selbsterfahrung an (im Mittel 2,6 Termine pro Woche und 3,2 Termine pro Monat).

Verhaltenstherapeutische Lehrkräfte geben eine sehr viel geringere Frequenz der Durchführung der Selbsterfahrung an (im Mittel weniger als einmal pro Woche und weniger als 2 mal im Monat) (Tabelle E 4.5-4).

Tabelle E 4.5-4: Durchführung der Selbsterfahrung in Abhängigkeit des Vertiefungsverfahrens der Lehrkräfte

Vertiefungsrichtung der Lehrkräfte		Frequenz der Einzelselbsterfahrung [durchschnittlich ... mal pro Woche]	Frequenz der Selbsterfahrung [fraktioniert ... mal pro Monat]
Verhaltenstherapie	Mittelwert	0,8	1,5
	n	17,0	88,0
	Standardabweichung	0,4	2,6
psychoanalytisch begründetes Verfahren	Mittelwert	2,6	3,2
	n	375,0	59,0
	Standardabweichung	1,4	3,9
psychoanalytisch begründetes Verfahren und Verhaltenstherapie	Mittelwert	1,8	1,8
	n	29,0	24,0
	Standardabweichung	1,1	2,3
Insgesamt	Mittelwert	2,5	2,2
	n	421,0	171,0
	Standardabweichung	1,4	3,2

- Selbsterfahrung beginnt häufig gleich mit dem Start der Ausbildung.
- Dreiviertel aller Ausbildungsstätten bieten Einzelselbsterfahrung an, die Hälfte davon verpflichtend.

4.5.4. Wird die vorgesehene Trennung von Selbsterfahrungsleitung und SupervisorIn eingehalten?

Weder im Psychotherapeutengesetz noch in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen wird eine Trennung von SelbsterfahrungsleiterIn und SupervisorIn vorgesehen.

Psychodynamisch ausgerichtete Institute legen zum Teil Wert auf diese Trennung.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird allerdings eine Trennung von gleichzeitiger Selbsterfahrungsanleitung und Prüfungstätigkeit vorgesehen.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Bei 29% der Institute gibt es eine Überlappung in der Durchführung von Selbsterfahrung und der Durchführung von Prüfungen (Tabelle E 4.5-5). Dies widerspricht den Vorgaben in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

Hohe Überschneidungen gibt es ebenfalls zwischen

- Supervisor/Supervisorin und Selbsterfahrungsleitung (63%)
- Ambulanzleitung und Selbsterfahrungsleitung (52%)
- Ambulanzleitung und Selbsterfahrungsleitung (52%)
- Ausbildungsleitung und Selbsterfahrungsleitung (41%)
- Institutsleitung und Selbsterfahrungsleitung (38%)
- Lehrgangsleitung und Selbsterfahrungsleitung (20%).

Tabelle E 4.5-5: Prozentsatz der Überschneidungen bzgl. der Funktionen

	Ambulanz- Leitung	Lehrgangs- leitung	DozentIn	Super- visorIn	Selbst- erfahrungs- leitung	PrüferIn
Institutsleitung		21,0	81,6	74,4	37,6	64,0
Ausbildungsleitung	21,8	35,0	79,8	74,2	41,9	63,7
Ambulanzleitung		15,4	83,9	73,4	31,5	52,4
Lehrgangsleitung			40,2	38,5	18,9	27,9
DozentIn				78,9	63,4	72,4
SupervisorIn					64,5	71,8
Selbsterfahrungsleitung						29,0

Ergänzend ist zu vermerken, dass die Selbsterfahrung häufig gleich mit dem Start der Ausbildung beginnt.

Dreiviertel aller Ausbildungsstätten bieten Einzelselbsterfahrung an, die Hälfte davon verpflichtend.

Bei der Supervision steht fast ein Viertel (24,6%) der TeilnehmerInnen in einem berufsabhängigen Verhältnis zum Supervisor / zur Supervisorin.

Bei der Hälfte der Institute haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die freie Wahl ihrer Selbsterfahrungsgruppe, bei 2/3 der Institute können sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Selbsterfahrungsleitung aussuchen.

Mehr als die Hälfte der Institute (über 60%) bieten Selbsterfahrungsgruppen in der Größenordnung von 5 bis 8 Teilnehmerinnen und Teilnehmern an.

Mit einer Ausnahme stellen alle Institute, die Gruppenselbsterfahrungen durch zwei Leitungen anbieten, gemischtgeschlechtliche Leistungsteams.

Es gibt bei den SelbsterfahrungsleiterInnen eine hohe Zahl an Überschneidungen mit anderen Funktionen in den Ausbildungsstätten. Dies benennen auch die SelbsterfahrungsleiterInnen in den offenen Antworten als problematisch. Allerdings wurde nicht erhoben, dass diese Funktionsüberschneidungen durchgängig die gleichen AusbildungsteilnehmerInnen betreffen.

4.5.5. Sind die zur Verfügung stehenden Stunden inklusive der freien Verfügungsstunden ausreichend für die Selbsterfahrung in den einzelnen Vertiefungsverfahren?

Nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung muss das Angebot an Selbsterfahrung 120 Stunden umfassen. Dabei wird nicht unterschieden zwischen Einzel- und Gruppenselbsterfahrung.

Die Zufriedenheit mit dem bisherigen Umfang an Selbsterfahrung lässt sich wie folgt beschreiben:

Delphibefragung I

Die Expertinnen und Experten in der ersten Delphi-Befragung geben Umfang, Frequenz und Setting der Selbsterfahrung eine gute Schulnote (2,4) mit einer Standardabweichung von .8. In der Delphi-Befragung II votieren 51% der Experten für eine Beibehaltung und 48% für eine Verlängerung des Selbsterfahrungsanteils.

AbsolventInnen

Die Absolventinnen und Absolventen beurteilen den Umfang (Abbildung E 4.5-1)

der Einzelselbsterfahrung mit

- 4,1% als zu umfangreich
- 35,7% als angemessen
- 37,1% als nicht ausreichend.

Die Gruppenselbsterfahrung wird jeweils mit

- 9,3% als zu umfangreich
- 53% als angemessen
- 21% als nicht ausreichend angesehen.

Das heißt, dass diese Stichprobe mehr Einzel selbsterfahrung wünscht, die Gruppenselbsterfahrung im Umfang für angemessen erachtet. Die Unterscheidung zwischen Absolventen der PP-Ausbildung und der KJP-Ausbildung liegt dabei jeweils bei .2, wobei die Absolventen im Bereich PP jeweils etwas mehr Selbsterfahrungsanteile wünschen.

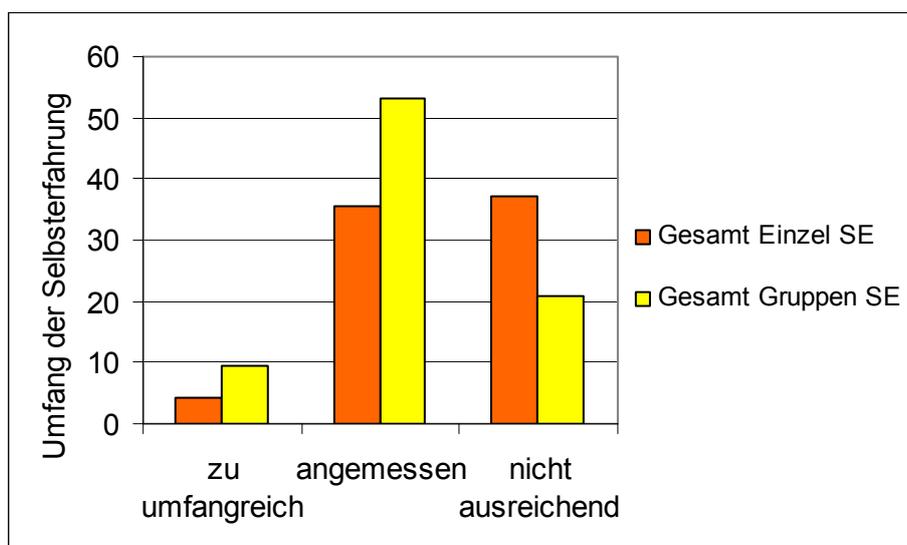


Abbildung E 4.5-1: Umfang der Selbsterfahrung für die Gesamtstichprobe der AbsolventInnen

Deutlichere Unterschiede gibt es getrennt nach Vertiefungsverfahren (Abbildung E 4.5-2):

Hier halten die Absolventinnen und Absolventen der verhaltenstherapeutischen Ausbildung die Einzel Selbsterfahrung zu

- 3,7% als zu umfangreich,
- 34,4% für angemessen und
- 44,2% als nicht ausreichend.

Bei der Gruppenselbsterfahrung ist die Meinung wie folgt:

- 10% zu umfangreich,
- 59,6% angemessen und
- 23,1% als nicht ausreichend.

Im Bereich der psychodynamischen Ausbildung ist das Verhältnis für die Einzel Selbsterfahrung wie folgt:

- 8,9% zu umfangreich,
- 65,6% angemessen und
- 18,9% als nicht ausreichend.

Bei der Gruppenselbsterfahrung wird folgende Meinung abgegeben:

- 11,1% zu umfangreich,
- 47,8% angemessen und
- 22,2% nicht ausreichend.

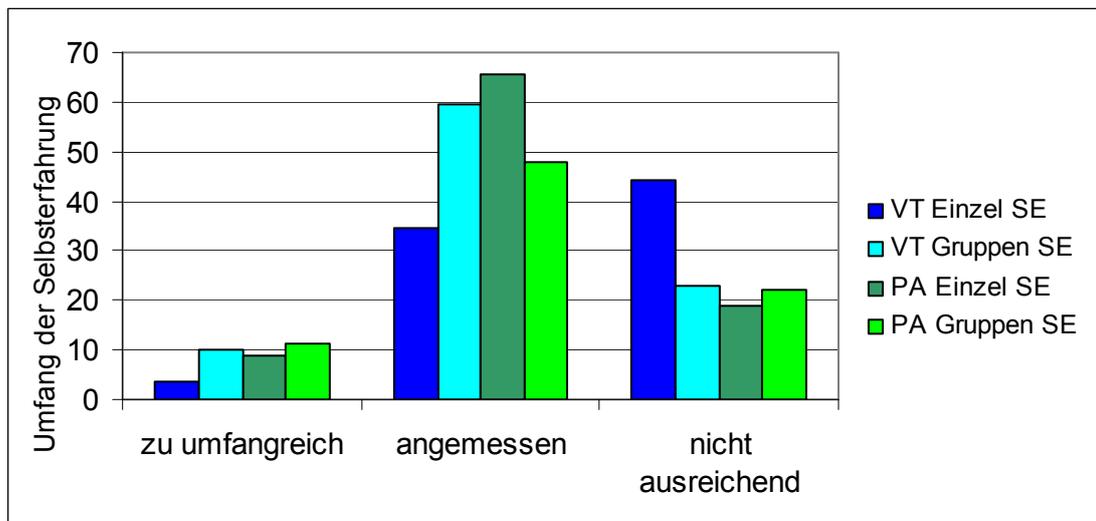


Abbildung E 4.5-2: Umfang der Selbsterfahrung aufgeteilt nach Vertiefungsverfahren

Lehrkräftebefragung

Bei den Lehrkräften wird die kombinierte Einzel- und Gruppenselbsterfahrung in allen Vertiefungsverfahren bevorzugt (Tabelle E 4.5-6), und zwar von

- 70,8% der analytisch orientierten DozentInnen,
- 45,7% der tiefenpsychologisch orientierten DozentInnen,
- 28,9% der verhaltenstherapeutisch orientierten DozentInnen und
- 15,7% der gesprächspsychotherapeutisch orientierten DozentInnen.

In diesem Bereich sind die Antwortkategorien: „kann ich nicht einschätzen“ bzw. die Missing Data sehr häufig.

Tabelle E 4.5-6: Gewünschtes Setting für Einzel- und Gruppenselbsterfahrung durch Lehrkräfte über die Vertiefungsverfahren. Hier: *Angabe n (%) = Lehrkräfte, die sich für das jeweilige Setting aussprechen*

	nur Gruppen- selbst- erfahrung	nur Einzel- Selbst- erfahrung	Beides: Einzel- und Gruppen- selbsterfahrung	Nicht ein- zuschätzen	Missing
Psycho- analyse	5 (0,6%)	145 (18,8%)	454 (70,8%)	72 (9,3%)	243 (31,6%)
Tiefen- psychologie	6 (0,7%)	103 (13,3%)	352 (45,7%)	55 (7,1%)	253 (32,8%)
Verhaltens- therapie	31 (4,0%)	15 (1,9%)	223 (28,9%)	197 (25,6%)	303 (39,4%)
Gesprächs- psychotherapie	6 (0,7%)	10 (1,3%)	121 (15,7%)	236 (30,6%)	369 (47,9%)

Der gewünschte Umfang für die Einzel- und Gruppenselbsterfahrung unterscheidet sich deutlich für die Vertiefungsverfahren (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Tabelle E 4.5-7: Gewünschte (angemessene) Stundenzahl für Einzel- und Gruppenselbsterfahrung durch Lehrkräfte über die Vertiefungsverfahren. Hier: *Stundenerwartung der Lehrkräfte, unterschieden nach Vertiefungsverfahren*

Verfahren	Setting	Maximum	Mittel	SD
PA	GruppenSE	600	40	110
	EinzelSE	1000	400	235
	BEIDES			
	Gruppe+	400	098	064
	Einzel	900	300	192
TP	GruppenSE	600	037	101
	EinzelSE	800	235	165
	BEIDES			
	Gruppe+	300	086	053
	Einzel	700	179	127
VT	GruppenSE	240	065	072
	EinzelSE	600	077	140
	BEIDES			
	Gruppe+	300	088	053
	Einzel	600	072	089
GT	GruppenSE	200	022	052
	EinzelSE	600	083	155
	BEIDES			
	Gruppe+	300	068	055
	Einzel	500	088	094

Gruppenselbsterfahrung wird in der Regel vom Umfang her als angemessen, Einzelselbsterfahrung häufig als zu gering benannt. Am häufigsten wird eine Kombination aus Gruppen- und Einzelselbsterfahrung gewünscht.

4.5.6. Gibt es im Bereich der Selbsterfahrungen besondere Probleme? Wenn ja, welche?

Die nachfolgenden Informationen wurden von den SelbsterfahrungsleiterInnen der Lehrkräfte erhoben.

Von insgesamt 717 SelbsterfahrungsleiterInnen (erhoben in der Befragung der Lehrkräfte) gaben 107 an, dass es keine Probleme im Ausbildungsbaustein Selbsterfahrung gibt. Diese Einschätzung wird aber häufig auch im Zusammenhang mit der Freiheit der Institute gegeben, das Selbsterfahrungsangebot und die Selbsterfahrungsverpflichtung individuell gestalten zu können. So wird z. B. angegeben, dass Einzelselbsterfahrung möglich, Selbsterfahrungen in Form von Lehranalyse mit drei Stunden pro Woche durchgeführt wird und die Schutzsphäre der Auszubildenden gewahrt ist.

Mehr als 600 SelbsterfahrungsleiterInnen beschreiben Probleme mit dem Ausbildungsbaustein Selbsterfahrung. Häufige Themen im Kontext mit Problemen beim Selbsterfahrungsbaustein sind:

- Keine Einzelselbsterfahrung,
- die im Psychotherapeutengesetz angegebene Stundenbegrenzung ist zu gering,
- zu geringe Finanzierungsmöglichkeiten bzw. finanzielle Belastungen,
- zu geringe Bedeutung im gesamten Ausbildungskontext,
- Ängste der Auszubildenden vor Selbsterfahrung,
- zu geringe Qualifikation der SelbsterfahrungsleiterInnen,
- Abhängigkeiten vom Ausbildungsinstitut,
- mangelnde Abstinenz und Diskretion in kleinen Instituten,
- Überschneidung der Aufgabenbereiche der Fachkräfte,
- zu geringe Verteilung über den gesamten Ausbildungsprozess,
- Vermischung in den Aufgabenbereichen (z.B. fehlende Trennung zwischen Selbsterfahrung, Fachaufsicht und Supervision) = häufig genannt,
- Selbsterfahrung sollte an den persönlichen fachlichen Kompetenzen der Auszubildenden ausgerichtet werden,
- fehlende Selbsterfahrungskonzeptionen und -curricula,
- mangelnde Motivation der Auszubildenden,
- zu große Selbsterfahrungsgruppen,
- Mangel an qualifizierten SelbsterfahrungsleiterInnen,
- unklarer Umgang mit Ungeeignetheit von Auszubildenden für den therapeutischen Beruf,
- aufgrund des jungen Alters der Auszubildenden wenig Lebens- und Berufserfahrung zur Aufarbeitung in der Selbsterfahrung.

4.5.7. Wie wird die Selbsterfahrung als Bestandteil der Psychotherapieausbildung grundsätzlich bewertet?

InstitutsleiterInnenbefragung II

Außerordentlich wirksam und sehr gut wirksam finden 71% der Institutsleitungen die SE, die übrigen verteilen sich gleichermaßen zwischen wirksam, angemessen wirksam und befriedigend.

Bei der Bewertung des § 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (Ausbildungsbaustein Selbsterfahrung) bewerten

- sehr gut bis gut mehr als 50% aller Institutsleitungen.
- befriedigend 20%, mit
- ungenügend 2,5% (3 Institute).

Lehrkräfte

Die Integration der Selbsterfahrung in die Ausbildung bewerten die Lehrkräfte auf einer fünfstufigen Skala mit einem Mittelwert von 3,9 bei einer Standardabweichung von 1,0, also mit „gut“.

TeilnehmerInnen

Die TeilnehmerInnen an der Ausbildung bewerten die Einzelselbsterfahrung, auf einer fünfstufigen Skala (1=gar nicht bis 5=sehr nützlich/ hilfreich) als „ziemlich bis sehr hilfreich“ für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz (M=4,48; SD=0,94). Dass Einzelselbsterfahrung

- gar nicht hilfreich sei, geben 1,8% aller TeilnehmerInnen an.
- 4,4% der TN bewerten die Einzelselbsterfahrung als etwas hilfreich,
- 7,4% als mittel hilfreich,
- 16,8% als ziemlich hilfreich,
- 70% als sehr hilfreich.

Gruppenselbsterfahrung wird von allen TeilnehmerInnen (fünfstufige Skala) als „ziemlich hilfreich“ bewertet (M=3,84; SD=1,17). Die Gruppenselbsterfahrung bewerten

- 3,9% der TN als gar nicht hilfreich,
- 11,4% als etwas hilfreich,
- 20,1% als hilfreich,
- 60% als sehr hilfreich.

Die TN sind im Durchschnitt mit dem Angebot der Einzelselbsterfahrung „ziemlich“ zufrieden (M=3,96; SD=1,35).

Die Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung wird von den TeilnehmerInnen wie folgt bewertet:

Einzelselbsterfahrung:

- 8% der TN gar nicht zufrieden
- 9% etwas bis mittel zufrieden,
- 40% ziemlich bis sehr zufrieden.

Knapp die Hälfte aller befragten TN hat zum Zeitpunkt der Befragung diesen Baustein der Ausbildung noch nicht absolviert.

Gruppenselbsterfahrung:

Auch mit der Gruppenselbsterfahrung sind die TN im durchschnitt „ziemlich“ zufrieden. Mit der Gruppenselbsterfahrung sind

- 7% der Auszubildenden gar nicht zufrieden,
- 8,9% etwas zufrieden,
- 45% ziemlich bis sehr zufrieden.

Gut 20% der befragten TN hatte zum Zeitpunkt der Erhebung diesen Baustein noch nicht absolviert.

AbsolventInnen

Auf einer fünfstufigen Skala (1 gar nicht – 5 sehr) wird im Rückblick die Einzelselbsterfahrung als „mittel bis ziemlich“ nützlich und hilfreich für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz bewertet ($M=3,5$; $SD=1,5$).

Die Gruppenselbsterfahrung wird ebenfalls als „mittel bis ziemlich“ nützlich und hilfreich bewertet ($M=3,3$; $SD=1,6$).

Dabei unterscheiden sich die Berufsgruppen der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und der Psychologischen PsychotherapeutInnen in der Bewertung der Einzelselbsterfahrung nicht. Große Unterschiede gibt es aber zwischen den Absolventen unterschiedlicher Verfahrensrichtungen. So sind die psychodynamisch orientierten Ausgebildeten im Durchschnitt „sehr“ zufrieden mit der Einzelselbsterfahrung ($M=4,6$; $SD=0,8$) und die Absolventen verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Ausbildungen „mittel“ zufrieden ($M=3,3$; $SD=1,5$).

Der Umfang der Einzelselbsterfahrung wird im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen von 35,7% der AbsolventInnen als angemessen bewertet. Wobei es große Unterschiede zwischen Absolventen unterschiedlicher Verfahren gibt. So schätzen 34,4% der Verhaltenstherapeuten und 65,6% der psychodynamisch orientierten Absolventen ihren Einzelselbsterfahrungsbaustein als angemessen im Umfang ein.

37,1% der befragten Absolventen bewerten die Einzelselbsterfahrung als nicht ausreichend (VT: 44,2%, psychodynamische Therapie: 18,9%).

Der Umfang der Gruppenselbsterfahrung wird im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen von 53% der Absolventen als angemessen eingeschätzt (VT: 60%, psychodynamisch orientierte Absolventen 48%),

21% der Absolventen schätzen ein, dass der Umfang der Einzelselbsterfahrung nicht ausreichend ist (VT: 23%, psychodynamisch orientierte Absolventen: 22%)

Knapp die Hälfte aller *Aufsichtsbehörden* erwartet qualitative Voraussetzungen für die Leitungen der Selbsterfahrung.

Die Selbsterfahrung gehört durchgängig und in allen befragten Gruppen zu den sehr positiv bewerteten Ausbildungsbausteinen. Vielfach wird – vor allem im Bereich Verhaltenstherapie – gewünscht, dass Einzelselbsterfahrung, die nicht im PsychThG vorgeschrieben ist, zum Ausbildungsangebot gehören soll.

4.5.8. Welche Möglichkeiten der Verbesserung gibt es für den Ausbildungsbaustein „Selbsterfahrung“?

Lehrkräfte

Ein sehr großer Teil der Lehrkräfte, die Selbsterfahrungen anbieten, haben in den offenen Antwortfeldern Verbesserungsvorschläge bezüglich der Selbsterfahrung unterbreitet.

Als wesentliche Verbesserungsvorschläge werden häufiger genannt:

- Selbsterfahrung nur im Vertiefungsfach,
- Erhöhung der Selbsterfahrungsstunden,
- verpflichtende Einzelselbsterfahrung,
- bessere Qualifikation von SelbsterfahrungsleiterInnen,
- Erarbeitung von Curricula für Selbsterfahrung,
- bessere Honorierung der SelbsterfahrungsleiterInnen,
- höhere Honorierung der Behandlungsstunden zur besseren Finanzierung der Ausbildung und damit auch der Selbsterfahrung,
- Trennung von Supervision und Lehranalyse,
- Selbsterfahrungsumfang an die individuelle Entwicklung der AusbildungsteilnehmerInnen anpassen,
- zwecks besserem persönlichen Schutz soll die Selbsterfahrung von jeweils anderen Instituten angeboten werden,
- Einbezug der Einzelselbsterfahrung in den Supervisionskontext,
- externe Absolvierung der Selbsterfahrung,
- keine Überschneidung der Funktionen innerhalb des Instituts,
- Selbsterfahrung sollte sich kontinuierlich über den gesamten Ausbildungsverlauf strecken,
- kleinere Gruppen für Selbsterfahrung,
- mehr Austausch zwischen den SelbsterfahrungsleiterInnen und dem Selbsterfahrungsleitungsnetzwerk,
- mehr Vertrauen schaffen und Kontrolle der Ausbildungsinstitute verringern.

Auch bei den Verbesserungsvorschlägen zur Ausbildung allgemein wurden von 12% der Lehrkräfte Verbesserungsvorschläge zur Selbsterfahrung gemacht. Die Mehrzahl dieser Vorschläge beinhaltet

- die Erhöhung des Selbsterfahrungsanteiles, auch für die TeilnehmerInnen in der VT-Ausbildung und
- die fortlaufende und bessere Integration in die Ausbildung.

Zahlreiche Verbesserungsvorschläge für die Selbsterfahrung wurden unterbreitet. Am häufigsten wurden genannt:

- Erhöhung der Selbsterfahrungsstunden insgesamt,
- Einbezug von Einzelselbsterfahrung in die Ausbildung.

4.5.9. Gesamtzusammenfassung

- Die SelbsterfahrungsleiterInnen sind – auch im KJP-Bereich – vor allem Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte – mit insbesondere psychodynamischen Ausrichtungen. Allerdings sind in diesem (d.h. dem psychodynamischen) Bereich auch die meisten Fachkräfte angesiedelt.
- Selbsterfahrung beginnt häufig gleich mit dem Start der Ausbildung.
- Dreiviertel aller Ausbildungsstätten bieten Einzelselbsterfahrung an, die Hälfte davon verpflichtend.
- Es gibt bei den SelbsterfahrungsleiterInnen eine hohe Zahl an Überschneidungen mit anderen Funktionen in den Ausbildungsstätten. Dies benennen auch die SelbsterfahrungsleiterInnen in den offenen Antworten als problematisch. Allerdings wurde nicht erhoben, dass diese Funktionsüberschneidungen durchgängig die gleichen AusbildungsteilnehmerInnen betreffen
- Gruppenselbsterfahrung wird in der Regel vom Umfang her als angemessen, Einzelselbsterfahrung häufig als zu gering benannt.
- Am häufigsten wird eine Kombination aus Gruppen- und Einzelselbsterfahrung gewünscht.
- Die Selbsterfahrung gehört durchgängig und in allen befragten Gruppen zu den sehr positiv bewerteten Ausbildungsbausteinen. Vielfach wird – vor allem im Bereich Verhaltenstherapie – gewünscht, dass Einzelselbsterfahrung, die nicht im PsychThG vorgeschrieben ist, zum Ausbildungsangebot gehören soll.
- Zahlreiche Verbesserungsvorschläge für die Selbsterfahrung wurden unterbreitet. Am häufigsten wurden genannt: Erhöhung der Selbsterfahrungsstunden insgesamt und Einbezug von Einzelselbsterfahrung in die Ausbildung.

5. Staatliche Prüfung

Die staatliche Prüfung Psychologischer und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen umfasst einen schriftlichen und mündlichen Teil. Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang zur Bewertung der Prüfung Stellung nehmen.

5.1. Hat sich die Struktur der staatlichen Prüfung bewährt?

5.1.1. Haben sich die Regelungen zur staatlichen Prüfung insgesamt bewährt?

Grundlage der Auswertungen zu diesen Fragen im Bereich 5.1. sind die Befragung der Institutsleitungen, die Befragung der Lehrkräfte sowie die Delphi-Befragungen.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Regelung zur staatlichen Prüfung (PsychThG § 8 Abs. 4 und APrVen §§ 8-9, 11-12) hat sich nach Meinung der InstitutsleiterInnen insgesamt mit einem Mittelwert von 3,37 (SD=1,23) auf einer Skala von 1 bis 6 (entsprechend dem Schulnotensystem) als befriedigend erwiesen.

Delphi-Befragung

Die Regelung zur staatlichen Prüfung (PsychThG § 8 Abs. 4 und APrVen §§ 8-9, 11-12) hat sich nach Meinung der ExpertInnen insgesamt mit einem Mittelwert von 3,25 (SD=1,16) auf einer Skala von 1 bis 6 (entsprechend dem Schulnotensystem) ebenfalls als befriedigend erwiesen.

Sowohl die Institutsleitungen als auch die ExpertInnen („Delphi“) bewerten die bisherige Regelung zur staatlichen Prüfung durchschnittlich nur als „befriedigend“.

5.1.2. Hat sich die Aufteilung der Prüfung in einen schriftlichen und mündlichen Teil bewährt?

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Frage, ob die schriftliche Abschlussprüfung, die sich bekanntlich vor allem auf theoretische Grundkenntnisse bezieht, bereits nach Ende der Grundausbildung, z.B. vor Beginn der Praktischen Ausbildung, vorgezogen werden könnte, befürworten 47,3% der (n=127) InstitutsleiterInnen, während 51,2% sie verneinen.

Lehrkräftebefragung: PrüferInnen

46,9% der PrüferInnen (n=227) bejahen die Frage, ob sich die Aufteilung der staatlichen Prüfung in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil bewährt hat, während 22,3% (n=132) sie verneinen [weiß nicht: 11,7% (n=69), fehlende Angaben: 18,9% (n=112)].

46,3% der PrüferInnen (n=237) bejahen darüber hinaus die Frage, ob sich bei der mündlichen staatlichen Prüfung die Aufteilung in einen Teil Einzelprüfung und einen Teil Gruppenprüfung bewährt hat, während 20,3% (n=120) sie verneinen [weiß nicht: 10,8% (n=64), fehlende Angaben: 22,5% (n=133)].

Die Aufteilung der Prüfungen in einen mündlichen und einen schriftlichen Teil hat sich laut Meinung der PrüferInnen also überwiegend bewährt (47% dafür, 22% dagegen), ebenso hat sich die Aufteilung der mündlichen Prüfung in einen Teil Gruppen- und Einzelprüfung überwiegend bewährt (46% dafür, 20% dagegen).

Delphi-Befragung I

Ein Teil der ExpertInnen der Delphi-Befragung empfiehlt, die Regelungen zur staatlichen Prüfung (schriftlicher und mündlicher Teil, Inhalte, Prüfungskommission, Benotung) (APrVen §§ 8, 9, 11, 12) beizubehalten, wobei eine interdisziplinäre Prüfungskommission erhalten und eine mündliche Prüfung belassen werden sollte. Eine größere Gruppe von ExpertInnen plädiert für Änderungen. Die schriftliche Prüfung könnte laut Auffassung einiger Experten vor Beginn der praktischen Ausbildung nach der theoretischen Grundausbildung erfolgen. Inhalte des vorgeschalteten Studiums sollten weggelassen werden.

Delphi-Befragung II

Aus den Ergebnissen der ersten ExpertInnenbefragung wurde die Frage abgeleitet, ob eine Vorverlegung der schriftlichen Prüfungen vor den Beginn der praktischen Ausbildung erfolgen sollte. Hierbei sprechen sich 45,8% für sowie 47,5% der 59 Befragten gegen eine Vorverlegung aus. Zwei PsychologInnen sowie ein(e) Mediziner/in machten dazu keine Angaben. Damit stimmen 47,6 (45,2% dagegen (n=19) der PsychologInnen im Gegensatz zu 41,2 (52,9% dagegen, n=9) der MedizinerInnen für eine Vorverlegung der schriftlichen Prüfung.

- Ungefähr die Hälfte der befragten PrüferInnen sprechen sich für die Aufteilung der Prüfung in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil aus (ähnlich wird auch die Aufteilung in eine Einzel- und eine Gruppenprüfung bewertet).
- Ein Teil der ExpertInnen empfiehlt, die Regelungen zur schriftlichen Prüfung beizubehalten. Darüber hinaus wird von einigen vorgeschlagen, die schriftliche Prüfung vor den Beginn der praktischen Ausbildung vorzuziehen.
- Die Mehrzahl der ExpertInnen spricht sich gegen eine Vorverlegung der schriftlichen Prüfungen vor den Beginn der praktischen Ausbildung aus, allerdings ist zwar nicht die Mehrheit, aber der größere Teil der PsychologInnen für eine solche Vorverlegung.
- Die Institutsleitungen sind mehrheitlich gegen ein Vorziehen der schriftlichen Abschlussprüfung bereits nach Ende der theoretischen Ausbildung.

5.2. Ist die Prüfung geeignet, um den Erwerb der durch das Ausbildungsziel erwarteten Kompetenzen zu belegen (im Vergleich zu anderen Ausbildungsbestandteilen)?

Grundlage der Auswertungen zu dieser Frage sind die Befragung der Lehrkräfte, die Befragung der AbsolventInnen, sowie die Delphi-Befragungen.

Lehrkräftebefragung: PrüferInnen

Die Eignung der Prüfungen, die erwarteten Kompetenzen als künftige/r Psychotherapeut/in zu belegen, wird von den PrüferInnen für die mündlichen Prüfungen ($M=3,8$; $SD=1,1$) besser eingeschätzt als für die schriftlichen ($M=2,1$; $SD=1,2$; 1 bis 5 entspricht mangelhaft bis sehr gut). Insgesamt werden die Prüfungen als „ausreichend“ (schriftlich) bis „gut“ (mündlich) geeignet bewertet.

Offene Antworten, Verbesserungsvorschläge allgemein (insgesamt $N=912$):

In offenen Antworten gemachte Verbesserungsvorschläge der Lehrkräfte zu den Prüfungen ($n=93$) waren u.a. eine Einführung von Zwischenprüfungen ($n=15$), die Abschaffung der schriftlichen Prüfungen ($n=15$) sowie eine Revision der schriftlichen Prüfungen (z.B. weniger breit, mehr Tiefe) ($n=13$). Außerdem wurde vorgeschlagen, dass die Prüfungen mehr Praxisbezug haben sollten ($n=13$).

Offene Antworten, Verbesserungsvorschläge der DozentInnen ($n=38$ von $N=844$ Vorschlägen) zur Prüfung, welche (indirekt) die Kompetenzen betreffen, waren konkret:

- mehr mündliche Theorie und Falldiskussion ($n=1$)
- Gestaltung der schriftlichen Prüfung in Abstimmung mit Praktikern/Instituten ($n=3$)
- Schwerpunkt im Vertiefungsverfahren; andere Verfahren = Grundwissen prüfen o. getrennte Prüfungsbögen für VT, PA und TP ($n=5$)
- nur Inhalte prüfen die relevant für Berufspraxis sind (Handlungskompetenzen) ($n=9$)
- Abschaffung Gruppenprüfung ($n=1$)
- Reduzierung Prüfungskommission ($n=1$)
- Überarbeitung des Prüfungskataloges ($n=2$)
- Zwischenprüfungen mit Ausschlusscharakter ($n=2$)
- schriftliche Prüfung abschaffen ($n=3$)
- staatliche Prüfung abschaffen ($n=2$)
- spezifisches Wissen von Pädagogen stärker berücksichtigen ($n=4$)

Von den DozentInnen wurde am häufigsten vorgeschlagen, dass eher Inhalte, die relevant für die Berufspraxis sind, geprüft werden sollten, also Inhalte, die die erwarteten Kompetenzen belegen. Aus den formulierten Verbesserungsvorschlägen lässt sich zum Thema Kompetenzüberprüfung durch die Prüfungen indirekt schließen, dass eine Revision der Prüfungsinhalte (Gegenstandskatalog) zur Kompetenzüberprüfung von einigen DozentInnen für sinnvoll gehalten wird.

AbsolventInnen

Die AbsolventInnen insgesamt ($n=572$) bewerteten die schriftliche Prüfung auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = gar nicht geeignet bis 5 = sehr geeignet) als „etwas geeignet“ ($M=2,0$; $SD=1$) zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz. Als am besten geeignet bewerteten die AbsolventInnen die mündliche Einzelprüfung ($M=3,3$; $SD=1$), aber auch die mündliche Einzelprüfung wird im Durchschnitt, wie auch die mündliche Gruppenprüfung ($M=3,0$; $SD=1$) nur als „mittel“ geeignet zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz beschrieben (Tabelle E 5-1).

Tabelle E 5-1: Wie eignen sich die Prüfungen zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz?
(Antwortformat 1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 = mittel, 4 = ziemlich, 5 = sehr)

	n	%	M	SD	Keine Angabe	
					n	%
Mündliche Prüfung	572	85,9	3,3	1,0	94	14,1
Mündliche Gruppenprüfung	572	85,9	3,0	1,0	94	14,1
Schriftliche Prüfung	572	85,9	2,0	1,0	94	14,1

Unterteilt nach *KJP-AbsolventInnen* (n=108) und *PP-AbsolventInnen* (n=424) zeigen sich keine großen Bewertungsunterschiede (Tabelle E 5-2). Beide bewerten die schriftliche Prüfung als „etwas geeignet“ (SD=1) zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz. Als am besten geeignet bewerten sie übereinstimmend ebenfalls die mündliche Einzelprüfung (SD=1) allerdings wird diese im Durchschnitt, wie auch die mündliche Gruppenprüfung (SD=1), von beiden Gruppen nur als „mittel“ geeignet zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz beschrieben. Es sind keine signifikanten Unterschiede in den Einschätzungen feststellbar (t-Test).

Tabelle E 5-2: Wie eignen sich die Prüfungen zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz?
(getrennt nach Ausbildungsbereich) (Antwortformat 1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 = mittel, 4 = ziemlich, 5 = sehr)

		n	%	M	SD	Keine Angabe	
						n	%
KJP	Mündliche Prüfung	108	90,0	3,4	1,0	12	10,0
	Mündliche Gruppenprüfung	108	90,0	3,0	1,0	12	10,0
	Schriftliche Prüfung	108	90,0	2,0	1,0	12	10,0
PP	Mündliche Prüfung	424	94,4	3,3	1,0	25	5,6
	Mündliche Gruppenprüfung	424	94,4	3,0	1,0	25	5,6
	Schriftliche Prüfung	424	94,4	2,0	,9	25	5,6

Die *VT-AbsolventInnen* (n=492) sowie die *PD-AbsolventInnen* (n=80) bewerten die schriftliche Prüfung ebenfalls als „etwas geeignet“ (SD=1) zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz und als am besten, nämlich „mittel“ geeignet bewerten sie die mündliche Einzelprüfung (SD=1) (Tabelle E 5-3). Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen feststellbar (t-Test).

Tabelle E 5-3: Wie eignen sich die Prüfungen zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz?
(getrennt nach Ausbildungsrichtung) (Antwortformat 1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 = mittel, 4 = ziemlich, 5 = sehr)

		n	%	M	SD	Keine Angabe	
						n	%
VT	Mündliche Prüfung	492	94,6	3,3	1,0	28	5,4
	Mündliche Gruppenprüfung	492	94,6	3,0	1,0	28	5,4
	Schriftliche Prüfung	492	94,6	2,0	1,0	28	5,4
PD	Mündliche Prüfung	80	88,9	3,4	1,0	10	11,1
	Mündliche Gruppenprüfung	80	88,9	3,0	1,0	10	11,1
	Schriftliche Prüfung	80	88,9	1,7	,9	10	11,1

Hier zeigt sich also über alle AbsolventInnengruppen hinweg ein konstantes Bild, dass die Prüfung im Mittel lediglich als „etwas“ geeignet zur Feststellung der therapeutischen Kompetenz bewertet und die mündliche Prüfung mit „mittel“ noch als am besten geeignet eingeschätzt wird.

Delphi-Befragung I

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

Ein Teil der ExpertInnen der Delphi 1-Befragung empfiehlt, die Regelungen beizubehalten, eine größere Gruppe von ExpertInnen plädiert jedoch für Änderungen. Für die schriftliche Prüfung werden an inhaltlichen Überarbeitungen angemahnt:

Überarbeitung des Gegenstandskatalogs des IMPP, Reduktion der „Medizinlastigkeit“, mehr psychotherapeutische Behandlungsfragen, Verbesserungsvorschläge, aus denen ebenfalls indirekt gefolgert werden kann, dass die ExpertInnen den momentanen Gegenstandskatalog nur für begrenzt sinnvoll für die Überprüfung der therapeutischen Kompetenzen halten.

Delphi-Befragung II

Aus diesen Ergebnissen der ersten Delphi-Befragung wurde für die zweite Erhebung die Fragestellung abgeleitet, ob eine Überarbeitung des Gegenstandskatalogs der staatlichen Prüfungen erfolgen sollte. 88,1% (n=52) der 59 befragten ExpertInnen plädieren für eine entsprechende Änderung, während 11,9% sie ablehnen. Dabei spricht sich ein noch größerer Anteil der MedizinerInnen (94,1%, n=16) als der PsychologInnen (85,7%, n=36) für eine solche Überarbeitung aus.

Zur Frage einer Reduktion medizinischer Prüfungsinhalte gab es kein eindeutiges Votum: mit jeweils 49% sprachen sich gleich viele der Befragten (n=29) für bzw. gegen eine Reduktion aus. Unter den PsychologInnen (57%, n=24) waren allerdings deutlich mehr dafür als in der Gruppe der MedizinerInnen (29%, n=5).

17 PsychologInnen (40,5% der PsychologInnen) sowie 12 MedizinerInnen (70,6% der MedizinerInnen) lehnen eine Reduktion ab.

Dagegen sprachen sich 81,4% (n=48) der ExpertInnen für eine Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen aus, hierfür votierten mehr MedizinerInnen (94%, n=16) als PsychologInnen (76%, n=32).

Des Weiteren wurde aus den Ergebnissen der ersten Delphi-Befragung die Frage abgeleitet, ob sich die Prüfungsfragen auf das Verfahren beschränken sollten, in welchem ausgebildet wird. 91,5% der 59 befragten ExpertInnen lehnen jedoch diesen Vorschlag ab. Nur 6,8% (n=4) sprachen sich für eine solche Beschränkung aus. Zwischen PsychologInnen (91%, n=38: „nein“) und MedizinerInnen (94%, n=16: „nein“) waren diesbezüglich keine großen Unterschiede aufzufinden.

Für eine Reduktion von Redundanzen zwischen Studieninhalten und schriftlicher Prüfung sprachen sich dagegen 81% der Befragten (n=48) aus, unter den MedizinerInnen (94%, n=16) waren mehr dafür als unter den befragten PsychologInnen (76%, n=32). 18,6% lehnen eine Reduzierung der sich wiederholenden Inhalte ab.

- In der Gesamtstichprobe der AbsolventInnen wird die schriftliche Prüfung durchschnittlich mit „etwas“ als zur Feststellung der psychotherapeutischen Kompetenzen am wenigsten geeignet bewertet; die mündliche Einzelprüfung mit durchschnittlich „mittel“ hingegen als am besten geeignet; diese Hierarchie trifft unabhängig von Ausbildungsrichtung und -gang zu. Insgesamt wird jedoch keiner der Prüfungsteile im Mittel als gut bzw. sehr gut geeignet zur Feststellung der psychotherapeutischen Kompetenzen eingeschätzt.
- Die PrüferInnen bewerten die mündliche Prüfung mit „gut“ im Vergleich zur schriftlichen Prüfung mit „ausreichend“ ebenfalls als geeigneter zur Überprüfung der psychotherapeutischen Kompetenzen ein, ebenso, wie ein Teil der Lehrkräfte. Sie kommen zu einem positiveren Urteil bezüglich der Eignung der mündlichen Prüfung als die AbsolventInnen.

- Eine Mehrheit der ExpertInnen der ersten Phase der Delphibefragung plädiert für Änderungen. Eine Überarbeitung des Gegenstandskatalogs des IMPP, eine Reduktion der „Medizinlastigkeit“, sowie mehr psychotherapeutische Behandlungsfragen werden angemahnt, woraus sich folgern lässt, dass die ExpertInnen den momentanen Gegenstandskatalog nur für begrenzt sinnvoll für die Überprüfung der therapeutischen Kompetenzen der AusbildungsteilnehmerInnen halten.
- Aufgrund der Daten aus der zweiten Delphibefragung lässt sich diese Überlegung stützen: Die große Mehrheit der ExpertInnen spricht sich hier für eine Änderung des Gegenstandskatalogs der Prüfungen aus. Dabei wird mehrheitlich für eine Reduktion der sich in Studium und Ausbildung wiederholenden Inhalte (Redundanzen) sowie eine Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen votiert. Die Beschränkung der Prüfungsfragen auf das eigene Verfahren wird hingegen abgelehnt. Bezüglich einer möglichen Reduzierung medizinischer Inhalte ist das Ergebnis uneindeutig.

5.3. Wie werden die Prüfungsanforderungen generell eingeschätzt? Sind die PrüfungsteilnehmerInnen aufgrund der Ausbildung ausreichend auf die Prüfung vorbereitet?

Grundlage der Auswertungen zu dieser Frage sind die Befragungen der Institutsleitungen, der Lehrkräfte sowie der AbsolventInnen.

5.3.1. Sind die PrüfungsteilnehmerInnen aufgrund der Ausbildung ausreichend auf die Prüfung vorbereitet?

InstitutsleiterInnenbefragung

Durch die Leitungen der Ausbildungsinstitute in analytischen Verfahren wurde bei der mündlichen Prüfung in den letzten zwei Jahren eine *Durchfallquote* von 0% angegeben (n=93, fehlend: n=36).

Bei den verhaltenstherapeutischen Verfahren (n=104) variiert die durch die Institutsleitungen angegebene Durchfallquote zwischen 1% und 5% bei der mündlichen Prüfung (fehlend: n=25).

Bei der Gruppenprüfung wurde bei den analytischen Verfahren eine Durchfallquote von 0% angegeben (n=97, fehlend: n=32).

Bei den verhaltenstherapeutischen Verfahren (n=100) variiert die angegebene Durchfallquote zwischen 2% und 5% (fehlend: n=29).

82,8% der Institutsleitungen (n=106) gaben an, dass *Zwischenprüfungen* stattfinden (16,4%, n=21: Nein, 0,8% fehlend) und zwar meist nach ca. 1,5-2 Jahren. Geprüft wird dabei vorwiegend durch institutsinterne PrüferInnen. Die Prüfungen finden statt, um Grundkenntnisse, Fachwissen und Behandlungskompetenz abzufragen. Sie könnten also auch zur Vorbereitung auf die staatliche Prüfung genutzt werden, die Angabe der Überprüfung von Grundkenntnissen und Fachwissen legt dies nahe. Allerdings dienen die Zwischenprüfungen momentan wohl eher der Überprüfung einer ausreichenden Vorbereitung auf die nachfolgende praktische Ausbildung.

AbsolventInnen

Insgesamt schätzen die AbsolventInnen (n=593) den Ausbildungsbestandteil der Prüfungsvorbereitung im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung auf einer fünffach gestuften Skala (1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 = mittel, 4 = ziemlich, 5 = sehr) im Schnitt mit 4,3 (SD=1,1) im Rückblick als „ziemlich“ hilfreich/nützlich und damit als am hilfreichsten/nützlichsten ein, gefolgt von der praktischen Ausbildung (M=3,7; SD=1,4; Tabelle E 5-4). Am schlechtesten (M=1,5; SD=0,8) wird die

Gruppenselbsterfahrung mit „gar nicht“ bis „etwas hilfreich“ für die Vorbereitung zur Prüfung eingeschätzt, gefolgt von der Einzelselbsterfahrung ($M=1,6$; $SD=0,9$).

Tabelle E 5-4: Wie nützlich/hilfreich schätzen Sie im Rückblick folgende Ausbildungsbestandteile im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung ein? (Antwortformat 1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 = mittel, 4 = ziemlich, 5 = sehr)

	Gesamt		M	SD	Keine Angabe	
	n	%			n	%
Theorie	591	88,7	3,4	1,2	75	11,3
Einzelselbsterfahrung	587	88,1	1,6	,9	79	11,9
Gruppenselbsterfahrung	594	89,2	1,5	,8	72	10,8
PT I	594	89,2	2,9	1,2	72	10,8
PT II	592	88,9	2,8	1,2	74	11,1
PrAus	593	89,0	3,7	1,4	73	11,0
Einzelsuper-Vision	592	88,9	3,1	1,3	74	11,1
Gruppensupervision	592	88,9	2,7	1,2	74	11,1
„Freie Spitze“	581	87,2	2,2	1,2	85	12,8
Prüfungsvorbereitung	593	89,0	4,3	1,1	73	11,0
Kleingruppe	592	88,9	3,2	1,4	74	11,1

Unterteilt nach Ausbildungsgang bzw. Verfahrensrichtung zeigt sich bzgl. der Einschätzung der Prüfungsvorbereitung folgendes Bild:

Insgesamt schätzten die *PP-AbsolventInnen* ($n=439$) die Prüfungsvorbereitung im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung auf einer fünffach gestuften Skala (Tabelle E 5-5) im Schnitt mit 4,4 ($SD=1,0$) im Rückblick als „ziemlich“ hilfreich/nützlich ein.

Die *KJP-AbsolventInnen* ($n=114$) schätzten den Ausbildungsbestandteil der Prüfungsvorbereitung im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung auf einer fünffach gestuften Skala (1 = gar nicht, 5 = sehr) im Schnitt mit 4,1 ($SD=1,3$) im Rückblick ebenfalls als „ziemlich“ hilfreich/nützlich ein. Die Unterschiede in der Einschätzung sind jedoch signifikant ($t(581) = -2,56$, $p < .05$).

Die *VT-AbsolventInnen* ($n=507$) sowie die *PD-AbsolventInnen* ($n=86$) schätzten den Ausbildungsbestandteil der Prüfungsvorbereitung im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung im Schnitt im Rückblick jeweils ebenso als ziemlich hilfreich/nützlich ein (Tabelle E 5-5, t-Test: n.s.).

Bei den dargestellten Bewertungen der Prüfungsvorbereitung ist jedoch zum einen zu beachten, dass diese keinen formalisierten Bestandteil der Ausbildung darstellt. Zum anderen muss das Ergebnis im Verhältnis zu den Bewertungen der weiteren Ausbildungsbestandteilen interpretiert werden, die durchgehend mittel bis schlecht ausfallen.

Tabelle E 5-5: Wie nützlich/hilfreich schätzen Sie im Rückblick den Ausbildungsbestandteil der Prüfungsvorbereitung im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung ein? (Antwortformat 1 = gar nicht, 2 = etwas, 3 = mittel, 4 = ziemlich, 5 = sehr) – nach Ausbildungsgang und Vertiefungsverfahren unterteilt

	n total	M	SD
PP	439	4,4	1,0
KJP	114	4,1	1,3
VT	507	4,4	1,1
PD	86	4,2	1,2

80,3% aller AbsolventInnen ($n=535$) gaben an, zusätzlich zur Ausbildung Zeit für die Prüfungsvorbereitung verwendet zu haben, im Mittel 12,4 Wochen ($SD=8,9$), nur 5,6% ($n=37$) geben an, dies nicht getan zu haben.

Von den *VT-AbsolventInnen* ($n=492$) gaben 89,4% an, zusätzliche Zeit für die Prüfungsvorbereitung verwendet zu haben, im Mittel 12,1 Wochen ($SD=9,0$), nur 5,2% ($n=27$) geben an, dies nicht getan zu haben. Von den *AbsolventInnen psychodynamischer Verfahren* ($n=80$) gaben 77,8%

an, zusätzliche Zeit für die Prüfungsvorbereitung verwendet zu haben, im Mittel 14,3 Wochen (SD=8,5), hier geben 11,1% (n=10) an, dies nicht getan zu haben (Tabelle E 5-6, Tabelle E 5-7).

Tabelle E 5-6: Haben Sie zusätzlich zur Ausbildung Zeit für die Prüfungsvorbereitung verwendet?

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	alle		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
Ja	535	80,3	465	89,4	70	77,8
Nein	37	5,6	27	5,2	10	11,1
Total	572	85,9	492	94,6	80	88,9
Keine Angaben	94	14,1	28	5,4	10	11,1

Tabelle E 5-7: zusätzliche Zeit zur Prüfungsvorbereitung in Wochen

	Gesamt		M	SD	median	min	max	Keine Angabe		
	n	%						n	%	
Gesamtstichprobe	536	80,5	12,4	8,9	12,0	0	100	130	19,5	
Ausbildungsrichtung	VT	465	89,4	12,1	9,0	12,0	0	100	55	10,6
	PD	71	78,9	14,3	8,5	12,0	3	52	19	21,1

Gefragt nach Änderungen der Ausrichtung der theoretischen Ausbildung soll nach Meinung der Mehrzahl der AbsolventInnen (n=587) der Anteil an Prüfungsvorbereitung im Rahmen der theoretischen Ausbildung eher so bestehen bleiben (40% der AbsolventInnen wünschen dies). Ein geringerer Teil der AbsolventInnen (35%) spricht sich für eine Erhöhung des Anteils an Prüfungsvorbereitung im Rahmen der theoretischen Ausbildung aus. Nur 8% der AbsolventInnen wünschen eine Verringerung des Anteils an Prüfungsvorbereitung im Rahmen der theoretischen Ausbildung (Tabelle E 5-8).

Tabelle E 5-8: Wenn sich die Ausrichtung in der theoretischen Ausbildung ändern würde, wünschte ich, dass in der theoretischen Ausbildung der Anteil der Prüfungsvorbereitung (AbsolventInnen)

reduziert wird		so bleibt		erhöht wird		weiß nicht		total		keine Angabe	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
53	8,0	269	40,4	233	35,0	32	4,8	587	88,1	79	11,9

5.3.2. Wie werden die Prüfungsanforderungen generell eingeschätzt?

Lehrkräftebefragung: PrüferInnen (N=590)

Für die mündlichen Prüfungen wurden die Prüfungsanforderungen durch die PrüferInnen niedriger eingeschätzt (M=2,9, SD=0,54) als für die schriftlichen Prüfungen. Bei den schriftlichen Prüfungen wurden die Anforderungen als „eher zu hoch“ eingeschätzt (M=3,9, wobei 1 bis 5 deutlich zu niedrig bis deutlich zu hoch entspricht, SD=0,8), bei den mündlichen Prüfungen als „angemessen“ (M=2,9, SD=0,5).

Aufgrund der Ausbildung sind nach Einschätzung der PrüferInnen die Prüflinge besser auf die mündliche Prüfung (M=4,2, SD=0,8, gut: n=214 (36,7%) sehr gut: n=179 (30,7%)) vorbereitet als auf die schriftliche Prüfung (Tabelle E 5-9) (M=3,3, SD=1,1, wobei 1 bis 5 mangelhaft bis sehr gut entspricht; gut: n=180 (30,9% der PrüferInnen; befriedigend: n=124 (21,3%)).

Tabelle E 5-9: Wie gut sind Ihrer Erfahrung nach die PrüfungsteilnehmerInnen aufgrund der Ausbildung auf die Prüfungen vorbereitet? (5 = sehr gut, 1 = mangelhaft)

	n	M	SD	Kann ich nicht einschätzen	
				n	%
Mündliche Prüfung	465	4,2	0,8	13	2,2
Schriftliche Prüfung	444	3,3	1,1	35	5,9

Eine Reduktion der Anforderungen der staatlichen Prüfungen wird von n=10 der Lehrkräfte vorgeschlagen (11% der 93 Vorschläge zur Prüfung in offenem Antwortformat zu Verbesserungsvorschlägen der Ausbildung allgemein, 1% aller allgemeinen Verbesserungsvorschläge (N=912; Gesamtstichprobe: N=2196)).

DozentInnen

Die DozentInnen orientieren sich nur „teils/teils“ am Gegenstandskatalog (n=1608; M=2,8; SD=0,9; 31,6% teils/teils; 18,8% überwiegend). Nicht bekannt ist der Gegenstandskatalog 5% der DozentInnen (n=113) (fehlende Angaben: n=306, 15% der DozentInnen).

Während Multiple-Choice-Fragen von nur 5,6% der DozentInnen systematisch trainiert werden, werden Fallvorstellungen von 57,7% der DozentInnen systematisch in die Ausbildung eingebaut (Tabelle E 5-10).

Tabelle E 5-10: Werden in Ihren Veranstaltungen systematisch Multiple-Choice-Fragen bzw. Fallvorstellungen trainiert? (5 = ausschließlich, 3 = teils/teils, 1 = gar nicht)

		Häufigkeit		Prozent	
Multiple-Choice-Fragen	Gültig	nein	1615	94,4	
		ja	95	5,6	
		Gesamt	1710	100,0	
	Fehlend		316	15,5	
	Gesamt		2196		
Fallvorstellungen	Gültig	nein	720	42,3	
		ja	981	57,7	
		Gesamt	1701	100,0	
	Fehlend		325	16	
	Gesamt		2196		

AbsolventInnen

Der größte Teil der AbsolventInnen (83,9%, n=559) gibt an, die Prüfung nicht wiederholt zu haben, 0,5% (n=3) geben an, die mündliche Prüfung wiederholt zu haben und 1,5% (n=10) geben an, die schriftliche Prüfung wiederholt zu haben.

Der größte Teil der *KJP-AbsolventInnen* (83,9%, n=99) gibt ebenfalls an, die Prüfung nicht wiederholt zu haben, 0% die mündliche Prüfung und 7,5% (n=9) die schriftliche Prüfung, ebenso der größte Teil der *PP-AbsolventInnen* (93,5%, n=420) (Wiederholung: 0,7% (n=3) die mündliche Prüfung und 0,2% die schriftliche Prüfung (Differenzen sind signifikant $t(570) = 4,33, p < .01$)).

Nach Ausbildungsrichtungen unterteilt ergibt sich folgendes Bild (Tabelle E 5-11): Der größte Teil der *VT-AbsolventInnen* (93,1%, n=484) und der der *PD-AbsolventInnen* (83,3%, n=75) gibt an, die Prüfung nicht wiederholt zu haben, VT: 0,6% (n=3) die mündliche Prüfung und 1% (n=5) die schriftliche Prüfung. Bei letzteren 0% die mündliche Prüfung und 5,6% (n=5) die schriftliche Prüfung (Differenzen sind signifikant $t(570) = -3,03, p < .01$).

Tabelle E 5-11: Haben Sie Prüfungen wiederholen müssen?

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	alle		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
Nein	559	83,9	484	93,1	75	83,3
ja, die mündliche	3	,5	3	,6	0	,0
ja, die schriftliche	10	1,5	5	1,0	5	5,6
ja, beide	0	,0	0	,0	0	,0
Total	572	85,9	492	94,6	80	88,9
keine Angabe	94	14,1	28	5,4	10	11,1

- Die PrüferInnen sehen die TeilnehmerInnen als auf die mündlichen Prüfungen besser vorbereitet, auch diese schätzen die Anforderungen der schriftlichen Prüfung als eher zu hoch ein, die mündliche Prüfung dagegen als angemessen.
- Der Großteil der AbsolventInnen hat zusätzlich zur Ausbildung Zeit für die Prüfungsvorbereitung aufgewendet, im Durchschnitt mehr als zwölf Wochen (bei psychodynamischer Ausrichtung etwas länger als bei VT, allerdings unter den VT-AbsolventInnen etwas häufiger).
- Die Mehrheit der AbsolventInnen ist entweder der Meinung, dass der Anteil der Prüfungsvorbereitung gleich bleiben oder erhöht werden sollte. Nur ein sehr geringer Prozentsatz ist für eine Verringerung der Prüfungsvorbereitung durch das Ausbildungsinstitut.
- Der Ausbildungsbaustein der Prüfungsvorbereitung wird von den AbsolventInnen im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung im Mittel als „ziemlich hilfreich“ empfunden, und damit als am hilfreichsten/nützlichsten im Vergleich zu den anderen Ausbildungsbausteinen. Neben diesem zu erwartenden Befund zeigt sich jedoch, dass sonst lediglich die praktische Ausbildung, als etwas weniger, aber ebenfalls immer noch „ziemlich hilfreich“ eingeschätzt wird. Die meisten anderen Ausbildungsbestandteile werden als „überhaupt nicht“ bis lediglich „mittel“ hilfreich für die Vorbereitung zur Prüfung eingeschätzt.
- Im Durchschnitt hat laut Angaben der AbsolventInnen fast niemand die mündliche und minimal mehr die schriftliche Prüfung wiederholen müssen; keine/r musste jedoch beide Prüfungen wiederholen.
- Die Institutsleitungen geben ebenfalls eine sehr geringe Durchfallquote an.
- Wenige der sich in offenen Antworten äußernden Lehrkräfte sprechen sich für eine Reduktion der Anforderungen der Prüfungen aus.
- Die in den Prüfungen vorkommenden Multiple-Choice-Fragen werden von einem sehr geringen Teil der DozentInnen trainiert, Fallvorstellungen dagegen von über der Hälfte. Während sich die DozentInnen im Mittel „teils/teils“ am Gegenstandskatalog der Prüfungen orientieren, ist der Gegenstandskatalog einem geringen Teil der DozentInnen nicht bekannt.
- Aufgrund der Ausbildung sind nach Einschätzung der PrüferInnen die Prüflinge besser auf die mündliche Prüfung vorbereitet als auf die schriftliche Prüfung.

5.4. Wie sind die Prüfungsergebnisse einzuschätzen?

Grundlage der Auswertungen zu dieser Frage sind Angaben des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), die Befragungen der Institutsleitungen, der Lehrkräfte sowie der AbsolventInnenbefragung.

5.4.1. Konkrete Prüfungsergebnisse

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)

Wie aus Tabelle E 5-12 ersichtlich, sind die Durchfallquoten im schriftlichen Teil der staatlichen Prüfung im KJP-Bereich mit 7,6% etwas höher als im PP-Bereich mit im Mittel 2,8%. Die durchschnittliche Prüfungsleistung liegt insgesamt im oberen Drittel und ist im Schnitt für den KJP-Bereich mit 74,9% etwas niedriger als für den PP-Bereich (80,7%). Die statistische Überprüfung ergibt einen signifikanten Unterschied der Prüfungsergebnisse bei den schriftlichen Prüfungen zwischen den TeilnehmerInnen der PP und der KJP-Ausbildung (65,2 vs. 60,8; $t(23) = 3,89$, $p < .05$).

Tabelle E 5-12: Prüfungsergebnisse (schriftliche Prüfungen)

Prüfungszeitpunkt	Psychologische PsychotherapeutInnen					Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen				
	Bestanden (n)	Durchgefallen n (%)	M % ¹	M absolut ²	SD absolut	Bestanden (n)	Durchgefallen n (%)	M %	M absolut	SD absolut
Herbst 2008	424	20 (4,5)	79,8	63,0	7,7	131	15 (10,3)	74,7	58,2	8,1
Frühjahr 2008	466	11 (2,3)	79,8	63,8	6,9	114	17 (13,0)	73,1	58,5	8,7
Herbst 2007	355	7 (1,9)	82,2	65,8	7,3	126	4 (3,1)	77,1	61,7	7,9
Frühjahr 2007	387	10 (2,5)	81,8	64,6	7,2	95	7 (6,9)	77,1	60,9	8,3
Herbst 2006	341	7 (2,0)	80,9	64,8	6,9	79	6 (7,1)	77,2	61,8	8,4
Frühjahr 2006	338	8 (2,3)	81,8	65,4	7,5	81	2 (2,4)	78,3	61,8	7,9
Herbst 2005	228	8 (3,4)	82,7	66,2	7,5	89	3 (3,3)	77,6	62,1	8,2
Frühjahr 2005	236	7 (2,9)	79,9	63,9	6,7	45	9 (16,7)	69,1	55,3	9,1
Herbst 2004	165	14 (7,8)	77,0	61,6	7,6	26	9 (25,7)	69,9	55,9	10,3
Frühjahr 2004	177	5	80,6	64,5	6,8	13	0	79,6	63,7	6,9
Herbst 2003	124	2	82,9	66,3	8,1	12	0	84,1	67,3	9,6
Frühjahr 2003	128	0	84,4	67,5	6,2	10	0	78,4	62,7	6,8
Herbst 2002	70	0	87,8	70,3	4,4	1	-	-	-	-
Gesamt	3439	99 (2,8)				822	68 (7,6)			
Mittelwert*			81,2	64,7	7,3			75,7	60,1	8,6

* aus Datenberichten des IMPP übernommen, nicht aus den dargestellten Mittelwerten pro Jahrgang berechnet

Die festgestellten Gruppenunterschiede zwischen KJP und PP bezüglich der schriftlichen Prüfung und der Gesamtprüfung bilden sich auch in den mündlichen Prüfungen ab (Tabelle E 5-13 und Tabelle E 5-14).

¹ Bezogen auf maximal erreichbare Punktzahl von 80

² Absolut erreichte Punktzahl bei 80 Aufgaben

Tabelle E 5-13: Notenmittelwerte der Mündlichen Prüfungen PP/KJP (2002-Herbst 2008)

	PP		KJP	
	Notenmittelwert*	SD*	Notenmittelwert*	SD*
Frühjahr / Herbst 2002	1,76	0,77	-	-
Frühjahr 2003	1,71	0,74	1,40	0,70
Herbst 2003	1,88	0,91	1,58	0,90
Frühjahr 2004	1,63	0,71	1,54	0,77
Herbst 2004	1,79	0,84	1,63	0,84
Frühjahr 2005	1,68	0,74	1,88	0,76
Herbst 2005	1,91	0,92	1,90	0,99
Frühjahr 2006	1,77	0,80	1,90	0,83
Herbst 2006	1,88	0,84	1,87	0,97
Frühjahr 2007	1,78	0,77	1,87	0,94
Herbst 2007	1,66	0,74	1,95	0,95
Frühjahr 2008	1,73	0,71	1,83	0,88
Herbst 2008	1,84	0,81	1,85	0,88
Gesamt	1,78**	0,79**	1,86**	0,91**

*Entnommen aus den Gesamtberichten der Prüfungsdurchgänge des IMPP, **Gesamtmittelwerte aus Datenberichten des IMPP übernommen, nicht aus den dargestellten Mittelwerten pro Jahrgang berechnet

Tabelle E 5-14: Notenmittelwerte (Herbst 2002 bis Herbst 2008)

Notenmittelwerte*	PP	KJP
Schriftlich	2,31	2,86
Mündlich	1,78	1,88

* mündliche Noten soweit vorliegend; Daten des IMPP

Tabelle E 5-15: Vergleich der Prüfungsergebnisse für die schriftlichen Prüfungen zur KJP-Ausbildung zwischen Prüfungskandidaten verschiedener Vertiefungsverfahren (Daten vorliegend von Herbst 2002-2007)

	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten							
	Anzahl	VT			PA/TP			
		M % ³	M absolut ⁴	SD	Anzahl	M %	M absolut	SD
Herbst 2002	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Frühjahr 2003	10	k.A.	k.A.	k.A.	0	-	-	-
Herbst 2003	12	k.A.	k.A.	k.A.	0	-	-	-
Frühjahr 2004	11	k.A.	k.A.	k.A.	2	k.A.	k.A.	k.A.
Herbst 2004	31	k.A.	k.A.	k.A.	4	k.A.	k.A.	k.A.
Frühjahr 2005	41	70,8	56,6	8,8	13	63,8	51,6	8,7
Herbst 2005	57	79,0	63,2	8,1	35	75,2	60,2	8,0
Frühjahr 2006	65	79,7	63,0	7,3	18	72,9	57,6	8,6
Herbst 2006	60	80,4	64,3	6,6	25	69,7	55,7	9,3
Frühjahr 2007	68	77,4	61,1	8,0	34	76,6	60,5	9,0
Herbst 2007	91	78,3	62,6	8,1	37	74,1	59,3	7,2
Gesamt	446				168			
Mittelwert		77,6	61,8			72,1	57,5	

Weiter werden Unterschiede zwischen den Vertiefungsverfahren deutlich: Aus Tabelle E 5-15 wird ersichtlich, dass bei der KJP-Ausbildung diejenigen mit PD Vertiefungsverfahren mit 57,5 im Mittel einen niedrigeren Punktwert erreichten, als diejenigen im VT-Vertiefungsverfahren (61,8). Bei den PP-AusbildungsteilnehmerInnen ergibt sich dagegen für VT ein durchschnittlicher Punktwert von 65,7, für PD Verfahren von 64,6 (Tabelle E 5-16).

³ Bezogen auf maximal erreichbare Punktzahl von 80

⁴ Absolut erreichte Punktzahl bei 80 Aufgaben

Die statistische Überprüfung ergab entsprechend einen signifikanten Unterschied der Prüfungsergebnisse bei den KJP-Prüfungen zwischen den TeilnehmerInnen verschiedener Vertiefungsverfahren (VT vs. PA/TP) (61,8 vs. 57,5; $t(10) = 2,41$, $p < .05$), nicht aber bei den PP-TeilnehmerInnen (65,7 vs. 64,6; n.s.). Das heißt, dass die TeilnehmerInnen der KJP-Prüfungen im Vertiefungsverfahren VT signifikant besser abschneiden als die TeilnehmerInnen der PA/TP.

Tabelle E 5-16: Vergleich der Prüfungsergebnisse für die schriftlichen Prüfungen zur PP-Ausbildung zwischen Prüfungskandidaten verschiedener Vertiefungsverfahren (Daten vorliegend von Herbst 2002-2007)

	Psychologische Psychotherapeuten							
	VT				PA/TP			
	Anzahl	M % ⁵	M absolut ⁶	SD	Anzahl	M %	M absolut	SD
Herbst 2002	67	87,7	70,1	4,4	3	91,3	73,0	4,4
Frühjahr 2003	118	84,5	67,6	6,3	10	82,5	66,0	4,6
Herbst 2003	108	82,3	65,9	8,3	18	86,2	68,9	6,0
Frühjahr 2004	173	80,6	64,5	6,8	9	80,4	64,3	6,0
Herbst 2004	166	77,3	61,8	7,4	13	73,6	58,8	9,5
Frühjahr 2005	224	80,1	64,1	6,8	19	77,1	61,7	5,6
Herbst 2005	204	82,9	66,3	7,4	32	81,6	65,3	8,3
Frühjahr 2006	302	82,2	65,7	7,5	43	79,2	63,4	6,9
Herbst 2006	288	81,7	65,4	6,8	60	77,2	61,8	6,6
Frühjahr 2007	343	82,1	64,8	6,9	54	80,1	63,2	8,3
Herbst 2007	315	82,6	66,1	7,3	47	79,8	63,9	7,1
Gesamt	2308				308			
Mittelwert		82,2	65,7			80,8	64,6	

Einen Vergleich nach den zugangsberechtigenden Hochschulabschlüssen im KJP-Bereich zeigen die in Tabelle E 5-17 und Tabelle E 5-18 aufgeführten Ergebnisse. Die PrüfungsteilnehmerInnen mit Psychologie-Abschluss haben sowohl in den mündlichen als auch in den schriftlichen Prüfungsergebnissen bessere Noten bzw. höhere Punktzahlen erreicht im Vergleich zu ihren KollegInnen mit anderen Berufsabschlüssen.

Tabelle E 5-17: KJP – mündliche Prüfungen nach Eingangsberufen (Herbst 2002 - Herbst 2008)

Abschluss	n (Teiln.)	Note	SD
Psychologie	280	1,53	0,71
Pädagogik	230	1,93	0,94
Soz.-Päd.	251	2,12	0,95
Andere	94	1,97	0,94
Total *	855	1,86	0,91

* 95,6% der Prüfungsfälle

Tabelle E 5-18: KJP – schriftliche Prüfungen nach Eingangsberufen (Herbst 2002 – Herbst 2008)

Abschluss	TeilnehmerInnen-zahl	MW (absolute Punktzahl)	Punktzahl SD	Punktzahl in %
Psychologie	288	65,21	6,91	81,99
Pädagogik	237	58,00	8,64	73,05
Soz.-Päd.	268	57,19	7,84	71,96
Andere	98	58,34	8,52	73,50
Total *	891	60,12	8,62	75,66

* 99,7% der Prüfungsfälle

⁵ Bezogen auf maximal erreichbare Punktzahl von 80

⁶ Absolut erreichte Punktzahl bei 80 Aufgaben

Scherer et al. (2005) zufolge lassen die Prüfungen bis einschließlich Frühjahr 2004 mit ihren noch sehr geringen TeilnehmerInnenzahlen kein einheitliches Bild systematischer Mittelwertsunterschiede erkennen. Für die Prüfungen im Herbst 2004 und Frühjahr 2005 mit TeilnehmerInnenzahlen von $n=35$ und $n=54$, weisen PrüfungsteilnehmerInnen ohne vorausgehenden psychologischen Abschluss signifikant (multiple t-Tests; $p<.01$) geringere Prüfungsleistungen auf als solche mit Hochschulabschluss in Psychologie (Tabelle E 5-19).

Tabelle E 5-19: Vergleich der Prüfungsergebnisse für die schriftlichen Prüfungen zur KJP-Ausbildung zwischen Prüfungskandidaten verschiedener zugangsberechtigender Hochschulabschlüsse

Prüfungstermin	Hochschulabschluss	Teilnehmerzahl	Punktzahl Mittelwert	Punktzahl Standardabweichung
Frühjahr 2003	Psychologie	2	71,00	1,41
	Pädagogik	2	67,50	4,95
	Sozialpädagogik	4	58,00	4,55
	Andere	2	59,00	5,66
Herbst 2003	Psychologie	7	65,14	11,55
	Pädagogik	1	-	-
	Sozialpädagogik	3	66,33	3,79
	Andere	1	-	-
Frühjahr 2004	Psychologie	6	63,83	7,52
	Pädagogik	2	67,00	1,41
	Sozialpädagogik	4	65,50	3,70
	Andere	1	-	-
Herbst 2004	Psychologie	10	64,70	9,49
	Pädagogik	13	52,62	7,42
	Sozialpädagogik	9	51,11	10,53
	Andere	3	55,33	8,02
Frühjahr 2005	Psychologie	19	60,42	6,62
	Pädagogik	10	48,70	9,43
	Sozialpädagogik	22	54,82	8,46
	Andere	3	47,67	8,50

Entnommen aus Scherer et al. (2005, S. 218), weitere Ergebnisse der Prüfungsdurchgänge Herbst 2005 bis Herbst 2008 lagen nicht vor, nur die Mittelwerte von 2002-2008 (siehe Tabelle E 5-17 und Tabelle E 5-18)

Die Tabelle E 5-20 dient der Verdeutlichung der Leistungsunterschiede bei den gemeinsam in den beiden Ausbildungsgängen gestellten Aufgaben, hier exemplarisch am Beispiel der Prüfung Frühjahr 2008. Bei den gemeinsam gestellten Aufgaben (nicht ausbildungsgangspezifisch) ist die erreichte Punktzahl niedriger als bei den ausbildungsgangspezifischen Aufgaben. Die PrüfungsteilnehmerInnen mit Psychologie-Abschluss erreichten aber auch bei diesen gemeinsamen Aufgabenteilen eine höhere Punktzahl.

Tabelle E 5-20: Mittelwerte der gemeinsamen und getrennt (ausbildungsgangspezifisch) gestellten Aufgaben nach Hochschulabschluss (% der jeweils max. erreichbaren Punktzahl) (Frühjahr 2008)

Abschluss	Aufgaben n	Psychologie	Pädagogik	Sozialpädagogik	Andere	Alle KJP	Alle PP
Gesamt	80	80,0	70,5	69,3	69,9	73,1	79,8
Gemeinsam	46	78,2	67,9	66,1	66,8	70,7	78,6
spezifisch	34	82,0	74,3	73,9	74,6	76,9	81,6

- Es bestehen Unterschiede in den erreichten Prüfungsleistungen zwischen den AusbildungsteilnehmerInnen der zwei Ausbildungsgänge. Die KJP-AusbildungsteilnehmerInnen Prüfungsleistungen weisen etwas niedrigere Prüfungsleistungen vor als die PP-AusbildungsteilnehmerInnen.
- Innerhalb der KJP-Ausbildung sind die Prüfungsergebnisse bei den TeilnehmerInnen mit Psychologie-Abschluss etwas besser als bei denjenigen mit anderen Zugangsberufen.

5.4.2. Psychotherapeutische Kompetenzen als Ergebnis der Ausbildung

Lehrkräftebefragung

Insgesamt werden die Kompetenzen der PP- und KJP-AusbildungsteilnehmerInnen von den Lehrkräften positiv eingeschätzt (5 Punkte-Skala).

Dabei werden die PP-AusbildungsteilnehmerInnen (Abbildung E 5-2) insgesamt etwas besser eingeschätzt ($M=3,9$, $SD=0,56$) als die KJP-AusbildungsteilnehmerInnen (Abbildung E 5-1) ($M=3,8$; $SD=0,67$). Der Unterschied ist signifikant (1% Niveau), ($t(1948) = 3,65$). Ebenso unterscheiden sich die AusbildungsteilnehmerInnen bezüglich einzelner Kompetenzbereiche:

Die PP-AusbildungsteilnehmerInnen werden besser eingeschätzt als ihre KJP-KollegInnen: im Bereich Symptomatologie ($M=4,1$; $SD=0,7$ versus $M=3,8$; $SD=0,8$; $t(1939) = -6,25$; $p<.001$), prozedurale Fertigkeiten ($M=4,0$; $SD=0,7$ versus $M=3,8$; $SD=0,8$; $t(1940) = -3,7$; $p<.001$) und bei den Prüfungsleistungen ($M=4,0$; $SD=0,6$ versus $M=3,8$; $SD=0,7$; $t(1586) = -4,7$; $p<.001$).

Die KJP-TeilnehmerInnen werden hinsichtlich Ihrer interpersonalen Kompetenzen etwas besser eingeschätzt als ihre PP-KollegInnen ($M=4,0$; $SD=0,8$ vs. $M=3,9$; $SD=0,8$; $t(1939) = 2,0$; $p=n.s.$).

Am kompetentesten werden die KJP-AusbildungsteilnehmerInnen demnach in ihrer interpersonalen Kompetenz eingeschätzt und die PP-AusbildungsteilnehmerInnen im Bereich Symptomwissen. Beiden Gruppen wird die geringste, aber immer noch befriedigende Kompetenz im Bereich Formalitäten bescheinigt ($M=3,5$; $SD=0,8$ versus $M=3,7$; $SD=0,8$).

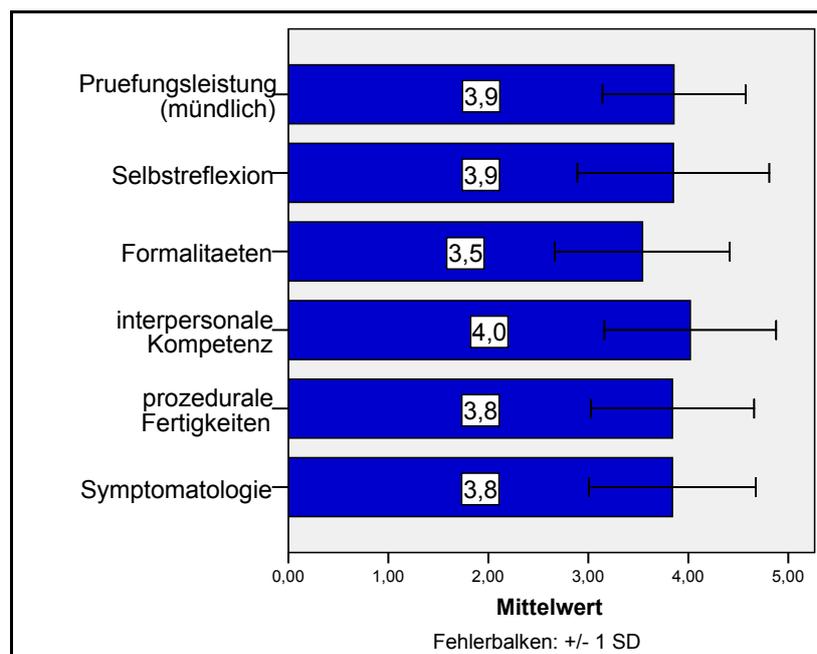


Abbildung E 5-1: Kompetenzen der KJP-TeilnehmerInnen

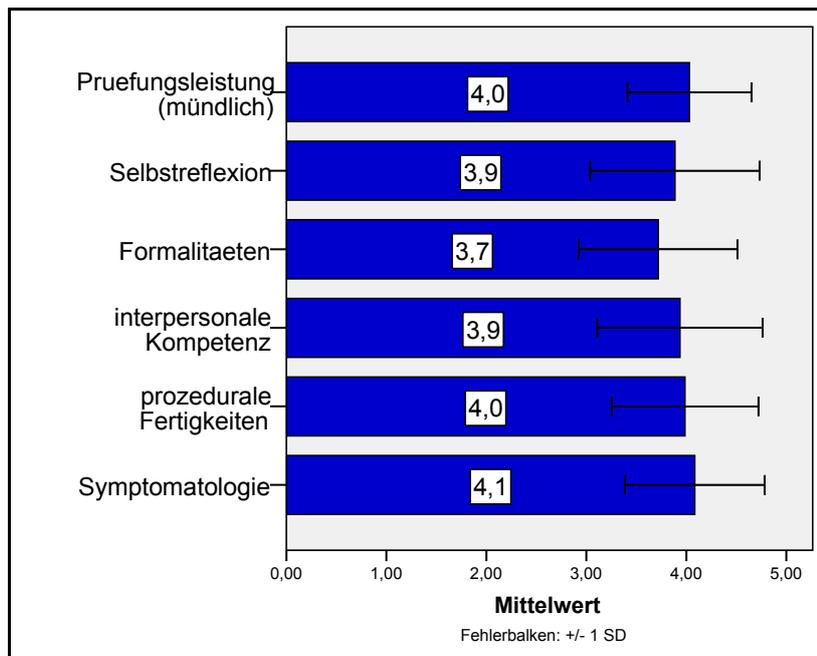


Abbildung E 5-2: Kompetenzen der PP-AusbildungsteilnehmerInnen

Auf die Frage, ob die KJP-Lehrkräfte (N=778) noch am Ende der KJP-Ausbildung Unterschiede in den therapeutischen Kompetenzen zwischen den AusbildungsteilnehmerInnen mit verschiedenen Abschlüssen und Grundberufen sehen, antworteten n=285 (40%) mit „nein“, n=194 (25%) der KJP-Lehrkräfte mit „ja“ und n=170 (24%) hielten diese Frage für „nicht einschätzbar“ (bei n=74, 10% fehlenden Angaben).

Die Kompetenzen der KJP-TeilnehmerInnen werden von den Lehrkräften signifikant schlechter als die der PP-TeilnehmerInnen eingeschätzt.

5.4.3. Welche Aussagen machen die Prüfungsergebnisse im Hinblick auf die Akzeptanz der AusbildungsabsolventInnen auf dem Arbeitsmarkt?

Grundlage der Auswertungen hierzu ist die Befragung die AbsolventInnen.

AbsolventInnenbefragung

Ein Großteil der AbsolventInnen (81,8%) war/ist nach der Ausbildung psychotherapeutisch tätig. VT-AbsolventInnen betätigen sich etwas häufiger als PD-AbsolventInnen psychotherapeutisch (Tabelle E 5-21).

Tabelle E 5-21: Ich bin/war nach der Ausbildung psychotherapeutisch tätig?

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	n	%	VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
Ja	545	81,8	469	90,2	76	84,4
Nein	22	3,3	18	3,2	4	4,4
Total	567	85,1	487	93,7	80	88,9
keine Angabe	99	14,9	33	6,3	10	11,1

Ein Großteil der AbsolventInnen (62,5%) war/ist nach der Ausbildung im ambulanten Bereich psychotherapeutisch tätig, PD-AbsolventInnen häufiger als VT-AbsolventInnen (Tabelle E 5-22).

Tabelle E 5-22: Ich arbeite/te nach der Ausbildung... (Mehrfachnennungen möglich)

	Gesamtstichprobe				Ausbildungsrichtung			
	ja, trifft zu		nein, trifft nicht zu		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
im stationären Bereich	235	35,3	431	64,7	212	40,8	23	25,6
im ambulanten Bereich	416	62,5	250	37,5	354	68,1	62	86,9
ich bin/war in der Erziehungszeit	9	1,4	657	98,6	9	1,7	0	0
ich bin/war nicht arbeitstätig	6	0,9	660	99,1	5	1,0	1	1,1
ich bin/war arbeits-tätig, aber nicht psychotherapeutisch (nur im Papier-FB)	12	1,8	612	91,9	9	1,7	3	3,3

Über die Hälfte der AbsolventInnen (55,1%) hat keine kassenärztliche Zulassung, wobei die befragten PD-AbsolventInnen häufiger eine Zulassung erhalten haben als ihre VT-KollegInnen (Tabelle E 5-23).

Tabelle E 5-23: Ich habe eine kassenärztliche Zulassung

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	alle		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
Ja	200	30,0	161	31,0	39	43,3
Nein	367	55,1	326	62,7	41	45,6
Total	567	85,1	487	93,7	80	88,9
keine Angabe	99	14,9	33	6,3	10	11,1

Mehr als 3/4 der befragten AbsolventInnen (78%) schätzen die Ausbildung als Verbesserung ihrer Chancen auf dem Arbeitsmarkt ein (Tabelle E 5-24).

Tabelle E 5-24: Die Ausbildung verbesserte meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
			VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
Ja	516	77,5	443	85,2	73	81,1
Nein	50	7,5	43	8,3	7	7,8
Total	566	85,0	486	93,5	80	88,9
keine Angabe	100	15,0	34	6,5	10	11,1

Ein Großteil der AbsolventInnen (66,8%) sieht die Ausbildung als eine „notwendige Voraussetzung“ für seine berufliche Tätigkeit. Die PD-AbsolventInnen betrachten die psychotherapeutische Ausbildung etwas häufiger als notwendig für ihre berufliche Tätigkeit als die VT-AbsolventInnen (Tabelle E 5-25).

Tabelle E 5-25: Die Ausbildung war für meine spätere berufliche Tätigkeit ...

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	n	%	VT		PD	
			n	%	n	%
Eine notwendige Voraussetzung	445	66,8	376	72,3	69	76,7
Keine notwendige Voraussetzung	107	16,1	96	18,5	11	12,2
nicht notwendig	15	2,3	15	2,9	0	0
Total	567	85,1	487	93,7	80	88,9
keine Angabe	99	14,9	33	6,3	10	11,1

- Die große Mehrheit der befragten AbsolventInnen war nach ihrer Ausbildung psychotherapeutisch tätig.
- Prozentual berichtete ein größerer Anteil der VerhaltenstherapeutInnen als der psychodynamisch ausgebildeten PsychotherapeutInnen, dass sie nach ihrer Ausbildung psychotherapeutisch tätig waren.
- Der größte Anteil ist im ambulanten Bereich tätig.
- Nur 1/3 der AbsolventInnen teilen mit, dass sie eine Kassenzulassung hätten.
- Ein größerer Teil der psychodynamischen PsychotherapeutInnen als der VerhaltenstherapeutInnen hat eine Kassenzulassung.
- Dennoch sind 3/4 der AbsolventInnen davon überzeugt, dass die Ausbildung ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbesserte.
- Für 2/3 war die Ausbildung nach eigener Einschätzung eine notwendige Voraussetzung für ihre berufliche Tätigkeit.
- Allerdings sind aufgrund der vorliegenden Daten lediglich generelle Aussagen über die Sinnhaftigkeit des Erlangens der Approbation für die Akzeptanz auf dem Arbeitsmarkt möglich, nicht darüber, inwiefern die individuelle Prüfungsleistung einen Einfluss auf die Akzeptanz des/r jeweiligen Absolvent/in hatte.

5.5. Welche Möglichkeiten zur Verbesserung der staatlichen Prüfung gibt es?

Grundlage der Auswertungen hierzu sind die Befragungen der Landesprüfungsämter, der Institutsleitungen, der Lehrkräfte sowie der AbsolventInnenbefragung (s. 5.3.).

Staatliche Aufsichtsbehörden

Alle LPAs verlangen eine *ärztliche Mitwirkung* bei den Prüfungen. Der größte Teil prüft darüber hinaus, ob in der *Kommission* Mitglieder anderer Ausbildungsstätten beteiligt sind, sowie ob die PrüferInnen auch als SelbsterfahrungsleiterInnen tätig waren. Die Mehrzahl der LPAs ordnet die zu Prüfenden den Prüfungskommissionen zu.

Unterschiedlich ist der Umgang mit *Auflagen* im Falle nicht bestandener Prüfungen. Hier spielen die Prüfungskommissionen eine wichtige Rolle, wobei jedoch kein einheitliches Vorgehen angewendet wird.

Sehr unterschiedlich ist das Vorgehen bzgl. der *Gestaltung der Prüfungstermine* und des *Einreichens der Prüfungsunterlagen*. Je die Hälfte der Behörden gestatten den ersten mündlichen Prüfungstermin erst nach Ende der regulären Ausbildungszeit bzw. vor Beendigung der drei- bzw. fünfjährigen Ausbildung.

Die *Anmeldefristen* für die Prüfungen enden meist 8 Wochen vor der schriftlichen Prüfung, das Nachreichen fehlender Unterlagen wird sehr unterschiedlich gehandhabt. 2 LPAs erheben *Prüfungsgebühren* in Höhe von 80 bzw. 120 EURO.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Mit der Gesamtanzahl der PrüferInnen sind die Institutsleitungen im Schnitt mit 2,24 (SD=1,07; 1 = sehr zufrieden bis 5 = nicht zufrieden) „eher zufrieden“ (Tabelle E 5-26).

Tabelle E 5-26: Einschätzung der Prüfungen durch Institutsleitungen

	n		M	SD
	gültig	Fehlend		
Zufriedenheit mit der Gesamt – Anzahl an PrüferInnen für die staatliche Prüfung am Ausbildungsinstitut	115	14	2,24	1,07
Wie sollte sich ggf. die Anzahl an PrüferInnen für die staatliche Prüfung verändern	110	19	2,21	0,87
Wie viele zu Prüfende halten Sie als Obergrenze für ausreichend – pro Halbtage	97	32	3,32	1,10
Wie viele zu Prüfende halten Sie als Obergrenze für ausreichend – pro Tag	99	30	6,1	2,12

Die Anzahl der PrüferInnen ist nach Meinung der meisten Institutsleitungen (42,6%) angemessen, 24,8% sind für eine Erhöhung und 17,8% für eine Verringerung (Tabelle E 5-27).

Tabelle E 5-27: Wie sollte sich ggf. die Anzahl an PrüferInnen für die staatliche Prüfung verändern?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
valide	sollte größer werden	32	24,8	29,1
	sollte geringer werden	23	17,8	20,9
	ist angemessen	55	42,6	50,0
	Total	110	85,3	100,0
Fehlend		19	14,7	
Gesamt		129	100,0	

Im Mittel wird eine Anzahl von 3,32 Prüfern pro Halbtage und 6,10 Prüfern pro Tag für ausreichend gehalten. Die Zusammenarbeit mit den PrüferInnen wird im Mittel für „gut“ (M=2,14; SD=1,49) gehalten. Die Frage, ob 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 könnte, befürworteten 47,3% der (n=127) InstitutsleiterInnen, während 51,2% sie verneinen.

Lehrkräftebefragung

16% (n=15) der auf Prüfungen bezogenen Rückmeldungen (10%, n=93 von N=912 Verbesserungsvorschlägen zur Ausbildung allgemein) beziehen sich darauf, die staatlichen Prüfungen ganz abzuschaffen. 11% bzw. 14% der Lehrkräfte mit Vorschlägen zur Prüfung befürworteten zumindest eine inhaltliche Reduktion der Anforderungen bzw. eine generelle Revision der schriftlichen Prüfungen, um nicht unangemessen viel Zeit in die Prüfungsvorbereitungen investieren zu müssen

(n=10 bzw. n=13). 16% (n=15) schlagen vor, Zwischenprüfungen einzuführen. Außerdem wird mehr Praxisbezug und das Abfragen therapeutischen Verständnisses vorgeschlagen, anstatt Faktenwissen zu prüfen (14%, n=13).

Verbesserungsvorschläge hier waren vor allem, nur Inhalte zu prüfen, die relevant für die Berufspraxis sind („Handlungskompetenzen“) (n=9) sowie die Schwerpunktverlagerung der Prüfungen auf das jeweilige Vertiefungsverfahren (n=5).

Verbesserungsmöglichkeiten (aus allen Ergebnisdarstellungen abgeleitet):

- Eine Mehrheit der ExpertInnen der Delphibefragungen plädiert für eine Überarbeitung des Gegenstandskatalogs des IMPP, woraus sich folgern lässt, dass die ExpertInnen den momentanen Gegenstandskatalog nur für begrenzt sinnvoll für die Überprüfung der therapeutischen Kompetenz der AusbildungsteilnehmerInnen halten. Für eine Reduktion der „Medizinlastigkeit“, die in der ersten Delphibefragung angemahnt wurde, lässt sich allerdings kein eindeutiges Votum in der Folgebefragung feststellen. Für eine Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen spricht sich eine Mehrheit aus, ebenso für eine Reduktion der sich in Studium und Ausbildung wiederholenden Inhalte (Redundanzen). Die Beschränkung der Prüfungsfragen auf das eigene Verfahren wird hingegen überwiegend abgelehnt.
- Ein Teil der ExpertInnen empfiehlt, die momentanen Regelungen zur schriftlichen Prüfung beizubehalten. Einige schlagen jedoch vor, die schriftliche Prüfung vor den Beginn der praktischen Ausbildung vorzuziehen.
- Von den *Lehrkräften* wird im offenen Antwortformat insgesamt am meisten Kritik an den *schriftlichen* Prüfungen geäußert.
- Ungefähr die Hälfte der befragten Lehrkräfte sprechen sich für die Aufteilung der Prüfung in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil aus. Ähnlich wird auch die Aufteilung in eine Einzel- und eine Gruppenprüfung bewertet.
- In offenen Antworten sprechen sich einige der *DozentInnen* für eine Reduktion der Anforderungen der Prüfungen aus, sowie für praxisbezogeneren Prüfungen, welche eher geeignet sind, die erwarteten Kompetenzen nachzuweisen
- Die in den schriftlichen Prüfungen vorkommenden Multiple-Choice-Fragen werden von einem sehr geringen Teil der DozentInnen trainiert, Fallvorstellungen dagegen von über der Hälfte. Während sich die DozentInnen im Mittel „teils/teils“ am Gegenstandskatalog der Prüfungen orientieren, ist der Gegenstandskatalog einem geringen Teil der DozentInnen nicht bekannt. Hier könnten also Verbesserungen erfolgen.
- Die PrüferInnen bewerten die mündliche Prüfung im Vergleich zur schriftlichen Prüfung als deutlich geeigneter zur Überprüfung der psychotherapeutischen Kompetenzen. Insgesamt werden die Prüfungen als „ausreichend“ (schriftlich) bis „gut“ (mündlich) geeignet bewertet.
- Aufgrund der Ausbildung sind nach Einschätzung der PrüferInnen zudem die Prüflinge besser auf die mündliche Prüfung vorbereitet als auf die schriftliche Prüfung. Diese wird von ihnen jedoch auch für die Überprüfung der späteren therapeutischen Kompetenz der AusbildungsteilnehmerInnen als wichtiger gesehen.
- Die Anforderungen der schriftlichen Prüfungen halten die PrüferInnen im Schnitt eher für zu hoch, die mündlichen Prüfungen für angemessen.
- Die Aufteilung der Prüfungen in einen mündlichen und einen schriftlichen Teil hat sich nach Einschätzung etwa der Hälfte der PrüferInnen bewährt, ebenso die Aufteilung der mündlichen Prüfung in einen Teil Gruppen- und Einzelprüfung.
- Von den *Institutsleitungen* wird, ebenso wie die Prüfungsdurchführung, die Zusammenarbeit mit den PrüferInnen überwiegend positiv eingeschätzt.
- Die Mehrheit der Institutsleitungen ist gegen ein Vorziehen der schriftlichen Abschlussprüfung bereits nach Ende der Grundausbildung, allerdings sprechen sich fast ebenso viele dafür aus.

- Die Mehrheit der *AbsolventInnen* ist der Auffassung, dass der Anteil der Prüfungsvorbereitung im Rahmen der theoretischen Ausbildung gleich bleiben oder erhöht werden sollte. Nur ein sehr geringer Prozentsatz ist für eine Verringerung
- Von den *AbsolventInnen* wird die schriftliche Prüfung durchschnittlich mit „etwas geeignet“ als am wenigsten, die mündliche Einzelprüfung hingegen mit durchschnittlich „mittel“ als am besten geeignet zur Überprüfung der psychotherapeutischen Kompetenzen eingeschätzt. Diese Hierarchie trifft unabhängig von Ausbildungsrichtung und -gang zu. Insgesamt wird jedoch keiner der Prüfungsteile im Mittel als gut bzw. sehr gut geeignet zur Feststellung der psychotherapeutischen Kompetenzen eingeschätzt.

5.6. Gesamtzusammenfassung

- Sowohl die InstitutsleiterInnen als auch die ExpertInnen („Delphi“) bewerten die bisherige Regelung zur staatlichen Prüfung insgesamt durchschnittlich nur als befriedigend.
- Im Hinblick auf die einzelnen Bestandteile der staatlichen Prüfungen wird die schriftliche Prüfung relativ übereinstimmend in ihren Anforderungen als zu hoch und als zu wenig geeignet, um therapeutische Kompetenzen zu überprüfen eingeschätzt.
- Die Prüflinge sind auf die schriftliche Prüfung schlechter vorbereitet als auf die mündliche. Die Daten legen also am ehesten eine Veränderung bezüglich des Gegenstandskatalogs der IMPP zur schriftlichen Prüfung nahe. Diesbezüglich gehen die Vorschläge der ExpertInnen der Delphi-Befragung in Richtung einer allgemeinen Überarbeitung des Gegenstandskatalogs, einer Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen und einer Reduktion von Redundanzen aus dem vorausgegangenen Studium.
- Die meisten Ausbildungsteilnehmenden absolvieren die Prüfung auch mit der bestehenden Regelung erfolgreich. Die Prüfungsergebnisse fallen im Mittel eher gut aus. Allerdings erzielen die KJP Prüflinge hier einen signifikant geringeren Erfolg. Bezogen auf die verschiedenen Verfahrensrichtungen schneiden die PD-KJP-Teilnehmenden schlechter als die VT-KJPIerInnen ab, bei den PP-TeilnehmerInnen ist kein solcher Unterschied aufzufinden. Liegt dies am Gegenstandskatalog, der Vorbereitung auf die Prüfung oder an der Eingangsqualifikation durch das vorausgegangene Studium?
- Ein Hinweis darauf ergibt sich aus den Prüfungsergebnissen im KJP-Bereich, verglichen nach den jeweils zugangsberechtigenden Hochschulabschlüssen. Die Prüflinge der pädagogischen Studiengänge schneiden hier sowohl in der schriftlichen, als auch in der mündlichen Prüfung im Schnitt schlechter ab als diejenigen mit einem psychologischen Studium. Rekrutieren sich KJP-Ausbildungsteilnehmende der PD-Richtung möglicherweise eher als für VT auch aus diesen Studiengängen?

6. Ausbildungskosten

Das Psychotherapeutengesetz enthält keine Regelungen über die Zahlung einer Ausbildungsvergütung. Die Kosten der Ausbildung sind in der Regel von den AusbildungsteilnehmerInnen selbst zu tragen. Grundsätzlich ist die Ausbildung jedoch BAföG-fähig. Bei der Einschätzung der Kosten ist unbedingt zu beachten:

- Neben den Ausbildungskosten, die teilweise durch die Vergütungen bei der Praktischen Ausbildung refinanziert werden können, müssen die Lebenshaltungskosten finanziert werden. Hierbei muss die Lebenssituation der AusbildungsteilnehmerInnen berücksichtigt werden: Sie haben ein abgeschlossenes Studium. Sie sind durchschnittlich 33,8 Jahre alt, mehr als ein Viertel von ihnen hat bereits Kinder bzw. sie befinden sich in der Familiengründungsphase (vgl. TeilnehmerInnenbefragung).
- Da die Praktische Ausbildung in der Regel nicht sofort beginnt (vgl. Kapitel E 4.4), müssen die TeilnehmerInnen zudem den Hauptteil der Ausbildung vorfinanzieren.
- Eine dreijährige Vollzeitausbildung ist eigentlich so definiert, dass das Berufsleben ganz durch die Ausbildung ausgefüllt ist. Dies ergäbe über drei Jahre hinweg gerechnet einen zeitlichen Umfang von ca. 5100 Stunden. Die Ausbildungsdauer wird ohne umfassende Vor- und Nachbereitungen von Seminaren sowie ohne die aufwändige Prüfungsvorbereitung mit 4200 Stunden veranschlagt. Dennoch gehen viele der „Vollzeit“-AusbildungsteilnehmerInnen einer beruflichen Tätigkeit nach, nicht zuletzt um die Lebenshaltungskosten finanzieren zu können.
- Im Prinzip sind die Kosten der Ausbildung steuerlich absetzbar. Wer nichts verdient, kann jedoch auch keine Kosten für die Ausbildung absetzen.

Bei der Veranschlagung der Ausbildungskosten lassen sich verschiedene häufig verwendete Parameter beschreiben:

- **Gesamtkosten der Ausbildung** (Theoretischer Unterricht, Selbsterfahrung, Einzel- und Gruppensupervision sowie weitere Betreuung durch die Ausbildungsstätte). Die Übersicht über die Kosten ist für AusbildungsteilnehmerInnen oft erschwert, da viele Institute in ihrem Leistungspaket zunächst einzelne Elemente ausschließen, die von den TeilnehmerInnen zusätzlich direkt (z.B. an SelbsterfahrungsleiterInnen) zu zahlen sind.
- die so genannten „Netto-Kosten“, d.h. die Gesamtkosten abzüglich des Entgelts für die Psychotherapiestunden während der Praktischen Ausbildung. Erforderlich für die Absolvierung der Praktischen Ausbildung ist die Durchführung von 600 Psychotherapiestunden; in der Regel werden bis zu 800 Stunden vergütet. Vertraglich abgesichert werden diese Vergütungen in den zwischen Krankenkassen und Ausbildungsinstituten (z.T. in Kooperation mit den KVen) geschlossenen Ermächtigungsergänzungsvereinbarungen (entsprechend § 117, SGB V; vgl. § 120, Abs. 2 SGB V). Einen besonderen Fall stellt die sogenannte „verklammerte Ausbildung“ (TP kombiniert mit PA bzw. TP kombiniert mit VT). Für diese „verklammerten Ausbildungen“ sehen die Ermächtigungsergänzungsvereinbarungen regional unterschiedlich zwischen 1000 und 1600 Behandlungsstunden je AusbildungsteilnehmerIn vor. Bei den Netto-Kosten gibt es große Unterschiede, da zum einen bisher die während der Praktischen Ausbildung erbrachten Psychotherapiestunden regional unterschiedlich von den Krankenkassen bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet wurden. Zum anderen zahlen die Ausbildungsstätten den TeilnehmerInnen sehr unterschiedliche Prozentsätze dieser Vergütung aus (durchschnittlich erhalten die TeilnehmerInnen 33,19 Euro (SD=15,92) mit einem Range von 0-75 Euro). Zum Dritten werden von den Ausbildungsinstituten unterschiedlich viele Behandlungsstunden gegenüber den AusbildungsteilnehmerInnen vergütet. In der folgenden Darstellung werden daher zwei Kostenparameter bei den Netto-Kosten berechnet:
 - a) **Netto-Kosten Institute** – Entsprechend den Angaben der Institute wird von den Gesamtkosten die Vergütung für die einzelne Therapiestunde multipliziert mit der vom Institut angegebenen Anzahl möglicher Therapiestunden abgezogen.

b) **Realistische Netto-Kosten**¹ – Bei der Berechnung wird exemplarisch von den Ermächtigungsergänzungsvereinbarungen in Nordrhein-Westfalen ausgegangen, die für eine Ausbildung in einem Vertiefungsverfahren Vergütungen für bis zu 800 Behandlungsstunden je AusbildungsteilnehmerIn und für die verklammerte Ausbildung für bis zu 1350 Behandlungsstunden vorsehen (Gesamtkosten abzüglich Vergütung der einzelnen Therapiestunde X maximal 800 Stunden bei Vertiefung in einem Verfahren bzw. maximal 1350 Stunden bei verklammerter Ausbildung).

- gegebenenfalls anfallende **Reisekosten** (z.B. zu Seminaren, Selbsterfahrungseinheiten).

Alle vier Kostenaspekte werden im Folgenden betrachtet.

6.1. Mit welchen Kosten sind die Ausbildungen in der Psychotherapie verbunden? Wie hoch sind die Kosten durchschnittlich?

Grundlage der Auswertungen sind die Befragungen der AusbildungsteilnehmerInnen und der Institutsleitungen.

AusbildungsteilnehmerInnen

2895 AusbildungsteilnehmerInnen (90%) machen Angaben zu den Gesamtkosten, die im Durchschnitt bei 23.369 Euro (Median: 18.000; SD=16.642) mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 125.000 Euro liegen. Die „Netto-Kosten Institute“ lassen sich aufgrund der Angaben von 1247 TeilnehmerInnen (39%) berechnen: Im Mittel entstehen 3.383 Euro „Netto-Kosten Institute“ (Median: 2.400; SD=17.344) mit einem Minimum von -7.600 und einem Maximum von 90.000 Euro.

Berücksichtigt man, dass die zu vergütende Stundenzahl bei einem Vertiefungsverfahren bei 800 Stunden und bei verklammerter Ausbildung bei 1350 Stunden liegt, so lassen sich aufgrund der Angaben von 1244 TeilnehmerInnen (38.6%) die „realistischen Netto-Kosten“ berechnen: Im Mittel entstehen 3.454 Euro Netto-Kosten (Median: 2.400; SD=16.937) mit einem Minimum von -75.000 und einem Maximum von 90.000 Euro (Tabelle E 6-1).

Institutsleitungen

In der Institutsleitungsbefragung I machen 88 Institute von 161 antwortenden Instituten (entspricht 55%) Angaben zu den Gesamtkosten (Tabelle E 6-1). Sie geben mittlere Gesamtkosten von 20.628 Euro (SD=15.442; range 0-79.000 Euro; Median: 16.670) an. Die „Netto-Kosten Institute“ lassen sich für 82 Institute (51%) berechnen: Im Mittel entstehen -3.689 Euro (Median: -402; SD: 14.354) „Netto-Kosten Institute“ mit einem Minimum von -71.400 und einem Maximum von 18.500 Euro. Nach Anpassung der zu vergütenden Stundenzahl auf die realistischen 800 Stunden bei Instituten mit nur einem Vertiefungsverfahren bzw. 1350 Stunden bei verklammerter Ausbildung ergeben sich im Mittel -3.333 Euro (Median: -402; SD 13.401) „realistische Netto-Kosten“ mit einem Minimum von -71.400 und einem Maximum von 18.500 Euro.

In der Institutsleitungsbefragung II machen 103 von insgesamt 129 antwortenden Instituten (entspricht 80%) Angaben zu den Gesamtkosten (Tabelle E 6-1). Sie geben mittlere Gesamtkosten von 30.088 Euro (SD: 22.596; range: 3.000 – 90.000; Median: 18.600) an. Für 80 Institute (62%) lassen sich die Netto-Kosten Institute der Ausbildung berechnen: Im Mittel liegen sie bei -9.480

¹ Je höher die Kosten der Ausbildungsgänge, desto mehr Psychotherapiestunden im Rahmen der Praktischen Ausbildung werden nach Angaben der Befragten, insbesondere der Institutsleitungen vergütet: Bei den TeilnehmerInnen liegt der korrelative Zusammenhang zwischen angegebenen Stunden und Gesamtkosten bei .25, in der ILB-I bei dagegen bei .59 und in der ILB-II bei .68 (p jeweils <.001).

Euro (Median: -6.535; SD=17.520) bei einem Minimum von -55.000 und einem Maximum von 42.000 Euro. Nach Anpassung der zu vergütenden Stundenzahl auf die 800 Stunden bei den Instituten, die Ausbildung in einem Verfahren anbieten und auf 1350 Stunden bei Instituten, die verklammerte Ausbildung anbieten lassen sich für 80 Institute (62%) die „realistischen Netto-Kosten“ der Ausbildung berechnen: Im Mittel liegen sie bei 979 Euro (Median: -1.789; SD=14.451) bei einem Minimum von -42.400 und einem Maximum von 42.000 Euro.

Tabelle E 6-1: Ausbildungskosten, Netto-Kosten Institute und realistische Netto-Kosten auf Grundlage der TeilnehmerInnenbefragung und der beiden Institutsleitungsbefragungen

	Ausbildungskosten				Netto-Ausbildungskosten Institute				Realistische Netto-Ausbildungskosten ²			
	n	% ¹	Mittelwert	SD	n	% ¹	Mittelwert	SD	n	% ¹	Mittelwert	SD
TN	2895	90	23.369	16.642	1247	39	3.383	17.344	1244	38	3.454	16.937
ILB-I	88	52	20.628	15.442	82	48	-3.689	14.354	82	48	-3.333	13.401
ILB-II	103	80	30.088	22.596	80	62	-9.480	17.520	80	62	979	14.451

¹ Response-Rate

² Entsprechend den Ermächtigungsergänzungsverträgen gemäß § 117 SGB V in Nordrhein-Westfalen gekappte Stundenzahl auf 800 Stunden bei einem Vertiefungsverfahren und 1350 Stunden bei verklammerter Ausbildung

Reisekosten zu externen Pflichtveranstaltungen

Institutsleitungsbefragung II

Nur 20 Institute (15.5%) geben an, dass bei ihnen zusätzliche Reisekosten in Höhe von durchschnittlich 450 Euro (SD=391; mind. 60 bis max. 1.600 Euro) zu externen Pflichtveranstaltungen hinzu kommen.

- Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass viele TeilnehmerInnen und Institutsleitungen keine hinreichenden Angaben zur Abschätzung der Kosten, insbesondere der Netto-Kosten Institute bzw. realistischen Netto-Kosten machen (können) (61% bei den AusbildungsteilnehmerInnen bzw. bis zu 52% bei den Institutsleitungen).
- Insgesamt werden die Gesamtkosten für die Ausbildung im Mittel zwischen 20.000 und 30.000 € (bei sehr hoher Varianz) angegeben. Bezogen auf die Vollzeitausbildung entspricht dies monatlichen Kosten von im Mittel 560 bis 830 Euro, und bezogen auf die Teilzeitausbildung von im Mittel monatlich 330 bis 500 Euro.
- Zusätzliche Reisekosten zu externen Pflichtveranstaltungen fallen nur bei etwa 20% der Institute in Höhe von im Mittel 450 Euro an.
- Die Institutsleitungen geben zum Teil höhere Ausbildungskosten an als die AusbildungsteilnehmerInnen. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass im Fragebogen explizit darauf hingewiesen wurde, auch Kosten einzubeziehen, die möglicherweise direkt von den TeilnehmerInnen (z.B. für Einzelselbsterfahrung) beglichen werden. Dies ist für AusbildungsteilnehmerInnen oft nicht durchschaubar.
- Bei den Netto-Kosten Institute bzw. den realistischen Netto-Kosten (Kappung der maximalen Stundenzahl auf 800 Stunden bei nur einem Vertiefungsverfahren bzw. 1350 Stunden bei verklammerter Ausbildung) geben die AusbildungsteilnehmerInnen an, dass auch nach Vergütung für die Ausbildungspsychotherapien im Mittel Kosten von ca. 3.400 Euro entstehen.
- Die Institutsleitungen geben dagegen an, dass ein Netto-Plus von im Mittel 3.700 bzw. bei den realistischen Berechnungen ein Netto-Plus von 3.300 Euro in der ILB-I entsteht; in der zweiten ILB geben die Institutsleitungen 9.500 Euro Netto-Plus bzw. nach Kappung auf 800 Stunden bei einem bzw. 1350 Stunden bei verklammerter Ausbildung realistische Netto-Kosten von 980 Euro an (ILB-II).

6.2. Gibt es Kostenunterschiede bezüglich der Ausbildungen, die darin begründet sind, ob die Ausbildung an einer Hochschule oder einer sonstigen Einrichtung stattfindet? Wenn ja, welche Ursachen hat das?

Grundlage der Auswertungen ist die zweite Institutsleitungsbefragung (ILB-II).

In der ILB-II charakterisieren sich 10 (7.8%) von insgesamt 129 Instituten als universitäre Ausbildung, 13 (10.1%) als „universitär angebunden“ und 106 (82.2%) als ohne universitären Bezug.

Die Faktoren „universitäre Ausbildung“ bzw. „universitäre Anbindung“ und „keine universitäre Anbindung“ sind konfundiert mit dem Faktor „Verfahren“: 9 von 10 universitären Ausbildungen sind kognitiv-behavioral ausgerichtet, 1 charakterisiert sich als verklammerte TP/PA-Ausbildung; 8 der Institute mit universitärer Anbindung charakterisieren sich als kognitiv-behavioral, je 2 beschreiben sich als tiefenpsychologisch/psychoanalytisch fundiert bzw. tiefenpsychologisch orientiert. Universitäre Ausbildungsgänge und universitär angebundene Institute sind in der Regel verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Gesamtkosten, Netto-Kosten Institute und realistische Netto-Kosten²

Bei den Gesamtkosten geben 82 Institute ohne universitäre Anbindung im Mittel 33.400 Euro, 12 Institute mit universitärer Anbindung 18.900 Euro und 12 Institute, die sich als universitäre Ausbildung charakterisieren 15.500 Euro an (Tabelle E 6-2). Nach Kontrolle des Faktors „Verfahren“ bestehen keine Unterschiede zwischen den universitären, universitär angebondenen und nicht universitären bei den Kostenparametern.

Tabelle E 6-2: Ausbildungskosten, Netto-Kosten Institute und realistische Netto-Kosten bei Instituten ohne universitäre Anbindung, bei Instituten mit universitärer Anbindung bzw. universitären Ausbildungen auf Grundlage der Institutsleitungsbefragung II (Kennwerte, Ergebnisse des varianzanalytischen Vergleichs nach Kontrolle des Faktors „Verfahren“)

Bezugsgruppe	Ausbildungskosten				Netto-Kosten Institute				Realistische Netto-Kosten			
	n	Mittelwert	SD	F / p	n	Mittelwert	SD	F / p	n	Mittelwert	SD	F / p
Keine universitäre Anbindung	82	32.994	23.801	2,91 / p=.11	64	-11.415	17.791	2,91 / p=.06	64	1.457	14.513	.53 / p=.58
Universitäre Ausbildung	9	15.464	2.141		7	-2.002	4.545		7	-2.002	4.545	
Universitäre Anbindung	12	18.897	9.158		7	4.268	15.718		7	4.268	15.718	

Hinsichtlich der Netto-Kosten Institute geben 64 Institute ohne universitäre Anbindung im Mittel -11.400 Euro (also „Netto-Plus“), 7 Institute mit universitärer Anbindung 4.300 Euro und 6 Institute, die sich als universitäre Ausbildung charakterisieren -2.000 Euro an; die Gruppen unterscheiden sich nach Kontrolle des Faktors „Verfahren“ nicht deutlich voneinander.

Bei den realistischen Netto-Kosten kommen die Institute ohne universitäre Anbindung auf 1.500 Euro, die Institute mit universitärer Anbindung auf 4.300 Euro und die Institute, die universitärer Ausbildungsgang sind auf -2.000 Euro (somit Netto-Plus). Statistisch unterscheiden sich die Gruppen nach Kontrolle des Faktors „Verfahren“ nicht signifikant voneinander.

Die Fragestellung, ob sich Ausbildungen an Hochschulen von anderen Ausbildungen hinsichtlich der Kosten unterscheiden lässt sich wegen der geringen Anzahl der universitären Ausbildungsgänge im Vergleich zu universitär angebondenen bzw. Instituten ohne Hochschulbezug nicht gut

² Nach Ausschluss der Institute, bei denen keine zusätzlichen Reisekosten anfallen, lassen sich die Reisekosten nicht mehr sinnvoll vergleichen.

beantworten. Wenn man die universitären Ausbildungsgänge und die universitär angebotenen Instituten zusammengefasst den Instituten ohne Hochschulbezug gegenüberstellt, so ergibt sich folgendes Bild: Gesamtkosten bei Hochschulbezug 17.300 Euro vs. 33.000 Euro ohne Hochschulbezug (Varianzanalyse jeweils unter Kontrolle des Verfahrensfaktors: $F(\text{Verfahren}) = 111,97$, $p < .001$; $F(\text{Unibezug}) = 4,20$, $p = .04$); hinsichtlich der Netto-Kosten Institute 1.132 Euro bei Hochschulbezug vs. -11.400 Euro – somit Netto-Plus – bei Instituten ohne Hochschulbezug ($F(\text{Verfahren}) = ,38$, $p = .53$; $F(\text{Unibezug}) = 5,39$, $p = .02$) sowie hinsichtlich der realistischen Netto-Kosten 1.132 Euro bei Hochschulanbindung vs. 1.457 Euro bei Instituten ohne Hochschulanbindung ($F(\text{Verfahren}) = 8,87$, $p = .004$; $F(\text{Unibezug}) = ,31$, $p = .57$). Nach Kontrolle des Verfahrens liegen somit die Ausbildungskosten bei Instituten mit universitärem Bezug niedriger als die Institute ohne universitären Bezug. Bezieht man sich bei der Berechnung der Netto-Kosten auf die Angaben der Institute, so sind die Institute mit universitärem Bezug teurer als Institute ohne Hochschulbezug. Kappt man die zu vergütenden Psychotherapiestunden auf maximal 800 Stunden bei einem und maximal 1350 Stunden bei verklammerten Vertiefungsverfahren, so unterscheiden sich Institute mit und ohne Hochschulbezug nicht voneinander.

- Hochschulanbindung und Verfahren sind miteinander konfundiert: Es besteht ein deutliches Übergewicht verhaltenstherapeutischer Ausbildungsgänge bei den universitären Instituten und auch den universitär angebotenen Instituten.
- Wegen der recht geringen Anzahl universitärer Ausbildungsgänge und Ausbildungsgänge mit universitärer Anbindung bei gleichzeitig sehr großer Varianz zwischen den Ausbildungsgängen ohne Hochschulbezug lässt sich die Fragestellung nur ansatzweise beantworten.
- Differenziert man zwischen Instituten ohne Hochschulanbindung, solchen mit einer universitären Anbindung (z.B. Kooperation mit der Hochschule, durch Hochschullehrer geleitetes An-Institut) und universitären Ausbildungsgängen so unterscheiden sich die Gruppen weder bei den Gesamtkosten noch den Netto-Kosten Institute oder den realistischen Netto-Kosten.
- Fasst man Institute mit einer gewissen Hochschulanbindung mit den universitären Ausbildungsgängen zusammen und vergleicht sie mit Instituten ohne Hochschulbezug, so liegen – nach Kontrolle des Verfahrensfaktors – die Ausbildungskosten bei Instituten mit universitärem Bezug signifikant niedriger und die Netto-Kosten Institute signifikant höher als bei Instituten ohne universitären Bezug. Berücksichtigt man jedoch die durch die Ermächtigungsergänzungsvereinbarungen NRW finanziell abgesicherten Psychotherapiestunden während der Praktischen Ausbildung, so unterscheiden sich die zusammengefassten Institute mit Hochschulbezug nicht von den Instituten ohne Hochschulbezug.

6.3. Gibt es Kostenunterschiede bezüglich der Ausbildungen in den einzelnen Verfahren?

Wie Tabelle E 6-3 zeigt ergibt sich hinsichtlich der Kostenparameter zwischen den Verfahren ein komplexes Bild. In Hinblick auf die Kosten der Ausbildung beschreiben die AusbildungsteilnehmerInnen die VT-Ausbildung mit im Mittel 16.500 Euro als kostengünstiger als psychodynamisch orientierte und sonstige Ausbildungsgänge; für tiefenpsychologische Ausbildungsgänge geben sie mit im Mittel 25.000 Euro niedrigere Kosten an als für psychoanalytische oder verklammerte TP/PA-Ausbildungsgänge mit über 45.000 Euro. Auch in der ersten Institutsleitungsbefragung erscheint die VT-Ausbildung mit im Mittel 13.200 Euro als deutlich kostengünstiger als die verklammerte TP/PA-Ausbildung und die sonstigen Ausbildungen (die jeweils über 30.000 Euro liegen). In der zweiten Institutsleitungsbefragung wird die VT-Ausbildung mit ca. 15.400 Euro und die verklammerte TP/VT-Ausbildung mit ca. 9.200 Euro hinsichtlich der Gesamtkosten als günstiger ausgewiesen als verklammerte TP/PA-Ausbildung und psychoanalytische Ausbildung, die über 50.000 Euro liegen.

Hinsichtlich der Netto-Kosten Institute sehen die AusbildungsteilnehmerInnen die PA-Ausbildung mit ca. 19.000 Euro als teurer als VT-, TP- oder verklammerte TP/PA-Ausbildung, die im Mittel zwischen 2.000 und 6.000 Euro liegen. In der Institutsleitungsbefragung 1 erweist sich dagegen die verklammerte TP/PA-Ausbildung mit einem Netto-Plus von 11.500 Euro als signifikant günstiger als die VT-Ausbildung mit einem Netto-Plus von 1.200 Euro oder die TP-Ausbildung mit Netto-Kosten von ca. 5.700 Euro. In der zweiten Institutsleitungsbefragung bestehen dagegen keine prägnanten Unterscheide zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich der Netto-Kosten Institute. Bis auf die verklammerte TP/VT-Ausbildung ergibt sich hier für alle Verfahren ein Netto-Plus von zwischen 3.500 und 28.000 Euro.

Bei Berücksichtigung von maximal 800 zu vergütenden Psychotherapiestunden für Ausbildungen in einem Vertiefungsverfahren und 1350 Psychotherapiestunden für die verklammerte Ausbildung geben die TeilnehmerInnen mit ca. 24.000 Euro signifikant höhere realistische Netto-Kosten für die psychoanalytische Ausbildung als für VT-, TP- oder verklammerte TP/PA-Ausbildung an (Netto-Kosten zwischen 2.000 und 6.300 Euro). In den Institutsleitungsbefragungen bestehen dagegen keine prägnanten Unterschiede zwischen den Verfahren bei den realistischen Netto-Kosten. Mehrheitlich ergibt sich aus den Angaben ein Netto-Plus von zwischen 1.200 Euro bei der VT und 13.300 Euro bei der verklammerten TP/PA-Ausbildung.

Tabelle E 6-3: Ausbildungskosten, Netto-Ausbildungskosten-Institute und realistische Netto-Kosten, differenziert nach Vertiefungsverfahren auf Grundlage der TeilnehmerInnenbefragung, der Institutsleitungsbefragung I bzw. II (Kennwerte, Ergebnisse des varianzanalytischen Vergleichs)

Daten- quelle	Verfahren	Ausbildungskosten					Netto-Ausbildungskosten Institute					Realistische Netto-Ausbildungskosten				
		N	Mittelwert	SD	F(df) ¹	p	N	Mittelwert	SD	F (df)	p	N	Mittelwert	SD	F (df)	p
TN	VT	1891	16.539 ^{abc}	7.047	866,96 (3/2884)	.001	845	2.067 ^a	8.890	12,69 (3/1243)	.001	845	2.067 ^a	8.890	20,60 (3/1243)	.001
	TP	496	25.286 ^{ade}	11.650			179	5.943 ^b	16.248			179	6.301 ^b	15.476		
	PA	122	48.905 ^{bd}	25.327			33	19.053 ^{abc}	23.523			33	23.947 ^{abc}	24.129		
	TP/PA	379	46.911 ^{ce}	21.960			190	2.983 ^c	34.342			190	3.366 ^c	33.569		
	GT	7	13.228	6.138			-	-	-			-	-	-		
	VT	46	13.297 ^{ab}	5.020			42	-1.212 ^b	6.372			42	-1.212	6.372		
ILB-I	TP	11	21.793	13.729	11,19 (3/84)	.001	10	5.683 ^a	8.571	5,12 (3/78)	.003	10	5.683	8.571	4,91 (3/78)	.004
	TP/PA	27	30.635 ^a	19.047			26	-11.537 ^{ab}	21.250			26	-10.414	19.576		
	Sonst.	4	34.181 ^b	28.100			4	-2.118	10.457			4	-2.118	10.457		
	VT	52	15.405 ^{ab}	4.184			38	-3.567	5.838			39	-3.567	5.838		
	TP	9	29.861 ^a	12.528			7	-10.460	18.245			7	-3.317	6.687		
	PA	2	66.850 ^{bde}	32.739			2	-28.325	26.056			2	10.450	28.779		
ILB-II	TP/PA	35	51.094 ^{ac}	21.876	37,68 (4/94)	.001	27	-16.058	23.927	3,42 (4/74)	.01	28	-13.313	22.779	2,79 (4/74)	.03
	VT/TP	3	9.250 ^{od}	3.952			2	4.260	3.945			2	4.260	3.945		

Anmerkung: ¹ Varianzanalyse ohne GT; Mittelwerte mit gleichen Buchstabenindices unterscheiden sich auf dem 5%-Niveau (Scheffe-Test)

- Die Grundlage des Verfahrensvergleichs, insbesondere bei den Angaben der Institutsleitungen, bezieht sich im Wesentlichen auf den Vergleich zwischen Verhaltenstherapie und verklammerter TP/PA-Ausbildung, da von den anderen Verfahren nur wenige verwertbare Angaben vorliegen.
- Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die VT-Ausbildung bei den Gesamtkosten bei allen Befragungen (TeilnehmerInnen, Institutsleitungsbefragung I & II) als signifikant günstigstes Ausbildungsangebot darstellt, während die PA-Ausbildung das signifikant kostenintensivste Angebot ist. Tiefenpsychologisch orientierte und verklammerte TP/PA-Ausbildung liegen dazwischen.
- Die AusbildungsteilnehmerInnen beschreiben für alle Verfahren, dass die Ausbildungskosten durch die Einnahmen während der Praktischen Ausbildung nicht vollständig ausgeglichen werden können. Die reinen Ausbildungskosten übersteigen die Einnahmen nach ihren Angaben um zwischen 2.000 und 24.000 Euro. Auf Grundlage der Angaben der Institutsleitungen ergibt sich ein anderes Bild: Mehrheitlich kommt es zu einem Netto-Plus, d.h. die AusbildungsteilnehmerInnen sollen die Ausbildungskosten durch die Einnahmen für Psychotherapiestunden während der Praktischen Ausbildung knapp bis deutlich ausgleichen können (Netto-Plus zwischen 1.200 und 28.000 Euro).
- Hinsichtlich der Netto-Kosten Institute sehen die AusbildungsteilnehmerInnen die PA-Ausbildung mit ca. 19.000 Euro als teurer als VT-, TP- oder verklammerte TP/PA-Ausbildung, die im Mittel zwischen 2.000 und 6.000 Euro liegen. In der Institutsleitungsbefragung 1 erweist sich dagegen die verklammerte TP/PA-Ausbildung mit einem Netto-Plus von 11.500 Euro als signifikant günstiger als die VT-Ausbildung mit einem Netto-Plus von 1.200 Euro oder die TP-Ausbildung mit Netto-Kosten von ca. 5.700 Euro. In der zweiten Institutsleitungsbefragung bestehen dagegen keine prägnanten Unterscheide zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich der Netto-Kosten Institute.
- Bei Berücksichtigung von maximal 800 zu vergütenden Psychotherapiestunden für Ausbildungen in einem Vertiefungsverfahren und 1350 Psychotherapiestunden für die verklammerte Ausbildung geben die TeilnehmerInnen mit ca. 24.000 Euro signifikant höhere realistische Netto-Kosten für die psychoanalytische Ausbildung als für VT-, TP- oder verklammerte TP/PA-Ausbildung an (Netto-Kosten zwischen 2.000 und 6.300 Euro). In den Institutsleitungsbefragungen bestehen dagegen keine prägnanten Unterschiede zwischen den Verfahren bei den realistischen Netto-Kosten. Mehrheitlich ergibt sich aus den Angaben ein Netto-Plus von zwischen 1.200 Euro bei der VT und 13.300 Euro bei der verklammerten TP/PA-Ausbildung.

6.4. In welchem Umfang beeinflusst die Kostenfrage die Entscheidung der Ausbildungsteilnehmer, ob sie eine Ausbildung in Vollzeit oder Teilzeitform ableisten wollen?

Grundlage der Auswertungen ist die Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen bzw. der AbsolventInnen.

Fast die Hälfte der AusbildungsteilnehmerInnen (47,7%) wählt aus finanziellen Gründen die Vollzeit-Ausbildung, während knapp zwei Drittel (65,4%) die Teilzeitausbildung aus finanziellen Gründen bevorzugen (Tabelle E 6-3). Bei den AbsolventInnen spielen für 60%, die das Teilzeitmodell und für 1/3, die das Vollzeitmodell wählen finanzielle Gründe eine Rolle. Sowohl AusbildungsteilnehmerInnen wie auch AbsolventInnen berücksichtigen bei der Wahl des Ausbildungsmodells finanzielle Erwägungen sehr stark; hierbei muss auch die Rolle der zusätzlichen beruflichen Tätigkeit mit berücksichtigt werden. Insgesamt führt die Finanznot die TeilnehmerInnen eher in die Teilzeitausbildung.

Tabelle E 6-3: Wahlgründe für Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung in der TeilnehmerInnen- bzw. AbsolventInnenbefragung

	TeilnehmerInnen				AbsolventInnen			
	Vollzeit-ausbildung (n=1146)		Teilzeit-ausbildung (n=1790)		Vollzeit-ausbildung (n=346)		Teilzeit-ausbildung (n=255)	
	Ja, trifft zu (n)	%	Ja, trifft zu (n)	%	Ja, trifft zu (n)	%	Ja, trifft zu (n)	%
Finanziell	546	47,6	1172	65,5	116	33,5	153	60,0
Andere berufliche Tätigkeit	122	10,6	1188	66,4	44	12,7	165	64,7

- Kostengründe spielen sowohl bei den TeilnehmerInnen als auch bei den AbsolventInnen eine große Rolle, und zwar sowohl für die Entscheidung zur Vollzeit- als auch Teilzeitausbildung.
- Tendenziell führt die Finanznot eher in die Teilzeitausbildung, wo die Kosten über einen längeren Zeitraum gestreckt werden.
- Indirekt spielen finanzielle Gründe auch beim großen Gewicht der anderen beruflichen Tätigkeit während der Ausbildungszeit eine Rolle.

6.5. In welchem Umfang hält die Kostenfrage Interessenten von der Aufnahme einer Psychotherapieausbildung ab?

Grundlage der Auswertungen ist die Befragung der (Psychologie-) Studierenden.

Von den aktuell (Psychologie-) *Studierenden* geben 87,1% an, dass finanzielle Gründe sie von der Aufnahme einer Ausbildung in Psychotherapie abhalten. Von denjenigen, die generell ein geringes Interesse an einer Psychotherapieausbildung beschreiben, vermerken 83,9%, dass finanzielle Gründe gegen die Ausbildung sprechen.

Ist das Ausbildungsinteresse unentschieden, vermerken 90,4%, dass finanzielle Gründe ein Gegenargument gegen die Ausbildung darstellen. Auch bei hohem Ausbildungsinteresse geben 87,6% an, dass finanzielle Gründe gegen eine psychotherapeutische Ausbildung sprechen.

10,6% der Studierenden, die eine psychotherapeutische Ausbildung anstreben, planen die Nutzung von BAföG zur Finanzierung der Ausbildung. Dieser Prozentsatz ist wesentlich höher als aktuell BAföG genutzt wird. Die weitaus meisten zukünftigen AusbildungsteilnehmerInnen planen eine Ausbildungs- und Lebensfinanzierung über die eigene Berufstätigkeit.

- 4/5 der befragten (Psychologie-) Studierenden berichten, dass finanzielle Gründe sie von der Ausbildung abhalten.
- Die meisten AusbildungsteilnehmerInnen planen die Ausbildungs- und Lebensfinanzierung über die eigene Berufstätigkeit.

6.6. In welchem Umfang wird von der Möglichkeit der Zahlungen einer freiwilligen Vergütung, insbesondere im Rahmen der praktischen Tätigkeit, Gebrauch gemacht?

Grundlage der Auswertungen sind die Befragungen der AusbildungsteilnehmerInnen und der Institutsleitungen (vgl. auch 5.4.2).

AusbildungsteilnehmerInnen (TN)

Praktische Tätigkeit I (PT I)

Von mehr als der Hälfte (50,7%) der Einrichtungen wird keine Vergütung gezahlt. Durchschnittlich werden im Monat 453,55 Euro für die PT I gezahlt (SD=724.29). Zwischen Vollzeit- und Teilzeitausbildung bestehen keine deutlichen Unterschiede.

Der Mittelwert für die 1226 TeilnehmerInnen, denen eine Vergütung gezahlt wird, liegt bei 920 Euro (SD=796). Der Betrag variiert sehr stark zwischen 1-5.000 Euro monatlich.

Die höheren Beträge dürften zustande kommen, wenn AusbildungsteilnehmerInnen ihre PT I im Rahmen einer Vollzeitstelle ableisten können.

Praktische Tätigkeit II (PT II)

Ebenfalls über die Hälfte der Einrichtungen (51,6%) zahlt keine Vergütung. Mit 564,06 Euro wird die PT II durchschnittlich etwas höher bezahlt (SD=867.70). Zwischen Vollzeit- und Teilzeitausbildung bestehen keine deutlichen Unterschiede. Der Mittelwert für die 1031 TeilnehmerInnen, die eine Vergütung erhalten, liegt bei 1.156 Euro (SD=883). Je nach Einrichtung variiert die Vergütung zwischen 1-5.000 Euro. Auch hier dürften die höheren Vergütungen in der Regel im Rahmen von Festanstellungen im regulären Angestelltenverhältnis erfolgen.

Praktische Ausbildung (PAus)

Die Zahlungen, die im Rahmen der Praktischen Ausbildung gezahlt werden, wurden bereits unter den Überschriften 6.1. und 6.3. berücksichtigt.

InstitutsleiterInnenbefragung (ILB)

Die Leitungen der Ausbildungsstätten machten in der ILB-II Angaben darüber, wie viel Prozent der genehmigten Plätze in PT I und PT II in welchem Umfang (Euro) vergütet werden (Tabelle E 6-4).

Tabelle E 6-4: Vergütung der PT I- und der PT II- Plätze, getrennt nach PP- und KJP-Ausbildungsgängen auf Grundlage der Institutsleitungsbefragung (Prozentanteil der jeweiligen Vergütungsgruppe, SD)

		PP Prozent	PP SD	KJP Prozent	KJP SD
PT I	0€	46,15	40,54	63,98	38,78
	bis 250€	9,69	19,88	9,52	20,38
	bis 750€	19,48	26,50	13,34	17,84
	bis 1000€	10,56	23,89	4,19	16,32
	bis 1500€	6,94	21,08	5,24	20,98
	> 1500€	3,61	14,80	0,71	3,23
PT II	0€	43,37	42,00	50,23	43,57
	bis 250€	10,69	23,98	11,14	23,37
	bis 750€	14,08	23,94	11,85	20,39
	bis 1000€	8,74	23,29	5,91	18,08
	bis 1500€	8,68	25,31	10,45	29,27
	> 1500€	5,34	19,96	2,39	15,07

Der mit Abstand größte Teil der PT I und PT II-Plätze wird aktuell nicht vergütet: Dies gilt für etwa die Hälfte bis fast 2/3 der Plätze (bei sehr großer Varianz, die auf regionale Unterschiede und Unterschiede zwischen den Verfahren zurückgehen dürften). In den KJP-Ausbildungsgängen ist die Situation noch etwas ungünstiger als in den PP-Ausbildungsgängen.

- Gut die Hälfte der AusbildungsteilnehmerInnen erhält für die PT I und die PT II keine Vergütung.
- Im Mittel beläuft sich die Vergütung für die PT I auf 450 Euro monatlich und für die PT II auf 560 Euro monatlich.
- Berücksichtigt man nur diejenigen, die eine Vergütung bekommen, so beläuft sie sich für PT I auf im Mittel 920 Euro und für PT II auf 1.150 Euro monatlich.
- Die finanzielle Situation ist im KJP-Bereich noch etwas ungünstiger als im PP-Bereich.

6.7. In welchem Umfang werden die Möglichkeiten des BAföG genutzt?

Grundlage der Auswertungen war die Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen.

Nur 23 der *AusbildungsteilnehmerInnen* (0,7%) finanzieren ihren Lebensunterhalt u.a. über das BAföG.

- BÄFÖG spielt aktuell keine Rolle bei der Ausbildungsfinanzierung.

6.8. Wird das BAföG als ausreichend angesehen oder gibt es Verbesserungsmöglichkeiten?

BAföG ist nicht aus ausreichend anzusehen, wird bisher nicht ausreichend genutzt und bei Anträgen stoßen die Interessierten häufig auf Probleme (zu alt; bereits eine Förderung in der Berufsausbildung erhalten; während einzelner Ausbildungsbestandteile Erhalt einer Vergütung, die BAföG-Anspruch in Frage stellt usw.)

Dennoch plädieren die befragten Fachleute und Institutsleitungen dafür, die Ausbildungsförderung durch BAföG beizubehalten.

- Die Höhe des BAföG ist nicht ausreichend für die Ausbildungsfinanzierung. Gleichwohl sollte es aus Sicht der ExpertInnen als Möglichkeit bestehen bleiben.

6.9. Welche sonstigen Möglichkeiten der Ausbildungsförderung gibt es?

Grundlage der Auswertungen sind die Befragung der Landesprüfungsämter sowie weitere Recherchen der GutachterInnengruppe.

Drei *Aufsichtsbehörden* beraten die AusbildungsteilnehmerInnen bei Finanzierungsfragen, 80% tun dies nicht. Auch hier wäre ein Ansatzpunkt für die Verbesserung des Ausschöpfens der Finanzierungsunterstützungen.

Neben allgemeinen Krediten gibt es den sog. Bildungskredit, der auch den TeilnehmerInnen an der Psychotherapieausbildung prinzipiell zu Verfügung steht.

Aus der Homepage: www.bildungskredit.de:

„Seit dem 01.04.2001 bietet die Bundesregierung Schülern und Studenten in fortgeschrittenen Ausbildungsphasen die Möglichkeit, einen zinsgünstigen Kredit nach Maßgabe der Förderbestimmungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF – www.bmbf.de) in Anspruch zu nehmen. Ziel dieser Förderung ist die Sicherung und Beschleunigung der Ausbildung oder die Finanzierung von außergewöhnlichem, nicht durch das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) erfasstem Aufwand, um die Ausbildung zu verkürzen bzw. den Abbruch der Ausbildung aufgrund fehlender finanzieller Mittel zu vermeiden. Die Förderung erfolgt unabhängig vom Vermögen und Einkommen des Antragstellers und seiner Eltern. Hier wird für Schüler und Studenten, die häufig keine Sicherheiten stellen können, ein Angebot geschaffen, das bisher auf dem Kapitalmarkt nicht verfügbar ist. Innerhalb eines Ausbildungsabschnittes können bis zu 7.200 EURO bewilligt werden. Der zur Verfügung stehende Finanzrahmen ist begrenzt und wird jährlich vom Bundesministerium für Bildung und Forschung vorgegeben. Es besteht kein Rechtsanspruch auf die Gewährung des Bildungskredites.“

Finanzielle Erleichterungen gibt es bei einer Reihe der Ausbildungsstätten durch

- die Gewährung zinsloser Darlehen
- Staffelung der Ausbildungsgebühren
- Senkung der Ausbildungsgebühren in der ersten Ausbildungshälfte
- Vorschusszahlungen auf die Auszahlungen der Behandlungsstunden im Rahmen der Praktischen Ausbildung.

In der Regel werden diese Vergünstigungen, die zum Teil aus sozialem Engagement, zum Teil aus der Konkurrenzsituation der Ausbildungsstätten resultieren, mit den Einnahmen der TeilnehmerInnen im Rahmen der Praktischen Ausbildung verrechnet.

Solche Kredite sind eigentlich keine Ausbildungsförderung, da sie in vollem Umfang zurückzahlen sind.

Es bestünde – ohne dass eine Nutzung bekannt ist – ggf. die Möglichkeit der Förderung über das sog. Meister-BAföG, welches im Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz beschrieben ist (vgl. Kapitel G - 4. und <http://www.meister-bafog.info/de/36.php>)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Weitere Finanzierungsberatung erfolgt im geringen Umfang durch einzelne Landesprüfungsämter.• Ansonsten sind die Finanzierungsmöglichkeiten wenig systematisch: Für einen Teil der Kosten bis zu einem gewissen Alter durch den Bildungskredit; durch Unterstützung einzelner Ausbildungsstätten; durch Bankkredite. All diese Finanzierungen sind verzinste Darlehen und voll rückzahlbar.• Weitergehende Ausbildungsförderung könnte z.B. entsprechend der Regelungen für das Meister-BAföG geschehen, so wie es im „Zweiten Gesetz zur Änderung des AFBG“ gefasst ist (Inkrafttreten zum 1. Juli 2009). |
|--|

6.10. Zusammenfassung

Bei der Einschätzung der Ausbildungskosten muss berücksichtigt werden, dass die Lebenshaltungskosten der AusbildungsteilnehmerInnen noch hinzukommen.

Als Kostenparameter werden betrachtet 1. die Gesamtausbildungskosten, 2. die Netto-Kosten aus Institutsicht (Ausbildungskosten abzüglich der Einnahmen für Ausbildungstherapien während der Praktischen Ausbildung, gemäß den Angaben der Institute), 3. die realistischen Netto-Kosten, d.h. Ausbildungskosten abzüglich der Einnahmen während der Praktischen Ausbildung auf Grundlage der Ermächtigungsergänzungsvereinbarungen gemäß § 117 SGB V, wobei exemplarisch die Vereinbarungen für NRW (800 Stunden bei einem Vertiefungsverfahren, 1350 Stunden bei verklammerter Ausbildung) zugrunde gelegt werden.

- Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass viele TeilnehmerInnen und Institutsleitungen keine hinreichenden Angaben zur Abschätzung der Kosten, insbesondere der Netto-Kosten Institute bzw. realistischen Netto-Kosten machen (können) (61% bei den AusbildungsteilnehmerInnen bzw. bis zu 52% bei den Institutsleitungen).
- Insgesamt werden die Gesamtkosten für die Ausbildung im Mittel zwischen 20.000 und 30.000 Euro (bei sehr hoher Varianz) angegeben. Bezogen auf die Vollzeitausbildung entspricht dies monatlichen Kosten von im Mittel 560 bis 830 Euro, und bezogen auf die Teilzeitausbildung von im Mittel monatlich 330 bis 500 Euro. Zusätzliche Reisekosten zu externen Pflichtveranstaltungen fallen nur bei etwa 20% der Institute in Höhe von im Mittel 450 Euro an. Die Institutsleitungen geben zum Teil höhere Gesamtausbildungskosten an als die AusbildungsteilnehmerInnen. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass im Fragebogen explizit darauf hingewiesen wurde, auch Kosten einzubeziehen, die möglicherweise direkt von den TeilnehmerInnen (z.B. für Einzelselbsterfahrung) beglichen werden. Dies ist für AusbildungsteilnehmerInnen oft nicht durchschaubar.
- Bei den Netto-Kosten Institute bzw. den realistischen Netto-Kosten (Kappung der maximalen Stundenzahl auf 800 Stunden bei nur einem Vertiefungsverfahren bzw. 1350 Stunden bei verklammerter Ausbildung) geben die AusbildungsteilnehmerInnen an, dass auch nach Vergütung für die Ausbildungspsychotherapien im Mittel Kosten von ca. 3.400 Euro entstehen.
- Die Institutsleitungen geben dagegen an, dass ein Netto-Plus von im Mittel 3.700 bzw. bei den realistischen Berechnungen ein Netto-Plus von 3.300 Euro in der ILB-I entsteht; in der zweiten ILB geben die Institutsleitungen 9.500 Euro Netto-Plus bzw. nach Kappung auf 800 Stunden bei einem bzw. 1350 Stunden bei verklammerter Ausbildung realistische Netto-Kosten von 980 Euro an (ILB-II).
- Hochschulbindung und Verfahren sind miteinander konfundiert: Es besteht ein deutliches Übergewicht verhaltenstherapeutischer Ausbildungsgänge bei den universitären Instituten und auch den universitär angebotenen Instituten. Wegen der recht geringen Anzahl universitärer Ausbildungsgänge und Ausbildungsgänge mit universitärer Anbindung bei gleichzeitig sehr grosser Varianz zwischen den Ausbildungsgängen ohne Hochschulbezug lässt sich die Fragestellung der Unterschiede zwischen Instituten mit und ohne Hochschulbindung nur ansatzweise beantworten.
- Differenziert man zwischen Instituten ohne Hochschulbindung, solchen mit einer universitären Anbindung (z.B. Kooperation mit der Hochschule, durch Hochschullehrer geleitetes An-Institut) und universitären Ausbildungsgängen so unterscheiden sich die Gruppen weder bei den Gesamtkosten noch den Netto-Kosten Institute oder den realistischen Netto-Kosten.
- Fasst man Institute mit einer gewissen Hochschulbindung mit den universitären Ausbildungsgängen zusammen und vergleicht sie mit Instituten ohne Hochschulbezug, so liegen – nach Kontrolle des Verfahrensfaktors – die Ausbildungskosten bei Instituten mit universitärem Bezug signifikant niedriger und die Netto-Kosten Institute signifikant höher als bei Instituten ohne universitären Bezug. Berücksichtigt man nur die durch die Ermächtigungsergänzungsvereinbarungen NRW finanziell abgesicherten Psychotherapiestunden während der Praktischen Aus-

bildung, so unterscheiden sich die zusammengefassten Institute mit Hochschulbezug nicht von den Instituten ohne Hochschulbezug.

- Die Grundlage des Verfahrensvergleichs, insbesondere bei den Angaben der Institutsleitungen, bezieht sich im Wesentlichen auf den Vergleich zwischen Verhaltenstherapie und verklammerter TP/PA-Ausbildung, da von den anderen Verfahren nur wenige verwertbare Angaben vorliegen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die VT-Ausbildung bei den Gesamtkosten bei allen Befragungen (TeilnehmerInnen, Institutsleitungsbefragung I & II) als signifikant günstigstes Ausbildungsangebot darstellt, während die PA-Ausbildung das signifikant kostenintensivste Angebot ist. Tiefenpsychologisch orientierte und verklammerte TP/PA-Ausbildung liegen dazwischen.
- Die AusbildungsteilnehmerInnen beschreiben für alle Verfahren, dass die Ausbildungskosten durch die Einnahmen während der Praktischen Ausbildung nicht vollständig ausgeglichen werden können. Die reinen Ausbildungskosten übersteigen die Einnahmen nach ihren Angaben um zwischen 2.000 und 24.000 Euro. Auf Grundlage der Angaben der Institutsleitungen ergibt sich ein anderes Bild: Mehrheitlich kommt es zu einem Netto-Plus, d.h. die AusbildungsteilnehmerInnen sollen die Ausbildungskosten durch die Einnahmen für Psychotherapiestunden während der Praktischen Ausbildung knapp bis deutlich ausgleichen können (Netto-Plus zwischen 1.200 und 28.000 Euro).
- Hinsichtlich der Netto-Kosten Institute sehen die AusbildungsteilnehmerInnen die PA-Ausbildung mit ca. 19.000 Euro als teurer als VT-, TP- oder verklammerte TP/PA-Ausbildung, die im Mittel zwischen 2.000 und 6.000 Euro liegen. In der Institutsleitungsbefragung 1 erweist sich dagegen die verklammerte TP/PA-Ausbildung mit einem Netto-Plus von 11.500 Euro als signifikant günstiger als die VT-Ausbildung mit einem Netto-Plus von 1.200 Euro oder die TP-Ausbildung mit Netto-Kosten von ca. 5.700 Euro. In der zweiten Institutsleitungsbefragung bestehen dagegen keine prägnanten Unterscheide zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich der Netto-Kosten Institute.
- Bei Berücksichtigung von maximal 800 zu vergütenden Psychotherapiestunden für Ausbildungen in einem Vertiefungsverfahren und 1350 Psychotherapiestunden für die verklammerte Ausbildung geben die TeilnehmerInnen mit ca. 24.000 Euro signifikant höhere realistische Netto-Kosten für die psychoanalytische Ausbildung als für VT-, TP- oder verklammerte TP/PA-Ausbildung an (Netto-Kosten zwischen 2.000 und 6.300 Euro). In den Institutsleitungsbefragungen bestehen dagegen keine prägnanten Unterschiede zwischen den Verfahren bei den realistischen Netto-Kosten. Mehrheitlich ergibt sich aus den Angaben ein Netto-Plus von zwischen 1.200 Euro bei der VT und 13.300 Euro bei der verklammerten TP/PA-Ausbildung.
- Kostengründe spielen sowohl bei den TeilnehmerInnen als auch bei den AbsolventInnen eine große Rolle, und zwar sowohl für die Entscheidung zur Vollzeit- als auch Teilzeitausbildung. Tendenziell führt die Finanznot eher in die Teilzeitausbildung, wo die Kosten über einen längeren Zeitraum gestreckt werden.
- Indirekt spielen finanzielle Gründe auch beim großen Gewicht der anderen beruflichen Tätigkeit während der Ausbildungszeit eine Rolle.
- 4/5 der befragten (Psychologie-) Studierenden berichten, dass finanzielle Gründe sie von der Ausbildung abhalten. Die meisten prospektiven AusbildungsteilnehmerInnen planen die Ausbildungs- und Lebensfinanzierung über die eigene Berufstätigkeit.
- Gut die Hälfte der AusbildungsteilnehmerInnen erhält für die PT I und die PT II keine Vergütung. Im Mittel beläuft sich die Vergütung für die PT I auf 450 Euro monatlich und für die PT II auf 560 Euro monatlich. Berücksichtigt man nur diejenigen, die eine Vergütung bekommen, so beläuft sie sich für PT I auf im Mittel 920 Euro und für PT II auf 1.150 Euro monatlich. Die finanzielle Situation ist im KJP-Bereich noch etwas ungünstiger als im PP-Bereich.
- BÄFÖG spielt aktuell keine Rolle bei der Ausbildungsfinanzierung. Die Höhe des BÄFÖG ist nicht ausreichend für die Ausbildungsfinanzierung. Gleichwohl sollte es aus Sicht der ExpertInnen als Möglichkeit bestehen bleiben.

- Weitere Finanzierungsberatung erfolgt im geringen Umfang durch einzelne Landesprüfungsämter.
- Ansonsten sind die Finanzierungsmöglichkeiten wenig systematisch: Für einen Teil der Kosten bis zu einem gewissen Alter durch den Bildungskredit; durch Unterstützung einzelner Ausbildungsstätten; durch Bankkredite. All diese Finanzierungen sind verzinste Darlehen und voll rückzahlbar.
- Weitergehende Ausbildungsförderung könnte z.B. entsprechend der Regelungen für das Meister-BAföG geschehen, so wie es im „Zweiten Gesetz zur Änderung des AFBG“ gefasst ist (Inkrafttreten zum 1. Juli 2009).

7. Zugang zur Ausbildung

Das PsychThG fordert von den Ausbildungsbewerbern den Abschluss eines Studiums der Psychologie, im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie alternativ der Pädagogik oder Sozialpädagogik. Aufgrund der Umstrukturierung der Studiengänge in die Bachelor-/Master-systematik ist es bezüglich des Ausbildungszugangs zu besonderen Problemen gekommen.

7.1. Wie waren die Studiengänge in der Psychologie unter Einbeziehung der klinischen Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik bisher gestaltet?

Grundlagen der Auswertungen waren:

- für den Studiengang im Fach Psychologie die Analyse struktureller Vorgaben (Rahmenprüfungsordnung¹, Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zur Gestaltung der gestuften Studiengänge bzw. Empfehlungen der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie), sowie der empirische Vergleich aller bereits umgesetzten konsekutiven (Bachelor-/Master (BA/MA)) Studiengänge Psychologie mit den am gleichen Studienort angebotenen Diplomstudiengängen,
- für die Studiengänge Pädagogik, Heilpädagogik, Soziale Arbeit/Sozialpädagogik die Analyse struktureller Vorgaben zur Gestaltung der Studiengänge (Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften, Rahmenprüfungsordnungen) sowie exemplarische empirische Analysen von Diplomstudiengängen im Vergleich zu gestuften Studiengängen in den verschiedenen Fächern.

Analyse des Diplom-Studiengangs Psychologie

In der strukturellen und empirischen Analyse der bisherigen Diplomstudiengänge Psychologie ergibt sich eine weitgehende Orientierung an der Rahmenprüfungsordnung Psychologie bei lokal etwas unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. An allen Studienorten wird das Fach „Klinische Psychologie“ angeboten und die Möglichkeit für eine Prüfung in Klinischer Psychologie eröffnet. Der Umfang der Lehrveranstaltungen, die im Fach „Klinische Psychologie“ angeboten werden, ist jedoch sehr unterschiedlich (laut Rahmenprüfungsordnung Psychologie zwischen 36 ECTS incl. Neuropsychologie und ca. 70 ECTS allein für Klinische Psychologie und Psychotherapie, zu den Inhalten im Einzelnen siehe Begleitband).

Analyse der Studiengänge, die von den Landesprüfungsämtern (neben Psychologie) als Voraussetzung zur Zulassung für den kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich anerkannt werden²

Pädagogik:

Die klinischen Inhalte im Diplom-Studiengang Pädagogik schwanken stark zwischen keiner Angabe (k.A.) bzw. 0 ECTS und 40 ECTS für den auslaufenden Diplomstudiengang (9 Angaben, meist zwischen 20 und 50 ECTS). Es zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem Umfang der

¹ Die gesamten untersuchten Rahmenprüfungsordnungen für die Studiengänge Psychologie, Pädagogik, Soziale Arbeit und Heilpädagogik sind abrufbar unter <http://www.kmk.org/index.php?id=228&type=123>

² Der Studiengang Heilpädagogik wurde analysiert, da in der Praxis AbsolventInnen der Heilpädagogik von vielen LPAs zur Ausbildung zugelassen werden (vgl. im Einzelnen 7.3.1.). Im Psychotherapeutengesetz (vgl. § 7 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) sind jedoch nur Studienabschlüsse in Pädagogik und Sozialpädagogik neben Psychologie als Voraussetzung zur Zulassung explizit genannt.

klinischen Inhalte und der Wahl des Nebenfachs. Im MA-Studiengang Pädagogik lag die Spanne der klinischen Inhalte zwischen 0 und 36 ECTS (9 Angaben, 3 x 0 ECTS, insgesamt eher höhere Werte als bei BA), in den BA-Studiengängen zwischen 3 und 42 ECTS (18 Angaben) (Details s. Begleitband).

Soziale Arbeit/Sozialpädagogik:

Die Analysen des Studiengangs Soziale Arbeit/Sozialpädagogik verweisen ebenfalls auf starke Schwankungen des Umfangs klinischer Inhalte. Zwischen 52 ECTS für den auslaufenden Diplomstudiengang (Diplom in den Raterauswertungen nur einmal analysiert), 0 bis 8 ECTS für MA (4x 0 ECTS (nur 5 Angaben zu MA) und 0 bis 30 ECTS für BA-Studiengänge (4x 0 von 15) auf (Details s. Begleitband).

Heilpädagogik:

In der von der Hochschulrektorenkonferenz und der Kultusministerkonferenz 2000 veröffentlichten Rahmenprüfungsordnung zur Gestaltung von FH-Studiengängen Heilpädagogik werden psychologische Inhalte als wichtiges Nachbarfach beschrieben; klinisch-psychologische Diagnostik wird ebenfalls explizit als wichtiger Schwerpunktbereich benannt. Der Umfang dieser Fächer wird jedoch nicht spezifiziert. In der empirischen Analyse zeigen sich starke Schwankungen beim Umfang der klinischen Inhalte im Studiengang Heilpädagogik. Diese schwanken ebenfalls zwischen 12 und 16 SWS (entspricht 18 bis 24 ECTS) für den auslaufenden Diplomstudiengang.

Für den MA reicht die Spanne von 0 bis 15 ECTS (2x 0 ECTS von 3) und von 6 bis 15 ECTS für BA-Studiengänge (2x 15 ECTS von 8; Details s. Begleitband)

- Im Fach „Psychologie“ waren die bisherigen Studiengänge weitgehend entsprechend der Rahmenprüfungsordnung Psychologie strukturiert. Der Umfang klinischer Inhalte liegt zwischen 36 ECTS (incl. Neuropsychologie) und 70 ECTS Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Für die Fächer Pädagogik, Heilpädagogik und Soziale Arbeit/Sozialpädagogik zeigt die exemplarische empirische Analyse der bisherigen Studiengänge, dass der Anteil klinisch-psychologischer Inhalte in den bisherigen Diplomstudiengängen stark schwankt. Teilweise sind so gut wie keine einschlägigen Inhalte identifizierbar; in Einzelfällen bilden sie den Schwerpunkt des Hauptstudiums.
- Während die Rahmenprüfungsordnung im Fach Psychologie einen Mindestumfang von 36 ECTS im Fach „Klinische Psychologie“ fordert und diese Vorgabe in den Studiengängen meist auch eingehalten wird, schwanken die Angaben in den Fächern Pädagogik, Heilpädagogik und Soziale Arbeit/Sozialpädagogik zwischen 0 und 52 ECTS. Auch sind keine klaren Mindestumfänge durch die entsprechenden Fachverbände definiert.

7.2. Welche inhaltlichen Veränderungen haben sich durch die Umstrukturierung in die Bachelor-/Mastersystematik ergeben?

Analyse des Studiengangs Psychologie

Betrachtet man die konsekutiven BA- und MA-Studiengänge „Psychologie“ insgesamt, so sind diese hinsichtlich der Inhalte und Anforderungen weitgehend mit denen des Diplom-Studiengangs Psychologie vergleichbar. Dabei gibt es ein Spektrum von einer weitgehenden Übernahme der Inhalte des Diplomstudiengangs Psychologie in die gestuften Studiengänge bis hin zu einer weitergehenden Nutzung des Gestaltungsspielraums, der sich durch die gestuften Studiengänge ergibt.

Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Inhalte werden in den BA-Studiengängen laut Empfehlungen der DGPs aus dem Jahre 2005 (DGPs, 2005) nicht verbindlich vorgesehen: Hier werden in drei nicht näher spezifizierten Anwendungsfächern jeweils mindestens 8 ECTS Grundlagen plus 8 ECTS Vertiefung vorgeschlagen (an den meisten Studienorten dürfte Klinische Psychologie/Psychotherapie eines dieser Anwendungsfächer sein). In den weitergehenden Empfehlungen der DGPs zur Absicherung des Zugangs zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie vom 18. März 2008 (DGPs, 2008) wird ein Umfang von mindestens 25 ECTS klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Inhalte im Master Psychologie (unter Anrechnung von 50% der im BA erbrachten Leistungen im Fach „Klinische Psychologie“, bis maximal 8 ECTS) vorgesehen.

Die empirische Analyse der bereits umgesetzten konsekutiven BA-/MA-Studiengänge zeigt, dass hinsichtlich des Faches „Klinische Psychologie“ eine im Vergleich zu den Diplomstudiengängen größere Variabilität besteht, so dass nicht an jedem Studienort bzw. bei entsprechender Schwerpunktsetzung klinisch-psychologische Kenntnisse im empfohlenen Umfang vermittelt werden.

Analyse der Studiengänge, die von den Landesprüfungsämtern (neben Psychologie) als Voraussetzung zur Zulassung für den kinder- und jugendpsychotherapeutischen Bereich anerkannt werden

Pädagogik:

Die gestuften BA- und MA-Studiengänge weisen ein breites Spektrum mit großen inhaltlichen und strukturellen Unterschieden auf. Eine generelle Charakterisierung der Studieninhalte ist daher schwierig.

Im Vergleich zum Diplomstudiengang ist eine tendenziell stärkere Gewichtung der empirischen Methodenausbildung feststellbar. Es werden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden der Sozialforschung im gestuften Studium vermittelt.

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

Häufig sind in den neuen Studiengängen „fächerübergreifende Module“ enthalten, in denen zum einen Themen bzw. Schlüsselqualifikationen wie Kommunikation, Konfliktmanagement, Moderation u.ä. behandelt/vermittelt sowie zum anderen Einblicke in andere Fächer eröffnet werden.

Innerhalb der neuen BA- und MA-Studiengänge ist Psychologie an zahlreichen Universitäten integriert. In einigen Studiengängen existiert im Gegensatz zu den älteren Diplom-Studiengängen kein verpflichtendes Beifach Psychologie, sondern ein Wahlpflicht- oder Nebenfach, welches frei gewählt werden kann.

Der Umfang der psychologischen Inhalte im BA/MA Pädagogikstudium hängt somit in einem großen Ausmaß von den Wahlmöglichkeiten an der jeweiligen Universität und den Interessen der Studierenden ab.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Heterogenität der Studiengänge weiter erhöht, wenn die BAs/MAs an allen Universitäten eingeführt wurden. 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.

Soziale Arbeit/Sozialpädagogik:

An den meisten Hochschulen gibt es den Studiengang „Sozialpädagogik“ nicht mehr, er wurde durch BA/MA-Studiengänge in „Social Work“, „Sozialarbeit“, „Soziale Arbeit“ ersetzt.

Die analysierten Studiengänge lassen sich vier Gruppen zuordnen:

- Studiengänge, die nur unzureichend analysiert werden konnten, da wenig konkrete Modulbeschreibungen vorlagen.
- Studiengänge, die umfassend erscheinen und methodisches Wissen/Forschungsmethodik vermitteln, sowie rechtliche Grundlagen, psychologische/medizinische/psychiatrische Grundlagen, Inhalte zu Intervention/Beratung, Berufspraktikum und schriftliche Arbeit
- Studiengänge, die umfassend methodisches Wissen/Forschungsmethodik, Berufspraktikum, rechtliche Aspekte, Abfassen schriftlicher Arbeiten vermitteln, aber unzureichend psychologische/medizinische/psychiatrische Grundlagen oder Intervention/Beratung
- Studiengänge, die psychologische, medizinische/psychiatrische Grundlagen vermitteln, auch rechtliche, Berufspraktikum, Abfassen schriftlicher Arbeit, aber wenig methodisches Wissen/Forschungsmethodik

Tendenziell ist auch für diese Studiengänge eine Erhöhung der methodischen Inhalte feststellbar.

Heilpädagogik:

Der MA in Heilpädagogik wurde an zahlreichen Universitäten und Fachhochschulen noch nicht eingerichtet, weshalb momentan auch noch keine fundierten Aussagen über dessen Inhalte gemacht werden können. Explizite Vorstellungen einschlägiger Fachgesellschaften zur Gestaltung von gestuften Heilpädagogikstudiengängen konnten nicht identifiziert werden.

Grundsätzlich ist festzustellen, 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. Eine generelle Charakterisierung der Studieninhalte gestaltete sich daher schwierig.

Im BA-Studium sind psychologische Inhalte zumeist in einem Modul zusammengefasst. 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.

Tendenziell ist auch hier eine Erhöhung der methodischen Inhalte feststellbar.

- Insgesamt sind die Inhalte und Anforderungen des konsekutiven BA- und MA-Studiengangs „Psychologie“ meist mit denen des Diplom-Studiengangs „Psychologie“ vergleichbar. Es ergibt sich durch die gestuften BA-/MA-Studiengänge ein gewisser Gestaltungsspielraum, was hinsichtlich des Faches „Klinische Psychologie“ im Vergleich zu den Diplomstudiengängen zu einer größeren Variabilität führt. Die von der DGPS empfohlenen klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Inhalte werden somit nicht an jedem Studienort bzw. nur bei entsprechender Schwerpunktsetzung vermittelt.
- Es ist eine starke Heterogenität innerhalb der anderen bisher zur Zulassung berechtigenden Studiengänge festzustellen, so dass sich eine generelle Charakterisierung der Studieninhalte alleine aufgrund des Faches schwierig gestaltet.
- Für die Fächer Pädagogik, Heilpädagogik und Soziale Arbeit/Sozialpädagogik zeigt die empirische Analyse der gestuften Studiengänge (BA/MA), dass der Anteil klinisch-psychologischer Inhalte stark schwankt, wobei sich gegenüber den Diplomstudiengängen eher eine Reduktion der entsprechenden Inhalte abzeichnet.

- In den neuen MA-Studiengängen „Pädagogik“, „Heilpädagogik“ und „Soziale Arbeit/Sozialpädagogik“ ist im Vergleich zu den älteren Diplomstudiengängen tendenziell eine stärkere Gewichtung der methodischen Inhalte feststellbar.
- Das Fach Sozialpädagogik gibt es an vielen Hochschulen nicht mehr; stattdessen werden Studiengänge im Bereich Sozialarbeit/Soziale Arbeit angeboten.
- Die entsprechenden Fachverbände sind bezüglich ihrer Empfehlungen zu absolvierender Studieninhalte eher offen, u.a. wird dies mit der Möglichkeit zur Profilbildung in den jeweiligen Studiengängen begründet (genauer s. Begleitband).

7.3. Wie haben sich die Regelungen über die Zugangsvoraussetzungen insgesamt sowie im Einzelnen bezogen auf die beiden psychotherapeutischen Berufe bewährt?

Grundlage der Auswertungen dieser Fragen sind die Angaben des IMPP, die Befragung der Landesprüfungsämter, die Befragung der Institutsleitungen, die Befragung der Lehrkräfte sowie die Delphi-Befragungen.

7.3.1. Ist-Zustand

Landesprüfungsämter

Psychologische Psychotherapie

Als Zulassungsvoraussetzung für eine Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie erkennen 15 der 16 LPAs den *Diplom*-Studiengang Psychologie (1 LPA ohne Angabe) an. 13 LPAs erkennen den *Masterstudiengang* Psychologie und ein LPA erkennt den *Bachelor*-Abschluss in Psychologie als Eingangsvoraussetzung an. Die übrigen LPAs äußern sich jeweils nicht (Tabelle E 7-1).

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Für den KJP-Bereich ist eine sehr viel größere Pluralität festzuhalten (Tabelle E 7-1):

- *Psychologie*: 15 Aufsichtsbehörden lassen das Diplom und 12 der LPAs den Master zu. Der Bachelor in Psychologie wird nur von drei LPAs als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung anerkannt.
- *Soziale Arbeit/Sozialpädagogik*: Alle LPAs akzeptieren den Abschluss mit Diplom-Sozialpädagogik, 10 den Master und 8 den Bachelor-Abschluss als Zulassungsvoraussetzung an.
- *Sozialarbeit*: 11 der LPAs befürworten das Diplom, den Master bzw. Bachelor. 5 LPAs akzeptieren einen entsprechenden Fachhochschulabschluss.
- *Pädagogik*: Den Diplom-Abschluss lassen 15, den Master 11, den Bachelor 8, den Magister 7, den entsprechenden Abschluss der Fachhochschule 5 LPAs zu.
- *Heilpädagogik*: Mehr als die Hälfte der LPAs (n=9) lassen das Diplom als Eingangsvoraussetzung zu. Den Master und Bachelor erkennen gleichermaßen drei LPAs, den Fachhochschulabschluss vier LPAs an.
- Außerdem: Bis zu 5 LPAs erkennen als Eingangsvoraussetzung einen Abschluss in *Musiktherapie bzw. Kunsttherapie* an.
- *Lehramtsstudium*: Ein LPA erkennt als Eingangsvoraussetzung das Diplom an, eines den Master und den Abschluss an einer Fachhochschule ebenfalls nur ein LPA. Es differiert allgemein sehr stark, welche Staatsprüfungen bzw. welche Staatsexamen im Bereich Lehramt anerkannt werden.

Tabelle E 7-1: Landesprüfungsämter

Studiengang/Inhalt	PP	KJP
	erkennen an / verlangen	erkennen an / verlangen
Dipl Psychologie	15	15
MA Psychologie	13	12
BA Psychologie	1	3
Dipl Pädagogik**	-	15
MA Pädagogik	-	11
BA Pädagogik	-	8
Magister Pädagogik	-	7
FH Pädagogik	-	5
Dipl Heilpädagogik	-	9
MA Heilpädagogik	-	3
BA Heilpädagogik	-	3
FH Heilpädagogik	-	4
Dipl Sozialpädagogik	-	16
MA Sozialpädagogik	-	10
BA Sozialpädagogik	.	8
FH Sozialpädagogik	-	9
Dipl Sozialarbeit	-	11
MA Sozialarbeit	-	5
BA Sozialarbeit	-	5
FH Sozialarbeit	-	5
Lehramt**	-	1-8
Sonstiges*/**	-	1-5
verlangen Prüfungsfach klinische Psychologie	15	k.A.

k.A.=keine Angabe; *Kunsttherapie/Musiktherapie: **Dipl., MA, BA, Magister, FH

Für die Zulassung zur PP-Ausbildung verlangen fast alle LPAs (15 von 16) das *Prüfungsfach „Klinische Psychologie“* als Voraussetzung, ein LPA erkennt auch äquivalente Leistungen an, ohne diese jedoch weiter zu spezifizieren.

Nur ein LPA entscheidet über die *Zulassung zur Ausbildung*, ansonsten entscheiden die Ausbildungsstätten eigenständig. 50% der Behörden können jedoch bei Zweifelsfällen einbezogen werden.

Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)

Als ein Kriterium für die Bewährung der Zugangsvoraussetzungen können auch die Prüfungsergebnisse differenziert nach den Zugangsqualifikationen betrachtet werden. Die entsprechenden Ergebnisse wurden bereits in Kapitel E 5.4 ausführlich dargestellt.

- Die Aufsichtsbehörden lassen im PP-Bereich fast ausschließlich den Diplom- oder Master-Abschluss in Psychologie (1x BA) als Eingangsvoraussetzung zu, während für den KJP-Bereich unterschiedliche Zugangswege möglich sind. Das Diplom wird für alle Studiengänge am häufigsten anerkannt, meist gefolgt von einem Master-Abschluss. Bezogen auf die Studiengänge werden Sozialpädagogik, Psychologie und Pädagogik für den KJP-Bereich am häufigsten anerkannt.

- Die Durchfallquoten sind im KJP-Bereich dreifach höher als im PP-Bereich (allerdings für beide unter zehn Prozent). Die durchschnittliche Prüfungsleistung liegt generell im oberen Drittel und ist im Schnitt für den KJP-Bereich signifikant niedriger als für den PP-Bereich.
- Bei den zugangsberechtigenden Hochschulabschlüssen im KJP-Bereich schneiden AbsolventInnen mit einem Studienabschluss in Psychologie signifikant besser ab als solche mit einem anderen zugangsberechtigten Studienabschluss.

7.3.2. Bewährung der Zugangsvoraussetzungen insgesamt

InstitutsleiterInnenbefragung II

Die Regelungen zu den Eingangsvoraussetzungen der AusbildungsteilnehmerInnen für eine psychotherapeutische Ausbildung (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1 und Ziffer 2) haben sich nach Meinung der Institutsleitungen insgesamt mit einem Mittelwert von 2,8 (SD=1,04; Schulnotensystem) als befriedigend erwiesen. Dabei wurden die Eingangsvoraussetzungen für den PP-Bereich (M=2,1; SD=1,14) signifikant besser eingeschätzt als für den KJP-Bereich (M=3,7; SD=1,53) ($t(93) = -8.91, p < .00$).

Lehrkräftebefragung

Die befragten Lehrkräfte gaben einen Mittelwert von 3,7 (SD=0,9; 5 = sehr gut, 3 = mäßig, 1 = überhaupt nicht) für die Regelung der Zugangsvoraussetzungen zur *Ausbildung* an, schätzen diese also im Schnitt als eher gut ein. Am häufigsten wurden die Regelungen als „gut“ eingeschätzt (n=743, 33,8%). Nur 1,3% (n=29) bewerten die Regelungen als „überhaupt nicht“ bewährt und weitere 3,6% (n=78) als „weniger gut“.

In offenen Antworten zur Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten der Ausbildung allgemein sprachen sich 11,1% (n=101) der befragten Lehrkräfte für eine *Revision der bisherigen Zugangsvoraussetzungen zu PP und KJP* aus (von N=912 offenen Antworten von insgesamt 2196 Befragten):

Knapp 30% (n=29) dieser 101 offenen Antworten sprechen sich allgemein für eine klare Selektion ungeeigneter Bewerber anhand objektiver Kriterien aus (z.B. Eignungsprüfungen).

Hinsichtlich der zur Ausbildung berechtigten Berufsgruppen gehen die Meinungen der sich in offenen Antworten dazu Äußernden auseinander:

- in einigen Antworten (n=14; 14%) wird für Berufsgruppen, denen bisher nur eine Weiterbildung zum KJP möglich war, einen Zugang zur Ausbildung zum PP sowie eine liberalere Zugangsregelung für Vorberufe wie Theologie, Erziehungswissenschaften oder Germanistik gefordert.
- einige (n=38; 38%) sprechen sich für strengere Reglementierungen aus. Zum Beispiel werden gleiche Zugangsvoraussetzungen für die KJP- und PP-Ausbildung mit mindestens einem Diplom/Master-Abschluss gefordert; n=15 (von den n=38) und 17 Lehrkräfte (von den n=38) fordern, dass nur Psychologen einen Zugang zur KJP-Ausbildung haben sollten

In einer weiteren Frage mit offener Antwortmöglichkeit bzgl. Verbesserungsvorschlägen zur theoretischen Ausbildung wurden von n=84 Personen (10% von N=844 offenen Antworten dazu) die Zugangsvoraussetzungen thematisiert. Am häufigsten (n=26; 31% der Antworten zu den Zugangsvoraussetzungen) wurde hier genannt, dass es einheitliche Zugangsvoraussetzungen für PP und KJP mit einem Master-Abschluss als Eingangsqualifikation geben sollte.

Die DozentInnen wurden im Zusammenhang mit der Bewährung der Zugangsvoraussetzungen dazu gefragt, ob bzw. was sich an der theoretischen Ausbildung für TeilnehmerInnen ohne Psychologiestudium ändern solle. Eine ungefähr gleich große Anzahl an DozentInnen in der KJP-Ausbildung sprach sich für (n=325, 41%) bzw. gegen (n=332, 42,6%) eine Veränderung der theoretischen Ausbildung für TeilnehmerInnen ohne Psychologiestudium aus. Tabelle E 7-2 gibt einen Überblick darüber, welche Änderungen gegebenenfalls für sinnvoll gehalten werden.

Tabelle E 7-2: Was sollte sich an der theoretischen Ausbildung für TN ohne Psychologiestudium ändern?

Änderungen an theoretischer Ausbildung (Mehrfachantworten)	n	% der Dozenten in KJP-Ausbildung, die für eine Veränderung der theoretischen Ausbildung stimmen
vorgeschaltetes Propädeutikum	183	56,3
andere theoretische Ausbildung	72	22,2
im Verlauf zusätzliche Veranstaltungen	177	54,5
sonstiges	46	14,2
Kann ich nicht einschätzen	2	0,6

Anmerkung: einbezogen sind nur diejenigen, die sich für eine Änderung aussprachen (N=325)

Von den DozentInnen, die für eine Veränderung der theoretischen Ausbildung für TeilnehmerInnen ohne Psychologiestudium votierten (N=325), sprachen sich jeweils knapp über die Hälfte für ein vorgeschaltetes Propädeutikum sowie für zusätzliche Veranstaltungen im Verlauf der Ausbildung aus. Für eine andere theoretische Ausbildung sprachen sich 22% (n=72) aus. Sonstige Änderungen wurden von n=35 Personen genannt (35 auswertbare Antworten von N=325 der Dozenten in KJP-Ausbildung, die für eine Veränderung der theoretischen Ausbildung stimmen: 10,7%).

- Die Regelungen zu den Eingangsvoraussetzungen der AusbildungsteilnehmerInnen für eine psychotherapeutische Ausbildung (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1 und Ziffer 2) haben sich nach Meinung der Institutsleitungen insgesamt als befriedigend erwiesen.
- Die befragten Lehrkräfte schätzen die Regelung der Zugangsvoraussetzungen zur *Ausbildung* im Schnitt als eher „gut“ ein.
- In offenen Antworten sprach sich etwas über einem Zehntel der sich im offenen Antwortformat äussernden Lehrkräfte (knapp die Hälfte aller Befragten) für eine *Revision der bisherigen Zugangsvoraussetzungen zu PP und KJP* aus; inhaltlich schwanken die Forderungen zwischen dem Wunsch nach liberaleren und strengeren Zulassungsvoraussetzungen.
- Eine ungefähr gleich große Anzahl an DozentInnen in der KJP-Ausbildung sprach sich für bzw. gegen eine Veränderung der theoretischen Ausbildung für TeilnehmerInnen ohne Psychologiestudium aus.

7.3.2.1. Bewährung der unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen für die beiden Berufe PP und KJP

InstitutsleiterInnenbefragung II

Eine Betrachtung der Eingangsvoraussetzungen der AusbildungsteilnehmerInnen für eine psychotherapeutische Ausbildung getrennt für die beiden Berufe Psychologischer Psychotherapeut (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 2) zeigt, dass die Voraussetzungen für PP mit einem Mittelwert von 2,12 (SD=1,14) signifikant besser abschneiden ($t(93) = -8,91, p < .001$) als die Eingangsvoraussetzung für KJP mit einem Mittelwert von 3,78 (SD=1,53). Die Voraussetzungen für PP (fast ausschließlich Psychologie-Studium) werden somit als „gut“, die für KJP als „ausreichend“ eingeschätzt.

Bezüglich der Frage ob es zukünftig weiterhin unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen zur PP- und KJP-Ausbildung geben soll, antworteten 49,2% (n=63) mit „nein“, 40,3% (n=52) mit „ja“ und 10,1% (n=13) mit „weiß nicht“ (Gesamtstichprobe N=129).

Bezüglich der Frage, welche Berufe bzw. Berufsqualifikationen zukünftig zum Zugang der Psychotherapie-Ausbildung berechtigen sollten ergab sich – getrennt für PP und KJP – die in Abbildung E 7-1 dargestellte Verteilung.

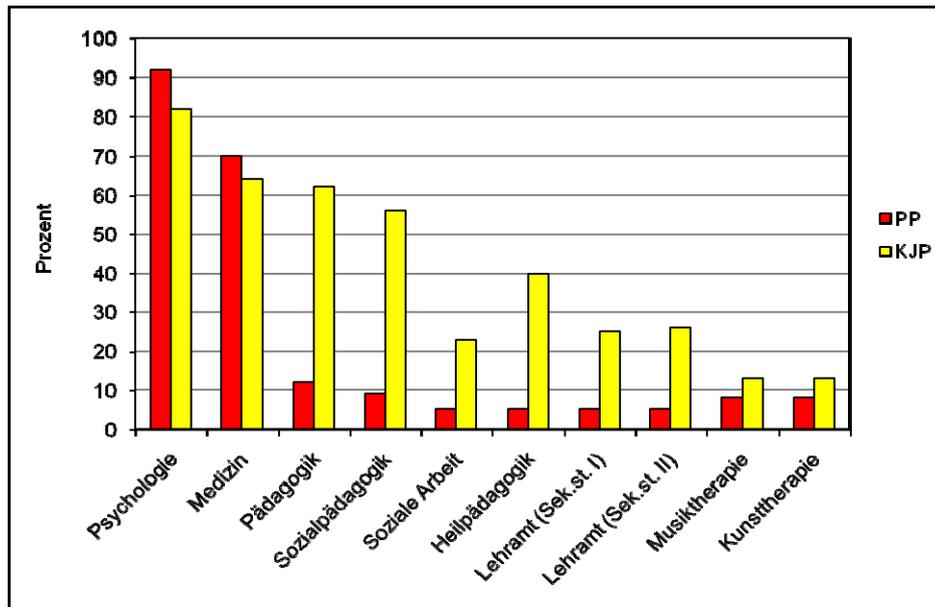


Abbildung E 7-1: Procentsatz der InstitutsleiterInnen (N=129), die nachfolgende Berufe als Zugangsberechtigung zur Psychotherapieausbildung anerkennen würden.

Lehrkräftebefragung

Die Zufriedenheit mit dem Vorwissen der AusbildungsteilnehmerInnen wird von den Lehrkräften mit 3,5 (SD=0,9) in der Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und 3,1 (SD=1,1) in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mittelmäßig bis eher gut eingeschätzt (1 = gar nicht zufrieden – 5 = sehr zufrieden), wobei die Zufriedenheit mit dem Vorwissen der AusbildungsteilnehmerInnen in Psychologischer Psychotherapie signifikant höher ist (3,5 vs. 3,1; $t(1800) = 9,5$, $p < .001$, $d = .39$).

Mehr als zwei Drittel der Lehrkräfte, die in der KJP-Ausbildung tätig sind, sehen systematische Unterschiede zwischen den KJP-AusbildungsteilnehmerInnen hinsichtlich ihres Vorwissens (Tabelle E 7-3).

Tabelle E 7-3: Lehrkräftebefragung: Sehen Sie systematische Unterschiede im klinisch-psychologischem Vorwissen zu Beginn der KJP-Ausbildung zwischen AusbildungsteilnehmerInnen mit verschiedenen Abschlüssen und Grundberufen? (die Angaben in der Tabelle beziehen sich auf die KJP-Lehrkräfte)

	ja		nein		nicht einschätzbar	
	n	%	n	%	n	%
	490	68,2	108	15	69	9,5

KJP-Lehrkräfte, die systematische Unterschiede bejahen (N=490), sehen diese in den folgenden Bereichen:

- aufgrund der unterschiedlichen Grundberufe: n=475 (97%)
- aufgrund der unterschiedlichen Abschlüsse (BA/MA, Diplom): n=186 (38%)
- aufgrund der Dauer der Grundausbildung in Jahren: n=132 (27%)
- aufgrund der Praxiserfahrung vor Beginn der Ausbildung: n=342 (70%)
- sonstiges: n=50 (10%)

Tabelle E 7-4: Lehrkräftebefragung: Welche TeilnehmerInnen haben Ihrer Meinung nach das größte klinisch-psychologische Vorwissen?

Ranking	Abschluss	n	Prozent der KJP-Lehrkräfte, die Ranking-Platz vergeben
Platz 1 (n=497*) – häufigste Nennung**	Psychologie-Diplom	379	76,2
Platz 1 – zweithäufigste Nennung	Psychologie-Diplom FH	13	2,7
Platz 2 (n=496) – häufigste Nennung	Psychologie-Diplom FH	110	22,0
Platz 2 – zweithäufigste Nennung	Pädagogik-Diplom	63	12,7
Platz 2 – dritthäufigste Nennung	Psychologie-BSc	55	11,0
Platz 3 (n=511) – häufigste Nennung	Sozialpädagogik-Diplom	74	14,5
Platz 3 – zweithäufigste Nennung	Psychologie-BSc	65	12,7
Platz 3 – dritthäufigste Nennung	Pädagogik-Diplom	42	8,2
Platz 4 (n=496) – häufigste Nennung	Sonderpädagogik-Diplom	40	8,0
Platz 4 – zweithäufigste Nennung	Sozialpädagogik-Diplom	36	7,2
Platz 4 – dritthäufigste Nennung	Pädagogik-Diplom	34	6,8
Platz 5 (n=492) – häufigste Nennung	Sonderpädagogik-Diplom	41	8,2
Platz 5 – zweithäufigste Nennung	Sozialpädagogik-Diplom	26	5,2
Platz 5 – dritthäufigste Nennung	Heilpädagogik-Diplom	22	4,4

Anmerkung: Angegeben werden sollte ein Ranking-Platz für die Grundberufe mit verschiedenen Abschlüssen, Ranking-Platz 1 entspricht dem Zugang mit dem größten eingeschätztem klinisch-psychologischen Vorwissen; angegeben ist die Anzahl der Personen, die den genannten Abschluss auf den jeweiligen Ranking-Platz gestellt haben, * Gesamtanzahl der Nennungen von Berufen pro Rankingplatz, ** Berufsabschluss, der am häufigsten (bzw. am zweithäufigsten etc.) auf diesen Rankingplatz verwiesen wurde

Als Gründe für das unterschiedliche Vorwissen geben die KJP-Lehrkräfte überwiegend die unterschiedlichen Grundberufe an. Darüber hinaus werden auch Unterschiede in der Praxiserfahrung vor der Ausbildung benannt. Detaillierter werden in den offenen Antworten (zu Verbesserungsvorschlägen der theoretischen Ausbildung, N=844) Art und Gründe der Unterschiede genannt. Nicht-Psychologinnen fehle nach Angaben der Lehrkräfte klinisch-psychologisches Grundlagenwissen, wobei vor allem methodische und diagnostische Inhalte hervorgehoben werden. Viele Lehrkräfte geben an, dass Nicht-PsychologInnen ein weniger ausgeprägtes wissenschaftliches Denken, weniger Abstraktionsvermögen und Selbstreflexionsfähigkeit mitbrächten.

Das größte klinisch-psychologische Vorwissen weisen nach Einschätzung der meisten KJP-Lehrkräfte in einem Ranking die DiplompsychologInnen auf, gefolgt von anderen psychologischen Abschlüssen, sowie Diplompädagogik (Tabelle E 7-4). Das geringste klinisch-psychologische Vorwissen haben nach Einschätzung der meisten KJP-Lehrkräfte dagegen die Lehramtsstudierenden (Tabelle E 7-5).

Tabelle E 7-5: Lehrkräftebefragung: Welche TeilnehmerInnen haben Ihrer Meinung nach das geringste klinisch-psychologische Vorwissen?

Ranking	Abschluss	n	Prozent der Lehrkräfte, die die Ranking-Platz vergeben
Platz 1 (N=496*) – häufigste Nennung**	Lehramt Primarstufe	81	16,3
Platz 1 – zweithäufigste Nennung	Lehramt Sekundarstufe 2	55	11,0
Platz 1 – dritthäufigste Nennung	Kunsttherapie-BA	33	6,6
Platz 2 (N=494) – häufigste Nennung	Lehramt Sekundarstufe 2	53	10,7
Platz 2 – zweithäufigste Nennung	Lehramt Primarstufe	48	9,7
Platz 2 – dritthäufigste Nennung	Musiktherapie	32	6,4
Platz 3 (N=498) – häufigste Nennung	Lehramt Sekundarstufe 2	38	7,6
Platz 4 (N=493) – häufigste Nennung	Sozialarbeit-BA	33	6,6
Platz 5 (N=498) – häufigste Nennung	Kunsttherapie-BA	33	6,6

Anmerkung: Angegeben werden sollte ein Ranking-Platz für die Grundberufe mit verschiedenen Abschlüssen, Ranking-Platz 1 entspricht dem Zugang mit dem geringsten eingeschätztem klinisch-psychologischen Vorwissen; angegeben ist die Anzahl der Personen, die den genannten Abschluss auf den jeweiligen Ranking-Platz gestellt haben. Gesamtanzahl der Nennungen von Berufen pro Rankingplatz, ** Berufsabschluss, der am häufigsten (bzw. am zweithäufigsten etc.) auf diesen Rankingplatz verwiesen wurde

Kompetenzen der AusbildungsteilnehmerInnen:

Insgesamt wurden die Kompetenzen der PP- und KJP-AusbildungsteilnehmerInnen von den Lehrkräften als „gut“ eingeschätzt (Einschätzung erfolgte auf 5 stufiger Skala: mangelhaft = 5 bis sehr gut = 1; vgl. die Abbildungen und Ausführungen in Kapitel E – 5.4.2.).

Die PP-AusbildungsteilnehmerInnen werden insgesamt etwas besser eingeschätzt ($M=3,9$; $SD=0,56$) als KJP-AusbildungsteilnehmerInnen ($M=3,8$; $SD=0,67$). Der Unterschied ist signifikant ($t(1948)=3,65$, $p<.001$).

Die PP-AusbildungsteilnehmerInnen wurden auch in einigen einzelnen Kompetenzbereichen besser eingeschätzt als ihre KJP-KollegInnen: im Bereich Symptomatologie ($M=4,1$; $SD=0,7$ versus $M=3,8$; $SD=0,8$; $t(1939)=-6,25$; $p<.001$; $d=0.46$), prozedurale Fertigkeiten ($M=4,0$; $SD=0,7$ versus $M=3,8$; $SD=0,8$; $t(1940)=-3,7$; $p<.001$; $d=0.35$) und bei den Prüfungsleistungen ($M=4,0$; $SD=0,6$ versus $M=3,8$; $SD=0,7$; $t(1586)=-4,7$; $p<.001$).

Die KJP-TeilnehmerInnen wurden hinsichtlich Ihrer interpersonalen Kompetenzen signifikant besser eingeschätzt als ihre PP-KollegInnen ($M=4,0$; $SD=0,8$ vs. $M=3,9$; $SD=0,8$; $t(1937)=2,0$; $p<.05$).

Am kompetentesten wurden die KJP-AusbildungsteilnehmerInnen demnach in ihrer interpersonalen Kompetenz eingeschätzt und die PP-AusbildungsteilnehmerInnen im Bereich Symptomwissen. Beiden Gruppen wurde die geringste, aber immer noch befriedigende Kompetenz im Bereich Formalitäten bescheinigt ($M=3,5$; $SD=0,8$ versus $M=3,7$; $SD=0,8$).

Auf die Frage, ob die KJP-Lehrkräfte ($N=778$) Unterschiede in den therapeutischen Kompetenzen noch am Ende der KJP-Ausbildung zwischen den AusbildungsteilnehmerInnen mit verschiedenen Abschlüssen und Grundberufen sehen, antworteten $N=285$ (40%) mit „nein“, $N=194$ (25%) der KJP-Lehrkräfte mit „ja“ und $N=170$ (24%) hielten diese Frage für „nicht einschätzbar“ (bei $n=74$, 10% fehlenden Angaben).

Die befragten Lehrkräfte ($n=1069$) gaben einen Mittelwert von 3,3 ($SD=1,2$; 5=sehr gut, 3=mäßig, 1=überhaupt nicht) für die unterschiedliche Regelung der Zugangsvoraussetzungen zu den beiden Berufen PP und KJP an, schätzten diese also im Schnitt als „eher mäßig“ ein.

Delphibefragung

Die Regelungen zu den Zugangsvoraussetzungen der AusbildungsteilnehmerInnen für eine psychotherapeutische Ausbildung (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1 und Ziffer 2) haben sich für den Bereich der *psychologischen Psychotherapie (PP)* nach Meinung der Delphi-BefragungsteilnehmerInnen insgesamt (N=66) mit einem Mittelwert von 2,92 (SD=1,39) auf einer Skala von 1 bis 6 entsprechend dem Schulnotensystem als befriedigend erwiesen.

In offenen Antworten werden die Optionen der Regelungen zu den Zugangsvoraussetzungen im PP-Bereich unter den ExpertInnen mit folgenden zentralen Voten (n>10) kontrovers diskutiert:

- Bewährt (abgeschlossenes Studium) (n=12)
- Bologna: Einheitlich Master in Psychologie oder wiss. Psychotherapie (nach 5jährigem) Studium (n=12)
- MA / Master of Science (MSc) mit hohem Anteil klinische Psychologie als Zugangsvoraussetzung, könnte nach Propädeutikum auf BA pädagogischer Fächer erweitert werden (n=11)

Die Regelungen zu den Zugangsvoraussetzungen der Ausbildungsteilnehmer(innen) für eine psychotherapeutische Ausbildung (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1 und Ziffer 2) haben sich für den Bereich der *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP)* nach Meinung der BefragungsteilnehmerInnen insgesamt mit einem Mittelwert von 3,95 (SD=1,18) auf einer Skala von 1 bis 6 entsprechend dem Schulnotensystem nur als ausreichend erwiesen.

Acht (12%) ExpertInnen betrachten die Regelungen als bewährt. Hingewiesen wird ergänzend, das Absolventen eines Sozialpädagogikstudiums über sehr wenige Kenntnisse in klinischer Terminologie verfügen, noch weniger in klinisch-psychologischer Praxis mit entsprechender Diskursfähigkeit (n=5). Von den ExpertInnen plädieren 25 (38%) ExpertInnen dafür, nach einer Übergangsregelung nur noch für MA/MSC mit Anteil klinischer Psychologie als Zugangsvoraussetzung anzunehmen.

In der Phase 1 sprach sich die Mehrzahl der ExpertInnen 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 ExpertInnen 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 (Bachelor-Abschluss) zu ermöglichen.

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

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

Die große Mehrheit (86,4% n=51) der BefragungsteilnehmerInnen spricht sich für einheitliche Zugangsvoraussetzungen für PP/KJP aus, aufgeteilt nach Berufen sind dies 90,5% (n=38) aller befragten PsychologInnen und 76,5% (n=13) der befragten MedizinerInnen.

- Eine Betrachtung der Zugangsvoraussetzungen der AusbildungsteilnehmerInnen für eine psychotherapeutische Ausbildung getrennt für die beiden Berufe Psychologischer Psychotherapeut (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 1) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (PsychThG § 5 Abs. 2 Ziffer 2) zeigt, dass die Voraussetzungen für PP bei den *Institutsleitungen* signifikant besser abschneiden als die Eingangsvoraussetzung für KJP.
- Mehr als zwei Drittel der KJP-*Lehrkräfte* sehen systematische Unterschiede zwischen den KJP-AusbildungsteilnehmerInnen hinsichtlich ihres Vorwissens. Das geringste Vorwissen bringen demnach LehramtsstudentInnen und Kunsttherapiestudierende mit, danach folgen PädagogInnen, dann SozialpädagogInnen und schließlich Psychologiestudierende mit dem größten Vorwissen. Es wird eine Unzufriedenheit mancher Lehrkräfte mit dem heterogenen Vorwissen der AusbildungsteilnehmerInnen deutlich, sowohl bei den Nicht-PsychologInnen als auch bei den PsychologInnen.

- Insgesamt werden die Kompetenzen der PP- und KJP-AusbildungsteilnehmerInnen von den Lehrkräften als „gut“ eingeschätzt. Die PP-AusbildungsteilnehmerInnen werden insgesamt und hinsichtlich verschiedener Kompetenzbereiche (Symptomwissen, prozedurale Fähigkeiten, Prüfungsleistungen) signifikant besser eingeschätzt als die KJP-AusbildungsteilnehmerInnen. Die KJP-AusbildungsteilnehmerInnen werden hinsichtlich ihrer interpersonalen Kompetenz als signifikant besser als die PP-TeilnehmerInnen eingeschätzt.
- Ob Unterschiede im Vorwissen der Ausbildungsteilnehmer durch die Ausbildung ausgeglichen werden, ist laut Meinung der Lehrkräfte nicht eindeutig zu beantworten. Weniger als die Hälfte der Befragten sehen keine Unterschiede am Ende der Ausbildung, ein Viertel kann die Frage nicht einschätzen, ein Viertel meint, dass auch am Ende der Ausbildung noch systematische Unterschiede bestehen.
- Die Regelungen zu den Zugangsvoraussetzungen der AusbildungsteilnehmerInnen für eine psychotherapeutische Ausbildung haben sich für den Bereich der psychologischen Psychotherapie (PP) nach Meinung der *Delphi I* Befragungsteilnehmer(innen) insgesamt als „befriedigend“ (Schulnotensystem) erwiesen.
- Die Regelungen zu den Zugangsvoraussetzungen der Ausbildungsteilnehmer(innen) für eine psychotherapeutische Ausbildung haben sich für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) nach Meinung der *Delphi I* Befragungsteilnehmer(innen) insgesamt dagegen nur als „ausreichend“ (Schulnotensystem) erwiesen.
- Über vier Fünftel der ExpertInnen sprechen sich in der Delphibefragung für einheitliche Zulassungsvoraussetzungen für PP/KJP aus, unter den PsychologInnen ist diese Position noch häufiger aufzufinden als unter den befragten MedizinerInnen.
- Für KJP-AusbildungsteilnehmerInnen wird insgesamt mehr Unzufriedenheit / Veränderungsbedarf angegeben als für PP-AusbildungsteilnehmerInnen. Die Unterschiedlichkeit von PP- und KJP-Ausbildungsteilnehmenden in ihrer Eingangsqualifikation wird teilweise als Problem empfunden.

7.3.3. Veränderungsbedarf

7.3.3.1. Genereller Veränderungsbedarf (PP/ KJP)

Landesprüfungsämter

Die LPAs (N=16) wurden in einer offenen Frage zu Verbesserungsmöglichkeiten befragt. Folgende Verbesserungswünsche der LPAs wurden im Bereich der Zugangsvoraussetzungen formuliert:

- klarere Zugangsregelungen für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (n=5). Insbesondere solle geklärt werden, welche Abschlüsse mit „Pädagogik“ gemeint seien, sowie die Frage von Lehramtsabschlüssen für die Zulassung zur Ausbildung. Gewünscht werden klare Regelungen analog der PP-Ausbildung oder ein entsprechend gleicher Berufszugang
- Anrechnungsmöglichkeiten für nicht abgeschlossene Ausbildungen bzw. einzelne Ausbildungsbestandteile
- praxisnahen Ausführungen zu Anpassungslehrgängen und Eignungsprüfungen nach § 2 des PsychThG
- Erweiterung der Zuständigkeitsregelungen, z.B. für Anfragen aus dem Ausland.

Lehrkräftebefragung

Von den KJP-DozentInnen (N=778) gab ein Drittel an, die Heterogenität der AusbildungsteilnehmerInnen hinsichtlich ihrer Eingangsqualifikation sei eher fruchtbar (n=268, 34,4%). Von vielen (N=141, 18,1%) wird die Heterogenität als eher problematisch beurteilt (fehlende Angaben: n=70; 8,9% der KJP-DozentInnen). Für sehr sinnvoll halten die Heterogenität 11,1% (n=86), für sehr problematisch 6,8% (n=53). Die Ergebnisse sind in Tabelle E 7-6 dargestellt.

Tabelle E 7-6: Lehrkräftebefragung: Wie schätzen Sie die Heterogenität der AusbildungsteilnehmerInnen auf Grund der unterschiedlichen Eingangsberufe ein?

		Häufigkeit	Prozent der KJP-DozentInnen N=778
Gültige	Ich sehe keine Heterogenität	4	0,5
	Sehr problematisch	53	6,8
	Eher problematisch	141	18,1
	Nicht störend	64	8,2
	Eher fruchtbar für die Ausbildung	268	34,4
	Sehr sinnvoll	86	11,1
	Sollte so bleiben	84	10,7
	Gesamt	700	89,9
Fehlend	Kann ich nicht einschätzen	8	1,0
	Fehlend	70	8,9
Gesamt		778	100,0

Bei der Frage nach Verbesserungen der theoretischen Ausbildung ist keine eindeutige Richtung (offene Antworten) erkennbar. Als *Veränderungsvorschlag* zur theoretischen Ausbildung wird am häufigsten ein Propädeutikum genannt (n=116 von N=844 Aussagen) sowie eine Veränderung der Zugangsvoraussetzungen (z.B. Master mit klinischem Schwerpunkt; n=84 von N=844 Aussagen).

Delphi-Befragung*Bewertung der unterschiedlichen Zulassungsvoraussetzungen für PP/ KJP*

Die Mehrzahl der ExpertInnen 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 ExpertInnen 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 (Bachelor-Abschluss) zu ermöglichen.

Auf der Basis der Ergebnisse der ersten Befragung wurden die ExpertInnen (n=59) in der zweiten Erhebung nochmals in einem geschlossenen Antwortformat gefragt, ob einheitliche Zulassungsvoraussetzungen für PP und KJP eingeführt werden sollten. Eine Mehrheit der Befragten (n=51; 86,4%) stimmte in der zweiten Delphi-Befragung für einheitliche Zulassungsvoraussetzungen. Demgegenüber lehnten wenige (n=6; 10,2%) einheitliche Voraussetzungen ab. 90,5% (n=38) aller befragten PsychologInnen und 76,5% (n=13) der befragten MedizinerInnen sprachen sich für eine Vereinheitlichung aus.

7.3.3.2. Qualifikationsniveau der Zugangsvoraussetzungen und vorausgesetzte berufliche Qualifikationen

InstitutsleiterInnenbefragung II

Bezüglich der Frage nach den notwendigen formalen Mindestabschlüssen für die zukünftige Berechtigung zur Psychotherapie-Ausbildung ergab sich unter den InstitutsleiterInnen (N=129) das in Abbildung E 7-2 dargestellte Bild. Auf die Frage, ob eine Master-Qualifikation auch erst im Verlauf der Psychotherapie-Ausbildung als Voraussetzung für die Approbation zu erwerben sein solle, antworteten 70,4% mit „nein“, 14,4% mit „ja“, 9,6% mit „ja, aber nur übergangsweise“ und 5,6% mit „weiß nicht“.

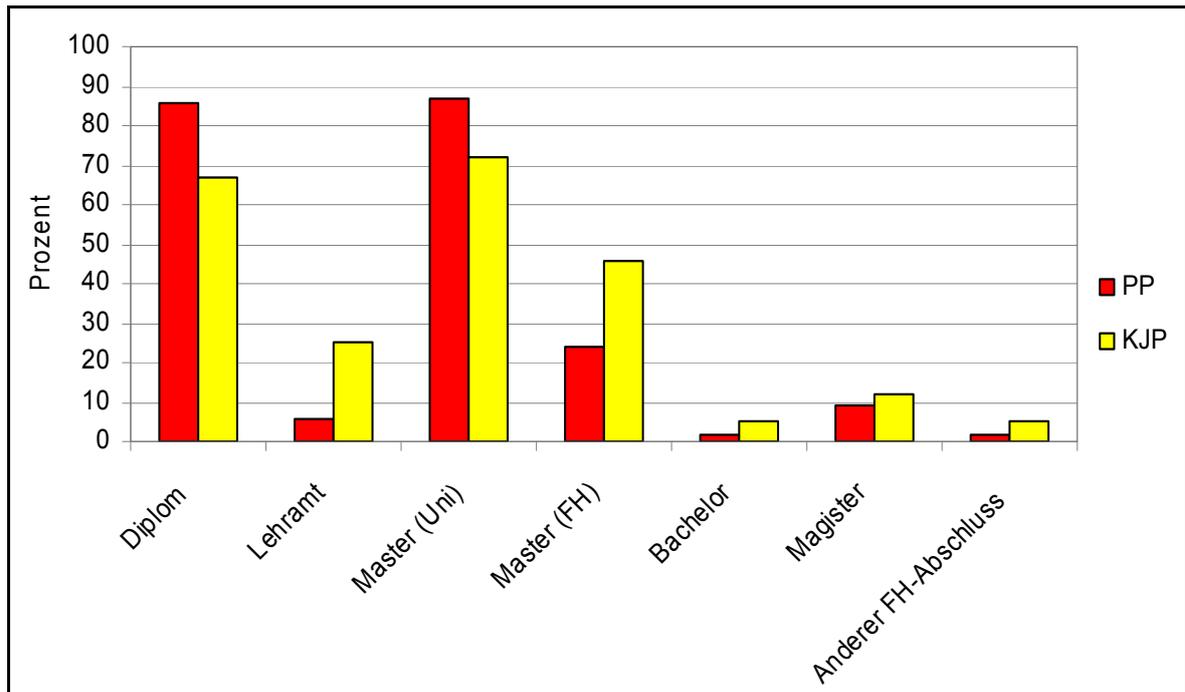


Abbildung E 7-2: Prozentsatz der InstitutsleiterInnen (N=129), die nachfolgende Mindestabschlüsse als Zugangsberechtigung zur Psychotherapieausbildung anerkennen würden

Lehrkräftebefragung

Fragen an die DozentInnen: Redundanzen

Bei den offenen Fragen zu Problemen und Veränderungsvorschlägen der DozentInnen (N=2196) zur theoretischen Ausbildung bezogen sich von insgesamt 844 gegebenen Antworten 10% (n=84) auf Zugangsvoraussetzungen.

Zu den „Zugangsvoraussetzungen“ wurden hauptsächlich Aussagen dahingehend getroffen,

- dass der Ausbildung ein gewisses Maß an Berufserfahrung vorausgehen solle (n=11)
- dass es einheitliche Zugangsvoraussetzungen für die PP- und die KJP-Ausbildung geben solle (Master-Abschluss als notwendige gleich hohe Eingangsqualifikation, um hohen Standard der Ausbildung zu wahren) (n=26),
- dass es einen Masterstudiengang speziell für die KJP-Ausbildung geben solle (n=11),
- dass die KJP-Ausbildung nicht mehr für Nicht-Psychologen offen sein solle (n=14)
- und dass eine bessere Vorauswahl und Prüfung der Eignung der TN stattfinden solle (n=9).

In offenen Antworten zur Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten der Ausbildung allgemein sprachen sich 11,1% der befragten Lehrkräfte (n=101) für eine *Revision der bisherigen Zugangsvoraussetzungen zu PP und KJP* aus (von N=912 offenen Antworten):

Knapp 30% (n=29) hiervon sprechen sich allgemein für eine klare Selektion ungeeigneter Bewerber anhand objektiver Kriterien aus (z.B. Eignungsprüfungen).

Hinsichtlich der zur Ausbildung berechtigten Berufsgruppen gehen die Meinungen auseinander:

- 14% (n=14) fordern für Berufsgruppen, denen bisher nur eine Weiterbildung zum KJP möglich war, Zugang zur Ausbildung zum PP (n=5) sowie eine liberalere Zugangsregelung für Vorberufe wie Theologen, Erzieher oder Germanisten (n=8).
- Mehr als doppelt so viele jedoch (38%, n=38) sprechen sich für strengere Reglementierungen aus. Zum Beispiel werden gleiche Zugangsvoraussetzungen für die KJP und PP Ausbildung mit mindestens einem Diplom/Master-Abschluss gefordert (n=15 von den n=38) und 17 Lehrkräfte (von den n=38) fordern sogar, dass nur Psychologen einen Zugang zur KJP-Ausbildung haben sollten.

Sonstige Vorschläge zu den Zugangsvoraussetzungen werden von n=17 Lehrkräften gemacht (z.B. Zugang zur Ausbildung erst nach Berufserfahrung).

Delphibefragung

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Hier sprechen sich fast alle ExpertInnen als Mindestabschluss für einen Diplom- bzw. einen Master-Abschluss in Psychologie aus. Nur sehr wenige ExpertInnen schlagen einen Bachelor-Abschluss (mit psychologischen/ sozialwissenschaftlichen Inhalten) vor.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Hier votieren die meisten ExpertInnen, 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. Vereinzelt wird auch ein abgeschlossener BA mit darauf folgendem Beginn der Ausbildung diskutiert, vor Abschluss der Ausbildung müsse dann der MA gemacht worden sein.

Auf die Frage, welcher Mindestabschluss für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten vorauszusetzen sei, stimmten insgesamt 91% (n=54) der Befragten für ein Diplom/Master in Psychologie. Getrennt nach dem Beruf der ExpertInnen präferierten 100% (n=17) der MedizinerInnen gegenüber 88% (n=37) der PsychologInnen diese Voraussetzung. Nur 7% (n=4) der gesamten Befragten bzw. 9% (n=4) der PsychologInnen lehnten diese Voraussetzung ab.

Einen Bachelor in Psychologie lehnten alle MedizinerInnen (n=17) sowie 95% (n=40) der PsychologInnen als Zugangsvoraussetzung ab. Insgesamt wurde der Bachelor damit von 97% (n=57) der Befragten abgelehnt. Nur ein einziger Experte (Psychologe) befürwortete dies.

32% (n=19) der Befragten stimmten für „sonstige Abschlüsse“ als Voraussetzung zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Dies befürwortete ein größerer Teil der PsychologInnen (n=17; 40%) als der MedizinerInnen (n=2; 12%).

Die ExpertInnen sollten sich auch im geschlossenen Antwortformat bezüglich der Zulassungsvoraussetzungen zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten positionieren. Dabei ergab sich in der zweiten Expertenbefragung folgendes Ergebnis (Tabelle E 7-7).

Tabelle E 7-7: Von ExpertInnen (n=59) empfohlene zugangsberechtigende Mindestabschlüsse

Studiengang als Zugang für KJP	Gesamt		PsychologInnen		MedizinerInnen	
	Wird empfohlen n (%)	Wird abgelehnt n (%)	Wird empfohlen n (%)	Wird abgelehnt n (%)	Wird empfohlen n (%)	Wird abgelehnt n (%)
Dipl/MA Psychologie	54 (91)	4 (7)	37 (88)	4 (9)	17 (100)	--
BA Psychologie	1 (2)	57 (97)	1 (2)	40 (95)	--	17 (100)
MA Pädagogik	41 (69)	17 (29)	29 (69)	12 (29)	12 (71)	5 (29)
BA Pädagogik	1 (2)	57 (97)	1 (2)	40 (95)	--	17 (100)
MA Sozialpädagogik	39 (66)	19 (32)	31 (74)	10 (24)	8 (47)	9 (53)
BA Sozialpädagogik	--	58 (98)	--	41 (98)	--	17 (100)
MA Heilpädagogik	35 (59)	22 (37)	29 (69)	11 (26)	6 (35)	11 (65)
BA Heilpädagogik	--	57 (97)	--	41 (98)	--	17 (100)
Sonstiges	12 (20)	45 (76)	10 (24)	30 (71)	2 (12)	15 (88)

Deutlich wird, dass die ExpertInnen auch für die Zulassung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen Diplom- bzw. Master-Abschluss fordern. Während jedoch bei der Zulassung zum PP nur sehr selten auch andere Abschlüsse als Psychologie empfohlen wird, werden hier auch Master-/Diplomabschlüsse in den Fächern Pädagogik, Sozialpädagogik, Heilpädagogik von einem Drittel bis zu zwei Drittel der Befragten für geeignet gehalten.

7.3.3.3. Mindestalter

InstitutsleiterInnenbefragung II

Auf die Frage, ob es ein Mindestalter für den Ausbildungsbeginn geben sollte, antworteten 44,8% (n=58) mit „ja“, 52,0% (n=67) mit „nein“ und 3,2% (n=4) mit „weiß nicht“. Das empfohlene Mindestalter lag im Durchschnitt für PP bei 25,7 und für KJP bei 25,4 Jahren (Gesamtstichprobe N=129).

Delphibefragung

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Die Mehrzahl der ExpertInnen ist hier für das Belassen der bisherigen Regelung (keine Vorgaben). Verschiedene Mindestalter werden vereinzelt diskutiert, am häufigsten wird hierbei eine Altersvorgabe von 25 Jahren vorgeschlagen.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

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

Aus den Ergebnissen der ersten Delphi-Befragung wurde die Frage abgeleitet, ob ein Mindestalter von 25 Jahren für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eingeführt werden sollte. Insgesamt befürworteten weniger als ein Drittel (n=16; 27,1%) der befragten ExpertInnen (n=59) dieses Mindestalter als Voraussetzung zur Ausbildung, während zwei Drittel (n=38; 64,4%) dies ablehnten. 8,5% (n=5) machten hierzu keine Angaben.

Unterteilt nach den Berufsgruppen der ExpertInnen, befürworteten 26,2% der PsychologInnen und 29,4% der MedizinerInnen die Einführung eines solchen Mindestalters. Mit 71,4% (n=30) lehnte eine deutliche Mehrheit der PsychologInnen die Einführung dieses Mindestalters ab, während

47,1% (n=8) der MedizinerInnen dieses ausdrücklich ablehnten. Zu dieser Frage machten 23,5% (n=4) der MedizinerInnen, aber nur ein/e Psychologe/in keine Angabe.

Für die Voraussetzungen zur Ausbildung zum Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen ergab sich ein ähnliches Ergebnis: 25,4% (n=15) der 59 Befragten befürworteten ein Mindestalter von 25 Jahren, während 66,1% (n=39) dieses ablehnten. Dabei zählten 23,8% (n=10) der PsychologInnen und 29,4% (n=5) der MedizinerInnen zu den Befürwortern. 73,8% (n=31) der PsychologInnen und 47,1% (n=8) der MedizinerInnen lehnten ein Mindestalter von 25 Jahren ab.

7.3.3.4. Auswahlverfahren

Lehrkräftebefragung

In den offenen Antworten der Lehrkräfte wurden zur Frage der Auswahlverfahren folgende Vorschläge formuliert (Anzahl der Verbesserungsvorschläge gesamt: N=912 von N=2196 Lehrkräften):

- mehr Selektion geeigneter/ungeeigneter Kandidaten (n=20) und
- objektive Kriterien; Eignungsprüfungen (n=9)

Delphibefragung

Für Psychologische PsychotherapeutInnen:

Hier spricht sich die Mehrheit der ExpertInnen dafür aus, die bisherigen Regelungen zu belassen. Besonders betont wird die Bedeutung der persönlichen Auswahlverfahren durch die jeweiligen Institute. Einige ExpertInnen diskutieren, ob es sinnvoll sei, zwei Erstinterviews durch verschiedenen-geschlechtliche LehrtherapeutInnen standardmäßig durchführen zu lassen. Auch gefordert wird ein Gespräch bei einer unabhängigen staatlichen Stelle und mehr Zugangsabschlüsse, dafür jedoch eine genauere Qualifikationskontrolle.

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Die Auswahlverfahren werden auch hier als wichtig beurteilt. Besonders hervorgehoben wird von mehreren Experten die Wichtigkeit von praktischen Erfahrungen mit Kindern, möglichst sollten schon Berufserfahrungen nach Studienabschluss vorliegen.

Auch hier wird die Notwendigkeit von zwei Gesprächen diskutiert. Vereinzelt wird ein Gespräch bei einer unabhängigen staatlichen Stelle und genauere Qualifikationskontrollen gefordert.

Abgeleitet aus diesen Ergebnissen wurde in der zweiten Befragung die Frage gestellt, welche Auswahlverfahren und Mindestvoraussetzungen die ExpertInnen als unabdingbar betrachten. Dabei schätzten alle ExpertInnen (n=59) die Auswahlverfahren durch die Institute für die Zulassung zur Ausbildung in beiden psychotherapeutischen Berufen als unverzichtbar ein. Ein großer Teil der MedizinerInnen (n=15; 88%) und etwas weniger PsychologInnen (n=33; 79%) sprachen sich für Erstinterviews aus. Nur ein Drittel (n=5; 29%) der MedizinerInnen bzw. der PsychologInnen (n=13; 31%) hielten Berufserfahrung nach dem Studium für wichtig (Tabelle E 7-8).

Tabelle E 7-8: Delphibefragung II: unabdingbare Auswahlverfahren PP

	Gesamt		PsychologInnen		MedizinerInnen	
	n	%	n	%	n	%
Auswahlverfahren durch Institute	59	100	42	100	17	100
Erstinterviews ja	48	81	33	79	15	88
Erstinterview nein	11	19	9	21	2	12
Berufserfahrung nach dem Studium ja	18	30	13	31	5	29
Berufserfahrung nach dem Studium nein	34	58	27	64	7	41

Ein analoges Ergebnis ergab die Befragung für die Zulassung zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bezüglich Auswahlverfahren durch die Institute und Erstinterviews. Das hier zusätzlich aufgeführte Kriterium „Erfahrung in der Arbeit mit Kindern“ befürwortete über die Hälfte der Befragten (n=32; 54%). Ein größerer Anteil der MedizinerInnen (n=13; 76%) als der PsychologInnen (n=19; 45%) befürwortete dies (Tabelle E 7-9).

Tabelle E 7-9: Delphibefragung II: unabdingbare Auswahlverfahren KJP

	Gesamt		PsychologInnen		MedizinerInnen	
	n	%	n	%	n	%
Auswahlverfahren durch Institute	59	100	42	100	17	100
Erstinterviews ja	47	80	32	76	15	88
Erstinterviews nein	11	19	9	21	2	12
Berufserfahrung ja	18	31	13	31	5	29
Berufserfahrung 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

Genereller Veränderungsbedarf (PP/ KJP)

- Die LPAs (N=16) äußerten bzgl. PP/KJP Verbesserungswünsche zu klareren Zugangsregelungen für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Insbesondere sollte geklärt werden, welche Abschlüsse mit „Pädagogik“ gemeint seien, vor allem bei Zugängen mit Lehramtsabschluss. Gewünscht werden klare Regelungen analog der PP-Ausbildung oder ein entsprechend gleicher Berufszugang
- Bezüglich der Frage, ob es zukünftig weiterhin unterschiedliche Zugangs-voraussetzungen zur PP- und KJP-Ausbildung geben soll, liegen uneinheitliche Antworten der Institutsleitungen vor (ungefähr die Hälfte dafür bzw. dagegen)
- Bezüglich der Grundberufe, die zum Zugang PP berechtigen sollen, ist die große Mehrheit der Institutsleitungen für Psychologie und Medizin, während für KJP das Bild deutlich vielfältiger ist. Pädagogik und Sozialpädagogik liegen hier fast gleichauf mit Medizin. Beachtenswert erscheint in diesem Kontext, dass auch ein Medizinstudium als formale Zugangsvoraussetzung für den Zugang zur Ausbildung für sinnvoll gehalten wird.
- Die Frage zu der Heterogenität der KJP-TeilnehmerInnen hinsichtlich ihrer Eingangsvoraussetzungen beantworten die KJP-DozentInnen unterschiedlich: Während ein Drittel der Befragten die Heterogenität als fruchtbar sieht, empfindet ein anderer Teil diese Unterschiedlichkeit als problematisch. Als Veränderungsvorschlag wird am häufigsten ein Propädeutikum genannt sowie eine Veränderung der Zugangsvoraussetzungen (Master mit klinischem Schwerpunkt).

- Die Mehrzahl der ExpertInnen spricht sich für ein einheitliches Qualifikationsniveau bei den Zulassungsvoraussetzungen (Masterniveau, nicht nur Master in Psychologie) für PP und KJP aus. In der zweiten Welle der Delphi-Befragung wurde dies nochmals sehr deutlich. 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 und befürworten grundsätzlich ein breites Spektrum. In diesem Zusammenhang schlagen einige vor, nachweispflichtige Studieninhalte (z.B. für Pädagogen) zu definieren und Quereinsteige (auf Basis eines Bachelor-Abschlusses) zu ermöglichen.

Mindestabschlüsse und vorausgesetzte berufliche Qualifikationen

- Die Delphi-Befragten (in beiden Erhebungswellen) sprechen sich fast alle für einen Diplom- bzw. Master-Abschluss im Fach Psychologie als *Mindestabschluss* für PP aus. Für den KJP Bereich votieren die meisten ExpertInnen dafür, die Ausbildung, was das wissenschaftliche Niveau der Zulassungsvoraussetzungen anbelangt, äquivalent der Erwachsenenbildung zu gestalten. Die große Mehrheit ist für einen Master- bzw. einen Diplomabschluss, allerdings nicht eingeschränkt auf einen Master in Psychologie. Diskutiert wird auch, Personen mit (Heil-) Pädagogik- und Sozialpädagogikabschlüsse auf Masterlevel zuzulassen.
- Die Lehrkräfte schlagen im offenen Antwortformat teilweise eine liberalere Zulassung von mehr Vorberufen vor (ca. ein Sechstel der Befragten) vor, teils jedoch auch strengere Regelungen (ca. ein Fünftel) und eine stärkere Reglementierung (mindestens MA-Level, gleiche Voraussetzungen KJP & PP, eine Minderheit will nur PsychologInnen auch für KJP zulassen). Insgesamt implizieren die Vorschläge der Befragten eine Überarbeitung der Zulassungsbedingungen.

Mindestalter

- Mehrheitlich sehen die Institutsleitungen es nicht als notwendig an, ein Mindestalter für den Ausbildungsbeginn zu definieren. Soweit für ein Mindestalter plädiert wurde, liegt dieses bei 25 Jahren.
- Die ExpertInnen in der Delphi-Befragung sprachen sich in der Mehrheit ebenfalls sowohl für PP als auch für KJP für ein Belassen der bisherigen Regelung aus, das bedeutet, dass ein Mindestalter nicht festgelegt werden soll.

Auswahlverfahren

- Für Psychologische PsychotherapeutInnen spricht sich die Mehrheit der ExpertInnen dafür aus, die bisherigen – nicht gesetzlich definierten – Regelungen zum *Auswahlverfahren* beizubehalten. Besonders betont wird die Bedeutung der persönlichen Auswahlverfahren durch die jeweiligen Institute.
- Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen wird ebenfalls die Bedeutung der – nicht gesetzlich definierten – Auswahlverfahren betont. Hervorgehoben wird außerdem von mehreren ExpertInnen die Relevanz von praktischen Erfahrungen mit Kindern. Es sollten möglichst Berufserfahrungen nach Studienabschluss vorliegen. Auch hier wird die Notwendigkeit von zwei Erstinterviews diskutiert. Im Rahmen einer konkreten Frage nach den Berufserfahrungen wird jedoch die Bedeutung der Berufserfahrung als Kriterium im Auswahlverfahren relativiert.
- Die Lehrkräfte schlagen zur Selektion geeigneter/ungeeigneter KandidatInnen objektive Kriterien für Zugangsvoraussetzungen und Eignungsprüfungen vor.

7.4. Welche Inhalte des Psychologie- bzw. des Pädagogikstudiums sind für die Ausbildung in der Psychotherapie unverzichtbar? Welche Kenntnisse aus dem Studium sind verzichtbar und warum? In welchen Bereichen erfolgt die Ausbildung doppelt?

Grundlage der Auswertungen für diese Fragen sind die Befragung der Lehrkräfte, die Delphi-Befragungen sowie die TeilnehmerInnenbefragung.

Lehrkräftebefragung

Verbesserungsvorschläge der DozentInnen (zur theoretischen Ausbildung) (N=844 offene Antworten von gesamt N=2196 teilnehmenden DozentInnen):

Zu den „Inhalten der theoretischen Ausbildung“ wurden von n=172 (20%) der DozentInnen) im offenen Antwortformat Aussagen getroffen. Diese beziehen sich u.a. auf:

- den Abbau von Inhalten die bereits an Uni gelehrt wurden (2% aller Befragten)
- Inhalte, die im Studium nicht verzichtbar sind (die als Vorwissen mitgebracht werden sollten):
 - mehr Wissensvermittlung über alle Vertiefungsverfahren bereits an der Uni v.a. in PA (evtl. Festlegung von Mindeststandards) (11,4% aller Befragten)
 - mehr Wissen über Forschungsmethodik / qualitative Verfahren / Diagnostik etc. (11,1%)
 - fundierte klinische Ausbildung (d.h. störungs- und verfahrensübergreifendes sowie medizinisches und neuropsychologisches Grundwissen) und Kenntnisse über psychologische Grundlagenfächer bei allen Bewerbern (15,2%)
 - bereits Vermittlung praktischer Erfahrung im Studium (4,1%)

Eine Überlappung von theoretischen Ausbildungsinhalten mit Inhalten des Studiums wird von den DozentInnen als überwiegend sinnvoll betrachtet (38,7%, n=785), allerdings gibt auch eine relativ hohe Anzahl der DozentInnen an, dass es keine Überlappung gäbe (14,3%, n=290) oder dass sie diese Frage nicht einschätzen können (12,7%, n=258).

Soweit vorhanden (in 32,5% der Fälle; 27% weiß nicht-Angaben, 17% fehlende Angaben), wird eine Überlappung der theoretischen Ausbildungsinhalte mit den Fort- und Weiterbildungsinhalten von Kliniken für die Praktische Tätigkeit/Ausbildung von 82,7% (n=546), als sinnvoll und hilfreich angesehen.

In offenen Antworten angegebene Verbesserungsvorschläge zur Ausbildung allgemein (insgesamt N=912) wurde z.B. eine Vermeidung doppelter Wissensvermittlung angesprochen (n=22). Weiterhin wurden als Verbesserungsvorschläge angegeben, dass die Ausbildung weniger verschult sein sollte (n=7), dass es eine Verkürzung der Ausbildung bzw. eine Entschlackung des Curriculums (n=20) geben sollte und dass die theoretischen Inhalte/ das Faktenwissen (n=28) vom Umfang her gekürzt werden sollten. Konkrete redundante Inhalte wurden nicht genannt.

TeilnehmerInnenbefragung: PsychologInnen

Die Einschätzungen der TeilnehmerInnen, die ein Psychologiestudium absolviert haben (n=2564), sind in Abbildung E 7-3 – getrennt für die beiden Ausbildungsbereiche – graphisch dargestellt. Fast ein Drittel der Befragten (n=608, 23,7%) erachten das Studium als „sehr“ und ein weiteres Drittel (n=769; 30%) als „ziemlich“ nützlich. Das Hauptstudium (n=800, 31,2% „sehr“ und n=928, 36,2% „ziemlich“) wird signifikant nützlicher ($t(2374) = -67,14; p < .00$) für die Ausbildung eingeschätzt als das Grundstudium (n=136; 5,3% „sehr“ und n=274; 10,7% „ziemlich“). Als besonders nützlich werden die Inhalte des Faches „Klinische Psychologie“ genannt (n=1897; 74% „sehr“; n=448; 17,5% „ziemlich“), gefolgt von den Berufspraktika (n=1559, 60,8% „sehr“; n=536, 20,9% „ziemlich nützlich“).

Das Studium insgesamt wird in beiden Bereichen überwiegend als nützlich für die Ausbildung angesehen (KJP: 41,6% „sehr“ und 27,0% „ziemlich“; PP: 21,8% „sehr“ und 52,2% „ziemlich“). Die TeilnehmerInnen einer KJP-Ausbildung bewerten das Studium allerdings als signifikant nützlicher als die PP-TeilnehmerInnen ($t(2359) = 6,17; p < .00$). In beiden Ausbildungsbereichen bewerteten die TeilnehmerInnen das Hauptstudium signifikant nützlicher für ihre Ausbildung (KJP: $t(225) = -16,41; p < .00$; PP: $t(2134) = -65,37; p < .00$) als das Grundstudium. Alle Studieninhalte, mit Ausnahme der Klinischen Psychologie, den Berufspraktika und Seminaren mit Übungsanteilen, erachteten die KJP-TeilnehmerInnen als signifikant relevanter für ihre Ausbildung als die PP-Teilnehmer (p von .02 bis .00). Die einzelnen Bewertungen der Studieninhalte getrennt für KJP und PP werden in Abbildung E 7-3 dargestellt.

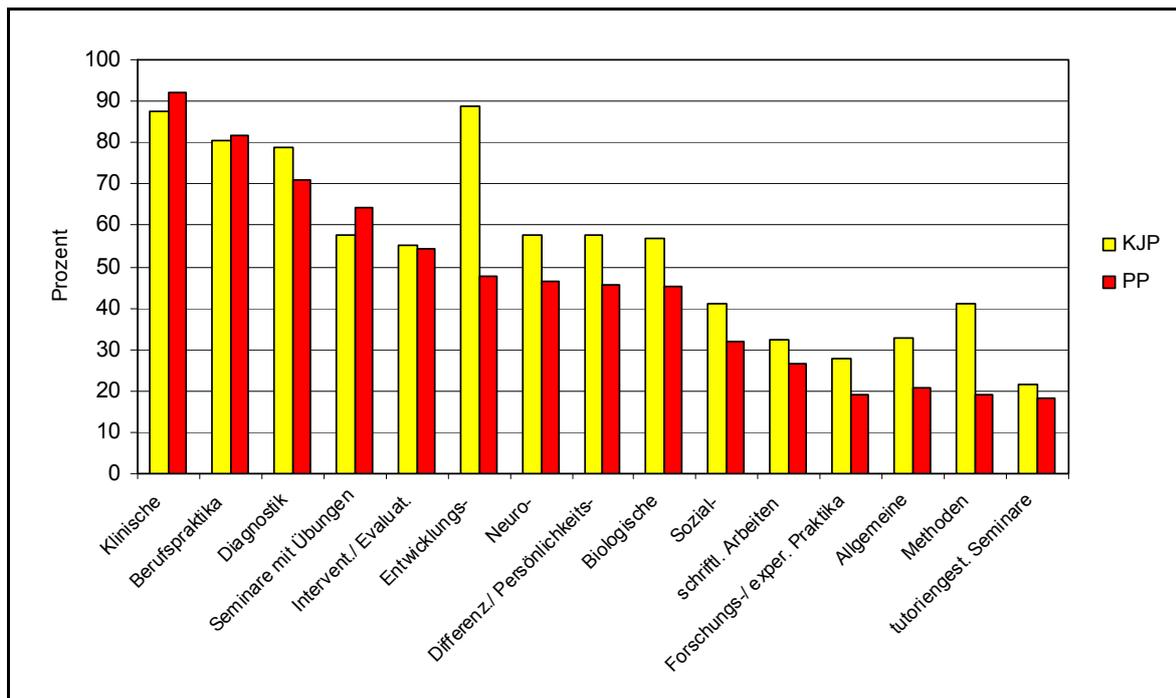


Abbildung E 7-3: Prozentsatz der AusbildungsteilnehmerInnen (Studium Psychologie), welche die Studieninhalte als „sehr“ und „ziemlich“ relevant für die Ausbildung einschätzen, getrennt für die beiden Ausbildungsbereiche

Nur wenige Befragte ($n=372$; 14,5%) schätzen das Studium als „gar nicht nützlich bis etwas nützlich“ ein. Bei Fragen zu den einzelnen Bausteinen wurde deutlich, dass die Forschungs- und experimentellen Praktika als am wenigsten nützlich für die Ausbildung bewertet werden: Über die Hälfte der Befragten ($n=1356$; 52,9%) beurteilen diese mit „gar nicht“ oder „etwas“ relevant. Auch Methodenlehre ($n=1315$, 51,3%), Allgemeine Psychologie ($n=1241$; 48,4%) sowie schriftliche Arbeiten ($n=1192$; 46,5%) werden von vielen als „gar nicht bis etwas relevant“ für die Ausbildung eingestuft (Abbildung E 7-4).

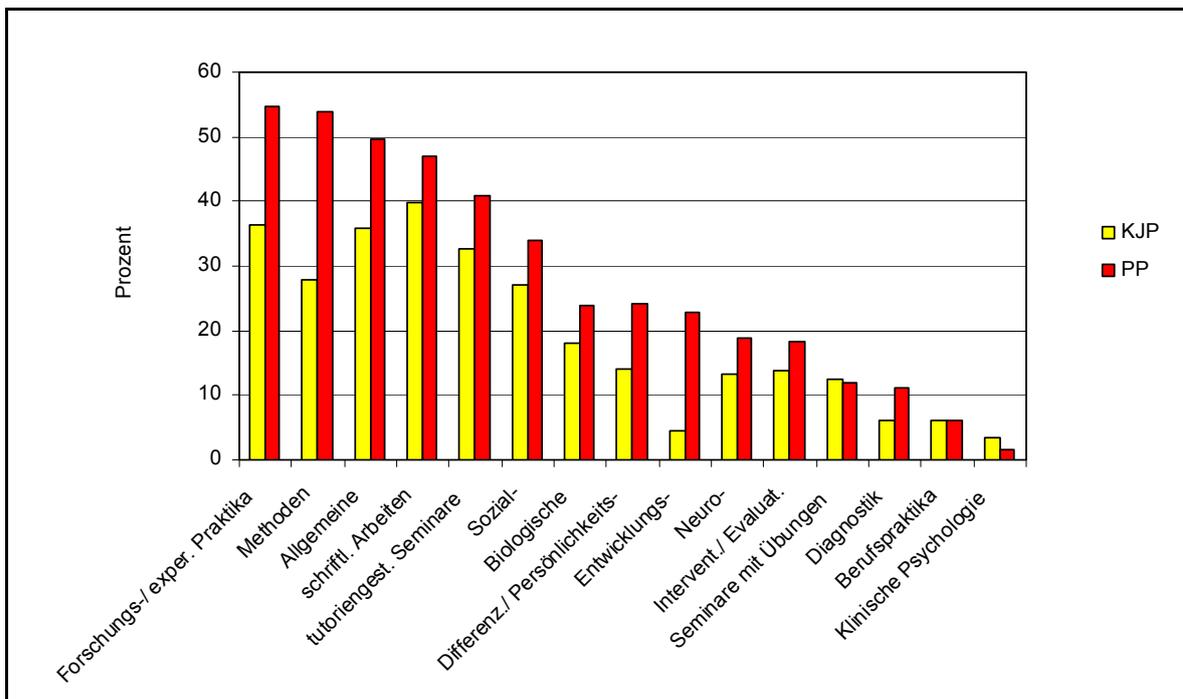


Abbildung E 7-4: Prozentsatz der AusbildungsteilnehmerInnen (nur PsychologInnen), welche die Studieninhalte als „gar nicht“ bzw. „etwas“ relevant für die Ausbildung einschätzen, getrennt für die beiden Ausbildungsbereiche

Das Studium insgesamt wurde in beiden Bereichen nur selten als nicht nützlich für die Ausbildung angesehen (KJP: 0% „gar nicht“ und 9,3% „etwas“; PP: 1,0% „gar nicht“ und 14,1% „etwas“).

TeilnehmerInnenbefragung: PädagogInnen

Die AusbildungsteilnehmerInnen wurden gebeten, die theoretischen Teile der Ausbildung nach deren Bekanntheit/Neuheit zu bewerten. In Tabelle E 7-10 sind die Einschätzungen der befragten PädagogInnen (n=273) dargestellt.

Tabelle E 7-10: Bewertung der Inhalte der theoretischen Ausbildung (Einschätzung der PädagogInnen)

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	32%	50%	9%	2%
Konzepte über psychische Krankheiten	46%	43%	3%	0%
Diagnostik	61%	26%	4%	1%
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	46%	42%	3%	2%
Paarbeziehungen	44%	33%	2%	13%
Gruppenpsychotherapiekonzepte und -methoden	62%	21%	2%	8%
Prävention	32%	47%	6%	7%
Rehabilitation	48%	30%	3%	11%
Medizinische Grundkenntnisse	65%	22%	3%	2%
Methoden von Psychotherapieverfahren	45%	42%	2%	3%
Dokumentation, Evaluation von Behandlungsverläufen	77%	11%	3%	2%
Berufsethik, Berufsrecht	78%	11%	1%	3%

Anmerkung: jeweils 8% fehlende Angaben

Durchgängig halten unter 10% der Befragten die Wiederholung auch bereits bekannter Inhalte für überflüssig. Extreme Bewertungen zeigen sich bei der Einschätzung der „Grundlagen der Psychotherapie“, welche sowohl in der Kategorie „überflüssig“ und „hilfreich“ (verglichen zu den anderen Inhalten) am häufigsten auftauchen. Als „neu“ wird am häufigsten „Berufsethik, Berufsrecht“ genannt. Während für viele (n=213, 78%) Berufsethik/Berufsrecht „neu“ war, trifft dies bei den Grundlagen der Psychotherapie nur für ein Drittel (n=87, 32%) zu.

Allgemein lagen die „Bekanntheitsgrade“ bei PP signifikant über denen bei KJP (p immer <.001) (Abbildung E 7-5). Ausnahme davon bilden die Einschätzungen zu den Themen „Paarbeziehungen“ und „Gruppenpsychotherapiekonzepte“, bei denen der Bekanntheitsgrad unter den KJP-Teilnehmer signifikant höher war als bei PP (Paarbeziehungen: $t(2939) = 4,17$; $p < .00$ und Gruppen: $t(2938) = 3,80$; $p < .001$), den Ausbildungsinhalten „Berufsethik/Berufsrecht“ und „Rehabilitation“ (p immer <.001).

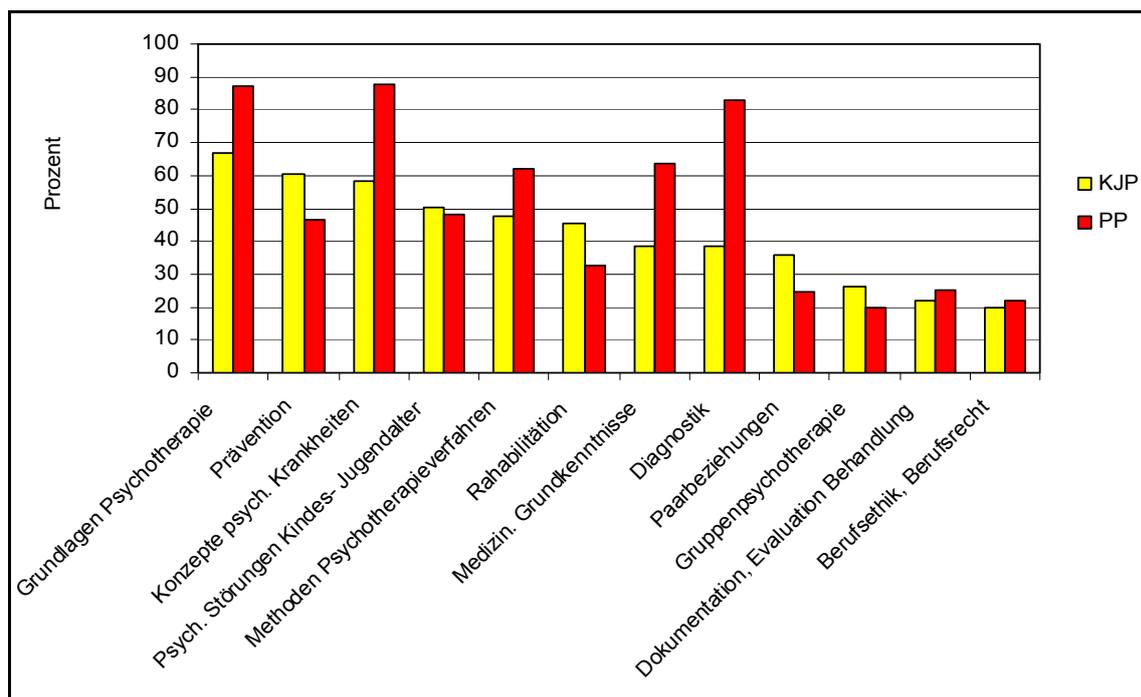


Abbildung E 7-5: Prozentsatz der AusbildungsteilnehmerInnen, für welche die Ausbildungsabschnitte bereits aus dem Studium bekannt waren

Auch wenn Themen bereits bekannt (also nicht „neu“) waren, wurde dies nicht unbedingt negativ bewertet. Am bekanntesten wurden von PP- und von KJP-TeilnehmerInnen die Grundlagen der Psychotherapie eingeschätzt. Aber selbst hier gab nur etwas mehr als ein Drittel der PP- (N gesamt = 24; n=9; 35,7%) und ein kleiner Teil der KJP- (N gesamt=240; n=36; 14,8%) TeilnehmerInnen an, dass sie diese Wiederholung auch „überflüssig“ fanden. Eine genaue Darstellung, wie „überflüssig“ inhaltliche Wiederholungen aus dem Studium eingeschätzt wurden, findet sich in Abbildung E 7-6.

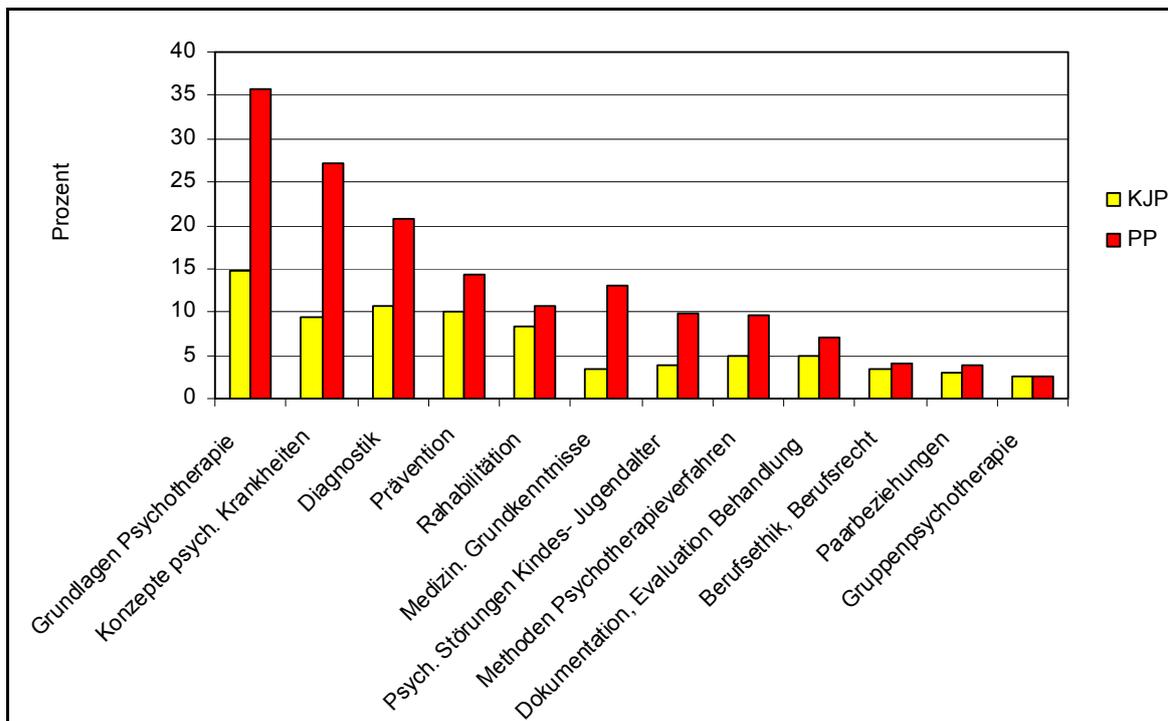


Abbildung E 7-6: Prozent der AusbildungsteilnehmerInnen, welche die Wiederholung der Studieninhalte als überflüssig empfinden

Delphibefragung

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

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 Psychotherapie-Verfahren gefordert, sowie Kenntnisse in Forschung, Ethik und Gesundheitsökonomie.

Auch praktische Kenntnisse, Diagnostik, qualitative und quantitative Methoden, biologische Grundlagen sowie sozialwissenschaftliche Grundlagen (letztere häufiger) werden gefordert.

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen:

Hier schließen sich die meisten ExpertInnen 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 Master-Abschluss in Sozialer Arbeit, Heilpädagogik oder Pädagogik (mit Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil) sollte Zugangsvoraussetzung sein.

Hier werden ebenso auch praktische Kenntnisse, Diagnostik, qualitative und quantitative Methoden, biologische Grundlagen sowie sozialwissenschaftliche Grundlagen (letztere häufiger) gefordert.

Bei der Frage, welche inhaltlichen Voraussetzungen der Psychotherapieausbildung unbedingt vorgeschaltet sein sollten, ergab sich in der zweiten Delphibefragung folgendes Ergebnis (Tabelle E 7-11).

Tabelle E 7-11: inhaltliche Voraussetzungen PP (zweite Delphibefragung)

	Grundkenntnisse			Solide Kenntnisse		
	Gesamt n (%)	MedizinerInnen n (%)	PsychologInnen n (%)	Gesamt n (%)	MedizinerInnen n (%)	PsychologInnen n (%)
Psychologie	3 (5)	1 (6)	2 (5)	56 (95)	16 (94)	40 (95)
Klinische Psychologie	3 (5)	0 (0)	3 (7)	56 (95)	17 (100)	39 (93)
Relevante Psychotherapieverfahren	15 (25)	5 (29)	10 (24)	42 (71)	11 (65)	31 (74)
Forschungsmethoden	21 (36)	12 (71)	9 (21)	38 (64)	5 (29)	33 (79)
Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	40 (68)	15 (88)	25 (60)	17 (29)	1 (6)	16 (38)
Diagnostik/ Begutachtung	6 (10)	2 (12)	4 (9)	51 (86)	14 (82)	37 (88)
Ethik	41 (70)	14 (82)	27 (64)	15 (25)	2 (12)	13 (31)
Pädagogik/ Sozialpädagogik	52 (88)	16 (94)	36 (86)	3 (5)	1 (6)	3 (7)
Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	48 (81)	15 (88)	33 (79)	5 (8)	0 (0)	5 (12)
Gesundheitsökonomie	51 (86)	15 (88)	36 (86)	1 (2)	0 (0)	1 (2)

Psychologische PsychotherapeutInnen:

Solide Kenntnisse werden von den ExpertInnen (n=59) in den Bereichen Psychologie, klinische Psychologie/Störungswissen, relevante Psychotherapieverfahren, Forschungsmethoden, sowie Diagnostik und Begutachtung als notwendig gesehen (hier Zustimmung zwischen 64 und 95%). In Gesundheitspsychologie/Rehabilitation, Ethik, Pädagogik/Sozialpädagogik, Recht und Gesundheitsökonomie genügen nach Einschätzung des größten Teils der ExpertInnen (Angaben zwischen 68 und 88%) dagegen Grundkenntnisse.

PsychologInnen und MedizinerInnen unterscheiden sich in ihren Einschätzungen bezüglich dieser Themen nur geringfügig. Etwas mehr PsychologInnen als MedizinerInnen halten auch solide Kenntnisse in Ethik und Gesundheitspsychologie/ Rehabilitation für hilfreich.

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gaben die ExpertInnen die in Tabelle E 7-12 ersichtlichen Einschätzungen bezüglich der inhaltlichen Voraussetzungen ab.

Tabelle E 7-12: inhaltliche Voraussetzungen KJP (zweite Delphibefragung)

	Grundkenntnisse			Solide Kenntnisse		
	Gesamt n (%)	MedizinerInnen n (%)	PsychologInnen n (%)	Gesamt n (%)	MedizinerInnen n (%)	PsychologInnen n (%)
Psychologie	9 (15)	3 (18)	6 (14)	49 (83)	13 (76)	36 (86)
Klinische Psychologie	6 (10)	2 (12)	4 (9)	52 (88)	14 (82)	38 (90)
Relevante Psychotherapieverfahren	17 (29)	5 (29)	12 (29)	40 (68)	11 (65)	29 (69)
Forschungsmethoden	22 (37)	12 (71)	10 (24)	37 (63)	5 (29)	32 (76)
Gesundheitspsychologie/Rehabilitation	43 (73)	15 (88)	28 (67)	14 (24)	1 (6)	13 (31)
Diagnostik/ Begutachtung	10 (17)	3 (18)	7 (17)	48 (81)	13 (76)	35 (83)
Ethik	43 (73)	14 (82)	29 (70)	14 (24)	2 (12)	12 (29)
Pädagogik/ Sozialpädagogik	12 (20)	3 (18)	9 (21)	44 (75)	14 (82)	30 (71)
Recht (SGB VIII, Kinder- und Jugendhilferecht)	33 (56)	13 (76)	20 (48)	22 (37)	3 (18)	19 (45)
Gesundheitsökonomie	50 (85)	14 (82)	36 (86)	1 (2)	0 (0)	1 (2)

Solide Kenntnisse werden von den ExpertInnen (n=59) in ähnlichen Bereichen wie für die Psychologischen Psychotherapeuten gefordert. Als wichtige Bereiche werden Psychologie, klinische Psychologie / Störungswissen, relevante Psychotherapieverfahren, Forschungsmethoden, sowie Diagnostik und Begutachtung gesehen (hier Zustimmung zwischen 63 und 88%). Darüber hinaus wird Pädagogik/Sozialpädagogik und Gesundheitspsychologie/Rehabilitation für wichtig erachtet: 75%, bzw. 73% fordern hier solide Kenntnisse. In Ethik, Pädagogik/Sozialpädagogik, Recht und Gesundheitsökonomie genügen nach Einschätzung der größten Teils der ExpertInnen (Angaben zwischen 56 und 85%) Grundkenntnisse.

PsychologInnen halten im Gegensatz zu den MedizinerInnen auch Recht und Forschungsmethoden für wichtig (45%, bzw. 76% solide Kenntnisse), während den MedizinerInnen Grundkenntnisse in diesen Bereichen genügen.

Unverzichtbare Inhalte: Psychologische PsychotherapeutInnen

- Unter den ExpertInnen besteht ein allgemeiner Konsens darin, dass gute Kenntnisse der psychologischen Grundlagen vorhanden sein sollen. Die Bedeutung der klinischen Psychologie wird betont. Speziell fordern sie solide Kenntnisse in Psychologie, Störungswissen, Diagnostik, relevanten Psychotherapieverfahren und Forschungsmethoden. Eine fundierte klinische Ausbildung und Kenntnisse über psychologische Grundlagenfächer bei allen Bewerbern fordern auch die DozentInnen.
- Auch die befragten AusbildungsteilnehmerInnen (absolviertes Studium Psychologie) betonten die Bedeutung der Klinischen Psychologie, der Berufspraktika und der Diagnostik für ihre Ausbildung.

Unverzichtbare Inhalte: Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen

- Hier schließen sich die meisten ExpertInnen den o. g. Empfehlungen und Ergänzungen an. Beim Pädagogikstudium wird ein gewisses Mindestmaß an Kenntnissen der klinischen Psychologie gefordert. Der Master-Abschluss in Sozialer Arbeit und Heilpädagogik (mit inhaltlichen Mindeststandards für ein klinisch-pädagogisch-sozialarbeiterisches Profil) sollte Zugangsvoraussetzung sein. Neben den Inhalten, die von den ExpertInnen bei PP bereits genannt wurden, kommt für den Kinder- und Jugendbereich noch Wissen in Pädagogik/Sozialpädagogik und Gesundheitspsychologie/Rehabilitation hinzu. Über die Notwendigkeit fundierten Wissens in Forschungsmethoden unterscheiden sich psychologische und medizinische ExpertInnen (wichtiger für die psychologischen ExpertInnen).
- Auch unter den AusbildungsteilnehmerInnen zeichnet sich ein sehr ähnliches Bild ab. Neben Klinischer Psychologie, den Berufspraktika und Diagnostik wird in diesem Ausbildungsbereich der Entwicklungspsychologie eine besondere Bedeutung beigemessen.

Verzichtbare Inhalte:

- Eine Überlappung von theoretischen Ausbildungsinhalten mit Inhalten des Studiums wird von den DozentInnen als überwiegend sinnvoll betrachtet. Auch eine Überlappung der theoretischen Ausbildungsinhalte mit den Fort- und Weiterbildungsinhalten von Kliniken für die Praktische Tätigkeit/Ausbildung wird – wenn vorhanden – als sinnvoll und hilfreich angesehen. Nur sehr wenige DozentInnen schlagen einen Abbau der Inhalte vor, die bereits an der Uni gelehrt wurden oder fordern eine Verschlankung des Leistungskatalogs.
- Einige Inhalte, die in der theoretischen Ausbildung behandelt werden, kennen die AusbildungsteilnehmerInnen bereits, wobei es Themengebiete gibt, mit denen nur wenige vertraut sind (z.B. Berufsrecht/ Berufsethik); andere Themen (z.B. Konzepte psychischer Störungen) kennen ein Großteil. Das Wiederholen dieser Themen empfindet jedoch nur ein kleiner Teil in der PP- und in der KJP-Ausbildung als überflüssig.

- Unter den Befragten, die ein Psychologiestudium absolviert haben, kristallisiert sich heraus, dass die Forschungs- und experimentellen Praktika, Methodenlehre, Allgemeine Psychologie sowie schriftliche Arbeiten als wenig nützlich/ relevant für die Ausbildung eingestuft wurden.
- Während die KJP-TeilnehmerInnen kaum über Wiederholungen klagten, war dies bei den PP häufiger der Fall.

7.5. Welche psychologischen und pädagogischen Kenntnisse und Kompetenzen sind als Mindeststandards für die Psychotherapeuten-ausbildung – gegebenenfalls getrennt für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – anzusehen?

Grundlage der Auswertungen ist die Befragung der Institutsleitungen.

InstitutsleiterInnenbefragung II

Bezüglich der inhaltlichen Mindestvoraussetzungen machten die befragten InstitutsleiterInnen (in offenen Antworten) unter Anderem folgende Angaben für den:

Zugang zur PP-Ausbildung:

- Diplom bzw. Master in Psychologie mit Schwerpunkt klinischer Psychologie
- darüber hinaus z. T. Berufserfahrung erwünscht
- Grundlagen in allen Bereichen der Psychologie (nur ABO nicht aufgeführt), hier vor allem auch häufig genannt neben der Klinischen Psychologie (hier speziell auch Psychotherapie – Forschung, Geschichte etc.) die Diagnostik, Methodenlehre und Psychopathologie, häufig auch Betonung auf klinisches Grundlagenwissen über alle Verfahren
- Grundkenntnisse in Pädagogik und Medizin
- Kompetenzen im wissenschaftlichen Denken und Arbeiten
- soziale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen

Zugang zur KJP-Ausbildung:

- Diplom bzw. Master in Psychologie mit Schwerpunkt klinischer Psychologie
- darüber hinaus z. T. Berufserfahrung erwünscht
- Grundlagen in allen Bereichen der Psychologie (nur ABO nicht aufgeführt), hier vor allem auch häufig genannt Entwicklungs-, Familien- und Pädagogische Psychologie sowie Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter, häufig auch Betonung auf klinisches Grundlagenwissen über alle Verfahren
- Grundkenntnisse in Pädagogik und Medizin
- Kompetenzen im wissenschaftlichen Denken und Arbeiten
- soziale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen, v.a. positive Erfahrungen in der Beziehungsgestaltung zu Kindern und Eltern
- Kenntnisse über familiäre Systeme und ihre Dynamiken

- Für den Zugang zur PP-Ausbildung: Neben den weiter oben beschriebenen, von den DozentInnen und ExpertInnen geforderten Voraussetzungen werden von einigen InstitutsleiterInnen ein Diplom bzw. Master in Psychologie mit Schwerpunkt klinischer Psychologie, Grundkenntnisse in Pädagogik und Medizin, Kompetenzen im wissenschaftlichen Denken und Arbeiten sowie soziale Kompetenzen und Beziehungskompetenzen gefordert.

- Für den Zugang zur KJP-Ausbildung wird von einigen InstitutsleiterInnen betont, wie wichtig die Entwicklungs-, Familien- und Pädagogische Psychologie sowie die Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter sei. Auch fordern sie Kenntnisse über familiäre Systeme und ihre Dynamiken.

7.6. Sind die Inhalte der Studiengänge innerhalb Deutschlands noch so homogen, dass sie als allgemeine Zugangsregelung für die Psychotherapeutenausbildung fortwirken können?

Grundlage für die Auswertung der Frage waren:

- für den Studiengang Psychologie die Analyse struktureller Vorgaben (Rahmenprüfungsordnung, Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zur Gestaltung der gestuften Studiengänge bzw. Empfehlungen der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, sowie der empirische Vergleich aller bereits umgesetzten konsekutiven Studiengänge Psychologie mit den am gleichen Studienort angebotenen Diplomstudiengängen),
- für die Studiengänge Pädagogik, Heilpädagogik, Soziale Arbeit / Sozialpädagogik. Die Analyse struktureller Vorgaben zur Gestaltung der Studiengänge (Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften, sowie exemplarische empirische Analysen von Diplomstudiengängen im Vergleich zu gestuften Studiengängen in den verschiedenen Fächern (siehe Methodenteil).

Der Bologna-Prozess zielt explizit darauf ab, stärker spezialisierte Studiengänge zu ermöglichen. Die Rahmenprüfungsordnungen für Diplom- und Masterstudiengänge (§ 18 HRG) gelten bis zu einer Entscheidung der Kultusministerkonferenz über die Ablösung der Rahmenprüfungsordnungen durch das Akkreditierungsverfahren (vgl. Begleitband Teil D); das Akkreditierungsverfahren eröffnet breite Gestaltungsspielräume.

Analyse der Studiengänge

Psychologie:

Die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zur Gestaltung von Bachelor-/Masterstudiengängen im Fach Psychologie haben das Ziel, eine gewisse Einheitlichkeit des Faches Psychologie zu gewährleisten. Sie haben jedoch keinen verbindlichen Charakter. Auch die weitergehenden Empfehlungen der DGPs zur Absicherung des Zugangs zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie vom 18. März 2008 (DGPs, 2008) sind unverbindlich.

Die empirische Analyse der bereits umgesetzten gestuften Bachelor-/Masterstudiengänge „Psychologie“ ergibt, dass die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zur Gestaltung von Bachelor-/Masterstudiengängen im Fach Psychologie (bisher) weitgehend umgesetzt werden: Im Rahmen der jeweils möglichen Schwerpunktbildung im Bereich der Klinischen Psychologie entsprechen die Studiengänge sowohl den Empfehlungen der DGPs zur Gestaltung von Bachelor-/Masterstudiengängen Psychologie aus dem Jahre 2005 (DGPs, 2005) wie auch den weitergehenden Empfehlungen der DGPs zum Absicherung des Zugangs zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie vom 18. März 2008 (DGPS, 2008).

Die Empfehlungen eröffnen jedoch deutlich breitere Gestaltungsmöglichkeiten als die bisherige Rahmenprüfungsordnung und sind im Unterschied zu letzterer nicht verbindlich. 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.

Hinsichtlich der klinisch-psychologischen Inhalte zeigen sich Unterschiede: 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“).

Somit kann nicht a priori davon ausgegangen werden, dass ein bestimmter Studienabschluss automatisch hinreichende Kenntnisse in den relevanten klinischen Inhalten garantiert.

Studiengänge, die relevant für den Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind (ausgenommen Psychologie):

Der Bologna-Prozess zielt explizit darauf ab, stärker spezialisierte Studiengänge zu ermöglichen. Dies gilt für alle Fächer, somit auch für Pädagogik, Heilpädagogik, Sozialpädagogik/Sozialarbeit als wichtigste Fächer für den Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Empfehlungen der Berufsverbände oder Fachgesellschaften sind somit nicht verbindlich. Für den Zugang zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat die AZA-KJP bestimmte Mindeststandards formuliert; auch diese haben keinen verbindlichen Charakter.

Pädagogik:

Das von der *Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE, 2008)* im Rahmen der Umstellung der europäischen Hochschulen auf Bachelor- und Masterstudiengänge vorgelegte Kerncurriculum für die neuen konsekutiven sowie nicht-konsekutiven Bachelor- und Master-Studiengänge in Erziehungswissenschaft definiert ein als verbindlich verstandenes Minimum erziehungswissenschaftlicher Inhalte für die erziehungswissenschaftlichen Studiengänge, womit jedoch nicht spezifische theoretische und methodologische Ansätze, sondern vielmehr 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. Gleichzeitig werden spezifische Kerncurricula für die Profildomänen Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Erwachsenen- und Weiterbildung, Pädagogik der frühen Kindheit, Sozialpädagogik sowie Sonderpädagogik definiert; eine spezielle klinische Ausrichtung ist nicht vorgesehen. Trotz der Möglichkeit zu institutspezifischen sowie der bereits im BA-Studiengang vorgesehenen individuellen Profilbildung der Studierenden, soll das Kerncurriculum die Möglichkeit eines Studienortwechsels und die Verständigung zwischen den Berufsfeldern absichern sowie die Vergleichbarkeit der Studiengänge erhalten. Die Analyse dieser strukturellen Rahmenvorgabe ergibt somit, dass nur von einer sehr eingeschränkten Homogenität der Studiengänge „Pädagogik“ ausgegangen werden kann.

Die exemplarische empirische Analyse der konsekutiven BA- und MA-Studiengänge zeigt, dass Psychologie an zahlreichen Universitäten in das Studium integriert ist. In einigen neuen Studiengängen ist das Beifach Psychologie jedoch im Unterschied zum Diplom-Studiengang nicht obligatorisch, sondern Wahlpflicht- oder Nebenfach (z.B. München, Bielefeld). Im Rahmen der gestuften Studiengänge kann sich der Umfang der psychologischen Inhalte deutlich erhöhen, wenn Psychologie als Nebenfach gewählt wird (ca. 45-60 ECTS). Der Umfang der Psychologie im BA/MA Pädagogikstudium hängt zum großen Teil von den Wahlmöglichkeiten an der jeweiligen Universität und den Interessen der Studierenden ab. 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 Erhöhung/Stärkung als auch Verringerung der psychologischen sowie der methodischen Inhalte im Pädagogikstudium auswirken.

Innerhalb zahlreicher Studiengänge Pädagogik (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 Profillbereich „Beratung, Diagnostik, Intervention“ (z.B. Münster) angeboten. Die Inhalte des Studiums unterscheiden sich daher auch innerhalb einer Universität bzw. eines Studiengangs beträchtlich.

Umfang und 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 (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). Letzterer Schwerpunkt 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.

Das Fach 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 und nur teilweise fließen auch Elemente klinischer Diagnostik in das Pädagogikstudium ein (z.B. Bamberg, Hamburg).

Insgesamt kann somit für die gestuften Studiengänge Pädagogik davon ausgegangen werden, dass die strukturellen Vorgaben die Homogenität der Studienabschlüsse nicht sichern, allerdings kann teils gezielt auf eine spätere KJP-Ausbildung hin studiert werden (bei entsprechender Studienorts- und Schwerpunktwahl). Dieser Eindruck wird durch die exemplarische empirische Analyse der bereits umgesetzten gestuften Studiengänge bestätigt.

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 (Kultusministerkonferenz, 1999). Seit 2002 gibt es gestufte Heilpädagogik-Studiengänge. Die Diplomstudiengänge laufen derzeit aus; die gestuften Studiengänge befinden sich z.T. noch im Aufbau.

Die exemplarische empirische Analyse der bereits umgesetzten gestuften Heilpädagogik-Studiengänge zeigt erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Studiengängen an den Fachhochschulen bzw. Universitäten auf. Sowohl inhaltlich als auch strukturell unterscheiden sich die neuen BA- und MA-Studiengänge untereinander grundlegend. So besteht an einigen Universitäten, die bisher einen Dipl.-Studiengang in Heilpädagogik anboten, nach der Umstellung keine Möglichkeit eines direkt äquivalenten Studiums (z.B. Uni Köln). Vielfach lassen sich die Studieninhalte nur schlecht über das hier entwickelte inhaltliche Raster (s. Begleitband) repräsentieren.

An zahlreichen Universitäten und Fachhochschulen wurden bisher keine Masterstudiengänge eingerichtet, so dass hier keine fundierten Aussagen über die weitere Entwicklung gemacht werden können. Vielfach bleibt offen, ob überhaupt die Einführung von Masterstudiengängen geplant ist.

In den Bachelorstudiengängen 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 ECTS an den verschiedenen Studienorten. Die Benennung und die Inhalte sind z.T. recht unterschiedlich (z.B. Berlin, Bochum, Nürnberg - „Psychologische Grundlagen (der Heilpädagogik)“ mit 8-10 ECTS; Hannover „Menschliches

Verhalten erklären und verstehen“ (15 ETCS); Münster „Verhalten und Erleben- die psychosoziale Dimension“ (9ETCS); Darmstadt „Beiträge der Sozial- und Entwicklungspsychologie und der Psychopathologie für die Heilpädagogik“ (11 ECTS); Dortmund „Grundlagen der Rehabilitationspsychologie“ (9 ETCS)).

Umgesetzt wurden bisher nur drei Masterstudiengänge, die sich inhaltlich deutlich unterscheiden (Freiburg mit psychologischen Themen im Bereich „Analysekompetenz von Bedingungs- und Änderungswissen“ im Umfang von 40% der Prüfungsleistung gemeinsam mit Intervention und Diagnostik; Darmstadt völlig ohne psychologische Inhalte)

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 (Dipl.) und Freiburg (BA/MA)), andere Hochschulen (z.B. Hannover (BA)) lehren nur wenig klinische Inhalte.

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

Für eine Zulassung zur KJP-PsychotherapeutInnenausbildung ist eine Einzelfallprüfung notwendig. Ein/e Absolvent/in kann sich bei entsprechenden Studienangeboten und Kenntnis der zu absolvierenden Inhalte gezielt auf eine spätere Tätigkeit in diesem Bereich spezialisieren.

Insgesamt kann somit für die gestuften Studiengänge Heilpädagogik aufgrund der exemplarischen empirischen Analyse davon ausgegangen werden, dass die Studienabschlüsse nicht homogen sind. Es besteht für Studierende die Möglichkeit, sich durch Wahl des Studienortes und Wahl der Schwerpunkte relevante Inhalte für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anzueignen.

Sozialarbeit/Sozialpädagogik:

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 (DGS, 2005). 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 sieben Makromodule (s. Begleitband), die die Studienbereiche konstituieren.

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 (s. Begleitband) lassen sich Inhalte, die für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie relevant sind, in den Modulen verorten (genauer: s. Begleitband).

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 Studiensemester), 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- und Jugendlichenpsychotherapie 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 dass weitere Inhalte oder Umfänge spezifiziert werden. Klinisch-psychologische Inhalte werden explizit nicht thematisiert, können möglicherweise über bestimmte Problemfelder eingebracht werden.

Psychologie:

- Hinsichtlich der klinisch-psychologischen Inhalte zeigen sich Unterschiede: 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“).
- Somit kann nicht a priori davon ausgegangen werden, dass ein bestimmter Studienabschluss automatisch hinreichende Kenntnisse in den relevanten klinischen Inhalten garantiert.

Gemeinsamkeiten der Studiengänge, die in der Praxis zur KJP Ausbildung zugelassen werden (ausgenommen Psychologie):

- Heterogenität ist allgemein festzustellen (sowohl innerhalb der Studiengänge, als auch an den Universitäten, dies scheint jedoch nicht bundeslandspezifisch zu sein); verstärkt wird dies durch die BA/MA- Einführung.
- Heterogenität im Umfang klinischer Inhalte; teilweise wurden fast keine klinischen Inhalte gelehrt
- Eine Umbenennung (evtl. auch thematische/strukturelle Umgewichtung) aller drei Studiengänge fand im Zuge der Restrukturierung statt.
- Im Zuge der BA/MA Einführung kam es zu einer Verstärkung des methodischen Wissens: v.a. in einigen MAs ist ein großer Methoden-Anteil vorhanden (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).
- Die Möglichkeit zu äquivalentem Studium zu altem Diplom-Studiengang entfällt an vielen Unis (dies führt jedoch nicht zwangsläufig zu einer Einschränkung der psychologischen Inhalte).
- Es gibt ein sehr breites Spektrum der Studiengänge (kaum relevante Inhalte für die Ausbildung bis hin zu Orientierung an den Empfehlungen der DGPs).
- Im Zuge der BA/MA Einführung: Ein vergleichbarer Umfang klinisch-/psycho-logischer Inhalte zum Diplom ist teils möglich, Angebots- (universitär) und Wahlabhängigkeit (Studierende).

7.7. Wären diese (die Inhalte der Studiengänge) so abtrennbar, dass sie auch innerhalb einer eigenen Psychotherapeutenausbildung vermittelt werden könnten?

Zur Beantwortung dieser Frage werden allgemeine Überlegungen zur bestehenden Studienlandschaft und den Studieninhalten angestellt; die Einschätzung der ExpertInnen zur Ausbildungsstruktur wird ebenfalls einbezogen.

Die Studieninhalte insgesamt sind zu heterogen, um sie in einheitlicher Weise abzutrennen und in die Psychotherapie-Ausbildung zu verlagern. Dennoch wird eine Beibehaltung der Vorqualifikation im Rahmen eines Hochschulstudiums gefordert. Möglich wäre also künftig eine Normierung von Zulassungsvoraussetzungen in Form von festgelegten Studieninhalten (ETCS basiert, Inhaltskatalog). Sollten solche Inhalte trotz Absolvierens eines im Prinzip anererkennungsfähigen Studiengangs fehlen, wäre ein nachträglicher Erwerb von Inhalten entweder in der Theorieausbildung der PP/ KJP, oder in einem Propädeutikum/ Brückenkurs möglich. Der Nacherwerb müsste modular erfolgen können, da wegen der beschriebenen Heterogenität unterschiedliche Lücken der Vorbildung existieren werden. Dieses Problem betrifft derzeit schon die PädagogInnen und SozialpädagogInnen, dürfte aber wegen der BA/MA Transformation künftig auch die PsychologInnen betreffen.

In der zweiten Delphibefragung wurde deutlich, dass von den meisten ExpertInnen (N=44; 75%) ein Beibehalten der bisherigen Strukturen präferiert wird (Tabelle E 7-13), das bedeutet, dass zunächst ein grundständiges Studium zu absolvieren ist und bestimmte (psychotherapeutische) Inhalte dann in der nachgelagerten Psychotherapieausbildung gelehrt werden. Andere Ausbildungsmöglichkeiten (postgradualer universitärer Studiengang, Direktausbildung) werden von nur sehr wenigen (Prozentzahlen bei PsychologInnen und MedizinerInnen Zustimmung zwischen 3-6%) als prioritär erachtet. Die Einschätzungen für den PP und den KJP-Bereich stimmen hierbei weitestgehend überein (vgl. Tabelle E 7-13, Tabelle E 7-14).

Tabelle E 7-13: Priorität der Ausbildungsstruktur für PP

	Priorität		Keine Priorität	
	n	%	n	%
Ausbildung nach der Ausbildung (wie bisher)				
Gesamt	44	75	12	20
PsychologInnen	29	69	11	26
MedizinerInnen	15	88	1	6
Postgradualer universitärer Studiengang				
Gesamt	3	5	53	90
PsychologInnen	2	5	38	91
MedizinerInnen	1	6	15	88
Direktausbildung („Studium“)				
Gesamt	2	3	54	91
PsychologInnen	2	5	38	91
MedizinerInnen	0	0	16	94
Vorverlegung der Approbation mit nachfolgender Weiterbildung				
Gesamt	5	8	51	86
PsychologInnen	5	12	35	83
MedizinerInnen	0	0	16	94
Anderes				
Gesamt	6	10	50	85
PsychologInnen	6	14	34	81
MedizinerInnen	0	0	16	94

Tabelle E 7-14: Priorität der Ausbildungsstruktur für KJP

	Priorität		Keine Priorität	
	n	%	n	%
Ausbildung nach der Ausbildung (wie bisher)				
Gesamt	43	73	12	20
PsychologInnen	29	69	11	26
MedizinerInnen	14	82	1	6
Postgradualer universitärer Studiengang				
Gesamt	3	5	52	88
PsychologInnen	2	5	38	90
MedizinerInnen	1	6	14	82
Direktausbildung („Studium“)				
Gesamt	2	3	53	90
PsychologInnen	2	5	38	90
MedizinerInnen	0	0	15	88
Vorverlegung der Approbation mit nachfolgender Weiterbildung				
Gesamt	5	8	50	85
PsychologInnen	5	12	35	83
MedizinerInnen	0	0	15	88
Anderes				
Gesamt	6	10	49	83
PsychologInnen	6	14	34	81
MedizinerInnen	0	0	15	88

- Aufgrund der Heterogenität der Studieninhalte ist ein Abtrennen dieser vom Studium nicht denkbar; eine Festlegung von zulassungsrelevanten Studieninhalten wird jedoch als sinnvoll erachtet; fehlende Studieninhalte könnten in Form eines Propädeutikums nacherworben werden.
- Drei Viertel der befragten ExpertInnen in Delphi II spricht sich für eine Beibehaltung der Ausbildungsstrukturen aus (grundständiges Studium, nachgelagerte Psychotherapieausbildung).

7.8. Gesamtzusammenfassung

- Die befragten InstitutsleiterInnen meinen, dass sich die bisherigen Zugangsvoraussetzungen in „befriedigender“ Weise bewährt haben, während die Lehrkräfte sie als „eher gut“ einschätzen. Dennoch sprachen sich einige (ca. ein Zehntel aller offenen Antworten (N=912 von N=2196)) für eine Revision der Zugangsvoraussetzungen aus (MA mit klinischem Schwerpunkt, jedoch nicht ausschließlich MA Psychologie).
- Der größte Änderungsbedarf wird im Bereich des Zugangs zur KJP-Ausbildung gesehen: In der Delphibefragung sind die Befragten mit den Eingangsvoraussetzungen für KJP signifikant unzufriedener als mit jenen für die PP. Dies scheint vor allem dem unterschiedlichen Vorwissen der KJP zuzuschreiben zu sein, wie zwei Drittel der Lehrkräfte ausführen. Auch bezüglich der Kompetenzen werden die KJP als geringer qualifiziert eingeschätzt als die PP, wobei die Kompetenzen aber insgesamt als „gut“ beurteilt werden. Erwähnenswert ist, dass die Lehrkräfte darauf hinweisen, dass nicht eindeutig zu entscheiden ist, ob sich die Unterschiede in den Eingangsvoraussetzungen im Laufe der Ausbildung ausgleichen: Die Hälfte stellt am Ende der Ausbildung keine entsprechenden Unterschiede mehr fest, ein Viertel dagegen schon. Die statistische Überprüfung der IMPP-Prüfungsdaten ergab einen signifikanten Unterschied der Prüfungsergebnisse bei den schriftlichen Prüfungen zwischen den TeilnehmerInnen der PP und der KJP-Ausbildung zugunsten der PP-Ausbildungsteilnehmenden, nicht jedoch bei den mündlichen: Im KJP-Bereich schneiden bezogen auf die Eingangsberufe bei beiden staatlichen Prüfungsteilen die PsychologInnen am besten ab.
- Sowohl in den bisherigen Diplomstudiengängen als auch in der Gestaltung der neuen Bachelor-/Masterstudiengänge herrscht eine große Vielfalt. Die meisten ExpertInnen schlagen einen Masterstudiengang vor, der relevante Inhalte für den PP und KJP Bereich enthält. Für den PP Bereich wird ein MA für Psychologie präferiert; für den KJP Bereich ebenfalls eine MA Abschluss, der sich aber nicht auf einen MA Psychologie beschränkt. Eine Minderheit von InstitutsleiterInnen/ExpertInnen möchte aufgrund von nachweispflichtigen Studieninhalten z.B. PädagogInnen einen Quereinstieg nach einem BA ermöglichen. Eine andere Minderheit möchte die Zugangsvoraussetzungen auf einen MA Psychologie auch für KJP beschränken. Eine untere Altersgrenze als Zugangsvoraussetzung wird mehrheitlich abgelehnt. Hingegen wird das bisherige persönliche Auswahlverfahren (meist durch 2 Interviews) sowohl für PP als auch für KJP begrüßt. Inhaltlich wird es für wichtig erachtet, dass die AusbildungsteilnehmerInnen Wissen in den Bereichen klinische Psychologie und Diagnostik, Grundwissen in Medizin und Pädagogik mitbringen und in der Lage sind, wissenschaftlich zu denken und zu arbeiten. Die meisten ExpertInnen sprechen sich für ein Beibehalten der Ausbildungsstrukturen (grundständiges Studium, nachgelagerte Psychotherapieausbildung) aus.

8. Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland

8.1. Entwicklung der Psychotherapie in anderen Ländern – Ergebnisse einer ExpertInnenbefragung

Im Zusammenhang mit der Leistungsbeschreibung des Forschungsgutachtens werden an zwei Stellen Fragen zum Ausbildungsvergleich im In- und Ausland aufgeworfen:

Zum einen wird im Zusammenhang mit der Verfahrenorientierung gefragt, ob die psychotherapeutische Ausbildung in anderen Ländern auch verfahrenorientiert erfolgt und worin ggf. grundsätzliche Unterschiede liegen (siehe unter Kapitel E 2).

In einem weiteren Punkt geht der Gutachtauftrag explizit auf die Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland ein: „Das Gutachten soll in diesem Zusammenhang allgemeine Ausführungen zu Ausgestaltung, Struktur und Dauer psychotherapeutischer Ausbildungen in anderen Ländern, insbesondere anderen EU-Mitgliedsstaaten sowie den Kompetenzen der Berufsangehörigen enthalten“.

Die Beantwortung der o. g. Fragen erfolgt nachfolgend gestützt auf Literaturquellen und eine gezielte Befragung von Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen europäischen Ländern.

8.2. Literaturquellen

Hier ist an erster Stelle das von Pritz (2002) herausgegebene Buch „Globalized Psychotherapy“ zu nennen, welches vor einigen Jahren den Versuch unternahm, eine weltweite Übersicht über die Situation der Psychotherapie als Profession in verschiedenen Ländern zu geben. Fokussiert auf die kognitiv-behaviorale Psychotherapie wurde ein analoger Versuch im Auftrag der European Association of Cognitive Behaviour Therapy (EABCT) unternommen, eine Länderübersicht zu erstellen.

Im Rahmen der Society for Psychotherapy Research (SPR) wurde kürzlich damit begonnen, eine Darstellung der Situation der psychotherapeutischen Profession in verschiedenen Ländern zu erstellen, wobei bislang von fast 20 Ländern ausführliche Berichte vorliegen:

<http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=89>.

Daneben liegen einige Zeitschriftenartikel und Buchbeiträge vor, die – selektiv und nach unterschiedlichen Kriterien ausgewählt – einen Ländervergleich im Hinblick auf Psychotherapie vornehmen (z.B. van Broeck & Lietaer, 2008, Kryspin-Exner, 2004, Schröder, 2004, Priebe, 2006).

8.3. Befragung

Um aktuelle Angaben aus möglichst vielen Ländern zu erhalten, wurde im Rahmen der Forschergruppe ein englischsprachiger Fragebogen entwickelt. Dieser Bogen erläuterte den Hintergrund der Untersuchung und fokussierte auf folgende spezielle Fragen:

- Berufsgruppen, die zur Psychotherapie zugelassen sind
- Differenzierung zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Psychotherapie
- Vorliegen bzw. Planung gesetzlicher Regelungen zur Psychotherapie
- Existenz einer nationalen Einrichtung zur Regulierung der psychotherapeutischen Ausbildung und Praxis
- Existenz einer Psychotherapeutenkammer
- gesetzlicher Schutz des Titels Psychotherapeut
- Kompensation von Psychotherapie im Gesundheitssystem

- Zulassungsvoraussetzungen für psychotherapeutische Ausbildungen (Bachelor ausreichend?; Mindestalter; Eignungsprüfung)
- Existenz von universitären Curricula/Abschlüssen in Psychotherapie
- Differenzierung zwischen Kinder- und Jugendlichen- bzw. Erwachsenenpsychotherapie
- Ort der psychotherapeutischen Ausbildung
- offiziell anerkannte Verfahren
- Tendenz zu verfahrensunabhängigen Ausbildungen
- Entscheidung über Anerkennung von Verfahren
- Unterschiede in der Ausbildung
- Struktur der Ausbildung und Variabilität
- Existenz von Prüfungen
- Kosten für die Psychotherapieausbildung
- Erwerb einer offiziellen Lizenz (durch wen kontrolliert?)
- Zulassung von Psychologen zur Medikamentenverschreibung bzw. Einweisung
- Notwendigkeit einer medizinischen Untersuchung vor Psychotherapiebeginn
- Zusätzliche Kommentare

Es wurde in der GutachterInnengruppe entschieden, mit dem Fragebogen nicht an Verbände heranzutreten, in der Annahme, dass der Beantwortungsprozess dadurch zu stark verzögert worden wäre. Stattdessen wurden in den einzelnen Ländern Fachpersonen ausgewählt, von denen davon auszugehen war, dass sie die Ausbildungs- und Praxissituation gut kennen und dementsprechend zuverlässige Angaben machen würden. Eine Vielzahl der ausgewählten KollegInnen ist der Gutachtergruppe seit langem bekannt, bspw. über Kontakte im Rahmen der Society for Psychotherapy Research.

An dieser Stelle danken wir den folgenden Personen für Ihre tatkräftige Unterstützung:

H. van Hoorde (Belgien), N. Atanassov (Bulgarien), Claus Haugaard Jacobsen (Dänemark), St. Fliegel und G. Ruggaber (Deutschland), M. Leiman (Finnland), M. Villamaux (Frankreich), A. Stalikas (Griechenland), S. Salvatore (Italien), A. J. Stabingis (Lettland), G. Pregno (Luxemburg), J. Hoogeboom (Niederlande), R. A. Laireiter und A. Pritz (Österreich), J. Aleksandrowicz (Polen), F. Silva (Portugal), D. David, R. Moldovan (Rumänien), B. Vinnars (Schweden), M. Biescad, L. Timulak (Slowakei), P. Praper (Slowenien), A. Avila-Espada (Spanien), Z. Vybiral (Tschechien), T. Schröder (U.K.), H. Ronnestad (Norwegen), U. Schnyder, P. Schulthess (Schweiz)

8.4. Ergebnisse

Einige Ergebnisse der Befragung sind tabellarisch am Ende dieses Abschnitts zusammengefasst.

Sowohl die Befragung als auch die Literaturrecherche fokussierte in erster Linie auf die EU-Länder, ergänzt um einige wenige andere europäische Länder (Norwegen, Schweiz). Abschließend wird noch auf die Situation in englischsprachigen Ländern außerhalb Europas (Kanada, USA) eingegangen.

Gesetzliche Regelungen

Gesetzliche Regelungen bezüglich der Psychotherapie liegen in der Minderzahl der Länder vor, wobei die existierenden Regelungen auch unterschiedlich weit reichend sind. Das in Deutschland geltende Psychotherapeutengesetz ist sicher eines der am meisten elaborierten Gesetzeswerke, welches die Ausbildung und den Zugang zum psychotherapeutischen Beruf einschließlich Titelschutz für den „Psychologischen Psychotherapeuten“ regelt. Ein Titelschutz liegt nach dem Ergebnis der Erhebung nur in sieben Ländern explizit vor (Deutschland, Finnland, Italien, Österreich, Schweiz, Rumänien und Slowakei).

Zur Ausbildung zugelassene Berufe

Gemein ist allen Ländern, dass ÄrztInnen und PsychologInnen (in der Regel mit einem klinischen Schwerpunkt) für die Aus- bzw. Weiterbildung in Psychotherapie prinzipiell zugelassen sind (Tabelle E 8-1). In längst nicht allen Ländern können Psychotherapieleistungen für Psychologen allerdings durch die Krankenkassen bzw. andere Kostenträger erstattet werden.

Zusätzliche Berufsgruppen sind in fast allen Ländern zumindest unter bestimmten Umständen (wie bspw. für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland) zugelassen (oder es gibt diesbezüglich gar keine Regelungen, z.B. in Dänemark), haben aber häufig keine Möglichkeit, psychotherapeutische Behandlungen mit den Krankenkassen direkt abzurechnen.

In einigen Ländern hat sich für die Nichtärzte und Nichtpsychologen der Begriff der „Ni-Ni“ (frei übersetzt: „weder – noch“) eingebürgert, so z. B. in Frankreich. Diese Kategorie beschreibt Personen, die zwar – bspw. über private Institute – psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung durchlaufen haben, letztlich aber nicht im gesetzlichen Rahmen der jeweiligen Länder Psychotherapie praktizieren können. Hierzu wären auch Fachpersonen in der BRD zu rechnen, die gemäß dem Heilpraktikergesetz praktizieren.

Tabelle E 8-1: Zur Ausbildung zugelassene Berufsgruppen in 21 EU-Ländern

	N=21	n
Psychologen		21
Ärzte		21
Sozialarbeiter		15
Pädagogen		11
Krankenschwestern/-pfleger		12
Sozialpädagogen		5
Lehrer		3
Theologen		3
Andere Berufe		8

Regulierungsbehörden

Regulierungsbehörden im engeren Sinne gibt es eher selten. In der Regel sind es ministerielle bzw. dem Gesundheitsministerium untergeordnete Einrichtungen, die landesweit oder regional Psychotherapie kontrollieren. Die Existenz einer Psychotherapeutenkammer im engeren Sinne ist ungewöhnlich. Häufiger sind es Psychotherapieverbände, welche die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis regulieren (z.B. Frankreich, Spanien, Tschechische Republik).

Kompensation von Psychotherapie im Gesundheitssystem

Hier gibt es deutliche Unterschiede. In einigen Ländern ist die Psychotherapie voll in das Gesundheitssystem integriert (zumindest bezüglich anerkannter Verfahren), was zu einer 100%igen Kompensation führt. In vielen Ländern sind es ausgewählte Berufsgruppen, in der Regel Ärzte mit Zusatzweiterbildung, die eine Kompensation erhalten, in wiederum anderen Ländern wird Psychotherapie nur anteilig durch die Krankenkassen vergütet. Es gibt aber auch eine ganze Reihe

europäische Länder, in denen psychotherapeutische Leistungen bisher gar nicht Bestandteil von Kassenleistungen sind (Beispiele: Bulgarien, Rumänien, Spanien).

Ärztliche vs. nichtärztliche Psychotherapie, Erwachsenen- vs. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

In etwa einem Drittel der Länder gibt es eine deutliche Trennung zwischen ärztlicher und nicht-ärztlicher Psychotherapie, die sich bspw. in der Berechtigung für bestimmte Maßnahmen oder aber in der Kompensationspraxis widerspiegelt.

Dem gegenüber ist eine Differenzierung zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Erwachsenenpsychotherapie, wie sie in der BRD üblich ist, innerhalb der EU eher die Ausnahme denn die Regel. Neben Deutschland verfügen auch Finnland, Slowenien, Tschechien (zumindest partiell), Norwegen und das Vereinigte Königreich über eine derartige Trennung.

Zulassungsvoraussetzungen

Bachelor-Abschlüsse sind in der Regel in europäischen Ländern **nicht** ausreichend für die Zulassung zur Psychotherapieausbildung (wenige Ausnahmen, wie Rumänien, Griechenland, Lettland, Slowenien, Schweiz).

In den meisten Ländern gibt es *keine explizite Altersgrenze* (aber eine implizite in Abhängigkeit von den Studienvoraussetzungen). Auswahlverfahren werden auch wenn sie oft explizit nicht verlangt werden in der Regel praktiziert, wobei diese Auswahlverfahren üblicherweise in Interviews bestehen, ggf. auch in Gruppenvorbereitungen und persönliche Empfehlungen.

Universitäre Ausbildungsprogramme

Universitäre Abschlüsse, die zum Psychotherapieberuf qualifizieren, sind nicht so selten. Es gibt Studiengänge (teilweise auf bestimmte Verfahren spezialisiert) bspw. in Belgien, Bulgarien, Dänemark, Finnland, Österreich, Rumänien, Schweden, der Schweiz, der Tschechischen Republik und dem Vereinigten Königreich sowie in Norwegen. An der Universität Bochum gibt es bekanntlich seit einiger Zeit einen Masterstudiengang im Bereich Psychotherapie.

Offiziell anerkannte Verfahren

Hier besteht eine extreme Variabilität! In vielen Ländern gibt es gar keine „offiziellen Anerkennungen“, was dazu führt, dass eine Vielzahl von Verfahren unterrichtet wird, ohne dass dies professionelle Konsequenzen hätte.

In allen Ländern, die über offiziell anerkannte Verfahren berichten, gehören hierzu die kognitive Verhaltenstherapie und die „psychodynamische Psychotherapie“¹. In manchen Ländern werden auch noch humanistische Verfahren und die (systemische) Familientherapie dazu gerechnet.

Die Anzahl der Verfahren variiert zwischen 4 (BRD: Psychodynamische Verfahren, VT, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und systemische Therapie) und 22 (Österreich). Die Entscheidung über die Anerkennung wird in der Regel durch Regierungsinstitutionen getroffen. Es gibt hier allerdings auch Ausnahmen.

Ausbildungsmerkmale

Die psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungen finden überwiegend an privaten Instituten statt, teilweise auch an universitären Instituten im Sinne eines postgradualen Studiengangs teilweise reguliert über wissenschaftliche Organisationen.

Die Erhebung in anderen europäischen Ländern ergab, dass es überwiegend bisher keinerlei Trends zu einer verfahrensunabhängigen Ausbildung gibt. Lediglich Kollegen aus zwei skandinavischen Ländern („Psykonet“ in Finnland, Programme am Karolinska Institut in Schweden), den

¹ überwiegend differenziert von der Psychoanalyse, die aber meist auch anerkannt ist.

Niederlanden (integrative Therapie mit Vermittlung von Grundlagen einzelner Verfahren) erwähnen Ansätze einer „integrativen Ausbildung“.

Die Dauer der Ausbildung variiert sehr stark. Man kann davon ausgehen, dass eine Minimaldauer von drei Jahren üblich ist. Die Dauer variiert – manchmal in Abhängigkeit vom Verfahren (psychoanalytische Verfahren sind in der Regel mit längeren Ausbildungen verbunden) – zwischen zwei und sieben Jahren. Bestandteile der Ausbildung sind neben der Theorie die praktische Ausbildung, Selbsterfahrung (Einzel- und/oder Gruppenselbsterfahrung) und Supervision. In der Regel sind – allerdings in sehr unterschiedlichem Ausmaß – praktische Erfahrungen in psychiatrischen Einrichtungen notwendig.

In der Mehrzahl der Länder wird am Ende der Ausbildung eine Prüfung durchgeführt, die aber nur partiell – je nach Status der Psychotherapie - zu einer Zertifizierung führt.

Rechte Psychologischer Psychotherapeuten

In einigen wenigen Ländern ist es üblich, dass eine Psychotherapie durch Nicht-Mediziner nur auf Zuweisung durch einen Mediziner erfolgen kann, wenn die Kosten der Behandlung erstattet werden sollen.

Wenngleich in manchen Ländern Diskussionen hierüber stattfinden, ist es in Europa nicht üblich, dass psychologische PsychotherapeutInnen verschreibungsberechtigt sind. In einigen Ländern sind sie allerdings einweisungsberechtigt (Belgien, Niederlande, Rumänien, Schweden, England, Norwegen).

Kosten der Ausbildung

Die Angaben hierzu waren extrem variabel. Eine vorsichtige Schätzung auf der Basis der Angaben aus der Umfrage legt nahe, dass die Kosten – berufsunabhängig – bei etwa 10-20.000 € liegen mögen (manchmal, z.B. analytische Ausbildungen in der BRD oder der Schweiz) deutlich höher. In manchen Ländern, insbesondere in Ländern des ehemaligen Ostblocks, sind die Kosten dagegen deutlich niedriger.

8.5. Zusammenfassung

Die wesentliche Erkenntnis des Versuchs, ein Bild der Psychotherapie bzw. Psychotherapieausbildung in Europa darzustellen ist die, dass in beiden Bereichen eine extreme Heterogenität herrscht.

Es gibt in manchen Ländern sehr restriktive und strenge Bedingungen für die Zulassung zur Psychotherapieausbildung, den Schutz des Titels etc. Es hat den Anschein als wäre in diesen Ländern Psychotherapie als Behandlungsmaßnahme eher an den Kriterien evidenzbasierter Medizin orientiert, besser in das Gesundheitssystem integriert und eher durch die Krankenkassen finanziert (Nord-Süd-Gefälle!).

Möglicherweise spiegelt die Heterogenität, die sich in Europa darstellt, zwei grundsätzlich verschiedene Auffassungen bezüglich der Psychotherapie als Profession wieder, wie sie bspw. durch zwei internationale Verbände, das World Council of Psychotherapy (WCP) und die International Federation of Psychotherapy (IFP) verkörpert wird: Die eine Vereinigung setzt zwar gewisse Standards, vertritt aber die Auffassung, dass die psychotherapeutische Tätigkeit nicht an bestimmte akademische Grundberufe/Grade gebunden werden sollte. Die andere Vereinigung verknüpft Psychotherapie eher mit einer geringen Zahl akademischer Grundberufe, in denen wesentliche Grundlagen psychotherapeutischen Handelns bereits vermittelt werden.

Es wird in Zukunft sicher darum gehen, hier eine Position zu erarbeiten, die innerhalb der EU (und möglicher Weise auch in anderen europäischen Ländern) dazu beitragen kann, dass eine gewisse Vereinheitlichung der psychotherapeutischen Praxis und Ausbildung möglich wird, wobei diese eine ausreichend hohe Qualität besitzen und eine möglichst optimale Versorgung der Bevölkerung sicher stellen sollte.

In den Tabellen E 8-2, E 8-3 und E 8-4 sind die vorangegangenen Ausführungen zusammengefasst.

Tabelle E 8-2: Zusammenfassung der Angaben zu Psychotherapie(ausbildung) in 23 europäischen Ländern (davon 21 EU), Details siehe Anhang

	n	%	Bemerkungen
Gesetzliche Regelung	11	47	In mind. 7 Ländern sind neue bzw. weitergehende gesetzliche Regelungen geplant
Existenz einer zentralen Regulierungsbehörde/-einrichtung	10	47	
Existenz der Kammer	6	26	
Existiert Titelschutz	7	30	
Volle Kompensation psychother. Leistungen im Gesundheitssystem	9	39	Teilweise nur für ausgewählte Berufsgruppen, i.d. R. Ärzte, teilw. limitiert (Sitzungen) bzw. abhängig von der „Verordnung“
Delegationsprinzip Arzt / Psychologischer Psychotherapeut	9	39	
Zugelassene Berufe (außer Ärzten und Psychologen)			
Sozial(pädagogen)	20	87	
Krankenschwestern/-pfleger	11	47	
Ohne Limitierung	3	13	Meist aufgrund mangelnder Regelungen
Eindeutige Trennung ärztlicher/psychologischer Psychotherapie	9	39	Rechtlich <u>oder</u> in der Praxis
Trennung PP KJP	6	26	
Unterschiede in der Zulassung	1	4	Nur in der BRD!
Bachelor-Abschluss ausreichend für die Zulassung zur Ausbildung	4 (5)	16	In einem Land wird dies diskutiert
Existenz universitären Ausbildungsprogramme	12	52	
Explizite Altersgrenze für die Zulassung	3	13	
Auswahlverfahren üblich	21	91	In der Regel Interviews
Anerkannte Psychotherapie“verfahren“			
Keine offizielle Anerkennung eines Verfahrens	9	39	
Vergleichbare Situation wie in der BRD (5 Verfahren)	5	21	
Mehr Verfahren (bis zu 22)	7	31	
Entscheidung über Anerkennung			
Staatliche Behörden	6	26	
Verbände/Wiss. Einrichtungen	4	16	
Ort der Ausbildung			
Universitäten und private Institute	11	47	
Nur private/öffentliche Institute	10	43	
Wissenschaftliche Organisationen	2	8	
Trends zu einer verfahrensunabhängigen Ausbildung	2 (3)	8	Finnland, Schweden (teilweise in den NL)
Dauer der Ausbildung	2-7 Jahre		Sehr variabel, auch abhängig vom Verfahren
Es werden Prüfungen abgehalten	17	74	Unterschiedliche Formen, teilw. verfahrensabhängig
Lizenzvergabe/Registrierung	11	47	Durch unterschiedliche Institutionen
Kosten der Ausbildung	Min. 4000, Max. >50000 Euro		Sehr variabel
Verschreibungserlaubnis	0	0	Wird in 4 Ländern diskutiert
Einweisungserlaubnis	6	26	

Tabelle E 8-3: EU-Länderübersicht. Gesetzliche Regelungen, Unterscheidung PP/KJP, Bachelor-Abschluss als Zugangsvoraussetzung

Land	Gesetz		PP vs. KJP	Unterschiede in der Zulassung	Bachelor ausreichend für Zulassung
	vorhanden?	geplant?			
Belgien	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Bulgarien	Ja (2007)	Erweit.	Nein	Nein	Nein
Dänemark	Nein		Nein	Nein	Nein
Deutschland	Ja (1999)		Ja	Ja	Nein
Finnland	Ja (1994)		Ja	Nein	Nein
Frankreich	Ja (2004)	Ja	Nein	Nein	Nein
Griechenland	Nein		Nein	Nein	Ja
Italien	Ja (1989)		Nein	Nein	Nein
Lettland	Keine		Nein	Nein	Ja
Luxemburg	Keine		Nein	Nein	Nein
Niederlande	Ja (1998)		Nein	Nein	Nein
Österreich	Ja (1990)		Nein	Nein	In Diskussion
Polen	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Portugal	Nein	Ja	Zus.	Nein	Nein
Rumänien	Ja (2004)		Nein	Nein	Ja
Schweden	Ja (1998)		Nein	Nein	Ja (?)
Slowakei	Ja (2006)		Nein	Nein	Nein
Slowenien	Nein	Ja	(Ja)	Nein	Nein
Spanien	Nein		Nein	Nein	Nein
Tschechische Rep.	Nein		Teilweise	Nein	Ausnahm.
Vereinigtes KR	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja (SA, KS)

Es war im Rahmen des oben beschriebenen Surveys nicht möglich, Auskünfte aus folgenden EU-Ländern zu erhalten: Estland, Irland, Litauen, Malta, Ungarn, Zypern.

Einer von A. Colden (2008) (SFU, Wien, unveröffentlicht) kürzlich zusammengestellten (und freundlicherweise zur Verfügung gestellten) Übersicht kann entnommen werden, wie die Situation in Malta und in Ungarn bezüglich der o. g. Merkmale ist.

In Ungarn gibt es kein spezifisches Gesetz für die Psychotherapie, allerdings eine gesetzliche Definition von Psychotherapie (aus dem Jahr 1997). Zugelassen zur Ausbildung sind ÄrztInnen (mit M.D.) und PsychologInnen mit mindestens Master-Abschluss. Anerkannt sind 14 Behandlungsmodalitäten (Verfahren).

In Malta wird Psychotherapie gesetzlich als Disziplin „komplementär zur Medizin definiert“. Ein Bachelor-Abschluss genügt dort zur Zulassung zur (4jährigen) Ausbildung in allen Modalitäten, die auch die European Association of Psychotherapy (EAP) anerkennt (mit Ausnahme der Gestalttherapie).

Tabelle E 8-4: EU-Länderübersicht. Offiziell anerkannte Methoden, Zur Ausbildung zugelassene Berufe, Kompensation von Psychotherapie im Gesundheitssystem

Land	Offiziell anerkannte Verfahren	Zur Ausbildung zugelassene Berufe	Kompensation von Psychotherapie im Gesundheitssystem
Belgien	Keine	Ä, Ps, Pä	Partiell (75%) f. ärztl. Psychotherapie
Bulgarien	Keine	Ä, Ps, SA, KS (u.a. die nicht prakt.)	Keine
Dänemark	Keine	Alle (da keine Regelung)	Psychiater, [extreme] Ausnahmen für Psychologen
Deutschland	PD, PA, CBT, KZP, ST	Ä, Ps, Pä, SP, SÄ (PP vs. KJP)	Zugelassene Psychotherapeuten in Richtlinienverfahren
Finnland	9 Modalitäten	Ä, Ps, SA, KS, Pr	Registrierte Psychotherapeuten (50-80%)
Frankreich	Keine	Ä (Psy), Ps, „Ni-Ni“	Nur Mediziner
Griechenland	Keine	Alle (außer Theologen)	40-80%, Psychiater, klin. Psychologen
Italien	Alle	A, PS	Ja, bei med. Verordnung
Lettland	PD	Ä, Ps, Le, Pä, SA, KS, The, Soz u.a.	Keine
Luxemburg	Keine	Ä, Ps, Pä, Le, SA	Nur Ärzte
Niederlande	CBT, PD, CCT, Fam, Gr	Ä, Ps, Pä, Mental health Care Masters	Ja, registrierte Psychotherapeuten
Österreich	22 Modalitäten	Ä, Ps, Le, Pä, SA, KS, The, KG	Partiell
Polen	Keine	Ä, Ps, Pä, SA, KS, The, Soz	Ja, Psychiater/Psychologen
Portugal	Keine	Ä, Ps, (SA, KS)	Partiell (ca. 1/3), Psychiater/Psychologen
Rumänien	Alle	Ä, Ps, Pä, SA, Th	Nein
Schweden	PD, CBT, Gr, Fam, PA	A, Ps, SA, KS, Phys, Soz, The, AT	Ja, komplett
Slowakei	12 Modalitäten	Ä, Ps, SA, KS, HP, SP	Ja, bis zu 25 Sitzungen
Slowenien	9 Modal.	Alle	Ausgew. Berufe
Spanien	CBT, PD, ST	Ä, Ps	Keine
Tschechische Rep.	9 Modalitäten	Ä, Ps	Klinische Psychologen, Ärzte, im Ermessen der Versicherungen
Vereinigtes KR	CBT, PD, KZP, Psychodrama, ST	Ä, Ps, SA, KS (u.a.)	Im Brit. System alle Methoden frei zugänglich

Spalte 2: PD = Psychodynamische Therapie, PA = Psychoanalyse, CBT = Kognitive Verhaltenstherapie, KZP = Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, ST = Systemische Therapie, Fam = Familientherapie, Gr = Gruppenpsychotherapie

Spalte 3: Ä = ÄrztInnen, PS = PsychologInnen, Pä = PädagogInnen, KS = Krankenschwestern(-pfleger), SP = SozialpädagogInnen, SA = SozialarbeiterInnen, LE = LehrerInnen, The = TheologInnen, HP = HeilpädagogInnen, Soz = SoziologInnen, Phys = PhysiotherapeutInnen, AT = ArbeitstherapeutInnen, KG = KrankengymnastInnen

8.6. Anhang – Psychotherapie in den USA und Kanada

Es folgen Angaben zur **Psychotherapie in USA und in Kanada**, die umfassenden Zusammenfassungen von Wolf et al. (USA) sowie Gazzola et al. (Canada) entstammen (<http://www.psychotherapyresearch.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=89>), wo sie ausführlich nachlesbar sind.

USA

The distinguishing feature of mental health professionals in the United States is the ability to bill and obtain reimbursement for services from private insurance companies and government agencies. The main professional groups that provide mental health services are psychiatrists, psychologists, nurses, clinical social workers, counselors, alcohol and drug counselors, and family therapists. Other groups, such as pastoral counselors, personal life coaches, and unlicensed individuals who identify themselves as psychotherapists, may provide mental health services, but they are not permitted to bill private insurance companies or government agencies for reimbursement. A significant exception to this distinction is the physician who is not trained as a psychiatrist but can provide and bill for mental health services.

All of the following groups are trained and licensed to make diagnoses and provide psychotherapy to individuals, families and groups, in addition to other very specific functions. **Psychiatrists** are physicians who specialize in the diagnosis and treatment of behavioral and emotional illnesses. They are qualified to prescribe medications. **Psychologists are mental health practitioner with a doctoral degree (Ph.D. or Psy.D.) who are trained to administer and interpret psychological tests.** **Clinical social workers** hold a master's degree in social work. **Licensed professional counselors** and **mental health counselors** also hold a master's degree. **Certified alcohol and drug abuse counselors** specialize in the treatment of alcohol and drug abuse. **Nurse practitioners** are registered nurses with specialized training in psychiatric and mental health nursing. **Marital and family therapists** hold a master's or doctor's degree with specialized training in marital and family therapy.

In addition to state licensing boards, the main professional groups have organizations at the state and national levels that advocate for their members. National organizations are responsible for accrediting programs at degree granting educational institutions in order for their graduates to sit for state board licensing examinations.

Each of these groups is trained in psychotherapy in addition to other professional specialties; for example, the use of psychotropic medication by psychiatrists, psychological testing by psychologists, and the coordination of social services and case management by social worker and counselors. However, the data on the treatment of mental illness indicate that most patients in the USA receive care from non-specialty physicians and psychiatrists who prescribe medication (Zuvekas & Meyerhoefer, 2006). Available studies indicate that psychiatrists treat over 90% of their patients with medication and 48% with psychotherapy and/or medication (Pincus et al., 1999). Psychologists whose practices in the past were exclusively devoted to psychotherapy have been forced to diversify their practices and are seeing fewer psychotherapy cases. Social workers are increasingly being employed by community agencies to practice psychotherapy in addition to providing social services.

At the present time, more psychologists and social workers are psychotherapy providers than any other group, and psychiatry as a profession has tended to deemphasize psychotherapeutic training and practice in favor of psychopharmacological treatments. Yet there is some indication that the pendulum is beginning to shift back in psychiatry towards greater interest in psychotherapy training by residents as they realize the limitations of pharmacotherapy and the lack of professional job satisfaction provided by writing prescriptions all day. Recent applicants to residency programs have looked for assurance of psychotherapy training, and the better programs are providing it.

Canada

The practice of psychotherapy is largely unregulated in Canada.

The following are professions that are regulated:

- Medical – Psychiatrists, General Practitioners (GPs), Nurses (Psychiatric)
- Psychologists
- Social Workers & Social Service Workers
- Occupational Therapy (mental health disability)

The unregulated professions include:

- Counsellors: Addictions, Employee Assistance, Career/Guidance, Marriage/Family etc.
- Miscellaneous: Art/music/play therapy, Coaches, Pastoral/Spiritual Care

Regulation is a provincial matter. Each province has its own Colleges (e.g., College of Psychology).

Psychiatrists are medically-trained physicians who diagnose, treat, and provide on-going care in the case of mental disorders – includes direct care (psychotherapy/drugs), consultation (e.g. GPs), and referral. Only medical doctors (e.g., psychiatrists/GPs) have prescription privileges. Training requires 5 years specialized training (practically-focused), in addition to 4 years of general medicine, as well as undergraduate university studies. Canadian Psychiatric Association ~ 4,100 members. (Source: Canadian Psychiatric Association, 2007b/c).

Psychologists are masters or doctoral-level university-trained professionals who examine and assess behaviour, diagnose behavioural, emotional and cognitive disorders, counsel clients and provide therapy. Psychologists do not prescribe drugs. Master's programs typically require 2 years beyond undergraduate, while doctorate programs require 4+ years beyond master's level (both programs require practicum components, often certification via national exam). National association – Canadian Psychological Association (~ 6000 members not all registered) <http://www.cpa.ca/>. Provincial is a mixture of regional associations (e.g. College of Psychologists of Ontario <http://www.cpo.on.ca/> L'Ordre des psychologues du Québec <http://www.ordrepsy.qc.ca/opqv2/eng/index.asp>) as well as licensing boards.) Training requirements vary by province. For instance, in Ontario, Quebec, British Columbia, and Manitoba the minimum degree is a doctorate (see Canadian Psychological Association, 2007a/b; HRDC, 2007d).

Social Workers help individuals, couples, families, groups, communities and organizations develop the skills and resources they need to enhance social functioning and provide counselling, therapy and referral to other supportive social services. Social workers do not diagnose mental disorders nor prescribe drugs. They often focus on connecting clients with community resources. Typically (but not always), most provinces require a Bachelor's degree (usually with practical experience), and often provincial exams. Use of title is regulated; registration with a provincial government body is usually required. National association is Canadian Association of Social Workers (<http://www.casw-acts.ca/>). (Source: Canadian Association of Social Workers, 2007; HRDC, 2007a/e).

Counsellors help individuals and groups of clients to identify, understand and overcome personal problems and achieve personal objectives. They are employed by counselling centres, social service agencies, group homes, government agencies, family therapy centres, and health care and

rehabilitation facilities, or they may work in private practice. They often counsel, assess, test and refer clients, but do not diagnose nor prescribe drugs. With the exception of school-based guidance counselling, counselling is not regulated by statute nor is the title “counselor” protected. Counselling is largely a self-regulated profession in Canada with the notable exception of Quebec where the title “guidance counsellor” is protected and a scope of practice is defined. Other Canadian jurisdictions are moving in the direction of protecting the title and scope of practice of counsellors (e.g., in British Columbia *counselling therapist*). Counsellors in Canada are mostly certified via the self-regulation body of the Canadian Counselling Association with ~ 3,000 members (<http://www.ccacc.ca/>). Certified counsellors require a master’s degree in counselling or equivalent that includes a supervised practicum experience. (Source: Canadian Counselling Association, 2007; HRDC 2007b/c).

Other possible psychotherapist practitioners include nurse practitioners, physician therapists, among others.

9. Weitere Ergebnisse

Neben der Ergebnisdarstellung im Rahmen der vom BMG beschriebenen Forschungsfragen konnten weiterführende Informationen zu inhaltlichen und organisatorischen Aspekten der Psychotherapieausbildung gesammelt und ausgewertet.

Angesichts der kurzen Zeitspanne, in der das Gutachten erstellt wurde, kann an dieser Stelle nur ein kleiner Ausschnitt wichtiger Ergebnisse aus dem Material dargestellt werden, von denen wir denken, dass sie speziell für die in der Ausbildung Tätigen von Interesse sein könnten.

Im Folgenden beziehen wir uns auf Ergebnisse zur Frage der Qualitätssicherung (Quelle: unterschiedliche Erhebungen), Fragen zu einer möglichen Kompetenzerweiterung für PP und KJP, die im Kap. G im Zusammenhang mit der Bewertung einer „Medizinorientierung“ wieder aufgegriffen werden und einige Fragen zur organisatorischen, zeitlichen und inhaltlichen Gestaltung der Ausbildung (i.e. Instituts- und Verfahrenswechsel, Unterbrechung der Ausbildung).

Das Kapitel wird ergänzt um einige Ergebnisse aus den Befragungen der Aufsichtsbehörden, der Institutsleitung sowie der Delphibefragung.

9.1. Qualitätssicherung

Zu diesem Thema können aus den Befragungen der Lehrkräfte, der aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen und der AbsolventInnen Angaben gemacht werden.

AusbildungsteilnehmerInnenbefragung

Die aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen und die AbsolventInnen der Ausbildung wurden danach befragt, im Rahmen welcher Ausbildungsteile Ihnen die Gelegenheit zur Rückmeldung über die Qualität gegeben wurde und inwiefern diese Rückmeldungen ernst genommen wurden oder zu Veränderungen führten (Tabelle E 9-1).

Tabelle E 9-1: Häufigkeit der Gelegenheit zur Evaluation für einzelne Ausbildungsteile (Angaben der TN)

Evaluation von	Gesamt (N=3223)		VT (n=2022)			PD (n=1094)	
	n	%	n	%		n	%
Theorie	2719	84,4	1841	91,0	>	872	79,7
Einzelselbsterfahrung	501	15,5	186	9,2	<	313	28,6
Gruppenselbsterfahrung	1366	42,4	1142	56,5	>	220	20,1
Praktische Tätigkeit I	647	20,1	359	17,8	<	287	26,2
Praktische Tätigkeit II	543	16,8	281	13,9	<	261	23,9
Praktische Ausbildung	519	16,1	261	12,9	<	258	23,6
Einzelsuperversion	588	18,2	305	15,1	<	282	25,8
Gruppensuperversion	543	16,8	357	17,7	>	184	16,8
„Freie Spitze“	278	8,6	78	3,9	<	200	18,3
Keine Evaluation möglich	131	4,1	27	1,3	<	103	9,4

Für alle AusbildungsteilnehmerInnen bestand am ehesten im Rahmen der Theorieveranstaltungen (84,4%) und Gruppenselbsterfahrung (42,4%) Gelegenheit zur Rückmeldung. Die Qualität aller anderen Ausbildungsteile (außer der Gruppenselbsterfahrung bei den Verhaltenstherapieausbildungen) konnten von höchstens 1/4 bis 1/3 der AusbildungsteilnehmerInnen bewertet werden.

In den meisten Bereichen der Ausbildung hatten die AusbildungsteilnehmerInnen der psychodynamisch orientierten Verfahren etwas mehr Gelegenheit zu einer Rückmeldung, wobei ins-

gesamt eher selten Rückmeldungen möglich sind. In den Ausbildungsbausteinen Theorie und Gruppenselbsterfahrung allerdings gab es für die AusbildungsteilnehmerInnen der Verfahrensrichtung Verhaltenstherapie mehr Gelegenheit zu einer Rückmeldung.

Tabelle E 9-2: Aussagen über vorhandene Konsequenzen nach Rückmeldung über die Qualität der Ausbildungsteile (der Eindruck, ernst genommen zu werden), Aussagen der TN

Evaluation von	Gesamt (N=3223)				VT (n=2022)				PD (n=1094)			
	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Theorie	1774	55,0	593	18,4	1114	55,1	461	22,8	655	59,9	132	12,1
Einzelselfsterfahrung	384	11,9	78	2,4	116	5,7	54	2,7	266	24,3	24	2,2
Gruppenselbsterfahrung	806	25,0	274	8,5	644	31,8	243	12,0	158	14,4	31	2,8
Praktische Tätigkeit I	311	9,6	274	8,5	143	7,1	182	9,0	168	15,4	91	8,3
Praktische Tätigkeit II	298	9,2	186	5,8	120	5,9	126	6,2	178	16,3	59	5,4
Praktische Ausbildung	356	11,0	105	3,3	158	7,8	79	3,9	198	18,1	26	2,4
Einzel-superversion	427	13,2	78	2,4	193	9,3	55	2,7	233	21,3	23	2,1
Gruppen-superversion	377	11,7	93	2,9	229	11,3	75	3,7	146	13,3	18	1,6
„Freie Spitze“	205	6,4	75	2,3	47	2,3	48	2,4	158	14,4	27	2,5

Insgesamt fühlen sich die AusbildungsteilnehmerInnen bezüglich ihrer Rückmeldung des Ausbildungsbausteines Theorie ernst genommen, am geringsten bezüglich ihrer Rückmeldung zum Ausbildungsbaustein Praktische Tätigkeit I und II sowie „Freie Spitze“ (Tabelle E 9-2).

AusbildungsteilnehmerInnen der Richtung Verhaltenstherapie fühlen sich in weniger Ausbildungsteilen bezüglich ihrer Rückmeldung ernst genommen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass AusbildungsteilnehmerInnen psychodynamisch orientierter Verfahren (außer in den Teilen Theorie und Gruppenselbsterfahrung) häufiger die Möglichkeit einer Rückmeldung haben und sich diesbezüglich ernster genommen fühlen als AusbildungsteilnehmerInnen der Verhaltenstherapie.

AbsolventInnenbefragung

Tabelle E 9-3: Häufigkeit der Gelegenheit zur Evaluation für einzelne Ausbildungsteile (Angaben der ABS)

Evaluation von	Gesamt (N=666)		VT (n=520)			PD (n=90)	
	n	%	n	%		n	%
Theorie	528	79,3	458	88,1	>	70	77,8
Einzelselfsterfahrung	144	21,6	121	23,3	<	23	25,6
Gruppenselbsterfahrung	315	47,3	291	56,0	>	24	26,7
Praktische Tätigkeit I	98	14,7	75	14,4	<	23	25,6
Praktische Tätigkeit II	97	14,6	73	14,0	<	24	26,7
Praktische Ausbildung	131	19,7	103	19,8	<	28	31,1
Einzel-superversion	182	27,3	151	29,0	<	31	34,4
Gruppen-superversion	170	25,5	144	27,7	<	26	28,9
„Freie Spitze“	30	4,5	23	4,4	<	7	7,8
Keine Gelegenheit	28	4,2	21	4,0	<	7	7,8

Auch für alle AbsolventInnen bestand hauptsächlich im Rahmen der Theorieveranstaltungen (79,3%) und Gruppenselbsterfahrung (47,3%) Gelegenheit zur Rückmeldung über die Qualität der Veranstaltungen. Die Qualität aller anderen Ausbildungsteile konnte von höchstens 1/4 bis 1/3 der damaligen AusbildungsteilnehmerInnen bewertet werden (Tabelle E 9-3).

Tabelle E 9-4: Aussagen über vorhandene Konsequenzen nach Rückmeldung über die Qualität der Ausbildungsteile (der Eindruck, ernst genommen zu werden), Aussagen der ABS

Evaluation von	Gesamt (N=666)				VT (n=520)				PD (n=90)			
	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Theorie	29	4,4	18	2,7	20	3,8	16	3,1	9	10,0	2	2,2
Einzelselfterfahrung	12	1,8	7	1,1	6	1,2	6	1,2	6	6,7	1	1,1
Gruppenselbsterfahrung	21	3,2	13	2,0	18	3,5	10	1,9	3	3,3	3	3,3
Praktische Tätigkeit I	7	1,1	14	2,1	4	0,8	10	1,9	3	3,3	4	4,4
Praktische Tätigkeit II	10	1,5	13	2,0	7	1,3	10	1,9	3	3,3	3	3,3
Praktische Ausbildung	15	2,3	9	1,4	9	1,7	9	1,7	6	6,7	0	0,0
Einzel-superversion	17	2,6	7	1,1	10	1,9	5	1,0	7	7,8	2	2,2
Gruppen-superversion	13	2,0	7	1,1	9	1,7	5	1,0	4	4,4	2	2,2
„Freie Spitze“	4	0,6	7	1,1	3	0,6	6	1,2	1	1,1	1	1,1

In den meisten Bereichen der Ausbildung hatten die AbsolventInnen der psychodynamisch orientierten Verfahren mehr Gelegenheit zu einer Rückmeldung. In den Ausbildungsbausteinen Theorie und Gruppenselbsterfahrung hatten die damaligen AusbildungsteilnehmerInnen der Verfahrensrichtung Verhaltenstherapie mehr Gelegenheit zu einer Rückmeldung.

Die Ergebnisse der AusbildungsteilnehmerInnen (TN) und der AbsolventInnen (ABS) hinsichtlich der Gelegenheit einer Rückmeldung ähneln sich sehr.

Wenige der AbsolventInnen fühlten sich im Rückblick bezüglich ihrer Rückmeldungen über die Qualität der Ausbildung ernst genommen oder hatten den Eindruck, dass diese zu Veränderungen geführt hätten (Tabelle E 9-4). AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Verfahren bezogen auf mehr Ausbildungsteile den Eindruck hinsichtlich ihrer Rückmeldung ernst genommen zu werden als AbsolventInnen der Verhaltenstherapie.

Insgesamt unterscheiden sich die befragten AbsolventInnen stark von den befragten AusbildungsteilnehmerInnen in den Antworthäufigkeiten, jedoch ähneln sich die befragten Gruppen in den Antwortrichtungen.

Befragung der Lehrkräfte

Die Lehrtätigkeit an der Ausbildungsstätte wird bei knapp über 50% der Befragten Lehrkräfte evaluiert (54%, n=1186, n=468 sagten Nein, Fehlend n=542).

Von den Lehrkräften, die in der KJP-Ausbildung tätig sind, beantworteten die Frage, ob ihre Tätigkeit evaluiert wird, 75% mit ja (n=495, Nein: n=164), von den Lehrkräften in der PP-Ausbildung nur 71% (n=965; Nein: n=396).

Lehrkräfte mit TP/PA-Ausbildung oder nur PA-Ausbildung geben seltener an, dass ihre Tätigkeit evaluiert wird (51,8% bzw. 54,1%) als Lehrkräfte anderer Vertiefungsrichtungen (VT: 93,9%, TP: 78,3%, Sonstige: 80,8%, PA/VT: 83,5%).

Gröber nach Vertiefungsverfahren unterteilt ergibt sich folgendes Bild (Abbildung E 9-1): 93,9% der VT-Lehrkräfte geben an (n=536), dass eine Evaluation stattfindet, 83,5% der Lehrkräfte mit einem psychodynamischen und einem verhaltenstherapeutischen Verfahren (n=101) und 55,2% (n=469) der Lehrkräfte mit einem psychodynamischen Vertiefungsverfahren.

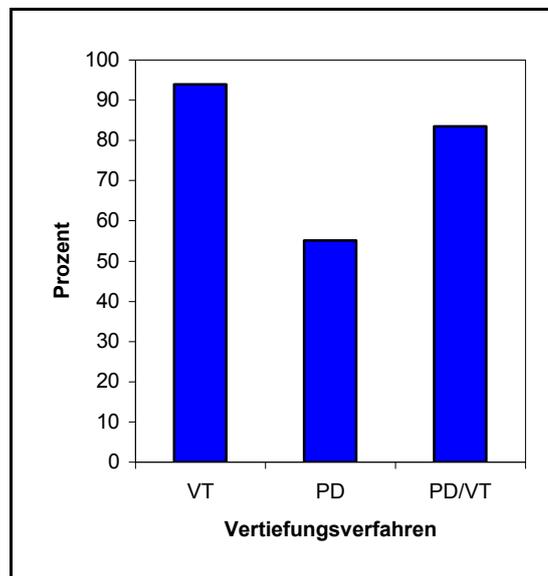


Abbildung E 9-1: Antworten der Lehrkräfte unterschiedlicher Vertiefungsverfahren auf die Frage: „Wird Ihre Tätigkeit an der Ausbildungsstätte evaluiert?“

Am häufigsten wird angegeben, dass die Ergebnisse der Evaluation mit der Institutsleitung besprochen werden (Tabelle E 9-5). Auch bei den sonstigen Angaben wird am häufigsten gesagt, dass die Ergebnisse der Evaluation als Feedback an die Dozenten rückgemeldet werden (per Mail oder persönlich durch Institutsleitung/Kollegen).

Tabelle E 9-5: Antworten der Lehrkräfte auf die Frage nach dem Umgang mit der Evaluation der eigenen Tätigkeit

Umgang mit Evaluation	Antworten		Prozent der Fälle
	n	%	%
Besprechung mit Ausbildungsteilnehmer	438	25,2	37,3
Besprechung mit Institutsleitung	559	32,2	47,6
eigenes Feedback	453	26,1	38,6
nicht bekannt	187	10,8	15,9
sonstiges	100	5,8	8,5
Gesamt	1737	100,0	148,0

Bei etwa der Hälfte der Lehrkräfte, deren Tätigkeit evaluiert wird, hat die Evaluation schon Konsequenzen gehabt (49,5% der Personen, deren Tätigkeit evaluiert wird (n=595)).

Lehrkräfte mit sonstigen Ausbildungen sowie psychoanalytischer Ausbildung geben weniger häufig Konsequenzen aus den Evaluierungen an (31,6% bzw. 44,4%). Am häufigsten werden Konsequenzen von Lehrkräften angegeben, die in der TP- und PA-Ausbildung (56,3%) und in der VT-Ausbildung (52,5%) tätig sind.

Gröber nach Vertiefungsverfahren unterteilt ergibt sich folgendes Bild (Abbildung E 9-2): 52,2% der VT-Lehrkräfte geben an (n=261), dass eine Evaluation auch schon Konsequenzen (positiver oder negativer Art) hatte, 54,6% der Lehrkräfte mit einem psychodynamischen und einem verhaltenstherapeutischen Verfahren (n=49) und 54,6% (n=245) der Lehrkräfte mit einem psychodynamischen Vertiefungsverfahren.

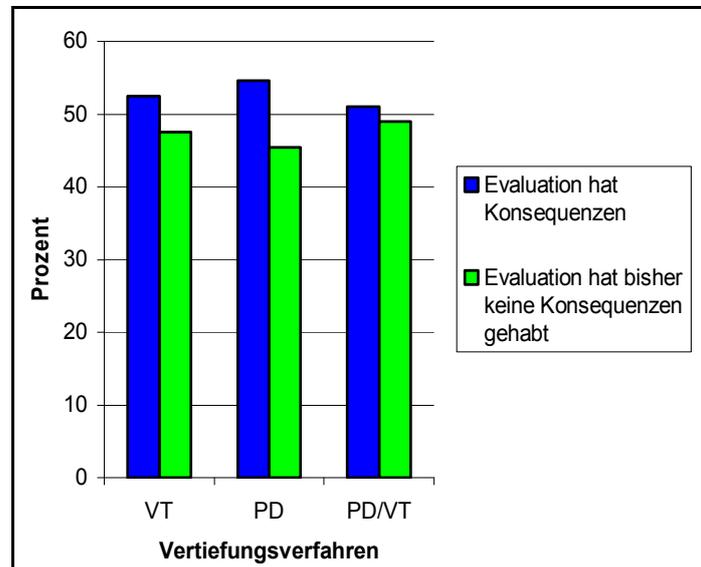


Abbildung E 9-2: Antworten der Lehrkräfte unterschiedlicher Vertiefungsverfahren auf die Frage: „Haben positive/negative Evaluationen schon Konsequenzen für Sie gehabt?“

Diejenigen Lehrkräfte, die in einem offenen Antwortformat eine Konsequenz beschrieben, gaben diese folgendermaßen an (von N=517 Aussagen):

- Bestätigung der eigenen Tätigkeit bzw. Veränderung der Präsentation von Inhalten/der Inhalte selber/ der Didaktik 56%
- Ausweitung/Bestätigung/Verringerung des Lehrauftrags 24%
- kritische Prüfung/Veränderung der Selbsteinschätzung, Einfluss auf eigene Motivation 9%
- Lob/Kritik der eigenen Arbeit 4%
- bessere Bezahlung/Bonus 1%
- Jobangebot/Jobverlust 2%
- Austausch mit Kollegen/Institutsleitung, Teilnehmern etc. 3%
- Stress/Ärger 1%

- Eine Evaluationsmöglichkeit wird bei den aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen bzw. wurde bei den ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen vor allem im Rahmen der Theorieveranstaltungen angegeben, weniger bei den anderen Ausbildungsteilen. In den Ausbildungsbausteinen Theorie und Gruppenselbsterfahrung gab es für die AusbildungsteilnehmerInnen der Verfahrensrichtung Verhaltenstherapie mehr Gelegenheit zu einer Rückmeldung, in den anderen Bereichen der Ausbildung hatten die AusbildungsteilnehmerInnen der psychodynamisch orientierten Verfahren mehr Gelegenheit zu einer Rückmeldung.
- Insgesamt fühlen sich die AusbildungsteilnehmerInnen mit Ihren Rückmeldungen ernst genommen. AusbildungsteilnehmerInnen psychodynamisch orientierter Verfahren (außer in den Teilen Theorie und Gruppenselbsterfahrung) fühlen sich ernster genommen als AusbildungsteilnehmerInnen der Verhaltenstherapie.

- Rückblickend fühlten sich nur wenige der AbsolventInnen bezüglich ihrer Rückmeldungen über die Qualität der Ausbildung ernst genommen oder hatten den Eindruck, dass diese zu Veränderungen geführt hätten.
- Eine Evaluation der eigenen Tätigkeit wird nur bei etwa der Hälfte der befragten Lehrkräfte durchgeführt. In der PP-Ausbildung findet die Evaluation etwas weniger häufig statt, als in der KJP-Ausbildung.
- Lehrkräfte mit TP/PA-Ausbildung oder nur PA-Ausbildung geben weniger häufig an, dass ihre Tätigkeit evaluiert wird als Lehrkräfte mit anderen Vertiefungsrichtungen. Daher scheint in den psychoanalytischen Ausbildungen weniger systematische Evaluation stattzufinden. Konsequenzen haben die Evaluierungen nur in etwa der Hälfte der Fälle gehabt.

9.2. Kompetenzerweiterung

Zu diesem Thema können Angaben aus den Befragungen der Lehrkräfte sowie der aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen und die AbsolventInnen abgeleitet werden.

9.2.1. Verordnung von Psychopharmaka

AusbildungsteilnehmerInnen

Im Folgenden werden Einschätzung zu zukünftigen erweiterten Kompetenzen der Psychologischen PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen dargestellt.

52% der TN bejahen die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung im Hinblick auf die Verordnung verschreibungspflichtiger Psychopharmaka (nach zusätzlichen Qualifikationsmaßnahmen) (Tabelle E 9-6).

Tabelle E 9-6: Befürwortung der Möglichkeit, verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen (Angaben der TN)

	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	1680	52,1	1377	42,7	166	5,2
VT	1234	61,0	745	36,8	43	2,1
PD	444	40,6	627	57,3	23	2,1
KJP	356	41,7	480	56,2	18	2,1
PP	1314	58,3	892	39,6	49	2,2
Diplom Psychologen	1398	56,6	980	39,6	94	3,8

AusbildungsteilnehmerInnen der Verfahrensrichtung Verhaltenstherapie befürworten häufiger die Möglichkeit (61%), verschreibungspflichtige Psychopharmaka verordnen zu dürfen als AusbildungsteilnehmerInnen psychodynamisch orientierter Verfahren (41%) (Tabelle E 9-6). Gefragt nach dem Wunsch, diese Kompetenzerweiterung auch anzustreben, antworten weniger TN mit ja (Tabelle E 9-7).

Tabelle E 9-7: Angaben zum Wunsch, diese Kompetenzerweiterung (Psychopharmakaverordnung) anzustreben (Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen)

	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	1596	49,5	1460	45,3	167	5,2
VT	1185	58,6	793	39,2	44	2,2
PD	410	37,5	661	60,4	23	2,1
KJP	353	41,3	483	56,6	18	2,1
PP	1237	54,9	968	42,9	50	2,2
Diplom Psychologen	1322	53,5	1055	42,7	95	3,8

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Hälfte der TN, welche aktuell in Ausbildung sind, die Möglichkeit, Psychopharmaka zu verordnen, befürworten und diese Kompetenzerweiterung auch anstreben würden. Gruppen, die tendenziell häufiger die Möglichkeit, verschreibungspflichtige Psychopharmaka verordnen zu dürfen, befürworten streben auch häufiger eine solche Kompetenzerweiterung an.

AusbildungsteilnehmerInnen der Verfahrensrichtung Verhaltenstherapie geben häufiger den Wunsch einer solchen Kompetenzerweiterung an als AusbildungsteilnehmerInnen psychodynamisch orientierter Verfahren.

AbsolventInnenbefragung

Tabelle E 9-8: Befürwortung der Möglichkeit, verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen (Angaben der ABS)

	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	358	53,8	239	35,9	69	10,4
VT	323	62,1	187	36,0	10	1,9
PD	35	38,9	52	57,8	3	3,3
KJP	62	51,2	55	45,5	4	3,3
PP	296	60,5	184	37,6	9	1,8
Diplom Psychologen	313	57,9	201	37,2	27	5,0
tätig im ambulanten Bereich	247	59,4	168	40,4	1	0,2
tätig im stationären Bereich	157	66,8	78	33,2	0	0,0
28 – 39 J.	228	57,3	152	38,2	18	4,5
40 – 49 J.	105	54,7	73	38,0	14	7,3
50 – 58 J.	25	55,6	14	31,1	6	13,3

Die Hälfte der befragten AbsolventInnen befürwortet die Möglichkeit, verschreibungspflichtige Psychopharmaka verordnen zu dürfen (Tabelle E 9-8). Es besteht ein großer Unterschied zwischen befragten AbsolventInnen verhaltenstherapeutischer Verfahrensrichtung und AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Verfahren. Nur 39% der psychodynamisch orientierten AbsolventInnen und 62% der verhaltenstherapeutisch Ausgebildeten befürworten die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung.

Tabelle E 9-9: Angaben zum Wunsch / potentiellen Anstreben der Kompetenzerweiterung Psychopharmakaverordnung anzustreben (Angaben der ABS)

	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	349	52,4	248	37,2	69	10,4
VT	314	60,4	196	37,7	10	1,9
PD	35	38,9	52	57,8	3	3,3
KJP	56	46,3	61	50,4	4	3,3
PP	293	59,9	187	38,2	9	1,8
Diplom Psychologen	308	56,9	206	38,1	27	5,0
ambulanter Bereich (nach A.)	241	57,9	174	41,8	1	,2
stationärer Bereich (nach A.)	153	65,1	82	34,9	0	,0
28 – 39 J.	223	56,0	157	39,4	18	4,5
40 – 49 J.	102	53,1	76	39,6	14	7,3
50 – 58 J.	24	53,3	15	33,3	6	13,3

AbsolventInnen, die nach ihrer Ausbildung im stationären Bereich tätig sind, befürworten häufiger die Möglichkeit, verschreibungspflichtige Psychopharmaka verordnen zu dürfen im Vergleich zu AbsolventInnen, welche im ambulanten Bereich tätig sind. AbsolventInnen, welche die Möglichkeit,

verschreibungspflichtige Psychopharmaka verordnen zu dürfen befürworten, würden diese Kompetenzerweiterung zumeist auch anstreben (Tabelle E 9-9).

Am wenigsten interessiert an dieser Kompetenzerweiterung sind AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Ausbildungen. AbsolventInnen, die nach ihrer Ausbildung im stationären Bereich tätig waren geben am häufigsten an, dass sie eine derartige Kompetenzerweiterung anstreben würden.

9.2.2. Einweisungsbefugnis

AusbildungsteilnehmerInnenbefragung

80% der befragten TN befürworten die mögliche Erlaubnis für ambulant tätige Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen, Patienten ohne Konsultation von Ärzten in stationäre psychotherapeutische Bereiche einweisen zu dürfen (Tabelle E 9-10)

Tabelle E 9-10: Befürwortung der Einweisungsbefugnis ohne Konsultation von Ärzten (Angaben der TN)

	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	2602	80,7	453	14,1	168	5,2
VT	1766	87,3	211	10,4	45	2,2
PD	830	75,9	241	22,0	23	2,1
KJP	629	73,7	206	24,1	19	2,2
PP	1960	86,9	245	10,9	50	2,2
Diplom Psychologen	2111	85,4	266	10,8	95	3,8

Befragte AusbildungsteilnehmerInnen der Verhaltenstherapie befürworten die Möglichkeit der Einweisungsbefugnis häufiger (87,3%) als AusbildungsteilnehmerInnen psychodynamisch orientierter Verfahren (75,9%). 77% der befragten TN würden die Kompetenzerweiterung auch anstreben (Tabelle E 9-11).

Befragte AusbildungsteilnehmerInnen der Verhaltenstherapie geben häufiger an (84,2%), eine solche Kompetenzerweiterung anzustreben als AusbildungsteilnehmerInnen psychodynamisch orientierter Verfahren (71,9%).

Tabelle E 9-11: Angaben zum Wunsch, diese Kompetenzerweiterung (Einweisungsbefugnis) anzustreben (Angaben der TN)

	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	2495	77,4	559	17,3	169	5,2
VT	1702	84,2	275	13,6	45	2,2
PD	787	71,9	283	25,9	24	2,2
KJP	612	71,7	222	26,0	20	2,3
PP	1870	82,9	335	14,9	50	2,2
Diplom Psychologen	2025	81,9	352	14,2	95	3,8

AbsolventInnenbefragung

Tabelle E 9-12: Befürwortung der Einweisungsbefugnis ohne Konsultation von Ärzten (Angaben der ABS)

	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	546	82,0	52	7,8	68	10,2
VT	471	90,6	40	7,7	9	1,7
PD	75	83,3	12	13,3	3	3,3
KJP	100	82,6	18	14,9	3	2,5
PP	446	91,2	34	7,0	9	1,8
Diplom Psychologen	478	88,4	37	6,8	26	4,8
ambulanter Bereich (nach A.)	378	90,9	38	9,1	0	0,0
stationärer Bereich (nach A.)	222	94,5	13	5,5	0	0,0
28 – 39 J.	351	88,2	29	7,3	18	4,5
40 – 49 J.	159	82,8	20	10,4	13	6,8
50 – 58 J.	36	80,0	3	6,7	6	13,3

Die Mehrheit der befragten AbsolventInnen befürwortet die Möglichkeit einer Einweisungsbefugnis ambulant tätiger Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (Tabelle E 9-12). Befragte AbsolventInnen der Verhaltenstherapie befürworten die Einweisungsbefugnis häufiger (90,6%) als AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Verfahren (83,3%). AbsolventInnen, die nach ihrer Ausbildung im stationären Bereich tätig sind, geben am häufigsten an, die Möglichkeit der Einweisungsbefugnis zu befürworten.

Jüngere befragte AbsolventInnen befürworten die Möglichkeit zur Einweisungsbefugnis häufiger als ältere befragte AbsolventInnen.

Tabelle E 9-13: Angaben zum Wunsch, diese Kompetenzerweiterung (Einweisungsbefugnis) anzustreben (Angaben der ABS)

	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
Gesamt	526	79,0	72	10,8	68	10,2
VT	457	87,9	54	10,4	9	1,7
PD	69	76,7	18	20,0	3	3,3
KJP	97	80,2	21	17,4	3	2,5
PP	429	87,7	51	10,4	9	1,8
Diplom Psychologen	458	84,7	57	10,5	26	4,8
ambulanter Bereich (nach A.)	363	87,3	53	12,7	0	,0
stationärer Bereich (nach A.)	217	92,3	18	7,7	0	,0
28 – 39 J.	341	85,7	39	9,8	18	4,5
40 – 49 J.	151	78,6	28	14,6	13	6,8
50 – 58 J.	34	75,6	5	11,1	6	13,3

Nahezu alle AbsolventInnen, die eine Kompetenzerweiterung in Richtung Einweisungsbefugnis befürworten, würden diese Kompetenzerweiterung auch anstreben (Tabelle E 9-13).

Befragte AbsolventInnen der Verhaltenstherapie geben häufiger den Wunsch einer solchen Kompetenzerweiterung an (88%), als AbsolventInnen psychodynamisch orientierter Verfahren (77%). AbsolventInnen, die nach ihrer Ausbildung im stationären Bereich tätig waren, geben am häufigsten an, die Möglichkeit der Einweisungsbefugnis zu befürworten und eine derartige Kompetenzerweiterung anzustreben.

9.2.3. Einweisungsbefugnis, Verordnung von Psychopharmaka, Krankschreibung, Überweisung aus Sicht der Lehrkräfte

Die Lehrkräfte wurden einerseits nach Ihrer generellen Meinung zur Möglichkeit einer Kompetenzerweiterung gefragt, andererseits danach, ob Sie selbst eine Kompetenzerweiterung anstreben würden.

Tabelle E 9-14: Einschätzungen der Lehrkräfte zur Möglichkeit der Kompetenzerweiterung für Psychotherapeuten – mit Unterteilung in ärztliche und nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen

Sollten Psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen die Möglichkeit erhalten, durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen selbstständig (ohne ärztliche Konsultation) ...	Gesamt		Arzt		Nicht-Arzt		
	n	%	n	%	n	%	
verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen?	Ja	401	18,3	14	3,5	370	31,3
	Nein	1261	57,4	389	96,5	814	68,8
	Weiß nicht	80	3,6	3	0,7	75	5,8
	Fehlend	454	20,7	-	-	38	2,9
„krankschreiben“ zu können (AU-Bescheinigung)?	Ja	759	34,6	98	24,9	628	52,1
	Nein	916	41,7	296	75,1	577	47,9
	Weiß nicht	67	3,1	10	2,5	57	4,4
	Fehlend	454	20,7	2	0,5	35	2,7
in stationäre Behandlung einweisen zu können?	Ja	1246	56,7	212	54,2	987	79,8
	Nein	458	20,9	179	45,8	250	20,2
	Weiß nicht	49	2,2	14	3,4	33	2,5
	Fehlend	443	20,2	1	0,2	27	2,1
die stationäre Unterbringung erwachsener Patienten anordnen zu können?	Ja	768	35,0	102	26,5	638	57,7
	Nein	793	36,1	283	73,5	467	42,3
	Weiß nicht	131	6,0	17	4,2	101	8,5
	Fehlend	504	23,0	4	1,0	82	6,3

Bei den Fragen zum Ausmaß der Medizinorientierung im Berufsbild einer(s) Psychologischen Psychotherapeutin(en) und einer(s) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin(en) wird eine Kompetenzerweiterung nur für die Einweisung in stationäre Behandlung eindeutig befürwortet (56% dafür, 21% dagegen). Das Verschreiben von Psychopharmaka wird überwiegend abgelehnt (57% dagegen, 18% dafür). Bei den Fragen nach der Kompetenzerweiterung zum Erteilen einer AU-Bescheinigung (35% dafür, 42% dagegen) sowie zur Anweisung einer stationären Unterbringung erwachsener Patienten (35% dafür, 36% dagegen) besteht weniger Einigkeit (Tabelle E 9-14).

ÄrztInnen stimmen wesentlich deutlicher gegen diese Möglichkeit (96,5%), als nicht ärztliche Lehrkräfte (68,8%). Überwiegend abgelehnt wird von ÄrztInnen auch die Möglichkeit, dass PsychotherapeutInnen „krankschreiben“ können (75,1%) sowie die stationäre Unterbringung anordnen zu können (73,5% dagegen). ÄrztInnen stimmen der Kompetenzerweiterung für die Möglichkeit der Einweisung in stationäre Behandlung überwiegend zu (54,2%). Nicht-Ärztliche Lehrkräfte lehnen nur die Verschreibung von Psychopharmaka ab, stimmen ansonsten allen Möglichkeiten der Kompetenzerweiterung zu (am eindeutigsten der Möglichkeit, in stationäre Behandlung einweisen zu dürfen (79,8%).

Sowohl ÄrztInnen, als auch die nicht-ärztlichen Lehrkräfte, die ambulant bzw. in eigener Praxis tätig sind lehnen die Möglichkeiten zur Kompetenzerweiterung häufiger ab, als diejenigen, die stationär bzw. teilstationär tätig sind (Tabelle E 9-15).

Tabelle E 9-15: Einschätzungen der Lehrkräfte zur Möglichkeit der Kompetenzerweiterung für Psychotherapeuten – mit Unterteilung in ärztliche und nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen und Tätigkeitsbereich

Sollten Psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen die Möglichkeit erhalten, durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen selbstständig (ohne ärztliche Konsultation) ...			Arzt				Nicht-Arzt			
			stationär	teilstationär	ambulant	eigene Praxis	stationär	teilstationär	ambulant	eigene Praxis
verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen?	Ja	n	7	2	8	8	70	22	141	241
		%	6	4	5	3	47	47	35	29
	Nein	n	102	48	151	274	79	25	259	604
		%	94	96	95	97	53	53	65	71
„krankschreiben“ zu können (AU-Bescheinigung)?	Ja	n	37	21	47	59	117	40	254	388
		%	34	42	30	22	77	73	62	45
	Nein	n	71	29	112	216	36	15	156	467
		%	66	58	70	78	23	27	38	55
in stationäre Behandlung einweisen zu können?	Ja	n	69	33	89	135	149	49	347	663
		%	64	66	57	49	94	91	82	76
	Nein	n	39	17	66	138	9	5	76	213
		%	36	34	43	51	6	9	18	24
die stationäre Unterbringung erwachsener Patienten anordnen zu können?	Ja	n	29	14	45	70	106	31	235	424
		%	28	29	30	26	77	62	63	54
	Nein	n	73	34	106	202	32	19	138	358
		%	72	71	70	74	23	38	37	46

Bei der Frage danach, ob die Lehrkräfte eine solche Kompetenzerweiterung selbst anstreben würden, spiegeln sich die beschriebenen Befürwortungen und Ablehnungen wider (Tabelle E 9-16): 43% würden gern in die stationäre Behandlung einweisen können, 23% streben dies nicht an; verschreibungspflichtige Psychopharmaka würden nur 19% verordnen, 47% streben dies nicht an. Auch bei der Frage nach der persönlichen Kompetenzerweiterung besteht weniger Einigkeit bei den Fragen nach der AU-Bescheinigung und der stationären Unterbringung. Ein größerer Teil der Lehrkräfte wünscht sich die Kompetenz, krankschreiben zu dürfen (AU-Bescheinigung) nicht (37%), 28% würden diese Kompetenzerweiterung anstreben; 34% würden gern die stationäre Unterbringung erwachsener Patienten anordnen können, 27% streben diese Kompetenz nicht an (Tabelle E 9-16).

Nichtärztliche PsychotherapeutInnen würden persönlich auch nur die Möglichkeit der Einweisung in stationäre Behandlung anstreben (65,5% dafür), jedoch eindeutig nicht die Verschreibungsmöglichkeit für Psychopharmaka (67,7% dagegen). Kein eindeutiges Bild gibt es bei der Frage nach der Möglichkeit, krankschreiben zu dürfen und die stationäre Unterbringung erwachsener PatientInnen anzuordnen (Tabelle E 9-16).

Tabelle E 9-16: Einschätzungen der Lehrkräfte zum eigenen Bestreben nach Möglichkeiten der Kompetenzerweiterung für Psychotherapeuten – mit Unterteilung in ärztliche und nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen

Würden Sie persönlich diese Art der Kompetenzerweiterung anstreben?		Gesamt		Nicht-Arzt	
		n	%	n	%
verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen?	Ja	419	19,1	385	32,2
	Nein	1037	47,2	810	67,7
	Weiß nicht	62	2,8	36	2,8
	fehlend	677	30,8	65	5,0
„krankschreiben“ zu können (AU-Bescheinigung)?	Ja	621	28,3	566	47,9
	Nein	814	37,1	616	52,1
	Weiß nicht	53	2,4	29	2,2
	fehlend	708	32,2	86	6,6
in stationäre Behandlung einweisen zu können?	Ja	943	42,9	849	65,5
	Nein	504	23,0	347	26,8
	Weiß nicht	51	2,3	26	2,0
	fehlend	698	34,1	75	5,8
die stationäre Unterbringung erwachsener Patienten anordnen zu können?	Ja	610	27,8	554	42,7
	Nein	753	34,3	564	43,5
	Weiß nicht	85	3,9	59	4,5
	fehlend	748	34,1	120	9,3

Die Kompetenzerweiterung würden des Weiteren häufiger diejenigen Lehrkräfte anstreben, die im stationären und teilstationären Bereich tätig sind (Tabelle E 9-17).

Tabelle E 9-17: Bestreben der nichtärztlichen PsychotherapeutInnen aus der Lehrkräftebefragung nach Kompetenzerweiterung

Würden Sie persönlich diese Art der Kompetenzerweiterung anstreben?			Arbeitsbereich der nichtärztlichen Lehrkräfte			
			stationär	teilstationär	ambulant	eigene Praxis
verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen?	Ja	n	76	27	156	244
		%	50	51	39	28
	Nein	n	75	26	247	616
		%	50	49	61	72
„krankschreiben“ zu können (AU-Bescheinigung)?	Ja	n	113	35	232	352
		%	75	66	59	42
	Nein	n	38	18	164	496
		%	25	34	41	59
in stationäre Behandlung einweisen zu können?	Ja	n	138	45	310	575
		%	89	88	76	67
	Nein	n	17	6	96	282
		%	11	12	24	33
die stationäre Unterbringung erwachsener Patienten anordnen zu können?	Ja	n	98	30	208	367
		%	69	61	56	45
	Nein	n	43	19	166	440
		%	31	39	44	55

- Knapp über die Hälfte der aktuellen und ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen befürworten die Möglichkeit Psychopharmaka zu verordnen. Nur etwa ein Fünftel der Lehrkräfte befürwortet diese Kompetenzerweiterung.
- Gruppen, die tendenziell häufiger die Möglichkeit verschreibungspflichtige Psychopharmaka verordnen zu dürfen befürworten, würden auch häufiger eine solche Kompetenzerweiterung anstreben.
- Ärzte(innen) lehnen die Verschreibungsmöglichkeit für Nicht-Ärzte(innen) sehr eindeutig ab.
- Sowohl die AbsolventInnen nach PsychThG als auch die Lehrkräfte, die im stationären/teilstationären Bereich arbeiten, befürworten die Kompetenzerweiterung zur Psychopharmakaverschreibung häufiger als diejenigen in eigener Praxis/im ambulanten Setting.
- Die Befugnis, in stationäre psychotherapeutische Bereiche einweisen zu können, wird von der Mehrheit der befragten AusbildungsteilnehmerInnen, AbsolventInnen und Lehrkräfte befürwortet (stationär/teilstationär Tätige häufiger als ambulant Tätige/Personen mit eigener Praxis). Auch ärztliche PsychotherapeutInnen befürworten diese Möglichkeit.
- Bei den Fragen nach der Kompetenzerweiterung zum Erteilen einer AU-Bescheinigung sowie zur Anweisung einer stationären Unterbringung erwachsener PatientInnen ist insgesamt kein eindeutiger Trend zu sehen. Nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen befürworten von diesen beiden Möglichkeiten stärker die Option, die stationäre Unterbringung anordnen zu können.

9.3. Institutswechsel

Zur Frage nach einem gewünschten bzw. erfolgten Wechsel zwischen den Ausbildungsstätten wurden die ehemaligen und die aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen befragt.

AbsolventInnen

Der Wechsel zwischen Ausbildungsinstituten ist nur bei wenigen der ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen tatsächlich erfolgt und auch nur bei wenigen – trotz ihres Wunsches – nicht erfolgt. Schwierigkeiten beim Wechsel von Instituten gab es auch nur in wenigen Fällen (Tabelle E 9-18, Tabelle E 9-19 und Tabelle E 9-20).

Tabelle E 9-18: Frage zum erwünschten/erfolgten Wechsel des Ausbildungsinstitutes bei AbsolventInnen

Wechsel des Ausbildungsinstitutes ist ...	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	total		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
erfolgt	50	7,5	41	7,9	9	10,0
nicht erfolgt	444	66,7	385	74,0	59	65,6
trotz meines Wunsches nicht erfolgt	4	,6	3	,6	1	1,1
war nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell unterstützt werden	102	15,3	84	16,2	18	20,0
gesamt	600	90,1	513	98,7	87	69,7
keine Angabe	66	9,9	7	1,3	3	3,3

Tabelle E 9-19: Schwierigkeiten beim Wechsel von Instituten (AbsolventInnen)

Falls Sie das Institut gewechselt haben / wechseln wollten: Hatten Sie dabei Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)	Gesamtstichprobe				Ausbildungsrichtung			
	ja, trifft zu		keine Angabe		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	23	3,5	610	91,6	18	3,5	5	5,6
fehlende Anrechnung von absolvierten Ausbildungsteilen	16	2,4	617	92,6	12	2,3	4	4,4
finanzielle Mehrbelastung	13	2,0	620	93,1	11	2,1	2	2,2

Tabelle E 9-20: Sonstige Schwierigkeiten beim Wechsel der Ausbildungsstätte (AbsolventInnen)

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	total		VT		PD	
	n	%	N	%	n	%
Ausbeutung	1	0,2	1	0,2	0	0,0
schlechte Organisation an Institut	4	0,6	3	0,6	1	1,1
Probleme beim Einstieg in den laufenden Kurs, Ablehnung, Probleme Anerkennung	4	0,6	4	0,8	0	0,0
geographische Gründe, zu große Entfernung vom Wohnort, Umzug	1	0,2	1	0,2	0	0,0
Mobbing	2	0,3	1	0,2	1	1,1
Probleme mit staatl. Approbationsbehörde	1	0,2	1	0,2	0	0,0
zeitliche Verzögerung	3	0,5	2	0,4	1	1,1
mangelnde Kommunikation unter Instituten	2	0,3	1	0,2	1	1,1
total	18	2,7	14	2,7	4	4,4
keine Angabe	648	97,3	506	97,3	86	95,6

AusbildungsteilnehmerInnen

240 TeilnehmerInnen bezeichneten sich in der Stichprobe als „wechselwillig“ (Wechsel erfolgt, Wechsel geplant und gewünscht, Wechsel trotz meines Wunsches nicht erfolgt). Davon hatten 78% Schwierigkeiten beim Wechsel der Ausbildungsstätte. Dabei berichten 47% der wechselwilligen TN über finanzielle Mehrbelastungen, 45% der wechselwilligen TN über fehlende Anrechnung von bereits absolvierten Ausbildungsteilen und 35% geben andere Schwierigkeiten an. Dazu gehören Schwierigkeiten mit nicht übereinstimmender Organisation, persönliche Schikane, vertragliche Bindungen, zeitliche Verlängerungen, geographische Gründe, Ablehnung durch die Ausbildungsstätte, mangelnde Unterstützung durch das Institut und Schwierigkeiten bei der Mitnahme laufender Behandlungen (Tabelle E 9-20, Tabelle E 9-21, Tabelle E 9-22 und Tabelle E 9-23).

Tabelle E 9-21: Frage zum erwünschten/erfolgten Wechsel des Ausbildungsinstitutes bei AusbildungsteilnehmerInnen

Wechsel des Ausbildungs-institutes ist ...	Gesamtstichprobe		Ausbildungsbereich				Ausbildungsrichtung			
	total		KJP		PP		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nicht gewünscht, nicht relevant für mich	1611	50,0	476	55,7	1128	50,0	984	48,7	622	56,9
erfolgt	107	3,3	20	2,3	86	3,8	56	2,8	51	4,7
geplant, gewünscht	78	2,4	19	2,2	58	2,6	46	2,3	32	2,9
trotz meines Wunsches nicht erfolgt	55	1,7	15	1,8	40	1,8	37	1,8	18	1,6
war nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell unterstützt werden	1084	33,6	264	30,9	815	36,1	788	39,0	294	26,9
total	2935	91,1	794	93,0	2127	94,3	1911	94,5	1017	93,0
keine Angabe	288	8,9	60	7,0	128	5,7	111	5,5	77	7,0

Tabelle E 9-22: Schwierigkeiten beim Wechsel zwischen Ausbildungsinstituten – gesamt und nach Ausbildungsgang (AusbildungsteilnehmerInnen)

Falls Sie die Ausbildungsstätte wechseln wollen: Hatten Sie dabei Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)	Gesamtstichprobe				Ausbildungsbereich							
	total				KJP				PP			
	ja, trifft zu		nein, trifft nicht zu		ja, trifft zu		nein, trifft nicht zu		ja, trifft zu		nein, trifft nicht zu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	57	1,8	3081	95,6	11	1,3	806	94,4	45	2,0	2163	95,9
fehlende Anrechnung von absolvierten Ausbildungsteilen	108	3,4	3030	94,0	29	3,4	788	92,3	79	3,5	2129	94,4
Finanzielle Mehrbelastung	112	3,5	3026	93,9	22	2,6	795	93,1	89	3,9	2119	94,0

Tabelle E 9-23: Schwierigkeiten beim Wechsel zwischen Ausbildungsinstituten – nach Vertiefungsverfahren (AusbildungsteilnehmerInnen)

	Ausbildungsrichtung							
	VT				PD			
	ja, trifft zu		nein, trifft nicht zu		ja, trifft zu		nein, trifft nicht zu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	30	1,5	1969	97,4	26	2,4	1006	92,0
fehlende Anrechnung von absolvierten Ausbildungsteilen	62	3,1	1937	95,8	46	4,2	986	90,1
finanzielle Mehrbelastung	64	3,2	1935	95,7	48	4,4	984	89,9

Tabelle E 9-24: Sonstige Schwierigkeiten beim Wechsel der Ausbildungsstätte (AusbildungsteilnehmerInnen)

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsbereich				Ausbildungsrichtung			
	total		KJP		PP		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
geographische Gründe	15	0,5	6	0,7	9	0,4	6	0,3	9	0,8
Neueinstieg, Anfängergruppe	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1
zeitliche / organisatorische Struktur nicht übereinstimmend	27	0,8	7	0,8	20	0,9	20	1,0	7	0,6
mangelnde Unterstützung	12	0,4	2	0,2	10	0,4	6	0,3	6	0,5
vertragliche Verpflichtung nicht zu wechseln	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1
persönliche Schikane wegen Wechsel	8	0,2	3	0,4	5	0,2	3	0,1	5	0,5
zeitliche Verlängerung	10	0,3	1	0,1	9	0,4	8	0,4	2	0,2
Mitnehmen laufender Therapien	4	0,1	1	0,1	3	0,1	1	0,0	3	0,3
Ablehnung durch Institut	6	0,2	1	0,1	5	0,2	5	0,2	1	0,1
Loyalität gegenüber dem 1. Ausbildungsinstitut	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1
total	85	2,6	21	2,5	64	2,8	49	2,4	36	3,3
keine Angabe	3138	97,4	833	97,5	2191	97,2	1973	97,6	1058	96,7

9.4. Verfahrenswechsel

AbsolventInnen

Ein Wechsel der Verfahrensrichtung war nur von einer verschwindend geringen Anzahl der AbsolventInnen gewünscht (Tabelle E 9-25).

Tabelle E 9-25: Erwünschtheit/Durchführung eines Verfahrenswechsels (AbsolventInnen)

Ein Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen ist ...	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	total		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
erfolgt	2	0,3	2	0,4	0	0,0
nicht erfolgt	521	78,2	448	86,2	73	81,1
trotz meines Wunsches nicht erfolgt	1	0,2	0	0,0	1	1,1
war nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell unterstützt werden	76	11,4	63	12,1	13	14,4
total	600	90,1	513	98,7	87	96,7
keine Angabe	66	9,9	7	1,3	3	3,3

AusbildungsteilnehmerInnen

Ein Wechsel zwischen Verfahrensrichtung ist von fast zwei Drittel der befragten TN nicht gewünscht (Tabelle E 9-26). Allerdings wünschen sich 28% der TN, dass dieser Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen prinzipiell ermöglicht werden sollte, derzeit aber nicht konkret geplant ist. Acht der befragten TN geben an, dass Sie einen Wechsel der Verfahrensrichtung trotz Wunsch nicht realisierten. Schwierigkeiten beim Wechsel der Verfahrensrichtung gab es kaum (Tabelle E 9-27, Tabelle E 9-29), Unterschiede zwischen den Ausbildungsgängen und Vertiefungsrichtungen hinsichtlich der Erwünschtheit eines solchen Wechsels und hinsichtlich Schwierigkeiten werden nicht angegeben (Tabelle E 9-28).

Tabelle E 9-26: Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen (AusbildungsteilnehmerInnen)

Ein Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen ist ...	Gesamtstichprobe		Ausbildungsbereich				Ausbildungsrichtung			
	total		KJP		PP		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nicht gewünscht	1992	61,8	551	64,5	1428	63,3	1247	61,7	742	67,8
erfolgt	23	0,7	6	0,7	17	0,8	3	0,1	19	1,7
geplant / gewünscht	20	0,6	1	0,1	19	0,8	15	0,7	5	0,5
trotz meines Wunsches nicht erfolgt	8	0,2	2	0,2	6	0,3	7	0,3	1	0,1
derzeit nicht gewünscht, sollte aber prinzipiell unterstützt werden	893	27,7	235	27,5	657	29,1	638	31,6	252	23,0
total	2936	91,1	795	93,1	2127	94,3	1910	94,5	1019	93,1
keine Angabe	287	8,9	59	6,9	128	5,7	112	5,5	75	6,9

Tabelle E 9-27: Schwierigkeiten beim Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen – gesamt und nach Ausbildungsbereich

Falls Sie die Verfahrensrichtung wechseln wollen: Sehen/hatten Sie dabei Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)	Gesamtstichprobe				Ausbildungsbereich							
	total				KJP				PP			
	ja		nein		ja		nein		ja		nein	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	13	0,4	3111	96,5	4	0,5	809	94,7	9	0,4	2189	97,1
fehlende Anrechnung von bereits absolvierten Ausbildungsteilen	34	1,1	3090	95,9	10	1,2	803	94,0	23	1,0	2175	96,5
finanzielle Mehrbelastung	39	1,2	3085	95,7	8	0,9	805	94,3	31	1,4	2167	96,1

Tabelle E 9-28: Schwierigkeiten beim Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen – nach Vertiefungsrichtung

Falls Sie die Verfahrensrichtung wechseln wollen: Sehen/hatten Sie dabei Schwierigkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)	Ausbildungsrichtung							
	VT				PD			
	ja		nein		ja		nein	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	3	0,1	1993	98,6	8	0,7	1013	92,6
fehlende Anrechnung von bereits absolvierten Ausbildungsteilen	18	0,9	1978	97,8	16	1,5	1005	91,9
finanzielle Mehrbelastung	23	1,1	1973	97,6	16	1,5	1005	91,9

Tabelle E 9-29: Sonstige Schwierigkeiten beim Wechsel (AusbildungsteilnehmerInnen)

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsbereich				Ausbildungsrichtung			
	total		KJP		PP		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
zeitliche Mehrbelastung	9	0,3	3	0,4	6	0,3	3	0,1	6	0,5
GT nicht anerkannt	3	0,1	0	0,0	3	0,1	2	0,1	1	0,1
Aufwand, Organisation schwer	4	0,1	1	0,1	3	0,1	4	0,2	0	0,0
total	16	0,5	4	0,5	12	0,5	9	0,4	7	0,6
keine Angabe	3207	99,5	850	99,5	2243	99,5	2013	99,6	1087	99,4

9.5. Unterbrechung der Ausbildung

Zur Frage, ob die Ausbildung unterbrochen wurde, wurden die aktuellen und die ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen befragt.

AbsolventInnen

Nur ein kleiner Teil der AbsolventInnen hat die Ausbildung (inoffiziell) unterbrochen/für eine Zeit ausgesetzt (6%) (Tabelle E 9-30). Falls eine Unterbrechung stattgefunden hatte, dauerte diese im Durchschnitt 9 Monate bei den AbsolventInnen der VT-Ausbildung und 5 Monate bei den AbsolventInnen einer psychodynamischen Ausbildung (Tabelle E 9-31).

Der Wunsch, die Ausbildung zu unterbrechen, lag auch nur bei einem sehr kleinen Teil der ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen vor (3%) (Tabelle E 9-32). Die gewünschte Dauer der Unterbrechung entspricht der real stattgefundenen Unterbrechungsdauer (Tabelle E 9-33).

Tabelle E 9-30: Haben Sie die Ausbildung (inoffiziell) unterbrochen / für eine Zeit ausgesetzt?

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	total		VT		PD	
	n	%	n	%	N	%
ja, trifft zu	38	5,7	32	6,2	6	6,7
nein, trifft nicht zu	561	84,2	480	92,3	81	90,0
total	599	89,9	512	98,5	87	69,7
keine Angabe	67	10,1	8	1,5	3	3,3

Tabelle E 9-31: Anzahl der Monate der Unterbrechung der Ausbildung der AbsolventInnen

	total		M	SD	Median	Min	Max	keine Angabe	
	n	%						n	%
Gesamtstichprobe	39	5,9	8,2	6,1	6,0	0	24	627	94,1
Ausbildungsrichtung									
VT	33	6,3	8,9	6,4	8,0	0	24	487	93,7
Psychodynamisch	6	6,7	4,7	1,5	4,0	3	7	84	93,3

Tabelle E 9-32: Wunsch nach Unterbrechung der Ausbildung der AbsolventInnen

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsrichtung			
	total		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%
ja, trifft zu	21	3,2	17	3,3	4	4,4
nein, trifft nicht zu	544	81,7	467	89,8	77	85,6
total	565	84,8	484	93,1	81	90,0
keine Angabe	101	15,2	36	6,9	9	10,0

Tabelle E 9-33: Länge der gewünschten Unterbrechung (in Monaten) (AbsolventInnen)

	total		M	SD	Median	Min	Max	keine Angabe	
	n	%						n	%
Gesamtstichprobe	21	3,2	7,8	3,7	6,0	3	15	645	96,8
Ausbildungsrichtung:									
VT	17	3,3	8,4	3,9	8,0	3	15	503	96,7
Psychodynamisch	86	95,6	5,5	1,7	6,0	3	7	86	95,6

AusbildungsteilnehmerInnen

13% der befragten TN würden ihre Ausbildung gerne unterbrechen (Tabelle E 9-34). Im Durchschnitt würden die TN gerne für 9 Monate unterbrechen (M=9,2; SD=7 Monate) (Tabelle E 9-35). Die Spanne reichte dabei von 1 Monat bis 60 Monaten Unterbrechungsdauer. Unterschiede zwischen den Ausbildungsgängen und den Vertiefungsverfahren sind gering.

Circa 4% der aktuellen AusbildungsteilnehmerInnen haben die Ausbildung bereits inoffiziell im Durchschnitt für 12 Monate unterbrochen (Tabelle E 9-36).

Tabelle E 9-34: Würden Sie die Ausbildung gern unterbrechen / für eine Zeit aussetzen? (TN)

	Gesamtstichprobe		Ausbildungsbereich				Ausbildungsrichtung			
	total		KJP		PP		VT		PD	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ja, trifft zu	432	13,4	101	11,8	328	14,5	256	12,7	176	16,1
nein, trifft nicht zu	2502	77,7	695	81,4	1799	79,8	1656	81,9	842	77,0
total	2937	91,1	796	93,2	2127	94,3	1912	94,6	1018	93,1
keine Angabe	286	8,9	58	6,8	128	5,7	110	5,4	76	6,9

Tabelle E 9-35: Länge des Unterbrechungswunsches (Monate)

	total		M	SD	Median	Min	Max	keine Angabe	
	n	%						n	%
Gesamtstichprobe	268	8,3	9,18	6,96	6,0	1	60	2955	91,7
Ausbildungsbereich									
KJP	48	5,6	8,21	4,09	6,0	1	24	806	94,4
PP	219	9,7	9,40	7,45	6,0	1	60	2036	90,3
Ausbildungsrichtung									
VT	175	8,7	8,91	7,04	6,0	1	60	1847	91,3
Psychodynamisch	93	8,5	9,68	6,83	6,0	1	48	1001	91,5

Tabelle E 9-36: Aktuelle Länge der „inoffiziellen“ Unterbrechung der Ausbildung in Monaten

	total		M	SD	Median	Min	Max	keine Angabe	
	n	%						n	%
Gesamtstichprobe	116	3,6	12,11	12,24	9,5	1	96	3107	96,4
Ausbildungsbereich									
KJP	30	3,5	10,37	10,43	6,0	1	48	824	96,5
PP	85	3,8	12,84	12,84	10,0	1	96	2170	96,2
Ausbildungsrichtung									
VT	67	3,3	10,72	8,08	8,0	1	36	1955	96,7
Psychodynamisch	49	4,5	14,02	16,21	10,0	1	96	1045	95,5

Institutsleitungen

Bei einer großen Mehrheit der Institute besteht die Möglichkeit, die Ausbildung zu unterbrechen. Nur fünf Institute geben an, dass eine Unterbrechung in Absprache mit der Behörde bzw. gemäß der gesetzlichen Vorschrift erfolgen darf.

Die Dauer der Ausbildungsunterbrechung ist von 4 Wochen bis zu 1 Jahr möglich, wobei nur selten Genehmigungen vom Landesprüfungsamt gefordert werden. Zwei Institute geben sogar an, Unterbrechungen von bis zu 3 Jahren zu gestatten.

Nur ein Institut regelt den Zeitraum der Unterbrechung nach den gesetzlichen Vorgaben. Der größte Anteil der Institute gibt Schwangerschaft oder Elternzeit als Grund für eine Unterbrechung an. Knapp ein Drittel der ABst gestatten eine Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen, knapp ein Fünftel erlaubt eine Unterbrechung aus beruflichen Gründen wie z.B. Auslandsaufenthalte, Promotion, Belastung oder Arbeitslosigkeit.

Weitere Gründe: persönliche oder familiäre Probleme. Nur knapp 7% der ABst halten sich bei den Gründen an die Vorgaben des Gesetzes.

9.6. Weitere Ergebnisse aus der Befragung der Aufsichtsbehörden

Anerkennungen: Bei der Anfrage bezüglich anderer Berufsausbildungen, absolvierten Aus- und Weiterbildungen im Inland, in den Ländern der EU bzw. den Nicht EU-Ländern zeigt sich eine große Uneinheitlichkeit zwischen den einzelnen LPAs. Manchmal werden Einzelfallentscheidungen vor Ort getroffen, häufig werden Gutachten, Stellungnahmen von Ministerien, Hochschulen, Ausbildungsstätten angefordert, in Einzelfällen erfolgt Abstimmung mit anderen LPAs. Ein LPA akzeptiert – anders als in § 5 Abs. 3 PsychThG formuliert – auch nicht abgeschlossene psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungen als Eingangsvoraussetzung.

Kooperationseinrichtungen: Bei der Genehmigung der Kooperationseinrichtungen berücksichtigt die Mehrzahl der LPAs die Entfernung von der Ausbildungsstelle nicht, auch bundeslandübergreifende Kooperationen, eine vorliegende Anerkennung durch Behörden der anderen Bundesländer, (k)eine Mitnutzung genehmigter Ausbildungsplätze durch andere Ausbildungsstätten, eine Obergrenze für Ausbildungsplätze in den Institutionen, keine Obergrenze für Gesamtplätze pro Ausbildungsstätte, keine Genehmigung von mitwirkenden Einrichtungen im Ausland.

Supervision: Die Aufsichtsbehörden fordern in der Regel keine Mindestzahl/Höchstzahl anerkannter SupervisorInnen pro Ausbildungsstätte, ebenso keine Verhältniszahl pro Auszubildendem.

Kontakte mit den Ausbildungsstätten: Der Austausch und der Kontakt mit den Ausbildungsstätten werden größtenteils und vor allem bei Bedarf durch die Aufsichtsbehörden selbst initiiert. Regelmäßige Telefonate und seltener Besuche durch die Behörde werden als Kontaktformen angegeben. Einige LPAs führen auch jährlich Sitzungen mit allen Ausbildungsstätten ihres Bundeslandes durch.

Bearbeitungszeiten für die Anerkennung von Ausbildungsstätten variieren zwischen 14 Tagen und 6 Monaten. Genehmigungsverfahren für Kooperationseinrichtungen liegen bei 4 Wochen bis 3 Monaten dauern.

Gebühren für die Genehmigung von Ausbildungsstätten unterliegen erheblichen Schwankungen. Sie reichen von weniger als 500 EURO bis mehr als 3.000 EURO.

Finanzierungsfragen: Für die Beratung von AusbildungsteilnehmerInnen in Finanzierungsangelegenheiten sehen sich nur wenige Aufsichtsbehörden zuständig bzw. kompetent.

Sollten in der Psychotherapieausbildung *Änderungen/Revisionen* möglich sein, wünschen sich die Aufsichtsbehörden:

- Ausweitung des eigenen Personals
- Erhöhter Austausch mit den Ausbildungsstätten

- Klarere Zugangsregelungen für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Insbesondere sollte geklärt werden, welche Abschlüsse mit „Pädagogik“ gemeint sind). Regelungen analog der PP-Ausbildung oder ein entsprechend gleicher Berufszugang
- Anrechnungsmöglichkeiten für nicht abgeschlossene Ausbildungen bzw. einzelne Ausbildungsbestandteile
- Praxisnahe Ausführungen zu Anpassungslehrgängen und Eignungsprüfungen nach § 2 des PsychThG
- Möglichkeit bei nicht bestandenen Prüfungen auch Auflagen im Bereich Theorie vorzusehen
- Erweiterung der Zuständigkeitsregelungen, z.B. für Anfragen aus dem Ausland.

9.7. Weitere Ergebnisse aus der Befragung der InstitutsleiterInnen (II)

Dachgesellschaften: Die meisten Institute gehören einem Dachverband an mit häufig verbindlichen Regularien.

Honorare für Lehrkräfte: Die Honorare der DozentInnen schwanken zwischen 0 und 150 Euro pro Unterrichtseinheit von 45 Min., die Mehrheit der ABSt zahlt zwischen 65 und 80 Euro. Für Supervision werden pro Einheit zwischen 0 und 120 Euro gezahlt. Jeweils fast die Hälfte der Institute zahlen zwischen 50 und 70 bzw. zwischen 70 und 90 Euro. Für die Selbsterfahrung gelten gleiche Vergütungen wie für Supervision.

Möglichkeiten des Ausbildungsbeginns: Bei gut einem Drittel der Institute ist ein Beginn der Ausbildung jederzeit möglich, was z. T. unabhängig von der Zulassung der Ausbildung ist, der früher erfolgen kann. Am häufigsten ist der Beginn mit Lehrganggruppen einmal im Jahr. Fast ein Viertel ermöglicht den Beginn 2-mal im Jahr, ein Institut lässt sogar 5-mal im Jahr einen Ausbildungsbeginn zu.

Eignung der TeilnehmerInnen: Fast ein Drittel der PP-Institute geben an, dass es für die psychotherapeutische Ausbildung keine ungeeigneten TeilnehmerInnen gibt. Die meisten PP-ABSt halten 1-2 TeilnehmerInnen pro Ausbildungsgang für ungeeignet, PsychotherapeutIn zu werden.

Die KJP-Institute geben doppelt so häufig wie die PP-ABSt an, ausschließlich geeignete TeilnehmerInnen aufgenommen zu haben. Als Gründe für die Nicht-Eignung geben die Institute häufig an: Eigene psychische Erkrankung/Persönlichkeitsstörung, mangelnde Beziehungsfähigkeit/interaktionale Defizite, Intellekt/Lernschwierigkeiten, Empathiemangel/keine Schwingungsfähigkeit, Mangel an Selbstreflexion/Introspektion, mangelnde Lebenserfahrung/problematische Lebensumstände, Berufshaltung.

Die Eignung der TeilnehmerInnen wird bei den Instituten insbesondere durch SupervisorInnen, Ausbildungsleitung und Ambulanzleitung festgestellt. Bei der Feststellung des Eignungsmangels werden bei den Instituten insbesondere Gespräche mit der Ausbildungsleitung, dem/der SupervisorIn, der Selbsterfahrungsleitung oder einer internen Kommission durchgeführt.

Zentrale Kompetenzen nach Beendigung der Ausbildung: Fast die Hälfte der Ausbildungsinstitute sehen Fachwissen und diagnostische Sicherheit als erste Kompetenz an. Von fast einem Drittel wird Empathie/Beziehungskompetenz als besonders wichtig angesehen und des Weiteren die Fähigkeit zur Introspektion/Selbstreflexion. Mehr als die Hälfte sehen Störungswissen/Methodenkompetenz als zweite zentrale Kompetenz an, gefolgt von sozialer Kompetenz/Empathie und Introspektion/Bewusstsein der eigenen Rolle. Weiterhin werden Motivierungsfähigkeit, Wahrnehmung des Anderen, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Bewältigung innerpsychischer, unbewusster Konflikte, Nähe-Distanz-Regulation, professionelles Rollenverständnis, psychoanalytische Haltung, Freude am Beruf, ethische Wurzeln genannt. Als dritte zentrale Kompetenz benennen mehr als der Hälfte der ABSt Interventionswissen und deren Anwendung, Reflexionsfähigkeit, Beziehung zum Patienten/Empathie, Eigenregulation (Stressbewältigung, Flexibilität, Führungsfähigkeit).

Vielfalt der mehr oder weniger intensiv angebotenen therapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken: Als weitere im Curriculum vertretene Verfahren benennen die ABSt Familien- und

Systemische Therapie, Hypnose/Entspannungsverfahren, Psychodrama/Gruppenpsychotherapie, katathym-imaginative Psychotherapie, Gestalttherapie, Paartherapie, Allgemeine Psychotherapie nach Grawe, Neuropsychologie, Schematherapie, Körpertherapie, Musiktherapie, spezielle Übungen zur Kinderanalyse, Spieltherapie.

PatientInnen in der Praktischen Ausbildung (PAus): Bei fast zwei Dritteln der PP-ABst ist eine Variation in der Behandlung von Kindern/Jugendlichen nicht möglich, bei einem Zehntel sind bis zu 100 Behandlungsstunden und bei einem Fünftel der ABst sind bis zu 200 Behandlungsstunden möglich.

Bei einem sehr großen Anteil der ABst sind gruppenpsychotherapeutische Behandlungen nicht möglich, bei einem Fünftel bis 100 Stunden, bei weniger als 10% bis 200 Behandlungsstunden. Die Behandlung stationärer PatientInnen lassen knapp ein Drittel der ABst bis zu 200 Stunden zu, etwas mehr als die Hälfte der ABst lässt keine stationären Behandlungen für die Praktische Ausbildung zu. Paare können bei fast 90% der ABst im Rahmen der PAus nicht behandelt werden. Das Gleiche gilt für Familientherapie, Bezugspersonen können nur in geringem Umfang mitbehandelt werden.

In der KJP-Ausbildung lassen die ABst in der Regel keine Behandlungen von Erwachsenen zu. Stationäre PatientInnen können bei einem knappen Viertel der ABst im Umfang von 100-200 Stunden behandelt werden.

Bei mehr als der Hälfte der ABst geschieht die Zuweisung der PatientInnen durch die Ambulanzleitung. In mehr als zwei Drittel wird eine Übernahme gemeinsam mit den TherapeutInnen besprochen.

In fast der Hälfte der ABst führen die übernehmenden TherapeutInnen auch die Erstgespräche mit den PatientInnen. In knapp einem Drittel übernimmt dies die Ambulanzleitung.

Bei mehr als der Hälfte der Institute werden die Ambulanztherapien mit Ton und oder Bild aufgezeichnet. SupervisorInnen erhält in der Hälfte der ABst eine Aufzeichnung. Fast alle, aber nicht alle ABst lassen die Behandlungen dokumentieren. Nur knapp zwei Drittel der ABst evaluieren ihre Ambulanztherapien.

Zwischenprüfungen: Obwohl in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrVen-PsychThG) nicht vorgesehen, finden bei der großen Mehrheit der Institute Zwischenprüfungen statt. Bei gut einem Fünftel wird nach 1-2 Jahren geprüft, bei knapp einem Drittel findet eine Zwischenprüfung nach 2 Jahren statt, nach der Hälfte der Ausbildung wird an 16% der ABst geprüft, bei knapp 10% nach der Absolvierung bestimmter Bausteine. Zweck der Zwischenprüfung ist in den meisten ABst die Kenntnisüberprüfung, gefolgt von der allgemeinen Eignung und der Klärung, ob der Beginn der Praktischen Ausbildung erfolgen soll.

Status der AusbildungsteilnehmerInnen: Nur ein Institut betrachtet die TeilnehmerInnen als Schüler, knapp die Hälfte gibt ihnen den Status von StudentInnen, gut ein Viertel als KundInnen. Als Berufstätige werden sie von knapp der Hälfte der ABst angesehen, knapp ein Fünftel als (zukünftige) KollegInnen.

Nachholen versäumter Inhalte: Bei der überwältigenden Mehrheit der ABst kann Theorieunterricht ohne Mehrkosten nachgeholt werden. Bei der Gruppenselbsterfahrung können bei knapp der Hälfte der Institute die Fehlstunden nachgeholt werden.

Aufnahmeentscheidungen: Die Mehrheit der Institute überlässt die Entscheidung über Neuaufnahmen der Instituts- oder Ausbildungsleitung, bei knapp einem Drittel der Institute entscheidet der Aus- oder Weiterbildungsausschuss über die Aufnahme.

Verfahren mit QuereinsteigerInnen: Quereinsteige sind bei gut einem Drittel der ABst jederzeit möglich, wenn ein Platz frei ist bei der Hälfte der ABst 10% der ABst lassen Quereinsteiger ungern zu. Nur bei einem Viertel ist die vorherige Genehmigung der Aufsichtsbehörde vonnöten. Knapp ein Drittel lässt Quereinsteiger aus jedem anderen Institut zu, fast die Hälfte bevorzugt jedoch TeilnehmerInnen aus Ausbildungsstätten des gleichen Dachverbands.

9.8. Weitere Ergebnisse aus der Delphibefragung

Im Rahmen der Delphibefragung wurden die ExpertInnen aufgefordert, gewissermaßen den „Wert“ der PP- bzw. KJP-Ausbildung einzuschätzen durch eine Angabe zur *künftigen Berufsgraduierung* (und Besoldung) Psychologischer und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

83.1% der Befragten halten für PP eine Besoldung äquivalent zur Facharztbesoldung in der Medizin für angemessen (100% der PsychologInnen, aber nur 41.2% der MedizinerInnen). Für die KJP halten 78% eine facharztäquivalente Besoldung für angemessen. 94.9% (97.6% der PsychologInnen und 88.2% der MedizinerInnen) sind der Auffassung, dass PP und KJP gleich besoldet werden sollten.

Zur zukünftigen *Verortung der Ausbildung* gaben PsychologInnen und MedizinerInnen überwiegend an, dass ein Nebeneinander unterschiedlicher Organisationsformen weiterhin möglich sein sollte (Tabelle E 9-37).

Tabelle E 9-37: Vorstellungen über zukünftige Organisation der Ausbildung (Zustimmung der ExpertInnen im Rahmen der Delphibefragung)

Organisation	Gesamt	PsychologInnen	MedizinerInnen
Wie bisher (Nebeneinander verschiedener Organisationsformen)	81%	79%	88%
Notwendige Kooperation mit universitären Einrichtungen	22%	24%	18%
Ausschließlich universitäre Studiengänge	5%	5%	6%

In der Delphibefragung wurden die ExpertInnen danach befragt, für welche *Arbeitsfelder* in Zukunft vermehrt ausgebildet werden sollte. Tabelle E 9-38 gibt jene Felder wieder, die von den ExpertInnen in höchster Priorität für den PP-Bereich genannt wurden. Deutlich wird, dass insgesamt die psychotherapeutische Arbeit mit PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und älteren Menschen zukünftig für besonders wichtig erachtet wird. Bezüglich anderer Subgruppen gibt es zum Teil deutlich unterschiedliche Auffassungen im Vergleich von PsychologInnen und MedizinerInnen unter den befragten ExpertInnen.

Tabelle E 9-38: 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

Tabelle E 9-39: 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

Für die AusbildungsteilnehmerInnen im Bereich KJP werden Tätigkeiten in der Jugendhilfe, mit Kleinstkindern und Familien besonders wichtig erachtet (Tabelle E 9-39).

In der Delphibefragung wurden die ExpertInnen ebenfalls befragt, welche *Ergänzungsqualifikationen* für die ambulante/stationäre Versorgung künftig in die Ausbildung integriert werden sollten (Tabelle E 9-40) (heute laut Psychotherapierichtlinien z.B. übende und suggestive Verfahren, Gruppenpsychotherapie). Hier sind sich die ExpertInnen vor allem darin einig, dass eine gruppenpsychotherapeutische Ergänzungsqualifikation nötig sei.

Tabelle E 9-40: 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 MigrantInnen	15,3	2,4	47,1

9.9. Weitere Ergebnisse aus Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit

Aus der Befragung der Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit (Klinikbefragung) gehen folgende Ergebnisse hervor, die bei der Beantwortung der Gutachtenfragen bisher nicht erwähnt wurden:

- 49% der befragten KlinikleiterInnen gaben an, es seien in ihrer Klinik Stellen für approbierte PP/KJP ausgewiesen (40% antworteten mit nein).
- 52% der befragten KlinikleiterInnen gaben an, die AusbildungsteilnehmerInnen würden für die Teilnahme an ihrer theoretischen Ausbildung/Selbsterfahrung in der Ausbildungsstätte freigestellt.
- 31% der befragten KlinikleiterInnen sehen künftig einen vermehrten Bedarf für die Beschäftigung von PP (33% KJP).

- 48% der befragten KlinikleiterInnen für Psychiatrie/Psychotherapie geben an, die künftigen PP werden teilweise angemessen ausgebildet, 21% halten die Ausbildung für genau richtig. 9% der Befragten sind der Meinung, künftige PP würden nicht angemessen ausgebildet.
- 33% der befragten Klinikleiter KJP geben an, die künftigen KJP werden teilweise angemessen ausgebildet, 15% genau richtig. 22% der Befragten gibt an, künftige PP würden nicht angemessen ausgebildet.

F. Diskussion der Ergebnisse aus Kapitel E

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Ergebnisse werden im Folgenden im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes bzw. andere Reformen der Ausbildung diskutiert. Diese Bewertung der Ergebnisse soll überleiten zur Diskussion spezifischer Fragen, die der Auftraggeber im Hinblick auf das Forschungsgutachten formuliert hat (vgl. Kapitel B).

1. Ausbildungsstätten

Die Ausbildung von PP und KJP ist derzeit über ein Netz von 173 Ausbildungsstätten geregelt, von denen die Mehrzahl (141) nicht an Universitäten angegliedert ist. Die Verteilung der Institute über das Bundesgebiet zeigt deutliche Häufungen von Ausbildungsstätten insbesondere in den Ballungszentren. Insgesamt fällt eine große Vielfalt auf (beispielsweise im Hinblick auf die Organisationsform), die sich im Zusammenhang mit den im Forschungsgutachten diskutierten Fragen auch in ganz unterschiedlichen Interessen derer widerspiegeln dürfte, die mit Informationen und Meinungen zu diesem Gutachten beigetragen haben.

Weitere Ausbildungsstätten befinden sich im Aufbau, so dass die Gesamtzahl wohl noch deutlich wachsen wird. Die PP- und die KJP-Ausbildung wird bislang in nur ca. 1/3 der Ausbildungsstätten parallel angeboten, die Mehrzahl der Ausbildungsstätten bietet ausschließlich die PP-Ausbildung an. In etwa nur der Hälfte der Ausbildungsstätten ist eine Ausbildung in den beiden Richtlinienverfahren möglich, die Gesprächspsychotherapieausbildung bieten derzeit lediglich 2 Institute an. Im Laufe des Gutachtenprozesses wurde die systemische Therapie als Verfahren für die vertiefte Ausbildung vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie empfohlen. Es ist zu erwarten, dass sich bereits existierende und neue systemische Ausbildungsinstitute in naher Zukunft um die staatliche Anerkennung bewerben werden. Ebenso wie im Fall der Gesprächspsychotherapie wird deren Zukunft von der sozialrechtlichen Anerkennung der Vertiefungsverfahren abhängen.

Die Genehmigungsverfahren sind weitgehend im PsychThG und den APrVen-PsychThG festgelegt. Auf diese Grundlage berufen sich die Aufsichtsbehörden (in der Regel LPAs), durch welche die Ausbildungsstätten genehmigt wurden. Die Kooperation der Ausbildungsstätten mit den Landesbehörden ist bisher sehr unterschiedlich, was die Qualität und die Quantität angeht. Es gibt durchaus auch Unterschiede bezüglich der Voraussetzungen für die Anerkennung von Ausbildungsstätten. So verlangen nicht alle LPAs die Festlegung auf eine Vertiefungsrichtung. Die LPAs unterscheiden sich auch im Hinblick auf Vorgaben bezüglich einzelner Ausbildungsbausteine (z. B. Einzelselbsterfahrung) und bezüglich der Kontrolle der Qualifikation von Lehrkräften, insbesondere SupervisorInnen und SelbsterfahrungsleiterInnen, was Konsequenzen für AusbildungsteilnehmerInnen in Bezug auf die Ausbildungsgestaltung hat. Momentan gibt es auch deutliche Länderunterschiede im Hinblick auf die Festlegung von Zugangsvoraussetzungen (Eingangsbefehle).

Die sachliche und personelle Ausstattung der Ausbildungsstätten unterscheidet sich nicht gravierend in Abhängigkeit von verschiedenen Ausbildungsrichtungen und Organisationsformen. Universitäre Ausbildungsstätten haben eigenen Angaben zufolge etwas mehr Lehrkräfte als außeruniversitäre Institutionen. Unter den strukturellen Qualitätsmerkmalen wird von TeilnehmerInnen grundsätzlich kritisch angemerkt, mehr Kinderbetreuungsangebote zu realisieren.

Aus Gründen der vorab zugesagten Anonymität wurde im Rahmen der Befragungen von AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen darauf verzichtet, verschiedene Ausbildungsstätten miteinander zu vergleichen (z. B. universitäre vs. nicht-universitäre).

Die aktuellen wie auch die ehemaligen TeilnehmerInnen der Ausbildung sind relativ („mittel“) zufrieden mit den Ausbildungsstätten und deren Angebot. Kritisch bewertet werden am ehesten:

- das Preis-Leistungsverhältnis,
- die Mitsprachemöglichkeiten der TeilnehmerInnen
- die Integration/Reflexion der Ausbildungsbestandteile.

Die AusbildungsteilnehmerInnen, die sich für die Vertiefungsrichtung psychodynamischer Verfahren entschieden haben, bewerten die Zufriedenheit in nahezu allen Aspekten höher als die TeilnehmerInnen an der VT-Ausbildung. Dies könnte mit der größeren Intensität (inkl. Selbsterfahrung) und Dauer der Ausbildung, evtl. auch mit dem höheren Aufwand der Institute und TeilnehmerInnen in Verbindung stehen. Ähnliches zeigt sich – bei den TeilnehmerInnen – auch an Unterschieden zwischen den psychoanalytischen und der tiefenpsychologisch fundierten Ausbildung. Im Urteil der AbsolventInnen sind die Unterschiede allerdings deutlich geringer bzw. umgekehrt (VT-Ausbildung mit größerer Zufriedenheit in mehreren Aspekten assoziiert). Beim Vergleich der Ausbildungsgänge PP vs. KJP gibt es tendenziell eine etwas höhere Zufriedenheit bei den TeilnehmerInnen der KJP-Ausbildung, unter den AbsolventInnen äußern sich die PP deutlich zufriedener. Die Ausbildungszeit (Teil- vs. Vollzeit) scheint relativ wenig Auswirkungen auf die Zufriedenheit zu haben.

Die Frage, mit welchen Institutionen die Ausbildungsstätten kooperieren, wurde nur am Rande tangiert. Offensichtlich ist die Kooperation (relativ) am intensivsten mit den Einrichtungen der PT I und PT II sowie den Aufsichtsbehörden und den die Ausbildungsstätten mit tragenden bzw. vertretenden Dachverbänden. Über Kooperationen mit ausländischen Einrichtungen wurde wenig berichtet, was möglicherweise auch mit den unterschiedlichen Bestimmungen in verschiedenen europäischen Ländern und der eher restriktiven Anerkennungs politik der LPAs zusammenhängen mag.

Es ist unzweifelhaft, dass die Ausbildung von PP und KJP in der BRD inzwischen auch zu einem durchaus lukrativen Markt geworden ist. Insbesondere im Bereich der Verhaltenstherapie, jenem Verfahren, das aus unterschiedlichen Gründen von den AusbildungsteilnehmerInnen z. Z. häufiger gewählt wird (vgl. Kapitel E-2), ist ein regelrechter Wettbewerb um die AusbildungsteilnehmerInnen entstanden. In diesem Kontext ist es sicher von Bedeutung, auch in Zukunft Maßnahmen der Qualitätssicherung – gerichtet auf alle Aspekte der Ausbildungsstätten – zu verstärken, zu professionalisieren und transparent zu machen. Dies ist deshalb wichtig, weil die Landesbehörden nach eigenen Aussagen eine umfassende Qualitätskontrolle schon aus Kapazitätsgründen gar nicht leisten können. Auf den Aspekt der Qualitätssicherung wird weiter unten noch speziell eingegangen.

2. Verfahrensorientierung

Aktuell ist die Ausbildung von KJP und PP klar an Verfahren (im Sinne der Definition des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie) orientiert. Mittlerweile gibt es im Hinblick auf die Wahl der Verfahren eine eindeutig schiefe Verteilung. Im Ausbildungsbereich PP befinden sich zur Zeit mindestens 2/3 der TeilnehmerInnen in VT-Ausbildung, für den Bereich KJP ist die Verteilung noch eher ausgeglichen (in der Stichprobe der TeilnehmerInnen genau 50:50). Augenscheinlich stehen für die VT-Ausbildung momentan auch etwas mehr Ausbildungsplätze zur Verfügung, wenngleich die Zahl der Ausbildungsstätten für die Vertiefungsrichtungen VT und psychodynamische (PD) Verfahren bislang noch eher ausgeglichen ist. Es ist nicht auszuschließen, dass die PD-Verfahren mittlerweile auch deshalb seltener gewählt werden, weil die Ausbildung i.d.R. sehr viel umfangreicher, d.h. länger dauernd und kostspieliger ist, auch wenn sich im Durchschnitt die reinen Ausbildungskosten in allen Verfahren mit den Einnahmen im Rahmen der praktischen Ausbildung annähernd ausgleichen.

In unterschiedlichen Befragungen zu den Gründen für die Wahl eines Verfahrens spielen Kostenargumente zwar eine Rolle, diese sind inhaltlichen Argumenten (z. B. Präferenz für ein bestimmtes Menschenbild, Interesse, Wissenschaftlichkeit) aber klar untergeordnet. Mit Blick auf die universitäre Grundausbildung ist aber zu bedenken, dass insbesondere in der Psychologie ein Monopol der VT als Ausrichtung klinisch-psychologischer Lehrstühle besteht und damit die Studierenden entsprechend sozialisiert werden, wodurch auch die erwähnten Präferenzen entstehen können. Das Lehrangebot bezogen auf andere Vertiefungsrichtungen ist sehr eingeschränkt. Nach Aussagen der Studierenden, werden die Besonderheiten der jeweils anderen, vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ebenfalls als „wissenschaftlich anerkannten“ Verfahren nicht angemessen vermittelt. Daher hat die VT fast eine Monopolstellung an den Universitäten, was einen enormen Wettbewerbsvorteil bezüglich der Rekrutierung des psychotherapeutischen Nachwuchses bedeutet. Die Verfahrensvielfalt wird an den Hochschulen jedenfalls keineswegs adäquat abgebildet

Die Verfahrensorientierung wird von der deutlichen Mehrzahl der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen durchgängig (d.h. auch in beiden Bereichen PP und KJP) für eher sinnvoll gehalten, allerdings besteht gleichzeitig auch ein „Hunger“ nach verfahrensübergreifendem Wissen. Unbestritten ist eine Kenntnis der jeweils anderen Therapieverfahren wünschenswert. Allerdings ist dabei zu bedenken, dass die einzelnen Therapieverfahren über ein jahrzehntelanges spezifisches Wissen verfügen, sodass ein „zufälliges, eklektisches Zusammenwürfeln“ von Wissensbestandteilen aus den verschiedenen Therapieschulen ohne eine Berücksichtigung der unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen und -methodischen Traditionen zu einem Professionalisierungsverlust führen könnte. Daher besteht auch auf Seiten des Lehrpersonals ein Konsens, dass wie bisher in Verfahren ausgebildet werden sollte, wenngleich es eine beträchtliche Subgruppe gibt, die auch eine an Wirkfaktoren orientierte oder störungsorientierte Ausbildung billigen würde. Auch hier sind Voten für verfahrensübergreifende Ausbildungsbestandteile deutlich, wobei die Bereitschaft, die Verfahrensorientierung aufzugeben unter VT-orientierten Lehrkräften deutlich höher liegt als bei psychodynamisch orientierten. Dies dürfte an den unterschiedlichen Auffassungen von psychischen Störungen und ihrer Behandlung liegen. Psychodynamisch orientierte Verfahren gehen bekanntlich weniger von einer störungsspezifischen, sondern von einer persönlichkeits- und kulturspezifischen Betrachtung seelischen Leidens aus.

In den letzten Jahrzehnten wurde auch im Bereich der Psychotherapieforschung immer wieder die Frage aufgeworfen, inwieweit eine ausschließliche oder primäre Orientierung an psychotherapeutischen Veränderungstheorien und damit verbundenen Techniken überhaupt sinnvoll ist. In Frage gestellt wird dies bspw. durch den Befund, dass spezifische psychotherapeutische Techniken einen relativ geringen Anteil an Ergebnisvarianz erklären (verglichen beispielsweise mit patientenseitigen Merkmalen, allgemeinen Wirkfaktoren etc.).

Die unterschiedlichen Befragungen im Rahmen des Forschungsgutachtens haben aber trotz aller Sympathie für alternative Modelle (allgemeine Psychotherapie, wirkfaktorenorientierte Psychotherapie, stärkere Orientierung an störungsspezifischen Ansätzen) deutlich gemacht, dass letztlich eine verfahrensorientierte Ausbildung präferiert wird, was dem Status quo nicht nur hierzulande, sondern auch im Ausland entspricht. Allerdings zeigen sich im Ansatz doch deutliche Veränderungen im Hinblick auf die Gewichtung der Verfahrensorientierung. So scheint weitgehend Konsens dahingehend zu bestehen, dass zwar die PP- wie die KJP-Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren angeboten werden sollte, dass aber auch eine möglichst breite Kenntnis anderer Ansätze vermittelt werden soll, die verfahrensübergreifende Ansätze, aber auch störungsorientierte bzw. störungsspezifische Methoden beinhalten sollte.

Es verwundert nicht, dass für eher störungsorientierte Ansätze deutlich mehr Offenheit unter verhaltenstherapeutisch orientierten Kolleginnen und Kollegen und AusbildungsteilnehmerInnen zu verzeichnen ist als unter den psychodynamisch orientierten, wo, aufgrund ganzheitlicher Veränderungsmodelle, nach wie vor störungsorientierte Konzepte eher die Ausnahme denn die Regel sind.

3. Dauer der Ausbildung

Insgesamt ist sowohl das Vollzeit- als auch Teilmodell für die Ausbildung in der Ausbildungslandschaft gut angenommen worden: Die Hälfte der Institute bietet nur Teilzeit-, etwa 1/4 nur Vollzeit und die übrigen beide Zeitstrukturen für die Ausbildung an. Die AbsolventInnen verteilen sich zu etwa gleichen Teilen auf die Vollzeit- und die Teilzeitausbildung. Die TeilnehmerInnen verteilen sich so auf die beiden Zeitstrukturen, dass auch von ihnen etwa die Hälfte jeweils eine Teilzeit- und eine Vollzeitausbildung abschließen werden. Im KJP-Bereich gibt es tendenziell eine stärkere Nutzung der Teilzeitausbildung, während im PP-Bereich relativ häufiger das Vollzeitmodell gewählt wird. Zwischen den Verfahren bestehen systematische Unterschiede in Hinblick auf die Nutzung der Zeitstrukturen: Sowohl AbsolventInnen als auch TeilnehmerInnen mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung nutzen das Vollzeitmodell deutlich stärker, während im Bereich psychodynamischer Verfahren das Teilzeitmodell stärker angeboten und genutzt wird. Regional bestehen hinsichtlich psychodynamisch orientierter Ausbildung nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten, da fast ausschließlich das Teilzeitmodell angeboten wird. Männliche und weibliche AbsolventInnen haben das Vollzeitmodell gleichermaßen genutzt; unter den aktuellen TeilnehmerInnen haben Männer häufiger als Frauen das Teilzeitmodell gewählt. Hierbei spielen Ausbildungsbereich und Verfahren keine Rolle.

Warum wählen AbsolventInnen und TeilnehmerInnen eine bestimmte Zeitstruktur? Zum Teil, insbesondere bei psychodynamisch orientierter Ausbildung gibt es keine Wahlmöglichkeit, da zumindest regional nur das Teilzeitmodell angeboten wird. Bei der Entscheidung für eine Zeitstruktur spielen sowohl bei Vollzeit- als auch Teilzeitmodell finanzielle Erwägungen eine wesentliche Rolle (für zwischen einem Drittel und 4/5 der Befragten, bei der Teilzeitausbildung sogar mindestens zwei Drittel). Die Finanzierungsfrage schlägt sich auch in einem weiteren Wahlgrund nieder: 2/3 der Befragten berücksichtigen ihre berufliche Tätigkeiten bei der Entscheidung für eine Teilzeitausbildung. Für eine Vollzeitausbildung spricht aus Sicht von jeweils 2/3 der AbsolventInnen und TeilnehmerInnen der Ausbildungsablauf. Familiäre Gründe sind für etwa 1/4 der TeilnehmerInnen und AbsolventInnen relevant für die Wahl der Zeitstruktur, wobei sie für eine Teilzeitausbildung nur ein geringfügig größeres Gewicht haben. Hinsichtlich der Gründe für eine Zeitstruktur bestehen kaum Unterschiede zwischen den Verfahren, zum Teil werden die finanziellen Gründe etwas stärker gewichtet (Verhaltenstherapie – Vollzeit; psychodynamische Verfahren – Teilzeit), zum Teil andere berufliche Tätigkeiten (Verhaltenstherapie – Teilzeit). Männer beschreiben insgesamt einen etwas expliziteren Abwägungsprozess als Frauen, wobei sie berufliche Tätigkeiten, zum Teil auch finanzielle oder familiäre Gründe häufiger nennen. Die Regelungen zur Zeitstruktur im PsychThG §5, Abs. 2, Satz 1 werden sowohl von den Institutsleitungen als auch den ExpertInnen in der Delphibefragung als befriedigend eingeschätzt. Während sich Institute mit unterschiedlicher Zeitstruktur hier nicht unterscheiden, bewerten Institute mit psychodynamisch orientierter Ausbildung die Regelungen deutlich schlechter als Institute mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt.

Wie lange dauern nun die Ausbildungen tatsächlich? Unabhängig vom Ausbildungsbereich oder dem Verfahrensschwerpunkt gibt etwa die Hälfte der befragten AbsolventInnen an, die Ausbildung im vorgegebenen Zeitrahmen abgeschlossen zu haben. Von den aktuell in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen rechnet ein Drittel mit Beendigung der Ausbildung in Mindestzeit, während 60% eine verlängerte Ausbildung erwarten.

Bei den AbsolventInnen liegt die Spanne der Ausbildungsdauer zwischen 2 Jahren und 9 Monaten und 8 Jahren und 4 Monaten bei im Mittel 4 Jahren und 7 Monaten. Diejenigen, die angeben im Zeitrahmen abzuschließen, brauchen bei Vollzeitausbildung 5 Monate länger als die Mindestzeit und bei Teilzeitausbildung 2 Monate weniger als Mindestzeit; diese Abweichungen dürften auf die nur zweimal jährlich stattfindenden Prüfungen zurückzuführen sein. Diejenigen, die angeben, länger als die Mindestzeit gebraucht zu haben, brauchen im Vollzeitmodell im Mittel ein Jahr und im Teilzeitmodell etwa 14 Monate länger als die Mindestzeit.

Männliche und weibliche AbsolventInnen unterscheiden sich bezüglich der Ausbildungsdauer nicht signifikant voneinander. AbsolventInnen aus den beiden Ausbildungsbereichen unterscheiden sich hinsichtlich der Ausbildungsdauer ebenfalls nicht. Dagegen zeichnen sich Unterschiede zwischen

den Verfahren ab: Die kürzeste Ausbildungsdauer haben VerhaltenstherapeutInnen; AbsolventInnen mit verklammerter TP/PA-Ausbildung haben in der Vollzeitausbildung im Mittel 2 Jahre länger und in der Teilzeitausbildung 1 Jahr länger benötigt als AbsolventInnen mit VT- oder TP-Schwerpunkt. Unter den TeilnehmerInnen gibt es beim Vollzeitmodell keine Verfahrensunterschiede; im Teilzeitmodell rechnen aktuell in Ausbildung befindliche TeilnehmerInnen mit psychodynamischem Schwerpunkt häufiger mit verlängerter Dauer.

Gründe für die Ausbildungsverlängerung waren für jeweils ein Viertel der AbsolventInnen finanzielle Probleme und andere berufliche Verpflichtungen sowie für ein Achtel der Befragten Schwangerschaft und Kinder. Weitere 10% nennen organisatorische Gründe für die Verlängerung. Bei den TeilnehmerInnen mit voraussichtlich verlängerter Ausbildungsdauer spielen die finanziellen Gründe noch eine größere Rolle: Für 7/8 finanzielle Gründe, für 2/3 berufliche Gründe, für jeweils 1/3 Kinder bzw. Probleme im Ausbildungsablauf, für 1/5 institutsbedingte Gründe. Mit unter einem Prozent denkt nur ein sehr geringer Teil der TeilnehmerInnen über einen Ausbildungsabbruch nach; etwa 1/10 würde die Ausbildung jedoch gern für im Mittel 9 Monate unterbrechen.

4. Bestandteile der Ausbildung

4.1. Allgemeine Bewertung der Ausbildungsbausteine

Praktische Ausbildung und Supervision sind die Ausbildungsbausteine, die von allen Befragten sehr positiv bewertet werden. Praktische Tätigkeit I und Praktische Tätigkeit II werden insgesamt recht kritisch eingeschätzt. Nur bei den AbsolventInnen liegt sie im Mittelfeld der Bewertungen.

Unabhängig von Zeitstruktur, Ausbildungsbereich und Verfahren bewerten die Institutsleitungen den Umfang der Ausbildungsbestandteile global als befriedigend. Von den TeilnehmerInnen werden die Ausbildungsbestandteile insgesamt als sehr bis mittel nützlich eingeschätzt. Die besten Bewertungen bekommen „praktische Ausbildung“, „Einzelsupervision“, „Einzelselbsterfahrung“, „Gruppensupervision“ und „Theorie“, während die „Freie Spitze“ von den TeilnehmerInnen auf dem letzten Rangplatz zwischen etwas und mittel nützlich eingeschätzt wird.

Auch die AbsolventInnen geben insgesamt eine positive Bewertung für die Ausbildungsbestandteile ab: Die Hälfte bis 3/4 der AbsolventInnen schätzen den Umfang fast aller Ausbildungselemente als angemessen in Hinblick auf die beruflichen Anforderungen ein. Der Umfang von „Einzelselbsterfahrung“, „Freie Spitze“ und „Kleingruppen“ wird am seltensten als angemessen bewertet. Am ehesten als zu umfangreich werden Praktische Tätigkeit I bzw. II angesehen (von etwa einem Drittel); immerhin ein Viertel der AbsolventInnen sieht den Theorieteil als zu umfangreich an. Am ehesten als nicht ausreichend werden von einem Drittel die Einzelselbsterfahrung und von ca. einem Fünftel die Gruppenselbsterfahrung eingeschätzt.

Zwischen TeilnehmerInnen mit unterschiedlichem Verfahrensschwerpunkt bestehen zwar signifikante, absolut aber geringe Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung der Ausbildungsbestandteile: VerhaltenstherapeutInnen schätzen die „Praktische Tätigkeit I“ als nützlicher ein als psychodynamisch orientierte AusbildungsteilnehmerInnen; alle anderen Ausbildungsbestandteile werden von psychodynamisch orientierten AusbildungsteilnehmerInnen positiver eingeschätzt. Die AbsolventInnen mit unterschiedlichem Verfahrenshintergrund differieren dagegen kaum:

Nur „Freie Spitze“ und „Kleingruppe“ werden von AbsolventInnen mit psychodynamischem Schwerpunkt seltener als zu umfangreich bewertet als von VerhaltenstherapeutInnen. In Hinblick auf die Ausbildungsbereiche finden sich kaum Unterschiede: Nur im Bereich der Theorie ist mit einem Fünftel ein deutlich größerer Prozentsatz der KJP- als der PP-AbsolventInnen der Ansicht, dass dieser Ausbildungsbestandteil nicht ausreichend gewesen sei.

Während die Institutsleitungen und die Delphi-ExpertInnen die „Freie Spitze“ durchaus positiv bewerten, schätzen die AusbildungsteilnehmerInnen und die AbsolventInnen sie am schlechtesten ein. Die freien Verfügungsstunden im Rahmen der „Freien Spitze“ werden auf alle Bausteine der

Ausbildung verteilt, wobei den TeilnehmerInnen von manchen Ausbildungsstätten große Freiheiten in der Gestaltung ermöglicht werden, von anderen hingegen nicht. Dabei können auch Aktivitäten außerhalb der Ausbildungsstätte (z. B. Kongressteilnahmen) eine große Rolle spielen. Eine genaue Erfassung der Verteilung ist auf Grund des heterogenen Umgangs mit den freien Verfügungsstunden nicht möglich.

4.2. Praktische Tätigkeit

Es kann festgestellt werden, dass die meisten AusbildungsteilnehmerInnen die Praktische Tätigkeit (PT) in Vollzeit und während der Theorieausbildung ableisten. In der Regel wird die PT an mit den Ausbildungsinstituten kooperierenden Einrichtungen durchgeführt. Die integrierte Durchführung der PT ist nur in sehr wenigen Ausbildungsstätten möglich, die an psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken angesiedelt sind. Sofern die Ausbildungsstätten mit externen Institutionen für die PT kooperieren, ist die Qualität dieser Kooperation ausschlaggebend für den Grad der Integration der PT in die Gesamtausbildung. Auch der zeitliche Ablauf der PT ist abhängig von räumlichen und institutionellen Rahmenbedingungen. Die mögliche Aufteilung der PT in mehrere Blöcke von mindestens drei Monaten Dauer ist in der gegenwärtigen Praxis eher unüblich. Der Regelfall ist vielmehr das „Psychiatriejahr“, das meist in Vollzeit absolviert wird, währenddessen die Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen nicht durch die DozentInnen der Ausbildungsstätten, sondern durch die klinischen MitarbeiterInnen der entsprechenden Institutionen erfolgt.

Die Analysen unserer Befragungen geben Hinweise darauf, dass die Mehrheit der AusbildungsteilnehmerInnen zu Beginn der Ausbildung mit der PT beginnt. Gründe für eine später absolvierte PT sind v. a. ein anderes Arbeitsverhältnis sowie finanzielle Gründe. In der Befragung der Institutsleitungen zeigte sich, dass die Ausbildungsstätten kaum Einfluss auf den Beginn der PT bzw. die Wahl der Institution für die PT nehmen. Bei der zeitlichen und inhaltlichen Planung der PT im Gesamtcurriculum der Ausbildung zum PP oder KJP ist ein Struktur- und Integrationsmangel zu verzeichnen, der vermutlich mit der Externalität der kooperierenden Institutionen und den begrenzten Steuerungsmöglichkeiten und -intentionen der meisten Ausbildungsstätten zusammenhängt. Die Chancen der Integration der praktischen Erfahrungen mit psychiatrischen Patienten in die Ausbildung werden somit nicht voll genutzt.

Das Tätigkeitsspektrum innerhalb der PT ist außerordentlich heterogen. Zahlreiche AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen gaben an, dass sie während der PT Einzel- und Gruppenpsychotherapien selbständig durchführen bzw. -führten. Dies ist jedoch für die PT nicht vorgesehen, zumal es während der PT keine Pflichtsupervision gibt und die AusbildungsteilnehmerInnen in dieser Phase zu Beginn ihrer Ausbildung auch noch gar nicht befugt sind, psychotherapeutische Tätigkeiten durchzuführen. Unsicherheiten der Befragten bezüglich der Differenzierung der Begriffe „Psychiatrische Behandlung“ vs. „Psychotherapeutische Behandlung“ können bei der Beantwortung der Fragebögen nicht ausgeschlossen werden. Weitere Aufgaben während der PT sind psychodiagnostische, psychoedukative und co-therapeutische Tätigkeiten. Die Mehrheit der befragten AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen gab an, Umgang mit suizidalen Patienten während der PT gehabt und über Psychopharmakotherapie dazu gelernt zu haben. Es ist davon auszugehen, dass das Tätigkeitsspektrum der PT stark von den Gegebenheiten und Anforderungen der jeweiligen Praktikumsstätte abhängt.

Die Aufgaben der AusbildungsteilnehmerInnen und ihre Befugnisse während der PT sind nicht definiert. Der gesetzliche Rahmen sieht lediglich Lernziele und einen zeitlichen Rahmen (1200 + 600h) vor sowie die Beteiligung an der Diagnostik und Behandlung von mindestens 30 Patienten, davon mindestens vier unter Einbeziehung von Bezugspersonen, und die Dokumentation dieser Fälle. Daraus ergibt sich jedoch nicht, in welcher Weise die vorgegebenen Lernziele erreicht und welche praktischen Erfahrungen gemacht werden sollen. Die Abgrenzung der PT von der praktischen Ausbildung ist zwar formal vorgegeben, scheint jedoch nicht mit der Ausbildungspraxis überein zu stimmen, berichten doch die AbsolventInnen und AusbildungsteilnehmerInnen, dass sie häufig und schwerpunktmäßig während der PT psychotherapeutisch tätig sind bzw. waren.

Nach den durchgeführten Umfragen und Hochrechnungen sind insgesamt genügend Plätze für die Praktische Tätigkeit vorhanden, wobei eine hohe Belegung der Plätze im Bereich der Kliniken, vor allem in der Ausbildung zur KJP, zu verzeichnen ist, was auf dort teilweise vorhandene Kapazitätsengpässe trotz der Öffnungsklausel hindeutet (600 h PT I dürfen auch an einer ambulanten psychiatrischen Einrichtung und müssen nicht in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik abgeleistet werden).

Die Qualität der Institutionen für die PT, gemessen an der Bewertung durch die AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen sowie an Strukturmerkmalen der Ausbildungsinstitute, erscheint in beiden Ausbildungsbereichen (PP und KJP) zweifelhaft. Zwar deuten die Zufriedenheitsbewertungen der AusbildungsteilnehmerInnen darauf hin, dass in der PT viel Nützliches gelernt wird; allerdings zeichnen sich Mängel in der Betreuung der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT ab. Das häufig berichtete Fehlen einer intensiven fachlichen Anleitung und Supervision der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT dürfte auch dem externen Status der entsprechenden Institutionen und dem Mangel an qualifiziertem Lehrpersonal an diesen Ausbildungseinrichtungen geschuldet sein. Dass die Ausbildungsstätten diesen Ausbildungsbaustein überwiegend an kooperierende Einrichtungen delegieren und gleichzeitig auch die Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen in der PT während dieser Ausbildungsphase diesen Einrichtungen überlassen, steht im Widerspruch zu den fehlenden Ressourcen der kooperierenden Einrichtungen für die Lehre. Möglicherweise ist es für die Ausbildungsstätten auch schwierig, die Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT zu organisieren, weil die Institutionen für die PT die AusbildungsteilnehmerInnen während der PT nach eigenen institutionsinternen Erfordernissen integrieren wollen und die DozentInnen der Ausbildungsstätten keinen Einblick in diese Abläufe und Strukturen der kooperierenden Praxiseinrichtungen haben.

Das Ziel, umfassende Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder während der PT zu vermitteln, wird nach Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen insgesamt zwar erreicht, aufgrund der großen Heterogenität der Arten der Institutionen für die PT ist jedoch davon auszugehen, dass es nicht an jeder kooperierenden Einrichtung möglich ist, ein breites Spektrum an psychiatrischen Krankheitsbildern und Behandlungsmethoden kennen zu lernen. Die AbsolventInnen-Befragung hat gezeigt, dass im Kernbereich psychiatrischer Erkrankungen, z. B. Sucht, Umgang mit suizidalen und psychotischen Patienten, Ausbildungslücken bestehen. Eine relativ geringe Anzahl der befragten AbsolventInnen gab an, während ihrer PT überhaupt Kenntnisse über psychische Probleme bei geistiger Behinderung, sexuellen Funktionsstörungen oder bei Kindern und Jugendlichen erworben zu haben. Die Sicherstellung einer möglichst breiten praktischen Erfahrung im Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen verschiedener Alters- und Entwicklungsbereiche und im Kontext unterschiedlicher Bereiche der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung könnte am ehesten durch die Einführung eines verbindlichen Inhaltskatalogs für die PT erreicht werden.

Ob die Einrichtungen, die für die PT vorhergesehen sind, zur Vermittlung der Ausbildungsinhalte ausreichend qualifiziert sind, ist aufgrund der großen Heterogenität der Institutionen für die PT ebenfalls nicht einheitlich zu beantworten. In den Befragungen wurden deutliche Mängel bezüglich der Einarbeitung und der Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT offensichtlich. Nach Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen gibt es häufig keine ausreichende Einarbeitung oder Anleitung in den kooperierenden Einrichtungen. Standards und klare Tätigkeitsmerkmale während der PT, z. B. in Form eines verbindlichen Curriculums oder eines Aufgaben- und Lernzielkatalogs, gibt es häufig nicht. Wie bereits diskutiert, sind hierfür strukturelle Probleme mit verantwortlich, insbesondere die Ausgliederung der PT aus den Ausbildungsstätten und die mangelnde personelle Ausstattung vieler dieser Institutionen mit Lehrpersonal, sowie die fehlende Lehrbefähigung der tatsächlich in der Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen tätigen MitarbeiterInnen. Die Lehrbefähigung und didaktische Kompetenz am Vorliegen einer ärztlichen Weiterbildungsermächtigung des jeweiligen Chefarztes festzumachen, erscheint praxisfern, da die Ressourcen dieses Personenkreises für die Anleitung von AusbildungsteilnehmerInnen sehr begrenzt sein dürften. Unsere Daten weisen aus, dass de facto die Anleitung der AusbildungsteilnehmerInnen in der PT überwiegend nicht vom weiterbildungsermächtigten Chefarzt, sondern durch andere KlinikmitarbeiterInnen erfolgt. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der PT sollten

also an den Ausbildungsstrukturen und an der Qualifikation der tatsächlich in der Anleitung tätigen MitarbeiterInnen der Institutionen für die PT ansetzen. Die Verantwortung der Ausbildungsstätten auch für die Qualität der PT sollte betont werden. Die Einführung von Lernzielkontrollen im Verlauf der PT sollte routinemäßig erfolgen (etwa durch den Einsatz von Logbüchern, wie dies im Zusammenhang mit dem Praktischen Jahr in der Mediziner Ausbildung mittlerweile üblich ist, vgl. Böhm et al., 2008). Begleitende Seminare zur Reflexion der PT und zur Aufarbeitung der dort gemachten Erfahrungen sollten regelmäßig angeboten werden.

Wünschenswert wäre insgesamt eine stärkere Integration der PT in die Gesamtbildung. Bei der üblichen Verlagerung der PT an kooperierende Einrichtungen führen die beschriebenen strukturellen Nachteile dazu, dass Qualitätseinbußen der PT hinzunehmen sind. Eine Erweiterung auf andere Institutionen erscheint nicht per se geeignet, um diese Qualitätsmängel zu überwinden, sollte aber geprüft werden. Vielmehr sollten die Ausbildungsstätten verstärkt sicherstellen, dass an den kooperierenden Einrichtungen eine ausreichend diversifizierte und angeleitete PT erfolgt. Festzustellen ist im Übrigen, dass die bisher bereits zugelassenen Praxiseinrichtungen im Bereich niedergelassener Fachärzte und Psychotherapeuten wenig in Anspruch genommen werden, obwohl hier wichtige Versorgungssektoren kennen gelernt werden könnten. Denkbar wäre zur Verbesserung der PT also auch ein auf verschiedene Versorgungssektoren (ambulant-teilstationär-ambulant, an Kliniken oder in Praxen) unterteiltes Curriculum mit einem systematischen Turnus. Generell sollte die Qualität und der curriculare Aufbau der PT intensiv geprüft und diskutiert werden. Die DGPPN (2008) hat konstruktive Vorschläge für die zukünftige Gestaltung einer curricular organisierten PT unterbreitet.

In PT II könnte eine Erweiterung des Spektrums der Praxisstätten mit Sicherheit sinnvoll sein, wenn dadurch Einblick in bisher nicht unbekanntes Berufsfelder, in denen psychisch kranke Personen versorgt werden, gewonnen würde. So hat sich z. B. gezeigt, dass in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ein hoher Anteil psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (ca. 60%) betreut wird, ohne Zugang zur psychiatrischen Versorgung zu haben. Daher könnte es zweckmäßig sein, hier Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der PT II einzusetzen, sofern in diesen Institutionen eine ausreichende klinische und didaktische Kompetenz vorliegt (z. B. Verfügbarkeit eines approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Psychologischen Psychotherapeuten mit Lehrqualifikation zur Anleitung).

Die Dauer der PT in der jetzigen Form und unter den jetzigen Bedingungen wird kontrovers diskutiert. Hierbei ist eine allgemeine Unzufriedenheit der AusbildungsteilnehmerInnen, AbsolventInnen, Institutsleitungen, Lehrkräfte und ExpertInnen mit dem Stundenumfang der PT zu verzeichnen. Es werden Vorschläge zur Kürzung bzw. Abschaffung der PT gemacht. Es darf vermutet werden, dass die geäußerte Unzufriedenheit mit der fehlenden Strukturierung, Integration und Anleitung sowie mit der zeitlichen Belastung und damit verbundenen Einschränkung von gleichzeitigen Erwerbsmöglichkeiten durch eigene Berufstätigkeit zusammenhängt. Viele AusbildungsteilnehmerInnen erleben sich während ihrer PT als unbezahlte Arbeitskräfte und nicht als Lernende mit entsprechenden Ansprüchen auf Anleitung und Ausbildung. Seitens der PT-Institutionen ist hingegen erwartungsgemäß eher eine hohe Zufriedenheit mit dem Zeitumfang der PT zu verzeichnen. In der Fachwelt gibt es durchaus auch Stimmen, die für eine deutliche Reform im Sinne einer Verkürzung der PT und eine Ausweitung auf verschiedene Arbeitsfelder plädieren (z. B. Rief, 2009), denen aber die Notwendigkeit der profunden Kenntnis eines breiten Spektrums psychiatrischer Störungsbilder entgegengehalten wird (z. B. Hohagen, 2009).

Die Diskussion um die PT kristallisiert sich beim Thema der von vielen AusbildungsteilnehmerInnen – jedoch interessanterweise auch von vielen Ausbildungsstättenleitern selbst – beklagten fehlenden bzw. uneinheitlichen Ausbildungsvergütung. Die Finanzierung der Ausbildung zum PP oder KJP wird aufgrund der zeitlichen Belastung vor allem während der PT zum Problem. Im ungünstigsten Fall haben die AusbildungsteilnehmerInnen während ihres „Psychiatriejahrs“ nicht nur kein Einkommen, sondern müssen neben ihrem Lebensunterhalt auch Ausbildungsgebühren bezahlen. Das führt dazu, dass auf finanzielle Rücklagen oder auf finanzielle Unterstützung durch Dritte (z. B. Lebenspartner, Eltern) zurückgegriffen werden muss. Um den nach übereinstimmenden Angaben von AusbildungsteilnehmerInnen, Institutsleitungen, Lehrkräften und ExpertInnen wichtigen Ausbildungsbaustein PT aufrechterhalten zu können, ohne eine soziale Selektion der

AusbildungsteilnehmerInnen nach eigenem Vermögen oder Alimentierungsmöglichkeiten im privaten Umfeld zu riskieren, sollte somit die ungelöste Frage der Finanzierung der Ausbildung in Angriff genommen werden (vgl. Kapitel F.6 und G-4).

Ein weiteres Problem liegt in der fehlenden Möglichkeit, bereits vorhandene Berufserfahrungen oder Praktika in der Psychiatrie vor Beginn der Ausbildung zum PP oder KJP als Äquivalent für die PT anzuerkennen. Dies führt zu der absurden Situation, dass z. B. langjährig in der Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie tätige MitarbeiterInnen mit Beginn ihrer Ausbildung zum PP oder KJP in eine nun meist unbezahlte PT gehen müssen, obwohl sie die bislang definierten Lernziele (das Kennenlernen psychiatrischer Störungen und ihrer verschiedenen Behandlungsformen) bereits erreicht haben.

Überdacht werden sollte auch der Status der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT im Hinblick auf ihre bereits vorliegende primäre Hochschulausbildung. Verständlicherweise erleben viele AusbildungsteilnehmerInnen ihren Status in der PT als diskrepant zu ihrem Qualifikationsniveau als z. B. Diplom-PsychologIn, Diplom-PädagogIn oder SozialpädagogIn. Als Alternative wird ein assistenzarzt-ähnlicher Status diskutiert, der es den AusbildungsteilnehmerInnen erlauben würde, in einem Beschäftigungsverhältnis in den Institutionen der PT tätig zu sein. Allerdings zeigen die Angaben der Leitungen der PT-Institutionen, dass die Bereitschaft zur Beschäftigung von PP und KJP in der Ausbildung in ihren Einrichtungen mit Bezahlung eines vollen oder auch nur halben Assistentengehalts deutlich zurückgehen würde.

Aus den Ergebnissen der Umfragen geht hervor, dass der PT von den meisten Beteiligten und befragten Experten eine hohe Nützlichkeit zugeschrieben wird. Die Zufriedenheit mit der PT in seiner jetzt gängigen Praxis ist aus den genannten strukturellen und finanziellen Gründen eingeschränkt. Generell erscheint es dringend geboten, auch künftig zur Sicherstellung einer ausreichenden Kenntnis der künftigen PP und KJP über psychiatrische Störungsbilder und deren differentieller Behandlung eine breite praktische Erfahrung in verschiedenen Versorgungssektoren zu ermöglichen. Neben der Psychotherapie in ambulanten Praxen gibt es eine Vielfalt von institutionellen Berufsfeldern, in denen Psychotherapie angewendet wird, die nur im Rahmen einer PT ausreichend kennen gelernt werden können. Somit kommt der PT folgerichtig ein wichtiger Stellenwert in der Ausbildung zu. Allerdings können die im Rahmen der PT gemachten umfassenden Erfahrungen sich nur dann positiv auf die Qualifikation der späteren PT und KJP auswirken, wenn sie im Rahmen der Ausbildung ausreichend reflektiert und ausgewertet werden.

Die Frage nach der Erreichung des Lernziels, d.h. der Vermittlung von Kenntnissen über psychiatrische Krankheitsbilder während der PT ist nicht eindeutig zu beantworten. Dies hängt stark von individuellen Strukturmerkmalen, den Patienten und der Betreuung innerhalb der entsprechenden Einrichtungen ab. Die Tatsache, dass die wenigsten Institutionen der PT eine curriculare Struktur der PT realisieren, deutet an, dass eine systematische Vermittlung eines möglichst breiten Spektrums psychiatrischer Krankheiten nicht gewährleistet wird und somit eher dem Zufall überlassen ist (s.o.). Bei der Wahl der Institutionen ist davon auszugehen, dass die AusbildungsteilnehmerInnen diese eher zufällig nach örtlichen oder finanziellen Gegebenheiten auswählen und weniger aufgrund spezifischer Inhalte. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für PP bzw. KJP besagt, die PT I könne an Einrichtungen abgeleistet werden, die im Sinne des ärztlichen Weiterbildungsrechts zur Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugelassen sind oder die von der nach § 10 Abs. 4 Psychotherapeutengesetz zuständigen Behörde als gleichwertige Einrichtung zugelassen wird. Für die PT I ist somit sichergestellt, dass nur Einrichtungen zugelassen werden, in denen das gesamte Spektrum des Fachgebiets kennen gelernt werden kann. Es gibt jedoch auch Forderungen, künftig beispielsweise psychosomatische Kliniken für die gesamte PT zuzulassen.

Verbesserungen der PT können durch eine Spezifizierung der Anforderungen und Inhalte dieses zentralen Ausbildungsbausteins erreicht werden. Das Ziel der PT, und zwar die Vermittlung praktischer Erfahrungen mit psychischen Störungen jeder Art in ihrem klinischen Erscheinungsbild und ihren unterschiedlichen auch nicht-psychotherapeutischen Behandlungsformen, sollte beibehalten werden, um künftigen PsychotherapeutInnen die Möglichkeiten und Grenzen ihrer psychotherapeutischen Behandlungskompetenz zu vermitteln. Insbesondere sollten Einblicke in die

Diagnostik der häufigsten psychiatrischen Krankheitsbilder und ihrer biologischen und pharmakotherapeutischen Behandlungsstandards ermöglicht werden. Die PT ermöglicht darüber hinaus die Einübung interdisziplinärer Behandlungsstrategien und das Kennenlernen psychotherapeutischer Anwendungsfelder in Institutionen.

Im Einzelnen sind folgende Verbesserungen (vgl. auch Kapitel G.) ratsam:

- Spezifizierung eines Lernzielkatalogs: Diagnostik und Therapie der in der Versorgungspraxis häufigsten psychischen Störungen der unterschiedlichen Altersgruppen, wobei die Standards der evidenzbasierten Medizin zu berücksichtigen sind,
- Kennenlernen von Modellen der interdisziplinären Zusammenarbeit, z. B. Kombinationsbehandlungen von Pharmakotherapie und Psychotherapie,
- Verbesserung der Integration der PT in die Gesamtausbildung durch verpflichtende Zusammenarbeit der Ausbildungsstätten mit den PT-Institutionen und Betreuung der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT,
- Verpflichtung der Ausbildungsstätten zur Betreuung ihrer AusbildungsteilnehmerInnen während der PT, z. B. in Form begleitender Seminare für AusbildungsteilnehmerInnen im Praktikum und Supervision,
- Sicherstellung einer ausreichenden Existenzgrundlage der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT, z. B. durch Gewährung einer Ausbildungsvergütung oder durch Anpassung der BAföG-Bestimmungen an diese Zielgruppe.

4.3. Theoretische Ausbildung

Bei der Durchführung des Theoretischen Unterrichts ist derzeit von einer hohen Qualifikation der Lehrenden auszugehen. Bei den Dozentinnen und Dozenten des theoretischen Unterrichts überwiegen bei weitem Psychologische PsychotherapeutInnen, gefolgt von ÄrztInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Der größte Teil der aktiven DozentInnen ist psychodynamisch ausgebildet, gefolgt von VerhaltenstherapeutInnen.

Aus der Anzahl der DozentInnen in den einzelnen Verfahren lässt sich aber nicht schlussfolgern, dass die Theorie der psychodynamischen Verfahren in der Ausbildungslandschaft einen höheren Stellenwert hat als für andere Verfahren. Deutlich mehr Lehrkräfte möchten insbesondere im Bereich der Psychoanalyse den Umfang der Theorie eher erhöhen als die jene im Bereich der Verhaltenstherapie. Dort ist der Anteil des theoretischen Unterrichts vielen zu umfangreich.

Auch zwischen den PP- und den KJP-Ausbildungen gibt es Unterschiede: die KJP-DozentInnen wünschen sich mehr theoretischen Unterricht. Bei den psychodynamischen Verfahren und dem KJP-Bereich könnte der Wunsch nach einem größeren Umfang an Theorie sich vor allem damit begründen, dass an den Hochschulen zu wenig theoretische Grundlagen der Verfahrens (PA, TP) bzw. der Psychotherapie allgemein (KJP) vermittelt werden. So käme der Theorievermittlung in der eigentlichen Psychotherapieausbildung ein größerer Stellenwert zu.

Da gleichzeitig eine Forderung nach Vermittlung von mehr praxisbezogenen Inhalten besteht, müsste entweder der Gesamtumfang des theoretischen Unterrichts erhöht oder mehr entsprechende Theorievermittlung in den Hochschulausbildungen verankert werden. Da aber die Mehrheit aller Befragten die 600 Std. theoretischen Unterricht für angemessen hält, können Erwartungen an zukünftige Regelungen am besten wie folgt formuliert werden:

- AusbildungsteilnehmerInnen ohne Psychologiestudium sollten bereits zu Ausbildungsbeginn mehr psychologisch-psychotherapeutisches Basiswissen vorweisen.
- Mehr Basiswissen zu den unterschiedlichen Therapieverfahren sollte ebenfalls bereits zu Ausbildungsbeginn vorhanden sein.

- Es sollte weniger Überschneidungen zwischen dem Psychologiestudium und theoretischem Unterricht im Rahmen der Ausbildung geben, um beispielsweise andere, etwa verfahrensspezifische theoretische Inhalte in die Curricula aufzunehmen.

Insgesamt besteht ein großer Konsens, dass die Inhalte des theoretischen Unterrichts ein wichtiger und für die psychotherapeutische Kompetenz hilfreicher Baustein im Rahmen der Psychotherapieausbildung darstellen. Dies betrifft insbesondere die Curricula der vertieften Ausbildungen. Diese Zufriedenheitsbekundung ist therapieverfahren-übergreifend und differenziert auch nicht zwischen der PP- und der KJP-Ausbildung. Interessant ist allerdings, dass die AbsolventInnen dem theoretischen Unterricht für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz zwar auch eine hohe, im Vergleich zu den derzeit in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen aber doch eine geringere Bedeutung zuweisen.

Eine Forderung, die sich aus unseren Befragungen ebenfalls ableiten lässt wäre:

- Im theoretischen Unterricht sollten auch mehr praxisbezogene Inhalte wie Behandlungstechniken, Falldarstellungen und Basisvariablen therapeutischen Handelns vermittelt werden!

4.4. Praktische Ausbildung und Supervision

Grundsätzlich wird die praktische Ausbildung als Bestandteil der PsychotherapeutInnenausbildung von allen befragten Gruppen als angemessen, nützlich und vergleichsweise gut eingebettet in die Gesamtausbildung bewertet.

Die Mehrheit der befragten AbsolventInnen, TeilnehmerInnen und Lehrkräfte hält den Beginn und die Einbettung der praktischen Ausbildung in die Gesamtausbildung für angemessen. Die Zufriedenheit mit der fachlichen Betreuung während der praktischen Ausbildung durch ihre Ausbildungsstätten wird allerdings nur mittelmäßig bewertet, wobei in diesen Einschätzungen die Ausbildungsinstitute mit psychodynamischer Ausrichtung etwas besser abschneiden als die verhaltenstherapeutischen Institute.

Bei der Anerkennung von anderen Komponenten für die praktische Ausbildung ergibt sich in den Befragungen ein heterogenes Bild. So erkannten die verhaltenstherapeutischen Institute im Vergleich zu den anderen Instituten deutlich mehr stationäre und gruppenpsychotherapeutisch behandelte Patienten an. Die meisten (aber keineswegs alle) Landesprüfungsämter akzeptierten für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten Behandlungsstunden mit Kindern und Jugendlichen, drei Landesprüfungsämter erkannten auch eine begrenzte Anzahl von gruppenpsychotherapeutischen Stunden an.

Nur eine Minderheit der AbsolventInnen und TeilnehmerInnen konnte ohne Vorleistungen mit ihrer praktischen Ausbildung beginnen, wobei zumeist eine institutsinterne Zwischenprüfung zu absolvieren war.

Die Mehrheit der Institute und der Lehrkräfte gab an, dass die Auszubildenden mit ihrer Selbsterfahrung zu Beginn der Gesamtausbildung beginnen. Somit wird die Selbsterfahrung in aller Regel der praktischen Ausbildung zeitlich vorgeschaltet. Der Beginn der praktischen Ausbildung lag bei den verhaltenstherapeutischen Instituten im Mittel nach 92 Stunden absolvierter Selbsterfahrung, bei den Instituten mit verklammerten Verfahren (TP, PA) im Mittel nach 229 Stunden Selbsterfahrung. Von Experten der Delphi-Befragung wird zurecht darauf hingewiesen, dass diese Unterschiede mit schulenspezifischen therapeutischen Rahmenbedingungen zu erklären sind.

In der praktischen Ausbildung werden von 83% der AbsolventInnen nur Einzeltherapien durchgeführt (nur von 15% Gruppentherapien), 73% erbrachten psychodiagnostische Leistungen. Die Schwerpunkte der Behandlung liegen bei den Angststörungen (88%), den Anpassungs- und Belastungsstörungen (80%) und den affektiven Störungen (73%). Eher nachrangig werden organische psychische Störungen (27%), Suchterkrankungen (32%), schizophrene Störungen (34%), dissoziative Störungen (29%) und Menschen mit geistiger Behinderung (27%) behandelt.

Die Mehrheit der Institute (93%) dokumentiert nach den Angaben der Institutsleiter die Behandlungen.

Die Mehrheit der Institute orientierte ihr Curriculum nach Angaben der Institutsleiter am jeweiligen Vertiefungsverfahren. Dabei geben die tiefenpsychologischen Institute am häufigsten an, auch schulenübergreifend zu arbeiten. Die meisten Institute bieten Zweitverfahren an, wobei insbesondere systemische Ansätze und Hypnotherapie genannt werden.

Die Einzelsupervision wird von den AbsolventInnen, den TeilnehmerInnen und den Institutsleitern der Ausbildung als sehr hilfreich für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz erlebt, die Gruppensupervision wird hier eher als nachrangig beurteilt. Die TeilnehmerInnen der VT-Verfahren zeigten sich dabei im Vergleich zu den anderen Verfahren mit der für sie durchgeführten Supervision signifikant unzufriedener.

Die Hälfte der Institutsleiter gab an, dass die Supervision an ihrem Institut evaluiert würde.

Nur ein Drittel der Landesprüfungsämter überprüft die Qualifikation der SupervisorInnen. Die SupervisorInnen selbst zeigten sich ziemlich zufrieden mit der Qualität der anderen SupervisorInnen und waren mit ihren persönlichen Fortbildungsmöglichkeiten eher moderat zufrieden. In der Delphi-Befragung sprach sich die Mehrzahl der Experten dafür aus, die formalen Qualifikationsanforderungen von 5 Jahren praktischer Tätigkeit, wie es die APrVen und die Fachgesellschaften vorsehen, zu belassen. Etwa 36% der psychologischen ExpertInnen und etwa 71% der ärztlichen ExpertInnen votierten für die Notwendigkeit neuer Qualifikationsrichtlinien.

Insgesamt wird die praktische Ausbildung vom Umfang her als angemessen bewertet. Ein Mehrbedarf an Supervision wird hauptsächlich von den SupervisorInnen an den psychoanalytisch orientierten Instituten formuliert – hier mit Schwerpunkt auf der Einzelsupervision.

Zusammenfassend sind folgende Modifikationen zu diskutieren:

- Im Rahmen der APrVen sind bestimmte Settings und Zielgruppen der praktischen Ausbildung mit jeweiligen Höchststundenzahlen optional anzuerkennen. Das betrifft gruppenpsychotherapeutische Behandlungen, psychotherapeutische Behandlungen im stationären Setting, Behandlungen von Kindern- und Jugendlichen durch PP, von Erwachsenen durch KJP und Miteinbeziehung von Angehörigen in die Behandlung durch beide Gruppen.
- Für eine Vereinheitlichung der Ausbildung erachten wir es als sinnvoll, eine institutsinterne Zwischenprüfung verbindlich festzulegen, die zumindest eine Rückmeldung über den Kenntnisstand, der zu Beginn der praktischen Ausbildung vorzuweisen ist, ermöglichen soll.
- Die Dokumentation und Qualitätssicherung der Behandlungen sollte verbindlich geregelt werden.
- Eine Evaluation der Supervision sollte an den Instituten etabliert, die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für SupervisorInnen verbessert und die Einführung von Qualifikationsrichtlinien für SupervisorInnen überprüft werden.
- Bezüglich des Umfangs der Supervision wird von verschiedenen Gruppierungen eine Veränderung der Stundenzahl gefordert. Wir gehen davon aus, dass insbesondere in der VT-Ausbildung wegen der oft fehlenden Einzelselbsterfahrung die Einzelsupervision für die Klärung persönlicher Belange, also als „Ersatz-Einzelselbsterfahrung“ genutzt wird. Unsere Forderung geht daher eher in die Richtung, in einem gewissen Umfang die Nutzung von Einzelselbsterfahrung in allen Verfahren verpflichtend zu machen.

4.5. Selbsterfahrung

Der Ausbildungsbaustein „Selbsterfahrung“ (SE) wird im Einzel- (ESE) und im Gruppensetting (GSE) angeboten und gehört zu den besonders zufrieden stellenden und als wichtig erlebten Ausbildungselementen. Die häufigsten Qualifikationen der SelbsterfahrungsleiterInnen liegen in den psychodynamischen Verfahren, erfreulicherweise sind alle von uns befragten LeiterInnen psychotherapeutisch tätig.

Die Anzahl der für die SE zur Verfügung stehenden Lehrkräfte wird als knapp ausreichend bezeichnet, allerdings scheint sich ein Überalterungs- oder Nachwuchsproblem (insbesondere im Bereich der Verhaltenstherapie) abzuzeichnen. Dazu kommt, dass es durch die überaus hohe Zahl weiblicher AusbildungsteilnehmerInnen künftig zunehmend weniger männliche SE-Leiter geben wird.

Einzelsselbsterfahrung ist in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nicht verbindlich vorgeschrieben. Insbesondere in den Ausbildungsstätten mit psychodynamischem Schwerpunkt ist die Einzelsselbsterfahrung in der Regel aber Pflicht. Auch verhaltenstherapeutische Ausbildungsstätten bieten ESE entweder verpflichtend oder optional an. Der Umfang der ESE steht eng in Zusammenhang mit den Ausbildungskosten, allerdings haben diejenigen AusbildungsteilnehmerInnen, die mehr ESE durchführen, in der Regel auch mehr Einnahmemöglichkeiten im Rahmen ihrer Praktischen Ausbildung.

Die Umfänge von GSE und ESE werden unterschiedlich bewertet: Während sich in den Untersuchungen bei der Verhaltenstherapie eine Zufriedenheit mit dem Umfang der GSE widerspiegelt, wird dort durchgängig mehr ESE gewünscht. Bei den VertreterInnen der psychodynamischen Verfahren gibt es besonders hohe Zufriedenheit mit dem Umfang von ESE, aber auch eine Zufriedenheit mit dem Umfang der GSE.

SE-LeiterInnen haben häufig auch andere (zum Teil Leitungs- oder Prüfer-) Funktionen in den Ausbildungsinstituten. Wenngleich nicht festgestellt werden kann, ob diese verschiedenen Funktionsausübungen auch immer dieselben AusbildungsteilnehmerInnen betreffen, ist zu vermuten, dass dies in der Außendarstellung und den damit einhergehenden Befürchtungen nicht ohne Einfluss bleibt. Dies wird unterstützt durch entsprechende Wünsche der SE-Leitungen nach klareren Funktionstrennungen und mehr Schutz der Auszubildenden.

Die Selbsterfahrung und insbesondere die Einzelsselbsterfahrung werden in allen Befragungen als nützlich bis sehr nützlich für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen bewertet. Speziell TeilnehmerInnen in der VT-Ausbildung wünschen sich mehr Einzel-Selbsterfahrung. Die SE wird generell als zufrieden stellend bewertet. Die häufig nicht unerheblichen Stundenüberhänge in der SE werden gelegentlich zur Auffüllung der sog. „Freie Spitze“ genutzt.

- Tendenziell sollte der Baustein SE – auch entsprechend der Wünsche der Befragten – eher ausgeweitet werden und in Abhängigkeit von den einzelnen Therapieverfahren Einzel- und Gruppenselbsterfahrung einschließen.

5. Staatliche Prüfung

Sowohl die Institutsleitungen als auch die ExpertInnen der Delphi-Befragung bewerteten die bisherigen Regelungen zur staatlichen Prüfung durchschnittlich nur als „befriedigend“ oder „mittelmäßig“. Vor allem bezüglich der schriftlichen Prüfung wurde von verschiedenen Seiten ein Änderungsbedarf geltend gemacht.

Zur momentanen organisatorischen Aufteilung der Prüfung wurden folgende Überlegungen angestellt:

Die Mehrzahl der ExpertInnen sprach sich gegen eine Vorverlegung der schriftlichen Prüfung aus. Ungefähr die Hälfte der befragten PrüferInnen gab an, dass sich die Aufteilung der Prüfung in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil bewährt habe, ähnlich wurde von diesen auch die Aufteilung in eine mündliche Einzel- und eine Gruppenprüfung bewertet. Zu diesen Aspekten kann also keine eindeutige Empfehlung aus den verschiedenen Befragungen abgeleitet werden.

Zur Frage der Eignung der Prüfung, den Erwerb der durch die Ausbildung erwarteten psychotherapeutischen Kompetenzen zu belegen, wurde von verschiedenen Gruppen vor allem die schriftliche Prüfung als wenig geeignet gesehen. Von den AbsolventInnen wurde die schriftliche Prüfung zur Feststellung ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen weniger geeignet bewertet als die mündliche Einzelprüfung. Die PrüferInnen bewerteten die mündliche Prüfung im Vergleich zur schriftlichen Prüfung mit „gut“ (vs. „ausreichend“), ebenso wie ein Teil der Lehrkräfte. Erstere kamen jedoch zu einem positiveren Urteil bezüglich der Eignung der mündlichen Prüfung als die AbsolventInnen. Es wurde zusammengefasst also eher Kritik an der schriftlichen Prüfung geübt, speziell im Hinblick auf die Frage ihrer Eignung, psychotherapeutische Kompetenzen zu ermitteln, was aber (vgl. auch die staatlichen Prüfungen von Medizinstudierenden) auch nicht die Absicht dieser Prüfung sein kann.

Zur Frage, ob die AusbildungsteilnehmerInnen aufgrund der Ausbildung ausreichend auf die Prüfung vorbereitet sind, bzw. wie die Prüfungsanforderungen generell einzuschätzen sind, wurde von verschiedenen Gruppen die Vorbereitung auf die mündliche Prüfung besser bewertet. Viele Ausbildungsbestandteile wurden als „überhaupt nicht“ bis „mittel“ hilfreich für die Vorbereitung zur Prüfung bewertet. Der Großteil der AbsolventInnen musste zusätzlich zur Ausbildung Zeit für die Prüfungsvorbereitung aufwenden (im Durchschnitt mehr als zwölf Wochen, bei der psychodynamischen Ausrichtung etwas länger als bei VT, allerdings unter den VT-AbsolventInnen etwas häufiger). Die Mehrzahl der AbsolventInnen war entsprechend entweder der Meinung, dass der Anteil der Prüfungsvorbereitung gleich bleiben bzw. erhöht werden sollte. Nur ein sehr geringer Prozentsatz ist für eine Verringerung der Prüfungsvorbereitung durch das jeweilige Ausbildungsinstitut. Diese Angaben decken sich mit den Angaben der DozentInnen bezüglich der Prüfungsvorbereitung.

Das in den schriftlichen Prüfungen übliche Format der Multiple-Choice-Fragen wird nur von einem sehr geringen Teil der DozentInnen trainiert, Fallvorstellungen dagegen von über der Hälfte. Etwa die Hälfte der DozentInnen orientiert sich am Gegenstandskatalog, einem geringen Teil der Lehrkräfte ist der Gegenstandskatalog, der übrigens sehr allgemein gehalten ist, nicht einmal bekannt.

Eine Mehrheit der ExpertInnen der Delphibefragungen plädiert für eine Überarbeitung des Gegenstandskatalogs des IMPP. Für eine Reduktion der „Medizinlastigkeit“, die in der ersten Delphibefragung angemahnt wurde, lässt sich allerdings in der Folgebefragung kein eindeutiges Votum feststellen. Für eine Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen sprach sich eine Mehrheit aus, ebenso für eine Reduktion der sich in Studium und Ausbildung wiederholenden Inhalte. Die Beschränkung der Prüfungsfragen auf das eigene Verfahren wurde hingegen überwiegend abgelehnt. In offenen Antworten sprachen sich auch einige der DozentInnen für eine Reduktion der Anforderungen der Prüfungen aus sowie für mehr praxisbezogene Prüfungen, welche eher geeignet sein könnten, die erwarteten Kompetenzen nachzuweisen.

- Eine ausreichende Vorbereitung auf beide Prüfungen sollte fester Bestandteil der Ausbildung sein, ggf. sollte die schriftliche Prüfung fallorientierter gestaltet und stärker an psychotherapeutischen Basiskompetenzen orientiert werden.

Laut den Angaben der AbsolventInnen musste fast niemand die mündliche und mussten nur wenige TeilnehmerInnen die schriftliche Prüfung wiederholen. Die Institutsleitungen gaben ebenfalls eine sehr geringe Durchfallquote an. Bei Betrachtung der IMPP-Ergebnisse fällt auf, dass die Durchfallquoten im KJP-Bereich bisher dreimal höher waren als im PP-Bereich (allerdings für beide Bereiche unter zehn Prozent liegen). Die durchschnittliche Prüfungsleistung liegt generell im oberen Drittel und ist im Schnitt für den KJP-Bereich signifikant niedriger als für den PP-Bereich. Bezüglich der zugangsberechtigenden Hochschulabschlüsse im KJP-Bereich schneiden AbsolventInnen mit einem Studienabschluss in Psychologie (bisher nur Diplom) signifikant besser ab als solche mit einem anderen zugangsberechtigenden Studienabschluss. PsychologInnen sind aufgrund ihres Eingangsberufes also offenbar am besten auf die Prüfungen vorbereitet. Es ist in diesem Kontext wahrscheinlich, dass mehr Inhalte aus diesem Studiengang abgefragt werden. Die Forderung der ExpertInnen nach einer Reduktion von Redundanzen aus dem vorhergehenden Studium (s.u.) ist also wohl am ehesten auf diesen Studiengang zu beziehen.

Die geringe Zahl nicht bestandener Prüfungen relativiert die Einschätzung einiger PrüferInnen, dass die schriftlichen Prüfungsanforderungen zu hoch seien. Wichtiger scheint der Umstand, dass diese, wie weiter oben ausgeführt, nur als relativ wenig geeignet eingeschätzt werden, die psychotherapeutischen Kompetenzen der AusbildungsteilnehmerInnen zu überprüfen.

Folgende konkrete inhaltliche Modifikationen wurden von verschiedenen BefragungsteilnehmerInnen formuliert:

Die konkrete Prüfungsdurchführung scheint relativ unproblematisch zu verlaufen: Von den Institutsleitungen wird diese, ebenso wie die Zusammenarbeit mit den PrüferInnen überwiegend positiv eingeschätzt.

Aufgrund der vorliegenden Daten sind lediglich allgemeine Aussagen über die Relevanz der der Approbation für die Chancen der AusbildungsteilnehmerInnen auf dem Arbeitsmarkt möglich. Die Prüfungsnote scheint hier keine große Rolle zu spielen, in keiner der durchgeführten Befragungen wurde dies thematisiert. Die Mehrheit der befragten AbsolventInnen war nach der Ausbildung psychotherapeutisch tätig. Prozentual berichtete ein größerer Anteil der VerhaltenstherapeutInnen als der psychodynamisch ausgebildeten PsychotherapeutInnen, dass sie nach ihrer Ausbildung psychotherapeutisch tätig wurden, der größte Anteil im ambulanten Bereich. Nur ein Drittel der AbsolventInnen teilte mit, über eine Kassenzulassung zu verfügen. Ein größerer Teil der psychodynamischen PsychotherapeutInnen als der VerhaltenstherapeutInnen weist nach eigenen Angaben eine Kassenzulassung auf. Dennoch sind drei Viertel der AbsolventInnen davon überzeugt, dass die Ausbildung ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbesserte, für zwei Drittel war die Ausbildung nach eigener Einschätzung eine notwendige Voraussetzung für ihre berufliche Tätigkeit.

Zusammenfassend werden folgende Modifikationen empfohlen:

- Überarbeitung des Gegenstandskatalogs der schriftlichen Prüfung
- Verbesserung der Prüfungsvorbereitung durch die Ausbildungsinstitute
- vorgezogene schriftliche Prüfungen (z. B. vor dem Beginn der praktischen Ausbildung) sind zumindest in Betracht zu ziehen
- personelle Überschneidung von PrüferInnen, SupervisorInnen und SelbsterfahrungsleiterInnen sollte es nicht geben.

6. Ausbildungskosten

In Hinblick auf die Abschätzung der Ausbildungskosten ist als wichtiges Ergebnis zunächst festzuhalten, dass ein substantieller Teil der Befragten (je nach Befragung ein bis drei Fünftel der Befragten) keine oder nur unzureichende Angaben zu den Kosten der Ausbildung machte. Dennoch sind für uns die Angaben aus verschiedenen Quellen ausreichend, um die Kostenfragen im Zusammenhang mit der Ausbildung zu diskutieren.

Sowohl für zukünftige als auch gegenwärtige als auch ehemalige AusbildungsteilnehmerInnen spielt die Kostenfrage eine große Rolle. Tendenziell führen die Kostenprobleme die Befragten in die Teilzeitausbildung. Die meisten AusbildungsteilnehmerInnen planen die Ausbildungs- und Lebensfinanzierung über die eigene Berufstätigkeit.

Insgesamt werden die Gesamtkosten für die Ausbildung im Mittel zwischen 20.000 und 30.000 Euro bei sehr hoher Varianz angegeben. Bezogen auf die Vollzeitausbildung entspricht dies monatlichen Kosten von im Mittel 560 bis 830 Euro, bezogen auf die Teilzeitausbildung von im Mittel monatlich 330 bis 500 Euro. Zusätzliche Reisekosten zu externen Pflichtveranstaltungen fallen nur bei etwa 20% der Institute in Höhe von insgesamt im Mittel 450 Euro an.

Die AusbildungsteilnehmerInnen geben durchschnittlich ca. 6.000 Euro niedrigere Ausbildungskosten an als die Institutsleitungen. Für die TeilnehmerInnen sind somit zwischen einem Fünftel und einem Drittel der Kosten, die auf sie zukommen, offenbar nicht durchschaubar. Diese Diskrepanz ist auf die oft intransparente Preisgestaltung der Institute zurückzuführen, die ganz unterschiedliche Kostenanteile direkt von den AusbildungsteilnehmerInnen an die Leistungserbringer (insbesondere SupervisorInnen, SelbsterfahrungsleiterInnen) zahlen lassen und in ihrer Kostenkalkulation nicht explizit ausweisen. Hier wären dringend transparentere Angebotsstrukturen notwendig:

- Es sollte ein „Normpreis“ angegeben werden, in dem alle Bestandteile der Ausbildungskosten differenziert aufgelistet und die Verrechnungsmodalitäten dargestellt werden.

Während die AusbildungsteilnehmerInnen angeben, dass ihnen nach Vergütung der Ausbildungstherapien im Mittel Kosten von ca. 3.400 Euro oder – bei realistischer Anzahl der Ausbildungstherapien – 4.650 Euro entstehen, stellen die Institutsleitungen eher dar, dass den AusbildungsteilnehmerInnen ein geringes Netto-Plus oder gar ein Netto-Plus von ca. 10.000 Euro entsteht.

Im Rahmen der Absolvierung der PT I und PT II erhält gut die Hälfte der AusbildungsteilnehmerInnen keinerlei Vergütung. Dieser Prozentsatz ist in der KJP-Ausbildung etwas höher als in der PP-Ausbildung. Über alle TeilnehmerInnen gemittelt beläuft sich die Vergütung für die PT I auf 450 Euro monatlich und für die PT II auf 560 Euro monatlich. Berücksichtigt man nur diejenigen, die eine Vergütung bekommen, so beläuft sie sich für PT I auf im Mittel 920 Euro und für PT II auf 1.150 Euro monatlich.

Der Vergleich zwischen den Verfahren ist wegen der geringen Rückmeldungen in manchen Verfahren im Wesentlichen für die Verhaltenstherapie und die verklammerte TP/PA-Ausbildung aussagekräftig. Die VT-Ausbildung stellt sich bei den Gesamtkosten bei allen Befragungen als signifikant günstigstes Ausbildungsangebot dar, während die PA-Ausbildung das signifikant kostenintensivste Angebot ist. Tiefenpsychologisch orientierte und verklammerte TP/PA-Ausbildung liegen dazwischen.

Von den TeilnehmerInnen wird die VT-Ausbildung hinsichtlich der Netto-Kosten Institute als das signifikant günstigste Angebot dargestellt; die verklammerte TP/PA-Ausbildung und die TP-Ausbildung werden von den TeilnehmerInnen zudem als signifikant günstiger als die PA-Ausbildung beschrieben.

Aus Sicht der Institutsleitungen ergibt sich ein anderes Bild: Fast alle Ausbildungsinstitute beschreiben, dass die Einnahmen während der Praktischen Ausbildung zu einem Netto-Plus bei den Kosten führen, d.h. die Gesamtkosten für die Ausbildung mehr als ausgeglichen werden. Unter dieser Perspektive stellen sich die bei den Gesamtkosten teureren TP/PA-Ausbildungsgänge als

günstigste Ausbildung dar, während die VT- und die TP-Ausbildung teurer erscheinen. Im Rahmen der Praktischen Ausbildung müssten die TeilnehmerInnen demnach in der verklammerten TP/PA-Ausbildung 68.000 Euro und in der PA-Ausbildung über 90.000 Euro einnehmen können.

Die Unterschiede zwischen den Verfahren spielen auch eine Rolle für die Frage nach den Kosten bei der Ausbildung in hochschulangebundenen und nicht-hochschulangebundenen Ausbildungsstätten, da an Hochschulen überwiegend Ausbildungen in VT angeboten werden. Die Abschätzung der Rolle der universitären Anbindung für die Kostenfrage ist auch deshalb schwierig, weil es nur wenige universitäre Ausbildungsgänge gibt und die Kosten zwischen Ausbildungsgängen ohne Hochschulbezug stark schwanken. Kontrolliert man den Faktor „Verfahren“, so unterscheiden sich universitäre, universitär angebundene und Institute ohne Hochschulbezug weder bei den Gesamtkosten noch den Netto-Kosten aus Institutsperspektive oder den realistischen Netto-Kosten.

Für die Ausbildungsfinanzierung spielt das BAföG aktuell keine Rolle. Die Höhe des BAföG ist hierfür auch nicht ausreichend. Gleichwohl sollte es als Möglichkeit bestehen bleiben.

Weitere Finanzierungsberatung erfolgt nur in geringem Umfang durch einzelne Aufsichtsbehörden. Ansonsten sind die Finanzierungsmöglichkeiten wenig systematisch und decken nur Teile der Ausbildungskosten ab: Für einen Teil der Kosten bis zu einem gewissen Alter durch den Bildungskredit; durch Unterstützung einzelner Ausbildungsstätten; durch Bankkredite. All diese Finanzierungen sind verzinste Darlehen und voll rückzahlbar. Weitergehende Ausbildungsförderung könnte z. B. entsprechend der Regelungen für das sog. „Meister-BAföG“ geschehen, so wie es im „Zweiten Gesetz zur Änderung des AFBG“ gefasst ist (Inkrafttreten zum 1. Juli 2009).

- In der Frage der Finanzierung der Ausbildungen gibt es einen staatlich zu institutionalisierenden Beratungsbedarf!

7. Zugang zur Ausbildung

Wie in der Gutachtenausschreibung ausgeführt, entstehen durch die Umstrukturierung der Studiengänge in die Bachelor-/Mastersystematik für den Zugang zur Ausbildung besondere Probleme. Der größte Änderungsbedarf wird von verschiedenen Gruppen im Bereich des Zugangs zur KJP-Ausbildung gesehen, während sich für den Bereich PP die Regelungen bewährt haben.

Dass die Unterschiedlichkeit in der Eingangsqualifikation von PP- und KJP-AusbildungsteilnehmerInnen als Problem empfunden wird, hängt u. a. mit dem unterschiedlichen Vorwissen der KJP-AusbildungsteilnehmerInnen zusammen. Das geringste Vorwissen bringen beispielsweise nach Meinung der Lehrkräfte Lehramtsstudierende und Kunsttherapiestudierende mit, gefolgt von PädagogInnen, SozialpädagogInnen. Psychologiestudierenden wird dagegen das größte Vorwissen zugeschrieben wird.

Differenziert nach Kompetenzbereichen wurden die PP-AusbildungsteilnehmerInnen bezüglich Symptomwissen, prozeduralen Fähigkeiten und Prüfungsleistungen signifikant besser eingeschätzt als die KJP-AusbildungsteilnehmerInnen, diese dagegen besser in der interpersonalen Kompetenz. Die Misserfolgsquoten in den Prüfungen sind im KJP-Bereich dreifach höher als im PP-Bereich (allerdings liegen beide unter zehn Prozent). Bei den für die Ausbildung zugangsberechtigenden Hochschulabschlüssen im KJP-Bereich schneiden AbsolventInnen mit einem Studienabschluss in Psychologie signifikant besser ab als solche mit einem anderen Studienabschluss.

Sowohl in den bisherigen Diplomstudiengängen als auch in der Gestaltung der neuen Bachelor-/Masterstudiengänge herrscht eine große Vielfalt. Im Fach Psychologie waren die bisherigen Studiengänge weitgehend entsprechend der Rahmenprüfungsordnung Psychologie strukturiert. Der Umfang klinischer Inhalte liegt bzw. lag zwischen 36 ECTS (incl. Neuropsychologie) und 70 ECTS in Klinischer Psychologie und Psychotherapie.

Für die Fächer Pädagogik, Heilpädagogik und Soziale Arbeit/Sozialpädagogik zeigte die Analyse der bisherigen (Diplom-)Studiengänge, dass der Anteil klinisch-psychologischer Inhalte sehr stark

schwankt. Teilweise waren so gut wie keine einschlägigen Inhalte identifizierbar, in Einzelfällen bilden sie dagegen den Schwerpunkt des Hauptstudiums. Während die Rahmenprüfungsordnung im Fach Psychologie einen Mindestumfang von 36 ECTS im Fach „Klinische Psychologie“ fordert und diese Vorgabe in den Studiengängen meist auch eingehalten wird, schwanken die Angaben in den Fächern Pädagogik, Heilpädagogik und Soziale Arbeit/Sozialpädagogik zwischen 0 und 52 ECTS.

Zur Frage, welche inhaltlichen Veränderungen sich durch die Umstrukturierung in die Bachelor-/Mastersystematik ergeben haben, ergab sich folgendes Bild: Insgesamt sind die Inhalte und Anforderungen des konsekutiven BA- und MA-Studiengangs Psychologie meist mit denen des Diplom-Studiengangs Psychologie vergleichbar. Allerdings ergibt sich durch die gestuften BA-/MA-Studiengänge ein gewisser Gestaltungsspielraum, was hinsichtlich des Faches „Klinische Psychologie“ im Vergleich zu den Diplomstudiengängen zu einer deutlich größeren Variabilität führt. Die von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs, 2005 u. 2008) empfohlenen klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Inhalte werden nicht an jedem Studienort bzw. nur bei entsprechender Schwerpunktsetzung vermittelt. Somit kann nicht a priori davon ausgegangen werden, dass ein Studienabschluss in Psychologie auch automatisch hinreichende Kenntnisse in den relevanten klinischen Inhalten garantiert.

Für die Fächer Pädagogik, Heilpädagogik und Soziale Arbeit/Sozialpädagogik zeigte die Analyse der gestuften Studiengänge (BA/MA), dass der Anteil klinisch-psychologischer Inhalte stark schwankt, wobei sich gegenüber den Diplomstudiengängen eher eine Reduktion der entsprechenden Inhalte abzeichnet. In den MA-Studiengängen ist im Vergleich zu den älteren Diplomstudiengängen jedoch tendenziell eine stärkere Gewichtung der methodischen Inhalte feststellbar. Es ist insgesamt aber ebenfalls eine starke Heterogenität innerhalb der einzelnen Studiengänge festzustellen, so dass sich eine generelle Charakterisierung der Studieninhalte alleine aufgrund des Faches schwierig gestaltet.

Die entsprechenden Fachverbände sind bezüglich ihrer Empfehlungen zu absolvierender Studieninhalte eher offen, u. a. wird dies mit der Möglichkeit zur Profilbildung in den jeweiligen Studiengängen begründet. Die wichtigsten Gemeinsamkeiten der Studiengänge, die in der Praxis zur KJP Ausbildung zugelassen werden (ausgenommen Psychologie) sind zusammengefasst folgende: Eine allgemeine Heterogenität (sowohl innerhalb der Studiengänge als auch an den Universitäten, jedoch nicht bundeslandspezifisch); ein sehr breites Spektrum der Studiengänge (kaum relevante Inhalte für die Ausbildung bis hin zu Orientierung an den Empfehlungen der DGPs). Ein vergleichbarer Umfang klinisch-psychologischer Inhalte zum Diplom ist mit Einführung der Modularisierung teils möglich, allerdings (universitär) angebots- und wahlabhängig.

Insgesamt sind die Studieninhalte zu heterogen, um sie in einheitlicher Weise abzutrennen und in die PT-Ausbildung zu verlagern. Eine Beibehaltung der Vorqualifikation im Rahmen eines Hochschulstudiums wird allgemein befürwortet. Die meisten ExpertInnen sprachen sich für ein Beibehalten der bisherigen Ausbildungsstrukturen (grundständiges Studium, nachgelagerte Psychotherapieausbildung) und für ein einheitliches Qualifikationsniveau bei den Zugangsvoraussetzungen (Masterniveau mit klinischem Schwerpunkt, jedoch nicht ausschließlich MA Psychologie) für PP und KJP aus. Außerdem wurde vorgeschlagen, nachweispflichtige Studieninhalte (z. B. für PädagogInnen) zu definieren.

Folgende Inhalte aus dem grundständigen Studium wurden für Psychologische PsychotherapeutInnen für unverzichtbar gehalten: gute Kenntnisse der psychologischen Grundlagen und der klinischen Psychologie. Speziell gefordert werden solide Kenntnisse in Störungswissen, Diagnostik, relevanten Psychotherapieverfahren und Forschungsmethoden. Ebenfalls für nötig gehalten werden eine fundierte klinische Ausbildung und Kenntnisse in psychologischen Grundlagenfächern. Bezüglich unverzichtbarer Inhalte für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen schlossen sich die meisten ExpertInnen den o. g. Empfehlungen und Ergänzungen an.

Eine untere Altersgrenze als Zugangsvoraussetzung wurde von InstitutsleiterInnen und ExpertInnen mehrheitlich abgelehnt. Soweit von den Institutsleitungen für ein Mindestalter plädiert wurde, lag dieses bei 25 Jahren. Das bisherige (insbesondere das persönliche) Auswahlverfahren (meist durch 2 Interviews) sowohl für PP als auch für KJP begrüßt.

Die Frage, ob die Inhalte der Studiengänge innerhalb Deutschlands noch so homogen sind, dass sie als allgemeine Zugangsregelungen für die Psychotherapeutenausbildung fortwirken könnten, muss nach dem Stand unserer Erhebungen eindeutig verneint werden, um so wichtiger erscheint es, für die Ausbildung relevante Inhalte zu formulieren.

Zusammenfassend werden folgende Modifikationen empfohlen: Wie erwähnt, sind die Studiengänge sowohl in den bisherigen Diplomstudiengängen als auch in den Bachelor/Masterstudiengängen sehr heterogen. Es gibt in Folge dessen bisher keinerlei definierte inhaltliche Voraussetzungen, die als Grundlage zur Aufnahme einer Psychotherapieausbildung (KJP oder PP) qualifizieren.

Besonders problematisch sind die bisher differenten Zugangswege KJP und PP. Daher wird empfohlen, bezüglich der formalen und inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen einheitliche Standards für PP und KJP einzuführen:

- als formale Voraussetzung Masterniveau (Psychologie, Pädagogikstudiengänge und Studium der Sozialarbeit)
- Definition von Inhalten, die zum Zugang zur Ausbildung berechtigen und Teil des MA sind (überprüfbar in Form von ECTS)
- bei nicht ausreichender inhaltlicher Qualifikation durch MA Ermöglichung eines Propädeutikums.

8. Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland

Wie im Zusammenhang mit der Übersicht über die Situation in den EU-Ländern diskutiert, ist die Ausbildungssituation im europäischen Vergleich relativ unterschiedlich im Hinblick auf die zugrunde liegenden gesetzlichen Regelungen, die Zugangsvoraussetzungen, die Organisation der Ausbildung, den Status von (nicht-ärztlichen) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und damit verbunden auch die Stellung der Psychotherapie innerhalb des Gesundheitswesens.

Gemein ist den meisten europäischen Ländern, dass sie unterschiedliche Berufe zur Psychotherapieausbildung zulassen, deren Zahl zum Teil beträchtlich variiert. In allen Ländern der EU sind ÄrztInnen und PsychologInnen zur Ausbildung bzw. Weiterbildung zugelassen. In der Regel wird ein Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung gefordert.

Die im Rahmen des Gutachtens erstellte Übersicht kommt zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie vergleichbare Zusammenstellungen (z. B. Pritz, 2002; Schröder, 2004; Broeck & Lietzer, 2008; Mace, 2009), wenngleich die Lage der Psychotherapieausbildung und die damit verbundene Gesetzgebung sich relativ schnell zu verändern scheint. Es entsteht insgesamt der Eindruck, dass überall da, wo die Ausbildungsrichtlinien relativ strikt und qualitativ hochwertig sind, auch am ehesten eine Integration der nicht-ärztlichen Psychotherapie als Pflichtleistung im Gesundheitssystem erfolgt.

Insbesondere im Hinblick auf die intra-europäische Mobilität und die gesetzlichen Abstimmungsprozesse innerhalb der EU, die in Zukunft sicher noch stärker gewichtet werden, wären einheitliche Regelungen im Sinne eines Mindeststandards für die Ausbildung bzw. die Anerkennung von Ausbildungen erforderlich. Diese sollten – wie innerhalb der BRD – bezogen auf qualitativ hochwertige Kriterien definiert werden. Bislang gibt es offenbar auf dem europäischen Parkett nur auf der Ebene von Verbänden Bemühungen, länderübergreifende Standards zu definieren.

Straßburger Deklaration zur Psychotherapie von 1990

Im Einklang mit den Zielen der Weltgesundheitsorganisation sowie mit dem im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft (EG) geltenden und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) intendierten Nichtdiskriminierungsgebot und dem Grundsatz der Freizügigkeit für Personen und Dienstleistungen besteht Einigung in folgenden Punkten:

1. Die Psychotherapie ist eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, deren Ausübung einen selbständigen und freien Beruf darstellt.
2. Die psychotherapeutische Ausbildung erfolgt auf hohem, qualifizierten und wissenschaftlichen Niveau.
3. Die Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren ist gewährleistet.
4. In einem psychotherapeutischen Verfahren wird die Ausbildung vollständig absolviert und umfasst Theorie, Selbsterfahrung und Praxis unter Supervision. Über andere psychotherapeutische Verfahren werden ausreichende Kenntnisse erworben.
5. Der Zugang zur Ausbildung erfolgt über verschiedene Vorbildungen, insbesondere Human- und Sozialwissenschaften.

Straßburg, den 21. Oktober 1990

Die European Association for Psychotherapy (EAP), ein Dachverband, in dem nach eigenen Angaben 128 Organisationen aus 41 Europäischen Ländern organisiert sind, die wiederum mehr als 120.000 PsychotherapeutInnen vertreten, versucht beispielsweise auf der Basis der 1990 verabschiedeten „Straßburger Erklärung zur Psychotherapie“ (siehe Kasten) Ausbildungsstandards für eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapieausbildung festzulegen.

Es wäre absolut notwendig, derartige Bemühungen auch auf politischer Ebene zu initiieren und den Austausch über Ausbildungsstandards auch auf wissenschaftlicher Ebene in Europa zu fördern, wobei allerdings in den meisten europäischen Ländern die hohen Standards des PTG bis jetzt bei weitem nicht erreicht werden.

9. Weitere Ergebnisse

Differenziert wurden Aspekte der Qualitätssicherung erfragt. Hier zeigte sich etwas überraschend dass – abgesehen von Theorieveranstaltungen – Bestandteile der Ausbildung doch eher selten systematisch evaluiert werden und TeilnehmerInnen keine Lernprozesse im Hinblick auf Qualitätssicherung durchlaufen und TeilnehmerInnen wie auch Lehrkräfte relativ selten Konsequenzen einer Evaluation erkennen. Ebenfalls überraschend wurden hier Unterschiede in den Verfahren deutlich mit einer etwas häufigeren Evaluation in psychodynamischen orientierten Ausbildungsstätten. Die Mehrzahl der ExpertInnen in der Delphibefragung präferiert eine interne Evaluation, woraus zu folgern ist, dass externe Qualitätssicherung oder gar Zertifizierung (und Rezertifizierung) eher eine abschreckende Wirkung haben.

- Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist eine Ausweitung, Verbesserung und Professionalisierung der Qualitätssicherung unbedingt zu fordern.

Im Hinblick auf Kompetenzerweiterungen in Richtung einer „Medizinorientierung“ zeigten die Befragungen ein unterschiedliches Bild: Je nach befragter Gruppe (z. B. TeilnehmerInnen vs. Lehrkräfte, Personen mit unterschiedlichen Vertiefungsverfahren) ist die Zustimmung zur Erweiterung von Kompetenzen in Richtung Verordnung von Psychopharmaka, Einweisung in Kliniken und Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unterschiedlich ausgeprägt. Während die Verschreibung von Psychopharmaka eher skeptisch gesehen wird, gibt es mehr Zustimmung

gegenüber der Option von Klinikeinweisungen und der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Auf diese Thematik wird in Kapitel G-5 näher eingegangen.

Organisatorische Aspekte, die in den Befragungen besonders thematisiert wurden, waren insbesondere der Wechsel von Instituten und Verfahren sowie die Möglichkeit, die Ausbildung zu unterbrechen. Letztere ist in den meisten Ausbildungsstätten zumindest für begrenzte Zeiträume (entgegen den gesetzlichen Vorgaben bis zu einem Jahr) offensichtlich gegeben. Wechsel von Instituten/Verfahren kommen selten vor, werden aber prinzipiell von vielen AusbildungsteilnehmerInnen zumindest als Möglichkeit gewünscht. In einigen wenigen Fällen des Wechsels von Instituten kommt es offenbar zu Schwierigkeiten organisatorischer und finanzieller Art, beim Wechsel von Verfahren kann sich das Problem der Anerkennung bereits absolvierter Ausbildungsbausteine stellen.

Die Befragung der Aufsichtsbehörden, aus der einige spezifische Ergebnisse zusammengefasst wurden, zeigte doch unterschiedliche Praktiken beispielsweise im Hinblick auf Anerkennungen, Kontakte oder die Kontrolle von Ausbildungsstätten. Die Behörden wünschen sich selbst eine Verbesserung der Kooperation und Klärung von Fragen, die momentan den Entscheidungsspielraum beispielsweise bei den Zugangsregelungen bedingen.

- AusbildungsteilnehmerInnen in unterschiedlichen Bundesländern sollten erwarten können, dass die Aufsichtsbehörden der Länder vergleichbare Anforderungen und Standards vertreten.

Ähnliche Heterogenität zeigt sich beim Vergleich von Standards und Praktiken innerhalb der Ausbildungsstätten: Hier werden beispielsweise Zwischenprüfungen, die Prüfung der Eignung von TeilnehmerInnen, Honorarregelungen etc. sehr unterschiedlich gehandhabt. Relative Einigkeit gibt es offenbar bei der Definition von zentralen Kompetenzen, die von AusbildungsteilnehmerInnen bzw. ausgebildeten PsychotherapeutInnen erwartet werden.

- Im Interesse der AusbildungsteilnehmerInnen sollten Ausbildungsstätten inhaltliche und organisatorische Regelungen bezüglich der Ausbildung nach außen transparent machen.

Aus der Delphibefragung von ExpertInnen wurden im vorangegangenen Kapitel einige Detailergebnisse herausgegriffen, die für die zukünftige Ausbildung von Interesse sind. Diese legen nahe

- approbierte PP und KJP entsprechend FachärztInnen in der Medizin zu besolden,
- wie bisher ein Nebeneinander von Organisationsformen der Ausbildungsstätten zuzulassen,
- AusbildungsteilnehmerInnen im Bereich PP speziell für die Behandlung von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und ältere PatientInnen, im Bereich der KJP für den Arbeitsbereich der Jugendhilfe und der Familientherapie vorzubereiten,
- als Ergänzungsqualifikation in erster Linie gruppenpsychotherapeutische Kompetenz zu empfehlen.

G. Bewertungen bezüglich der zukünftigen Gestaltung der Ausbildung

1. Zugangsvoraussetzungen/Direktausbildung und Einbindung der bestehenden Strukturen in die Aus- und Weiterbildung¹

Angesichts der Neustrukturierung der Studiengänge in den Fächern Psychologie, Sozialarbeit und Pädagogik in Folge des Bologna-Prozesses gibt es keine Rahmenprüfungsordnungen der Studienfächer mehr. Dazu kommt, dass die Studienabschlüsse (Master), die an Fachhochschulen und Universitäten erreicht werden, künftig gleich bewertet werden. Somit müssen die Zugangsvoraussetzungen für die Heilberufe des PP und des KJP neu definiert werden. Im Zuge dessen werden im Rahmen des Gutachtens

„Aussagen zu der Frage erwartet, ob es angesichts der Neustrukturierung des Psychologie- und Pädagogikstudiums sinnvoll ist, an der derzeitigen Struktur der Psychotherapeutenausbildung als postgradualer Ausbildung festzuhalten oder ob einer Erstausbildung zum Psychotherapeuten unter Integrierung der erforderlichen psychologischen und pädagogischen Kompetenzen der Vorzug zu geben wäre. Dabei werden auch Aussagen zu einer möglichen Dauer und Struktur einer Direktausbildung erwartet“.

An anderer Stelle der Leistungsbeschreibung für das Forschungsgutachten heißt es:

„Ferner werden Aussagen erwartet zu der Frage, ob an den bestehenden Strukturen der Psychotherapeutenausbildung (u.a. abgeschlossenes Studium als Zugangsvoraussetzung, Ausbildung an Hochschulen und anerkannten Einrichtungen, Aufteilung in Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) festgehalten werden sollte oder ob eine Erstausbildung an Hochschulen in Anlehnung an die anderen Heilberufe der Ärzte, Zahnärzte als Psychotherapeutenstudium an Universitäten der Vorzug gegeben werden sollte. In letzterem Fall werden Aussagen zu einer möglichen Konzeption eines solchen Studiengangs erwartet, die sich insbesondere auch auf die Dauer des Studiums, die Studieninhalte sowie Einbindung der für die Psychotherapeutenausbildung relevanten Inhalte aus dem Psychologie- und Pädagogikstudium oder weiteren Fachgebieten erstrecken sollte. Es werden Aussagen dazu erwartet, wie und in welcher Form die bestehenden Ausbildungsinstitute in eine solche Ausbildung eingebunden werden könnten (Grundausbildung, Weiterbildung).“

1.1. Zugangsvoraussetzungen: Studienabschluss

Unabhängig von der Frage, ob es in Zukunft evtl. nur noch einen Beruf „PsychotherapeutIn“ oder wie bisher zwei Berufe (PP/KJP, siehe Kapitel G 1.4) geben sollte, besteht in der Fachwelt ein Konsens, dass die Ausbildungsbereiche PP und KJP in Zukunft auf jeden Fall gleichwertig zu behandeln sein werden, auch wenn in manchen Bundesländern momentan noch ein Bachelor-Abschluss als ausreichend für die Zulassung zur KJP-Ausbildung erachtet wird. Das BMG geht gemäß einer Äußerung aus dem Jahr 2005 (entsprechend des Beschlusses der KMK vom 10.10.2003 über „ländergemeinsame Strukturvorgaben für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen“, vgl. VAKJP, 2009) davon aus, dass aus struktureller, nicht aus inhaltlicher Sicht, bei den pädagogischen Zugangsberufen zur KJP-Ausbildung ein Bachelor-Abschluss ausreichend sei. Um die Hürden für den Berufszugang zu erhöhen, müssten im Sinne von Art. 12 Grundgesetz „triftige Gründe“ vorliegen.

¹ Die in der Leistungsbeschreibung (Kapitel B 2.) getrennt aufgeführten Aspekte werden hier zusammengefasst diskutiert, da beide Aspekte unmittelbar aufeinander bezogen sind.

Keine Frage des Forschungsgutachtens hat in der Fachwelt zu so einem eindeutigen Konsens geführt (vgl. z. B. die Stellungnahmen im Begleitband), wie die Frage der **Vereinheitlichung der Zugangsvoraussetzungen** und die Forderung, sowohl für die PP- wie für die KJP-Ausbildung einen Master-Abschluss als zwingend vorzusehen, obwohl Juristen befürchten, dass mit dieser Forderung eine Diskreditierung der bisherigen Fachhochschuldiplome verbunden sein könnte (Stellpflug, 2008).

Aus den Befragungen, die im Rahmen des Gutachtens durchgeführt wurden, soll hier exemplarisch auf die Ergebnisse der Delphi-Befragung eingegangen werden. Nachdem sich bereits in der ersten Welle dieser Befragung die große Mehrheit der ExpertInnen für die Gleichstellung der Berufe PP und KJP im Hinblick auf die Zugangsvoraussetzungen aussprach, wurde in der 2. Phase der Befragung spezifisch gefragt: „Welcher Mindestabschluss ist für die Ausbildung vorzusetzen?“ Die Mehrheit gibt eindeutig an (Tabelle G 1-1), dass der Master-Abschluss in Psychologie für PP bzw. Master-Abschlüsse in Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik (bzw. Klinische Sozialarbeit) oder Heilpädagogik als Mindestanforderung für den Einstieg in die Ausbildungen gesehen werden müssen.

Tabelle G 1-1: Notwendige Voraussetzungen für den Zugang zu PP/KJP-Ausbildung nach Meinung von ExpertInnen (PsychologInnen und MedizinerInnen) (Delphi-Befragung II)

	Gesamt		PsychologInnen		MedizinerInnen	
	n	%	n	%	n	%
Für Psychologische PsychotherapeutInnen						
Diplom/Master in Psychologie	54	91	37	88	17	100
Bachelor in Psychologie	1	2	1	2	---	---
Für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutInnen						
Diplom/Master in Psychologie	54	91	37	88	17	100
Bachelor in Psychologie	1	2	1	2	---	---
Master in Pädagogik	41	69	29	69	12	71
Bachelor in Pädagogik	1	2	1	2	---	---
Master in Sozialpädagogik	39	66	31	74	8	47
Bachelor in Sozialpädagogik	---	---	---	---	---	---
Bachelor in Heilpädagogik	---	---	---	---	---	---
Master in Heilpädagogik	35	59	29	69	6	35

Nachfolgend werden die prominenten (und „triftigen“) Gründe inhaltlicher und formaler Natur für gleiche Eingangsvoraussetzungen (auf einem Master-Level) zusammengefasst (u. a. auch auf der Basis vorliegender Stellungnahmen von Fachverbänden, vgl. Begleitband, Kapitel F):

a) Mit dem Master verbundene Berufsqualifikationen

Sowohl nach dem deutschen wie auch dem europäischen Qualifikationsrahmen ist die Stufe 7 (Master-Abschluss) im Hinblick auf die Voraussetzungen für das Wissen, die Fertigkeiten, die Sozial- und Selbstkompetenz fraglos für beide Abschlüsse (PP, KJP) gleichermaßen zwingend notwendig (Tabelle G 1-2). Nur der Master-Abschluss erlaubt „eine innovative Bearbeitung von anspruchsvollen Aufgaben- und Problemstellungen einer Wissenschaftsdisziplin“. Der Abschluss führt zu Fakten- und Theoriewissen und setzt ein kritisches Bewusstsein für Grenzen und Schnittstellen voraus, um Spezialkenntnisse auch in komplexen Situationen selbstständig anwenden zu können.

Tabelle G 1-2: Kennzeichen von Bachelor- und Master-Abschlüssen nach dem europäischen Qualifikationsrahmen

Qualifikationsrahmen (Stufe 6) Bachelor	Qualifikationsrahmen (Stufe 7) Master
<i>Bearbeitung</i> von umfassenden fachlichen Aufgaben in <i>Teilbereichen</i> einer Wissenschaftsdisziplin; Eigenverantwortliche Steuerung, Innovationsfähigkeit	<i>Innovative</i> Bearbeitung von <i>anspruchsvollen</i> Aufgaben- und Problemstellungen einer <i>Wissenschaftsdisziplin</i>
Wissen: Grundlagen und Detailwissen	Wissen: Fakten- und Theoriewissen, kritisches Bewusstsein für Grenzen/ Schnittstellen
Fertigkeiten: Methodenkompetenz, Innovations- und Transferkompetenz	Fertigkeiten: Spezialkenntnisse auch in komplexen Situationen anwenden können
Sozialkompetenz: Team-Fähigkeit, Lern-Beratung	Sozialkompetenz: Interdisziplinäre Expertenteams + Anleitungsaufgaben
Selbstkompetenz: Ausrichtung an strategischen Zielen, eigenständige Ausgestaltung	Selbstkompetenz: Ziele mit Blick auf gesellschaftliche Auswirkungen setzen, Wissen selbst erschließen können

Die Notwendigkeit einer wissenschaftlich fundierten Berufsausbildung ist auch durch das PsychThG vorgegeben. In § 1 Abs. 3 wird Psychotherapie als „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene [heilkundliche] Tätigkeit“ definiert. Zugleich wird – wie beispielsweise die VAKJP in ihrer Stellungnahme hervorhebt (VAKJP, 2008), 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. Dies implizierte, dass die wissenschaftlich-methodologische, forschungsbezogene Grundausbildung in dem vorausgehenden Studium erfolgen muss, in dem auch psychosoziale Grundkompetenz und soziales Lernen vermittelt werden.

Die bisherigen Erfahrungen mit den unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen sind in diesem Gutachten an anderen Stellen (vgl. Kapitel E-7.) zusammengefasst. Es wurde darauf hingewiesen, dass insgesamt gesehen die TeilnehmerInnen der KJP-Ausbildung, unter denen insgesamt nur ein kleiner Prozentsatz an diplomierten PsychologInnen zu finden ist (ca. 15% nach Ruggaber, 2008; etwa 25% nach unseren eigenen Erhebungen) in der schriftlichen Prüfung eindeutig schlechter abschneiden. Dies ist zumindest ein deutlicher Hinweis auf eine unterschiedliche Qualifikation im Hinblick auf prüfungsrelevante Themen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit im Vergleich von Bachelor- und Master-Abschlüssen noch größer werden dürfte.

b) Kompetenzprofile von PsychotherapeutInnen, PatientInnenschutz

Die Profession der PP/KJP hat sich in den vergangenen Monaten weitgehend auf notwendige Kompetenzprofile für PsychotherapeutInnen verständigt (vgl. die Stellungnahme der BpTK hierzu und Tabelle G 1-3). Insbesondere die Voraussetzungen für die fachlich-konzeptionelle Kompetenz werden bereits im *Hochschulstudium* gelegt. Diese setzt mindestens einen Master-Abschluss voraus (s.o.). Zu dem Profil gehört nicht zuletzt die Notwendigkeit wissenschaftlicher/methodischer Kompetenz, die zu einer wissenschaftlich fundierten Berufsausübung der Psychotherapie befähigen soll. Viele Verbände unterstreichen in ihren Stellungnahmen zur Grundkompetenz die Notwendigkeit einer umfassenden wissenschaftlichen Methodenkompetenz sowie einer vertieften forschungsbezogenen Expertise. Diese sind Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich Diagnostik, Intervention und Evaluation psychischer Störungen. Die Berufspraxis der Psychotherapie müsse an die wissenschaftliche Entwicklung angekoppelt bleiben, um die erreichte hohe Qualität der Versorgung zu gewährleisten.

Tabelle G 1-3: Fachlich-konzeptionelle psychotherapeutische Kompetenzen (aus dem Positionspapier der BPTK zu den Kernkompetenzen von PsychotherapeutInnen)

<p><i>Kenntnisse</i> über wissenschaftlich begründete psychotherapeutische, psychologische, biologische und soziologische Modelle psychischer Erkrankungen und anderer Erkrankungen, bei denen Psychotherapie indiziert ist, ihre Entstehung, Verbreitung und Verlauf sowie ihre Prävention, Behandlung und Rehabilitation</p> <p><i>Kenntnisse</i> verschiedener Versorgungsbereiche, ihrer Aufgaben, Vernetzung und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Fertigkeiten zur Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen</p> <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i>, die kognitive Komplexität und Mehrdeutigkeit menschlichen Erlebens und Verhaltens unter Berücksichtigung des kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstandes, des sozialen und kulturellen Hintergrundes sowie unter Gender-Aspekten zu analysieren, zu diagnostizieren, zu begutachten und Indikationen zu stellen</p> <p><i>Fähigkeiten und Fertigkeiten</i> in der kritischen Rezeption und Anwendung wissenschaftlich begründeter psychotherapeutischer Behandlungsverfahren, -methoden und -techniken sowie anderer psychologischer Interventionen in Prävention, Behandlung und Rehabilitation zur Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Hilfe zur Problemlösung und -bewältigung, Sinnfindung, Verhaltensänderung</p> <p><i>Fähigkeit</i>, implizites Wissen und Erfahrungen im psychotherapeutischen Prozess zu nutzen</p> <p><i>Fähigkeit</i> zu differenzierten therapeutischen Entscheidungen im therapeutischen Prozess</p> <p><i>Fähigkeit</i> zur und <i>Reflexion</i> der Verknüpfung von individueller personaler Kompetenz und Behandlungskonzept (z. B. bei der Wahrnehmung und Interpretation von Affekten, Verhaltensmustern, kommunikativen und Beziehungsstrukturen, siehe hierzu auch self-awareness, mindfulness).</p>

c) Ethische und gesundheitspolitische Aspekte

Zu Recht wird in den Diskussionen um die Zugangsvoraussetzungen auf die hohe Verantwortung von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen hingewiesen und die Frage aufgeworfen, warum gerade deren Qualifikation (und damit auch deren Einstiegsalter in den Beruf!) geringer sein sollte als die von PsychotherapeutInnen, die mit Erwachsenen arbeiten. Ihle (2008) weist darauf hin, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowohl Krankenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen wie auch deren Bezugspersonen bedeutet und gleichzeitig der Prävention psychischer Störungen des Erwachsenenalters dient. Die KJP unterstütze die Resilienz, d.h. die „Fähigkeit, sich von den nachteiligen Folgen früher Erfahrungen schnell zu erholen oder angesichts belastender Lebensumstände ohne offensichtliche psychische Schäden zu bestehen und Bewältigungskompetenzen zu entwickeln“.

Auch vor diesem Hintergrund wäre es nicht nachvollziehbar, für die Berufsgruppe der KJP ein niedrigeres Qualifikationsniveau für den Zugang zur Berufsausbildung zu tolerieren als für Psychologische Psychotherapeuten.

Nach Auffassung der GutachtachterInnengruppe liegen somit genügend triftige Gründe vor, nach der Studienreform in Folge des „Bologna-Prozesses“ in Zukunft gleiche Zugangsvoraussetzungen für die Heilberufe des PP und des KJP (sofern diese Aufteilung in Zukunft bestehen bleibt) zu fordern.

Unter anderem aus qualifikationsbezogenen, versorgungsbezogenen und nicht zuletzt ethischen Gründen besteht Konsens, dass das Masterlevel als Zugangsvoraussetzung dringend zu fordern und künftig Personen mit Bachelor-Abschluss nicht mehr zur Ausbildung zuzulassen sind (Übungsregelungen z. B. in Form von Propädeutika sind hier erforderlich).

Es besteht ferner Konsens, dass der Master-Abschluss (M.A./M.Sc.) in einigen wenigen sozialwissenschaftlichen Fächern, i.e. Psychologie, (klinische) Sozialarbeit und (Heil-) Pädagogik, Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung sein sollte, wobei aber der Nachweis der erforderlichen inhaltlichen Zugangsqualifikationen oberste Priorität haben sollte. Über die Anerkennung von Master-Abschlüssen in anderen Studiengängen (z. B. Kunsttherapie) wird nach inhaltlichen Kriterien zu entscheiden sein, d.h. in Abhängigkeit von der Frage, ob in den entsprechenden Studiengängen die für den Zugang erforderlichen Inhalte unterrichtet wurden (s. unten).

1.2. Zugangsvoraussetzungen: Studieninhalte

Es gibt in der Profession ebenfalls einen Konsens, dass ein Hochschulstudium per se nicht ausreichend sein kann für die Zulassung zur Ausbildung, sondern fachlich-inhaltliche Überlegungen notwendig sind. Deshalb sollten konkret bestimmte Studieninhalte (und entsprechende ECTS) als Mindestvoraussetzungen benannt werden, die im Rahmen eines Studiums (oder allenfalls in Teilen in einer dem Studium folgenden Zusatzqualifikation nach Art eines „Propädeutikums“) erworben werden müssten, um den Zugang zu einer postgradualen Aus- (oder Weiter-)bildung zu ermöglichen.

In der Endphase der Arbeit an diesem Gutachten wurde von der BPTK gemeinsam mit der Fachgruppe Klinische Psychologie ein Vorschlag für Voraussetzungen für den Zugang zur PP-Ausbildung an die qualifizierenden Studiengänge unterbreitet. Ein entsprechender Vorschlag für die Voraussetzungen für den Zugang zur KJP-Ausbildung liegt ebenfalls vor und wird derzeit noch mit den Fachgesellschaften konsentiert (vgl. Begleitband, Kapitel F).

Die Gutachtergruppe schlägt vor, insgesamt 150 ECTS der 300 ECTS im Rahmen des Bachelor- und Masterstudiums aus folgenden Bereichen nachzuweisen (Tabelle G 1-4).

Tabelle G 1-4: Zulassungsvoraussetzungen für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeut/en/in (bzw. Psychotherapeut/en/in (EP*) bzw. (KJP*))

Aus dem zusammen 300 ECTS umfassenden Bachelor- und Masterstudium sind insgesamt mindestens 150 ECTS -Punkte aus folgenden Bereichen nachzuweisen:	
IECTS	
1. Allgemeinpsychologische Kenntnisse bzw. Kenntnisse, die nicht im unmittelbaren Zusammenhang zur klinischen Psychologie stehen	insgesamt 85
1.1 Kenntnisse bezüglich: Grundlagen der Allgemeinen Psychologie speziell Wahrnehmung, Lernen und Gedächtnis, Emotion und Motivation, Denken und Sprache	mindestens 10
1.2 Wissen über: Biologische und neuropsychologische Grundlagen des Erlebens und Verhaltens	mindestens 5
1.3 Kenntnisse zur kognitiven, motivationalen, emotionalen und sozialen Entwicklung über die Lebensspanne	mindestens 10
1.4 Kenntnisse zur differenziellen und Persönlichkeitspsychologie inklusive Kenntnisse über abnorme Entwicklungsverläufe	mindestens 5
1.5 Kenntnisse zu sozialpsychologischen Theorien und Modellen, speziell des interpersonellen Erlebens und Verhaltens	mindestens 5
1.6 Kenntnisse im Bereich der pädagogischen Psychologie, speziell Lernen inklusive Störungen des Lern- Arbeits- und Sozialverhaltens	mindestens 5
1.7 Kenntnisse zur statistischen Methodenlehre, speziell methodische Grundlagen der Diagnostik und Testtheorie; Grundlagen der empirischen und experimentellen Forschungsmethoden	mindestens 10
1.8 Kenntnisse zur angewandten Diagnostik inklusive Gutachtenerstellung, Gesprächsführung und Befunderhebung	mindestens 5
2. Klinisch-psychologische Kenntnisse im engeren Sinn:	Insgesamt 30
2.1 „Klinisch-psychologische“ Kenntnisse im engeren Sinn: Lehrveranstaltungen die folgende Kenntnisse vermitteln: Klinisch-psychologische Diagnostik, Gesprächsführung, diagnostische Interviews; klinisch-psychologische Störungslehre; kulturspezifische Grundannahmen und interkulturelle Einflüsse; biologische, interaktionelle und soziokulturelle Modelle psychischer Störungen, Veränderungsmodelle; Therapieforschung, Versorgungsforschung; Rahmenbedingungen und Ethik klinisch-psychologischen Handelns; Prävention, Rehabilitation; Gesundheitspsychologie und Public Health; Forensik	mindestens 30
<i>Davon im Masterstudium:</i>	mindestens 15
3. Abschlussarbeiten und Praktika	Insgesamt 35
3.1 Masterarbeit mit psychologischem Thema	maximal 25
3.2 Praktikum im psychologischen Bereich (EP: Erwachsene, KJP Kinder/Jugendlichen Einrichtung)	maximal 10
Insgesamt	150 ECTS
Propädeutikum: bis zu 35 ECTS Punkte können nachgeholt werden (außer Punkt 3)	

EP = Erwachsenenpsychotherapeut(in), KJP: Kinder/Jugendlichen Psychotherapeut(in)

Insgesamt sind mindestens **85 ECTS**-Punkte aus dem Bereich allgemein- und nicht-klinisch-psychologischer Kenntnisse nachzuweisen, außerdem **30 ECTS**-Punkte aus den Bereichen klinisch-psychologische Kenntnisse im engeren Sinne und **35 ECTS** aus Abschlussarbeit und Praktikum. Die einzelnen Leistungen sollen von den Ausbildungsinstituten oder zu schaffenden Akkreditierungseinrichtungen überprüft werden, im Falle der Nichterfüllung können bis zu **35 ECTS**-Punkte im Rahmen eines Propädeutikums abgeleistet werden. Diese Propädeutika werden durch die Ausbildungsinstitute oder andere geeignete Einrichtungen bzw. hochschulangebundene Studiengänge eingerichtet. Es ist ebenso möglich, dass sich einzelne Studiengänge dahingehend akkreditieren lassen, dass sie die Voraussetzung für eine Psychotherapieausbildung direkt erfüllen. Dies würde bedeuten, dass der Master einer akkreditierten Einrichtung ohne Prüfung der Zugangsvoraussetzung sofort für die Psychotherapieausbildung qualifiziert. Die Zugangsvoraussetzungen sollen einheitlich sowohl für die Ausbildung zum Psychotherapeuten/in (Erwachsene: EP) als auch zum Psychotherapeuten (Kinder-Jugend: KJP) gelten.

Dieses Modell lehnt sich zwar an andere Vorschläge (Unith, DGPs und Bundespsychotherapeutenkammer) an, reduziert aber die geforderte Anzahl an ECTS Punkten auf 150 (anstatt 180 bzw. 200 bei den genannten Vorschlägen). Außerdem werden Vorgaben genau für jeden Bereich 1-3 spezifiziert, was für hohe Transparenz sorgt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass

- a) durch den Zugang über verschiedene Studiengänge (z. B. Psychologie, [Heil-]Pädagogik und soziale Arbeit) die Machbarkeit einer inhaltlichen Vorgabe gewährleistet werden muss und
- b) die Vielfalt der einzelnen Studiengänge mit ihren spezifischen Schwerpunkten zu erhalten ist.

Dabei muss gleichzeitig eine fundierte psychologische Grundbildung gewährleistet werden. Weiterhin soll eine Gleichgewichtung PP und KJP in Erwachsenenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfolgen, die sich auch in diesen Vorgaben widerspiegelt. Die externen Vorschläge wurden auch insofern verändert, dass durchgehend Lerninhalte benannt werden, anstatt bestimmte Bereiche (z. B. Entwicklungspsychologie) und dann wieder Inhalte zu spezifizieren. Dies verbessert nochmals die Prüfbarkeit sowie die Transparenz. Auf Grund der unterschiedlichen Vergabe von ECTS für Modulleistungen (z. B. 5 ECTS in Berlin, 3 ECTS in Bochum und 4 ECTS in Heidelberg) wurden die einzelnen Vorgaben durch 5 teilbar gestaltet und mit „mindestens“ spezifiziert, um diesen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Zusammenfassend stellt der Vorschlag unserer Auffassung nach einen guten Kompromiss zwischen einer hohen Anforderung an eine wissenschaftliche Grundausbildung in Psychologie und klinischer Psychologie dar, andererseits belässt er ausreichend Raum für spezifische Wissensinhalte, die in anderen Studiengängen vermittelt werden. Dies ermöglicht darüber hinaus eine ausreichende Absicherung der Zugangsvoraussetzungen und Machbarkeit.

Die Vermittlung der Inhalte im Rahmen von Studiengängen sollte durch eine regelmäßige Akkreditierung der Studiengänge sichergestellt werden. Es gibt bekanntlich Bemühungen, die Landespsychotherapeutenkammern bzw. die Aufsichtsbehörden der Länder in die Akkreditierung einzubinden.

1.3. Einbindung der bestehenden Strukturen in die Aus- und Weiterbildung

Die Frage, ob an den bestehenden Strukturen der Psychotherapeutenausbildung festgehalten werden soll, ist naturgemäß eng verbunden

- mit der Frage nach den Zugangsvoraussetzungen (s. o.),
- mit der Frage danach, ob es künftig weiterhin zwei oder nur einen Beruf geben soll, und
- letztlich auch mit der Entscheidung über eine Verfahrensorientierung.

In den Diskussionen über die Zukunft der PsychotherapeutInnenausbildung wurden in jüngster Zeit unterschiedliche Modelle beschrieben und diskutiert, die jedes für sich jeweils Vor- und Nachteile aufweisen. In dieser Diskussion (z. B. anlässlich des Panels im Rahmen des Gutachtens am

28.1.2009, vgl. Begleitband) haben sich die Begriffe „duales Modell“ vs. „Erst- bzw. Direktausbildung“ eingebürgert. Von einigen Variationen abgesehen erscheinen im Wesentlichen die in Tabelle G 1-5 skizzierten alternativen Modelle diskutierenswert.

Die Möglichkeit einer Erst- oder Direktausbildung, ggf. mit einer nachfolgenden Weiterbildung (oder „Zwischenlösungen“, z. B. eine berufspraktische Phase mit eingeschränkter Berufserlaubnis vor der Approbation), wird kontrovers diskutiert (s. unten).

Eine Erstausbildung würde u. U. für die Ausbildung von PsychotherapeutInnen bedeuten, dass ein Verschieben von Teilen der bisherigen Ausbildung in eine Weiterbildung und damit eine Vorverlagerung der Approbation notwendig und u. U. rechtlich möglich wären, wenn

- bereits im Studium ein definiertes und bundesweit einheitliches „Basiswissen“ vermittelt würde, das sich aus einer Approbationsordnung ergibt,
- die Ausbildung im Studium durch mehr Praxisbezug verbessert würde,
- genügend entsprechend ausgerichtete Studienplätze verfügbar wären und
- an die vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Tätigkeit weitergehende Anforderungen im Sinne einer praktischen Qualifikation geknüpft würden (vgl. Stellpflug, 2008). Damit verbunden wären allerdings aus juristischer Sicht umfassende sozialrechtliche Änderungen nötig.

Einer neueren juristischen Stellungnahme zufolge (Kingreen, 2009), können beide Modelle, das duale einer postgradualen Ausbildung und die Direktausbildung, juristisch realisierbar sein.

Ob eine Erst- oder Direktausbildung ohne (differenziellen!) Verfahrensbezug und damit ohne Vertiefung möglich ist, erscheint fraglich (siehe unten). Viele ExpertInnen sind sich einig, dass das Facharztäquivalent der Psychotherapieausbildung erhalten werden muss, da – wie beispielsweise von Nadolny (2008) ausgeführt – der Verlust dieses Äquivalents weit reichende Folgen hätte, z. B. eine Verschlechterung der Bezahlung psychotherapeutischer Leistungen.

In Tabelle G 1-5 sind verschiedene Modelle zusammengefasst. Es wird im Folgenden davon ausgegangen (vgl. die Diskussion um die Zugangsvoraussetzungen), dass in jedem Fall ein Master-Abschluss erforderlich sein muss für die Berechtigung, nach dem PsychThG ausgebildet zu werden (sei es im Beruf des Psychotherapeuten oder – wie bisher – differenziert in PP und KJP). Somit ist das **Modell A** in der Tabelle (Bachelor als Zugang zur postgradualen Ausbildung, allenfalls mit Zusatzqualifikation) obsolet.

Das bisher gültige Modell einer Psychotherapieausbildung nach einem Hochschulabschluss (bisher Diplom, Magister, in Zukunft nur noch Master, **Modell B**) könnte im Prinzip nach den Ergebnissen der Evaluation der aktuellen Ausbildungslandschaft durchaus als ein gutes Modell bezeichnet werden. Es birgt aber eine Reihe von Nachteilen und Problemen, die letztendlich auch zur Vergabe des Gutachtensauftrags geführt haben (Dauer der Ausbildung, Kosten der Ausbildung, Problematik der Zugangsvoraussetzungen nach der Bolognareform, inhaltliche Redundanzen mit den Studiengängen, insbesondere dem der Psychologie).

Tabelle G 1-5: Unterschiedliche Modelle für die Struktur einer Aus-/Weiterbildung

Modell	Grundstudium	Hauptstudium	Postgraduales Programm	A/W	Appro- bation
A	Bachelor (Psych. o. Pädag.)	Ggf. Zusatzqualifikation	TU, PAus, PT, SE		Ende
B	Bachelor (Psych. o. Pädag.)	Master-Abschluss ohne weitere Spezifikation	TU, PAus, PT, SE	A	Ende
C	Bachelor (Psych. o. Pädag.)	Master-Abschluss mit vermehrt therapie- spezifischen Inhalten	(TU), PAus, PT, SE ggf. Propädeutikum	A	Ende
D	Bachelor (Psych. o. Pädag.)	Master-Abschluss klinische Psychologie	((TU)) PAus, PT, SE	A/W	Ende oder nach MA
E	Bachelor (Psych. o. Pädag.)	Master-Abschluss Psychotherapie	((PAus)), PT, SE	W/A	z. T. nach MA
F	Bachelor (Psych. o. Pädag.)	Master-Abschluss Psychotherapie	„PJ“, PAus, SE	W	Nach PJ
G	Bachelor (Psych. o. Pädag.)	Master-Abschluss Psychotherapie mit PAus, PT		A	Nach MA

TU, Theoretischer Unterricht; PAus, Praktische Ausbildung, PT, Praktische Tätigkeit, SE, Selbsterfahrung, A/W: Ausbildung, Weiterbildung; PJ, Praktisches Jahr (analog zur Mediziner Ausbildung)

Im Zusammenhang mit den Zugangsvoraussetzungen wurde bereits diskutiert, dass der Master-Abschluss zwar eine wesentliche Voraussetzung für die Ausbildung sein sollte, dass der Abschluss allein aber nur bedingt aussagekräftig ist. Von größerer Relevanz wird der Nachweis von Ausbildungsinhalten (und entsprechenden ECTS, dokumentiert in einem „Transcript of Records“) sein.

Eine Möglichkeit wäre, im Rahmen einer detaillierten „Approbationsordnung“ die theoretischen und praktischen Inhalte festzulegen und den AusbildungsteilnehmerInnen zu ermöglichen, einzelne Bausteine für die Ausbildung aus dem Hochschulstudium anrechnen zu lassen und so zu einer Komprimierung oder Verkürzung speziell der theoretischen Ausbildungsteile beizutragen. Dies würde nichts daran ändern, dass die praktischen Teile der Ausbildung in anerkannten, unterschiedlich lokalisierten (d.h. universitären und außeruniversitären) Ausbildungsstätten nach dem bisherigen Muster zu absolvieren wären (**Modelle C-E**).

In **Modell C** ist speziell vorgesehen, potentiellen TeilnehmerInnen an der Ausbildung, die zwar einen Master-Abschluss erreicht, aber die inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen nicht vollständig nachweisen können, bis zu einer bestimmten Grenze (z. B. 35 ECTS, s. oben) ein „**Propädeutikum**“ zu ermöglichen. So könnten fehlende Studieninhalte im Nachgang erworben werden. Ebenso wie es zwingend ist, die Studiengänge zu akkreditieren, müssen die Propädeutika (oder „Brückenqualifikationen“) akkreditiert werden, um deren Qualität sicher zu stellen.

Eine Variante der Modelle, die insbesondere unter dem Label eines „Direktstudiums“ diskutiert wird, ist die Verlagerung vorwiegend theoretischer Ausbildungsinhalte (möglicherweise auch praktischer Inhalte, z. B. eines Psychiatriepraktikums von mehrmonatiger Dauer) als Inhalte eines Masterstudiengangs Psychotherapie (oder klinische Psychologie) an die Hochschulen (**Modelle D, E, F**). Nicht zuletzt aufgrund der zeitlichen Begrenzung würde wahrscheinlich ein derartiges Modell implizieren, dass sich die praktische Ausbildung entweder als Ausbildung oder – dem Modell der Mediziner Ausbildung folgend – als Weiterbildung (äquivalent zur Facharztweiterbildung) an den Master-Abschluss anschließen müsste.

Je nachdem, ob eine Aus- oder Weiterbildung als Modell gewählt würde, müsste die Approbation entweder am Ende des gesamten Prozesses oder – im Falle der Weiterbildung – als Teilapprobation mit dem Master-Abschluss erteilt werden.

Im Zusammenhang mit den Gutachtenfragen wurde innerhalb der Gutachtengruppe wie auch innerhalb der Profession die Frage rege diskutiert, ob nicht einer grundsätzlichen **Gleichstellung der bisherigen Ausbildung mit der Facharztweiterbildung** der Ärzte bzw. eine Erstausbildung an Hochschulen in Anlehnung an die anderen Heilberufe der Ärzte, Zahnärzte als Psychothera-

peutInnenstudium an Universitäten der Vorzug gegeben werden sollte. Mit einer derartigen Lösung könnten bestimmte Probleme der aktuellen Ausbildung, z. B. Redundanzen in der Theorieausbildung und die Problematik der Vergütung der Praktischen Tätigkeit I und II, evtl. eher gelöst werden. Es ist aber auf der anderen Seite zu bedenken, dass die MedizinerInnenausbildung in einem ganz anderen historischen Kontext entstanden ist und bis jetzt auch (noch) nicht nach dem Modell der Bologna-Reform organisiert ist. Zwar gibt es einige Modellstudiengänge, die Mehrheit der medizinischen Fakultäten und der ärztlichen Verbände und Organisationen lehnt aber eine Umsetzung der Bolognareform aus unterschiedlichen Gründen ab.

Mit einer Angleichung der Ausbildung an die Facharztweiterbildung würde mit dem Studienabschluss (allerdings ohne – wie im Fall der Medizinerausbildung – ein ‚Praktisches Jahr‘) eine Approbation erteilt, auf deren Basis die psychotherapeutische Weiterbildung erfolgen kann. Analog zum Modell der Medizin wären dann WeiterbildungsassistentInnenstellen in Einrichtungen notwendig, die nach vergleichbaren Kriterien wie in der Facharztweiterbildung eine Weiterbildungs-ermächtigung erhalten sollten. In der Weiterbildung wären dann die bisherige Praktische Tätigkeit und die Praktische Ausbildung integriert. Letzteres würde wahrscheinlich zu einer massiven Veränderung der Finanzierung der Ausbildungsstätten führen, die selbst aufgrund ihrer Klientel nur eine begrenzte Weiterbildungsermächtigung erhalten würden. Ein weiteres Problem könnte dadurch entstehen, dass ermächtigte klinische Einrichtungen (vermutlich überwiegend psychiatrische und psychosomatisch-psychotherapeutische Kliniken) eine hinreichende Zahl an Weiterbildungsstellen (pro Jahr ca. 1400 gemessen an der geschätzten AbsolventInnenzahl für 2008) bereitstellen müssten, die im Hinblick auf die Finanzierung mit den ärztlichen Weiterbildungsstellen konkurrieren. Eine Gleichstellung der bisherigen Ausbildung mit der Facharztweiterbildung hätte also einige Vorteile, aber auch beträchtliche Nachteile, die u. a. darin bestehen, dass der Zugang zur Weiterbildung durch klinisch-medizinische Einrichtungen und ggf. durch ärztliche StandesvertreterInnen reguliert würde. Darüber hinaus wäre die Finanzierung der Ausbildungsstätten gefährdet, und generell eine Angleichung der Strukturen innerhalb der klinischen Einrichtungen für Nicht-MedizinerInnen und MedizinerInnen erforderlich.

Die Integration der theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte in ein spezifisches Studium als Masterstudiengang Psychotherapie (**Modell G**) erscheint aufgrund der zeitlichen Begrenzung von i. d. R. 2 Jahren und der demgegenüber hohen erforderlichen Stundenzahl an Theoretischem Unterricht, Praktischer Tätigkeit/Ausbildung und Supervision sowie Selbsterfahrung unrealistisch, auch wenn dieses Modell vereinzelt an einigen öffentlichen und privaten Universitäten im europäischen Ausland praktiziert wird.

Die verschiedenen Pro- und Kontrapositionen der einzelnen in Tabelle G 1-5 skizzierten Modelle ranken sich um folgende Themen (siehe auch Tabelle G 1-6):

Modelle A-C: Ist es für die Psychotherapie-Qualifikation sinnvoll, ein grundständiges Studium (der Psychologie, Pädagogik etc.) zu verlangen, obwohl sich in der Ausbildung dann Redundanzen mit dem Studium ergeben könnten? Ist ein grundständiges Studium vor der Psychotherapie-Ausbildung überhaupt, z. B. zur Vermittlung vom wissenschaftlichen Denken nötig, oder kann dieses Ausbildungsziel auch innerhalb einer Direktausbildung erreicht werden?

Modelle D und E: Eine Ausrichtung des Studiums, insbesondere des Psychologiestudiums auf einen Master-Abschluss in klinischer Psychologie/Psychotherapie könnte zu einer Minderung der Attraktivität und der wissenschaftlichen Breite des Psychologiestudiums führen und andere Teilgebiete der Psychologie möglicherweise unbedeutender werden lassen.

Das Angebot eines Master-Abschlusses in Psychotherapie könnte möglicherweise auch zu einer Entwertung des Status bzw. der Qualifikation der nach dem bisherigen Modell ausgebildeten PsychotherapeutInnen führen. Es stellt sich die Frage, in welchen Fakultäten entsprechende Studiengänge anzusiedeln wären (Psychologie, Pädagogik, Fachhochschulen) oder ob völlig neue Studiengänge (etwa der Psychotherapiewissenschaften) zu schaffen wären. Aus Hochschulkreisen gibt es diesbezüglich allerdings Bedenken, dass die Kapazität für die Psychotherapie-Interessierten nicht ausreichen könnte. Theoretisch wäre auch denkbar, eine Direktausbildung an Medizinischen Fakultäten zu lokalisieren. Dies würde dann aber die Frage aufwerfen, ob dann nicht eine

vollständige organisatorische und inhaltliche Gleichstellung der psychotherapeutischen Aus-/Weiterbildungen für Ärzte/innen und PsychologInnen und andere Berufe notwendig werden müsste.

Modelle C-F: Die weitgehende Verortung der theoretischen Psychotherapieausbildung an den Universitäten würde mit sich bringen, dass zumindest in den psychologischen Instituten, vermutlich aber auch in Fachhochschulen und anderen universitären Einrichtungen eine Einengung des theoretischen Profils erfolgen würde. Wahrscheinlich würde das Verfahren der Verhaltenstherapie aufgrund der jetzigen Gegebenheiten eindeutig dominieren (vgl. dazu die grundlegenden Bedenken gegen eine Einschränkung der Methodenvielfalt an den Universitäten, Kapitel E-2 und G-2). Es wäre notwendig, auch andere wissenschaftlich anerkannte Verfahren im Rahmen von Hochschulstudiengängen zu lehren und hierfür qualifizierte DozentInnen vorzuhalten, wenn tatsächlich das gesamte Spektrum der Psychotherapie repräsentiert sein soll.

Es wird jedenfalls zu Recht argumentiert, dass die Universitäten in ihrer derzeitigen Ausstattung und Ausrichtung sowohl im Hinblick auf die personelle Ausstattung und die notwendige Vielfalt einer Psychotherapieausbildung überfordert wären.

Tabelle G 1-6: Einige Pro- und Kontra-Argumente der Alternativen „duales Modell“ bzw. „Direktausbildung mit Weiterbildung“ (Quelle: Stellungnahmen von Fachgesellschaften, Panel v. 28.1.2009 etc.)

PRO „Duales Modell“ (Masterstudium plus postgraduale Ausbildung)	KONTRA „Duales Modell“ (Masterstudium plus postgraduale Ausbildung)
<ul style="list-style-type: none"> • Verfahrensvielfalt • Bewährung des Modells • Fachkundenachweis entspricht Facharzt-niveau • Psychotherapie gründet auf vielfältigen klinischen Erfahrungen • Approbation am Ende der Ausbildung entspricht der Fähigkeit, eigenverantwortlich und selbstständig heilkundliche Psychotherapie auszuüben • Vielfalt der Verfahren garantiert • Notwendigkeit eines grundständigen Studiums vor der Ausbildung (Befähigung mit wiss. Ergebnissen umzugehen etc.) • Selbsterfahrungsrahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lange Dauer der Ausbildung • Kosten/Finanzierbarkeit • Rechtlicher und finanzieller Status der PiA • Redundanzen theoretischer Ausbildungsteile zw. Studium und Ausbildung • Marktorientierung der Ausbildung(sinstitute) • Soziale und Geschlechterselektion • Potentielle Wissenschaftsferne
„Direktstudium“/Weiterbildung	„Direktstudium“/Weiterbildung
<ul style="list-style-type: none"> • Verkürzung der Dauer der Ausbildung • Die Sonderregelung von zwei Ausbildungen für einen Beruf wird überwunden • Kostengünstigere Ausbildung (z. B. wg. besserer BAföG-Fähigkeit) • Minderung einer „sozialen Selektion“, evtl. auch der „Geschlechterselektion“ • Verlagerung einzelner Teile der Theorieausbildung in das grundständige Studium • Parallelisierung der Ausbildung von PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen • Enge Verknüpfung von Wissenschaft, Lehre und Praxis und Ankoppelung der Ausbildung an die aktuelle wissenschaftliche Entwicklung, wie sie an Universitäten und Hochschulen erfolgt bzw. gelehrt wird • Frühere Approbation ermöglicht Bezahlung auf Weiterbildungsstellen, praktische Weiterbildung erfolgt im Angestelltenverhältnis (d.h. mit Gehalt) • Differenzierung unterschiedlicher Weiterbildungen analog dem Facharztmodell nach einheitlicher Psychotherapie-Direktausbildung trägt der zu erwartenden Entwicklung des Fachs Rechnung, z. B. Subspezialisierungen für Altersbereiche (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Master-Abschluss reicht nicht zur Ausübung eines Heilberufs (Approbation) • Berufserfahrung im ersten erlernten Beruf ist eine potentielle Voraussetzung für die Ausbildung • Hochschulen ungeeignet zur Ausbildung in selbsterfahrungsorientierten Verfahren • Leistungsorientierung eines Studiums steht im Widerspruch zu unbefangener Auseinandersetzung mit eigener Persönlichkeit/Entwicklung, Mangel an „geschütztem Raum für persönliche Entwicklung“ • Potentielle Einengung der Verfahrensvielfalt • Beziehungskompetenz nicht „im Hörsaal lehrbar“ • Überforderung der Hochschulen (Personal, finanzielle Ausstattung, Stundenzahl) • Keine Überprüfung der persönlichen Eignung • Gefahr der Trennung von Fachkundenachweis und Heilkundeausübung (bei Approbation mit Abschluss eines Studiums) • Verlust der Einheit von Vertiefungsverfahren im Falle einer Weiterbildung (Kontrolle durch Länder) • Wegfall bzw. Minderung der Vergütung der Ausbildungsbehandlungen in den Institutsambulanzen • Verkürzte Ausbildung führt zu Entwicklung „selektiver“ Fertigkeiten • Heterogenität der Studiengänge • Studienplätze zu Lasten anderer Studiengänge (z. B. Psychologie allg.) • Mangel an Weiterbildungsstellen (Nadelöhr)

Modell E, G: Eine Verlagerung von Teilen oder sogar der vollständigen praktischen Ausbildung an die Universitäten würde die Vielfältigkeit der jetzt gegebenen praktischen Ausbildung und den Einblick in die „wirkliche“ klinische Welt dann verhindern, wenn nicht eine sehr enge und intensive Kooperation der Hochschulen mit Praxiseinrichtungen erfolgen würde bzw. könnte.

Ein Vorteil einer universitären Psychotherapieausbildung wäre die Sicherstellung des Berufs als akademischen Beruf mit einer relevanten wissenschaftlichen Fundierung per se, die Reduktion der Ausbildungskosten und die bessere Förderungsfähigkeit der Ausbildung nach dem BAföG. Ein Nachteil könnte der mögliche Wegfall der Prüfung der individuellen Eignung für den Beruf des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin sein, die an den Ausbildungseinrichtungen zumindest potentiell möglich ist. Die Verortung der Ausbildung, die Definition von Direktausbildungen etc. sollte sekundär sein zur Definition inhaltlicher Schwerpunkte und zur Sicherung der Qualität der Ausbildung. Zur Beibehaltung einer theoretischen Vielfalt wäre die Forderung nach einem Direktstudiengang (vgl. oben) ohne Veränderung des jetzigen Profils der Lehre in der akademischen Psychologie eher abträglich.

Fazit: Die Abwägung aller Argumente und unter Zugrundelegung der aktuellen Ausbildungssituation sowie Praktikabilitätsargumenten spricht am ehesten für ein Modell, nach dem ein Master-Abschluss in einem sozialwissenschaftlichen Studiengang (insbesondere Psychologie, Soziale Arbeit, (Heil-)pädagogik) mit einem festzulegenden, für die Psychotherapieausbildung notwendigen Theorieanteil die Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung darstellt. Defizite könnten zeitlich und inhaltlich begrenzt in einem Propädeutikum (s.o.) ausgeglichen werden.

Im Vergleich zur bisherigen Situation könnten allgemeine theoretische Unterrichtsinhalte vermehrt in das grundständige Studium integrierbar bzw. für die Ausbildung anrechenbar sein. Dies könnte u.U. auch Teile der Praktischen Tätigkeit in Form eines echten Praktikums betreffen. Die Praktische Ausbildung und die Vermittlung vertiefender (auch verfahrensübergreifender bzw. für andere Verfahren spezifischer) theoretischer Inhalte sollten dann weiterhin im Rahmen einer dann möglicherweise etwas zu verkürzenden postgradualen Ausbildung vermittelt werden.

Angesichts der Vielfalt möglicher Alternativen für die Ausbildungsstrukturen ist es durchaus denkbar, in naher Zukunft einige wenige sorgfältig zu evaluierenden Modellstudiengänge vergleichbar mit den jüngsten Reformstudiengängen in der MedizinerInnenausbildung zu initiieren, und damit konkrete empirisch abgesicherte Erfahrungen mit weitergehenden Innovationen zu sammeln, ohne das etablierte Ausbildungssystem, welches den AusbildungsteilnehmerInnen auch einen Orientierungsrahmen gibt, komplett in Frage zu stellen.

Eine Abweichung vom bisherigen postgradualen Ausbildungsmodell würde aufgrund der dringend gebotenen wissenschaftlichen Ausrichtung eine Verlagerung der Ausbildung an Universitäten bzw. Hochschulen nach sich ziehen und zu erheblichen strukturellen Veränderungen in der Ausbildungslandschaft führen.

1.4. Ein Beruf vs. zwei Berufe

Bei der Einführung des Psychotherapeutengesetzes vor zehn Jahren galt es, im Sinne einer Bestandswahrungsklausel angesichts der historischen Entwicklung der Kinderpsychotherapie durch sog. „Psychagoginnen und Psychagogen“ eine gewisse Kontinuität der Zugangsvoraussetzungen zur Kinderpsychotherapie zu schaffen, ohne dabei die Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung zu beeinträchtigen. So wurde neben dem/der Psychologischen Psychotherapeuten/in, welche/r ausschließlich auf einem psychologischen Studium aufbaut, der Beruf des/der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in eingeführt, bei dem ein breiteres Spektrum von Hochschulabschlüssen zugangsberechtigt ist.

Obwohl die Ausbildung zum/zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn ebenso umfangreich ist wie die Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/in, hat sich in der zehnjährigen Praxis seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes ein „Zweiklassensystem“ etabliert. Dies liegt auch darin begründet, dass durch den Erwerb zusätzlichen Wissens ein/e Psychologische/r Psychotherapeut/in auch sozialrechtlich die Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen erlangen kann, während eine solche „Aufstockung“ bei Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in Richtung auf die Behandlung Erwachsener nicht möglich ist. Insofern hat sich die schon in der Formulierung der Berufsbezeichnungen angedeutete Ungleichheit im Gegensatzpaar auch in der Praxis etabliert. Denn verständlicherweise wählen die meisten Psychologinnen und Psychologen, welche primär kinder- und jugendlichentherapeutisch tätig werden wollen, zunächst die psychologisch-psychotherapeutische Ausbildung. Diese ergänzen sie durch spezifisches Fachwissen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Damit haben sie in der ambulanten kassenpsychotherapeutischen Versorgung die Berechtigung, im ganzen Spektrum des Berufsbildes zu behandeln. Verbunden ist dies mit einer gewissen größeren Zukunftssicherheit, auch in Bezug auf die Vielseitigkeit ihrer Verwendbarkeit, z. B. bei einem Ortswechsel, bei Niederlassungswünschen etc.

Diese Situation hat dazu geführt, dass der Anteil der PsychologInnen in der Ausbildung zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in die Minderzahl darstellt (nach den uns verfügbaren Angaben 15-25%) und damit die ursprünglich als Ausnahme gedachte Regelung, welche eine historische Kontinuität vielleicht für einen Übergangszeitraum sichern sollte, nun eher zur Regel geworden ist. Sie verspricht vielen Personen mit pädagogischen, sozialpädagogischen und möglicherweise auch anderen Grundausbildungen die Chance auf einen Zugang zum attraktiven PsychotherapeutInnenberuf, wenigstens im Kinder- und Jugendbereich. Im Übrigen stellt sich in der kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Vergleich zur erwachsenenpsychiatrischen Versorgung eine ähnlich ungünstige Konstellation dar.

Die Umkehrung eines Regelausnahmeverhältnisses hat auch Auswirkungen auf die Qualität, denn oft – wie in diesem Gutachten dargestellt (Kapitel E-5 und E-7) – sind diese AusbildungsteilnehmerInnen vor allem im Bereich der diagnostischen Grundkenntnisse, der Kenntnisse der Entwicklungspsychologie und Psychopathologie und im Bereich allgemeiner Methodenkenntnisse geringer qualifiziert als die bisherigen Diplom-PsychologInnen. Nicht zuletzt aus diesem Grunde ist wiederholt diskutiert worden, ob es möglich sein könnte, für solche Inhalte ein Propädeutikum einzuführen, auch wenn die nicht-psychologischen AusbildungsteilnehmerInnen möglicherweise in anderen Bereichen besser beurteilt werden (Kapitel E-5 und E-7).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass nicht zwei gleichwertige Berufe geschaffen wurden, welche primär durch eine altersgruppenspezifische Qualifikation gekennzeichnet sind, also Kinder- und JugendlichentherapeutIn vs. ErwachsenentherapeutIn, sondern dass ein „High-Level-Therapeutenberuf“, der/die „Psychologische Psychotherapeut/in“, eingeführt wurde, dem/der es auch möglich ist, durch Erwerb von Zusatzkenntnissen das gesamte Spektrum von PatientInnen, vom Kind bis zum alten Menschen zu behandeln. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die prinzipiell auf das Kinder- und Jugendalter limitiert sind, haben hingegen keine Erweiterungsmöglichkeiten ihres Behandlungsspektrums.

Diese Zweiklassenstruktur ist aus mehreren Gründen dysfunktional: Kinder- und Jugendlichentherapie basiert auf den gleichen theoretischen Grundlagen wie Erwachsenentherapie, allerdings

sind Kinder keine „kleinen Erwachsenen“. So wie die Kinderheilkunde für sich reklamiert, dass aufgrund der vielen entwicklungsbedingten unterschiedlichen physiologischen Parameter beim Kind KinderärztInnen keine „kleinen InternistInnen“ mit Zusatzausbildung sein dürfen, müsste dies auch für die Qualifikation der PsychotherapeutInnen gelten, welche sich primär der Behandlung von Kindern und Jugendlichen widmen. Im Übrigen hat sich nicht zuletzt durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Auffassung durchgesetzt, dass Kinder und Jugendliche wie Erwachsene Grundrechtsträger sind. Sie sind sogar nicht nur Erwachsenen im Sinne der Grundrechte gleichgestellt, sondern bedürfen eines besonderen Schutzes. Insofern ist es nicht zu vertreten, dass in der Psychotherapie ein Zweiklassensystem fortgeführt wird.

Das Modell, welches bei der Einführung des Psychotherapeutengesetzes gewählt wurde, ist historisch bedingt, aber logisch in sich nicht konsistent. Es führt zu dem erwähnten, in vieler Hinsicht problematischen Zweiklassensystem und ist damit eigentlich nicht zukunftsfähig.

Durch den „Bologna-Prozess“ hat sich die Situation der Zugangsvoraussetzungen, auch zum/zur Psychologischen Psychotherapeut/en/in, maßgeblich gewandelt (siehe oben). Als Reaktion auf den Bologna-Prozess sind die Zugangsvoraussetzungen insgesamt inhaltlich zu konkretisieren. Werden die inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen mit vergleichbarer akkreditierter Qualität und vergleichbarer Zahl von ECTS-Punkten in einem anderen Masterstudiengang als einem der Psychologie angeboten, z. B. in einem Masterstudiengang Heilpädagogik oder Soziale Arbeit, wird sich die fehlende Zugangsberechtigung auch zur „Erwachsenenpsychotherapie“ für diese dann gleich gut ausgebildeten Personengruppen nicht mehr rechtfertigen lassen. Daraus leitet sich die Empfehlung ab, dass die bisherige Konstruktion von zwei ungleichen Berufsbildern zu Gunsten eines **einheitlichen Psychotherapeutenberufes** aufgegeben werden sollte.

Abbildung G 1-1 zeigt verschiedene Alternativen, welche im GutachterInnenngremium diskutiert wurden. Konsens bestand darüber, dass die bisherige Asymmetrie (**Modell A**), welche sozialrechtlich Psychologischen PsychotherapeutInnen ohne Doppelapprobation mit einer umgrenzten Zusatzqualifikation auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen erlaubt, während Kinder- und JugendlichentherapeutInnen kein Zugang zur sozialrechtlich abrechenbaren Versorgung Erwachsener möglich ist. Diese Ist-Situation kann bei gleichen Zugangsbedingungen in beide Berufe nicht aufrechterhalten werden.

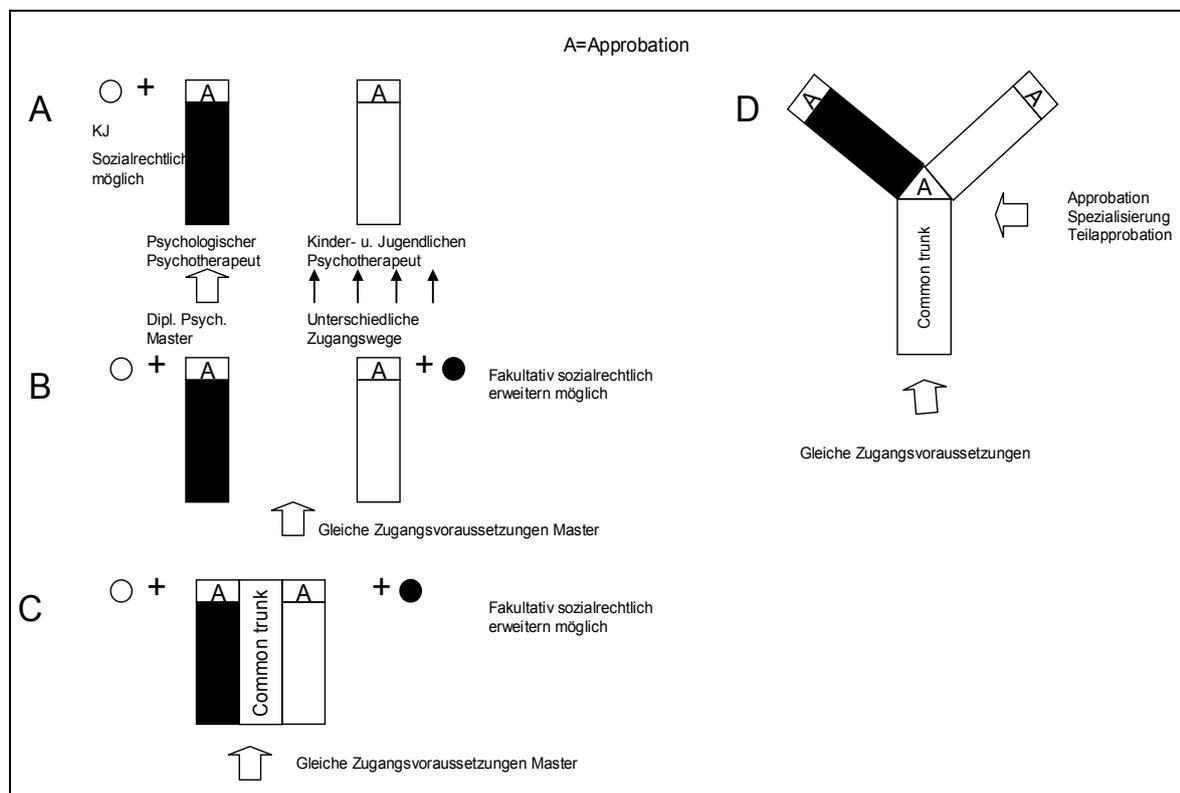


Abbildung G 1-1: Verschiedene Modelle für die Regelung der PP-/KJP-Ausbildung

Der konservativste Änderungsvorschlag ist das **Modell B**, welches zwei symmetrisch aufgebaute Ausbildungsgänge zum/zur Psychotherapeut/en/in für Erwachsene und zum/zur Psychotherapeut/en/in für Kinder und Jugendliche vorsieht, der aber beiden Berufsgruppen bei entsprechender Zusatzqualifikation auch den sozialrechtlichen Zugang zur Behandlung im jeweils anderen Bereich ermöglicht.

Modell C stellt insofern eine Modifikation des Modells B dar, als bestimmte Inhalte, welche für beide Ausbildungsgänge relevant sind und als generelles Basiswissen angesehen werden, in einem „Common Trunk“ angeboten werden können, falls dies institutionell möglich ist. Durch entsprechende Verlängerung der Ausbildungszeit könnte in einem solchen Modell die Doppelapprobation erworben werden oder, wie im Modell B, die Approbation zum/zur Psychotherapeut/en/in für Erwachsene oder zum/zur Psychotherapeut/en/in für Kinder und Jugendliche allein. Durch die Erweiterung wird der sozialrechtliche Behandlungszugang durch Zusatzqualifikation für beide Behandlungsgruppen ermöglicht.

Gerade weil in der letzten Zeit stärker die Psychotherapie in unterschiedlichen Lebensphasen, z. B. der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, diskutiert wird, böte sich ein solches Modell an. Die beiden Lösungen (B, C) wären konsequente Weiterentwicklungen der bisherigen Struktur mit Beibehaltung der Approbation am Ende der Ausbildung zum/zur (Psychologischen) Psychotherapeuten/in mit Schwerpunkt Erwachsenen oder mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche. Der Begriff „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“ würde künftig obsolet. Der Approbationsberuf hieße dann „(Psychologische/r) Psychotherapeutin“ und wird um den Zusatz der Spezialisierung in mindestens einem Bereich (Erwachsene, Kinder- und Jugendliche) ergänzt.

Das weitergehende **Modell D** (gelegentlich auch als Y-Modell bezeichnet) würde massive Veränderungen des gewachsenen Systems bedingen. Hier fände zunächst eine gemeinsame Ausbildung evtl. bis zu einer Teilapprobation statt. Daran würden sich dann die schwerpunktspezifischen Inhalte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder der Erwachsenenpsychotherapie anschließen bis zum Erwerb einer Vollapprobation. Jegliche Kombination gekoppelt mit einer Verlängerung bzw. einer sozialrechtlichen Erweiterung der Behandlungskompetenz wäre auch in diesem Modell möglich. Verfahrensabhängige Unterschiede müssten in jedem Fall berücksichtigt werden, was es möglicherweise auch notwendig macht, ggf. weiterhin getrennt ausbilden zu können.

Personen mit beiden Approbationen sollten nach von der Gutachtergruppe präferierten Modell „C“ die Möglichkeit erhalten, im Rahmen von Weiterbildungen methoden- oder störungsspezifische Zusatzqualifikationen zu erwerben (z. B. Neuropsychologie, Sexualtherapie. etc.).

Zusammenfassend empfiehlt die GutachterInnengruppe für die zukünftige Gestaltung der Ausbildung folgendes:

Im Rahmen des derzeitigen Ausbildungsmodells (Hochschulstudium und darauf aufbauende Ausbildung) wird als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung das Masterlevel gefordert, wobei der Master-Abschluss (M.A./M.Sc.) insbesondere in den sozialwissenschaftlichen Fächern Psychologie, Soziale Arbeit und (Heil-) Pädagogik, Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung sein sollte.

In Anlehnung an die von der Gutachtergruppe unter Berücksichtigung fachlicher Stellungnahmen formulierten inhaltlichen und quantitativen Erfordernisse für die Studieninhalte sollten diese in eine spezifizierte Approbationsordnung integriert werden. Darin sollten alle Anteile an Theorie/Methoden, Praktischer Tätigkeit und Praktischer Ausbildung festgelegt werden. Die Vermittlung von Inhalten im Rahmen von Studiengängen, die sich als Voraussetzung für die Ausbildung eignen, sollte durch eine regelmäßige Akkreditierung sichergestellt werden.

Es wird ein Ausbildungsmodell präferiert, demzufolge einem Master-Abschluss in einem sozialwissenschaftlichen Studiengang (Psychologie, Soziale Arbeit, (Heil-)Pädagogik) eine Psychotherapieausbildung an staatlichen oder staatlich anerkannten Ausbildungsstätten folgt, in deren Rahmen allgemeine theoretische Unterrichtsinhalte aus dem Hochschulstudium anrechenbar sein sollten

(u. U. auch Teile der Praktischen Tätigkeit in Form eines echten Praktikums). Die Praktische Ausbildung und die Vermittlung vertiefender (auch verfahrensübergreifender bzw. für andere Verfahren spezifischer) theoretischer Inhalte sollte weiterhin im Rahmen einer dann möglicherweise etwas zu verkürzenden (auch im Hinblick auf PT I und PT II) postgradualen Ausbildung vermittelt werden.

Im Hinblick auf die Differenzierung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Behandlung von Erwachsenen wird ein Modell vorgeschlagen, das vorsieht, dass Inhalte, welche für beide Ausbildungsgänge relevant sind und als Basiswissen angesehen werden, in einem „Common Trunk“ unterrichtet werden können. Diesem „Common Trunk“ sollten dann spezifische Ausbildungen folgen. Durch eine entsprechende Verlängerung der Ausbildungszeit könnte in einem solchen Modell von allen AusbildungsteilnehmerInnen die Doppelapprobation erworben werden.

Mit dieser Lösung würden künftig Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit „Schwerpunkt Erwachsene“ oder mit „Schwerpunkt Kinder- und Jugendliche“ gleichberechtigt ausgebildet.

2. Verfahrensorientierung

In der Leistungsbeschreibung für das Forschungsgutachten wurde formuliert:

„Es werden Aussagen zu der Frage erwartet, ob es sinnvoll erscheint, an der bisherigen verfahrensorientierten Ausbildung festzuhalten oder ob ein anderer Ausbildungsansatz verfolgt werden sollte. In Betracht käme hierbei etwa ein verfahrensübergreifender Ansatz, der sich an Störungen orientieren würde. Hierbei sollte in mögliche Überlegungen einbezogen werden, dass bei einem verfahrensübergreifenden 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 Weiterbildungen kompensiert werden könnte.“

Die bisherige Psychotherapie-Ausbildung orientiert sich in der BRD (und auch in anderen Ländern innerhalb und außerhalb Europas, vgl. Kapitel E-8.) eindeutig an einem verfahrensorientierten Ansatz. In der BRD gelten jene Verfahren als Vertiefungsverfahren, die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannt wurden. Als wissenschaftlich anerkannt gelten derzeit die psychodynamischen Verfahren (PD), d.h. analytische Psychotherapie (PA) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), die Verhaltenstherapie (VT), die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (GPT) sowie neuerdings auch die systemische Therapie (ST).

Neben der Schwerpunktausbildung in einem dieser Verfahren sollten – so verlangen es immerhin mehr als die Hälfte der Aufsichtsbehörden – auch Basiskenntnisse in den anderen Verfahren im Curriculum des Theoretischen Unterrichts verankert sein und den AusbildungsteilnehmerInnen vermittelt werden. In der Regel werden Kenntnisse der anderen Verfahren aber lediglich global und ergänzend zum Schwerpunktverfahren vermittelt. Unterschiede in wissenschaftshistorischen und wissenschaftstheoretischen Paradigmen oder in methodischen und behandlungstechnischen Strategien werden kaum systematisch reflektiert. Auf der Basis der Erhebungen zum Forschungsgutachten sind kaum Versuche bekannt geworden, die Erkenntnisse aus den jeweils anderen Verfahren bei der Weiterentwicklung eigener Konzepte intensiv zu integrieren. Einige Institute bieten verklammerte Ausbildungen an (meist TP/PA, zum Teil auch TP/VT) oder ergänzen das eigene Schwerpunktverfahren mit Aspekten der ST, dies auch schon vor deren offizieller Anerkennung als wissenschaftlich fundiertes Vertiefungsverfahren.

In unseren Befragungen zeigte sich deutlich, dass die *verfahrensorientierte Ausbildung* mehrheitlich (Leitungen, TeilnehmerInnen, AbsolventInnen, Lehrkräfte, Fachleute) für sinnvoll erachtet wird (vgl. Kapitel E2) Dabei sprechen sich die psychodynamisch orientierten Personen deutlich häufiger für eine verfahrensorientierte Ausbildung aus als deren verhaltenstherapeutische KollegInnen. Bezüglich *alternativer Ausbildungsansätze* besteht unter den AusbildungsteilnehmerInnen und AbsolventInnen eine größere Offenheit als bei Lehrenden und Leitungen von Ausbildungsinstituten. Insgesamt ist aber durchaus die Befürwortung von mehr *verfahrensübergreifendem Wissen* und vermehrter Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten in anderen Vertiefungsverfahren eindeutig erkennbar. Ohne eine Berücksichtigung der unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen und -methodischen Hintergründe der verschiedenen Verfahren und des jahrzehntelang erworbenen Erfahrungswissens in einem spezifischen Verfahren kann eine Übernahme verfahrensfremder Bausteine allerdings zu einem Professionalisierungsverlust führen.

Ein wesentliches Ziel psychotherapeutischer Versorgung liegt darin, eine möglichst hohe Effektivität mit möglichst wenigen Nebenwirkungen zu erreichen. Heute ist eindeutig belegt, dass Psychotherapie mit den untersuchten Psychotherapieverfahren zwar sehr gut wirkt (z. B. Lambert. & Ogles 2004, Caspar 2006), dass aber selbst bei sehr wirksamen Verfahren die Erfolgszahlen zwischen 60-80% schwanken, je nachdem ob AbbrecherInnen mit berücksichtigt werden oder nicht. Das bedeutet, dass diese Verfahren bei einem Drittel bis einem Fünftel der PatientInnen nicht befriedigend wirken. Wenn man davon ausgeht, dass es zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung auch durch eine gute Ausbildung kommt, ist es plausibel, bisherige Defizite in den Ausbildungskonzeptionen zu beheben, wozu eine Diskussion über die Verfahrensorientierung gehören sollte. Es hat sich gezeigt, dass nicht alle Therapieverfahren gleichermaßen

in allen Anwendungsbereichen wirksam sind. Schon deshalb sollten AusbildungsteilnehmerInnen alternative Ansätze vermittelt werden.

Im Rahmen einer Psychotherapieausbildung bietet sich an, verfahrensspezifisches Wissen zur Behandlung spezifischer PatientInnengruppen unter Berücksichtigung der Strukturqualität differenziert zu vermitteln. Beispielsweise könnten AusbildungsteilnehmerInnen der verschiedenen Schwerpunktverfahren während der Ausbildung eine Reihe gemeinsamer Theorie- und Fallseminare zugänglich gemacht werden, um bereits hier schulenübergreifendes bzw. -erweiterndes Denken zu erfahren. Dies könnte sich als eine echte Bereicherung der Weiterentwicklung der jeweiligen Behandlungskonzepte in allen Verfahren auswirken.²

Grundsätzlich sind bei der Weiterentwicklung bzw. der Erweiterung therapeutischer Möglichkeiten mehrere Überlegungen angestellt worden bzw. denkbar, die u. U. auch Konsequenzen für die psychotherapeutische Ausbildung hätten:

a) Fortführung einer primär **verfahrensorientierten Schwerpunktausbildung**, allerdings künftig in vier Vertiefungsverfahren. Ein Vorteil dieser Entwicklung ist das systematische Nutzen bisheriger Wissensbestände und der Weiterentwicklung von Konzepten und Behandlungstechniken, die sich in den jeweiligen Verfahren bewährt haben.

b) Fortführung einer primär verfahrenorientierten Ausbildung, allerdings ergänzt durch die Erkenntnis, dass die therapeutische Welt nicht vollständig aus sog. empirisch validierten Therapieverfahren bestehen kann. Eine entsprechend konzipierte Ausbildung könnte sich zwar verfahrenorientiert an bisherigem psychologischem Grundwissen orientieren, AusbildungsteilnehmerInnen aber auch befähigen, zum Beispiel mit einem starken Gewicht auf individuellen Fallkonzeptionen, sich empirisch fundiert weiter zu entwickeln und wissenschaftlich up-to-date zu halten. So würden die zukünftigen PsychotherapeutInnen dazu „erzogen“, sich in einem ständigen Prozess der Weiterbildung und der Weiterentwicklung ihrer verfahrensspezifischen Modelle und Methoden zu halten und nicht von MeinungsmacherInnen und Fachautoritäten abhängig sein zu müssen.

c) Von den AbsolventInnen geben zwei Drittel der verhaltenstherapeutisch Ausgebildeten und mehr als drei Viertel der psychodynamisch Ausgebildeten an, dass sie eine verfahrenorientierte Ausbildung für sinnvoll erachten. Das *verfahrensübergreifende Wissen* sollte aber nach Aussagen von mehr als der Hälfte dieser Untersuchungsgruppe (VT= Zweidrittel, PD =mehr als ein Drittel) erhöht werden. Bei der Einschätzung der eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit geben sowohl die verhaltenstherapeutisch wie auch die psychodynamisch Ausgebildeten an, dass ihre aktuelle therapeutische Arbeit neben dem gelernten Schwerpunktverfahren durch Konzepte unterschiedlicher anderer Verfahren bestimmt ist. Diejenigen, die in den letzten Jahren psychotherapeutisch ausgebildet wurden, befürworten eine Erweiterung ihrer Verfahren. Ein Zusammenführen verschiedener Ansätze könnte integrativ auf der Ebene der Theorien bestehender Ansätze (z. B. TP, VT, GPT, ST) erfolgen, ansatzübergreifend (z. B. im Sinne einer Allgemeinen Psychotherapie oder Neuropsychotherapie), integrativ auf der Basis *eines* bewährten Ansatzes mit möglichst großer Distanz zum Eklektizismus, d. h. Integration von Verfahren, Methoden und Techniken anderer Therapieorientierungen im Kontext einer Behandlung, die durch den ursprünglichen Ansatz geprägt ist. Im Endeffekt würde dies aber bedeuten, weiterhin in einem Verfahren schwerpunktmäßig auszubilden, darüber hinaus aber durchaus auch praxisnah Methoden und Techniken anderer Verfahren ergänzend zu vermitteln und darzustellen. Die Integration unterschiedlicher Ansätze würde nicht nur eine Passung von Theorie und Methodik bedeuten, sondern auch die Vermittlung differentieller Indikationsstellung, unterschiedlicher therapeutischer Haltungen etc. (z. B. Menschenbild, Mehrpersonensetting, Anerkennung lebensgeschichtlicher Bahnungen, Patient wird eigener Therapeut, Ressourcenorientierung, Lebensweltorientierung).

² Nur selten sind die AusbildungsteilnehmerInnen an den Hochschulen bereits mit der Vielfalt effektiver Therapierichtungen in Kontakt gekommen. Eine Erschwernis dafür liegt auch in der Tatsache, dass die Repräsentanz der unterschiedlichen Therapieverfahren an den Hochschulen und damit auch deren Erforschung sehr eingeschränkt sind, da die meisten Lehrstühle z. B. in Klinischer Psychologie und Psychotherapie eindeutig verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind.

d) **Ausbildung nach empirisch basierten Wirkprinzipien.** Grawe (1998) und viele andere AutorInnen vertreten die Auffassung, dass Wirkprinzipien ein Verständnis zur Planung von Behandlungen vermitteln können, wobei sich die erforschten (Wirk-) Profile für Behandlungen aus unterschiedlichen Therapieverfahren ergeben können (z. B. Konfrontation, Emotionsaktivierung, spezielle Beziehungsgestaltungen, Deutungen, Aufmerksamkeitslenkung auf nicht akzeptierte oder tabuisierte Gefühle, Therapie in natürlichen Beziehungssystemen, zirkuläres Denken und Fragen, Genogramm, spezielle Manuale). Dieser Ansatz bewegt sich auf einer mittleren Ebene zwischen der theoretischen Integration und einer Integration auf konkretester, technischer Ebene, die viele als konzeptlosen Eklektizismus ablehnen.

e) Zu prüfen ist, ob in Zukunft in der psychotherapeutischen Versorgung Behandlungsschwerpunkte **indikationsspezifisch und/oder störungsorientiert** für bestimmte Diagnosengruppen ausgerichtet werden und so Behandlungsmethoden, die für das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen zugelassen sind, ablösen sollten. Das wäre ein Paradigmenwechsel, der auch Auswirkungen auf die Psychotherapieausbildung hätte. Dann wären Bestandteile der Ausbildung störungsorientierte Psychotherapie- und Fallkonzeptionen und nicht mehr wie bisher die „Psychotherapieschulen“.

Störungsorientierte Ausbildung hätte zunächst eine primäre Orientierung an den ICD-(oder DSM-) Diagnosen. Ausbildungsrelevant erscheint aber darüber hinaus auch eine Orientierung an weiter gefassten differenziellen Indikationen, etwa kritischen Lebenssituationen (z. B. Psychotherapie bei pathologischen Trauerreaktionen, nach Eröffnung lebensbedrohlicher Diagnosen, bei Suizidgefährdung) oder für unterschiedliche Behandlungssettings (z. B. Multifamilien-/ Multisystemtherapien).

In der Verhaltenstherapie wurden Konzepte oft für bestimmte Störungen oder Anwendungsgebiete entwickelt und dann auf andere Störungen oder Bereiche übertragen oder zu einem generellen Ansatz weiterentwickelt.

Der Systemischen Therapie liegt ein allgemeines Erklärungs- und Behandlungsmodell mit allgemeinen therapeutischen Haltungen zugrunde, das auch für einzelne Störungsbilder und Behandlungs- (Patienten-)gruppen zugeschnittene Modifikationen kennt, z. B. für Störungen des Sozialverhaltens, Suchtstörungen mit illegalen Drogen bei Jugendlichen, Schizophrenien, Essstörungen bei Erwachsenen, bei MigrantInnen und Unterschichtsangehörigen.

Die psychodynamischen Verfahren gehen eher selten störungsspezifisch oder störungsorientiert vor (eine Ausnahme ist zum Beispiel die übertragungsfokussierte Psychotherapie bei Borderlinepatienten), sondern leiten ihre Behandlungstechnik von einem allgemeinen Modell psychischer Krankheiten ab. Doch wurden die Anwendungsfelder in den letzten Jahrzehnten stark erweitert und führten zu einem spezifischen Wissen für neue Gruppen von PatientInnen.

f) Eine weitere Zukunftsperspektive könnte die sogenannte „**differentielle Indikation**“ betreffen. Psychotherapiestudien legen nahe, dass manche PatientInnengruppen besser auf verhaltenstherapeutische, andere besser auf psychodynamische Verfahren reagieren, weil ihnen aufgrund multipler Faktoren der eine oder andere Umgang mit psychischen Problemen besser „passt“ (vgl. Linden 2007). Ähnliches gilt für PatientInnenpräferenzen zugunsten von einzel-, gruppen- oder paar/familientherapeutischen Settings. Daher könnte in der Ausbildung die Chance genutzt werden, in Auseinandersetzung mit einem zweiten Psychotherapieverfahren diese Fragen kritisch zu reflektieren, um evidenzbasiertes Wissen zur „differentiellen Indikation“ bei der Zuweisung von Patienten zu dem einen oder anderen Therapieverfahren zu berücksichtigen.

h) Orientierung an **Kompetenzaspekten therapeutischen Handelns.** Als Beispiel sei das „Neukonstruktionsmodell“ von Caspar und Grawe (vgl. Caspar 2009) genannte, das ein Zusammenwirken verschiedener Aspekte beim psychotherapeutischen Handeln berücksichtigt, die dann auch Ausbildungsrelevanz hätten: z. B. Hauptstörung, weitere Probleme, konkrete therapeutische Vorgehensweisen, allgemeine ätiologische Aspekte, störungsspezifische ätiologische Aspekte,

Rahmenbedingungen (institutionell, beim Pat.), systemische Aspekte, Grundlagenwissen, Alltagswissen, Stärken und Schwächen bei Therapeuten, Therapiebeziehung, Ressourcen bei Patienten, Bedürfnisstrukturen usw.).

Schlussfolgerungen:

In den letzten Jahrzehnten hat sich in der Psychotherapieforschung der Befund mehrfach bestätigt, dass die psychotherapeutischen Techniken bzw. die formalen Veränderungstheorien, die einem Verfahren zugrunde liegen, nur einen relativ geringen Anteil an Varianz des Therapieergebnisses erklären (z. B. Lambert & Barley, 2002). Dies hat u.a. Wampold (2001) veranlasst, für ein kontextuelles Modell der Psychotherapie – im Gegensatz zu einem medizinischen Modell – zu plädieren, demzufolge Psychotherapie in der flexiblen Anwendung unterschiedlicher Interventionsstrategien erfolgt und nicht eine eindeutige Behandlungsstrategie mit spezifischen Problemen/Störungen verkoppelt ist. Dieses professionelle Wissen der unterschiedlichen Verfahren sollte den PatientInnen zugute kommen.

Vor diesem Hintergrund ist in der Psychotherapiewissenschaft eine lebendige Diskussion um die Frage entstanden, ob eine schulenorientierte Ausrichtung der Psychotherapie(-ausbildung) weiterhin sinnvoll erscheint oder ob stattdessen entweder eine störungsorientierte (z. B. Herpertz, Caspar & Mundt, 2007) oder eine allgemeine Psychotherapie (z. B. Grawe, 1998) erstrebenswert sei. Die verschiedenen alternativen Modelle wurden oben beschrieben.

Die Diskussionen im Verlauf des Gutachtenprozesses bis hin zu den Stellungnahmen der ExpertInnen machen deutlich, dass es momentan noch keine echte Alternative zu einer verfahrensorientierten Ausbildung gibt. Für diese Ausbildungsform sprechen vor allem wissenschaftliche und behandlingstechnische Gründe, aber auch die im internationalen Vergleich geltenden berufs- und sozialrechtlichen Ausgangsbedingungen von Psychotherapie, Argumente im Zusammenhang mit beruflicher Identitätsbildung, etc.

Vor diesem Hintergrund kommt die Gruppe der Gutachterinnen und Gutachter zu folgender Empfehlung:

Vorgeschlagen wird ein Ausbildungsmodell, welches

- theoriebasiert und störungsübergreifend an einem Schwerpunktverfahren bzw. Vertiefungsverfahren ausgerichtet ist,
- wirkungsvolle Konzepte und Methoden anderer Vertiefungsverfahren in ausreichender Form vermittelt, unter Berücksichtigung zugrunde liegender divergenter therapeutischer Haltungen und der Frage der differentiellen Indikation. Dies kann je nach Verfahren mit unterschiedlichem Praxisbezug erfolgen.
- evidenzbasiert ist und Evidenzbasierung modellhaft zum Ausbildungsthema macht (d.h. wissenschaftliche Informationen werden zur Verfügung gestellt, damit diese integriert mit der psychotherapeutischen Erfahrung und der individuellen Ausbildungsperspektive den AusbildungsteilnehmerInnen die beste Ausbildung anbieten können.) (“Evidence-based practice is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values”. Sackett et al. 2000). Die Fähigkeit zu dieser Integration muss aber gezielt vermittelt und gelernt werden.
- vermittelt, dass professionelle Kompetenz einer ständigen Weiterentwicklung der eigenen Theorien und Behandlungstechniken bedarf. Die Identifikation mit einer „forschenden Grundhaltung“ und einer produktiven Skepsis/inneren Autonomie auch gegenüber den Grundannahmen des eigenen Therapieverfahrens soll für alle PsychotherapeutInnen während der Ausbildung entwickelt und gestützt werden.

3. Neudefinition des Begriffs der „heilkundlichen Psychotherapie“

Gemäß Gutachtauftrag werden Aussagen zu der Frage erwartet, ob an der Definition der „heilkundlichen Psychotherapie“ in § 1 Abs. 3 PsychThG aus fachlicher Sicht festgehalten werden sollte oder ob es Gründe für eine verfahrensunabhängige Legaldefinition gibt.

Absatz 3 des § 1 lautet bislang:

Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.

Die Frage nach einer Revision des Absatzes wurde beispielsweise im Rahmen der Delphi-Erhebung aufgeworfen. In der ersten Welle der Delphi-ExpertInnenbefragung wurde von einer größeren Gruppe diskutiert, die Definition des Begriffs „wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren“ präziser zu formulieren. Des Weiteren wurde angeregt, auch in der **Forschungserprobung** befindliche Verfahren mit in die Definition aufzunehmen sowie die genannten Tätigkeiten auch auf die Prävention (primär, sekundär, tertiär) und die Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert auszuweiten. Einige ExpertInnen sehen einen Verbesserungsbedarf bei der Definition der somatischen Abklärung vor psychotherapeutischer Behandlung.

In der zweiten Phase der Befragung waren nur noch 39% der ExpertInnen der Auffassung, dass der Terminus „wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren“ präziser zu definieren sei. Fast 80% waren der Meinung, dass Prävention und Rehabilitation in die Definition der heilkundlichen Psychotherapie mit aufzunehmen seien.

Eine Revision des entsprechenden Absatzes des § 1 Abs. 3 PsychThG erscheint nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Aktivitäten des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (die teilweise abgestimmt sind mit dem gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, GBA) sinnvoll. In beiden Gremien wurde der Versuch unternommen, möglichst übereinstimmende Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren (und Methoden, s. u.) vorzunehmen. Es liegt nahe, die entsprechenden Kriterien auch der Definition im PsychThG zu Grunde zu legen.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat in dem derzeit gültigen Methodenpapier (Version 2.6.1 vom 26.03.2009; WBP, 2009) eine Unterscheidung getroffen zwischen Psychotherapie**verfahren** und einer Psychotherapie**methode** (und einer Psychotherapie**technik**). Die entsprechenden Definitionen lauten wie folgt:

„Psychotherapie-Verfahren

Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapie-Verfahren ist gekennzeichnet durch eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung beziehungsweise verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoretischer Grundannahmen, und eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen, und darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.“

Die vom wissenschaftlichen Beirat anerkannten Verfahren sind derzeit die psychodynamische Psychotherapie, die Verhaltenstherapie, die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie sowie die systemische Psychotherapie.

„Psychotherapie-Methode

Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung, Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung, die Beschreibung der Vorgehensweise und die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte.“

Zu den vom wissenschaftlichen Beirat als wissenschaftlich anerkannten Methoden gehört zum Beispiel die Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing-Therapie (EMDR).

„Psychotherapie-Technik

Eine psychotherapeutische Technik ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erreicht werden sollen, z. B. im Bereich des psychodynamischen Verfahrens: die Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster, oder in der Verhaltenstherapie: Reizkonfrontation in vivo.“ (WBP, 2007; S. 4/5).

Im weiteren führt der WBP aus, dass künftig – orientiert an den im Methodenpapier formulierten Standards – die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens *oder* einer eigenständigen Psychotherapiemethode für jeweils einen der Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen festgestellt werden kann.

Da nach dem jetzt gültigen Methodenpapier sowohl die Anerkennung von Verfahren als auch von Methoden im oben beschriebenen Sinne erfolgen kann (möglicherweise auch solcher, die sich in einer Erprobung befinden, s.o.), wird eine entsprechende Änderung von § 1 Abs. 3 PsychThG empfohlen. Diese Empfehlung wird verknüpft mit dem Expertenvorschlag, die Begriffe „Prävention“ und „Rehabilitation“ in die Formulierung des Paragraphen mit aufzunehmen (s.u.).

Eine mögliche Neuformulierung sollte lauten:

Absatz 3: „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes sind jede mittels (nach den jeweiligen Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie)³ wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren und Methoden vorgenommene Tätigkeiten zur Feststellung, Heilung, Linderung oder Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen.“ ~~Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.~~

Der letzte Satz des Absatzes kann gestrichen werden, da Störungen mit Krankheitswert als Gegenstand der Psychotherapie weiter oben eindeutig festgelegt sind.

³ Nachdem der wiss. Beirat gewissermaßen ein „Produkt“ des PsychThG ist, sollte er auch im Kontext der wissenschaftlichen Anerkennung von Verfahren an dieser Stelle erwähnt werden. Im Zusammenhang mit der Frage einer Änderung des § 3 Abs. 3 wurde im Gutachterprozess immer wieder auf die problematische Diskrepanz zwischen berufsrechtlicher und sozialrechtlicher Anerkennung von Verfahren hingewiesen. Diese war nicht Thema des Gutachtens, soll an der dieser Stelle aber wenigstens als Problem benannt werden.

Es wird empfohlen, einen weiteren Absatz in den Paragraphen aufzunehmen, nämlich:

§ 1 Abs. 4: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind weiterhin tätig im Bereich von Gesundheitsförderung, Prävention sowie Rehabilitation.

Im Rahmen der Delphi-Befragung wurde von der Mehrheit der ExpertInnen eine Revision des Heilpraktikergesetzes und eine Aufhebung der dort verankerten Psychotherapieoption empfohlen. Angeregt wurde darüber hinaus eine Abgleichung mit den Texten im SGB V und in den Kammer- und Heilberufsgesetzen.

4. Kostenregelungen

Fasst man die erhobenen Daten zur finanziellen Situation der AusbildungsteilnehmerInnen zusammen, so kann man feststellen, dass sich die von den TeilnehmerInnen zu tragenden Kosten (Entgelte an die Ausbildungsstätten, direkt an SupervisorInnen oder Selbsterfahrungsleitungen zu zahlende Honorare etc.) mit den an die AusbildungsteilnehmerInnen ausbezahlten Vergütungen im Saldo am Ende der Ausbildung in etwa ausgleichen, zumindest dann, wenn die Aussagen der Institute zu Grunde gelegt werden. Die AusbildungsteilnehmerInnen geben dagegen Nettokosten um die 4000 Euro an. In den Berechnungen sind die Vergütungen für die Praktische Tätigkeit, die – in sehr unterschiedlichem Umfang – etwa 50% der TeilnehmerInnen erhalten, nicht berücksichtigt. Nicht berücksichtigt sind jedoch auch die Lebenshaltungskosten der AusbildungsteilnehmerInnen während der gesamten Ausbildung.

Eine staatliche Förderung der Ausbildung erfolgt bei weniger als 1% der AusbildungsteilnehmerInnen. Nach Auskunft des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ist BAföG für eine Erstausbildung vorgesehen und auf die Psychotherapieausbildung als zweite Ausbildung im Prinzip nicht anwendbar. Bereits für ein Masterstudium, das auf eine Bachelor-Qualifikation aufbaut, greift die BAföG-Förderung derzeit nur, weil von staatlicher Seite entsprechende Ausnahmeregelungen vorgenommen wurden. Unabhängig davon haben nur wenige AusbildungsteilnehmerInnen Anspruch auf Leistungen nach dem BAföG, weil etwaige Einnahmen aus der PT und der PAus angerechnet werden oder eigene Einkünfte durch Berufstätigkeit oder Vermögen eine Bedürftigkeit ausschließen.

Ein Anspruch der AusbildungsteilnehmerInnen auf eine Ausbildungsvergütung durch die Ausbildungsstätten besteht nicht. Eine Vollzeitausbildung schließt durch ihren Zeitaufwand eine begleitende Berufstätigkeit aus; auch bei einer Teilzeitausbildung ist die Vereinbarkeit mit einer Berufstätigkeit wegen des hohen Zeitaufwands der Ausbildung begrenzt. Die AusbildungsteilnehmerInnen haben somit zwei Finanzierungsengpässe zu bewältigen: Einerseits greifen die in unterschiedlichem Umfang gewährten Beteiligungen der AusbildungsteilnehmerInnen an den Behandlungserlösen der in der Praktischen Ausbildung übernommenen Behandlungsfälle in der Regel erst in der zweiten Hälfte der Ausbildung, so dass sich für die erste Hälfte der Ausbildung ein Vorfinanzierungsbedarf ergibt. Zweitens kann der Lebensunterhalt der AusbildungsteilnehmerInnen und evtl. unterhaltsberechtigter Personen (etwa ein Drittel der AusbildungsteilnehmerInnen hat Kinder) nicht oder durch eine Teilzeitberufstätigkeit während der Ausbildung nur sehr eingeschränkt bestritten werden. Zu bedenken ist darüber hinaus, dass die AusbildungsteilnehmerInnen vor Ausbildungsbeginn bereits ein mehrjähriges Hochschulstudium absolviert haben, währenddessen sie kein reguläres Einkommen erzielen konnten.

Die Ausbildungsstätten finanzieren ihren Betrieb in der Regel über Ausbildungsgebühren der TeilnehmerInnen und über Erlöse aus den durch die GKV finanzierten Ausbildungsfällen im Rahmen der Praktischen Ausbildung. An Ausbildungskosten fallen Personalkosten (Honorare für Lehrkräfte), Kosten für die Infrastruktur der Ausbildungsstätten und für die Administration des Ausbildungsbetriebs an.

Im Folgenden soll eine **Modellrechnung** (siehe auch Tabelle G 4-1 und Tabelle G 4-2) verdeutlichen, wie hoch die realen Gesamtkosten sind, unter Berücksichtigung aller erhobenen Daten im Zusammenhang mit der Finanzierung der Psychotherapieausbildung sowie der Kosten für die Lebenshaltung.

Diese Modellrechnungen sind aus den erhobenen Angaben zu den Ausbildungskosten abgeleitet (siehe Kapitel E-6).

Dabei

- werden Ausbildungsgebühren und Einnahmen aus PT I/II und PAus zueinander ins Verhältnis gesetzt,

- wird bei der PAus auch die verklammerte Ausbildung, die regional unterschiedlich mehr vergütete Psychotherapiestunden ermöglicht, hier modellhaft mit bis zu 1200 Std. einbezogen
- werden die Lebenshaltungskosten zusätzlich berücksichtigt und
- wird zwischen Vollzeit- und Teilzeitausbildung unterschieden.

A. Berechnungsgrundlage Ausbildungskosten und Einnahmen aus Ausbildungsbelangen:

Tabelle G 4-1: Berechnungsgrundlage Ausbildungskosten und Einnahmen aus Ausbildungsbelangen (Daten aus Gutachtenerhebung, siehe Kapitel E-6). Prozentränge im Rahmen der Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen, jeweils für den 33ten, 50ten, 66ten und 75ten Prozentrang des entsprechenden Parameters.

Posten	Prozentrang	33	50	66	75
Entgelt PT-I monatlich		0	0	400	733
Entgelt PT-I Gesamt (12 Monate)		0	0	4800	8.796
Entgelt PT-II monatlich		0	0	500	905
Entgelt PT-II Gesamt (6 Monate)		0	0	3000	5.430
Summe Entgelt über die Gesamtdauer PT-I und PT-II		0	0	7.800	14.626
Gesamtvergütungen bei 600 Stunden PAus		10.350	13.500	23.550	33.103
Gesamtvergütungen bei 1200 Stunden PAus		20.700	27.000	47.100	66.206
Kosten der Ausbildung		-15.000	-18.000	-21.000	-26.000
Netto bei 600 Stunden PAus Neg. Werte = „Verlust“, Pos. Werte = „Plus“		-4.650	-4.500	2.550	7.103
Netto bei 1200 Stunden PAus Neg. Werte = „Verlust“, Pos. Werte = „Plus“		5.700	9.000	26.100	40.206

B. Lebensunterhalt:

Berechnungsgrundlage: Monatlicher Bedarf 1.200 Euro Lebenshaltungskosten, ledig ohne Kinder (entspricht ca. 1/2 TVÖD-13 netto bzw. üblichen Stipendiumsausstattungen)

Lebensunterhalt bei 1.200 Euro monatlich: Vollzeitausbildung (x 36 Monate) 43.200 Euro

Teilzeitausbildung (x 60 Monate) 72.000 Euro

Aus A. und B. ergibt sich nach Berücksichtigung der Ausbildungskosten und der Vergütung für 600 Psychotherapiestunden ein Finanzierungsbedarf für die Vollzeitausbildung zwischen 36.000 und 48.000 Euro und für die Teilzeitausbildung zwischen 65.000 und 77.000 Euro (Tabelle G 4-2). Monatlich bedeutet dies durchschnittlich zwischen 1.000 Euro (Vollzeit, „günstiges“ Institut, hohe Psychotherapiestundenvergütung) und 1.260 Euro (Teilzeitausbildung, „teures“ Institut, geringe Psychotherapiestundenvergütung).

Bei einer Vergütung für 1200 Psychotherapiestunden, die nur bei der verklammerten Ausbildung zum Tragen kommt, reduziert sich dieser Betrag um zwischen 10.000 und 33.000 Euro; allerdings dauert die verklammerte TP/PA-Ausbildung in Vollzeit im Mittel fast 6 Jahre und in Teilzeit gut 6 ¼ Jahre, so dass hier auch höhere Lebensunterhaltskosten anfallen.

Tabelle G 4-2: Finanzierungsbedarf für die Ausbildung bei Vergütung von 600 Psychotherapiestunden

		Vollzeitausbildung	Teilzeitausbildung
Lebensunterhaltskosten von je 1200 Euro monatlich	Prozentrang 33	- 47.650	-76.650
	Prozentrang 50	- 47.500	- 76.500
	Prozentrang 66	- 40.650	- 69.450
	Prozentrang 75	- 36.097	- 64.897

Die Finanzierung der PsychotherapeutInnenausbildung ist somit nicht gesichert. Sie wird z.T. von den TeilnehmerInnen privat getragen und zum Teil aus Behandlungserlösen der Ausbildungsfälle oder aus Vergütungen während der Praktischen Tätigkeit bestritten. Die finanzielle Belastung der AusbildungsteilnehmerInnen trägt vermutlich zu der bisherigen Selektion (sehr geringe Männerquote, zwangsläufig eher sozial und finanziell besser situierte AusbildungsteilnehmerInnen) bei, mit entsprechenden Konsequenzen für die psychotherapeutische Versorgung: TherapeutInnen, die aus überwiegend sozial besser gestellten Verhältnissen kommen, treffen auf PatientInnen aus eher sozial benachteiligten Lebensumständen, da die Prävalenz psychischer Störungen auch sozial determiniert wird⁴. Die Befragungsergebnisse im Rahmen dieses Gutachtens haben gezeigt, wie hoch die Bereitschaft zur Aufnahme einer Ausbildung mit der finanziellen Belastung korreliert. Die Psychotherapieausbildung sollte aus den genannten Gründen nicht nur finanziell besser gestellten Ausbildungsinteressierten zugänglich sein.

Eine Verbesserung der finanziellen Situation der AusbildungsteilnehmerInnen könnte im Rahmen des bisherigen Ausbildungsmodells durch eine verbesserte staatliche Ausbildungsförderung erzielt werden⁵. Für eine stärkere Förderung der Ausbildung von PsychotherapeutInnen durch den Staat spräche, dass die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung ebenso wie die medizinische Versorgung im öffentlichen Interesse liegt. Die Sicherstellung einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung auf qualitativ hohem Niveau kann u.a. nur gelingen, wenn ausreichend PsychotherapeutInnen wissenschaftlich fundiert ausgebildet werden.

Dafür sind verschiedene Finanzierungsmodelle denkbar:

a. BAföG – Modell: Für eine individuelle Förderung nach dem BAföG wären die Anspruchsg Grundlagen entsprechend anzupassen. Eine Orientierung am (elternunabhängig gewährten) sog. Meister-BAföG wäre sinnvoll, da ein Anspruch auf eine Finanzierung einer zweiten Ausbildung durch die Eltern nicht besteht. In diesem Zusammenhang sind die ab 1. Juli 2009 geltenden Veränderungen des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes relevant, die z. B. den Erlass von Teilen des gewährten Darlehens bei termingerechter Beendigung vorsehen.

b. Darlehens-Modell: Eine Gewährung von zinsgünstigen Bildungsdarlehen, z. B. durch Staatsbanken: Die Rückzahlung sowohl des Kreditanteils von BAföG-Leistungen als auch von Bildungsdarlehen könnte ganz oder teilweise erlassen werden, wenn die Ausbildung zeitgerecht abgeschlossen wird oder wenn die AbsolventInnen sich durch ihre spätere Berufstätigkeit an der psychotherapeutischen Versorgung in Mangelbereichen beteiligen (z. B. Niederlassung in unterversorgten Regionen, Tätigkeit in öffentlichen Institutionen der psychotherapeutischen Versorgung). Anreize für die Qualitätsoptimierung der Ausbildung durch Wettbewerb der Ausbildungsinstitute um AusbildungsteilnehmerInnen könnten durch die Ausgabe von Ausbildungsgutscheinen („Voucher“) durch den Staat an geeignete AusbildungskandidatInnen im Rahmen einer Ausbildungsförderung geschaffen werden. Diese Gutscheine könnten die AusbildungsteilnehmerInnen dann bei der von

⁴ Neben finanziellen Gründen spielen eine Reihe weiterer Faktoren eine Rolle für die spezielle Auswahl der AusbildungsteilnehmerInnen: Mittelschichtkinder haben bessere Chancen im Schulsystem; der hohe Numerus Clausus begünstigt eine hohe Frauenquote, da diese die besseren Abiturnoten haben; als helfender Beruf wird die Psychotherapie Tätigkeit eher von Frauen gewählt etc.

⁵ Eine Veränderung der Ausbildungsstruktur hin zu einer Direktausbildung an Hochschulen/Universitäten mit anschließender Weiterbildung hätte grundsätzliche Konsequenzen für die Kostenregelungen Finanzierung des Studiums wie bisher, Finanzierung der *Weiterbildung* über Berufstätigkeit im Status von „Psychotherapie-Assistenten“ (ca. 2-3 Jahre).

ihnen gewählten Ausbildungsstätte einlösen, um sich Ausbildungsleistungen einzukaufen. Die Einlösung der Ausbildungsbausteine könnte mit einer einheitlichen Ausbildungsvergütung verbunden sein, die durch staatliche Zuschüsse ermöglicht werden.

c. Institutionsförderung: Eine Direktförderung von Ausbildungsstätten bzw. bestimmten an der Ausbildung beteiligten Institutionen durch den Staat, in Verbindung mit einer einheitlich festgelegten Ausbildungsvergütung in Abhängigkeit von Auslastung und Qualitätssicherung. Denkbar wäre die Gewährung eines Budgets für Ausbildungsstellen in Kliniken, für das die Kliniken einen Antrag stellen können, der auch ein Konzept für die Betreuung der Tätigkeit umfassen müsste.

Nicht geregelt ist bisher die Beteiligung der kooperierenden Einrichtungen, insbesondere der Institutionen für die PT I und PT II an der Finanzierung der Ausbildung. Gerade während der PT wird der Finanzierungsengpass für viele AusbildungsteilnehmerInnen besonders prekär, da die PT häufig in Vollzeit absolviert wird. Gerade in diesem Ausbildungsabschnitt tritt das Missverhältnis zwischen akademisch vorgebildeten AusbildungsteilnehmerInnen mit Hochschulabschluss und der oft fehlenden bzw. nicht den Lebensunterhalt absichernden Vergütung für die erbrachte praktische Tätigkeit besonders zutage.

Für eine Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen während der PT fehlt es bisher genauso wie insgesamt für die Ausbildung an einer gesetzlichen Grundlage und an einem Kostenträger.

Diese muss jedoch geschaffen werden. Weder kann die Last der Finanzierung der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiAs) allein den Ausbildungskliniken und Praxen aufgebürdet werden, noch ist der jetzige Zustand weiter erträglich. Auch eine alleinige Regelung über BAföG oder andere staatliche Förderungen scheint für dieses Problem nicht ausreichend zu sein.

5. Medizinorientierung

In der Leistungsbeschreibung für das Forschungsgutachten wurde formuliert: *„Es werden Aussagen zu der Frage erwartet, wie und in welchem Umfang medizinische Inhalte in die Psychotherapeutenausbildung integriert werden könnten, um diese z.B. zur Verschreibung verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu befähigen, wenn dies im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.“*

Das Gutachten sollte Ausführungen dazu enthalten, welche weitergehenden Kompetenzen sinnvoll sein könnten und ob und wie sie in die Ausbildung eingebunden werden können.“

Im Folgenden werden Ausführungen zu der Frage gemacht, wie und in welchem Umfang medizinische Inhalte in die Psychotherapeutenausbildung integriert werden könnten, um Psychotherapeuten in erster Linie

1. zur Rezeptierung verschreibungspflichtiger Arzneimittel und/oder anderer Heilmittel,
2. zur Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen,
3. zur Ausstellung von Krankenhauseinweisungen oder Überweisungen an niedergelassene Ärzte (ggf. auch zur Einleitung einer Einweisung nach PsychKG oder nach Betreuungsrecht)

zu befähigen, sofern dies im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist. Es wird ferner auf die Möglichkeit der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln eingegangen.

In den im Zusammenhang mit dem Gutachten durchgeführten Erhebungen wurden verschiedene Gruppierungen zu ihrer Einstellung bezüglich einer Befähigung zu spezifischen Maßnahmen im Sinne einer Medizinorientierung befragt, insbesondere zur Verschreibung von Psychopharmaka, zur Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Krankschreibung) und zur Einweisung in stationäre Behandlungen.

Im internationalen Vergleich zeigte sich, dass in keinem der 23 in die internationale Übersicht einbezogenen europäischen Länder „nicht-ärztliche“ PsychotherapeutInnen die Erlaubnis haben, Medikamente zu verschreiben, es auch relativ wenige Diskussionen hierüber gibt.

Lediglich in den USA werden entsprechende Vorgehensweisen in einigen Bundesstaaten erprobt (z. B. in New Mexico und Louisiana), wobei hier u. a. Modelle zur Zweitverschreibung durch psychologische PsychotherapeutInnen nach Erstverschreibung durch den ärztlichen Bereich zur Verbesserung der Behandlungsführung realisiert werden. Zur Erlangung dieser ergänzenden Kompetenz sind dreijährige Weiterbildungen notwendig.

Innerhalb der American Psychological Association (APA) gibt es mittlerweile eine Division 55 (American Society for the Advancement of Pharmacotherapy), in der die Möglichkeit von Kombinationsbehandlungen propagiert wird.

Argumente hierfür sind:

- PsychotherapeutInnen behandeln ein breites Spektrum an psychischen Störungen,
- viele PsychotherapiepatientInnen werden (auch) psychopharmakologisch behandelt,
- viele praktizierende PsychotherapeutInnen (insbesondere im stationären Rahmen) sind bereits in medikamentöse Behandlungen involviert,
- Psychopharmaka werden häufig von nicht-psychiatrischen ÄrztInnen verschrieben, die hierfür (ebenfalls) nur minimal ausgebildet sind

(vgl. <http://www.division55.org/Legislative.htm>).

Die Argumente werden sehr kontrovers diskutiert, insbesondere medizinische Verbände gehen gegen die Argumentation vor, etwa mit dem Hinweis auf die Dauer und Komplexität der medizinischen Ausbildung und haftungsrechtliche Probleme („psychologists should not gain through legislation what they have failed to achieve through education“).

Mit anderen erweiterten Kompetenzen für nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen verhält es sich im Hinblick auf den internationalen Vergleich ähnlich. Nach unserer Übersicht liegt in nur wenigen europäischen Ländern (z. B. Belgien, Niederlande, Schweden, England, Norwegen und Rumänien) eine Einweisungsberechtigung für nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen in psychiatrische Kliniken vor.

In den diversen Erhebungen im Rahmen des Gutachtens wurden Einschätzungen der spezifischen medizinischen Kompetenzen bezogen auf die Zukunft erfragt. Die Ergebnisse variieren von Befragung zur Befragung deutlich, u.a. – erwartungsgemäß – auch in Abhängigkeit von den befragten Berufsgruppen.

Tabelle G 5-1: Zustimmung zur Frage: „Sollten Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Möglichkeiten erhalten, durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen?“

Gruppierung	%	%	%
AbsolventInnen	53,8 (Alle)	62,1 (VT)	38,9 (PD)
Lehrkräfte	18,3	31,3 (Nicht-Ärzt.)	3,5 (ÄrztInnen)
Leitungen der Ausbildungsstätten	25,8		
Delphi-ExpertInnen	27,1 (Alle)	38,1 (Psychol.)	0,0 (ÄrztInnen)

Die Zustimmung zur Frage der **Verschreibungsberechtigung** (Tabelle G 5-1) ist selbst unter psychologischen ExpertInnen begrenzt, unter Ärzten nicht vorhanden. AbsolventInnen mit Ausbildung in VT stimmen deutlich häufiger als AbsolventInnen mit psychodynamischer Ausbildung (PD) zu. Dies reflektiert auch die von psychoanalytischen Verbänden vertretene Auffassung, der zufolge eine Kompetenzerweiterung auch die Frage der therapeutischen Abstinenz/Neutralität berühre. Die Abstinenz könne durch die Anwendung von medizinischen Kompetenzen verletzt werden.

Vorwiegend ärztliche ExpertInnen betonten in der Delphibefragung, dass die Verschreibung von Psychopharmaka Sachverstand bezüglich Pharmakologie und unerwünschter Arzneimittelwirkung voraussetze, die ausschließlich durch die medizinische Approbation gegeben sei. Die Beibehaltung der derzeitigen Rechtslage sei auch aus haftungsrechtlichen Gründen notwendig. Dies deckt sich auch mit der Haltung der Bundesärztekammer⁶.

In der Delphibefragung wurde von einer großen Gruppe von ExpertInnen unabhängig von der Verschreibungskompetenz für die weitergehende Integration von Kenntnissen der Psychopharmakotherapie in die Ausbildung plädiert. Als weitere medizinische Inhalte wurden hervorgehoben: Kenntnisse in den Fachgebieten der Psychiatrie und der psychosomatischen Medizin sowie der Neurologie; Vermittlung von Wissen über Neuro- und Psychophysiologie.

Eine große Zahl auch der psychologischen ExpertInnen votierte zusammengefasst gegen eine Verschreibungsberechtigung von Psychopharmaka, mit unterschiedlichen Argumenten, die von haftungsrechtlichen über psychotherapeutische (Beeinflussung der therapeutischen Beziehung, von Übertragung – Gegenübertragung) reichen.

Während eine Gruppe von insbesondere medizinischen ExpertInnen auch dagegen votiert, KJP und PP **Krankschreibungen** zu ermöglichen (hauptsächlich begründet mit Folgen für die psychotherapeutische Beziehung und haftungsrechtlichen Erwägungen), sprach sich die Mehrzahl der

⁶ „Die Berechtigung zur Verordnung von Psychopharmaka setzt aus Gründen der Patientensicherheit und aus haftungsrechtlichen Gründen großen Sachverstand voraus, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen und ggf. -wechselwirkungen zu erkennen und zu behandeln. Die Fülle dieser Aufgaben erfordert neben pharmakologischen Kenntnissen umfangreiches Wissen in nahezu allen klinischen Fächern (u. a. auch in der Dermatologie, der Inneren Medizin, der Neurologie sowie der Notfallmedizin), über das nur fachlich weitergebildete Ärzte verfügen. Außerdem muss vor jeglichem Medikamenteneinsatz eine umfassende Differenzialdiagnose gestellt werden, und der Einsatz von Psychopharmaka muss in den Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein. Es ist deshalb auch nicht sinnvoll, die Berechtigung zur Verordnung von Psychopharmaka von der Verordnung anderer Arzneimittel zu trennen“, vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer anlässlich des Panels am 28.1.2009 in Berlin.

psychologischen ExpertInnen für die Berechtigung zu Krankschreibungen aus (Tabelle G 5-2), wobei hierfür eventuell bereits im Rahmen der Ausbildung durch ein Zusatzmodul ergänzende spezifische Kompetenzen insbesondere aus dem sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Bereich erworben werden sollten. Ein häufig genanntes Argument für diese Berechtigung ist, behandelnde PP und KJP würden ihre PatientInnen häufig sehr viel besser kennen und die Behandlungsverläufe psychischer Störungen besser beurteilen können als etwa die behandelnden Haus- oder FachärztInnen.

Als Argument gegen diese Kompetenzerweiterung wurde von ärztlichen Verbänden (z. B. der Bundesärztekammer) genannt: „Auf Grund der Dynamik in der psychotherapeutischen 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 medikamentöse Behandlung der Zielsymptome des Störungsbildes zu einer Besserung führen kann und eine Krankschreibung vermeidbar ist“.

Tabelle G 5-2: Zustimmung (in %) zur Frage: „Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen vorzunehmen“ (in der AbsolventInnenbefragung nicht erfragt)

Gruppierung	%	%	%
Leitungen der Ausbildungsstätten	45,5		
Lehrkräfte	34,6 (Alle)	52,1 (Nicht-Ärzt.)	24,9 (ÄrztInnen)
Delphi-ExpertInnen	49,2 (Alle)	64,3 (Psycholog.)	11,8 (ÄrztInnen)

Sogar eine gewisse Zahl medizinischer ExpertInnen würde die Berechtigung, **in stationäre psychiatrische/psychotherapeutische Bereiche einzuweisen**, befürworten (Tabelle G 5-3). Die Zustimmung hierzu ist unter den AbsolventInnen, den LeiterInnen der Ausbildungsstätten und den Lehrkräften (deren Stichprobe auch einen Anteil an Ärzten enthält) relativ hoch, wobei davon ausgegangen wird, dass PP und KJP künftig mit entsprechender Zusatzqualifikation zu Krankenhauseinweisungen ohne Unterbringung nach PsychKG oder Betreuungsrecht befähigt werden könnten.

Als Argumente wurden hier genannt: Erleichterung der sektorübergreifenden Behandlung, speziell bei akuter Suizidalität, Verhinderung paralleler Behandlungen, bessere Kenntnis der Patienten auf Seiten der Psychotherapeuten. Als Argumente gegen die Befähigung zur Einweisung wurde hauptsächlich neben haftungsrechtlichen Erwägungen die mangelnde ärztliche (auch differentialdiagnostische) Kompetenz genannt.

Tabelle G 5-3: Zustimmung zur Frage: „Sollten ambulant tätige PP sowie KJP durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen die Erlaubnis bekommen, Patienten ohne Konsultation von Ärzten in stationäre psychotherapeutische Bereiche einweisen zu dürfen?“ bzw. „Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Einweisungen in psychiatrische oder psychosomatische Kliniken einzuleiten“ (Delphi-Befragung)

Gruppierung	%	%	%
AbsolventInnen	82,0 (Alle)	90,6 (VT)	83,3 (PD)
Lehrkräfte	56,7 (Alle)	79,8 (Nicht-Ärzt.)	54,2 (ÄrztInnen)
Leitungen der Ausbildungsstätten	76,0		
Delphi-ExpertInnen	54,2 (Alle)	71,4 (Psycholog.)	11,8 (ÄrztInnen)

Die Zustimmung zu der Frage, ob PP/KJP berechtigt sein sollten, Zwangsmaßnahmen wie eine **Unterbringung (nach Länder Unterbringungs- oder Psychisch Kranken Gesetzen) einzuleiten**, wurde in den Befragungen (moderat) befürwortet (Tabelle G 5-4). In der Delphibefragung wurde darauf hingewiesen, dass je nach Bundesland eine Verfügbarkeit der Einleitung einer Einweisung via jeweiliges Psych-KG bzw. Unterbringungsgesetz bestünde bzw. die Möglichkeit, bei Kindern auf Antrag der Sorgeberechtigten ohnehin eine Unterbringung gemäß § 1631b BGB durch das Familiengericht genehmigen zu lassen.

Tabelle G 5-4: Zustimmung (in %) zur Frage: „Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, gesetzliche Unterbringung einzuleiten“ (in der AbsolventInnenbefragung nicht erfragt).

Gruppierung	%	%	%
Leitungen der Ausbildungsstätten	45,5		
Lehrkräfte	35,0 (Alle)	57,7 (Nicht-Ärzt.)	26,5 (ÄrztInnen)
Delphi-ExpertInnen	54,2 (Alle)	71,4 (Psycholog.)	11,8 (ÄrztInnen)

Einstellungen zu einer zusätzlichen Erweiterung der Kompetenz zur Verordnung von psychotherapeutisch tätigkeitsrelevanten Heilmitteln (wie Soziotherapie, Ergotherapie etc.) und Hilfsmitteln (z. B. Klingelmatte zur Enuresistherapie) wurden ebenso wenig explizit erfragt, wie die Kompetenz zur Überweisung zum/zur Facharzt/-ärztin für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin oder Nervenheilkunde.

Die ärztlichen Verbände und Organisationen raten insgesamt relativ 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.“ (vgl. Stellungnahme der DGPPN, Begleitband).

Basierend auf den vorliegenden Befragungsergebnissen und einer Bewertung der Literatur lassen sich zu der Frage einer Medizinorientierung der Ausbildung von PP und KJP folgende Aspekte zusammenfassen:

Das jetzt gültige PsychThG schreibt durchaus bereits **medizinische Ausbildungsinhalte** vor. Es ist es fraglich, inwieweit diese Ausbildungsinhalte wirklich flächendeckend und mit hoher Qualität umgesetzt werden. Die Ausbildungscurricula der einzelnen Ausbildungsstätten weisen diese Inhalte zwar aus, es gibt aber Indizien dafür, dass die Vermittlung medizinischer Fachkenntnisse nicht hinreichend (bezüglich des Umfangs und der Qualifikation der Dozentinnen) erfolgt. Hier ist also eine Sicherung der Qualität zu überprüfen.

Bezüglich einer **Erweiterung der Kompetenzen** von PP und KJP muss ein wichtiges Argument die generelle Versorgungssituation im Bereich psychischer Störungen sein. Eine kürzlich an den Bundestag gerichtete Petition begründet die Forderung nach einer Kompetenzerweiterung u. a. auch damit, dass speziell in den sog. „Psych-Fächern“ der Medizin ein zunehmender Ärztemangel zu beobachten sei, der auch dazu führt, dass in Fachkliniken entsprechende Stellen nicht besetzt werden können. Obwohl in jüngster Zeit vermehrt eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen bzw. allgemeinmedizinischen Praxen angestrebt wird, erscheint es angesichts der generellen Versorgungssituation fraglich, ob – auch angesichts der Prävalenz behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung – die hausärztliche PatientInnenversorgung Mängel in der psychosomatisch/psychiatrischen Versorgung kompensieren kann.

Wenn diese versorgungsbezogenen Argumente ausreichen, eine Kompetenzerweiterung im Hinblick auf die Verschreibung von Medikamenten zu rechtfertigen, dann müsste der Anteil der Ausbildungsinhalte zur Förderung der diesbezüglichen Kompetenz sicher erheblich ausgeweitet werden. Es wäre dann eine integrierte Ausbildung in wichtigen Inhalten der Chemie und Biochemie, Physiologie, Neurologie, Pharmakologie inklusive der Wirkungs- und Nebenwirkungslehre von Medikamenten notwendig. Dem steht allerdings gegenüber, dass es insbesondere angesichts häufiger Komorbidität auch mit somatischen Erkrankungen und paralleler medikamentöser Behandlung mit nicht psychotrop wirksamen Substanzen fraglich ist, ob PP und KJP ohne grundständiges Medizinstudium je in der Lage sein können, potentielle Wechselwirkungen von Medikamenten hinreichend abzuschätzen. Damit verbunden ergibt sich eine Fülle haftungsrechtlicher Fragen.

Abgesehen von der Befähigung zur Verschreibung von Medikamenten (die unter Umständen auch deswegen nicht notwendig ist, weil eine medikamentöse Behandlung durch ÄrztInnen meistens parallel organisierbar sein sollte), stellt sich die Frage, ob angesichts des hohen Stellenwertes von PP und KJP innerhalb des Versorgungssystems eine Erweiterung der Kompetenzen auch deshalb angestrebt werden sollte, da jetzt bereits PP und KJP in vielen Institutionen quasi leitende Positionen übernommen haben. Dementsprechend sollte die Ausbildung in Zukunft auch vermehrt auf diese **leitenden Funktionen** vorbereiten (im Sinne einer intensiveren Vermittlung Wissen über das Gesundheitssystem, die Organisation von klinischen Einrichtungen, Führungskompetenz etc.). Es ist zu erwägen, die Kompetenzspektren für ambulante und stationär tätige PP bzw. KJP möglicherweise zu differenzieren. Für stationär tätige PP bzw. KJP wird es deshalb z. B. mehr darauf ankommen in Unterbringungsverfahren gutachterlich profund tätig werden zu können als diese Verfahren einzuleiten. Dennoch erscheint es wichtig, dass gerade mit Blick auf diese Arbeitsfelder deshalb solche Inhalte in der Ausbildung zukünftig stärker vermittelt werden. Die in stationären oder teilstationären Einrichtungen tätigen PP und KJP können – auch wenn sie Leitungsfunktionen inne haben – medizinische Behandlungen eher an ärztliche KollegInnen delegieren, während niedergelassene PP und KJP häufiger vor der Frage stehen, ob PatientInnen durch Fachärzte oder teil-/stationäre Einrichtungen behandelt werden sollten und deshalb eine entsprechende Überweisungsbefugnis benötigen.

Auch die Frage der Krankschreibung und der Verordnung von Heilmitteln könnte sich ambulant tätigen PP und KJP häufiger stellen. Für diese Kompetenzen sollten PP und KJP ausreichend ausgebildet werden.

Die Gutachtergruppe schlägt zusammengefasst vor,

- die Kompetenzen von PP/KJP **nicht** im Hinblick auf die Medikamentenverschreibung und
- **nicht** auf die Initiierung einer Zwangseinweisung (Einweisung nach Länderunterbringungsgesetzen bzw. Länder-PsychKGs) zu erweitern. Die Argumente gegen diese Kompetenzerweiterungen wurden oben genannt und werden von der Gutachtergruppe geteilt.

Bei entsprechender Integration von darauf bezogenen Ausbildungsinhalten oder entsprechenden Fort- und Weiterbildungsprogrammen für PP/KJP **befürworten** die Gutachter

- eine (optionale) Kompetenzerweiterung bezüglich der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbeschreibungen durch PP/KJP,
- die Befugnis, zu anderen Ärzten zu überweisen sowie „reguläre“ Krankenhauseinweisungen (in psychiatrische und psychosomatische Kliniken) zu veranlassen.
- Sinnvoll erscheint auch die Berechtigung zur Verschreibung psychotherapiespezifischer Heil- und Hilfsmittel, die bereits heute auch ärztlicherseits verschrieben werden können.

Generell wird angeregt, im Rahmen der Ausbildung die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem zu verbessern und die Kenntnisse bezüglich der Frage zu vertiefen, wann eine intensivere Zusammenarbeit mit Ärzten nötig ist.

6. Zusätzliche Empfehlungen

Unter Berücksichtigung der bereits vorgetragenen Ergebnisse zur Ausgestaltung der Psychotherapieausbildung schlägt die Gutachtergruppe folgende Modifikationen in Bezug auf das PsychThG und die APrVen vor. Die Aussagen zu den inhaltlichen und zeitlichen Veränderungen sind in Tabelle G 6-1 zusammengefasst:

Zum Theoretischen Unterricht:

- Verlagerung eines Teils der Grundlagen psychotherapeutischen Handelns in die zulassungsberechtigenden Studiengänge bzw. Vermeidung von Redundanzen (vgl. Kapitel F-7 und G-1).
- Beibehaltung der 600 Stunden Theoretischer Unterricht. Die durch Verlagerung in die Studiengänge frei werdenden Kapazitäten sollen durch Unterrichtsveranstaltungen mit mehr Praxisorientierung und einer größeren Verfahrensvielfalt im Bereich wissenschaftlich anerkannter Verfahren ausgefüllt werden.

Zur „Freien Spitze“

Die derzeitige Ausbildung dauert 4.200 Stunden, davon entfallen 930 Stunden auf die sog. „Freie Spitze“, sind also mit Überhängen zu den benannten Ausbildungsbausteinen aufzufüllen.

- Die Gesamtstundenzahl der „Freien Spitze“ soll auf 500 Stunden reduziert werden.
- Die „Freie Spitze“ soll kostenneutral gestaltet werden.
- Zur „Freien Spitze“ gehören Arbeitsgruppen während der Ausbildung und die Zeit für die Prüfungsvorbereitung.
- Von Kammern für die Fort- und Weiterbildung anerkannte Veranstaltungen (Vorträge, Workshops, Kongresse und Tagungen usw.) sollen für die „Freie Spitze“ genutzt werden können.
- Die Inhalte der „Freien Spitze“ sollten nicht curricular festgelegt werden, sondern der Gestaltung der Ausbildungsstätten und der TeilnehmerInnen überlassen werden.

Selbsterfahrung

- Insgesamt sollte der Umfang der Selbsterfahrung 150 Stunden umfassen.
- Davon sollten mindestens 50 Stunden Einzelselbsterfahrung sein. Weitere Aufteilungen obliegen den Ausbildungsstätten, da hier eine besondere Abhängigkeit von den Verfahrensschwerpunkten besteht.
- Die Reihenfolge von Einzelselbsterfahrung und Gruppenselbsterfahrung sollte ebenfalls verfahrensabhängig gestaltet werden.
- Einzel- und Gruppenselbsterfahrung sollten möglichst sequenziell und nicht parallel erfolgen.

Supervision

- Insgesamt sollte die Supervision weiterhin 150 Stunden umfassen.
- Der verpflichtende Anteil an Einzelsupervision sollte mindestens 25 Stunden betragen.

Praktische Tätigkeit

- Die derzeit zwei praktischen Tätigkeiten (PT I und PT II) sollten zu einem Ausbildungsbaustein „Praktische Tätigkeit“ zusammengefasst werden.
- Vorgeschlagen wird ein Umfang von insgesamt 1.200 Stunden, der in einem Zeitraum von mindestens 12 Monaten in möglichst zwei vom Versorgungssetting unterschiedlichen Institutionen (außer Ambulanz der Ausbildungsstätte und deren Lehrpraxen) zu absolvieren ist.

- Dabei sind alle wichtigen psychischen Störungsbereiche (auch die, die in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eher nicht im Vordergrund stehen) praxisrelevant kennenzulernen. Dies sind insbesondere organische psychische Störungen (PP), Suchterkrankungen (PP/KJP), psychotische Störungen (PP/KJP), Essstörungen (PP/KJP), komplexe Traumafolgestörungen (PP/KJP), Persönlichkeitsstörungen (PP), Störungen der Sexualpräferenz (PP) und Geschlechtsidentitätsstörungen (PP/KJP), Minderbegabung (PP/KJP), komplex-komorbide Störungen insbesondere auch mit somatischen Erkrankungen (PP/KJP). Kinder- und Jugendpsychiatrische Störungen und Erkrankungen zusätzlich insbesondere ICD-10: F 8 und F 9.
- Mindestens 600 der 1200 Gesamtstunden PT sind in mindestens 6 Monaten in einer stationären psychiatrischen Einrichtung zu absolvieren, deren ärztliche Leitung über die volle Weiterbildungermächtigung für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt. Im Rahmen der KJP-orientierten Ausbildung sind analog mindestens 600 Stunden in einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung zu absolvieren, die über die volle Weiterbildungermächtigung verfügt.
- Bei angestrebter Doppelapprobation werden Blöcke à 600 Stunden in psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen vorausgesetzt.

Praktische Ausbildung

- Die praktische Ausbildung wird in einem Umfang von mindestens 800 Stunden empfohlen, wovon 600 Stunden nachzuweisen sind.

Anrechnungen

- In Übereinstimmung mit zahlreichen Forderungen sollten Teile absolvierter psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildungen, die mit den Ausbildungsbausteinen äquivalent sind, auch anrechenbar sein, auch wenn diese Weiterbildungen nicht abgeschlossen wurden. Dies sollte sich auf Weiterbildungsteile aus dem In- und Ausland beziehen.

Ausbildungsunterbrechung

- Da die gesetzlich vorgegebenen Zeiträume von den Ausbildungsbehörden und Ausbildungsstätten laut unseren Forschungsergebnissen ohnehin nicht konsequent befolgt werden, wird empfohlen, keine gesetzlichen Vorgaben zur Ausbildungsunterbrechung zu machen. Die Vorgaben für Umfang und Inhalte einzelner Ausbildungsbausteine sind in jedem Fall nachzuweisen.

Den Ausbildungsstätten sollte dadurch im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf Regelungsfreiheit ermöglicht werden.

Staatliche Prüfungen

- Die Erstellung von derzeit sechs Falldokumentationen, wovon zwei als inhaltliche Grundlage der mündlichen Einzelprüfung dienen, soll auf drei prüfungsrelevante Falldokumentationen reduziert bzw. geändert werden.

Hintergrund dieser Empfehlung ist, dass die bisher vier nicht prüfungsrelevanten Fälle nicht bewertet wurden, sie müssen von der Ausbildungsstätte lediglich „angenommen“ werden. Die Ausarbeitung der vier weiteren, nicht prüfungsrelevanten Falldokumentationen bereitet den TeilnehmerInnen sehr viel Arbeit, die keine weitere Relevanz hat. Da die Fälle der Praktischen Ausbildung in der Ambulanz ohnehin schriftlich zu beantragen und zu dokumentieren sind (auch in Form von Epikrisen) und alle Ambulanzfälle sowieso nach entsprechenden Leitfäden zu dokumentieren sind, sollte sich eine weitere diesbezügliche zeitintensive Arbeit gerade in der Zeit der Prüfungsvorbereitung vermeiden lassen.

Tabelle G 6-1 fasst diese Empfehlungen bezüglich des Umfangs einzelner Ausbildungsbausteine und im Vergleich zu den bisherigen Regelungen noch einmal zusammen. Es ergibt sich ein Ausbildungsumfang von insgesamt 3400 Stunden. Dieser sollte sich weiterhin auf 3 Jahre Vollzeit- bzw. 5 Jahre Teilzeitausbildung verteilen.

Diese zeitliche Empfehlung ist darin begründet, dass bisher eine Reihe von für den Abschluss der Ausbildung notwendigen Leistungen nicht explizit als Ausbildungsbestandteile berücksichtigt wurden (z. B. Vor- und Nachbereitung von Praktischer Tätigkeit und Praktischer Ausbildung, Antragsverfahren bei der Praktischen Ausbildung, Literaturstudium, Prüfungsvorbereitung etc.).

Tabelle G 6-1: Vergleich des Umfangs der Ausbildungsbausteine aktuell und in der Gutachterempfehlung (jeweils [Mindest-]Stundenzahlen)

Baustein	Aktuell	Empfehlungen
Theoretischer Unterricht	600	600
Selbsterfahrung	120	150
		Gruppe höchstens 100 Einzel mindestens: 50
Praktische Tätigkeit	1800 (1200 und 600)	1200
Praktische Ausbildung	600	800 (600)
Supervision	150	150
	Gruppe höchstens 100 Einzel mindestens 50	Gruppe höchstens 125 Einzel mindestens 25
Für die Prüfung zu dokumentierende Behandlungsfälle	6	3
Freie Verfügung	930	500
GESAMT	4.200	3.400

H. Zusammenfassung

Das Forschungsgutachten zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) soll eine umfassende Aufarbeitung der Ausbildungslandschaft in der Psychotherapie unterbreiten. Es soll sowohl die Erfahrungen der Ausbildungsstätten, der Lehrenden wie der AusbildungsteilnehmerInnen darstellen und dabei auch auf die Unterschiedlichkeiten in den Berufen des/r Psychologischen Psychotherapeuten/in und des/r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in eingehen.

Im Gutachtenauftrag durch das BMG sind eine ganze Reihe spezifischer Fragen genannt, die im Gutachten auf der Basis einer Analyse der Ausbildungslandschaft zu beantworten waren.

Diese Fragen beziehen sich auf folgende Themenkomplexe:

- Ausbildungsstätten
- Verfahren
- Dauer der Ausbildung
- Bestandteile der Ausbildung (i.e. Praktische Tätigkeit, theoretische Ausbildung, praktische Ausbildung und Supervision, Selbsterfahrung)
- Staatliche Prüfung
- Ausbildungskosten
- Zugang zur Ausbildung und
- Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland

Außerdem sollte das Gutachten Stellungnahmen enthalten *zu folgenden Themen:*

- Zugangsvoraussetzungen/Direktausbildung
- Verfahrenorientierung
- Neudefinierung des Begriffs der „Heilkundlichen Psychotherapie“
- Einbindung der bestehenden Strukturen in Aus- und Weiterbildung
- Kostenregelungen
- Medizinerorientierung

Zusätzlich zu den vorgegebenen Fragen und Diskussionsthemen enthält das Gutachten auch weitergehende Empfehlungen für die konkrete Verbesserung der Ausbildung und ihrer Bausteine.

Im Rahmen des Gutachtens wurden neben einer ausführlichen Literaturanalyse und einer Inhaltsanalyse der Studiengänge der potentiellen Zugangsberufe für PP und KJP diverse schriftliche (Papier und online) Befragungen durchgeführt. Diese richteten sich auf Stichproben von Studierenden, AusbildungsteilnehmerInnen, AbsolventInnen der Ausbildungen zum PP und KJP, Lehrkräfte und Leitungen der Ausbildungsstätten, RepräsentantInnen jener Praxisstätten, in denen AusbildungsteilnehmerInnen ihre Praktische Tätigkeit ausüben. Befragt wurden auch die staatlichen Aufsichtsbehörden. Im Rahmen einer Delphibefragung von ExpertInnen wurden weitere Informationen gesammelt. Der Stand der Psychotherapie(-ausbildung) in anderen EU-Ländern wurde über eine schriftliche Erhebung internationaler ExpertInnen vorgenommen.

- Es gelang, VertreterInnen aller Aufsichtsbehörden der Bundesländer zu den Zugängen zur Ausbildung, der Gestaltung der Ausbildungsbausteine, zur Durchführung der Prüfungen etc. zu befragen.
- Als potentielle AusbildungsteilnehmerInnen wurde eine Stichprobe von 480 Studierenden der Psychologie aus 7 verschiedenen Universitäten befragt.
- Aktuell in Ausbildung befindliche Personen (N=3223),

- AbsolventInnen der letzten Jahre (N=666),
- Lehrkräfte, die in der Vermittlung von Theorie, als SupervisorInnen, SelbsterfahrungsleiterInnen und PrüferInnen tätig sind (N=2196), sowie
- VertreterInnen der Praxisstätten (N=89 Lehrpraxen und N=183 Kliniken) konnten zu vielfältigen inhaltlichen und organisatorischen Aspekten der Ausbildung befragt werden.
- Über zwei Befragungen der Ausbildungsstätten bzw. deren Leitungen wurde das Bild der aktuellen Ausbildungslandschaft komplettiert.
- Im Rahmen der Delphibefragung wurden über 100 psychotherapeutische und einige ausgewählte medizinische Fachverbände, Kammern und Organisationen kontaktiert, von denen 66 am ersten, 59 am zweiten Durchgang teilnahmen. Für die Übersicht der Situation der Psychotherapie in Europa konnten Angaben aus 23 europäischen Ländern (davon 21 in der EU) herangezogen werden.

Die Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin und zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in geschieht derzeit an mindestens 173 staatlichen/staatlich anerkannten Ausbildungsstätten. Die Ausbildung in einem psychodynamischen Vertiefungsverfahren findet an 52% der Ausbildungsstätten statt, die verhaltenstherapeutische Ausbildung an 42% der Ausbildungsstätten. Die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie ist nur an zwei Ausbildungsstätten möglich. Unter den TeilnehmerInnen der Ausbildung gibt es aktuell ein starkes Übergewicht der VT-Ausbildung. Die PP-Ausbildung findet an etwas mehr als doppelt so vielen Ausbildungsstätten statt wie die KJP-Ausbildung. Universitäre bzw. universitär angebundene Institute machen 18% aller Ausbildungsstätten aus und unterscheiden sich nur gering von Ausbildungsstätten außerhalb von Hochschulen. Die aktuellen und ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen äußerten sich mittel zufrieden mit den einzelnen Aspekten der Ausbildung, wobei es gewisse Unterschiede in Abhängigkeit vom Verfahren und dem Ausbildungsbereich (PP vs. KJP) gibt.

Zwar werden in der Forschung und der Profession mehrere Szenarien für Alternativen zur verfahrensorientierten Ausbildung diskutiert (z. B. störungsorientierte oder wirkfaktorenorientierte Ansätze), die Befragungen im Rahmen des Gutachtens, die zu diesem Thema durchgeführt wurden und die Diskussionen in diesem Kontext weisen klar darauf hin, dass die verfahrensbasierte Ausbildung weitgehend als sinnvoll erachtet wird. Auch im europäischen Ausland gibt es keine eindeutigen Trends zu einer verfahrensunabhängigen Ausbildung. Die Befragungen zeigten einerseits, dass speziell nach dem Willen der Lehrkräfte die Verfahrenorientierung evtl. sogar noch vertiefter gelehrt werden sollte, dass aber gleichzeitig auch Aspekte anderer Verfahren als das Schwerpunktverfahren und störungsspezifisches Wissen mehr in die Ausbildung integriert werden sollten. Die Wahl des Verfahrens wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Hierzu gehören sowohl finanzielle Gründe, wie auch die Tatsache, dass in den universitären Studiengängen überwiegend verhaltenstherapeutische Ansätze vermittelt werden, andere Verfahren kaum eine Rolle spielen.

Bezüglich der Ausbildungsdauer sind sowohl das Vollzeit- als auch Teilzeitmodell für die Ausbildung in der Ausbildungslandschaft gut angenommen worden: Die Hälfte der Institute bietet nur Teilzeit-, etwa 1/4 nur Vollzeit und die übrigen beide Zeitstrukturen für die Ausbildung an. Die AbsolventInnen verteilen sich zu etwa gleichen Teilen auf die Vollzeit- und die Teilzeitausbildung. In der PP und in der VT-Ausbildung wird das Vollzeitmodell deutlich häufiger genutzt. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der AbsolventInnen gab an, länger für die Ausbildung gebraucht zu haben. Die Spanne der Ausbildungsdauer lag zwischen 2 Jahren und 9 Monaten und 8 Jahren und 4 Monaten bei im Mittel 4 Jahren und 7 Monaten. Gründe für die Ausdehnung der Ausbildungsdauer waren für jeweils ein Viertel der AbsolventInnen finanzielle Probleme und berufliche Verpflichtungen sowie für ein Achtel der Befragten familiäre Gründe.

Die Bestandteile der Ausbildung wurden sehr intensiv evaluiert und bewertet. Die Zufriedenheit mit einzelnen Ausbildungsbestandteilen ist sehr unterschiedlich. Positiv bewertet werden die Praktische Ausbildung, die Supervision, Theoretischer Unterricht und die Selbsterfahrung, negativer bewertet werden eher die Praktische Tätigkeit und die sog. „Freie Spitze“ (freie Verfügungsstunden).

Übereinstimmend wird von den Verantwortlichen und zahlreichen ExpertInnen angeregt, vor allem während der Praktischen Tätigkeit (PT) eine einheitliche Vergütung der AusbildungsteilnehmerInnen einzuführen. Darüber hinaus wird eine differenzierte Festlegung von Lernzielen und Aufgaben während der PT angeregt. Es wird außerdem gefordert, dass die AusbildungsteilnehmerInnen einen klaren Status und eine angemessene Bezeichnung ihrer Funktion erhalten. Sowohl die Vergütung als auch die Qualität der Betreuung und die von den in PT befindlichen AusbildungsteilnehmerInnen geforderten Arbeitsleistungen erscheinen nach den Ergebnissen extrem heterogen und variabel. Entsprechend gibt es eine ganze Reihe von Verbesserungsvorschlägen für die PT.

Bezüglich des Theoretischen Unterrichts zielen die Vorschläge zum einen auf eine Vermeidung von inhaltlichen Redundanzen zwischen Studium und Ausbildung sowie auf eine mehr praxisorientierte und verfahrensübergreifende aber an einem Schwerpunktverfahren orientierte Theorieausbildung.

Die Praktische Ausbildung unter Supervision wird naturgemäß als der wichtigste Bestandteil der Ausbildung bewertet und als recht gut eingeschätzt. Speziell AusbildungsteilnehmerInnen aus der VT wünschen mehr Einzelsupervision, wahrscheinlich auch als Ersatz für die im Rahmen der VT-Ausbildung eher unübliche Einzelselbsterfahrung. Ein diskussionswürdiges Thema ist nach unseren Erhebungen die Qualität der Supervision bzw. die Qualifikationen und Weiterbildungsmöglichkeiten der SupervisorInnen.

Die Selbsterfahrung wurde ebenfalls recht positiv bewertet. Diesbezüglich erfolgten als Verbesserungsvorschläge die Anregung einer Erhöhung des Umfangs der Selbsterfahrung insgesamt und eines vermehrten Einbezugs von Einzelselbsterfahrung (in der VT-Ausbildung).

Die staatlichen Prüfungen haben sich nach Meinung aller an der Ausbildung beteiligten Gruppierungen überwiegend bewährt. An der schriftlichen Prüfung wird teilweise der Zeitpunkt, insbesondere aber auch die inhaltliche Ausrichtung der Fragen und des Gegenstandskataloges, kritisiert. Bisher spiegeln die Prüfungsergebnisse Unterschiede in den Zugangsvoraussetzungen für PP und KJP wider.

Von vielen TeilnehmerInnen und Institutsleitungen konnten keine hinreichenden Angaben zur Abschätzung der Kosten gemacht werden. Insgesamt werden die Gesamtkosten für die Ausbildung im Mittel zwischen 20.000 und 30.000 Euro (bei sehr hoher Varianz) angegeben. Bezogen auf die Vollzeitausbildung entspricht dies monatlichen Kosten von im Mittel 560 bis 830 Euro und bezogen auf die Teilzeitausbildung von im Mittel monatlich 330 bis 500 Euro. Kostengründe spielen eine große Rolle, und zwar sowohl für die Entscheidung zur Vollzeit- und die Teilzeitausbildung als auch für die Wahl eines Verfahrens. Tendenziell führt die Finanznot eher in die Teilzeitausbildung, wo die Kosten über einen längeren Zeitraum gestreckt werden. Indirekt spielen finanzielle Gründe auch beim großen Gewicht der beruflichen Tätigkeit während der Ausbildungszeit eine Rolle.

Mit der Reform der Studiengänge werden die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sehr viel variabler. Tatsächlich herrscht sowohl in den bisherigen Diplomstudiengängen als auch in der Gestaltung der neuen Bachelor-/Masterstudiengänge eine große Vielfalt. In einigen Befragungen gab es basierend auf dieser Vielfalt deutliche Forderungen nach einer Revision der Zugangsvoraussetzungen. Der größte Änderungsbedarf wird im Bereich des Zugangs zur KJP-Ausbildung gesehen.

Entsprechend kommen die GutachterInnen in ihren Bewertungen zu dem Schluss, dass die Zugangsvoraussetzungen sowohl bezüglich des Studienabschlusses (Masterabschluss als Voraussetzung) als auch (und vor allem) bezüglich nachgewiesener Inhalte vereinheitlicht werden sollten. Diese Zulassungsvoraussetzungen sollen für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und mit Erwachsenen gleich sein. Es wird ein Vorschlag unterbreitet, wonach aus den zusammen 300 ECTS umfassenden Bachelor- und Masterstudium insgesamt mindestens 150 ECTS-Punkte nachzuweisen sind, die sich auf allgemein-psychologische und klinisch-psychologische Inhalte beziehen. Bis zu 35 Punkte könnten ggf. in einem „Propädeutikum“ vor der Ausbildung nachgeholt werden. Diese Zulassungsbedingungen sollten künftig Masterabschlüsse mit relevanten Inhalten in den Studiengängen Psychologie, Soziale Arbeit und (Heil-)pädagogik und ggf. wenigen weiteren umfassen.

Nach einer sorgfältigen Prüfung verschiedener Ausbildungsmodelle (inklusive einer sog. „Direkt-ausbildung“) kommt das Gutachten zu dem Schluss, dass wie bisher – wenn auch modifiziert – an einer „Ausbildung nach der Ausbildung“ festgehalten werden sollte. Im Vergleich zur bisherigen Situation könnten allgemeine theoretische Unterrichtsinhalte vermehrt in die grundständigen Studiengänge integriert werden. Die Praktische Ausbildung und die Vermittlung vertiefender (auch verfahrensübergreifender bzw. für andere Verfahren spezifischer) theoretischer Inhalte sollten weiterhin im Rahmen einer postgradualen Ausbildung vermittelt werden. Eine evtl. Verkürzung dieser Ausbildung wäre zu prüfen. Als Perspektive für die Weiterentwicklung der Psychotherapieausbildung zu einem integrierten Ausbildungsgang („Direktausbildung“) sollten Modellausbildungsgänge (Master in Psychotherapie mit anschließender Weiterbildung) mit der Auflage einer systematischen Evaluation ermöglicht werden.

Im Hinblick auf die Differenzierung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Behandlung von Erwachsenen wird ein Modell vorgeschlagen, in dem Inhalte, welche für beide Ausbildungsgänge relevant sind und als Basiswissen angesehen werden, in einem „Common Trunk“ unterrichtet werden können. Diesem „Common Trunk“ sollten dann spezifische Ausbildungen folgen. Durch eine entsprechende Verlängerung der Ausbildungszeit könnte in einem solchen Modell von allen AusbildungsteilnehmerInnen die Doppelapprobation erworben werden. Mit dieser Lösung würden künftig Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit „Schwerpunkt Erwachsene“ oder mit „Schwerpunkt Kinder- und Jugendliche“ gleichberechtigt ausgebildet.

Bei der Frage nach der Ausrichtung der Ausbildung (Störungsspezifität vs. Verfahrenorientierung) schlägt das Gutachten ein Ausbildungsmodell vor, welches theoriebasiert und störungsübergreifend an einem Schwerpunktverfahren bzw. Vertiefungsverfahren ausgerichtet ist. Wirkungsvolle Konzepte und Methoden anderer Vertiefungsverfahren sollten in ausreichender Form vermittelt werden. Die Ausbildung sollte evidenzbasiert sein und zur Integration von Forschungsergebnissen in die klinisch-praktische Tätigkeit befähigen. Sie sollte ferner vermitteln, dass professionelle Kompetenz einer ständigen Weiterentwicklung der eigenen Theorien und Behandlungstechniken bedarf. Die Identifikation mit einer „forschenden Grundhaltung“ und einer produktiven Skepsis/inneren Autonomie auch gegenüber den Grundannahmen des eigenen Therapieverfahrens sollte für alle PsychotherapeutInnen während der Ausbildung entwickelt und gestützt werden.

Das Gutachten empfiehlt in Anlehnung an aktuelle wissenschaftliche Diskurse in der Psychotherapie die Definition heilkundlicher Psychotherapie auch auf Psychotherapiemethoden (i. S. der Definition des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie) auszuweiten.

Bezüglich der Ausbildungskosten wird auf die hohen Belastungen der AusbildungsteilnehmerInnen (auch mit Hilfe von Modellrechnungen) hingewiesen. Eine staatliche Förderung der Ausbildung (BAföG) erfolgt bei weniger als 1% der AusbildungsteilnehmerInnen. Eine Verbesserung der finanziellen Situation der AusbildungsteilnehmerInnen könnte im Rahmen des bisherigen Ausbildungsmodells durch eine verbesserte staatliche Ausbildungsförderung erzielt werden. Dafür sind verschiedene Finanzierungsmodelle denkbar, die im Gutachten beschrieben werden (BAföG-Modelle, Darlehensmodell und Institutionsförderung) und die auch eine Vergütungsregelung für die Praktische Tätigkeit anregen.

Die Gutachtergruppe schlägt im Hinblick auf die Frage einer möglichen Medizinorientierung der Ausbildung zusammengefasst vor, die Kompetenzen von PsychotherapeutInnen nicht im Hinblick auf die Medikamentenverschreibung und ebenso nicht auf die Initiierung einer Zwangseinweisung (Einweisung nach PsychKG) zu erweitern.

Bei entsprechender Integration von darauf bezogenen Ausbildungsinhalten oder entsprechenden Fort- und Weiterbildungsprogrammen befürworten die Gutachter dagegen eine (optionale) Kompetenzerweiterung bezüglich der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbeschreibungen durch die künftigen PsychotherapeutInnen, auf die Befugnis, zu (Fach-)ÄrztInnen zu überweisen sowie „reguläre“ Verordnungen von stationärer Heilbehandlung (in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken) zu veranlassen. Sinnvoll erscheint auch die Berechtigung zur Verschreibung psychotherapiespezifischer Heil- und Hilfsmittel, die bereits heute ärztlicherseits verschrieben werden können. Generell wird angeregt, im Rahmen der Ausbildung die Zusammenarbeit mit

ÄrztInnen und anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem zu verbessern und die Kenntnisse bezüglich der Frage zu vertiefen, wann eine intensivere Zusammenarbeit mit ÄrztInnen nötig ist.

Abschließend unterbreitet das Gutachten spezifische Vorschläge für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der künftigen Ausbildung einschließlich einer Verkürzung der Gesamtstundenzahl von derzeit 4200 auf 3400 Stunden. Dies ist zu erreichen durch eine Reduktion der Stundenzahl der Praktischen Tätigkeit auf insgesamt 1200 Stunden (und einer sehr viel stringenteren Organisation der PT inklusive einer Spezifikation ihrer Inhalte) sowie durch eine deutliche Reduktion der freien Verfügungsstunden. Die Anteile der Supervision und der Selbsterfahrung (und partiell auch der Praktischen Ausbildung) sollten dagegen etwas ausgeweitet werden. Supervision und Selbsterfahrung sollten sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting angeboten werden. Weitere Vorschläge beziehen sich auf die Ausgestaltung von Ausbildungsteilen, die Anrechnung von Ausbildungsinhalten und die Möglichkeit der Ausbildungsunterbrechung.

I. Schlussbemerkung: Voilà

19 Monate nach der Bewerbung um das Forschungsgutachten übergeben die Autorinnen und Autoren dem Auftraggeber das umfangreiche Gutachten.

Die mit der Abfassung des Gutachtens verbundenen Forschungs- und Integrationsarbeiten waren viel aufwändiger und zeitintensiver als wir es anfangs erwartet hatten. Alle beteiligten Gutachterinnen und Gutachter und ihre MitarbeiterInnen waren bereit, viel Energie und Ressourcen einzusetzen, um letztendlich ein Gutachten dieses Umfangs und dieser Qualität vorlegen zu können.

Bereits die Ausschreibung des Gutachtens hat in der Fachwelt zu Befürchtungen und Irritationen geführt. Einige hofften, dass nun alles anders werden sollte, andere begannen unverzüglich, den Besitzstand zu verteidigen. Vielfach gab es aber auch Hoffnungen, dass die tatsächlich vorliegenden Probleme im Kontext des Psychotherapeutengesetzes in der Folge des Forschungsgutachtens beseitigt und Innovationen möglich werden könnten.

Neben sehr kooperativen Unterstützungsangeboten gab es durchaus latente und manifeste Einflussnahmen. In der Phase der Datenerhebung konnten wir mehrere Versuche identifizieren, das Antwortverhalten einzelner Teilgruppen entlang lobbyistischer Interessen zu beeinflussen. Nach klaren Abgrenzungen und dem Versuch unsererseits, den Begutachtungsprozess öffentlich transparent darzustellen, begann eine Zeit sehr guter Zusammenarbeit. Diese fand ihren Höhepunkt am 28. Januar 2009 auf dem von uns veranstalteten Panel in Berlin, als in äußerst positiv wertschätzender Atmosphäre weit mehr als 50 VerbandsvertreterInnen ihre wohl formulierten Statements zu den Gutachtenthemen abgaben (diese sind im Begleitband dokumentiert).

Innerhalb der Gutachtergruppe wurden zahlreiche Themen sehr kontrovers, aber immer konstruktiv diskutiert. Letztlich ist es gelungen, die Standespositionen und „konfessionellen“ Interessen dem Ziel unterzuordnen, substantielle Verbesserungsempfehlungen für die zukünftige psychotherapeutische Ausbildung zu entwickeln und damit auch einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen zu leisten.

Mit unseren Empfehlungen haben wir uns auch an einer realisierbaren politischen und fachlichen Umsetzung orientiert und mussten daher einzelne Idealvorstellungen, die innerhalb und außerhalb unserer Gruppe diskutiert wurden, bei unseren gutachterlichen Vorschlägen letztlich verwerfen und unberücksichtigt lassen. Wir hoffen, damit zu einer konkreten Umsetzung von Reformen beigetragen zu haben.

Für die Möglichkeit, nicht nur berufliche sondern zwischenzeitlich auch private Belange in der arbeitsintensiven Zeit zurückstellen zu können, danken wir unseren PartnerInnen und Familien.

Literatur

- Bayer, J., Belz, M. & Bengel, J. (2009). Ausbildungszufriedenheit und Expertiseentwicklung als Aspekte des Qualitätsmanagements in der Psychotherapieausbildung. Befragung von Auszubildenden an einem Ausbildungsinstitut. *Der Psychotherapeut*. (eingereicht).
- Berger, U. & Schlußner, C. (2003). Hängen Ergebnisse einer Lehrveranstaltungs-Evaluation von der Häufigkeit des Vorlesungsbesuches ab? *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 17 (2), 125-131.
- Berger, U., Schlußner, C. & Strauß, B. (2003). Umfassende Lehrevaluation in der Medizin – eine Aufgabe für die psychosozialen Fächer? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53 (2), 71-78.
- Böhm, B., Liebhardt, H. & Fegert, J.M. (2008). *Deutsches Ärzteblatt*; 105 (21), A1153-1154.
- Borg-Laufs, M. (2005). Prozessqualität der Ausbildung in Psychotherapie/Verhaltenstherapie und ihre Sicherung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 383-403). Hogrefe: Göttingen.
- Borg-Laufs, M. (2003). Vier Thesen zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35, 29-36.
- Broeck, van N. & Lietaer, G. (2008). Psychology and Psychotherapy in Health Care. A Review of Legal Regulations in 17 European Countries. *European Psychologist*, 13 (1), 53–63.
- Busche, W., Mösko, M., Klinche, T. & Koch, U. (2006). Die „Praktische Tätigkeit“ in der psychotherapeutischen Ausbildung. *Beitrag auf dem DGVT Kongress in Berlin Mai 2006*.
- Busche, W., Mösko, M., Kliche, T., Zander, K. & Koch, U. (2006). Die „Praktische Tätigkeit“ in der psychotherapeutischen Ausbildung. Eine Akteurs- und Betroffenenbefragung zur Struktur- und Prozessqualität und zur Lage der PiA in diesem Ausbildungsabschnitt. *ReportPsychologie*, 9, 390-401.
- Canadian Association of Social Workers (2007). *CASW presents the social work profession*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www.casw-acts.ca/>
- Canadian Psychiatric Association (2007b). *What do psychiatrists do?* Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www.cpa-apc.org/browse/documents/17>
- Canadian Psychiatric Association (2007c). *What are the qualifications of a psychiatrist?* Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www.cpa-apc.org/browse/documents/176>
- Canadian Psychiatric Association (2007a). *Shared Mental Health Care*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter http://ww1.cpaapc.org:8080/Publications/CPJ/supplements/april2002_sharedCare/chapter1.asp
- Canadian Psychological Association (2007a). *Psychology quick facts*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www.cpa.ca/cpsite/userfiles/Documents/QFacts.pdf>
- Canadian Psychological Association (2007b). *Provincial and territorial licensing requirements*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www.cpa.ca/psychologyincanada/psychologyintheprovincesandterritories/provincialandterritoriallicensingrequirements/>
- Caspar, F. (2006). Forschungsdesigns in der Psychotherapieforschung: Die Diskussion um randomisierte klinische Studien. In A. Brüggemann & R. Bromme (Hrsg.), *Entwicklung und*

- Bewertung von anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie.* Berlin: Akademie-Verlag.
- Caspar, F. (2009) Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1 (S. 214-225). Heidelberg: Springer.
- DGPs (2005). *Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) zur Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Psychologie an den Universitäten (Revision)*. Zugriff am 30. Juni 2005 unter http://www.dgps.de/_download/2005/-BMEmpfehlungDGPs-rev.pdf
- DGPs (2008). *Empfehlungen für die Einrichtung von Masterstudiengängen. Zugangsvoraussetzungen für die postgraduale Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten*. Zugriff am 10. September 2008 unter http://www.dgps.de/fg_rundmail/AktuelleMitteilungenNo12.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE) (Hrsg.) (2008). *Kerncurriculum Erziehungswissenschaft Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)* Reihe: Erziehungswissenschaft. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft. Sonderband. Leverkusen: Barbara Budrich.
- DGS (2005). *Kerncurriculum Soziale Arbeit / Sozialarbeitswissenschaft für Bachelor- und Masterstudiengänge in Sozialer Arbeit*. Zugriff am 10. Oktober 2008 unter <http://www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de/pdf/Kerncurriculum.pdf>
- DGPPN (2008). Empfehlungen der DGPPN an Chefärzte psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken zur Gestaltung der praktischen Tätigkeit während der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. *Nervenarzt*, 78 (5), 632-634.
- Dresenkamp, A. & Jäger, R. (2007). Fragebogen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapieausbildung (QuaSiP) – Eine Methode zur Einbeziehung der AusbildungsteilnehmerInnen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 39, 145-160.
- Eichenberg, C., Müller, K. & Fischer, G. (2007). Die Motivation zur Berufswahl Psychotherapeut/in: Ein Vergleich zwischen Schülern, Studierenden und (angehenden) Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin* 5 (2), 83-97.
- Fliegel, S. & Ruggaber, G. (2003). Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT). *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35, 173-186.
- Farber, B.A., Manevich, I., Metzger, J. & Saypol, E. (2005). „Choosing psychotherapy as a career: Why did we cross that road?“ *Journal of Clinical Psychology*, 61 (8), 1009-1031.
- Freyberger, H.J. (2006). Psychotherapeutische Versorgung. *Die Psychiatrie*, 3, 145-149.
- Gahleitner, S.B. & Borg-Laufs, M. (2007). „Wer wird Kinder- und JugendlichentherapeutIn nach der Bologna-Reform? Perspektiven der Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik.“ *Psychotherapeutenjournal*, 2, 108-117.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Groeger, W. M. (2006). Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudienreform. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 340-352.

- Herpertz, S., Caspar, F. & Mundt, Ch. (Hrsg.) (2007). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Elsevier.
- Hessisches Sozialministerium (HSM) & Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) (März, 2007). *Evaluierung der Psychotherapieausbildung in Hessen. Projektvortrag*. Frankfurt.
- Hohagen, F. (2009). Pro und Kontra Psychiatriejahr. Beitrag für die Rubrik Pro und Kontra in der Zeitschrift *Verhaltenstherapie*, 2.
- Hölzel, H.H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 232-237.
- HRDC (2007a). NOC 2006 update: *Community and social service workers 4152*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www23.hrdc-drhc.gc.ca/2001/e/groups/4212.shtml>
- HRDC (2007b). NOC 2006 update: *Educational counsellors 4143*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www23.hrdc-drhc.gc.ca/2001/e/groups/4143.shtml>
- HRDC (2007c). NOC 2006 update: *Family, marriage and other related counsellors 4153*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www23.hrdc-drhc.gc.ca/2001/e/groups/4153.shtml>
- HRDC (2007d). NOC 2006 update: *Psychologists 4151*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www23.hrdc-drhc.gc.ca/2001/e/groups/4151.shtml>
- HRDC (2007e). NOC 2006 update: *Social workers 4152*. Informationen vom 16. Dezember 2007 unter <http://www23.hrdc-drhc.gc.ca/2001/e/groups/4152.shtml>
- Ihle, W. (Juni, 2008). *Zugangsvoraussetzungen zur KJPAusbildung aus inhaltlicher, wissenschaftlicher und versorgungspolitischer Sicht. Vortrag gehalten auf dem Symposium der BPTK zur Zukunft der Psychotherapieausbildung: "Qualifikation von Psychotherapeuten: Lernziele des Hochschulstudiums"* in Berlin.
- Jürgens, A. (2003). Bericht zur aktuellen Ausbildungssituation. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35, 43-46.
- Keen, A.J.A. & Freeston, M.H. (2008). Assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 60-64.
- Kingreen, T. (2009). *Der rechtliche Rahmen für eine Reform der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie*. Rechtsgutachten für die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung. Zugriff am 01. April 2009 unter http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-dateiownload/Veranstaltungen/-KingreenGutachtenPsychotherapieausbildung2009_Maerz
- Kommer, D. (2005). Rechtliche Rahmenbedingungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Kritische Bestandsaufnahme und Lösungsvorschläge für die Zukunft. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 133-150). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G., Hank, P., Saile, H. & Wiland-Heil, K. (2005). Evaluationsbericht zur Psychotherapie-Weiterbildung im SS 2004 und WS 2004/2005. Weiterbildungsstudiengang Psychologische Psychotherapie im Fach Psychologie an der Universität Trier. *Trierer Psychologische Bericht*, 32, Heft 1.

- Kröner-Herwig, B., Fydrich, T. & Tuschen-Caffier, B. (2001). Ausbildung für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ergebnisse einer Umfrage. *Verhaltenstherapie*, 11, 137-142.
- Kryspin-Exner, I. (2004). Wien, Freud und die Globalisierung: Folgerungen für die rechtliche Regelung von Psychologie und Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 3, 631-648.
- Kultusministerkonferenz, 1999 *Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Studiengang Heilpädagogik an Fachhochschulen beschlossen von der Konferenz der Rektoren und Präsidenten der Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland am 08. November 1999 und von der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland am 17. März 2000*. Zugriff am 01. Oktober 2008 unter http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2000/2000_03_17-RO-Heilpaedagogik-FH.pdf
- Ladany, N., Walker, J.A., Pate-Carolan, L.M. & Evans, L.G. (2008). *Practicing counseling and psychotherapy: Insights from trainees, supervisors, and clients*. New York: Routledge Press.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J.C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (S. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 139-193). New York: Wiley.
- LeVine, E.S. (2007). Experiences from the Frontline: Prescribing in New Mexico. *Psychological Services*, 4 (1), 59-71.
- Lindel, B. & Sellin, I. (2007). *Survivalguide PiA – die Psychotherapie-Ausbildung meistern*. Heidelberg: Springer.
- Linden, M. (2007). Ist die Bezeichnung „Verhaltenstherapie“ noch zeitgemäß? *Verhaltenstherapie*, 17, 149-51.
- Mace, C., Rowland, N., Evans, C., Schroder, T., Halstead, J. & Aldridge, S. (im Druck). Psychotherapy professionals in the UK: expansion and experiment *European Journal of Psychotherapy and Counselling*.
- Merod, R. (2001). Derzeitige Situation und mögliche zukünftige Qualitätskriterien in der Verhaltenstherapie-Ausbildung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 33, 123-138.
- Murphy, R.A. & Halgin, R.P. (1995). Influences on the Career choice of Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26 (4), 422-426.
- Nadolny, H. (Dezember, 2008). Implikationen für verschiedene Versorgungssettings. Niedergelassene Psychotherapeuten: *Beratender Fachausschuss Psychotherapie der KBV (PP-KJP-Bank)*. Vortrag gehalten auf dem Symposium der BPtK zur Zukunft der Psychotherapieausbildung: „Wie viel Ausbildung für die Approbation?“, Berlin.
- Norcross, J.C., Castle, P.C., Sayette, M.A. & Tracy J. Mayne, T.J (2004). The PsyD: Heterogeneity in Practitioner Training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 4, 412-419.
- Orlinsky, D.E & Ronnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and development*. Washington D.C.: American Psychological Association Press.

- Pincus, H.A., Zarin, D.A., Tanielian, T.L., Johnson, J.L., West, J.C., Pettis, A.R. et al. (1999). Psychiatric Patients and Treatments in 1997: Findings from the American Psychiatric Practice Research Network. *Archives of General Psychiatry*, 56, 441-449.
- Priebe, S. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59, 570-573.
- Pritz, A. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Wien: Faculats.
- PsychThG (1998). Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) vom 16. 6. 1998, *BGBI.I*, S. 1311.
- PsychTh-APrV (1998). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) vom 18.12.1998, *BGBI. I*, S. 3749.
- KJPsychTh-APrV (1998). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) vom 18.12.1998, *BGBI. I* S. 3761.
- Rief, W. (2009). Pro und Kontra Psychiatriejahr. Beitrag für die Rubrik Pro und Kontra in der Zeitschrift *Verhaltenstherapie*, 2.
- Rønnestad, M.H. & Orlinsky, D.E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. *Psychotherapeut*, 51, 271–275.
- Ruggaber, G. (2003). Drei Jahre Psychotherapieausbildung nach dem PsychThG – eine Zwischenbilanz. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35, 37-42.
- Ruggaber, G. (2005). Psychotherapieausbildung in Deutschland fünf Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*“ (S. 429-438). Hogrefe: Göttingen.
- Ruggaber, G. (2008). Ausbildungsstrukturen auf dem Prüfstand. Aktuelle Situation und Perspektiven. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 40. Jg. (1), 87-97.
- Ruggaber, G. & Fliegel, S. (2006). Was macht AusbildungsteilnehmerInnen zufrieden? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38, 741-745.
- Ruggaber, G., Kuhr, A., Dresenkamp, A. & Adam, R. (2005). Qualität in der Psychotherapieausbildung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 37, 327-333.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M. et al. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone.
- Scherer, U., Mayer, K. & Neuser, J. (2005). Die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz: Ergebnisse und Analysen. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 212-221.
- Schmitz, C. (2008). *LimeSurvey (Version 1.71+ (5535))*. Open Source Computer Software. Hamburg.
- Schröder, A. (2004). Die Psychotherapieausbildung in einem vereinten Europa – zum Stand der Dinge. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 3, 631-648.
- Stellpflug, M. (Dezember, 2008). *Juristische Implikationen*. Vortrag gehalten beim 4. BPTK-Workshop zur Zukunft der Psychotherapieausbildung in Berlin.
- Unith e.V. Qualitätssicherungsnetzwerk (2007). *Ausbildung Psychotherapie: Fragebogen zur Ausbildungszufriedenheit (FAZ)*. Unveröffentlichter Fragebogen, Berlin.

- VAKJP (2009). *Erfordernis des Masters als einheitliche Zugangsvoraussetzung*. Zugriff am 27. Februar 2009 unter: <http://www.vakjp.de/download/pdf/ausbildung/2009-01-12%20VAKJP%20zur%20Masterdiskussion.pdf>
- Vogel, H. & Schieweck, R. (2005a). Ergebnisqualität in der Psychotherapieausbildung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 404-425). Göttingen: Hogrefe.
- Vogel, H. & Schieweck, R. (2005b). Qualität in der Psychotherapieausbildung. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 353-361). Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Version 2.6.1. vom 26.03.2009*. Zugriff am 30.03.2009 unter <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78>
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2007). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Version 2.6 vom 21.11.2007*. Zugriff am 10. Februar 2009 unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78>
- Zuvekas, S.H. & Meyerhofer, C.D. (2006). Coverage for mental health treatment: do the gaps still persist? *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 155-163.
- Vogel, J. (2006). Developing Psychoanalytic Practice and Training (DPPT): Warum entscheiden sich Studierende der Medizin und der klinischen Psychologie in Deutschland für oder gegen eine psychoanalytische Ausbildung? In: *DPV Informationen Nr. 40*, S. 53-55.
- Zwerenz, R., Barthel, Y., Leuzinger-Bohleber, M., Gieler, U., Rudolf, G., Schwarz, R., Vogel, J. & Beutel, M.E. (2007). Einstellungen von Medizinstudenten zu psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und Weiterbildungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53 (3), 258-272.
- Zwerenz, R., Barthel, Y., Leuzinger-Bohleber, M., Schwarz, R., Vogel, J. & Beutel, M.E. (2007). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren und Weiterbildungen in der Medizin. Über die Einstellungen und Berufsinteressen von Studierenden der Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 57 (2), 113.

Tabellenverzeichnis

Tabelle C 1-1:	Studienüberblick.....	15
Tabelle D 1-1:	Übersicht über die Arbeitspakete des Gutachtens und die entsprechenden methodischen Zugänge.....	23
Tabelle D 2-1:	Überblick über psychologische Studiengänge in Bezug auf die Einführung von konsekutiven Studiengängen (BA/MA).....	26
Tabelle D 2-2:	Auswertungsraster der Studieninhalte zugangsberechtigender Studiengänge, Vergleich Diplom- und konsekutiver Studiengang Bachelor/Master	27
Tabelle D 2-3:	Überblick über die analysierten zur KJP-Ausbildung berechtigte Studiengänge nach Städten/Universitäten – Pädagogik	29
Tabelle D 2-4:	Überblick über die analysierten zur KJP-Ausbildung berechtigte Studiengänge nach Städten/Universitäten – Heilpädagogik.....	30
Tabelle D 1-5:	Überblick über die analysierten zur KJP-Ausbildung berechtigte Studiengänge nach Städten/Universitäten – Soziale Arbeit/ Sozialpädagogik.....	30
Tabelle D 3-1:	Übersicht über die Fragebogenerhebungen im Rahmen des Gutachtenauftrags	31
Tabelle D 3.3-1:	Inhalte des Fragebogens für die Leitungen der Ausbildungsstätten	40
Tabelle D 3.3-2:	Stichprobenbeschreibung der InstitutsleiterInnenbefragung II (N=129)	42
Tabelle D 3.4-1:	Inhalte des Fragebogens für die AusbildungsteilnehmerInnen.....	43
Tabelle D 3.4-2:	Übersicht über den Versand der Kontaktierungsschreiben	44
Tabelle D 3.4-3:	Schätzung des Rücklaufs: TeilnehmerInnenbefragung	45
Tabelle D 3.4-4:	Verfahrensrichtung der TN.....	46
Tabelle D 3.4-5:	Ausbildungsbereich der TN.....	46
Tabelle D 3.4-6:	Soziodemografische Angaben (Alter, Familienstand, Kinder) der TN	47
Tabelle D 3.4-7:	Angaben zur Ausbildung (Studienrichtung, Promotion) der TN.....	47
Tabelle D 3.4-8:	Bisherige Ausbildungsdauer bei den TeilnehmerInnen (in Monaten).....	48
Tabelle D 3.4-9:	Bisherige Ausbildungsdauer bei den TeilnehmerInnen (in Jahren).....	49
Tabelle D 3.5-1:	Übersicht über Inhalte des Fragebogens für die Lehrkräfte	50
Tabelle D 3.5-2:	Anzahl der ausgewerteten offenen Antworten aus der Lehrkräftebefragung	54
Tabelle D 3.5-3:	Soziodemographische Angaben und Angaben zur beruflichen Tätigkeit der Lehrkräfte.....	54
Tabelle D 3.5-4:	Altersverteilung in den Vertiefungsverfahren der Lehrkräfte	55
Tabelle D 3.5-5:	Vorhandene Abschlüsse der Lehrkräfte in Verfahrensrichtungen (Einteilung der Stichprobe in diese Verfahrensrichtungen)	56
Tabelle D 3.5-6:	Vertiefungsrichtung der Lehrkräfte (weniger differenzierte Einteilung).....	56
Tabelle D 3.6-1:	Inhalte des Fragebogens für die Studierendenbefragung	58
Tabelle D 3.6-2:	Zusammensetzung der Stichprobe der Studierenden	58
Tabelle D 3.6-3:	Stichprobenbeschreibung Studierendenbefragung	59
Tabelle D 3.7-1:	Inhalte des Fragebogens für AbsolventInnen	60
Tabelle D 3.7-2:	Übersicht über die versandten Anschreiben im Rahmen der Befragung	61
Tabelle D 3.7-3:	kontaktierte AbsolventInnen und Rücklauf.....	62
Tabelle D 3.7-4:	Schätzung der Grundgesamtheit der AbsolventInnen und Rücklaufquote.....	62
Tabelle D 3.7-5:	Verfahrensrichtung der AbsolventInnen.....	63

Tabelle D 3.7-6:	Ausbildungsbereich der AbsolventInnen.....	63
Tabelle D 3.7-7:	Soziodemografische Angaben (Alter, Altersgruppen, Geschlecht, Familienstand, Kinder) der AbsolventInnen	64
Tabelle D 3.7-8:	Angaben zur Ausbildung (Studienrichtung, Promotion) der AbsolventInnen.....	64
Tabelle D 5-1:	Auflistung der an die Gutachtergruppe herangetragenen Stellungnahmen zu Fragen des Forschungsgutachtens.....	67
Tabelle E 1 1:	Anzahl der Aufsichtsbehörden, die die jeweiligen Berufsabschlüsse als Zugang zur KJP-Ausbildung anerkennen	77
Tabelle E 1 2:	Anzahl der Lehrkräfte und der Lehrkräfte pro AusbildungsteilnehmerIn aufgeteilt nach der Verortung, der Anerkennung und der Verfahren der Ausbildungsstätten	78
Tabelle E 1 3:	Zufriedenheitswerte mit der Zusammenarbeit mit verschiedenen Einrichtungen	81
Tabelle E 1 4:	Angaben der Ausbildungsstätten zur Weitergabe von Informationen an die Aufsichtsbehörden.....	81
Tabelle E 1 5:	Zufriedenheit der AusbildungsteilnehmerInnen mit der Situation an den Ausbildungsstätten	84
Tabelle E 1 6:	Zufriedenheit der AbsolventInnen mit der Situation an den Ausbildungsstätten.....	85
Tabelle E 1 7:	Zufriedenheitsunterschiede zwischen den TN unterschiedlicher Vertiefungsrichtungen (VT und TP/PA zusammengefasst) bei der Zufriedenheit mit der Situation an der Ausbildungsstätte	86
Tabelle E 1 8:	Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den psychodynamischen Verfahrensrichtungen	88
Tabelle E 1 9:	Unterschiede der Bewertung der Ausbildungsstätte bezogen auf das Vertiefungsverfahren der AbsolventInnen.....	89
Tabelle E 1 10:	Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den Ausbildungsbereichen KJP und PP bei den AusbildungsteilnehmerInnen	90
Tabelle E 1 11:	Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit der AbsolventInnen mit der Ausbildungsstätte zwischen den Ausbildungsbereichen KJP und PP	90
Tabelle E 1 12:	Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen den Ausbildungsmodellen Vollzeit und Teilzeit	91
Tabelle E 1 13:	Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Ausbildungsstätte zwischen der Gruppe der AbsolventInnen, welche die „Ausbildung in vorgesehener Zeit abgeschlossen“ und „Ausbildung nicht in vorgesehener Zeit abgeschlossen“	92
Tabelle E 2 1:	Verteilung der befragten AusbildungsteilnehmerInnen auf die Vertiefungsrichtungen.....	96
Tabelle E 2 2:	Anzahl der KJP- und PP-AusbildungsteilnehmerInnen in den Vertiefungsrichtungen.....	96
Tabelle E 2 3:	Anzahl genehmigter Plätze von der Aufsichtsbehörde – unterschieden nach Vertiefungsverfahren der Ausbildungsstätten	97
Tabelle E 2 4:	Verteilung der befragten AbsolventInnen auf die Vertiefungsrichtungen.....	97
Tabelle E 2 5:	Anzahl der KJP- und PP-AbsolventInnen in den Vertiefungsrichtungen	97
Tabelle E 2 6:	Stundenumfang der Ausbildungsbausteine bei Instituten unterschiedlicher Vertiefungsverfahren	98
Tabelle E 2 7:	Ausrichtung der klinischen Lehrstühle der befragten Universitäten.....	100
Tabelle E 2 8:	Wichtige Einflussfaktoren auf die Auswahl eines psychotherapeutischen Verfahrens.....	101
Tabelle E 2 9:	Gründe der Verfahrenswahl der AusbildungsteilnehmerInnen	102

Tabelle E 2 10:	Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen von den derzeit in Ausbildung befindlichen TN	102
Tabelle E 2 11:	Gründe der Wahl des Ausbildungsganges (AusbildungsteilnehmerInnen)	103
Tabelle E 2 12:	Gründe der Verfahrenswahl der AbsolventInnen.....	103
Tabelle E 2 13:	Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen (AbsolventInnen).....	104
Tabelle E 2 14:	Gründe der Wahl des Ausbildungsganges der AbsolventInnen	104
Tabelle E 2 15:	Bewertung der Nützlichkeit der Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz – Angaben der aktuell in Ausbildung befindlichen Befragten.....	105
Tabelle E 2 16:	Unterschiede der Bewertung der Ausbildungsteile bezogen auf das Vertiefungsverfahren TN aktuell in Ausbildung.....	105
Tabelle E 2 17:	AbsolventInnen Wie nützlich / hilfreich schätzen Sie im Rückblick folgende Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz ein?	107
Tabelle E 2 18:	AbsolventInnen (N=666): Wie nützlich / hilfreich schätzen Sie im Rückblick folgende Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz ein? – Unterscheidung zwischen Vertiefungsverfahren der AbsolventInnen.....	107
Tabelle E 2 19:	Einschätzung der verfahrensorientierten Ausbildung von den AusbildungsteilnehmerInnen verschiedener Vertiefungsverfahren	109
Tabelle E 2 20:	Einschätzung der verfahrensorientierten Ausbildung von den AusbildungsteilnehmerInnen verschiedener Ausbildungsgänge	109
Tabelle E 2 21:	Sinnhaftigkeit der Verfahrenorientierten Ausbildung aus Sicht der ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen verschiedener Vertiefungsverfahren	109
Tabelle E 2 22:	Sinnhaftigkeit der Verfahrenorientierten Ausbildung aus Sicht der ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen der KJP- und der PP-Ausbildung	110
Tabelle E 2 23:	Veränderungswünsche der TN zum Anteil störungsspezifischen Wissens.....	110
Tabelle E 2 24:	Veränderungswünsche der TN zum Anteil verfahrenübergreifenden Wissens.....	111
Tabelle E 2 25:	Veränderungswünsche der TN zum Anteil der Kenntnisse im eigenen Vertiefungsverfahren.....	111
Tabelle E 2 26:	Veränderungswünsche der TN zum Anteil der Grundkenntnisse anderer Vertiefungsverfahren.....	112
Tabelle E 2 27:	Veränderungswünsche der AbsolventInnen zum Anteil störungsspezifischem Wissen und verfahrenübergreifendem Wissen	113
Tabelle E 2 28:	Befragung AbsolventInnen: Wie sehr wird ihre therapeutische Praxis heute durch folgende Konzepte bestimmt?	114
Tabelle E 2 29:	Einschätzung der Orientierung des Curriculums	115
Tabelle E 2 30:	Befürwortung/Ablehnung unterschiedlicher Konzepte zur Zukunft der Psychotherapieausbildung	115
Tabelle E 2 31:	Wie sollte die zukünftige Psychotherapieausbildung für Psychologische Psychotherapeuten konzeptualisiert und gewichtet werden?.....	117
Tabelle E 2 32:	Wie sollte die zukünftige Psychotherapieausbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten konzeptualisiert und gewichtet werden?.....	117
Tabelle E 2 33:	Einschätzungen zu Perspektiven der Ausbildung (Verfahrensorientierung, Indikationsbezogene Ausbildung)	118
Tabelle E 2 34:	Einschätzungen zu Perspektiven der Ausbildung (Psychotherapieforschung)	119

Tabelle E 2 35:	Veränderungswünsche der Lehrkräfte zum Anteil störungsspezifischen Wissens und verfahrensübergreifenden Wissens an der theoretischen Ausbildung.....	120
Tabelle E 2 36:	Einfluss verschiedener Konzepte auf therapeutische Arbeit	122
Tabelle E 3 1:	Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beide Zeitstrukturen) und Geschlecht der AusbildungsteilnehmerInnen in der TeilnehmerInnenbefragung bzw. der AbsolventInnenbefragung	126
Tabelle E 3 2:	Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beides) und Ausbildungsgänge (KJP, PP, beides) in der Institutsleitungsbefragung I bzw. der Institutsleitungsbefragung II	126
Tabelle E 3 3:	Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beides) und Ausbildungsbereich (KJP, PP) in der TeilnehmerInnenbefragung bzw. der AbsolventInnenbefragung	127
Tabelle E 3 4:	Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beides) und Vertiefungsverfahren des Instituts in der Institutsleitungsbefragung I bzw. der Institutsleitungsbefragung II	128
Tabelle E 3 5:	Zeitstruktur der Ausbildung (Vollzeit, Teilzeit, beides) und Vertiefungsverfahren des Instituts in der TeilnehmerInnenbefragung und der AbsolventInnenbefragung	128
Tabelle E 3 6:	Wahlgründe für Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung in der TeilnehmerInnenbefragung	130
Tabelle E 3 7:	Wahlgründe für Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung für Verhaltenstherapie bzw. psychodynamisch orientierte Ausbildungen insgesamt in der TeilnehmerInnenbefragung	130
Tabelle E 3 8:	Wahlgründe für Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung für Verhaltenstherapie bzw. psychodynamisch orientierte Ausbildungen insgesamt in der AbsolventInnenbefragung	131
Tabelle E 3 9:	Ausbildung in +/- vorgesehener Zeit beendet, differenziert nach Zeitstruktur (Vollzeit- vs. Teilzeit), Ausbildungsbereich (PP vs. KJP) und Verfahren in der AbsolventInnenbefragung	133
Tabelle E 3 10:	Ausbildungsdauer in Jahren/Monaten für AbsolventInnen unterschiedlicher Zeitstruktur (Vollzeit, Teilzeit) und Angabe, ob Ausbildung in vorgegebener Zeit abgeschlossen wurde	134
Tabelle E 3 11:	Ausbildungsdauer in Jahren/Monaten für AbsolventInnen unterschiedlicher Zeitstruktur (Vollzeit, Teilzeit) in den verschiedenen Ausbildungsbereichen (PP, KJP) und Verfahren	134
Tabelle E 3 12:	Gründe für eine verlängerte Ausbildungsdauer in der AbsolventInnenbefragung	135
Tabelle E 3 13:	Voraussichtliche Ausbildungsdauer aus Sicht der TeilnehmerInnen, differenziert nach Vollzeit- vs. Teilzeitausbildung und Verfahren	135
Tabelle E 3 14:	Einschätzung des Nutzens einzelner Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung therapeutischer Kompetenz durch die TeilnehmerInnen.....	137
Tabelle E 3 15:	Einschätzung des Nutzens einzelner Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung therapeutischer Kompetenz durch TeilnehmerInnen in verhaltenstherapeutischer bzw. psychodynamisch orientierter Ausbildung	138
Tabelle E 3 16:	Bewertung der Angemessenheit des Umfangs der Ausbildung im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen durch AbsolventInnen im PP- bzw. KJP-Bereich	139
Tabelle E 3 17:	Bewertung der Regelungen zum Umfang der einzelnen Ausbildungsbestandteile insgesamt (PsychThG § 8 und APrVen) durch die Institutsleitungen, differenziert nach Zeitstruktur, PP vs. KJP und Hauptverfahren.....	139
Tabelle E 4.1 1:	Prozentuale Angaben der Institutsleitungen in Schulnotenkatogorien für die Bewertung der einzelnen Ausbildungsbausteine	143

Tabelle E 4.1 2:	Bewertung der Ausbildungsbausteine durch ExpertInnen der 1. Delphi-Befragung	144
Tabelle E 4.1 3:	Bewertung der Nützlichkeit der Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz durch die aktuell sich in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen	144
Tabelle E 4.1 4:	Bewertung der Nützlichkeit der Ausbildungsbestandteile für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz durch die AbsolventInnen der Ausbildung	145
Tabelle E 4.1 5:	Bewertung des Umfangs der einzelnen Ausbildungsbausteine durch die AbsolventInnen, differenziert nach den Vertiefungsverfahren Verhaltenstherapie (VT) / Psychodynamische Therapie (PA/TP=PD).....	146
Tabelle E 4.1 6:	Möglichkeiten der Gestaltung der „Freien Spitze“ nach Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen in Prozenten	147
Tabelle E 4.2 1:	Tätigkeiten PT1 in Prozent (AusbildungsteilnehmerInnen (TN) und AbsolventInnen (Absol)).....	151
Tabelle E 4.2 2:	Aufgaben PT I und PT II in Prozent (Anteil der AbsolventInnen, welche die Tätigkeit durchgeführt haben)	151
Tabelle E 4.2 3:	Angaben zur Bewertung der PT I (AusbildungsteilnehmerInnen (TN) vs. AbsolventInnen (Absol)).....	158
Tabelle E 4.2 4:	Aufgaben PT I und PT II in Prozent (Absol).....	160
Tabelle E 4.2 5:	Angaben zur Bewertung der PT I (TeilnehmerInnenbefragung (TN) vs. Absolventenbefragung (Absol)).....	162
Tabelle E 4.2 6:	Monatliche Vergütung der PT I in Prozent (Absol).....	165
Tabelle E 4.3 1:	Fachliche Qualifikation der DozentInnen	174
Tabelle E 4.3 2:	Gelernte Therapieverfahren der Lehrkräfte	174
Tabelle E 4.3 3:	Gelernte Therapieverfahren der Gesamtstichprobe der Lehrkräfte nach Berufen aufgeteilt	174
Tabelle E 4.3 4:	Einfluss therapeutischer Ansätze auf eigene psychotherapeutische Arbeit.....	175
Tabelle E 4.4 1:	Zufriedenheit mit Ausbildungsstätte vor Ort – unterteilt nach den Vertiefungsverfahren der TeilnehmerInnen	186
Tabelle E 4.4 2:	Zeitlicher Ablauf spezifischer Inhalte der Lehre im Hinblick auf die praktische Ausbildung.....	187
Tabelle E 4.4 3:	Statistisch signifikante Verfahrensunterschiede	188
Tabelle E 4.4 4:	Verhältnis von Supervisions- zu Behandlungsstunden während der Praktischen Ausbildung zum Zeitpunkt der Befragung (Vertiefung grob).....	188
Tabelle E 4.4 5:	Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der praktischen Ausbildung.....	189
Tabelle E 4.4 6:	Beginn der AbsolventInnen mit der Praktischen Ausbildung gleichzeitig mit Beginn der PT I	190
Tabelle E 4.4 7:	Beginn AbsolventInnen mit der Praktischen Ausbildung gleichzeitig mit PT II.....	191
Tabelle E 4.4 8:	Beginn der AbsolventInnen praktische Ausbildung nach Hälfte der Ausbildungszeit	191
Tabelle E 4.4 9:	Beginn der AbsolventInnen Praktische Ausbildung in Anzahl h Theorie, PT I, PT II	192
Tabelle E 4.4 10:	Beginn der TeilnehmerInnen praktische Ausbildung nach Anzahl in h Theorie; PT I; PT II.....	193
Tabelle E 4.4 11:	Dauer der Selbsterfahrung (h), die vor Beginn der praktischen Ausbildung absolviert werden musste (TN).....	194
Tabelle E 4.4 12:	Nützlichkeit der Einzel- und Gruppensupervision für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz und die Vorbereitung auf die Prüfung für die AbsolventInnen	198

Tabelle E 4.4 13: Nützlichkeit der Einzelsupervision für die Entwicklung der therapeutischen Kompetenz für die TeilnehmerInnen	199
Tabelle E 4.4 14: Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit der Einzelsupervision.....	199
Tabelle E 4.4 15: Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit der Gruppensupervision	199
Tabelle E 4.4 16: Vertiefungsrichtungen der SupervisorInnen in der Stichprobe der befragten Lehrkräfte	201
Tabelle E 4.4 17: Sind neue Qualifikationsrichtlinien für SupervisorInnen notwendig?	202
Tabelle E 4.5 1: Grundberufe der SelbsterfahrungsleiterInnen.....	207
Tabelle E 4.5 2: Stundenanzahl (Angebot/Verpflichtung) für Einzelselbsterfahrung, abhängig vom jeweiligen Therapieverfahren in Prozent	208
Tabelle E 4.5 3: Teilnehmerstruktur bei Gruppenselbsterfahrung nach Vertiefungsverfahren aufgeteilt.....	209
Tabelle E 4.5 4: Durchführung der Selbsterfahrung in Abhängigkeit des Vertiefungsverfahrens der Lehrkräfte	210
Tabelle E 4.5 5: Prozentsatz der Überschneidungen bzgl. der Funktionen	211
Tabelle E 4.5 6: Gewünschtes Setting für Einzel- und Gruppenselbsterfahrung durch Lehrkräfte über die Vertiefungsverfahren.	214
Tabelle E 4.5 7: Gewünschte (angemessene) Stundenzahl für Einzel- und Gruppenselbsterfahrung durch Lehrkräfte über die Vertiefungsverfahren. Stundenerwartung der Lehrkräfte	214
Tabelle E 5 1: Wie eignen sich die Prüfungen zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz?	224
Tabelle E 5 2: Wie eignen sich die Prüfungen zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz? (getrennt nach Ausbildungsbereich)	224
Tabelle E 5 3: Wie eignen sich die Prüfungen zur Feststellung psychotherapeutischer Kompetenz? (getrennt nach Ausbildungsrichtung)	224
Tabelle E 5 4: Wie nützlich/hilfreich schätzen Sie im Rückblick folgende Ausbildungsbestandteile im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung ein?	227
Tabelle E 5 5: Wie nützlich/hilfreich schätzen Sie im Rückblick den Ausbildungsbestandteil der Prüfungsvorbereitung im Hinblick auf die Vorbereitung zur Prüfung ein? – nach Ausbildungsgang und Vertiefungsverfahren unterteilt.....	227
Tabelle E 5 6: Haben Sie zusätzlich zur Ausbildung Zeit für die Prüfungsvorbereitung verwendet?	228
Tabelle E 5 7: zusätzliche Zeit zur Prüfungsvorbereitung in Wochen.....	228
Tabelle E 5 8: Wenn sich die Ausrichtung in der theoretischen Ausbildung ändern würde, wünschte ich, dass in der theoretischen Ausbildung der Anteil der Prüfungsvorbereitung (AbsolventInnen)	228
Tabelle E 5 9: Wie gut sind Ihrer Erfahrung nach die PrüfungsteilnehmerInnen aufgrund der Ausbildung auf die Prüfungen vorbereitet?	229
Tabelle E 5 10: Werden in Ihren Veranstaltungen systematisch Multiple-Choice-Fragen bzw. Fallvorstellungen trainiert?.....	229
Tabelle E 5 11: Haben Sie Prüfungen wiederholen müssen?.....	230
Tabelle E 5 12: Prüfungsergebnisse (schriftliche Prüfungen).....	231
Tabelle E 5 13: Notenmittelwerte der Mündlichen Prüfungen PP/KJP (2002-Herbst 2008).....	232
Tabelle E 5 14: Notenmittelwerte (Herbst 2002 bis Herbst 2008).....	232
Tabelle E 5 15: Vergleich der Prüfungsergebnisse für die schriftlichen Prüfungen zur KJP-Ausbildung zwischen Prüfungskandidaten verschiedener Vertiefungsverfahren.....	232

Tabelle E 5 16:	Vergleich der Prüfungsergebnisse für die schriftlichen Prüfungen zur PP-Ausbildung zwischen Prüfungskandidaten verschiedener Vertiefungsverfahren.....	233
Tabelle E 5 17:	KJP – mündliche Prüfungen nach Eingangsberufen	233
Tabelle E 5 18:	KJP – schriftliche Prüfungen nach Eingangsberufen.....	233
Tabelle E 5 19:	Vergleich der Prüfungsergebnisse für die schriftlichen Prüfungen zur KJP-Ausbildung zwischen Prüfungskandidaten verschiedener zugangsberechtigender Hochschulabschlüsse	234
Tabelle E 5 20:	Mittelwerte der gemeinsamen und getrennt (ausbildungsgangspezifisch) gestellten Aufgaben nach Hochschulabschluss	234
Tabelle E 5 21:	Ich bin/war nach der Ausbildung psychotherapeutisch tätig?.....	236
Tabelle E 5 22:	Ich arbeite/te nach der Ausbildung... (Mehrfachnennungen möglich).....	237
Tabelle E 5 23:	Ich habe eine kassenärztliche Zulassung	237
Tabelle E 5 24:	Die Ausbildung verbesserte meine Chancen auf dem Arbeitsmarkt	237
Tabelle E 5 25:	Die Ausbildung war für meine spätere berufliche Tätigkeit	238
Tabelle E 5 26:	Einschätzung der Prüfungen durch Institutsleitungen	239
Tabelle E 5 27:	Wie sollte sich ggf. die Anzahl an PrüferInnen für die staatliche Prüfung verändern?	239
Tabelle E 6 1:	Ausbildungskosten, Netto-Kosten Institute und realistische Netto-Kosten auf Grundlage der TeilnehmerInnenbefragung und der beiden Institutsleitungsbefragungen	245
Tabelle E 6 2:	Ausbildungskosten, Netto-Kosten Institute und realistische Netto-Kosten bei Instituten ohne universitäre Anbindung, bei Instituten mit universitärer Anbindung bzw. universitären Ausbildungen	246
Tabelle E 6 3:	Ausbildungskosten, Netto-Ausbildungskosten-Institute und realistische Netto-Kosten, differenziert nach Vertiefungsverfahren.....	249
Tabelle E 6 4:	Wahlgründe für Vollzeit- bzw. Teilzeitausbildung in der TeilnehmerInnen- bzw. AbsolventInnenbefragung.....	251
Tabelle E 6 5:	Vergütung der PT I- und der PT II- Plätze, getrennt nach PP- und KJP-Ausbildungsgängen auf Grundlage der Institutsleitungsbefragung	252
Tabelle E 7 1:	Landesprüfungsämter	264
Tabelle E 7 2:	Was sollte sich an der theoretischen Ausbildung für TN ohne Psychologiestudium ändern?	266
Tabelle E 7 3:	Lehrkräftebefragung: Sehen Sie systematische Unterschiede im klinisch-psychologischem Vorwissen zu Beginn der KJP-Ausbildung zwischen AusbildungsteilnehmerInnen mit verschiedenen Abschlüssen und Grundberufen?	267
Tabelle E 7 4:	Lehrkräftebefragung: Welche TeilnehmerInnen haben Ihrer Meinung nach das größte klinisch-psychologische Vorwissen?.....	268
Tabelle E 7 5:	Lehrkräftebefragung: Welche TeilnehmerInnen haben Ihrer Meinung nach das geringste klinisch-psychologische Vorwissen?	269
Tabelle E 7 6:	Lehrkräftebefragung: Wie schätzen Sie die Heterogenität der AusbildungsteilnehmerInnen auf Grund der unterschiedlichen Eingangsberufe ein?	272
Tabelle E 7 7:	Von ExpertInnen empfohlene zugangsberechtigende Mindestabschlüsse	275
Tabelle E 7 8:	Delphibefragung II: unabdingbare Auswahlverfahren PP.....	277
Tabelle E 7 9:	Delphibefragung II: unabdingbare Auswahlverfahren KJP	277
Tabelle E 7 10:	Bewertung der Inhalte der theoretischen Ausbildung (Einschätzung der PädagogInnen).....	281
Tabelle E 7 11:	inhaltliche Voraussetzungen PP (zweite Delphibefragung).....	284
Tabelle E 7 12:	inhaltliche Voraussetzungen KJP (zweite Delphibefragung)	284

Tabelle E 7 13:	Priorität der Ausbildungsstruktur für PP	293
Tabelle E 7 14:	Priorität der Ausbildungsstruktur für KJP	293
Tabelle E 8 1:	Zur Ausbildung zugelassene Berufsgruppen in 21 EU-Ländern.....	297
Tabelle E 8 2:	Zusammenfassung der Angaben zu Psychotherapie(ausbildung) in 23 europäischen Ländern (davon 21 EU), Details siehe Anhang.....	300
Tabelle E 8 3:	EU-Länderübersicht. Gesetzliche Regelungen, Unterscheidung PP/KJP, Bachelor-Abschluss als Zugangsvoraussetzung	301
Tabelle E 8 4:	EU-Länderübersicht. Offiziell anerkannte Methoden, Zur Ausbildung zugelassene Berufe, Kompensation von Psychotherapie im Gesundheitssystem.....	302
Tabelle E 9 1:	Häufigkeit der Gelegenheit zur Evaluation für einzelne Ausbildungsteile (TN)	307
Tabelle E 9 2:	Aussagen über vorhandene Konsequenzen nach Rückmeldung über die Qualität der Ausbildungsteile (der Eindruck, ernst genommen zu werden), Aussagen der TN	308
Tabelle E 9 3:	Häufigkeit der Gelegenheit zur Evaluation für einzelne Ausbildungs- teile (ABS)	308
Tabelle E 9 4:	Aussagen über vorhandene Konsequenzen nach Rückmeldung über die Qualität der Ausbildungsteile (der Eindruck, ernst genommen zu werden), Aussagen der ABS	309
Tabelle E 9 5:	Antworten der Lehrkräfte auf die Frage nach dem Umgang mit der Evaluation der eigenen Tätigkeit.....	310
Tabelle E 9 6:	Befürwortung der Möglichkeit, verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen (TN)	312
Tabelle E 9 7:	Angaben zum Wunsch, diese Kompetenzerweiterung (Psychopharmaka- verordnung) anzustreben (Angaben der AusbildungsteilnehmerInnen)	312
Tabelle E 9 8:	Befürwortung der Möglichkeit, verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen (ABS).....	313
Tabelle E 9 9:	Angaben zum Wunsch / potentiellen Anstreben der Kompetenzerweiterung Psychopharmakaverordnung anzustreben (Angaben der ABS)	313
Tabelle E 9 10:	Befürwortung der Einweisungsbefugnis ohne Konsultation von Ärzten (TN)	314
Tabelle E 9 11:	Angaben zum Wunsch, diese Kompetenzerweiterung (Einweisungsbefugnis) anzustreben (TN).....	314
Tabelle E 9 12:	Befürwortung der Einweisungsbefugnis ohne Konsultation von Ärzten (ABS).....	315
Tabelle E 9 13:	Angaben zum Wunsch, diese Kompetenzerweiterung (Einweisungsbefugnis) anzustreben (ABS)	315
Tabelle E 9 14:	Einschätzungen der Lehrkräfte zur Möglichkeit der Kompetenzerweiterung für Psychotherapeuten – mit Unterteilung in ärztliche und nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen	316
Tabelle E 9 15:	Einschätzungen der Lehrkräfte zur Möglichkeit der Kompetenzerweiterung für Psychotherapeuten – mit Unterteilung in ärztliche und nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen und Tätigkeitsbereich	317
Tabelle E 9 16:	Einschätzungen der Lehrkräfte zum eigenen Bestreben nach Möglichkeiten der Kompetenzerweiterung für Psychotherapeuten – mit Unterteilung in ärztliche und nicht-ärztliche PsychotherapeutInnen	318
Tabelle E 9 17:	Bestreben der nichtärztlichen PsychotherapeutInnen aus der Lehrkräfte- befragung nach Kompetenzerweiterung	318
Tabelle E 9 18:	Frage zum erwünschten/erfolgten Wechsel des Ausbildungsinstitutes bei AbsolventInnen.....	319

Tabelle E 9 19:	Schwierigkeiten beim Wechsel von Instituten (Absol.)	320
Tabelle E 9 20:	Sonstige Schwierigkeiten beim Wechsel der Ausbildungsstätte (Absol.).....	320
Tabelle E 9 21:	Frage zum erwünschten/erfolgten Wechsel des Ausbildungsinstitutes bei AusbildungsteilnehmerInnen.....	320
Tabelle E 9 22:	Schwierigkeiten beim Wechsel zwischen Ausbildungsinstituten – gesamt und nach Ausbildungsgang (AusbildungsteilnehmerInnen).....	321
Tabelle E 9 23:	Schwierigkeiten beim Wechsel zwischen Ausbildungsinstituten – nach Vertiefungsverfahren (AusbildungsteilnehmerInnen).....	321
Tabelle E 9 24:	Sonstige Schwierigkeiten beim Wechsel der Ausbildungsstätte (AusbildungsteilnehmerInnen)	321
Tabelle E 9 25:	Erwünschtheit/Durchführung eines Verfahrenswechsels (AbsolventInnen).....	322
Tabelle E 9 27:	Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen (AusbildungsteilnehmerInnen).....	322
Tabelle E 9 28:	Schwierigkeiten beim Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen – gesamt und nach Ausbildungsbereich	323
Tabelle E 9 29:	Schwierigkeiten beim Wechsel zwischen Verfahrensrichtungen – nach Vertiefungsrichtung	323
Tabelle E 9 30:	Sonstige Schwierigkeiten beim Wechsel (AusbildungsteilnehmerInnen).....	323
Tabelle E 9 31:	Haben Sie die Ausbildung (inoffiziell) unterbrochen / für eine Zeit ausgesetzt?	324
Tabelle E 9 32:	Anzahl der Monate der Unterbrechung der Ausbildung der AbsolventInnen	324
Tabelle E 9 33:	Wunsch nach Unterbrechung der Ausbildung der AbsolventInnen	324
Tabelle E 9 34:	Länge der gewünschten Unterbrechung (in Monaten) (AbsolventInnen).....	324
Tabelle E 9 35:	Würden Sie die Ausbildung gern unterbrechen/für eine Zeit aussetzen? (TN).....	325
Tabelle E 9 36:	Länge des Unterbrechungswunsches (Monate)	325
Tabelle E 9 37:	Aktuelle Länge der „inoffiziellen“ Unterbrechung der Ausbildung in Monaten	325
Tabelle E 9 38:	Vorstellungen über zukünftige Organisation der Ausbildung (Zustimmung der ExpertInnen im Rahmen der Delphibefragung).....	329
Tabelle E 9 39:	Arbeitsfelder, für die in Zukunft PP vermehrt ausgebildet werden sollten	329
Tabelle E 9 40:	Arbeitsfelder, für die in Zukunft KJP vermehrt ausgebildet werden sollten	330
Tabelle E 9 41:	Ergänzungsqualifikationen, für die in Zukunft PP/KJP vermehrt ausgebildet werden sollten.....	330
Tabelle G 1 1:	Notwendige Voraussetzungen für den Zugang zu PP/KJP-Ausbildung nach Meinung von ExpertInnen (PsychologInnen und MedizinerInnen) (Delphi-Befragung II).....	356
Tabelle G 1 2:	Kennzeichen von Bachelor- und Master-Abschlüssen nach dem europäischen Qualifikationsrahmen.....	357
Tabelle G 1 3:	Fachlich-konzeptionelle psychotherapeutische Kompetenzen (aus dem Positionspapier der BPTK zu den Kernkompetenzen von PsychotherapeutInnen).....	358
Tabelle G 1 4:	Zulassungsvoraussetzungen für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeut/en/in (bzw. Psychotherapeut/en/in (EP) bzw. (KJP)).....	359
Tabelle G 1 5:	Unterschiedliche Modelle für die Struktur einer Aus-/Weiterbildung.....	362
Tabelle G 1 6:	Einige Pro- und Kontra-Argumente der Alternativen „duales Modell“ bzw. „Direktausbildung mit Weiterbildung“	365
Tabelle G 4 1:	Berechnungsgrundlage Ausbildungskosten und Einnahmen aus Ausbildungsbelangen.....	379

Tabelle G 4 2:	Finanzierungsbedarf für die Ausbildung bei Vergütung von 600 Psychotherapiestunden.....	380
Tabelle G 5 1:	Zustimmung zur Frage: „Sollten Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Möglichkeiten erhalten, durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen verschreibungspflichtige Psychopharmaka zu verordnen?“	383
Tabelle G 5 2:	Zustimmung zur Frage: „Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Krankenschreibungen vorzunehmen“	384
Tabelle G 5 3:	Zustimmung zur Frage: „Sollten ambulant tätige PP sowie KJP durch zusätzliche Qualifikationsmaßnahmen die Erlaubnis bekommen, Patienten ohne Konsultation von Ärzten in stationäre psychotherapeutische Bereiche einweisen zu dürfen?“ bzw. „Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, Einweisungen in psychiatrische oder psychosomatische Kliniken einzuleiten“ (Delphi-Befragung)	384
Tabelle G 5 4:	Zustimmung zur Frage: „Sollten PP und KJP die Berechtigung erhalten, gesetzliche Unterbringung einzuleiten“ (in der AbsolventInnenbefragung nicht erfragt).	385
Tabelle G 6 1:	Vergleich des Umfangs der Ausbildungsbausteine aktuell und in der Gutachterempfehlung (jeweils [Mindest-]Stundenzahlen)	389

Abbildungsverzeichnis

Abbildung D 1 1:	Ablauf des Gutachtenprozesses	24
Abbildung D 3.2 1:	Fachrichtung der befragten klinischen Einrichtungen.....	38
Abbildung D 3.2 2:	Verteilung der verfahrensspezifischen Schwerpunkte der Kliniken.....	39
Abbildung D 3.2 3:	Verfahrensspezifische Schwerpunkte der Praxen/Einrichtungen	39
Abbildung D 3.5 1:	Vertiefungsverfahren der Lehrkräfte	56
Abbildung E 1 1:	Übersicht über die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten (mit regionalen Dependancen) in Deutschland – unterteilt nach angebotenen Vertiefungsrichtungen	71
Abbildung E 1 2:	Übersicht über die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten (mit regionalen Dependancen) in Deutschland – unterteilt nach angebotenen Ausbildungsgängen.....	73
Abbildung E 1 3:	Zufriedenheit mit den „Mitsprachemöglichkeiten“ der AusbildungsteilnehmerInnen an der Ausbildungsstätte – Unterschiede der Bewertung zwischen TN an verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch orientierten Ausbildungsstätten	87
Abbildung E 1 4:	Zufriedenheit mit der „Preis-Leistungsverhältnis“ des Angebotes – Unterschiede der Bewertung zwischen TN an verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch orientierten Ausbildungsstätten	87
Abbildung E 2 1:	Gruppierung der Studenten nach Ausbildungsinteresse (Prozent der Gesamtanzahl	99
Abbildung E 2 2:	Entschiedenheit der PsychologiestudentInnen zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Ausbildung	99
Abbildung E 2 3:	Präferenzen der StudentInnen für Vertiefungsverfahren	100
Abbildung E 2 4:	Verfahrenswahl der Studierenden nach befragten Universitäten	101
Abbildung E 2 5:	Einschätzung der Nützlichkeit der Einzelselbsterfahrung im Vergleich zwischen den Vertiefungsverfahren (TN).....	106
Abbildung E 2 6:	Einschätzung der Nützlichkeit der „Freien Spitze“ im Vergleich zwischen den Vertiefungsverfahren (TN).....	106
Abbildung E 2 7:	Einschätzung der Nützlichkeit der Einzelselbsterfahrung im Vergleich zwischen den Vertiefungsverfahren (AbsolventInnen)	108
Abbildung E 2 8:	Veränderungswünsche der AbsolventInnen zum Anteil	113
	störungsspezifischen Wissens	113
Abbildung E 2 9:	Veränderungswünsche der AbsolventInnen zum Anteil verfahrenübergreifenden Wissens	113
Abbildung E 2 10:	Einschätzung der Wichtigkeit von Psychotherapieforschung von Lehrkräften unterschiedlicher Vertiefungsverfahren	119
Abbildung E 2 11:	Einschätzung der Lehrkräfte zur verfahrensorientierten Ausbildung versus einer störungsbezogenen Ausbildung	120
Abbildung E 2 12:	Veränderungswünsche bei störungsspezifischem und verfahrenübergreifendem Wissen bei Lehrkräften unterschiedlicher Vertiefungsverfahren	121
Abbildung E 2 13:	Veränderungswünsche bei Grundkenntnissen aller wissenschaftlich anerkannter Verfahren und Kenntnissen im eigenen Vertiefungs- verfahren bei Lehrkräften unterschiedlicher Vertiefungsverfahren	121
Abbildung E 3 1:	Bewertung der Angemessenheit des Umfangs der Ausbildungs- bestandteile im Hinblick auf die beruflichen Anforderungen durch AbsolventInnen der Ausbildung	138
Abbildung E 4.2 1:	Tätigkeitsspektrum während der PT in Prozent (Klinikbefragung)	152

Abbildung E 4.2 2:	Tätigkeitsspektrum während der PT in Prozent (Praxisbefragung)	152
Abbildung E 4.2 3:	Relative Häufigkeiten der Fachrichtungen der befragten Kliniken.....	154
Abbildung E 4.2 4:	Ausbildungsstätten für die Praktische Tätigkeit	155
Abbildung E 4.2 5:	Durchschnittliche Belegung der PiA-Plätze an Kliniken (gesamt) in Prozent	156
Abbildung E 4.2 6:	Durchschnittliche Belegung der PiA-Plätze an Kliniken (KJP) in Prozent	157
Abbildung E 4.2 7:	Durchschnittliche Belegung der PiA-Plätze in Prozent (Praxisbefragung).....	157
Abbildung E 4.2 8:	Monatliche Vergütung der PT (Klinikbefragung)	165
Abbildung E 4.3 1:	Vermittlung von Theorie und Praxis unterteilt nach Vertiefungs- verfahren	177
Abbildung E 4.3 2:	Veränderungswunsch bzgl. des Umfangs der Theorie nach Vertiefungsverfahren aufgeteilt	179
Abbildung E 4.3 3:	Veränderungswunsch bzgl. der Theorie nach Ausbildungsgängen aufgeteilt.....	179
Abbildung E 4.4 1:	Arbeitsbereiche, die die AbsolventInnen während der praktischen Ausbildung kennenlernten.....	195
Abbildung E 4.4 2:	Diagnosen, die die AbsolventInnen während der praktischen Ausbildung behandelt haben	196
Abbildung E 4.5 1:	Umfang der Selbsterfahrung für die Gesamtstichprobe der AbsolventInnen	212
Abbildung E 4.5 2:	Umfang der Selbsterfahrung aufgeteilt nach Vertiefungsverfahren	213
Abbildung E 5 1:	Kompetenzen der KJP-TeilnehmerInnen	235
Abbildung E 5 2:	Kompetenzen der PP-AusbildungsteilnehmerInnen	236
Abbildung E 7 1:	Prozentsatz der InstitutsleiterInnen, die nachfolgende Berufe als Zugangsberechtigung zur Psychotherapieausbildung anerkennen würden.....	267
Abbildung E 7 2:	Prozentsatz der InstitutsleiterInnen, die nachfolgende Mindest- abschlüsse als Zugangsberechtigung zur Psychotherapieausbildung anerkennen würden	273
Abbildung E 7 3:	Prozentsatz der AusbildungsteilnehmerInnen (Studium Psychologie), welche die Studieninhalte als „sehr“ und „ziemlich“ relevant für die Ausbildung einschätzen, getrennt für die beiden Ausbildungsbereiche	280
Abbildung E 7 4:	Prozentsatz der AusbildungsteilnehmerInnen (nur PsychologInnen), welche die Studieninhalte als „gar nicht“ bzw. „etwas“ relevant für die Ausbildung einschätzen, getrennt für die beiden Ausbildungsbereiche	281
Abbildung E 7 5:	Prozentsatz der AusbildungsteilnehmerInnen, für welche die Ausbildungsabschnitte bereits aus dem Studium bekannt waren.....	282
Abbildung E 7 6:	Prozent der AusbildungsteilnehmerInnen, welche die Wiederholung der Studieninhalte als überflüssig empfinden	283
Abbildung E 9 1:	Antworten der Lehrkräfte unterschiedlicher Vertiefungsverfahren auf die Frage: „Wird Ihre Tätigkeit an der Ausbildungsstätte evaluiert?“	310
Abbildung E 9 2:	Antworten der Lehrkräfte unterschiedlicher Vertiefungsverfahren auf die Frage: „Haben positive/negative Evaluationen schon Konsequenzen für Sie gehabt?“	311
Abbildung G 1 1:	Verschiedene Modelle für die Regelung der PP-/KJP-Ausbildung	368