

BEITRÄGE

Novellierung des Psychotherapeutengesetzes!

Kritische Anmerkungen und Fragen zur derzeitigen Diskussion
um die „Psychotherapeutische Direktausbildung“ an
Hochschulen/Universitäten

Margret Dörr

Vorbemerkung

Bekanntlich erfordert die Bologna-Hochschulreform (neue Studienstruktur, gestufte Abschlüsse) eine Anpassung des PsychThG an die neu geschaffenen Studienabschlüsse. Gleichzeitig gab das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Forschungsgutachten in Auftrag, das sich 10 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG mit den Erfahrungen zur Ausbildung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen auseinander setzen sollte. Die Konsequenz dieser beiden Entwicklungen war eine verstärkte Diskussion in der Psychotherapeutenchaft zur Neustrukturierung der Ausbildung mit dem Ergebnis, *eine* Approbation für beide Berufe anzustreben und *zugleich* – auf der Basis einer inhaltlichen Festlegung der Zugangsvoraussetzung auf Masterniveau – *einen breiten Zugang* – zur postgradualen Psychotherapieausbildung zu erhalten (vgl. die Beschlüsse des 16. und 17. Deutschen Psychotherapeutentages).

Auch die Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft hat sich von Beginn an dezidiert für einen Masterabschluss als allein qualifizierend für eine *postgraduale Psychotherapieausbildung* eingesetzt, da nur die Qualifikation auf Masterniveau eine Rezeption und selbstständige Verwendung von Forschungsergebnissen sowie eine eigenständige Forschung und Praxis als Grundlage für die Weiterentwicklung des Fachgebiets „Psychotherapie“ ermöglicht. Daher spricht auch sie sich seit mehreren Jahren im Rahmen der notwendigen Anpassung des PsychThG an die Bologna-Hochschulreform für eine zeitnahe „kleine Lösung“ aus, die einen *Master-Abschluss* als Voraussetzung auch für eine KJP-Ausbildung fordert.

Obgleich die Vertreterinnen und Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft sowie des Fachbereichstages der Sozialen Arbeit die Sorge hatten (und haben), dass (sozial)pädagogisches Wissen und Können als Eingangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung eine Abwertung erfah-

ren könnten, haben sie engagiert und konstruktiv an der Formulierung gemeinsamer einheitlicher Studienvoraussetzungen der qualifizierenden akademischen Ausbildungen in verschiedenen Disziplinen für die postgraduale Ausbildungen zu PP und KJP mitgewirkt und letztlich das Konsenspapier der BPtK und der Fachverbände der DGP's, des FBTSA und der DGfE vom März 2012 begrüßt (siehe Anhang).

Nach langem Ringen hatte die Arbeitsgruppe einen Konsens bei der Bestimmung von Kenntnissen gefunden, mit dem die fachlich relevanten Standards für die Eingangsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung formuliert und zugleich die Identität der potentiell relevanten Fächer gewahrt und anerkannt blieben. Damit war es gelungen, auch den Master-Absolventen von (sozial-/heil-)pädagogischen Studiengängen weiterhin den Zugang zur Psychotherapieausbildung – auch im Falle einer einheitlichen Approbation für PP und KJP (die der 16. und 17. Deutsche Psychotherapietag als politische Zielsetzung verabschiedet hat) – offen zu halten. Der bisher bewährte breite Zugang zur KJP-Ausbildung (unter der Voraussetzung der Möglichkeit, dass die Studierenden eine gewisse Anzahl an Credits parallel zu ihrer weiteren Qualifikation nachstudieren können)¹ wäre darüber beibehalten worden.

Dieses Ergebnis ist nicht zuletzt zur quantitativen und qualifizierten Sicherung der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendliche hoch bedeutsam. Zum einen wird damit der derzeitige Tatbestand ernst genommen, dass ca. 80 % der zugelassenen KJP-Therapeutinnen und -therapeuten ihre Ausbildung auf der Basis eines (sozial-/heil-) pädagogischen Studienabschlusses absolviert haben. Zum anderen wird anerkannt, dass es diese Profession in den letzten Jahrzehnten vermochte, die Identität des eigenen Heilberufes, der sich aus der Pädagogik heraus entwickelt hat, durch ein eigenes, qualitativ hochwertiges Profil zu festigen und zu stärken. Ein Sachverhalt, der gerade unter dem Gesichtspunkt entwicklungsorientierter, integrierter kindheits- und jugendspezifischer Behandlungskonzepte sowie für die dringend erforderliche Kooperation im Bereich des SGB VIII und hier insbesondere auch des § 35 a „Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung“ weiterhin zu favorisieren und auszubauen ist (vgl. Fegert/ Besier 2010).

Wenn von der derzeitigen Politik des Bundesministeriums für Gesundheit anstelle einer postgradualen Ausbildung ein Modell einer „Hochschul-Direkt-ausbildung“ favorisiert wird (trotz zahlreicher gegenteiliger Voten aus der

1 Der Vorstand der DGfE hat mit seinem Schreiben an den Präsidenten der BPtK vom 07.05.2012 folgende Zusatzformulierungen vorgeschlagen: „Als Eingangsvoraussetzung für die Psychotherapieausbildung sind von den ausformulierten 270 ETCS mindestens 230 ETCS nachzuweisen. Die bis dahin nicht nachgewiesenen 40 ETCS sind bis zur Prüfungsanmeldung zur Approbation durch Leistungen an einer Hochschule nachzuholen.“ Ein Verfahrensvorschlag, der auch im Forschungsgutachten (Strauß et al. 2009) mit dem Begriff „Propädeutikum“ Eingang gefunden hat.

Psychotherapeutenchaft), sind auch die Vertreterinnen und Vertreter der erziehungswissenschaftlichen und sozialpädagogischen Studiengänge aufgefordert, eine Position dazu zu formulieren. Nachfolgend werden einige kritische Fragen und Überlegungen dargelegt, die insbesondere Aspekte der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland berücksichtigen, da diese im Vergleich zur erwachsenenpsychotherapeutischen und -psychiatrischen Versorgung nach wie vor sehr ungünstig aussieht (vgl. Strauß et al. 2009: 383).

Für den Erhalt der postgradualen Ausbildung

Zur Sicherung der Qualität der Ausbildung der KJP (wie PP) wird im Weiteren *für den Erhalt der postgradualen Ausbildung nach dem bisherigen Grundmodell des Psychotherapeutengesetzes* plädiert: D.h. für eine vertiefte verfahrensorientierte Ausbildung, die aus Theorie, supervidierter Praxis und Selbsterfahrung im Anschluss an einen qualifizierten sozialwissenschaftlichen Hochschulabschluss (MA) besteht:

Ein mit einer Hochschul-Direktausbildung unmittelbar verbundenes Problem ist die ungeklärte Frage, wie es zu rechtfertigen ist, dass sich 17- oder 18-Jährige auf den Beruf der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten bereits festlegen sollen und ein späterer Quereinstieg – beispielsweise nach einer Phase (sozial-)pädagogischer und psychologischer Berufserfahrung unter Anerkennung bisher erbrachter ausbildungsrelevanter Leistungen – nicht möglich sein soll. Ein breiter Zugang zur Ausbildung sowie die bisherige potentielle Voraussetzung zur Ausbildung (Berufserfahrungsnachweis im ersten erlernten Beruf) werden damit abgeschnitten, wodurch ein erhebliches Maß an Expertise verloren ginge (vgl. Schwarz 2013).

Auch aus Gründen der Patientensicherheit und Qualitätssicherung ist die Einengung auf ein Studium nach der Schulbildung wenig verantwortbar. Menschen in psychischen Krisen und/oder mit psychiatrischen Erkrankungen/Symptomen zu begegnen, verlangt mehr als den Erwerb von Theoriewissen und Handlungskompetenz, die an einer Hochschule/Universität erworben werden können. Voraussetzung ist überdies ein Bildungsprozess der Persönlichkeit, die selbst zum Agens der psychotherapeutischen Arbeit gehört. Zwar wird dies auch in den bisherigen Modellen zur Direktausbildung konstatiert, wie aber an einer Hochschule/Universität im Zuge einer Direktausbildung die notwendige Trias von Theorie, Selbsterfahrung und supervidierter Praxis unter den Bedingungen eines leistungsorientierten Studiums ermöglicht werden kann, – oder anders gefragt, wie geschützte Selbsterfahrungsräume für persönliche Entwicklung der Studierenden im System der Hochschulen/ Universitäten gesichert werden können, ist keineswegs beantwortet.

Eine Hochschul-Direktausbildung stellt eine einschneidende Veränderung in die bestehende Aus- und Weiterbildungsstruktur dar, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Verlust der vorhandenen verfahrensorientierten Expertise der Absolventinnen und Absolventen führen wird. Dies steht der positiven Erfahrung mit der bisherigen Aus- und Weiterbildungsstruktur in Ausbildungsinstituten entgegen, die auch im Psychotherapie-Forschungsgutachten (Strauß et al. 2009) explizit gewürdigt ist. In diesem Zusammenhang wäre auch die Frage zu beantworten, ob und wenn ja, wie die Hochschulen bzw. Universitäten in hinreichendem Umfang qualifizierte Professor/innen und Dozent/innen, die über hinreichende Kompetenzen zur Vermittlung breiten *Behandlungswissen* verfügen, aber auch Supervisor/innen und Selbsterfahrungsleiter/innen zur Verfügung stellen oder engagieren können.

Damit verbunden ist auch die brisante Frage, wie – nun an *einer* Fakultät/an *einem* Fachbereich gebündelt – sowohl die geforderte und fachlich notwendige disziplinübergreifende Breite der *somato-psycho-sozialen* Bedingungsbeziehungen von psychischen Erkrankungen in den verschiedenen Lebensphasen, Lebenswelten, Kulturen und differenten Milieus als auch in der Vermittlung unterschiedlicher Verfahren garantiert werden kann. So gibt es bereits jetzt eine deutliche Vereinseitigung bei der Besetzung von Institutsleitungen in psychologischen Fakultäten in Richtung der VT-Orientierung (vgl. Walz-Pawlita/Müller 2010: 586), die zudem an Kriterien einer *Grundlagenwissenschaft* (eben der Psychologie) ausgerichtet sind und weder eine verfahrensausgewogene Lehre noch die notwendige breite *Handlungsorientierung* in der Psychotherapie abzudecken vermögen. Auch erziehungswissenschaftliche und (sozial)pädagogische Studiengänge werden dies – ohne einen erheblichen flächendeckenden hochschulinternen Stellenausbau – nur sehr vereinzelt und nur mit Nutzung institutioneller Ressourcen einer Hochschulambulanz sowie möglichst in enger Kooperation mit einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte für PP oder KJP leisten können. Dies wäre, vor allem im Hinblick auf die bereits derzeit unzureichend versorgte Bevölkerungsgruppe, Kinder und Jugendliche, eine nicht zu verantwortbare Entwicklung mit gravierenden Auswirkungen (vgl. Fegert/Besier 2010: 1087ff).

Aufmerksam zu machen ist zudem auf den bisherigen Gewinn einer gemeinsamen postgradualen Ausbildung von PsychologInnen und (Sozial- und/oder Heil-)PädagogInnen, die eine wechselseitige Kenntniserweiterung durch die unterschiedlichen Berufserfahrungen und fachlichen Schwerpunkte ermöglicht. Zukünftige geänderte Ausbildungsbedingungen müssen diese Breite der Zugänge und damit die Möglichkeit eines vertieften Zugangs zu den somato-psycho-sozialen Bedingungen (und Auswirkungen) psychischer Erkrankung/Symptome erhalten. Eine Direktausbildung, die gar mit einer Berechtigung zur Heilbehandlung (Approbation *ohne Fachkundenachweis*) abschließen soll, würde dagegen diese identitätsbereichernde disziplin- und professionsspezifische Vielfalt der Perspektiven und Wissensbestände während

der postgradualen Ausbildung abschneiden. Dabei ist gerade in der Psychotherapie aufgrund der engen Verschränkung körperlicher, psychischer und sozialer Störungen eine frühzeitig zu lernende Kooperation verschiedener Grundberufe notwendig (vgl. Dörr 2010, Fegert/Besier 2010): Dies stellt bekanntlich eine wesentliche Basis sowohl zur multimodalen und multiprofessionellen Versorgung psychisch und psychiatrisch erkrankter Kinder und Jugendlicher (einschließlich ihres familiären und sozialen Beziehungsfeld) als auch für die selbständig und eigenverantwortlich zu erbringenden Aufgaben von Gesundheitsförderung und Prävention dar (vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht 2010).

Die ablehnende Haltung gegen eine Hochschul-Direktausbildung basiert zudem auf der Zurückweisung der ordnungspolitischen Argumentation des BMG, dass darüber eine Vergleichbarkeit zur Rechtssystematik des Medizin- und Zahnmedizinstudiums hergestellt würde. Die darin zum Ausdruck gebrachte Analogie verkennt die Notwendigkeit eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses als dezidierte Grundlage psychotherapeutischer Heilbehandlungen von *aktiv sinnerzeugenden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* mit psychischen Krisen und/oder psychiatrischen Erkrankungen. Neben einer diversitysensiblen Berücksichtigung der Einflüsse aus unterschiedlichen Lebenswelten, Kulturen und Milieus ist vor allem in diesem psychotherapeutischen Handlungsfeld ein hohes personales Vermögen erforderlich, sich auf die alters- und konfliktspezifischen szenischen, symbolischen und sensomotorischen Ausdrucks- und Mitteilungsformen der Kinder und Jugendlichen einzulassen, um im Rahmen eines handlungsorientierten Dialogs angemessen zu antworten, die spezifischen Bedürfnisse zu erkennen und passende Beziehungsangebote zu ihnen (und ihren Bezugspersonen) zu entwickeln. Dabei spielt vor allem die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung eigener Affekte und Verhaltensimpulse, die Unterscheidung zwischen innerer Repräsentanzen und äußerer Realität sowie die Herstellung bedeutungsvoller Bezüge zwischen innerer und äußerer Welt eine hoch bedeutsame Rolle (vgl. Lehdorfer 2010).

Die Überlegung des BMG, einen Studiengang Psychotherapie zu implementieren, der – entsprechend der Ausbildung in Medizin und Zahnmedizin – mit einem Staatsexamen (bei gleichzeitiger Erteilung der Approbation) abschließt, widerspräche der Zielsetzung der Bologna-Hochschulreform, bestehende Studienabschlüsse im Hinblick auf BA und MA-Abschlüsse anzugleichen. Sollte dagegen eine Direktausbildung Psychotherapie im Sinne der „Logik“ von BA- und MA-Abschlüsse geschaffen werden, so wäre die bisher ungeklärte Frage zu beantworten, für welche Berufsfelder ein BA-Abschluss „Psychotherapie“ überhaupt qualifizieren soll?

Ausdrücklich ist darauf hinzuweisen, dass die in der derzeitigen Diskussion verlautete Behauptung, ein Staatsexamen/resp. Master-Abschluss einer Psychotherapie-Direktausbildung ohne Verfahrensbezug sei hinreichend für

die Erteilung der Approbation, geradezu ein Rückfall in die Situation vor der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes von 1998 bedeuten würde. Nicht nur ist diese Behauptung durch keine evidenzbasierte Untersuchung erwiesen, sondern im Gegenteil, die erneute Trennung von Heilkundenausübung und Fachkundenachweis (dazu in den Bereich einer rechtlich nicht verbindlichen Weiterbildung) würde die nach 1998 entwickelte hohe Qualität der Profession untergraben.

Eine Trennung von Heilkundenausübung und Fachkundenachweis in der Psychotherapieausbildung ist nicht zuletzt im Hinblick auf eine dringend notwendige fachlich *hoch*qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe nachdrücklich zurückzuweisen. Zu befürchten ist zudem, dass bei einer erforderlichen Implementierung von Sonderbedarfszulassungen von Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe dann jene faktisch geringer ausgebildeten – d.h. ohne hinreichende Fachkunde „approbierten“ Psychotherapeutinnen und -therapeuten eingestellt würden, da sie kostengünstiger sind. Dass so eine Entwicklung angesichts der hoch belasteten Zielgruppe der Kinder- und Jugendhilfe nahezu absurd wäre, braucht wohl nicht eigens betont zu werden.²

Dringender Handlungsbedarf besteht allerdings bezüglich der derzeit unzumutbaren Finanzierungssituation der Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten (PiA's) während ihrer praktischen Tätigkeit in psychiatrisch-klinischen Einrichtungen. Diese Praxisphase ist – fachlich gut begründet – im Rahmen der Ausbildung zwingend vorgeschrieben, wird allerdings in der Regel nicht vergütet.³ Dieses wirklich drängende Problem der PiA's aber darüber lösen zu wollen, dass die bisherigen qualitativ hohen Anforderung an die Fachlichkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch eine Entkoppelung von Heilkundeerlaubnis und Fachkundenachweis gesenkt werden, statt z.B. in Verhandlungen mit Klinikträgern und Krankenkassen zu treten, wäre eine fatale Entwicklung, der im allgemeinen Interesse der Volksgesundheit frühzeitig entgegenzuarbeiten ist.

Vor dem Hintergrund dieser dargestellten Sachverhalte und ungeklärten Fragen wird nachdrücklich für die Beibehaltung einer Approbation *nach* integrierter Theorie-Praxisausbildung plädiert, wobei im Hinblick auf jene durch die Bologna-Hochschulreform entstandenen Unterschiede in den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung ein dringender gesetzlicher Novellierungsbedarf besteht. Aber es ist als sehr unwahrscheinlich anzusehen, dass es – au-

2 Empirische Untersuchungsergebnisse zeigen, dass ca. 60% der Kinder und Jugendlichen aus den untersuchten Heimen die Diagnosekriterien für eine psychische Störung erfüllen, 37,7% der Kinder und Jugendlichen erfüllen Kriterien für mehrere psychische Störungen (vgl. Schmidt 2007: 129ff).

3 Übrigens würde auch eine Verlagerung des sog. „Psychiatriejahres“ ins Studium das Finanzierungsproblem nicht beseitigen (vgl. Fliegel 2013).

ßer an wenigen ausgewählten Studienorten in Deutschland – im Falle einer „Direktausbildung Psychotherapie“ den psychologischen, erziehungswissenschaftlichen und (sozial)pädagogischen Fakultäten und Fachbereichen möglich sein wird, den dringend erforderlichen Psychotherapienachwuchs – bei Aufrechterhaltung der bisher erreichten hohen Qualität des heilberuflichen Psychotherapieberufs – zu sichern. Neben den aufgeführten inhaltlichen Bedenken zwingt bereits ein realistischer Blick auf die derzeitigen Lehr-Kapazitäten an den Universitäten/Hochschulen sowie auf die mit einer „Direktausbildung“ notwendig einhergehenden flächendeckenden Kooperationen mit Ausbildungsinstituten und Hochschulambulanzen frühzeitig und vehement gegen die Planungen der derzeitigen Politik des BMG Position zu beziehen. Gefährdet ist insbesondere der Nachwuchsbedarf an Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten unter dem Gesichtspunkt, dass die gegenwärtig versorgenden KJP's zu ca 80 % einen erziehungswissenschaftlichen bzw. (sozial-/heil-)pädagogischen Grundberuf haben.

Margret Dörr, Prof. Dr., ist Hochschullehrerin für Sozialwissenschaft, Gesundheitsförderung, Soziale Altenarbeit an der Katholischen Hochschule für Soziale Arbeit Saarbrücken.

Literatur

- Dörr, Margret (2010): Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Heime als Orte für Salutogenese. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut, S. 829-924.
- Fegert, Jörg M./Besier, Tanja (2010): Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut, S. 925-1110.
- Fliegel, Steffen (2013): Direktausbildung Psychotherapie. Ein Weg mit fatalen Konsequenzen. <http://www.gesundheitspolitik.de/wp-content/uploads/2013/04/Direktausbildung-Psychotherapie-Ein-Weg-mit-fatalen-Konsequenzen.pdf> [Zugriff: 02.Mai 2013].
- Lehndorfer, Peter (2010): Ausbildung der Zukunft: Ein Beruf Psychotherapeut/in mit Schwerpunkt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsene? In: Psychotherapeutenjournal 9, 1, S. 34-38.

- Schmid, Marc (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa.
- Schwarz, Marion (2013): Immer jünger – was heißt das für den psychotherapeutischen Beruf? In: Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (Hrsg.): Jugend heute: Zwischen Leistungsdruck und virtuelle Freiheit. Gießen: Psycho-sozial-Verlag (im Druck).
- Strauß, Bernhard et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. <http://www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/index.html>. [Zugriff:02.Mai 2013]
- Walz-Pawlita, Susanne/Müller, Ulrich A. (2010): Die Zukunft der Psychotherapieausbildung. In: Psyche 64, 7, S. 578-601.

Anhang

Vorschlag zu den Eingangsqualifikationen einer reformierten Psychotherapeutenausbildung nach Diskussion der Fachgesellschaften am 27.03.2012

Anforderungen
(in ECTS)

1.	Grundlegende Kenntnisse	mind. 130
a.	Psychologische Erkenntnisse zu den Bereichen Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen, Motivation und Emotion, Denken und Sprache	mind. 10
b.	Biologische und neuropsychologische Grundlagen des Erlebens und Verhaltens	mind. 5/10
c.	Entwicklung und Sozialisation über die Lebensspanne	mind. 10
d.	Theorien und Modelle der Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung	mind. 5
e.	Sozialpsychologische Theorien und Modelle	mind. 5
f.	Wissenschaftstheorie, empirische Forschungsmethoden und Statistik (qualitative und quantitative Methoden; experimentelle Forschung, Grundlagen der Diagnostik und Testtheorie; Epidemiologie)	mind. 20
g.	Angewandte Diagnostik, wissenschaftliche Gutachterstellung, Gesprächsführung und Befunderhebung, Testkenntnis	mind. 10
h.	Theorien und Konzepte zu Lebenswelt, Lebenslage, Milieu und Kultur	mind. 5/10
i.	Pädagogische Psychologie/ Erziehungswissenschaft/Soziale Arbeit	mind. 5
j.	Ambulante und stationäre psychosoziale, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung inklusive	mind. 5

	Beratung in unterschiedlichen Settings einschließlich der rechtlichen Rahmenbedingungen	
2.	Kompetenzen aus klinischer Psychologie, Pädagogik und Sozialer Arbeit	mind. 50
	2.1 <i>Störungskompetenz:</i> klinisch-psychologische Störungslehre (inklusive biologische, interaktionelle und soziokulturelle Modelle; anthropologisch, kulturspezifische und epidemiologische Aspekte); klinisch-psychologische Diagnostik	mind. 50
	Veränderungskompetenz: Interventionsmodelle in wiss. anerkannten Psychotherapieverfahren; Rahmenbedingungen klinisch-psychologischen Handelns; Prävention und Rehabilitation	
	<i>Interaktionskompetenz:</i> Basiskompetenzen, Gesprächsführung	
	Kompetenz zur Bewertung und zum Transfer von Psychotherapieforschung	
	<i>Weitere Kenntnisse:</i> Forensik, Gesundheitspsychologie und Public Health	
	Aus den fünf Bereichen zusammen	mind. 35
	Davon im Masterstudium	mind. 15
	2.2 Leistungen aus den Bereichen Bachelor, Masterarbeit (s. 4.2) oder Praktika (s. 4.3) im Bereich Psychologie, Pädagogik oder Sozialer Arbeit können mit max. 15 ECTS auf die klinischen Kompetenzen angerechnet werden, wenn sie einen klinischen oder psychotherapeutischen Bezug haben.	max. 15
	Zur Erreichung der Gesamtanforderungen von 270 ECTS können unter 2.2 bereits angerechnete Leistungen nicht zusätzlich auch unter 4. Berücksichtigt werden. Sie sind ggf. durch zusätzliche Leistungen aus den Bereichen 1, 3 oder 4 zu kompensieren.	
3.	Weitere Kenntnisse aus Psychologie, Pädagogik, Sozialer Arbeit sowie zusätzlichen Bereichen der Humanwissenschaften	mind. 50
	Grundlagen oder Vertiefungen aus den Wissenschaftsgebieten Psychologie, Pädagogik, Heilpädagogik, Erziehungswissenschaften, Sozialpädagogik, Soziale Arbeit, rechtliche Grundlagen, Medizin (v.a. Psychiatrie), Biologie, Neurowissenschaften, Soziologie, Philosophie, Anthropologie, Ethnologie, Pflegewissenschaften, „life sciences“	
4.	Abschlussarbeiten/Praktika	mind. 40
	4.1. Masterarbeit im Bereich der Psychologie, Pädagogik oder Sozialen Arbeit	mind. 20
	4.2 Praktikum im Bereich der Psychologie, Pädagogik oder Sozialen Arbeit	min. 10
	Insgesamt	mind. 270

Quelle: BundesPsychotherapeutenKammer

