



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung



<unith>
Universitäre Ausbildung für Psychotherapie

Ideenwettbewerb III Direktstudium und Weiterbildung



Eine Veranstaltung von DPTV, DVT und <unith> am 7. Oktober 2014 in Berlin

Kontakt Dr. Walter Ströhm
Kontakt über APV, Gesellschaft für Angewandte Psychologie und Verhaltensmedizin
Georgskommende 7, 48143 Münster, Telefon 02 51- 440 10

Barbara Lubisch, Bundesvorsitzende Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)

Einführung

Mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) wurde 1999 ein neuer akademischer Heilberuf neben der Medizin etabliert. Dieser war als eigenständiger Heilberuf definiert, mit dem Recht, nicht in der Delegation zu arbeiten sondern selbst die Indikation für Heilbehandlungen zu stellen und eigene Heilberufskammern zu gründen. Damit verbunden war die Integration in das System der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Beruf hat sich seitdem deutlich entwickelt, die psychotherapeutische Versorgung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist eine selbstverständliche Möglichkeit geworden. Einiges am PsychThG hat sich aber inzwischen als ‚renovierungs- und modernisierungswürdig‘ herausgestellt und die Herausforderungen an die Aufgaben der Psychotherapeuten sind gewachsen. Vor zwei Jahren, auf dem 21. Deutschen Psychotherapeutentag, hat der Ministerialdirigent im BMG, Dr. Volker Grigutsch, dem Berufsstand eine Reform des PsychThG angeboten, die der Profession der Psychotherapeuten neue Freiheitsgrade bieten und zentrale Ziele ermöglichen würde: eine angemessene Vergütung während der Weiterbildung, eine Aufhebung der Befugnisseinschränkungen, die Aufhebung der Begrenzung auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren, eine größere Beteiligung der Psychotherapeuten an der Versorgung. Er eröffnete damals nicht weniger als den Ausblick auf einen starken, selbständigen akademischen Heilberuf jenseits der Gängelung durch Institutionen und andere Berufe.

Der Berufsstand hat sich seitdem damit befasst, wie eine Reform konkret aussehen könnte. DPtV, DVT und <unith> haben sich in ihren Verbänden und mit

einander intensiv mit Fragen nach den notwendigen Strukturveränderungen beschäftigt und in mehreren Veranstaltungen Fachleute gewinnen können, ihre Ideen vorzutragen und zu diskutieren.

Im 3. Ideenwettbewerb wurde wiederum unter dem Motto „Was wäre, wenn ein Direktstudium käme?“ daran gearbeitet, das Modell von Studium mit Approbation und anschließender Weiterbildung konsequent weiterzudenken und dessen Realisierbarkeit zu prüfen. Besonders hervorzuheben ist das im Artikel von Fydrich und Körner beschriebene Konzept eines Studiengangs, das von den Vertretern der Klinischen Psychologie und den psychodynamischen Hochschullehrern gemeinsam erarbeitet wurde. Tripp untersucht, welche Veränderungen mit einer Approbation nach dem Studium verbunden wären und wie der Patientenschutz dann gesichert wird. Hahn schildert die Erfahrungen und Herausforderungen bei der Reform der ärztlichen Weiterbildung. Worringer beschreibt die Notwendigkeit psychotherapeutischer Kompetenzen im Bereich Rehabilitation. Hasebrook und Ströhm gehen in ihren Beiträgen auf die betriebswirtschaftliche Situation künftiger Weiterbildungsinstitute und auf die Frage nach der Sicherung der Qualität der Aus-/Weiterbildung ein.

Die Beiträge sollen dazu anregen, sich aktiv an der Gestaltung einer möglichen Reform zu beteiligen. Dr. Heike Winter zitierte dazu in ihrem Einführungsvortrag den Mathematiker Lichtenberg: „Ich weiß nicht, ob es besser wird, wenn es anders wird. Aber es muss anders werden, damit es besser werden kann“.

Prof. Dr. Thomas Fydrich, Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Prof. Dr. Jürgen Körner, International Psychoanalytic University Berlin (IPU Berlin)

Wie könnte ein Direktstudium „Psychotherapie“ aussehen?

Es wird der Vorschlag einer Struktur eines Direktstudiums vorgestellt, welches nach Bachelor- und Masterstudium sowie einem Staatsexamen zu einer Approbation in Psychotherapie führt. Daran schließt sich eine mehrjährige Weiterbildung an, in deren Rahmen die alters- und verfahrensvertiefenden Kompetenzen erworben werden. Im Folgenden werden die von der Arbeitsgemeinschaft der Länderkammern vorgestellten „Kompetenzen für den Psychotherapeutenberuf in Studium und Aus-/Weiterbildung“ vom Mai 2014 mit Blick auf ein akademisch-universitäres Studium in sieben Bereichen erörtert und in Hinblick auf ein Bachelor- und Masterstudium konkretisiert. Diese Überlegungen könnten Basis für eine Approbationsordnung sein, nach der mit dem erfolgreichen Abschluss der skizzierten Studiengänge die Voraussetzung für die Teilnahme an einem Staatsexamen mit anschließender Approbation erfüllt wird. Es wird eine Reihe von Hürden und Aufgaben diskutiert, die bei der Umsetzung des so genannten basalen Direktstudiums zu berücksichtigen sind. Hintergrund dieses Beitrages ist das von der Kommission „Psychologie und Psychotherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der psychodynamischen Hochschullehrer sowie Experten

aus den Wissenschafts- und Praxisbereichen Medizin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und -psychiatrie verfassten Text zur Struktur eines Direktstudiums vom Oktober 2014.

Der vorgestellte Ausbildungsplan für Psychotherapeutinnen und -therapeuten fußt auf der Zusammenstellung von Kompetenzen, über die Psychotherapeuten verfügen müssen, um ihren Beruf verantwortungsvoll und selbstständig ausüben zu können. Diese Kompetenzen werden während des Studiums und der anschließenden Weiterbildung vermittelt. Nach Abschluss des Studiums sind die Psychotherapeuten in der Lage, psychische Störungen, psychosomatische Störungen und psychische Faktoren bei körperlichen Krankheiten zu diagnostizieren, Indikationsstellungen vorzunehmen, selbstständig grundlegende psychotherapeutische Techniken durchzuführen und nachfolgend im Rahmen der Weiterbildung unter Supervision Behandlungen vorzunehmen. Während der Weiterbildung erwirbt der Therapeut vertiefte Kenntnisse, praktische Fertigkeiten und Erfahrungen in mindestens einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren entweder für den Altersbereich Kinder- und Jugendliche oder Erwachsene, so dass er nach Abschluss der Weiterbildung selbstständig Psychotherapie im Rahmen von Behandlung, Prävention und Rehabilitation

durchführen und weitere Maßnahmen zur psychischen Gesundheit planen, durchführen und evaluieren kann.

Die notwendigen theoretischen und praktischen Qualifikationen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden im Rahmen von sieben Kompetenzbereichen dargestellt. Diese sind:

1. Menschliches Erleben und Verhalten und deren Entwicklung
2. Methoden wissenschaftlicher Forschung
3. Störungslehre: Psychische Störungen und psychische Faktoren bei somatischen Erkrankungen
4. Diagnostik und Begutachtung
5. Psychotherapeutische Methoden und Verfahren in Behandlung, Prävention und Rehabilitation
6. Institutionelle, rechtliche und ethische Rahmenbedingungen
7. Reflexion/Selbsterfahrung.

Da bisherige Studiengänge (der Psychologie) an den meisten Universitäten nicht in ausreichendem Maße Basiskenntnisse der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren sowie praktische Handlungskompetenzen vermitteln, gehen wir in diesem Vortrag vertieft auf den Bereich 5 (*Psychotherapeutische Methoden und Verfahren in Behandlung, Prävention und Rehabilitation*) ein; die anderen Bereiche werden nur kurz in Hinblick auf das Ziel der Ausbildung skizziert.

Bereich 1: Menschliches Erleben und Verhalten und deren Entwicklung

Auf der Grundlage umfassender Kenntnisse der psychologischen sowie der biologischen und sozialen Faktoren menschlichen Erlebens und Verhaltens verfügen Psychotherapeuten am Ende ihrer Ausbildung über die Kompetenz, normale und abweichende Erlebens- und Verhaltensweisen und deren Entwicklung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Einflussfaktoren über die gesamte Lebensspanne hinweg differenziert zu beurteilen.

Biopsychologische, neurowissenschaftliche, erziehungswissenschaftliche bzw. (sozial-)pädagogische, sozialwissenschaftliche und medizinische Grundlagen müssen in einem Umfang und in einer Form bekannt sein, dass deren Einfluss auf die körperliche und psychische Entwicklung von Personen sowie deren aktuelles Erleben und Verhalten berücksichtigt wird.

Diese Kompetenzen werden im Rahmen des Studiums erworben. Dazu sind Lehrveranstaltungen im Bachelor-/ersten Studienabschnitt und Master-Studium/zweitem Studienabschnitt (Gesamtumfang 65 ECTS) vorgesehen. Hierzu gehören vor allem die inhaltlichen Bereiche von Motivation, Emotion, Lernen, Gedächtnis, Wahrnehmung, Sozialpsychologie, Psychologie der Entwicklung, der Persönlichkeit sowie biologische Grundlagen des Erlebens und Verhaltens. Die Inhalte umfassen sozialwissenschaftliche Aspekte und sozialrechtliche Grundlagen (vor allem Milieu, Relevanz von Ethnien, Migration, Gender, soziale Schicht) sowie medizinische Grundlagen.

Bereich 2: Methoden wissenschaftlicher Forschung

Psychotherapeuten haben die inhaltliche und methodische Kompetenz, wissenschaftliche Befunde sowie Neu- und Weiterentwicklungen im Fach selbständig hinsichtlich deren Methodik und Aussagekraft zu bewerten und darin begründete Handlungsentscheidungen zu treffen. Sie erwerben im Studium fundierte wissenschaftstheoretische Kenntnisse sowie die Kompetenz, die Bedeutung

der Ergebnisse empirischer, experimenteller und nicht experimenteller, wissenschaftlicher Studien einzuschätzen. Dazu erwerben sie Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen im Einsatz qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden. Sie lernen, wissenschaftliche Untersuchungen zu planen, durchzuführen und auszuwerten, sowohl aus Sicht des Untersuchers als auch aus Sicht des Untersuchten. Sie sind in der Lage, deskriptive und interferenzstatistische Methoden und weitere statistische Verfahren zur Auswertung der Ergebnisse von Grundlagen- und Anwendungsforschung im Bereich psychischer Erkrankungen und deren Behandlung sowie methodische Kenntnisse epidemiologischer Forschung anzuwenden. Sie sind weiterhin in der Lage, diese Kompetenzen in Beziehung zu setzen und im Rahmen einer selbstständig durchgeführten anspruchsvollen wissenschaftlichen Arbeit („Master-Arbeit“) umzusetzen. Diese Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen befähigen sie, Forschungsbefunde und deren Aussagekraft für die psychotherapeutische Praxis zu beurteilen und in die eigene Arbeit mit Patienten zu integrieren.

Diese Kompetenzen werden während des Studiums erworben. Dazu sind Lehrveranstaltungen im Gesamtumfang von 55 ECTS vorgesehen, sowie 30 ECTS für eine wissenschaftliche Abschlussarbeit

Die Lehrveranstaltungen umfassen vor allem die Bereiche Statistik, quantitative und qualitative Methoden der empirischen Kenntniserwerbungs, Psychotherapieforschung, Versorgungsforschung, Wissenschaftstheorie.

Im Rahmen der Weiterbildung werden die Kenntnisse vertieft, um vor allem im Rahmen der Indikationsentscheidungen und der Beurteilung der Aussagekraft diagnostischer Informationen wissenschaftlich fundierte Entscheidungen im Einzelfall treffen zu können und die Qualität der eigenen Arbeit prüfen und sichern zu können.

Bereich 3: Störungslehre: Psychische Störungen und psychische Faktoren bei somatischen Erkrankungen

Psychotherapeuten verfügen über ein umfassendes Verständnis und umfassende Kenntnisse psychischer, somatopsychischer und neuropsychologischer Störungen sowie psychischer Faktoren bei körperlichen Erkrankungen. Basis dafür ist das Wissen über Erscheinungsformen, Klassifikation, Entwicklung und Verlauf dieser Störungen sowie über Befunde und verschiedene Theorien und Modelle zur Erklärung ihrer Entstehung und ihrer Aufrechterhaltung. Sie sind in der Lage, normales und abweichendes Erleben und Verhalten und dessen Entwicklung in Hinblick auf unterschiedliche Einflussfaktoren über die gesamte Lebensspanne hinweg differenziert zu beurteilen. Auf der Grundlage der



umfassenden Kenntnis von Merkmalen, Mechanismen und wissenschaftlichen Modellen können Psychotherapeuten relevante Krankheitsbilder erkennen und voneinander unterscheiden.

Im Studium werden diese Kenntnisse in Lehrveranstaltungen im Gesamtumfang von mindestens 24 ECTS erworben. Die Lehrveranstaltungen umfassen die Inhalte der deskriptiven Merkmale, Klassifikation, Epidemiologie, Modelle zur Entstehung psychischer Störungen einschließlich der Menschenbilder und Modelle der verschiedenen wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Richtungen. Sie lernen wissenschaftlich-empirische Befunde zu theoretischen Modellannahmen und beteiligten Mechanismen zur Prädisposition, Auslösung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Störungen sowie die Berücksichtigung entwicklungspsychopathologischer Aspekte und Epidemiologie.

Bereich 4: Diagnostik und Begutachtung

Psychotherapeuten haben die Kompetenz zur Diagnostik psychischer und psychosomatischer Störungen sowie psychischer Merkmale bei körperlichen Krankheiten. Sie können diagnostische Untersuchungen zur Erfassung psychischer und relevanter somatischer Merkmale durchführen und die Ergebnisse wissenschaftlich fundiert interpretieren. Um diese Fertigkeiten zu erreichen, müssen die methodischen (inklusive der mathematischen und statistischen) Grundlagen der Diagnostik in einer Weise bekannt sein, dass die Befunde im Einzelfall hinsichtlich ihrer Verlässlichkeit, Bedeutsamkeit und Aussagekraft eingeschätzt werden können. Hierzu sind fundierte Kenntnisse der Gütekriterien psychodiagnostischer Methoden (Psychometrie) ebenso notwendig wie Kenntnisse der Testkonstruktion und Test-Evaluation.

Psychotherapeuten sind in der Lage, psychodiagnostische Verfahren inklusive strukturierter diagnostischer Interviews, Anamneseerhebungen und Explorations fachgerecht auszuwählen, durchzuführen, auszuwerten und zu interpretieren. Zu den weiteren Fähigkeiten gehören die Durchführung und Auswertung systematischer Beobachtungen, die neuropsychologische Diagnostik, die Methoden und Verfahren der Verlaufs- und Veränderungsdiagnostik sowie die Prozess- und Ergebnisevaluation. Unter Berücksichtigung der Entwicklung von Fähigkeiten und individuellen Fertigkeiten über die gesamte Lebensspanne können Psychotherapeuten Verfahren der Persönlichkeits- und Leistungsdiagnostik einschließlich der Diagnostik neuropsychologischer Funktionen fachgerecht auswählen, einsetzen und interpretieren.

Entsprechend der jeweiligen diagnostischen Fragestellungen können Psychotherapeuten inhaltlich und methodisch begründete Entscheidungen darüber treffen, welche diagnostischen Verfahren im Einzelfall unter besonderer Berücksichtigung vom Lebensalter und Entwicklungsstand des Patienten relevant sind. Psychotherapeuten können sowohl eigene Beurteilungsfelder sowie mögliche Ungenauigkeiten, Fehler oder Fehlerbereiche von standardisierten oder strukturierten

psychometrischen Verfahren hinsichtlich ihrer klinischen Bedeutsamkeit einschätzen. Weiterhin sind sie in der Lage, gutachterliche Fragestellungen auf der Basis diagnostischer Informationen zu beantworten, Befunde darzustellen, zu interpretieren und im Rahmen von Gutachten zu vermitteln.

Vermittelte Inhalte im Studium (Umfang: 29 ECTS) umfassen die methodischen Grundlagen der Diagnostik, die dimensionale und kategoriale Diagnostik psychischer Störungen und psychischer Faktoren bei (primär) somatischen Erkrankungen. Weiterhin die Gesprächsführung, Beobachtungsmethoden. Angewandte Diagnostik psychischer Funktionen und Strukturen (einschließlich Fragebogenverfahren, Intelligenz- und Leistungstests, diagnostische Gesprächsführung sowie profunde Kenntnisse über Einsatz von teilstandardisierten und standardisierten Interview- und Testverfahren (zum Beispiel strukturierte Verfahren wie das strukturierte klinische Interview für psychische Störungen SKID oder die operationalisierte psychodynamische Diagnostik, OPD). Zusätzlich Methoden der Psychotherapieevaluation und der Qualitätssicherung. Auch Grundlagen der medizinischen Differentialdiagnostik werden im Studium vermittelt.

Bereich 5: Psychotherapeutische Methoden und Verfahren in Behandlung, Prävention und Rehabilitation

Psychotherapeuten kennen alle wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden hinsichtlich ihrer theoretischen Begründungen, die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Überprüfung und der praktischen Vorgehensweisen. Sie haben die Kompetenz zur Bewertung von Chancen, Risiken und Grenzen der verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze. Sie kennen die wissenschaftlichen Kriterien zur Bewertung psychotherapeutischer Methoden und Verfahren, vor allem in Hinblick auf die Beurteilung ihrer Wirksamkeit und der Nachhaltigkeit der erreichten Veränderungen, und sie wissen um die Indikationsbereiche der verschiedenen Methoden und Verfahren. Dabei spielen sowohl die Empfehlungen evidenzbasierter Behandlungsleitlinien eine wichtige Rolle als auch die auf verschiedene Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Erwachsene) bezogenen spezifischen Interventionsansätze. Neben den Kenntnissen psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken verfügen die Therapeuten über eingehende Kenntnisse psychopharmakologischer Behandlung und weiterer psychologischer, sozialer, pädagogischer und medizinischer Interventionen auch außerhalb von Diagnostik und Behandlung von Krankheiten (zum Beispiel schulische oder betriebliche Prävention).

Über diese Kenntnisse hinaus erwerben die Psychotherapeuten während des Studiums praktische Fertigkeiten und Erfahrungen in grundlegenden therapeutischen Methoden und Techniken. Sie erwerben in mindestens 3 verschiedenen Verfahren/Methoden praktische Erfahrungen. Bei mindestens zwei dieser Therapieansätze muss es sich um unterschiedliche wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren handeln; der dritte Therapieansatz kann eine wissenschaftlich anerkannte Methode oder ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren sein, oder eine Neuentwicklung therapeutischer Verfahren/Methoden, deren wissenschaftliche Anerkennung absehbar ist. Psychotherapeuten erwerben unter Anleitung entsprechend qualifizierter Psychotherapeuten grundlegende Handlungskompetenzen und Erfahrungen während des Studiums. Diese werden zum Teil in der praktischen Arbeit mit Patienten erworben.

Im Rahmen der Weiterbildungsphase erfolgt die vertiefte Ausbildung in Theorie und Praxis für mindestens ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren. Therapeuten erlernen während der Weiterbildung vertiefte praktische Kompetenzen derart, dass sie für den gesamten Bereich der Störungen des entsprechenden



Altersbereichs, für den Psychotherapie indiziert ist, mindestens ein wissenschaftlich anerkanntes therapeutisches Verfahren bzw. mindestens eine wissenschaftlich anerkannte Methode beherrschen. Sie können diese Kenntnisse und Erfahrungen in der praktischen Fallarbeit selbständig anwenden.

Neben dem Einsatz von Psychotherapie zur Behandlung von Störungen und Krankheiten verfügen Psychotherapeuten über Kenntnisse und Fertigkeiten für die Nutzung therapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken im Rahmen der Prävention und der Rehabilitation. Sie kennen die Standards des Qualitätsmanagements und wenden es auf ihre praktische Tätigkeit an.

Im Studium werden das grundlegende Wissen und die grundlegenden praktischen Fertigkeiten erworben. Die Fertigkeiten werden in der Weiterbildung vertieft und unter Supervision angewendet. Im Rahmen des Studiums sind für diesen Bereich Lehrveranstaltungen im Gesamtvolumen von mindestens 53 ECTS vorgesehen. Dabei werden im Studium Lehre für den Erwerb von Basis-Handlungskompetenzen für mindestens drei wissenschaftlich anerkannte Verfahren/Methoden im Umfang von mindestens 18 ECTS angeboten. Dabei müssen die auch sozialrechtlich anerkannten Verfahren mindestens im Umfang von je 6 ECTS praxisnah gelehrt werden.

Zum Erwerb von Praxiskompetenzen sind zusätzlich die Teilnahme an studienbegleitenden Praktika vorgesehen.

Während der Weiterbildung erfolgt eine Vertiefung der praktischen Fertigkeiten und die Vermittlung praktischer Erfahrungen unter Supervision in mindestens einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren entweder primär bei Kindern- und Jugendlichen oder bei Erwachsenen. Die praktische Qualifikation erfolgt derart, dass Psychotherapeuten für den gesamten Bereich der Störungen, für die Psychotherapie in dieser Altersstufe indiziert ist, mindestens ein wissenschaftlich anerkanntes therapeutisches Verfahren bzw. mindestens eine wissenschaftlich anerkannte Methode beherrschen.

Bereich 6: Institutionelle, gesetzliche und ethische Rahmenbedingungen

Psychotherapeuten kennen Theorien, Konzepte und wissenschaftliche Befunde zu Lebenswelt, Lebenslage, Milieu und Kultur und deren Relevanz für psychische Störungen und deren Behandlung. Sie sind in der Lage, die Rolle kultureller Aspekte, der ethnischen Herkunft bzw. Zugehörigkeit, des Erlebens von Migration sowie des Einflusses sozialer und wirtschaftlicher Benachteiligung und möglicher Stigmatisierung einzuschätzen und zu berücksichtigen. Sie kennen die relevanten rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, der Sozialsysteme und des Bildungswesens. Sie sind vertraut mit den verschiedenen im Gesundheitssystem tätigen Berufsgruppen und deren Tätigkeitsfeld und mit den Behandlungsmöglichkeiten in stationären, teilstationären und ambulanten sowie (sozial-)pädagogischen und anderen Settings. Sie kennen die Kriterien zur Beurteilung von Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit.

Im Rahmen des Studiums sind dazu – zusätzliche Lehre zum Thema in anderen Themenblöcken – Lehrveranstaltungen im Gesamtvolumen von mind. 15 ECTS vorgesehen. Dazu gehören Geschichte der Psychologie und Psychotherapie, Berufsordnungen, ethische Grundlagen wissenschaftlichen und praktischen Handelns bei psychologischen und psychotherapeutischen Fragestellungen. Weiterhin sind folgende Inhalte zu lehren: Psychosoziale Versorgung inklusive Public Health, Prävention, Beratung, Gesundheitsförderung, Gesundheitssystem, Behandlungssettings und Berufsethik. Zu den Inhalten gehören auch relevante Aspekte der Medizin zu Rahmenbedingungen präventiven, thera-

peutischen und rehabilitativen Handelns sowie Inhalte aus den Bereichen pädagogischer und sozialpädagogischer Behandlungs- bzw. Beratungssettings inklusive sozialrechtlicher Fragen, rechtlicher Rahmenbedingungen und sozialwissenschaftlicher Themen (z.B. Milieu; Anthropologie; Migration).

Bereich 7: Reflexion und Selbsterfahrung

Psychotherapeuten wissen um den Einfluss der eigenen Person auf ihr diagnostisches und therapeutisches Handeln. Sie erwerben die Fähigkeit, eigene Interessen, Affekte und Impulse während des psychotherapeutischen Prozesses zu erkennen und zu regulieren. Sie wissen um die Bedeutung der Therapeut-Patient Beziehung und sind in der Lage sie so zu gestalten, dass der therapeutische Prozess gezielt gefördert wird. Sie beherrschen Methoden und Strategien der Interaktion und Kommunikation zur Gestaltung des therapeutischen Prozesses in Einzel- und Gruppentherapien.

Die Kompetenzen zur Reflexion der eigenen Tätigkeit werden während des Studiums im Zusammenhang mit dem Erwerb therapeutischer Methoden und Verfahren grundlegend vermittelt. Während der Praktika sammeln die Personen erste einschlägige Erfahrungen in Einrichtungen zur Behandlung psychischer Störungen (einschließlich Psychiatrie). Die Praktika sollten von Supervision/Selbsterfahrung begleitet sein.

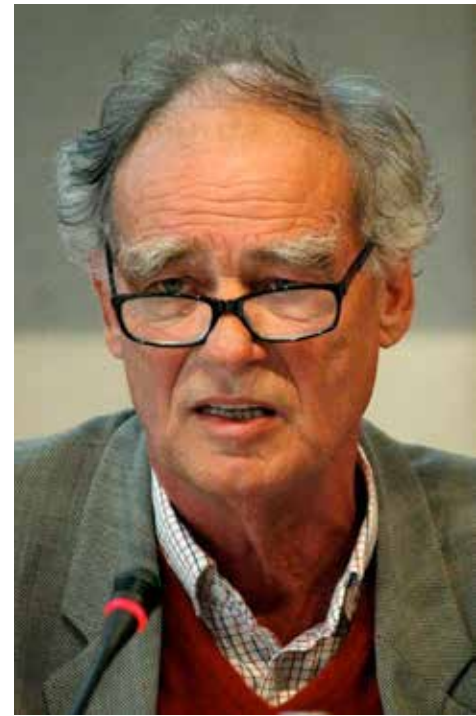
Der hier vorgestellte Vorschlag sieht die Integration des Kompetenzbereichs „Selbstreflexion, Selbsterfahrung“ innerhalb bereits aufgeführter Lehrveranstaltungen vor (z.B. „Praxis der Psychotherapie“). Es besteht auch die Möglichkeit, explizite Selbsterfahrungsseminare durch externe Veranstaltungsleiter (die in keiner sonstigen beruflichen Verbindung zur Universität stehen) durchzuführen.

Der Großteil der Selbsterfahrung, die wesentliche verfahrensspezifische Formen und Inhalte erfordert, erfolgt während der Weiterbildung im Zusammenhang mit der eigenen praktischen psychotherapeutischen Tätigkeit.

Erwerb praktischer Handlungskompetenzen im Studium

Neben der Vermittlung von Kenntnissen werden bereits während des Studiums praktische Fertigkeiten und Erfahrungen durch approbierte und klinisch erfahrene Dozenten der unterschiedlichen wissenschaftlich anerkannten Verfahren vermittelt. Dies geschieht auf unterschiedlichen Wegen, die im Folgenden noch einmal zusammenfassend dargestellt sind.

- Übungen zu Gesprächsmethoden
- Übungen zu diagnostischen Methoden (einschließlich Beobachtungsmethoden, Klassifikation, Befunderhebung, Anamneseerhebung, Gutachtenerstellung, Teilnahme an Erstgesprächen und diagnostischen Sitzungen)



- Übungen zu verschiedenen therapeutischen Techniken, Methoden und Verfahren, einschließlich Selbstreflexion
 - Analyse von Fallvignetten bzw. Kasuistiken, Videobeispielen und Rollenspielen zu Patientenverhalten
 - Beteiligung an längeren/intensiveren Therapiephasen von approbierten Psychotherapeuten mit der Möglichkeit der Übernahme einzelner diagnostischer und therapeutischer Elemente, einschließlich Selbstreflexion
 - Praktische Beteiligung an der Therapieforschung
 - Erstellung eines Gutachtens unter Anleitung
 - Mindestens vier Monate externe Praktika in Anwendungsbereichen, davon mind. die Hälfte in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie in weiteren Anwendungsbereichen mit Relevanz für seelische Gesundheit.
- Die Lehrveranstaltungen zum Erwerb praktischer Handlungskompetenzen (exkl. externe Praktika) müssen mind. 30 ECTS umfassen und können auch als ein „Praxissemester“ geblockt werden. Die Übungselemente müssen die Breite des Spektrums des Indikationsbereichs der Psychotherapie berücksichtigen.
- Zusammenfassend sollen die wesentlichen Punkte der strukturellen Veränderungen dargestellt und auf die notwendigen und noch zu klärenden Aspekte der Ausbildungsreform eingegangen werden.
- Ein Studiengang bzw. die (Bachelor- und Master-) Studiengänge, die zur Psychotherapie-Approbation führen, beinhalten alles, was zum Kompetenzerwerb notwendig ist. Die zukünftige Approbationsordnung umfasst den Kompetenzkatalog. Die Studiengänge müssen die Anforderungen der Approbationsordnung erfüllen. Diese beinhalten alle notwendigen psychologischen, biologischen und sozialwissenschaftlich sowie rechtlich relevanten

Inhalte. Es müssen alle wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und -methoden gelehrt werden; dabei die sozialrechtlich anerkannten mit einer gründlichen Praxisvertiefung. Auch die Selbstreflexion hat einen Mindestanteil im Studium. Weiterhin sind Quereinstiege aus verschiedenen Studiengängen zu ermöglichen.

Es ist weiterhin zu sichern, dass für eine gute psychotherapeutische Versorgung genügend Studienplätze zur Verfügung stehen.

Grundsätzlich ist eine wie die hier skizzierte Reform nur dann möglich, wenn entsprechende finanzielle und strukturelle Ressourcen im Rahmen der Reform gesichert werden.

Vorteile einer Reform mit dem Ziel der basalen Direktausbildung sehen wir vor allem in den folgenden Punkten:

- Die Reform sichert eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Versorgung auf der Basis einer für den gesamten Bereich der Psychotherapie hoch qualifizierten akademischen Studiums.
- Ein Studium mit abschließender Approbation ist die Grundlage für die Finanzierung von Assistenzpsychotherapeutinnen und -therapeuten.
- Ein Problem mit dem ungeklärten Zugang zur Psychotherapieaus- und -weiterbildung wird es bei dieser Reform nicht geben.
- Ein Direktstudium sichert die Psychotherapie als freien, akademischen Heilberuf und ermöglicht, dass Approbierte in Psychotherapie auch Führungs- und Leitungsaufgaben in relevanten Gesundheitsversorgungsbereichen übernehmen können. Es verhindert, dass Psychotherapie mittel- und langfristig zu einem Heil-Hilfsberuf wird.

Jürgen Tripp, Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)

Approbation nach dem Studium - wie geht das?

Rechtliche Implikationen, notwendige Fertigkeiten, Patientenschutz

Bei dem was ich vortrage, handelt es sich nicht um eine abgestimmte Position im Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT), für den ich arbeite. Im DVT wird auch noch sehr viel diskutiert über diese Themen, es gibt da durchaus sehr unterschiedliche Meinungen. Ich habe mich mit einigen Fragestellungen, die das Thema Approbation betreffen und mit verschiedenen Argumenten im Detail auseinandergesetzt. Ich will das hier darstellen und damit vor allem zur Diskussion anregen.

Es geht darum: Die Approbation als Psychotherapeut. „Die Approbation berechtigt den Psychologischen Psychotherapeuten zu Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie im Sinne § 1 Abs. 3 Satz 1 des Psychotherapeuten-Gesetzes“. Das bezieht sich auf die Legaldefinition für Psychotherapie. Die Approbation gibt es seit 1999, das wissen Sie, und 1999 wurde damit auf die Frage „Wer ist Psychotherapeut?“ eine neue Antwort gegeben. Vor 1999 lautete die Antwort auf diese Frage „Jeder, der sich dafür hält, ist Psychotherapeut“. Der Begriff war nicht geschützt und wer dann auch psychotherapeutisch-heilkundlich tätig werden wollte brauchte nur die eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis für Psychotherapie. Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde das dann eingeschränkt, es konnte nicht mehr einfach jeder sich Psychotherapeut nennen, sondern Psychotherapeut ist seitdem, wer bestimmte akademische Zugangsvoraussetzungen erfüllt und wer eine vertiefte Ausbildung in einem

wissenschaftlich anerkannten Verfahren absolviert hat. Das war ein großer Schritt 1999, dass nicht mehr irgendeine Ausbildung in irgendeinem Verfahren jemand als Psychotherapeut qualifiziert, sondern dass das auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren beschränkt wurde und das darin auch eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen werden musste.

Wenn man sich mal im Psychotherapeutengesetz (PsychThG § 1 (1)) genau anguckt, was die Approbation eigentlich beinhaltet, dann fallen zwei Dinge auf. Es geht um die Berechtigung zur heilkundlichen Psychotherapie in Verbindung mit der Berufsbezeichnung als Psychotherapeut. Wer das machen will, der bedarf dieser Approbation.

Beim Vorschlag zur Direktausbildung geht es jetzt darum, dass die Approbation nach dem Studium ohne eine vertiefte Ausbildung im wissenschaftlich anerkannten Verfahren erfolgen soll. Das heißt nicht, dass gar nicht in wissenschaftlich anerkannten Verfahren ausgebildet wird, Sie haben das ja gerade gehört (bezieht sich auf Vortrag von Fydrich und Körner) – die wissenschaftlich anerkannten Verfahren sollen durchaus Teil des Studiums sein, aber es soll keine vertiefte Ausbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren im Studium geben. Das wäre dann erst Teil der Weiterbildung. Und es würde nicht gleichzeitig die Fachkunde mit der Approbation erreicht. Da jetzt nicht mehr die ver-

tiefe Ausbildung Teil der Approbation ist, ist es auch ein Stück weit folgerichtig, dass die Legaldefinition der Psychotherapie geändert wird und dass darin der Bezug zum wissenschaftlich anerkannten Verfahren nicht mehr auftaucht, was wie gesagt nicht heißt, dass die wissenschaftlich anerkannten Verfahren keine Bedeutung mehr haben. Die Fachkunde wird dann durch die Weiterbildung vermittelt und dem entsprechen erfolgt die vertieft verfahrensbezogene Qualifikation dann also erst nach der Approbation in der Weiterbildung.

Die Kritik daran ist bekannt: „das Niveau der Approbation wird abgesenkt“ – da muss man sagen, ja das stimmt, das ist ja auch gerade schon deutlich geworden. Es kann nicht das Niveau der bisherigen Approbation mit gleichzeitiger Fachkunde durch ein Studium erreicht werden.

Ein weiterer Kritikpunkt lautet: „Das sei nicht angemessen für Psychotherapeuten, weil Psychotherapeuten Spezialisten sind, eher wie Zahnärzte, und nicht Generalisten, wie Mediziner. Weil Psychotherapie eigentlich ein Fachgebiet der Medizin ist, was in der Spezialistenausbildung nicht noch einmal wieder in Spezialgebiete aufgliedert werden sollte.“ Da mach ich mal ein Fragezeichen hinter. Da bin ich mir nicht so sicher, ob das so stimmt und werde gleich darauf eingehen.

Dann wird kritisiert, dass wenn die Approbation nach dem Studium erfolgt, gar keine heilberufliche Behandlungsqualifikation erworben werden kann. Das versee ich auch erst einmal mit einem Fragezeichen.

Und es wird behauptet, „Verfahrensübergreifende Psychotherapie, also Psychotherapie ohne vertieften Verfahrensbezug, wie sie dann im Studium gelehrt wird, sei nicht evidenzbasiert und deswegen ginge das auch nicht.“ Auch das muss man sich auch noch einmal genauer angucken.

Und als Konsequenz aus dem vorhergehenden Punkten ergibt sich die Kritik, dass die Patienten gefährdet werden, wenn die Approbation schon nach dem Studium verliehen wird. Auch das will ich mit einem Fragezeichen versehen. (Zu den Kritikpunkten vgl. Gleiniger, 2013; Fliegel, 2013; Schäfer, 2013; Michelman, et al., 2013)

Zur Frage Generalisten vs. Spezialisten sagt Prof. Kingreen in einem juristischen Gutachten für die DPTV: „es bedarf der fachwissenschaftlichen Prüfung, ob es in der Psychotherapie Fachgebiete oder Verfahren gibt, die eine fachärztliche Anerkennung tragen. Dabei ist es unwesentlich, dass die Ausdifferenzierung geringer ist als in ärztlichen Bereich; Entscheidend ist, ob es überhaupt Teilbereiche in der Psychotherapie gibt, die sich zu einem Fachpsychotherapeuten verselbständigen lassen. Dass dies der Fall ist, belegt schon der bisherige Rechtszustand“ (Kingreen, 2009, S. 35).

Herr Kingreen meint damit, dass es nicht zwangsläufig genauso viele Spezialisierungen wie in der Humanmedizin, geben muss. Es würde eigentlich schon reichen, wenn es zumindest zwei Spezialisierungen, zwei Fachgebiete gibt, in die sich die Berufstätigkeit nach der Approbation aufteilen lässt. Und das dies der Fall ist, sieht er schon darin belegt, dass es jetzt die beiden unterschiedlichen Berufe – KJP und PP gibt. Und wenn es dann nur noch einen Beruf „Psychotherapeut“ gäbe ist das natürlich naheliegend, dass diese beiden Berufe dann in der Spezialisierung in Fachgebieten abgebildet werden.

Dann kann man die Frage stellen, sind Zahnärzte tatsächlich so sehr Spezialisten, wie das behauptet wird? Da sagt Kingreen auch, dass dieser Verzicht auf eine statusbegründende Spezialisierung bei den Zahnärzten berufspolitisch begründet sei (Kingreen, 2009, S. 27). Der Wissenschaftsrat stellt dazu auch fest, dass es in anderen Industrienationen durchaus eine stärkere Ausdifferenzierung der zahnärztlichen Berufstätigkeit gibt als in Deutschland und empfiehlt

weiter, dass die Zahnärzte sich auch stärker spezialisieren sollten, da durch den medizinischen Fortschritt die Beherrschung des gesamten modernen Behandlungsrepertoires nicht von jedem einzelnen Zahnarzt abgedeckt werden kann (Wissenschaftsrat, 2005, S. 14-16). Und hier sehen wir jetzt ein anderes Kriterium, als die Frage sind es Generalisten oder sind das Spezialisten, sondern hier ist die Frage: „Kann jemand in einer grundständigen Ausbildung alles das lernen, was er für die Berufstätigkeit in ihrer gesamten Breite braucht, oder überfordert das eine grundständige Ausbildung?“ Der Wissenschaftsrat sieht bei den Zahnärzten schon nicht, dass das möglich ist. Und auch für unser Fach sind die Diskussionen schwierig, was alles in so ein Psychotherapiestudium reingehört. Da sieht jede Interessengruppe eigentlich, dass von ihrem Gebiet tendenziell zu wenig drin ist. Ich denke alleine das zeigt schon, dass es für die Psychotherapie auch nicht möglich ist, den gesamten beruflichen Umfang in einer grundständigen Ausbildung abzubilden. Das legt nahe, dass es auch nach der Grundausbildung eigentlich einer Spezialisierung bedarf um alle Felder der Berufstätigkeit angemessen abzubilden. Und dann kann man auch fragen: „Gibt es Spezialisierung eigentlich nur für Generalisten?“ Wenn man in die Heilberufsgesetze guckt, dann findet man da diese Unterscheidung in Generalisten und Spezialisten gar nicht. Es ist allen akademischen Heilberufen, nach den Heilberufsgesetzen bzw. Heilberufskammergesetzen, freigestellt den Berufsstand oder das Berufsfeld in Gebiete, Teilgebiete und Zusatzbezeichnungen zu unterteilen. So ist es zum Beispiel auch im Heilberufsgesetz NRW den Psychotherapeuten explizit erlaubt, Gebiete und Teilgebetsbezeichnungen einzuführen. Und das Kriterium dafür, ob ein Berufsstand Gebiets- oder Teilgebetsbezeichnungen einführen kann ist in dem Gesetz auch benannt: Nämlich die wissenschaftliche Entwicklung und eine angemessene Versorgung der Bevölkerung (vgl. HeilBerG NRW § 34 (1)). Und ich glaube wenn wir uns der Frage annähern, ob wir eine Weiterbildung im Gebiet als Spezialisierung nach der Grundausbildung einführen sollten, dann sollten wir uns an diesen gesetzlichen Kriterien orientieren.

Der eigentliche Unterschied zu den Ärzten ist, dass die Humanmediziner die einzige Gruppe sind bei der die Weiterbildung auch statusrelevant ist. Es gibt ja auch bei den anderen akademischen Heilberufen Fachgebiete – bei den Zahnärzten gibt es den Oralchirurgen und den Kieferorthopäden, bei den Apothekern gibt es auch neun verschiedene Gebietsweiterbildungen, aber die sind nicht statusrelevant. Allein bei den Ärzten führt die Weiterbildung zum Facharztstatus und zum Arztregistereintrag. Sollte die eigentliche Fragestellung dann nicht sein, ob die Spezialisierung in Gebieten bei den Psychotherapeuten statusrelevant sein sollte? Da auch jetzt schon der Verfahrensbezug und die Spezialisierung auf eine Altersgruppe statusrelevant sind, weil daran die Fachkunde gebunden ist (s. § 95 c SGB V und Psychotherapievereinbarung), denke ich, dass es naheliegend wäre, wenn es eine Weiterbildung in Psychotherapie nach dem Direktstudium gäbe, dass diese dann auch statusrelevant sein sollte und zum Arztregistereintrag und zur Fachkunde für eine Altersgruppe und ein Verfahren führen sollte.

Als Zwischenfazit des Themas Generalisten vs. Spezialisten kann man feststellen, dass die Heilberufsgesetze keine Unterscheidung in Generalisten und Spezialisten kennen und alle akademischen Heilberufe gleichberechtigt sind in der Möglichkeit sich in Fachgebiete zu spezialisieren. Aber wenn man bei dieser Begrifflichkeit von Generalisten und Spezialisten trotzdem bleiben will, kann man vielleicht feststellen, dass Psychotherapeuten weniger Generalisten als Ärzte, aber auch weniger Spezialisten als Zahnärzte sind. Aber auch, dass die Einteilung in Fachgebiete sich nicht an anderen Gesundheitsberufen orientieren sollte, sondern an den gesetzlichen Kriterien.

Wenn man sich mal zum Vergleich die ärztliche Approbationsordnung anschaut und guckt, wie ist da die ärztliche Approbation beschrieben, dann ist ganz klar, dass die Ausbildung wissenschaftlich und praktisch sein soll und der

Arzt eigenverantwortlich und selbstständig zur ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zur ständigen Fortbildung befähigt sein soll. Und das alles soll auf wissenschaftlicher Grundlage, Praxis- und Patientenbezogen erfolgen und dann sollen in verschiedenen Bereichen Grundlagenwissen und Grundkenntnisse vermittelt werden, sowie für das ärztliche Handeln erforderliche allgemeine Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten und praktische Erfahrung im Umgang mit Patienten (s. Approbationsordnung für Ärzte § 1 (1)). Und wenn man sich anschaut, wie sich das im Laufe der Zeit geändert hat, wie dieses Ziel der ärztlichen Approbation erreicht wurde, dann sieht man, dass es in der Geschichte der ärztlichen Approbation immer eine Diskussion darum gab, wie viel Praxis jemand braucht, um die Approbation als Arzt zu bekommen und wo diese Praxis am besten angesiedelt ist. Ist das am besten angesiedelt im Studium in Form von Patientenorientierter Lehre, am Ende des Studiums in Form eines Praktischen Jahres, zwischen Ende des Studiums und vor der Approbation als „Arzt in Praktikum“ oder auch nach der Approbation noch in Form einer Assistentenzeit, oder wie jetzt in einer Weiterbildung? Es war also immer ein Kampf, was es eigentlich heißt Arzt zu sein und wie viel Praxis dafür erforderlich ist. Und es hängt sicherlich auch von den jeweilig historischen Gegebenheiten ab.

Wenn man in die heutigen Vorschläge oder Vorstellungen reinguckt, dann kann man schauen beim gerade diskutierten nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog für Medizin (NKLM) und für Zahnmedizin (NKLZ). Da werden verschiedene Kompetenzschritte definiert, die zur Approbation führen. Die Grundlagenkompetenz für die wissenschaftlichen Grundlagen, eine Wissenschaftskompetenz, also eine wissenschaftliche Methodenkompetenz, dann muss eine ärztliche Basiskompetenz für die Ausbildung mit unmittelbarem Patientenbezug aufgebaut werden, die Studierenden müssen also vorbereitet werden auf die Ausbildung mit Patientenbezug. Die Ausbildung mit Patientenbezug erfolgt dann bei den Medizinern im PJ, bei den Zahnärzten im letzten Studienabschnitt an der Uni und mit der Approbation ist dann die Weiterbildungskompetenz verbunden. Das heißt dieser Qualifizierungsweg endet nicht da, sondern das Studium endet mit einer ausreichenden Kompetenz um sich dann weiterzubilden.

Dann kann man sich fragen, was heißt eigentlich Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit, wie das in der Approbationsordnung der Ärzte beschrieben ist. Ich habe dazu eine interessante Textpassage gefunden in einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Linksfraktion. Die Linksfraktion hatte sinngemäß gefragt, wie ist das eigentlich bei den Ärzten, die nach ihrem Studium dann Facharztausbildung mit psychotherapeutischen Bezug machen, können die das eigentlich? Was für Kompetenzen haben die in ihrem Studium erworben und wie geht das eigentlich, dass sie dann direkt Patienten psychotherapeutisch behandeln können? Da hat die Bundesregierung geantwortet: „Mit Erteilung der ärztlichen Approbation ist die Befugnis zur uneingeschränkten Ausübung von Heilkunde verbunden. Davon umfasst ist auch die psychotherapeutische Tätigkeit, die deswegen von Ärztinnen und Ärzten ausgeübt werden darf. Ob es sinnvoll ist, im Rahmen der Facharztqualifikation die Ärztinnen und Ärzte bereits in dem Bereich eigenständig arbeiten zu lassen, in dem sie durch die Weiterbildung erst vertiefende Kenntnisse erwerben sollen, ist von den für die Weiterbildung zuständigen Ärztekammern zu entscheiden“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 16/12401, S.10).

Das heißt, dass die Bundesregierung also sinngemäß sagt, „die sind approbiert, die dürfen erst einmal alles“, aber im zweiten Teil wird dann klar, dass davon ausgegangen wird, dass die Ärzte eigentlich noch nicht alles können und dass das im Rahmen der Weiterbildung zu regeln ist. Also das die Eigenständigkeit doch nicht so weitgehend ist, wie man sich das erst einmal bei dem Wort Eigenständigkeit vorstellt, sondern dass die Ärzte in der Weiterbildung durchaus noch in einen Rahmen eingebunden ist. Wie das in der Weiterbildung

bei den Ärzten aussieht, dazu habe ich ein interessantes Papier der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) gefunden (Berberat, Harendza, & Kadmon, 2013). Da geht es um sogenannte anvertraubare praktische Tätigkeiten. In diesem Papier werden für ärztliche Tätigkeit Leistungsniveaustufen während der Weiterbildung definiert. Ärztliche Tätigkeit ist hier nicht als ärztliche Tätigkeit insgesamt zu verstehen, sondern das bezieht sich immer auf eine ganz konkrete ärztliche Tätigkeit. Zum Beispiel eine Anamnese zu erheben oder eine Visite durchzuführen. Und da wird davon ausgegangen, dass es für jede definierte ärztliche Tätigkeit unterschiedliche Kompetenzstufen gibt und dass die im Laufe der Weiterbildung durchlaufen werden, dass manche Tätigkeiten oder manche Kompetenzen zu Beginn der Weiterbildung schon auf höherem Leistungsniveaustufen vorliegen, aber viele Dinge auch noch nicht gekannt werden, weil der Arzt noch nicht in der Lage ist bestimmte Dinge durchzuführen, dass er das er ist Rahmen der Weiterbildung erlernt und stufenweise Schritte durchläuft. Dass er die Tätigkeit erst unter Begleitung durchführen kann, dann die Tätigkeit durchführen kann, wenn er Unterstützung anfordern kann, wenn irgendetwas Schwieriges auftritt (eine Komplikation z.B.), dass er die Tätigkeit dann erst selbstständig durchführen kann und dass er auf der höchsten Leistungsniveaustufe auch andere darin anleiten kann. Ich zeige Ihnen das, weil ich finde, dass das noch einmal zeigt, dass bei den Ärzten ganz selbstverständlich davon ausgegangen wird, dass obwohl jemand mit der Approbation zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Behandlungstätigkeit befugt ist, er vieles noch nicht kann und dies erst im Rahmen der Weiterbildung lernt. Der Weiterbildungsbefugte hat die Verantwortung zu beurteilen, welche Tätigkeiten er dem Weiterbildungsassistenten anvertrauen kann bzw. auf welchem Niveau von Selbstständigkeit er dies dem Weiterbildungsassistenten anvertrauen kann.

Wie sieht es jetzt mit der Patientensicherheit und der Behandlungsqualifikation aus? Wie ist das, wenn Selbstzahler behandelt werden, von jemandem mit einer geringeren Qualifikation, mit einem geringeren Niveau der Approbation, der vielleicht auch keine Weiterbildung macht nach der Approbation. Ich will Ihnen dazu mal ein paar Beispiele zeigen, die heute schon passieren (siehe Abbildung 1).

Jetzt stellen sie sich vor, diese Personen machen genau das gleiche, aber auf der Basis eines Studiums der Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung Psychotherapeut, optimaler Weise im Rahmen einer Weiterbildung, aber nicht zwingend, und unter Berufsaufsicht der Psychotherapeutenkammer. Wäre das eine Gefährdung der Patientensicherheit? Wie sähe es in der Weiterbildung aus? Die Behandlung wird unter Anleitung und Aufsicht begleitet durch Super-

Beispiele für jetzt zulässige psychotherapeutische Patientenbehandlung ohne Approbation

- Ein Psychologe arbeitet nach dem Diplom/Master im Rahmen der praktischen Tätigkeit in einer Klinik und behandelt dort Patienten – Ohne Approbation
- Eine Psychologin ist nach der praktischen Tätigkeit in einer Klinik angestellt und behandelt dort Patienten. Parallel zu ihrer Ausbildung - Ohne Approbation
- Eine Sozialpädagogin hat eine VDR anerkannte Ausbildung als Suchttherapeutin absolviert und behandelt suchtkranke Patienten in einer Rehaklinik – Ohne Approbation
- Ein Psychologe absolviert eine Systemische Beraterausbildung und arbeitet in einer Erziehungsberatungsstelle und „behandelt“ dort Klienten – Ohne Approbation
- Eine Psychologin beantragt eine Heilpraktikererlaubnis und behandelt parallel zu ihrer PT-Ausbildung eigenständig Patienten in eigener HPG-Praxis – Ohne Approbation

Abbildung 1

vision, Theorie und Selbsterfahrung erfolgen, auf Basis eines höheren Kompetenzniveaus. Und es wird Weiterbildungsbefugte in den Einrichtungen geben, in denen die Weiterbildungsassistenten ihre Weiterbildung absolvieren. Das heißt auch in Kliniken muss ein Kammerangehöriger weiterbildungsbefugt sein. Es gibt eine deutlich klarere Struktur für Anleitung und Aufsicht. Es gibt eine Berufsaufsicht durch die Kammern und die jungen Kollegen sind angemessen bezahlt und ohne finanzielle Sorgen in ihrer Tätigkeit. Da ziehe ich das Fazit, dass in der Weiterbildung die Patientensicherheit mindestens gleich gut wäre, wie in der jetzigen Ausbildung und eventuell sogar besser.

Aber was wäre, wenn sich jemand einfach niederlässt, ohne eine Weiterbildung zu erlangen und ohne eine Fachkunde zu haben? Das wäre mit der Approbation durchaus möglich. Er könnte allerdings keine KV-Zulassung erlangen und hätte auch nicht den Zugang zur Kostenerstattung, damit wäre schon einmal der Zugang zu 87% der Bevölkerung, die GKV-versichert sind, nicht möglich, oder zumindest erschwert, weil es nicht vergütet werden würde. Und die restlichen 13%? Nur ein ganz kleiner Teil davon ist gar nicht krankenversichert, die meisten sind privatversichert oder über die Beihilfe versichert. Auch die Beihilfe setzt den Facharztstandard voraus und auch die meisten privaten Versicherungen haben sich dem Standard der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst, so dass die Behandlungstätigkeit tatsächlich auf Selbstzahler beschränkt wäre. Das wären Personen, die einen privaten Versicherungsvertrag haben, der Psychotherapie nicht einschließt oder die die Psychotherapie selbst bezahlen möchten, weil sie nicht möchten, dass die Therapie aktenkundig wird.

Dazu ist zu sagen, dass es im Geltungsbereich des SGB V, das heißt für gesetzlich Versicherte, einen besonderen Qualitätsanspruch gibt. Es gelten die Grundsätze, dass Behandlungen ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich sein müssen. Und daraus leitet sich auch der Anspruch der Evidenzbasierung ab. Weil eine Behandlung, die nicht evidenzbasiert ist, die ihre Wirksamkeit nicht nachweisen kann, auch nicht wirtschaftlich und nicht zweckmäßig sein wird. Und daher gibt es die Nutzenbewertung von Behandlungsmethoden durch den G-BA, der nur evidenzbasierte Methoden für die Behandlung von gesetzlich Versicherten zulässt und im Geltungsbereich des SGB V ist der Facharztstandard für die Patientenbehandlung einzuhalten. Das heißt, die Behandlung muss nicht von einem Facharzt selbst in Persona ausgeführt werden, aber sie muss so ausgeführt werden, wie sie von einem Facharzt auf dem üblichen fachlichen Niveau ausgeführt würde. Das heißt, sie kann



auch von einem Weiterbildungsassistenten unter Anleitung eines Facharztes ausgeführt werden, wenn dadurch das gleiche Qualitätsniveau eingehalten wird. Bei Selbstzahlern ist der approbierte Arzt oder Psychotherapeut hingegen nur verpflichtet, die aktuellen wissenschaftlichen Standards zu beachten nach seinem subjektivem Ermessen, dem Patienten nicht zu schaden, keine Behandlung vorzunehmen, die er nicht ausreichend beherrscht und den Patienten angemessen darüber aufzuklären. Das heißt Selbstzahler haben eine größere Freiheit zu entscheiden welche Behandlung sie in Anspruch nehmen wollen, als gesetzlich Versicherte und sie können auch mit nicht fachkundigen Ärzten oder Psychotherapeuten

und auch mit Heilpraktikern einen Behandlungsvertrag eingehen. Und mit Selbstzahlern dürfen auch nicht-evidenzbasierte Behandlungsmethoden durchgeführt werden. Es kommt allein auf die Bereitschaft des Selbstzahlers an dafür zu zahlen.

Das Fazit zur Patientensicherheit: Diese wird nicht nur durch das Berufsrecht garantiert, sondern auch durch das Sozialrecht und durch das Haftungsrecht, durch das Übernahmeverschulden. Denn auch wer approbiert ist, darf nur das machen, was er tatsächlich kann. Sonst begeht er einen Kunstfehler.

Eine weitere Frage, die man sich zum Thema Approbation stellen kann ist: Ab wann gehört jemand denn eigentlich zum Berufsstand der Psychotherapeuten?

Da gibt es jetzt schon bei vielen Kammern unterschiedliche Regelungen, inwieweit Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) schon Kammermitglieder werden können. Soweit ich weiß, können sie bei manchen Kammern vom Anfang der Ausbildung an Mitglied werden, bei manchen Kammern können PiA ab Beginn der eigenständigen Patientenbehandlung, also ab Beginn der praktischen Ausbildung Mitglied werden und es gibt andere Kammern, wo PiA gar nicht Mitglied werden können. Die Kammern, die PiA Mitglied werden lassen, geben ja indirekt schon die Antwort, dass sie die PiA auch schon als Teil des Berufsstandes sehen. Und man kann sich da die Frage stellen, ist jemand Psychotherapeut und gehört zum psychotherapeutischen Berufsstand erst wenn er ein „guter“ Psychotherapeut ist, d.h. wenn er in einem Richtlinienverfahren vertieft ausgebildet ist, über Erfahrung mit langen und schwierigen Behandlungsverläufen verfügt und intensive Selbsterfahrung absolviert hat, oder ist jemand schon Psychotherapeut wenn er „nur“ Psychotherapeut ist und vieles noch nicht so gut kann, aber er schon Patienten behandelt um das zu lernen und sich auf dem Weg zum „guten“ Psychotherapeuten befindet und die Reife hat zum weiteren Training der Behandlungskompetenz in selbstständig unter Supervision durchgeführten Therapien.

Wie kann diese Behandlungskompetenz aufgebaut werden? Durch ein Training, was im Laufe des Studiums zunehmend realitätsnahe Übungssituationen bietet. Das fängt mit „Trockenübungen“ an, ein gutes Beispiel hierfür wäre das „Helping-Skills-Training“ nach Clara E. Hill (vgl. Weck, 2013, S. 120-122), wo Modelle aufgezeigt werden, wie in verschiedenen therapeutischen Verfahren notwendige Grundkompetenzen trainiert werden können. Zunächst erfolgt das in Rollenspielen nicht im direkten Patientenkontakt. Dieses Training ist evidenzbasiert. Es konnte nachgewiesen werden, dass durch dieses Training die Kompetenzen tatsächlich besser werden und die, die dieses Training durchlaufen wirklich was können. Und es geht dann natürlich weiter mit intensiverem Patientenbezug durch Übernahme von Co-Therapeutenrolle und Therapeutenrolle unter direkter Anleitung und Aufsicht. Parallel dazu erfolgt weiteres Training im Modell der teilnehmenden Beobachtung durch Video- oder Live-Patientendemonstrationen, Hospitationen und Praktika. Das, denke ich, ist alles in einem Studium durchaus realisierbar.

Eine noch offene Frage hierzu wäre, wie weitere Interventionskompetenzen nach so einer „Basisfertigkeitenausbildung“ aufgebaut werden können. Kann das weiter Therapieschulen-übergreifend funktionieren oder könnten einzelne Interventionen aus allen wissenschaftlich anerkannten Therapieschulen vermittelt werden? Oder wäre es sinnvoll, wenn es eine Schwerpunktsetzung auf ein oder zwei Verfahren nach einer theoretischen und praktischen Basisausbildung gäbe?

Eine weitere offene Frage ist ja noch, wie ist das mit dem Praktischen Jahr? Ist das zwingend notwendig oder ist es durch patientenorientierte Lehre ersetzbar? Für das Praktische Jahr würde sprechen, dass dadurch eine sehr hohe Feldkompetenz erworben wird und die dann approbierten Psychotherapeuten

deutlich mehr Erfahrung mit dem Patientenkontakt hätten und Erfahrung in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, so dass sie auch einmal über den eigenen Tellerrand schauen könnten und schon einmal wissen, was auf sie im späteren Berufsleben zukommt. Kritisch wäre, dass es wahrscheinlich wenig Ressourcen für die Anleitung gäbe. Da wäre die Frage, wo kommen die Ressourcen dafür her? Und die Frage wäre auch, wer ist dann für die Anleitung zuständig in dieser Ausbildungsphase? Die Uni oder die jeweilige Klinik, in der das Praktikum stattfindet. Für das Praktische Jahr würde auch sprechen, dass es eher dem Modell der Humanmedizin entsprechen würde. Ein kritischer Punkt wäre, dass ein praktisches Jahr das Studium verlängern würde und wahrscheinlich unbezahlt wäre. Man kann aber auch überlegen, ob es wirklich ein praktisches Jahr sein muss. Müssen es zwingend zwölf Monate sein? Muss es unbedingt ein stationäres Setting sein oder wäre es auch denkbar, dass ein Teil stationär und Teil ambulant erfolgt?

Wenn man sich das PJ in der Medizinerbildung anschaut, dann werden da die traditionellen zentralen Praxisfelder – die Chirurgie und die Innere Medizin – abgebildet und es gibt noch ein drittes Wahlfach. Ich denke, dann sollten auch bei uns die zentralen Praxisfelder – die Erwachsenenpsychotherapie und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – in einer Praktikumszeit abgebildet werden und ich denke das jeder, der für alle Altersgruppen als Psychotherapeut qualifiziert ist, auch in seiner Grundausbildung Erfahrung im Patientenkontakt, sowohl mit Kindern und Jugendlichen, als auch mit Erwachsenen sammeln sollte.

Dann komme ich zum Fazit: Ich denke, dass die Fragestellung Generalisten oder Spezialisten uns nicht weiterführt und das Psychotherapeuten weder Generalisten noch Spezialisten in dieser Schwarz-Weiß-Sichtweise sind. Ich denke auch, dass eine heilkundliche Behandlungsqualifikation mit einem Studium vermittelt werden kann. Da muss man vielleicht dann nochmal genauer gucken und diskutieren, welches Niveau wirklich für die Approbation nötig ist. Was die Patientensicherheit angeht würde ich behaupten, dass diese in der Weiterbildung gegeben ist. Und wenn man den geringeren Qualitätsanspruch für Selbstzahler berücksichtigt, man auch da von einer ausreichenden Patientensicherheit ausgehen kann.

Die zentrale Frage, die bleibt, ist die nach der Zugehörigkeit zum Berufsstand und nach der Identität. Gehört es zu unserer Identität als Psychotherapeut, dass wir eine vertieft verfahrensbezogene Ausbildung durchlaufen haben? Ist es das, was unser Selbstbild als Psychotherapeut ausmacht? Oder ist es auch vorstellbar, dass dieses Selbstbild in Zukunft auf einer anderen Grundlage basiert? Auf einem Studium, das breite Inhalte, breite Grundkenntnisse vermittelt und eine basale praktische Qualifikation. Das ist die Frage, die sicherlich noch diskutiert werden muss.

Danke.

Literaturverzeichnis

Berberat, P. O., Harendza, S., & Kadmon, M. (2013). Anvertraubare professionelle Tätigkeiten – Sichtbarwerden von Kompetenz in der Weiterbildung. Positionspapier des Ausschusses Weiterbildung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 30 (4), S. 10–19.

Fliegel, S. (2013). *Direktausbildung Psychotherapie – Ein Weg mit fatalen Konsequenzen*. Abgerufen am 30.1.2014 von www.gesundheitspolitik.de: <http://www.gesundheitspolitik.de/wp-content/uploads/2013/04/Direktausbildung-Psychotherapie-Ein-Weg-mit-fatalen-Konsequenzen.pdf>



Gleiniger, J. W. (2013). Basal oder dual? Ordnungspolitische Rechtfertigung einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* (Sonderdruck, 2/2013).

Kingreen, T. (2009). *Der rechtliche Rahmen für eine Reform der Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie*. Rechtsgutachten für die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung. Regensburg.

Michelmann, A., Ruggaber, G., Timmermann, H., Trautmann-Vogt, S., Waltz-Pawlita, S., Wiesemüller, B., et al. (2013). Qualität sichern – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung. *Psychotherapeutenjournal* (3/2013), S. 269–271.

Ruggaber, G. (2013). Stellungnahme an die AG Berufsbild des Länderrates und den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer. Tübingen.

Schäfer, G. (2013). *Verfahrensbezug und Praxisbezug im Kontext einer Direktausbildung*. Abgerufen am 30.1.2014 von www.dgpt.de: http://www.dgpt.de/fileadmin/download/Mitteilungen/fachtg.qualitaet/Schaefer_Verfahrensbezug_und_Praxisbezug.pdf

Weck, F. (2013). *Psychotherapeutische Kompetenzen – Theorie, Erfassung, Förderung*. Berlin: Springer.

Wissenschaftsrat. (2005). *Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland*. Abgerufen am 31.1.2014 von www.wissenschaftsrat.de: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/6436-05.pdf>

Anke Hasebrook, Diplom-Kauffrau

Finanzierung der Weiterbildung – ein Update

Während schon zahlreiche Ideen entwickelt wurden, wie man ein Direktstudium und die Weiterbildung zukünftig gestalten kann, habe ich einige Berechnungen zur Finanzierung der Weiterbildung durchgeführt. Vorweg gleich mein Ergebnis: Zukünftig wird die Weiterbildung nur finanzierbar sein, wenn es zusätzlich zu den KV-Honoraren einen Systemzuschlag aus dem Gesundheitsfonds geben wird. Wie hoch dieser Zuschlag sein sollte und welche Effekte dort zusätzlich eine Rolle spielen, wird im Folgenden erläutert. Die Zahlen, auf deren Grundlage ich ein Musterweiterbildungsinstitut konzipiert und die Berechnungen vorgenommen habe, kommen aus drei verschiedenen Quellen:

- praxisorientierte Zahlen, die von einigen Institutsleitern zur Verfügung gestellt wurden: Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen und Auswertungen der Ambulanzstunden
- „Normgrößen“ aus Urteilen des BSG (Bundessozialgericht), wie z. B. Arbeitszeit von 43 Kalenderwochen (KW) pro Jahr und 36 genehmigungspflichtigen Sitzungen pro KW
- Rahmendaten aus dem Vortrag: „Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie“ von Jürgen Tripp vom ersten Ideenwettbewerb am 08.10.2013 (Tripp, 2013).

Zunächst werde ich kurz die Rahmendaten vorstellen. Das Konzept der Weiterbildung nach einer Direktausbildung sieht vor, dass sich die zukünftige Weiterbildung über 60 Monate erstrecken wird. Davon müssen die Weiterbildungsassistenten jeweils mindestens 24 Monate stationär und 24 Monate in der Psychotherapieambulanz tätig sein. Für die Berechnungen beziehe ich mich auf die 24 Monate, die sie in der psychotherapeutischen Ambulanz beschäftigt sind. Während dieser Zeit muss der Weiterbildungsassistent, wie das auch in der heutigen Ausbildung ist, bestimmte Weiterbildungsinhalte nachweisen. Das sind zukünftig 400 Stunden Theorie, 1500 Therapiestunden unter Supervision und 120 Stunden Selbsterfahrung. Angenommen wird bei den Berechnungen, dass die Kosten für die Weiterbildung nicht vom Weiterbildungsassistenten, sondern vom Institut übernommen werden. Hervorzuheben sind die 1500 Therapiestunden, die der Weiterbildungsassistent zukünftig in der Ambulanz leisten kann, denn dadurch ist es möglich, dass er zukünftig 20 Stunden in der Kalenderwoche als Angestellter beschäftigt werden kann. Eine typische Kalenderwoche eines Weiterbildungsassistenten in der psychotherapeutischen Ambulanz könnte dann so aussehen, dass er insgesamt 40 Stunden beschäftigt ist. Die Hälfte der Zeit führt er Therapiestunden durch (s. Tripp, 2013, S. 8).

Dementsprechend könnte ein zukünftiges Weiterbildungsinstitut folgendermaßen aufgebaut sein: Es sind 16 Weiterbildungsassistenten sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Diese müssen 43 Kalenderwochen (KW) pro Jahr und 20 Stunden (h) pro KW in der Ambulanz abrechenbar tätig sein. Das heißt also, dass pro Weiterbildungsassistent 860 h abgerechnet werden können. Damit ergibt sich insgesamt eine Leistung des Institutes von $16 \times 860 = 13.760$ h. Dieser Umfang entspricht dem eines mittelgroßen Institutes, so wie sie heute auch schon geführt werden. Damit steht das Mengengerüst. Wie müssen jetzt die 13.760 h bewertet werden, damit ich die Umsatzerlöse ermitteln kann? Da sich bei den jetzigen Instituten herausgestellt hat, dass die tatsächlichen Umsatzerlöse unter den rechnerischen Umsatzerlösen liegen, die sich aus Anzahl Ambulanzstunden \times Preis genehmigungspflichtiger Leistungen (ab 1.1.2014 82,93 €) ergeben, wird ein praxisorientierter Mischkalkulationswert berechnet. Dazu habe ich den genehmigungspflichtigen Satz mit 80 % und den nicht ge-

nehmigungspflichtigen Satz mit 20 % gewichtet. Dadurch ergibt sich ein Wert von 78,92 € mit dem die Ambulanzstunden bewertet werden.

Darauf aufbauend habe ich eine Gewinn- und Verlustrechnung aufgestellt (siehe Abbildung 1). Die Umsatzerlöse lassen sich aus der Multiplikation von 13.760 h mit dem Mischkalkulationswert in Höhe von 78,92 € berechnen. Beim Personalaufwand sind Arbeitgeberbruttowerte (Bruttogehälter plus Arbeitgeberabgaben) berücksichtigt worden. Für die Ermittlung des Personalaufwandes habe ich bestimmte Stellen festgelegt, die man wahrscheinlich braucht, um ein Institut dieser Größenordnung führen zu können und in einem Stellenplan zusammengeführt. Beispielsweise verbirgt sich in der Position 2a. Personalaufwand GF, Verwaltung ein halber Geschäftsführer, zweieinhalb Sekretärinnen und anteilig Raumpfleger- und Hausmeisterdienste. Die Informationen habe ich aus den Praxiszahlen für das Musterinstitut abgeleitet. Den Personalaufwand für die Weiterbildungsassistenten ermittele ich später als Restgröße und leite zunächst die betrieblichen Aufwendungen und Abschreibungen ab. Das Ergebnis in einer Gewinn- und Verlustrechnung ergibt sich normalerweise als Saldo der Ertrags- und Aufwandspositionen. In diesem Fall bin ich auf eine andere Weise vorgegangen, in dem ich einen Gewinn in Höhe von 65.000 € festgelegt habe. Diesem liegt eine sechs %ige Umsatzrentabilität zu Grunde. Wenn wir diesen Gewinn erreichen wollen, der als „Polster“ für nicht vollausgelastete Zeiten und unvorhergesehene Ereignisse zur Verfügung steht, führt das dazu, dass ich 384.000 € an die 16 Weiterbildungsassistenten verteilen könnte. Für den Einzelnen resultiert daraus ein Bruttomonatsgehalt in Höhe von 1.667 € (ArbG Sozialabgaben: 20%; 12 Monatsgehälter).

Ist das ein angemessenes Gehalt für Weiterbildungsassistenten? Als Betriebswirtin meine ich, dass dieses Gehalt nach einem fünfjährigen Studium zu niedrig ist, wenn man insbesondere berücksichtigt, dass es sich bei den meisten Weiterbildungsassistenten um Top-Abiturienten handelt, die i.d.R. auch einen Top-Abschluss im Studium erzielt haben. Im Vergleich zur Bezahlung während der heutigen Ausbildung wäre das Gehalt allerdings schon eine deutliche Verbesserung.

Ohne Systemzuschlag erhalten die WB-Assistenten kein angemessenes Gehalt für ihre Leistungen

	WB-Institut
1. Umsatzerlös Ambulanz	1.085.900
- 2. Personalaufwand*	659.129
2a. Personalaufwand GF, Verwaltung	173.568
2b. Personalaufwand Ambulanzleitung	101.401
2c. Personalaufwand WB-Assistenten	384.160
- 3. Betriebliche Aufwendungen	329.383
3a. Weiterbildungsaufwendungen	132.090
3b. Raumkosten	105.793
3c. Sonstige betriebliche Aufwendungen	91.500
- 4. Abschreibungen	32.000
= 5. Ergebnis der gewöhnl. Geschäftstätigkeit	65.387
Bruttomonatsgehalt pro WB-Assistenten	1.667,36
Mischkalkulationswert in €/Ambulanzstunde	78,92

*Arbeitgeber-Bruttowerte

Abbildung 1

Wie hoch ist das „gerechte“ Einstiegsgehalt für approbierte Psychotherapeuten?

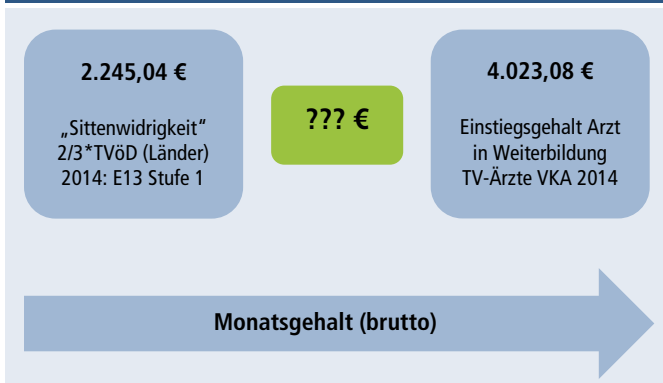


Abbildung 2

Wie hoch müsste der „gerechte“ Lohn für die Weiterbildungsassistenten sein? Da ich als „Fachfremde“ die Leistungen nicht ausreichend beurteilen kann, habe ich zum einen die Unter- und Obergrenze für das zukünftige Einstiegsgehalt festgelegt (siehe Abbildung 2). Die Untergrenze ergibt sich aus 2/3 des Einstiegsgehaltes eines Psychologen. 2/3 werden hier angesetzt, weil Gerichte annehmen, dass eine Bezahlung sittenwidrig ist, wenn sie zu einem Drittel den Flächentarifvertrag unterschreitet. Die Obergrenze ergibt sich aus dem Tarifvertrag für Ärzte nach ihrem Studium mit Approbation. Auch bei einem Vergleich mit anderen Branchen und Bereichen liegen die Einstiegsgehälter der Psychotherapeuten unter dem Durchschnitt.

Eine andere Idee wäre, die Höhe des „gerechten“ Gehaltes an die Produktivität zu koppeln. Man könnte einen Weiterbildungsfaktor bilden, in dem man die 36 h/KW eines vollausgelasteten Psychotherapeuten (BSG-Norm) durch die 20 h/KW eines vollausgelasteten Weiterbildungsassistenten dividiert. Der Weiterbildungsassistent kann 20 Stunden am Patienten leisten. In der weiteren Zeit bildet er sich weiter, um später eigenständig die Patienten behandeln zu können. Unter diesem Aspekt könnte sein Bruttogehalt auf 3.000 € erhöht werden. Setzt man jetzt diesen Wert in die Gewinn und Verlustrechnung ein, führt das zu einem Verlust von 241.000 € für das Musterinstitut. Soll weiterhin ein Gewinn von 6% auf den Umsatz beibehalten werden, um ein „Polster“ für nicht vollausgelastete Zeiten und unvorhergesehene Ereignisse zu schaffen, benötigt man höhere Umsatzerlöse. Für dieses Beispiel wäre ein Mischkalkulationswert von 101,23 € erforderlich. Bezogen auf den ursprünglichen Wert

in Höhe von 78,92 € entspricht das einem Systemzuschlag in Höhe von 28,35. Damit könnte man ein mittelgroßes Institut weiterhin betreiben.

Kann sich auch eine kleinere Lehrpraxis einen Weiterbildungsassistenten leisten? Dabei ist zu beachten, dass die Kapazität nicht beliebig erweitert werden kann, sondern maximal eine Kapazitätserweiterung in Höhe von 25% möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 28.9.2005). Ein Praxisinhaber könnte einen Weiterbildungsassistenten also nicht voll beschäftigen. Der Praxisinhaber könnte sich zunächst mit einem weiteren Psychotherapeuten zusammenschließen. Arbeiten sie dann selber etwas weniger am Patienten und leiten sie dafür den Weiterbildungsassistenten an bzw. führen die Fachaufsicht, dann könnten sie gemeinsam einen Weiterbildungsassistenten mit 20 h/KW beschäftigen. In diesem Beispiel rechnet sich die Einstellung eines Weiterbildungsassistenten für eine Lehrpraxis auch nur dann, wenn der Systemzuschlag gezahlt wird (siehe Abbildung 3). Die Lehrpraxis zahlt dem Weiterbildungsassistenten ein Bruttomonatsgehalt in Höhe von 3.000 € und übernimmt die Weiterbildungskosten. Die Theorie und Selbsterfahrung könnte der Weiterbildungsassistent an einem größeren Institut durchführen. Die Anleitungskosten, die beim Weiterbildungsassistenten berücksichtigt werden müssen, fließen der Lehrpraxis als Ertrag wieder zu. Das ist der Ausgleich für die fehlenden Honorare während der Fachaufsicht. Bei Interesse könnten die Praxisinhaber dem Weiterbildungsassistenten auch Supervision anbieten, die dann nicht extern durchgeführt werden müsste.

Fazit: Damit Ambulanzen von Instituten und auch kleinere Lehrpraxen Weiterbildungsassistenten zu einem angemessenen Gehalt beschäftigen und dabei wirtschaftlich arbeiten könnten, ohne dass es zu einer Arbeitsüberlastung und Überforderung der Weiterbildungsassistenten kommt, müsste es auf die Honorare in jetziger Höhe einen Aufschlag von mindestens 28,3% geben. Dieser Aufschlag könnte als Zuschlag zum Orientierungspunktwert („Systemzuschlag“) aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden (Köhler, 2013), oder er wäre auch in einer anderen Form denkbar, wie z.B. einem fest zugesicherten Gehaltszuschuss für den Weiterbildungsassistenten (vgl. Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin).

Kleinere Institute und Lehrpraxen können nur mit dem Systemzuschlag Weiterbildung betreiben

1 WB-Assistent	mit Systemzuschlag
KW/Jahr	43
Abr. Ambulanzstunden/KW	20
Anzahl Ambulanzstunden/Jahr	860
Kalk. Honorar/Amb.std.	101,23
Umsatz	87.058
Kosten (50% BSG Norm)	21.487
WB-Assistenten-Gehalt	36.000
Sozialabgaben (20%)	7.200
Weiterbildungskosten	13.150
Anleitungskosten	6.787
PP-Erlöse	2.434

Abbildung 3

Literaturverzeichnis

- Köhler, A. (2013). Bedeutung der Weiterbildung für den Arzt- und Psychotherapeutenberuf. *Psychotherapie Aktuell*, 5 (4), S. 9–11.
- Tripp, J. (2013). Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell*, 5 (4), S. 6–8.



Prof. Dr. Eckhart G. Hahn, MME (Bern), FACP

Was können wir von anderen lernen?

Stärken, Nachteile und neuere Entwicklungen in der ärztlichen Weiterbildung

Die medizinische Aus- und Weiterbildung in Deutschland ist derzeit Gegenstand durchgreifender Entwicklungen, die inhaltlich und didaktisch besonders durch den Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und die vom Deutschen Ärztetag beschlossene Novelle der medizinischen (Muster-)Weiterbildungsordnung (NMWBO) charakterisiert werden. Ich danke den Veranstaltern für die Möglichkeit, diese Entwicklungen in der Medizin bei Ihnen vorzustellen. Natürlich werde ich Ihnen nicht Vorschläge machen, was Sie aus dieser Entwicklung lernen wollen. Ich bin dagegen sicher, dass der Austausch mit Ihren Erfahrungen bei der Gestaltung eines Direktstudiums Psychotherapie und einer Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten entsprechend dem Heilberufe-Kammergesetz auch für die ärztliche Aus- und Weiterbildung lehrreich ist. Dies ist mir spätestens seit der Einrichtung von auf die Psychotherapie ausgerichteten Bachelor und Master Studiengängen in meiner Zeit als Dekan der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke 2009-2011 bewusst geworden. Hier gebe ich den veröffentlichten Stand in der Medizin wieder; Kommentare sind meine persönliche Meinung. Die Vortragsfolien zu der folgenden Darstellung sind zugänglich unter <http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?id=1165>, ebenso der Vortrag mit Diskussion auf den Seiten der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (<http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de>).

Struktur und Kontinuum der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

Am 1.11.2013 hatte ich auf Einladung der Psychotherapeutenkammer Hessen einen Vortrag gehalten zum Thema „Entwicklung eines Berufsbilds und daraus abgeleiteter Kompetenzziele am Beispiel der Medizin“ und dabei den NKLM erläutert. Die Folien sind zugänglich unter <http://lppkjp.de/wp-content/uploads/2013/11/Vortrag-Prof.-Hahn.pdf>, und ich werde mich hier auf die Novelle der medizinischen (Muster-)Weiterbildungsordnung (NMWBO) konzentrieren. Dennoch ist es mir wichtig, auf die engen Beziehungen zwischen medizinischer Aus- und Weiterbildung hinzuweisen, auch und gerade weil diese derzeit durch die geltende Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO) und die (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht optimal genutzt werden. Eine strukturierte Aus- und

Weiterbildung sollte die für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen berücksichtigen, die entsprechenden Lernziele formulieren, für die Vermittlung der Aus- und Weiterbildungsinhalte passende Lehr- und Lernmethoden benutzen, die erreichten Ziele bewerten und damit die Qualität der Berufsausübung steuern (Abbildung 1). In diesem Vortrag habe ich eine Definition von kompetenzbasierter Bildung verwendet (vergl. Hodges BD, Lingard L (Hrg.). *The Question of Competence. IRL Press 2013*), die ich auch hier beibehalten möchte, zumal dies ähnlich auch für die Psychologie formuliert wurde (Rubin et al. 2007. *Professional Psychology: Research and Practice 38*: S. 452–462). Danach ist kompetenzbasierte Bildung eine Bildung, die ihr Curriculum von einer Analyse der gewünschten (zukünftigen) oder aktuellen Rolle in unserer Gesellschaft ableitet und den Fortschritt der Studierenden/Weiterzubildenden auf der Basis von Leistungsnachweisen (Performanzmessung) in einem Teil oder allen Aspekten dieser Rolle zertifiziert. Dabei ist zu beachten, dass die inhaltsbasierte Bildung durch die internationale Forschung in den vergangenen zehn Jahren von der kompetenzbasierten Bildung abgelöst bzw. wesentlich ergänzt wurde. Es ist eine bemerkenswerte Tatsache, dass der Begriff „Kompetenz“ in der ÄAppO von 2002 nicht vorkommt, während sie im NKLM eine zentrale Rolle spielt.

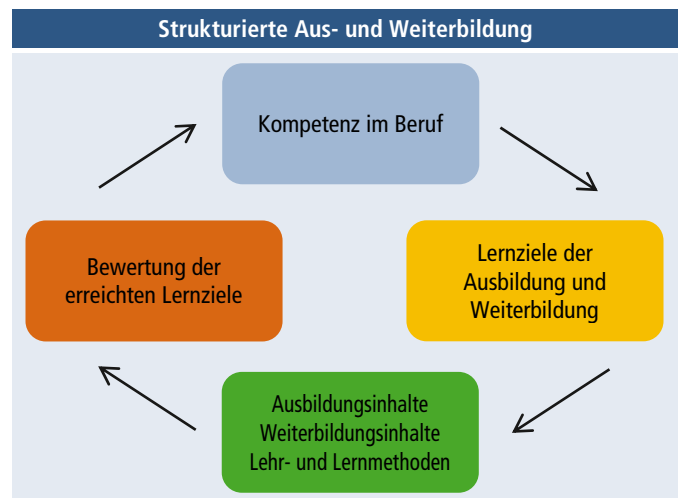


Abbildung 1. Die strukturierte Aus- und Weiterbildung ist ein Kontinuum von Lernzielen, leitet sich von beruflichen ärztlichen Kompetenzen ab und kann hinsichtlich der Erreichung der Lernziele bewertet werden.

Ärztliche Weiterbildung und Berufsbild (Arztrollen): Kompetenzen, Kompetenzebenen und Performanz international vs. NWBO

Für den ärztlichen Kompetenzbegriff verwende ich folgende praktische Definition: 1. Die Fähigkeit und Bereitschaft zum Einsatz einer Kombination aus Wissen, Fertigkeit und Verhalten, die für die Durchführung einer spezifischen ärztlichen Tätigkeit erforderlich sind. 2. Abgeleitet aus der Berufswelt des Arztes. 3. Zusammengesetzt aus Teilkompetenzen, die auf Wissen, Fertigkeiten und Verhalten aufbauen. Von *Arztrollen* wird gesprochen, wenn Kompetenzgruppen zusammengefasst werden, wie sie empirisch aus der Berufstätigkeit



abgeleitet werden können. Ein solches Arztrollenmodell hat sich international für die medizinische Weiterbildung (und modifiziert für die Ausbildung) besonders durchgesetzt, das in Canada in jahrelanger Analyse entwickelt wurde (das CanMEDS 2005 Rollenmodell; vergl. Frank, Jason R. (Hrsg.) 2005. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards – better physicians – better care. 2. Aufl. Ottawa: *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*). Für die Weiterbildung werden auch andere Rollenmodelle benutzt, so z. B. die allgemeinen Kompetenzen des „Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)“ in den USA (Tabelle 1; vergl. Swing SR et al. 2009. Advancing resident assessment in graduate medical education. *J Grad Med Educ 1*: S. 278-86). Eine auf solche übergeordnete Rollen aufgebaute kompetenzbasierte Weiterbildung versteht Kompetenzen als verfügbare kognitive und praktische Fähigkeiten zur Problemlösung und die damit verbundenen Einstellungen (Haltungen), um diese erfolgreich einzusetzen. Entscheidend ist, dass die Ausbildung von Kompetenzen durch eine gezielte Verknüpfung von Lernen und Prüfen erreicht werden soll.

auch die Fähigkeiten für eine selbstständige Facharztztätigkeit am Ende der Weiterbildung für eine Ärztin oder einen Arzt nicht beurteilt werden können. Diese adäquaten, auch während der Arbeit einzusetzenden Prüfungsverfahren sind anspruchsvoll und kostenintensiv; es ist deshalb verständlich, dass deren Anwendung bei fehlenden Ressourcen in den Weiterbildungsstätten zu kurz kommen – die DRGs und Erlöse der niedergelassenen Weiterbildungsbefugten enthalten nur Bruchteile der Zusatzkosten für eine strukturierte Weiterbildung in diesem Sinne. Sie sind aber für eine schrittweise zunehmende Professionalität als Arzt in der Weiterbildung (in Fortsetzung der Ausbildung) unerlässlich (Abbildung 2; vergl. Miller GE (1990). The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Acad Med 65*: 63-7).

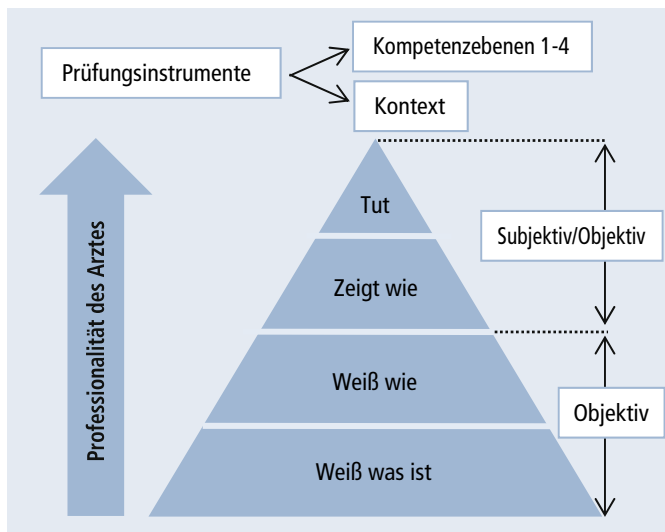


Abbildung 2. Miller's Pyramide Klinischer Kompetenzen. Die ärztlichen Handlungen einschließlich der Haltungen können nur mit geeigneten Prüfungsmethoden (Beobachtung) und im berufsnahen Kontext bewertet werden. Vergl. Miller GE (1990). The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Acad Med 65*: 63-7

Gerade die Prüfung praktischer Kompetenzen und Haltungen wird in jeder berufsbezogenen Weiterbildung eine besondere Rolle spielen müssen, weil sonst die für eine sichere Patientenversorgung notwendigen Fähigkeiten und

Ärztliche Kompetenzgruppen Arztrollen (Canada) bzw. Allgemeine Kompetenzen (USA)	
CanMEDS	ACGME Allgemeine Kompetenzen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinischer Experte ■ Kommunikator ■ Interprofessioneller Arbeiter ■ Manager ■ Gesundheitsberater ■ Gelehrter (Wissenschaftler und Lehrer) ■ Professionell Handelnder 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinisches Wissen ■ Patientenversorgung ■ Lernen und Verbessern am Arbeitsplatz ■ Praxis im Gesundheitssystem ■ Professionell Handelnder ■ Zwischenmenschliche und kommunikative Fähigkeiten

Tabelle 1. Die Arztrollen, wie sie in zwei Modellen empirisch aus der Berufstätigkeit von Ärztinnen und Ärzten für die Weiterbildung abgeleitet wurden. Das CanMEDS 2005 Modell wurde in Canada entwickelt (vergl. Frank JR), das Modell des Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) in den USA (vergl. Swing SR et al.).

Novelle der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (NMWBO)

Der 113. Deutsche Ärztetag (Dresden 2010) hat beschlossen, dass eine Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung unter Berücksichtigung der Europakompatibilität durchzuführen sei (Drucksache III-09). Er hat ferner beschlossen, dass die NMWBO eine modulare Struktur haben solle, wobei die Module als abgeschlossene, eigenständige Einheit mit Teilprüfungen gestaltet werden sollen (Drucksache III-23). Schließlich sollte diese NMWBO dem 16. Deutschen Ärztetag 2013 vorgelegt werden (Drucksache III-30). Der 15. Deutsche Ärztetag 2012 hat schließlich einem Antrag stattgegeben, nach dem die NMWBO an dem Ziel einer kompetenzbasierten Weiterbildung auszurichten sei (Drucksache IV-25). In der Begründung zu dieser Drucksache wurde dargelegt, dass (Zitat) „das elementare Problem der bisherigen Weiterentwicklungen der MWBO ist, dass sie nicht nur Weiterbildungsinhalte definiert, sondern auch normativen Charakter in der Definition der Fachgebiete und deren Abgrenzung untereinander hat. Dies ist ein zentrales Hindernis in der inhaltlichen Weiterentwicklung der MWBO und kann mit der *Neuentwicklung einer kompetenzbasierten Weiterbildung* überwunden werden.“ (Zitat Ende). Auf dem 17. Deutschen Ärztetag, Düsseldorf 2014 – Top V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung – hat Franz-Joseph Bartmann als Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer einen Sachstandsbericht zur NMWBO gegeben. Neue Beschlüsse waren nicht geplant, um den beteiligten Arbeitsgruppen der Weiterbildungsgremien mehr Zeit zu geben, die Version 2 der NMWBO auszuarbeiten bevor sie dem nächsten Deutschen Ärztetag vorzulegen waren. Es wurden jedoch unter Top V einige Anträge abgearbeitet (meist an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen), die inzwischen zugänglich sind unter <http://www>.



bundesaerztekammer.de/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf und hier nicht weiter kommentiert werden können (s. Beschlussprotokoll S. 152–173).

In diesem Zusammenhang ist es jedoch interessant, wie Herr Kollege Bartmann den Kompetenzbegriff und das Kompetenzverständnis der NMWBO darlegt hat. Zunächst sollen die Begriffe der Version 1 der NMWBO geändert werden: die Weiterbildung setzt sich nunmehr nicht mehr aus „Kompetenzblöcken“ zusammen, sondern aus „Weiterbildungsblöcken“, die „Kompetenzebene“ der Version 1 (Abbildung 3) wurde zum „Weiterbildungsmodus“. Dabei ist besonders bemerkenswert, dass die Beschlusslage in den Weiterbildungs-

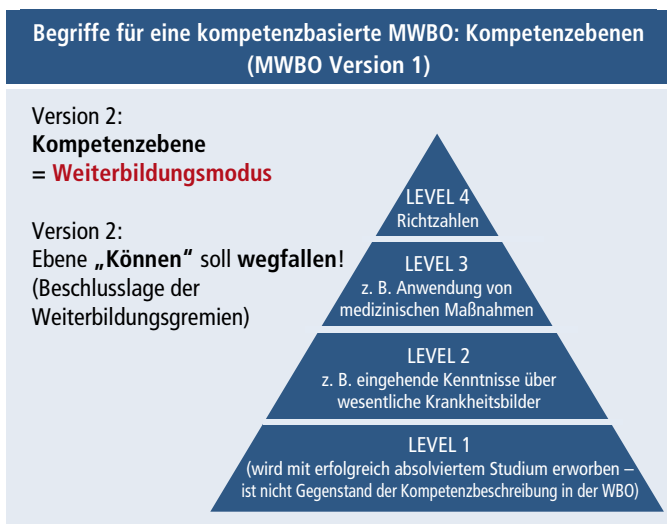


Abbildung 3. Die Kompetenzlevel (-ebenen), die in der Version 1 der NMWBO vorgegeben waren, sollen in der Version 2 nun Weiterbildungsmodi genannt werden; die Ebene 3, die medizinische Anwendungen („Können“, s. a. Tab. 2) beschreibt, soll wegfallen.

gremien den Weiterbildungsmodus (Kompetenzebene) „Können“ wegfallen lassen möchte (Tabelle 2), also eine Ebene, die für eine sich entwickelnde Fachärztin oder einen sich entwickelnden Facharzt zumindest aus Sicht der um ihre Sicherheit besorgten Patienten besonders relevant erscheint. Die NMWBO soll zudem das Ergebnis der Weiterbildung zum Zeitpunkt der Facharztprüfung darstellen. Leitfrage ist dabei: „Welche Kompetenzen benötigt ein Arzt, um als Facharzt eigenständig tätig zu sein?“. Es werden keine Vorschläge präsentiert, wann und in welcher Reihenfolge diese Kompetenzen von jeder einzelnen Weiterbildungsassistentin bzw. von jedem Weiterbildungsassistenten erworben werden sollen. Demgegenüber berücksichtigt die ACGME mit einer „Milestone“ Vorlage die individuelle Entwicklung der einzelnen Person und dokumentiert sie regelmäßig mit Bezug auf die Kompetenzebenen (Weiterbildungsmodi, Abbildung 4). Dieses Thema wird auch beim 117. Deutschen Ärztetag mit einem Beschluss angesprochen, aber nicht gelöst (Drucksache V-08, S. 162 des Beschlussprotokolls)

„Milestone“ Vorlage des ACGME

Milestone Description: Template

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
What are the expectations for a beginning resident?	What are the milestones for a resident who has advanced over entry, but is performing at a lower level than expected at midresidency?	What are the key developmental milestones midresidency? What should they be able to do well in the realm of the specialty at this point?	What does a graduating resident look like? What additional knowledge, skills and attitudes have they obtained? Are they ready for certification?	Stretch Goals – Exceeds expectations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comments:				

Abbildung 4. Beschreibung von wachsender Kompetenz und Subkompetenzen im Verlauf der Weiterbildung in den „Milestones“ der ACGME. Zugänglich unter <http://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/430/ProgramandInstitutionalAccreditation/NextAccreditationSystem/Milestones.aspx> (04.11.2014).

Beschreibung der Weiterbildungsmodi für Version 2 der NMWBO¹

WB-Modus	„Grundlagenwissen“ Wissen und einige Fertigkeiten Abschluss der Ausbildung (Studium) und Kompetenz zum Beginn der Weiterbildung
WB-Modus	„Kennen“ Kognitive Kompetenz Eingehende fachspezifische Kenntnisse
WB-Modus	„Können“ Handeln unter reaktiver Supervision („unter Anleitung durchführen können“) Methodenkompetenz; Anwendung von medizinischen Maßnahmen
WB-Modus	„Beherrschen“ Handlungskompetenz („selbst durchführen können“) Routinekompetenz Richtzahlen

¹Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer. 117. Deutscher Ärztetag 2014 in Düsseldorf, Top V: Sachstand der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Tabelle 2. Weiterbildungsmodi (Kompetenzebenen), wie sie in der NMWBO angewendet werden sollen. Die **blass gedruckte Zeile**, die das „Können“ beschreibt, soll nach der aktuellen Beschlusslage wegfallen.

Lernziele und Prüfungsverfahren in der NMWBO: Weiterbildungscurriculum?

Für die verschiedenen medizinischen Gebiete und Schwerpunkte wurden in der Version 1 der NMWBO eine Systematik der Kompetenzblöcke (jetzt Weiterbildungsblöcke) vorgegeben, in die Fachgesellschaften und Berufsverbände ihre Vorschläge internetbasiert eingeben konnten (Abbildung 5). Diese Vorschläge sollen in die Version 2 der NMWBO eingearbeitet werden. Für einige Gebiete wurden Arbeitsgruppen gebildet, die beispielhaft diese Weiterbildungsblöcke in einen Text bzw. ein Weiterbildungscurriculum anwenden sollen. Da die Entwicklung eines Curriculums nach internationalen Kriterien abläuft und z.B.



Version 2: 	Kompetenzblöcke (Systematik für verschiedene Fächer)	
Version 2: 	Allgemeine Inhalte	
	Notfälle	
	Entzündungen/Infektionen^{*)}	^{*)} an der existierenden Liste der MWBO 2003 orientieren
	Degenerative Störungen	
	Funktionelle Störungen	
	Endokrine Störungen	
	Alters-/geschlechts-/kulturspezifische Erkrankungen	
	Tumorerkrankungen	
	Prävention (primäre bis tertiäre)	
	Diagnostische Verfahren^{**)}	^{**)} Inhalte nur dann auszufüllen, wenn diese nicht in den definierten Kompetenzblöcken abgebildet werden können
	Therapeutische Verfahren^{**)}	
	Ggf. weiterer gebietsspezifischer Kompetenzblock^{***)}	^{***)} falls Inhalte in der Systematik der für alle Fächer bereits abgebildeten Kompetenzblöcke nicht zugeordnet werden können
	Ggf. weiterer gebietsspezifischer Kompetenzblock^{***)}	

Abbildung 5. In Version 1 der NMWBO wurde eine Systematik für Kompetenzblöcke der Gebiete (Fächer) und Schwerpunkte der Medizin vorgegeben, die alle Fachgesellschaften und Berufsverbände mit Inhalt füllen konnten. Die Kompetenzblöcke sollen in Version 2 Weiterbildungsblöcke heißen. Die Allgemeinen Kompetenzen (die für alle Fächer gelten) sollen überarbeitet werden.

auch Lernziele, Prüfungsverfahren mit Bestehensgrenzen, Kosten und anderer Rahmenbedingungen umfasst bleibt abzuwarten, wie dieses im Ergebnis aussieht. Die bisher verfügbare Version 1 gibt darüber keinen Aufschluss. Wichtig ist, dass offensichtlich beschlossen wurde, die Arztrollen nach dem CanMEDS 2005-Modell im Zusammenhang mit dem Kompetenzbegriff abzubilden. Dies erscheint angesichts der oben erwähnten Vermeidung des Kompetenzbegriffs für die Weiterbildungsblöcke problematisch.

Anschlussfähigkeit zur Ärztlichen Ausbildung: Kompetenzebene (Weiterbildungsmodus) 1

Die Kompetenzebene(-level) 1 (jetzt Weiterbildungsmodus 1, Tabelle 2) soll als Ergebnis der Ausbildung vorausgesetzt werden und nicht weiter überprüft werden. Die könnte für die Weiterbildungsbefugten insofern problematisch werden, als sie bei wesentlich verschiedenen 37 Ausbildungscurricula in Deutschland (und erst recht aus dem europäischen Ausland) nicht wissen können, was sie der Weiterbildungsassistentin oder dem Weiterbildungsassistenten zumuten können. Dies wird zwar sicher durch den NKLM besser werden können, aber sowohl für den Beginn als auch für die späteren sich entwickelnden Phasen der Weiterbildung sollte es verpflichtend möglich sein, die Anvertraubarkeit professioneller Tätigkeiten zu beurteilen. Ein Ausschuss Weiterbildung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hat hierfür einen Vorschlag publiziert, der sich an ein Verfahren anlehnt, dass in den Niederlanden als „Entrustable Professional Activities (EPA)“ entwickelt wurde und in Deutschland unter der Bezeichnung „Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten (APT)“ von den drei Autoren der GMA beschrieben wird (vergl. Berberat PO et al. 2013. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, DOI: 10.3205/zma000890). APTs beschreiben ärztliche professionelle Tätigkeiten, die einer Ärztin/einem Arzt in Weiterbildung anvertraut werden können. Beispiele: eine Visite leiten; eine Pleurapunktion durchführen. Die APTs bestehen aus Subkompetenzen, die

bei diesen ärztlichen Tätigkeiten zwingend benötigt werden. Für jede APT sind fünf Leistungsniveaus festgelegt, die sich im Laufe der Weiterbildung steigern. Höchstes Niveau: Fähigkeit zur Weitergabe der Kompetenz. Für jede APT kann und sollte das erreichte Leistungsniveau geprüft werden, bevor die Ärztin/der Arzt die Tätigkeit selbstständig durchführen kann. Dies könnte z. B. durch eine strukturierte klinische Beobachtung erfolgen (vergl. Norcini et al. 2003. *Ann Int Med* 138: S. 476–483, dort „Mini-Clinical Evaluation Exercise [miniCEX]“ genannt) oder (für den Bedarf der Psychotherapieweiterbildung etabliert) durch die Beobachtung und Reflexion von Videoaufnahmen. Diese Vorschläge sind für die medizinische Aus- und Weiterbildung in Deutschland noch sehr neu und werden erst allmählich Akzeptanz finden. In der NMWBO gibt es hierfür keine Ansätze. Die sogenannte „Facharztprüfung“ ist bis auf weiteres eine kollegiale Prüfung kognitiver Kompetenzen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die NMWBO in ihrer Version 1 mit den festgelegten Änderungen erfüllt zum jetzigen Zeitpunkt weder die Kriterien für eine kompetenzbasierte Weiterbildung noch ist sie ergebnisorientiert (Performanz). Sie bleibt hinter internationalen Entwürfen deutlich zurück und bedarf einer forschungsbasierten medizindidaktischen Überarbeitung, insbesondere hinsichtlich Arztrollen, Lernzielen, Methoden, Bewertung (formative und summative Teilprüfungen am Arbeitsplatz). Daran müssten sich kompetenzbasierte Lernzielkataloge orientieren, die der ärztlichen Tätigkeit entsprechen und für Curriculum und Prüfungen geeignet sind (z. B. als APT/EPA). Die Hinzuziehung medizindidaktischer Kompetenz ist dringend anzuraten: der Ausschuss Weiterbildung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) bietet sich hier an.

Der normative Charakter zur Abgrenzung von Fächern und die damit verbundenen ökonomischen Interessen stehen gegenüber medizindidaktischen Aspekten im Vordergrund, was ausgeglichen werden sollte. Dagegen ist die Finanzierung der Weiterbildung völlig ausgeklammert. Diesbezüglich gibt es allerdings eine Entschliebung des 17. Deutschen Ärztetages 2014, die eine angemessene Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im klinischen und niedergelassenen Sektor fordert (Drucksache V-13, S. 171 des Beschlussprotokolls). Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM, www.nkiz.de) sollte sich an der NMWBO orientieren können, beide sollten als Kontinuum der Entwicklung zur Arztpersönlichkeit verstanden werden. Die interprofessionellen Aspekte der Gesundheitsversorgung, die im NKLM explizit angelegt ist, ist in der Version 1 der NMWBO noch nicht sichtbar. Die vom Deutschen Ärztetag 2010 beauftragte Flexibilität, (nationale) Qualitätssicherung und Europa-Kompatibilität sind noch nicht erreicht – es gibt also noch viel zu tun.

Der weitere Zeitplan sieht mehrere Konvergenzphasen zu Abstimmung zwischen Landesärztekammern und Bundesärztekammer, den Fachgesellschaften und Berufsverbänden vor. Dies wird mehrere Versionen der NMWBO hervorbringen, bevor eine finale Version durch Beschluss des Deutschen Ärztetages (2017?) zur Umsetzung in den Landesärztekammern freigegeben werden kann – diese haben im jeweiligen Bundesland die Entscheidungshoheit. Die Umset-

zung wird unter idealen Bedingungen für die Jahre 2018 oder 2019 erwartet. Bei einer 5– 6jährigen Weiterbildung werden also die ersten Absolventen nach der novellierten MWBO für das Jahr 2024–2025 die Facharztprüfung ablegen und im Gesundheitssystem ankommen. Das könnte nach der Einführung von Direktausbildung und Weiterbildung zum Psychotherapeuten auch der Zeitpunkt für die ersten Fachpsychotherapeuten sein!

Dr. Ulrike Worringen, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund)

Weiterbildung in der medizinischen Rehabilitation

Welche Optionen würden sich für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eröffnen?

Vorgestellt werden Perspektiven der institutionellen Weiterbildung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung.

Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist der größte Leistungsträger von medizinischen Rehabilitationsleistungen in Deutschland. Über die Hälfte aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden von ihr erbracht. Dafür stehen der Rentenversicherung rund 950 stationäre und 150 ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Diese führen die Rehabilitationsleistungen auf Basis von vereinbarten Konzepten und Strukturanforderungen durch. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erbringung dieser Leistungen finden sich im SGB VI und IX.

Das Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung basiert auf dem Krankheitsfolgenmodell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Im Fokus aller rehabilitativen Leistungen steht hierbei der Teilhabegeanke. Das konkrete Ziel der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Zur Beurteilung der erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit sind alle Rehabilitationseinrichtungen mit entsprechender sozialmedizinischer Kompetenz ausgewiesen. Die Ergebnisse der Diagnostik und der Verlaufsbeobachtungen bilden die Grundlage für gutachterliche Aussagen zur physischen und psychischen

Belastbarkeit der Rehabilitanden und sind als Voraussetzung zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben für die Rentenversicherung von entscheidender Bedeutung. Damit nehmen auch für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung gutachterliche Fragestellungen einen zentralen Stellenwert ein.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation

Im Jahr 2012 sind von der Rentenversicherung ein Fünftel aller stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte mit einer psychischen Störung durchgeführt worden (84.776 Leistungen für Männer; 102.637 Leistungen für Frauen). Ein Teil der psychotherapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht. In der Regel arbeiten sie in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation und in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen als Bezugs- und Gruppentherapeuten. In einigen Einrichtungen sind sie auch in leitender Position tätig. Viele der Rehabilitationseinrichtungen, die psychotherapeutische Behandlungen durchführen, dienen auch als Ausbildungseinrichtung für die praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Psychologische Psychotherapeuten arbeiten in allen Indikationen der medizinischen Rehabilitation. Ein knappes Drittel der Psychologen in der medizinischen Rehabilitation ist approbiert. Wie auch die Ergebnisse der Angestelltenbefragung der Bundespsychotherapeutenkammer belegen unterscheidet sich das Arbeitsfeld der Psychologischen Psychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation zumeist nicht von den Aufgaben eines Diplom- oder Master Psychologen. Es gibt derzeit kaum Aufstiegschancen für Psychologische Psychotherapeuten. In den meisten Einrichtungen erhalten sie keine höhere Vergütung als nicht approbierte Kollegen.

Dieser Missstand hat mitunter auch dazu beigetragen, dass das Arbeitsfeld der medizinischen Rehabilitation von Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Ausbildung als wenig attraktiv erlebt wird. Psychotherapeuten in Ausbildung arbeiten zumeist in befristeten Ausbildungsverträgen mit geringer oder gar keiner Entlohnung und ohne Sozialversicherungsleistungen. Dabei übernehmen sie oft regelhafte Aufgaben eines Psychologischen Psychotherapeuten oder Diplom/Master Psychologens. Eine qualifizierte Anleitung ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit durch berufserfahrene Psychologische



Psychotherapeuten ist nicht in allen Rehabilitationseinrichtungen in strukturierter Form gewährleistet.

Perspektiven für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der medizinischen Rehabilitation

Würden sich die Arbeitsbedingungen in der medizinischen Rehabilitation für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch ein Direktstudium und eine anschließende Weiterbildung verbessern?

Die bisherigen Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) würden in der Weiterbildungszeit zu approbierten Assistenzpsychotherapeuten. Sie wären formal den approbierten Assistenzärzten gleichgestellt. Über die geleistete Arbeit entsteht der Anspruch auf (tarifliche) Vergütung und weitere arbeitsrechtliche Regelungen wie Mutterschutz, Urlaub, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Rentenleistungen. Dieser Anspruch wird nur mit einer Approbation möglich. Solange die Tätigkeit primär der Ausbildung dient, ist das Arbeitsrecht mit den oben angegebenen Regelungsbereichen nicht anwendbar. Weiterbildung ist nach den Heilberufsgesetzen Berufstätigkeit und daher angemessen zu vergüten.

Mit der Approbation werden bundesweit alle Psychologischen Psychotherapeuten Mitglieder in den Psychotherapeutenkammern, so dass die Interessen-

vertretung durch die Kammer, aber auch der Patientenschutz direkt nach dem Studium für alle Psychologischen Psychotherapeuten direkt nach dem Studium gewährleistet wäre. Dies würde die bisher häufig noch kontrovers geführten Diskussionen, ob nicht approbierte Kollegen eine psychodiagnostische Befund unter der Gesamtverantwortung eines (fachfremden) Arztes durchführen dürfen, beenden.

Da für die Heilberufe die Regelung der professionellen Standards den Kammern übertragen ist, könnten Anforderungen an die Weiterbildung mit tätigkeitsrelevanten Qualifikationsvorgaben vom Berufsstand selbst geregelt werden. Dies gälte es auch hinsichtlich der gutachterlichen und somatopsychologischen Anforderungen in der medizinischen Rehabilitation zu nutzen.

Auch die Aufhebung der Befugniseinschränkungen (Heilmittelverordnungen, Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Überweisungen zu Vertragsärzten und anderes) könnte den Status der Berufsgruppe im Geltungsbereich des SGB VI stärken.

Es ist anzunehmen, dass eine Direktausbildung mit entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten die psychotherapeutische Versorgung im gesamten Gesundheitssystem – und damit auch in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – sichern bzw. umgestalten und ausbauen würde. Nicht nur die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, sondern auch die Rehabilitanden und Rehabilitantinnen würden hiervon profitieren.

Dr. Walter Ströhm, Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)

Qualität in der Weiterbildung

Mein Thema soll heute sein: wie kommt die Qualität in die Weiterbildung? Nachdem ich beim ersten Ideenwettbewerb vor einem Jahr versucht habe darzustellen, wie die alte Ausbildung in eine Weiterbildung überführt werden könnte, wie die Bausteine übernommen werden können und dass die Zeitperspektive eigentlich ganz ähnlich ist, möchte ich diesmal über die strukturellen Aspekte sprechen. Ich möchte also nicht über Inhalte sprechen, sondern die Frage stellen, wie die Qualität eigentlich heute in die Ausbildung kommt. Viele Kritiker der Weiterbildung sagen ja, die Ausbildung ist so gut, lasst die Finger davon, das kann nur schlechter werden. Und natürlich muss man sich erst mal Gedanken machen, was ist eigentlich Qualität, was macht heute eine gute Ausbildung aus.

Ich habe mal so ein paar Stichworte aufgelistet, die für mich als Institutsleiter wichtig sind (siehe Abbildung 1). Ich bin überzeugt, wenn ich mit Institutsleitern darüber diskutieren würde, würden noch 60 weitere Begriffe kommen und jeder würde sagen, das ist doch Qualität oder der nächste würde sagen, ich verstehe unter Qualität wieder was anderes. Also, wie stellt man in einem Institut heute Qualität her? Das ist verdammt schwierig. Ein Beispiel: Eine Video-Supervision. Braucht man so etwas? Braucht man eine Technik um Supervision machen

zu können? Ich frage mal die analytischen Kollegen. Die würden jetzt vielleicht lachen. Also wir in der Verhaltenstherapie sind der Überzeugung, dass man so etwas unverzichtbar ist. Aber wie oft wird es denn gemacht? In 10% der Fälle oder in jedem Fall? Damit aber nicht genug. Wie ist es z. B. mit einem Supervisionskonzept. Kann man mit 30 bis 50 Supervisoren ein einheitliches Konzept umsetzen? Das wird ganz schön schwierig werden. Dann die nächste Frage: „Brauchen Supervisoren eine Supervisorenausbildung?“ In welchen Instituten ist das obligatorisch? Und etwas ganz Wichtiges hab ich noch vergessen. Wie misst man denn eigentlich Qualität? Letztlich möchte man wissen, ob am Ende der gute Psychotherapeut steht. Aber wie soll man den ausfindig machen?

Wir könnten uns erst mal darauf beschränken, dass wir unsere Kunden fragen, also eine Evaluation durchführen. Sind die Teilnehmer zufrieden? Theorie müsste evaluiert werden und Selbsterfahrung auch. Darf man das? Evaluati-

Qualität in der Weiterbildung		
• 600 Behandlungsstunden	• 150 Stunden Supervision	• Fallkonferenzen
• Supervision in festen Gruppen	• Schulung der Supervisoren	• Gruppenselbsterfahrung
• Einzelsupervision	• Selbsterfahrungskonzept	• Videosupervision
• Kursgröße maximal 15 Personen	• Supervisionskonzept	• Mindestens 3 Supervisoren
• Einzelselbsterfahrung	• Theorie in Workshops	• Praktische Tätigkeit unter fachkundiger Anleitung
• Ganztagesseminare	• Übungen in kleinen Gruppen	• Kurssystem
• Evaluation aller Ausbildungsinhalte		

Abbildung 1

on der Supervision hat sich als sehr hilfreich gezeigt. Dadurch haben wir sehr gute Verbesserungen erzielen können. Also, das wär ganz wichtig, dass die Evaluation verbindlichen Charakter hätte und sich dann auch auf die Qualität auswirken kann. So und jetzt hab ich Ihnen diese vielen Begriffe gezeigt und die Frage ist, was ist denn eigentlich vorgegeben durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung? Also, das bleibt übrig (s. Begriffe in roter Schrift in Abbildung 1). Das ist eigentlich gar nicht so viel. Dass meiste steht sogar direkt im Psychotherapeutengesetz. Und andere Aspekte werden dann konkretisiert in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Da steht z. B. drin, dass die Kursgröße bei maximal 15 Personen liegen soll. Ich möchte jetzt nicht unbedingt in die Institute schauen, wie viele da immer in einem Raum sitzen.

Struktur der heutigen Psychotherapieausbildung

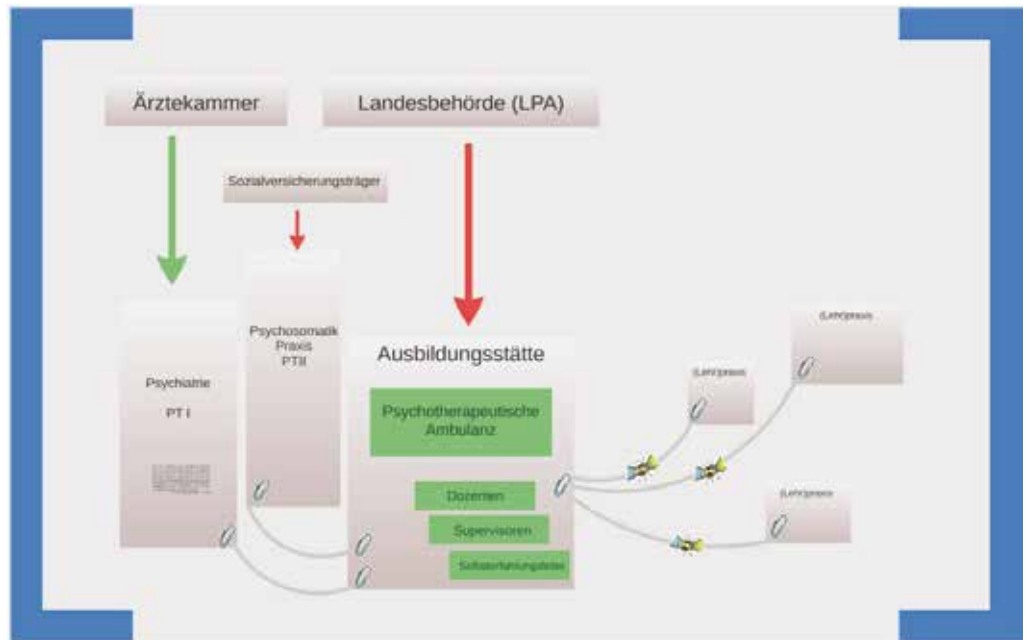


Abbildung 2

Aber ein gutes Strukturmerkmal ist z. B., dass die Ausbildungsteilnehmer mindestens drei unterschiedliche Supervisoren kennen lernen sollen. Das ist ausführlich in der Prüfungsverordnung festgeschrieben, genauso wie Übungen in kleinen Gruppen. Also noch kleiner als 15. Das finde ich eine ganz gute Idee. Das sollte unbedingt beibehalten werden. Also, wie kriegen wir mindestens diese Qualitätsanforderung in eine Weiterbildungsordnung. Das wäre unsere Aufgabe. So ganz unmöglich scheint mir das nicht. Was sorgt denn jetzt eigentlich wirklich für eine gute Qualität? Ich glaube dass Institutsleiter motiviert sind eine gute Qualität zu erzeugen, ich kann das zumindest für die Verhaltenstherapie sagen und ich glaube bei den Analytikern trifft es noch mehr zu. Wir haben eine Qualitätstradition und eine Qualitätskultur. Und wir sind uns in einem einig: Dass wir eine gute Qualität erzielen wollen. Aber nicht darin, wie die genau aussieht. Was es aber auf jeden Fall gegeben sollte sind Strukturen, die eine reflektierte Praxis befördern. Es sollte ein strukturierter Ablauf sein, nicht so kunterbunt. Und die Elemente sollten zu einander Bezug haben. Wenn also jemand in der Psychiatrie ist, wär es natürlich schön, wenn man psychiatrienahen Themen auch unterrichten würde in dieser Zeit. Ja und zum Schluss natürlich auch die Frage des Controlling. Werden die Normen überhaupt ein-

gehalten. Wer macht das denn jetzt? Unsere Landes- und Prüfungsämter ganz bestimmt nicht.

An einem Schaubild soll verdeutlicht werden, in welchem Umfeld Ausbildung stattfindet (siehe Abbildung 2). In der Mitte steht die Ausbildungsstätte. Diese wird von der Landesbehörde, dem Landesprüfungsamt in vielen Ländern, anerkannt und muss dann nachweisen, dass sie bestimmte Strukturmerkmale erfüllt. Sie kommt aber nicht ganz alleine aus, weil sie für den praktischen, stationären Teil Kliniken braucht. Ich hab da mal stellvertretend Psychiatrie hingeschrieben, weil die praktische Tätigkeit ja in einer Psychiatrie stattfinden soll. Und da kommt jetzt die Ärztekammer ins Spiel. Wir brauchen Psychiatrien, die eine Weiterbildungsbefugnis von der Ärztekammer haben als Weiterbildungsstätte für Psychiatrie und Psychotherapie. Mit der Ärztekammer haben wir ja gar nichts zu tun, aber auf die Weiterbildungsbefugnis von der Ärztekammer sind wir immer angewiesen. Dann brauchen wir noch weitere Kliniken für die Praktische Tätigkeit II, da sind die Psychotherapeuten in Ausbildung oft in einer psychosomatischen Klinik. Und von wem wird diese anerkannt? Da kommt die deutsche Rentenversicherung ins Spiel. Denn von einem Sozialversicherungsträger müssen die Einrichtungen für die Praktische Tätigkeit II anerkannt sein. Dann haben wir schon drei Institutionen, die wir brauchen. Und wir brauchen dann Kooperationsverträge, damit wir auch nachweisen können, dass genügend Plätze für diese Teile der Ausbildung vorhanden sind. Dann spielen manchmal auch Lehrpraxen eine Rolle. In manchen Instituten gibt es überhaupt keine psychotherapeutische Ambulanz, sondern es gibt nur Lehrpraxen.

So sieht die Struktur aus, die heute in der Lage ist gute Qualität zu produzieren. Aber es gibt auch Probleme. Im Forschungsgutachten wurde dokumentiert, dass die praktische Tätigkeit in den Kliniken der Schwachpunkt war. Da wurden die schlechtesten Bewertungen verzeichnet und das wurde damit begründet, dass die kooperierenden Einrichtungen extern sind. Durch diese Externalität sind diese Ausbildungsbestandteile nicht besonders eingebunden in das Institut. Da sollte man doch vielleicht etwas besser machen. Wie kann man das hinbekommen? Schauen wir uns doch erst mal an, was eine Negativversion sein könnte. Da wird immer das Sammeln von Bausteinen ins Feld geführt, die völlig zusammenhangslos erworben werden oder die Ausrichtung auf nur ein Setting, z. B. das stationäre Setting. Und vor allen sollte vermieden werden,



dass die Patientenversorgung nicht genügend Raum für die Weiterbildung lässt. Schauen wir uns jetzt mal an, was wir in der Weiterbildungsordnung ändern müssten oder besser machen müssten, als es z. B. in der ärztlichen Weiterbildung der Fall ist.

Erst mal möchte ich darauf hinweisen, dass sowohl das Psychotherapeutengesetz wie auch die Weiterbildungsordnung terminologisch sehr ähnlich sind. Es wird immer von Stätten, also Ausbildungsstätten oder Weiterbildungsstätten gesprochen und solche Stätten können Hochschulen sein oder Universitäten oder andere Einrichtungen. Wir haben hier also sowohl Universitäten vertreten, wie auch andere Einrichtungen, aber es sind eben alles Ausbildungsstätten. Jetzt haben wir mal gewagt uns Gedanken

zu machen, ob das eine gute Idee ist, dass wir in Zukunft die Ausbildung auch in Weiterbildungsstätten organisieren. Da sind wir auf bestimmte Probleme gestoßen. Und deswegen ist die neue Idee, dass wir die Weiterbildungsinstitute in einer zukünftigen Weiterbildungsordnung verankern. Da hätten wir etwas ganz Neues. Bisher haben wir nur Ausbildungsstätten, wir reden aber immer so darüber, als ob das zwingend Institute sind. Jetzt könnten wir Weiterbildungsinstitute gleich kreativ in so einer Musterweiterbildungsordnung verankern. Was ist die Aufgabe eines Weiterbildungsinstituts? Das Weiterbildungsinstitut koordiniert den strukturierten Ablauf der Weiterbildung. Also über die ganze Weiterbildung hinweg, so dass jemand da ist, der sich darum kümmert, dass die Dinge zu einander passen, dass ein Kolloquium eingehalten wird und dass nicht heute dies und morgen jenes gelernt wird. Das ist unser Ideal, so wie wir uns heute schon vorstellen, dass Ausbildung stattfinden könnte, was wir aber nicht ganz in der Realität hingekriegt haben wegen der Externalität der Kooperationseinrichtungen. Das Problem werden wir natürlich auch in Zukunft haben, weil so wie das in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung steht, wurde damals schon dran gedacht, dass so eine Ausbildungsstätte nicht alles selber machen kann. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit eingeräumt, dass fehlende Ausbildungsteile von einer Kooperationseinrichtung übernommen werden. Der Regelfall war, dass es den Ausbildungsstätten an einer Klinik für die Praktische Tätigkeit mangelte. Und so kam es nicht selten zu dem Fall, dass eine Ausbildungsstätte mit mehr als 50 Kliniken Kooperationsverträge geschlossen hat.

Wenn ich jetzt mit 50 Kliniken einen Austausch pflegen wollte, dann müsste ich jede Woche einmal eine Klinik besuchen, um im Jahr rund zu kommen. Das ist ein Ding der Unmöglichkeit und ich werde es auch nicht hinkriegen, die Kliniken einmal im Jahr alle bei mir zu versammeln. Also brauche ich ein Modell, wo die Kooperation gelebt wird.

Und hier kommt jetzt die Weiterbildungsbefugnis ins Spiel. Das ist etwas was wir heute in den Ausbildungsstätten nicht haben, obwohl natürlich auch eine

Mögliche Struktur einer zukünftigen Weiterbildung

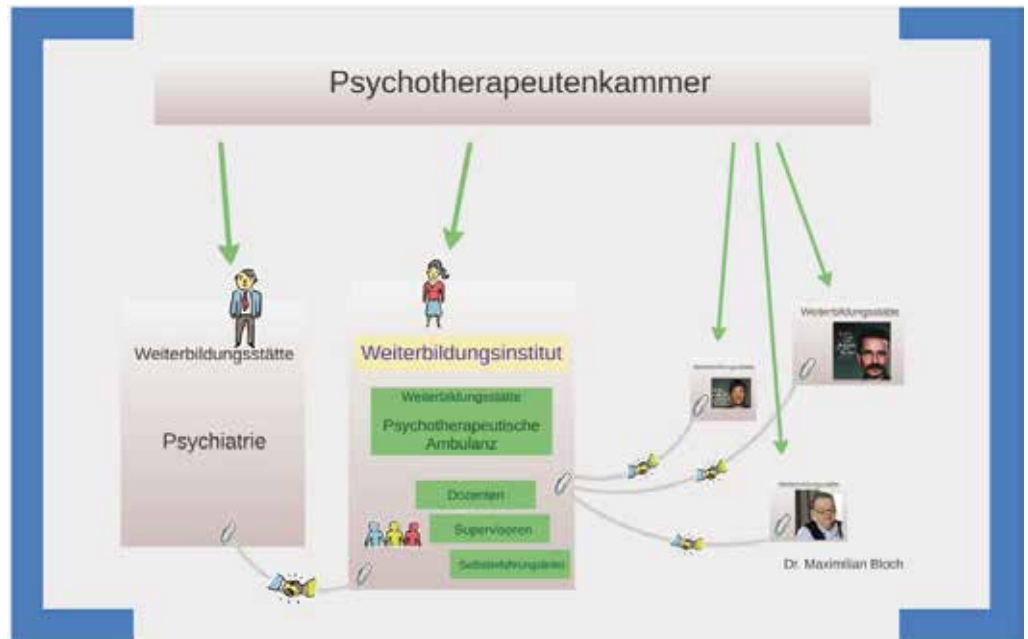


Abbildung 3

Person verantwortlich ist gegenüber der Landesbehörde. Das kann aber z. B. ein Geschäftsführer sein, der Betriebswirt ist. Das müsste gar kein Berufskollege sein. Aber ein Weiterbildungsbefugter kann nur ein Kollege sein, der eine entsprechende Qualifikation mitbringt.

Und was uns auch noch ganz gut gefallen hat, da möchte ich besonders darauf hinweisen, ist eine Vorlage zum letzten Deutschen Psychotherapeutentag. Da wurde nämlich von der Kommission, Zusatzqualifikation eine Formulierung vorgeschlagen, wie mit Dozenten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter umzugehen wäre. Der Vorschlag war, dass eben die von einem Weiterbildungsbefugten hinzugezogen werden und nicht selber von der Kammer benannt werden müssen. Das finde ich einen guten Vorschlag, das würden wir gerne auch annehmen.

Wie sieht das jetzt in der Zukunft aus? Eine große Veränderung wäre, dass es nur noch eine anerkennende Institution gibt und das ist die Psychotherapeutenkammer (siehe Abbildung 3). Und die erkennt an oder spricht Befugnisse aus an Personen, die in Institutionen arbeiten, die dann als Weiterbildungsstätte fungieren können. Und wir haben jetzt hier auch wieder so einen bunten Reigen von Weiterbildungsstätten. Nur jetzt kommt unsere neue Idee ins Spiel: „die Einführung des Weiterbildungsinstituts in die Weiterbildungsordnung.“ Natürlich hätten wir auch wieder die Kooperation mit der Psychiatrie und auch Psychosomatik oder anderen Einrichtungen, über die wir vielleicht dann noch diskutieren müssen. Auch Praxen würden in Zukunft von der Psychotherapeutenkammer als Weiterbildungsstätten anerkannt. So zumindest die Idee. Und in den Praxen sitzen natürlich ganz konkrete Menschen, die von der Kammer zur Weiterbildung beauftragt werden.

So könnte ich mir vorstellen, dass die Qualität in die Weiterbildung kommt. Eigentlich ist es gar nicht so kompliziert, ganz nach dem Motto: „Gutes noch besser machen“.