

QUALITÄTSKRITERIEN DER PSYCHOTHERAPIE - AUSBILDUNG

Serge K.D. Sulz

Zusammenfassung

Es werden Qualitätskriterien definiert, anhand derer die psychotherapeutische Ausbildung gemessen werden kann. Ergebnis dieser Prüfung ist ein erhebliches Praxisdefizit und ein Mangel an medizinischem Basiswissen in der psychologischen Psychotherapie-Ausbildung sowie das Fehlen des zweiten anerkannten Psychotherapieverfahrens, weshalb die Kompetenz zur Differentialindikation nicht erworben werden kann. Die ärztliche Psychotherapie-Ausbildung weist einen massiven Theoriemangel auf - sowohl in Psychologie als auch in Theorie der Psychotherapie. Zudem fehlt eine ausreichende klinikexterne Kontrolle der tatsächlichen Durchführung der Psychotherapie-Ausbildung. Die praktische Umsetzung ist in beiden Ausbildungsgängen unzureichend angelegt. So fehlen Beobachtung, Cotherapie, Live-Supervision und Evaluation von Therapien in der Ausbildung. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, diese Mängel zu beheben.

Schlüsselwörter Psychotherapie-Ausbildung - Qualitätskriterien - Psychotherapie-Curriculum

Summary

Criteria for training in psychotherapy are defined. These criteria are then used to compare trainings of psychologists and of psychotherapists in psychiatry and psychotherapeutic medicine. Psychologists have a deficit in practice and in basic knowledge of medicine. And psychologists have only one method of therapy. So they have not enough competence for decisions for differential indication. The second group has deficits in psychology and theory of psychotherapy and there is no external institution controlling if training is really done. Both groups don't get enough possibility for cotherapy, live-supervision and evaluation of therapies. Some ways for coming to better quality of psychotherapy training are discussed.

Keywords Psychotherapy training - Criteria for quality of training - Curriculum for psychotherapy training

Einleitung

In den letzten Jahren erfolgten zahlreiche Schritte zur Professionalisierung der Psychotherapie (Kächele und Buchheim 1996). Ein weiterer Schritt soll durch das Psychotherapiegesetz erfolgen. Dieses konzipiert ein neues psychotherapeutisches Versorgungssystem, das am 1. Januar 1999 eingeführt wird.

Wesentlichste Neuerung ist die gesetzliche Schaffung des psychologischen Psychotherapeuten als selbständigem Heilberuf. Damit steht dieser in der gleichen Funktion wie ein Facharzt innerhalb der kassenärztlichen Versorgung. Die von ihm geforderte Qualifikation wird bestimmt durch seinen Aufgabenbereich (Reimer et al. 1997). Seine Abgrenzung vom Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und vom Facharzt für Psychotherapeutische Medizin ist ähnlich zu sehen wie die Abgrenzung des Facharztes für Chirurgie vom Facharzt für Innere Medizin. Denn diese unterscheiden sich hauptsächlich durch die Behandlungsweise (konservative versus operative Therapie). Das Gebiet der psychotherapeutischen Medizin ist so weit definiert, daß es jedes Tätigwerden eines ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten im Sinne einer Krankenbehandlung einschließt (Schmutterer 1997). Damit ist der psychologische Psychotherapeut ein Spezialist innerhalb der Gebiete der Psychiatrie und der psychotherapeutischen Medizin. Er ist auf die Behandlungsmethode der Psychotherapie spezialisiert (Weidhaas 1996). Dies ist der einzige wirkliche Unterschied. Dagegen fallen ihm in gleicher Weise alle Arbeitsschritte zu, die vor der Therapie stehen: Diagnostik, Differentialdiagnostik, Indikationsstellung, Differentialindikation und Begutachtung. Darf ein psychologischer Psychotherapeut die Arbeitsunfähigkeit seines Patienten bescheinigen (Lubecki 1990)? Logischerweise ja, wenn

nicht, so wird seine diagnostische Kompetenz und Autorität doch in Frage gestellt. Übernimmt der Hausarzt diese Aufgabe, so ist damit die gesetzlich festgelegte Gleichberechtigung des psychologischen Psychotherapeuten in der Krankenversorgung verletzt. De facto bleibt die Verantwortung trotzdem beim behandelnden Psychotherapeuten. Er muß diese Kompetenz trotzdem haben. Und das Zweite: Darf ein psychologischer Psychotherapeut eine Notwendigkeitsbescheinigung für eine Krankenhausbehandlung ausstellen? Wenn ja, nur für eine stationäre Psychotherapie oder auch für die Einweisung in eine psychiatrische Klinik oder eine andere Klinik? Auch wenn formalerweise der Hausarzt die Klinikeinweisung übernimmt, verläßt er sich doch auf die Aussagen, die der Psychotherapeut zu Diagnose und Indikation machte. Und: Darf/muß ein psychologischer Psychotherapeut in der Klinik Nachtdienst/Bereitschaftsdienst und in der Kassenpraxis Notfalldienst machen?

Das Psychotherapiegesetz definiert die berufliche Aufgabe des psychologischen Psychotherapeuten folgendermaßen:

„Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“

Wenn wir in diesem Sinne von einem gleichberechtigten Tätigwerden in der Krankenversorgung ausgehen, so können wir ein Profil der geforderten Qualifikation (Beske 1992) des psychologischen Psychotherapeuten zeichnen - bezogen auf diejenigen Schritte, die vor dem Beginn der eigentlichen Psychotherapie notwendig sind:

- Entscheiden, ob eine Krankheit vorliegt.
- Entscheiden, welche Krankheit vorliegt.
- Entscheiden, ob eine psychische Störung vorliegt.
- Entscheiden, ob weitere Diagnostik erforderlich ist.
- Entscheiden, welche weitere Diagnostik erforderlich ist.
- Entscheiden, ob die eventuell erforderliche erweiterte Diagnostik eine Überweisung an einen anderen Facharzt erfordert.
- Entscheiden, ob die diagnostizierte Erkrankung in sein eigenes Gebiet fällt.
- Entscheiden, in welches andere Gebiet die Erkrankung gegebenenfalls fällt.
- Entscheiden, ob Krankenbehandlung erforderlich ist.
- Entscheiden, ob Psychotherapie erforderlich ist.
- Entscheiden, ob eine Kombination von Psychotherapie und anderer, medizinischer Therapie erforderlich ist.
- Entscheiden, ob ein anderes Psychotherapieverfahren erforderlich ist.
- Entscheiden, ob das eventuell erforderliche andere Psychotherapieverfahren eine Überweisung an einen anderen Psychotherapeuten erfordert.
- Entscheiden, ob eine stationäre Psychotherapie erforderlich ist.
- Entscheiden, welche stationäre Psychotherapie erforderlich ist.
- Entscheiden, ob gegebenenfalls eine Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus erforderlich ist.

Diese Aufstellung ist lückenhaft, umreißt aber neben den therapeutischen Sitzungen wesentliche Aspekte des Tätigkeitsprofils eines in der kassenärztlichen Versorgung selbständig und gleichberechtigt tätigen psychologischen Psychotherapeuten.

Hier wurden diejenigen Kompetenzen nicht aufgezählt, die im engeren Sinne psychotherapeutische sind. Auf sie wird später eingegangen.

Es wird deutlich, daß es sich um Qualifikationen handelt, die keinesfalls durch eine theoretischen Weiterbildung abgedeckt werden können. Ein Seminar über diese Themen kann nicht den Kern der Vermittlung dieser Qualifikationen ausmachen. Nur mehrjährige ganz- oder halbtägige Arbeit unter Anleitung eines ermächtigten und befugten Weiterbilders in dessen Praxis oder Klinik vermittelt die notwendige Qualifikation - analog der ganztägigen Tätigkeit des ärztlichen Assistenten im Krankenhaus oder in der ermächtigten Kassenpraxis.

Die durch das neue Gesetz vorgegebene berufsbegleitende theorielastige Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten behält dieses Kompetenzdefizit bei: Fehlende medizinische Basiskompetenz, fehlende diagnostische Kompetenz, fehlende Praxis, fehlende kontinuierliche Anleitung und Supervision der Praxis. Es ist der Regelfall, daß ein Psychotherapeut in seiner Ausbildung kein einziges Mal zuschauen konnte, wie ein erfahrener Lehrtherapeut die Behandlung durchführt. Man müßte sich dieses Faktum auf die Chirurgie oder auf jeglichen anderen Beruf übertragen vorstellen! Differentialindikation (Sulz 1997) kann nur dann kompetent erfolgen, wenn der Diagnostiker mindestens zwei Therapieverfahren kennt. Gegenwärtig gelten Verhaltenstherapie und

tiefenpsychologische Psychotherapie als anerkannte Verfahren (Meyer et al. 1991). Also muß ein Verhaltenstherapeut neben seiner Behandlungsmethode auch das andere anerkannte Verfahren so gut kennen, daß er entscheiden kann, ob ein Patient eine tiefenpsychologische Behandlung benötigt oder eine Verhaltenstherapie. In der Facharztausbildung geschieht dies dadurch, daß eines von 5 Jahren ganztags in dem benachbarten Gebiet in Klinik oder Praxis gearbeitet wird. Z. B. arbeitet der spätere Facharzt für psychotherapeutische Medizin ein Jahr in der Psychiatrie und ein Jahr in der inneren Medizin. Das heißt - neben der theoretischen Wissensvermittlung - wird dafür gesorgt, daß durch einjährige ganztägige Tätigkeit dieses Gebiet gründlich praktisch vermittelt wird (jeweils etwa 1600 Stunden). Ähnliches wäre zu fordern bezüglich der ganztägigen Tätigkeit im verhaltenstherapeutischen Bereich versus dem tiefenpsychologischen Bereich: Wer später Verhaltenstherapeut wird, arbeitet ein Jahr lang ganztags (oder zwei Jahre halbtags) in einer tiefenpsychologischen Praxis oder Klinik und umgekehrt.

Eine psychotherapeutische Ausbildungsordnung muß nachweisen, daß obige Befähigungen vermittelt werden (Reinecker und Schindler 1996, Willutzki et al. 1997) - theoretisch und vor allem praktisch. Eine Weiterbildungsinstitution muß nachweisen, daß und wie sie für den Erwerb dieser Befähigungen sorgt.

Kommen wir nun zur speziellen psychotherapeutischen Ausbildung.

Das Gesetz sieht folgende Ausbildung für Diplom-Psychologen vor:

- 1 Jahr Berufstätigkeit in einer psychiatrischen Klinik,
- 6 Monate Berufstätigkeit in einer psychotherapeutischen Institution oder Praxis,
- 600 Stunden Theorie,
- 600 Stunden selbst durchgeführte Therapien (mindestens 6 Patienten).

Es fällt auf, daß sechs Therapien ausreichen, um später diesen Beruf selbständig ausführen zu können - ein wahrhaft dünnes Erfahrungspolster. Und 18 Monate Berufstätigkeit im späteren Anwendungsbereich reichen, um sich nach Erfüllung der weiteren Kriterien niederlassen zu können. Im Vergleich dazu dauert jede Handwerkslehre länger. Damit ist das Psychotherapie-Gesetz kaum in der Lage, eine qualifizierte Psychotherapie-Ausbildung zu gewährleisten, wenngleich es diese ermöglichen kann. Erst die Rechtsverordnungen des Bundesgesundheitsministeriums entscheiden über diese Gewährleistung.

Kriterien zur Bestimmung der Qualität der Psychotherapie-Ausbildung

Was ist von einer qualifizierten Psychotherapie-Ausbildung zu fordern? Betrachten wir den prinzipiellen Vorgang der Psychotherapie-Ausbildung:

Psychotherapie-Ausbildung ist der Weg einer ausreichend vorgebildeten und ausreichend qualifizierten Person zur Erreichung der Fähigkeit Psychotherapie selbständig qualifiziert ausüben zu können.

Damit verbunden sind Betrachtungen der Qualität

- des Ziels
- des Wegs
- der theorievermittelnden Institutionen
- der Praxis-Institution
- der Theorie-Lehrer
- der Supervisoren
- der Lehrtherapeuten
- der Leiter der interaktionsbezogenen Fallarbeit
- der Ausbildungsteilnehmer
- der Ausbildungs-Behandlungsfälle
- der Prüfer
- der Prüfmittel.

Jeder dieser Aspekte dieser Psychotherapie-Ausbildung bedarf weiterer Betrachtung.

Das **Ziel** ist

- ein/e Psychotherapeut/in
- der/die selbständig
- in eigener Einzelpraxis
- einen psychisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen
- durch geeignete psychotherapeutische Behandlung
- von seiner Erkrankung befreien kann, soweit das Wesen dieser Erkrankung dies zuläßt.
- Dabei soll er ethischen Werten und ökonomischen Standards gerecht werden.

Jeder dieser Aspekte des Ziels bedarf der Definition und Operationalisierung, um eine Zielerreichung feststellen zu können.

Der **Weg**, d.h. die Psychotherapie-Ausbildung

- vermittelt
- in Konzeption
- und Durchführung
- die sachgerechte Annäherung an das Ziel
- und dessen zeitgerechtes Erreichen
- durch Lernprozesse, die
- unter Berücksichtigung der Ausgangsbefähigung
- und Ausgangskenntnis
- in didaktisch begründeter Abfolge
- Kenntnisse
- Fertigkeiten,
- persönliche Grundhaltungen und Einstellungen.

Dieser Lernprozeß erfolgt in ausreichendem Ausmaß (50% der Kurszeit) am Patienten - Praktikando.

Die **theorievermittelnde Institution**

- weist nach
- und verfügt
- über die Kompetenz der Lehre
- wissenschaftliche Grundlegung und Orientierung bezüglich der
- theoretischen Inhalte, d.h.
- insbesondere des gegenwärtigen Erkenntnisstandes der

- 1. Entstehung des Wesens und des Verlaufs
- psychische Erkrankungen und
- psychosomatische Erkrankungen
- 2. ihrer Behandlungsmöglichkeiten.
- Dazu verfügt sie über
- ausreichende Räumlichkeiten,
- Lehrmittel,
- ein spezielles Ausbildungssekretariat
- einen Dozentenstamm
- ein ausreichendes Veranstaltungsangebot
- das auf die Psychotherapie-Ausbildung abgestimmt ist.
- Sie unterzieht sich alle 2 Jahre einer Qualitätsprüfung.

Die **Praxisinstitution**

- weist nach
- und verfügt über ein
- aktiven Klinik-,
- oder Ambulanz-
- oder Praxisbetrieb
- mit einer ausreichenden Zahl von Patienten
- ausreichender Diagnosevielfalt psychischer und psychosomatischer Krankheiten
- einer ausreichender Zahl mindestens halbtägig
- dort tätiger anerkannter Supervisoren
- einer ausreichenden Anzahl fertig ausgebildeter Psychotherapeuten
- einer ausreichenden Anwendung der zu lernenden
- Psychotherapiemethoden
- ausreichender Räumlichkeiten
- ausreichender apparativer Ausstattung
- ausreichender Zeit der Supervisoren für die Supervision
- ausreichende Betreuung der Ausbildungsteilnehmer.
- Sie unterzieht sich alle 2 Jahre einer Qualitätsprüfung.

Die **Theorielehrer/Dozenten**

- haben selbst eine Psychotherapie-Ausbildung abgeschlossen
- haben genau die Psychotherapie-Ausbildung abgeschlossen, deren Theorie sie lehren
- haben selbst mindestens 3 Jahre nach Abschluß dieser Ausbildung ganztags oder 5 Jahre halbtags als Psychotherapeut mit dieser Therapieform gearbeitet
- haben nachgewiesen, daß sie zur Lehre ihres Lehrfachs im Rahmen der Psychotherapie-Ausbildung befähigt sind
- betreiben regelmäßig eigene Fortbildung in Psychotherapie
- betreiben regelmäßig eigene Fortbildung in ihrem Lehrfach
- sind weiterhin selbst psychotherapeutisch tätig (mindestens 10 Stunden pro Woche)
- sie lehren den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand die gegenwärtig zu Grunde gelegte Theorien zur Erklärung der Entstehung und Zuordnung und des Verlaufs von psychischen und psychotherapeutischen Krankheiten
- den heutigen Stand der Diagnostik und Interventionsmethoden
- das praktische Vorgehen in der Therapie
- durch moderne Didaktik

- unter Einbeziehung moderner Medien.
- Sie unterziehen sich alle 2 Jahre einer Qualitätsprüfung.

Der **Supervisor**

- hat selbst eine abgeschlossene Psychotherapie-Ausbildung
- hat genau die Psychotherapie-Ausbildung abgeschlossen, die er lehrt
- war mindestens 5 Jahre ganztags psychotherapeutisch in dieser Psychotherapieform tätig
- war mindestens 5 Jahre als Dozent dieser Psychotherapie-Ausbildung an einer anerkannten Theorieinstitution (s.o.) tätig
- hat eine Ausbildung zum Supervisor in dieser Psychotherapie-Ausbildung absolviert
- hat seine Befähigung zur Supervision dieser Psychotherapie-Ausbildung nachgewiesen
- ist weiterhin mindestens halbtags selbst psychotherapeutisch in dieser Psychotherapieform tätig
- betreibt regelmäßig eigene Fortbildung in dieser Psychotherapieform
- betreibt regelmäßig eigene Fortbildung in Supervision
- Er unterzieht sich alle 2 Jahre einer Qualitätsprüfung. (vergl. Frank 1997, Ronnestadt und Skovholt 1997, Schmelzer 1997, Sulz: Qualitätsmanagement-Handbuch)

Der **Lehrtherapeut**

- hat die Qualifikation eines Supervisors dieser Psychotherapie-Ausbildung
- hat die Qualifikation eines Supervisors für Gruppentherapie
- hat mindestens 5 Jahre lang regelmäßig Therapiegruppen geleitet (durchschnittlich mindestens 2 Stunden pro Woche, mindestens 80 Stunden pro Jahr)
- hat an einer Selbsterfahrungsgruppe als Cotherapeut teilgenommen
- hat seine Befähigung zur Durchführung von Selbsterfahrung nachgewiesen
- betreibt regelmäßig eigene Fortbildung in dieser Psychotherapieform
- betreibt regelmäßig eigene Fortbildung in Selbsterfahrung/Lehrtherapie
- Er leitet eine Selbsterfahrungsgruppe mit maximal 9 Teilnehmern im Umfang von mindestens 140 Stunden und einer Dauer von mindestens einem Jahr.
- oder er leitet eine Einzelselbsterfahrung mit 1 Therapie-sitzung pro Woche. (vergl. Sulz, Qualitätsmanagement-Handbuch)
- Er unterzieht sich alle 2 Jahre einer Qualitätsprüfung

Der **Leiter der interaktionsbezogenen Fallarbeit**

- hat die Qualifikation eines Supervisors dieser Psychotherapie-Ausbildung
- hat die Qualifikation eines Supervisors für Gruppentherapie
- hat mindestens 5 Jahre lang regelmäßig Therapiegruppen geleitet (durchschnittlich mindestens 2 Stunden pro Woche, mindestens 80 Stunden pro Jahr)
- hat an einer interaktionsbezogenen Fallarbeits-Gruppe als Cotherapeut teilgenommen
- hat seine Befähigung zur Durchführung von interaktions-

bezogener Fallarbeit nachgewiesen

- betreibt regelmäßig eigene Fortbildung in dieser Psychotherapieform
- betreibt regelmäßig eigene Fortbildung in interaktionsbezogener Fallarbeit
- Er leitet eine interaktionsbezogene Fallarbeitsgruppe mit maximal 9 Teilnehmern mit mindestens 1 Doppelstunde pro Monat, die 70 Stunden umfaßt.
- Er unterzieht sich alle 2 Jahre einer Qualitätsprüfung. (vergl. Knickenberg und Sulz, in Vorbereitung, sowie Sulz, Qualitätsmanagement-Handbuch)

Der **Ausbildungsteilnehmer**

- ist Diplom-Psychologe/in oder Arzt /Ärztin
- weist als Diplom-Psychologe ausreichende Eingangskennntnisse in Medizin nach,
- weist als Arzt ausreichende Eingangskennntnisse in Psychologie nach,
- hat in einer Eingangsprüfung seine persönliche Eignung nachgewiesen,
- hat in einer Eingangsprüfung seine fachliche Eignung nachgewiesen,
- hat die private und berufliche Planung der Ausbildung so eingerichtet, daß er sich ganz dieser Ausbildung widmen kann und will,
- hat genügend Einkommen/Vermögen, um die Kosten der Ausbildung aufbringen zu können, ohne in finanzielle Not zu geraten,
- führt nicht selbst ein den therapeutischen Prinzipien extrem widersprechendes Leben (z. B. beide Ehepartner ganztags berufstätig, wenn sie ein Kind unter 6 Jahren haben)
- Er/sie lernt
- in regelmäßiger Teilnahme
- durch aktive Mitarbeit
- durch Erproben neuen Handelns in Therapie
- durch Zeigen seines Handelns (Video)
- durch Reflexion seines Handelns
- durch Einholen von Feedback und Supervision
- durch Korrektur seines therapeutischen Handelns gemäß Feedback und Reflexion
- durch ausgiebige wissenschaftliche und theoretische Lektüre
- durch Dokumentation seines Lernprozesses
- durch Dokumentation seiner therapeutischen Tätigkeit unter Supervision. (vergl. Reimer et al. 1997, Heigl-Evers und Heigl 1989)

Der **Ausbildungs-Behandlungsfall**

- der Patient ist einverstanden mit der Psychotherapie unter Supervision
- benötigt eine Therapie, die der Ausbildungsteilnehmer unter Supervision beherrscht
- hat eine ausreichende Prognose für diese Therapie profitiert von der supervidierten Therapie durch den Ausbildungsteilnehmer

Der **Prüfer**

- hat seit mindestens 5 Jahren Supervisorenqualifikationen
- ist als Supervisor tätig

- ist als Theorielehrer tätig
- arbeitet mindestens halbtags selbst psychotherapeutisch in dem zu prüfenden Psychotherapieverfahren
- betreibt regelmäßig Fortbildung in dieser Psychotherapieform
- betreibt regelmäßig Fortbildung als Supervisor
- hat 1 Jahr lang als Beisitzer in Prüfungen teilgenommen
- unterzieht sich alle 2 Jahre einer Qualitätsprüfung (vergl. Sulz, Qualitätsmanagement-Handbuch)

Die Prüfung

- bietet ausreichend Zeit für die Darstellung der Befähigung durch den Ausbildungsteilnehmer
- bietet ein förderliches Klima für den Ausbildungsteilnehmer zur Darstellung seiner Befähigung
- bietet einen angemessenen Dialog, um dem Ausbildungsteilnehmer die Möglichkeit zu geben seine Befähigungen darzustellen
- gewährleistet die Erfassung der Erfüllung der Mindestqualifikation in allen wichtigen Prüfungsbereichen
- gewährleistet eine hinreichende Erfassung des Profils an Kenntnissen und Fertigkeiten des Ausbildungsteilnehmers. (vergl. Sulz, Qualitätsmanagement-Handbuch)

Die Qualität der Therapiemethoden

- Da es nicht sinnvoll ist, auf qualifizierte Weise eine nicht wirksame Therapiemethode zu lehren, muß vorausgesetzt werden, daß deren Wirksamkeit wissenschaftlich bestätigt wurde. Auch hier ist weiter zu differenzieren. So gibt es eine große Zahl von Effizienzstudien (Grawe et al 1995). Allerdings sind bei vielen Stichproben keine klinischen Krankheiten nachgewiesen. Auch das Hauptkriterium der Reduktion der Symptomatik durch die Therapie wurde oft nicht auf wissenschaftlich ausreichender Basis erfaßt. Diverse positive psychische Veränderungen müssen nicht mit der Behebung der Erkrankung korrelieren. Derzeit gelten in Deutschland die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologische Psychotherapie/psychoanalytische Behandlung als ausreichend wirksam und anerkannt.

Die Qualität der Curricula

- ist nur ein Teil der Ausbildungskonzeption. Für die Versorgung von psychisch/psychosomatisch Erkrankten im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen sind gegenwärtig im ärztlichen Bereich die Ausbildungsordnungen der Ärztekammer auf Landesebene und im psychologischen Bereich ab 1999 eine Ausbildungsordnung für psychologische Psychotherapeuten ersetzt, wie sie als Entwurf dem Bundesgesundheitsministerium vorliegt. Der Vergleich dieser Curricula kann über die jeweiligen Lücken Aufschluß geben. Als Qualitätskriterien dienen die oben genannten Aspekte. Zudem können weitere Kriterien der Qualitätssicherung hinzugezogen werden (Bertelmann et al. 1996, DIN 9001, Pietsch-Breitfeld et al. 1994).

Qualitätsprüfung der psychologischen Psychotherapie-Ausbildung

Da die Rahmen-Ausbildungsordnung für psychologische Psychotherapeuten erst in den nächsten Monaten vom Bundes-

ministerium für Gesundheit erlassen wird, können hier neben dem Gesetzestext nur bisherige Entwürfe und Vorläufer herangezogen werden. Eine definitive Qualitätsprüfung wird erst möglich sein, wenn diese rechtsgültige Rahmen-Ausbildungsordnung vorliegen wird.

Die folgenden Ausführungen gehen von fehlender Qualifikation dann aus, wenn sie das Gesetz bzw. die Ausbildungsordnung Qualifikation nicht prüft bzw. deren Herstellung nicht gewährleistet. Trotzdem kann in verschiedenen Institutionen qualifizierte Ausbildung real stattfinden. Die Aussagen betreffen also die Ausbildungsordnungen und nicht die realen Ausbildungen. Folgende Mängel sind feststellbar:

- Unzureichende Vermittlung medizinischer Kenntnisse,
- keine praktische Ausbildung (d.h. nicht mindestens Ganztags- bzw. Halbtags-tätigkeit an einer anerkannten Ausbildungseinrichtung über 4 - 5 Jahre),
- unzureichende Selbsterfahrung (Verhaltenstherapie),
- fehlende patientenzentrierte Selbsterfahrung (interaktionsbezogene Fallarbeit),
- fehlendes zweites anerkanntes Psychotherapieverfahren (tiefenpsychologische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie),
- unzureichende Ausbildung in Entspannungsverfahren,
- unzureichender Einsatz von Cootherapie/Beobachtung,
- unzureichende Befähigung zur Befunderhebung, Diagnostik und Indikationsstellung,
- unzureichende Live-Supervision,
- unzureichende Video-Supervision,
- unzureichendes Training des Therapeutenverhaltens,
- unzureichende Sicherstellung der Qualifikation der Dozenten,
- der Supervisoren,
- der Lehrtherapeuten,
- der Ausbildungsleitung;
- unzureichende Sicherstellung
- der Qualität des Prozesses der kontinuierlichen persönlichen Betreuung,
- der Kursdurchführung,
- der Supervision,
- der Selbsterfahrung,
- unzureichende Sicherung der Qualität der Evaluation der Ergebnisse der Ausbildung (was können die Absolventen wirklich?),
- unzureichende Sicherung der Qualität der Ausbildungsstätte.

Qualitätsprüfung der ärztlichen Psychotherapie-Ausbildung

Auch hier bezieht sich die Aussage über fehlende Qualifikation auf die Ausbildungsordnungen und nicht auf die real durchgeführten Ausbildungen. Folgende Mängel sind feststellbar:

- Unzureichende Vermittlung psychologischer Kenntnisse, fehlende Qualifikation der Dozenten,
- fehlende Qualifikation der internen Supervisoren,
- unzureichende inhaltliche Differenzierung der Curricula, so daß nahezu beliebige Theorievermittlung resultiert,

Tabelle 1a: Möglichkeiten zur Qualifizierung der psychologischen Psychotherapie-Ausbildung	
Mängel der psychologischen Psychotherapie-Ausbildung	Behebung der Mängel
Unzureichende Vermittlung medizinischer Kenntnisse	Vermittlung theoretischer Kenntnisse der Anatomie, Physiologie und Biochemie. Vermittlung von theoretischen und klinischen Kenntnissen der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie der wichtigsten körperlichen Erkrankungen sowie der Diagnostik, Differentialdiagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation
Keine praktische Ausbildung (d.h. mindestens Ganztags- bzw. Halbtagsstätigkeit an einer anerkannten Ausbildungseinrichtung über 4 - 5 Jahre)	Umwandlung der berufsbegleitenden in eine ganz-halbtägige z.B. 4-5-jährige Ausbildung
VT: unzureichende Selbsterfahrung	Erhöhung der Selbsterfahrung auf mindestens 140 Stunden, Frequenz mindesten 1 Doppelstunde wöchentlich, beim gleichen Gruppenleiter
fehlende patientenzentrierte Selbsterfahrung (interaktionsbezogene Fallarbeit)	Einführung einer zusätzlichen interaktionsbezogenen Fallarbeit in der Gruppe mit höchstens 9 Teilnehmern, mind. 1 Doppelstd./Monat, beim gleichen Gruppenleiter, insgesamt mind. 70 Std
fehlendes zweites anerkanntes Psychotherapieverfahren (tiefenpsychologische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie)	100 Stunden Theorie im anderen anerkannten Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie bzw. tiefenpsychologische Psychotherapie)
unzureichende Ausbildung in Entspannungsverfahren	2 Kurse in einem Entspannungsverfahren (insgesamt 32 Stunden)
unzureichende Befähigung zur Befunderhebung, Diagnostik und Indikationsstellung	Teilnahme an 50 diagnostischen Fallvorstellungen und Vorstellung von 10 eigenen Fällen; Durchführung von 50 selbständig durchgeführten, supervidierten und dokumentierten Erstuntersuchungen
unzureichende Sicherstellung der Qualität des Prozesses der kontinuierlichen persönlichen Betreuung	Einrichtung einer kontinuierlichen Kursbetreuung durch einen Supervisor und einer kontinuierlichen Arbeitsgruppenbetreuung durch einen qualifizierten Dozenten

Tabelle 1b: Möglichkeiten zur Qualifizierung der psychologischen und ärztlichen Psychotherapie-Ausbildung	
Mängel der psychologischen und ärztlichen Psychotherapie-Ausbildung	Behebung der Mängel
unzureichender Einsatz von Cotherapie/Beobachtung	VT: Teilnahme an zwei Therapien im Status des Beobachters und Cotherapeuten über die gesamte Therapie (mindestens je 25 Stunden)
unzureichende Live-Supervision	Durchführung einer kontinuierlichen Therapie in Gegenwart des Supervisors bzw. von 10 % der Therapiestunden in Gegenwart des Supervisors (VT)
unzureichende Video-Supervision	Kontinuierliche Durchführung der Ausbildungstherapien mit Video-Dokumentation und deren Besprechung in der Supervisionssitzung
unzureichendes Training des Therapeutenverhaltens	Verlagerung des Schwerpunktes der Praxiskurse im gleichen Prozentsatz auf Training des Therapeutenverhaltens, vorzugsweise mit Patienten, behelfsweise zu einem kleinen Teil im Rollenspiel
unzureichende Sicherstellung der Qualifikation der Dozenten	Prüfung der Eingangsqualifikation der Dozenten, deren systematische didaktische Schulung, regelmäßige Prüfung der Qualifikation
der Supervisoren	Festlegen der Eingangsqualifikation: eigene nachgewiesene anerkannte Ausbildung in diesem Therapieverfahren, mindestens 5-jährige eigene Berufserfahrung in diesem Therapieverfahren (mindestens halbtags), Einrichtung einer Supervisoren-Ausbildung, Prüfung der überwiegenden weiteren psychotherapeutischen Tätigkeit
der Lehrtherapeuten (Selbsterfahrungsleiter	siehe Supervisoren, zusätzlich Nachweis der Qualifikation in Gruppentherapie
der Ausbildungsleitung	Alle Mitglieder sollten anerkannte Supervisoren und Lehrtherapeuten sein, am Ort tätig und erreichbar sein
der Supervision	Evaluation der Supervision mit Messung der erworbenen Fähigkeiten
der Selbsterfahrung	Evaluation der Selbsterfahrung mit Messung der Entwicklung der Persönlichkeit und des Erwerbs neuer Verhaltenskompetenzen
unzureichende Sicherung der Qualität der Evaluation der Ergebnisse der Ausbildung (was können die Absolventen wirklich?)	Mehrpunktmessung der Qualifikation der Ausbildungsteilnehmer im Verlauf der Ausbildung. Umfassende Evaluation durch ausführliche mehrstündige Abschlußprüfung (schriftlich in Theorie) und mündlich (am Patienten - mittels Video-Aufgaben)
unzureichende Sicherung der Qualität der Ausbildungsstätte	Regelmäßige Beaufsichtigung der Weiterbildungsstätte (über die schriftlichen Selbstdarstellungen hinaus Begehung der Weiterbildungsstätte und Besuch der Veranstaltungen bzw. Einholen anderweitiger Belege)
Praxisbezogenheit	Kurskonzeptionen mit direkter Anwendbarkeit der erlernten Fähigkeiten im klinischen Alltag entwickeln und evaluieren

Tabelle 1c: Möglichkeiten zur Qualifizierung der ärztlichen Psychotherapie-Ausbildung

Mängel der ärztlichen Psychotherapie-Ausbildung	Behebung der Mängel
Unzureichende Vermittlung psychologischer Kenntnisse	Vermittlung von (über die in der Weiterbildungsordnung verlangte Theorie hinausgehenden) 200 Stunden Psychologie (Entwicklungs-, Motivations-, Emotions-, Lern-, Persönlichkeits-, Sozial- und Klinische Psychologie)
Unzureichende inhaltliche Differenzierung der Curricula, so daß nahezu beliebige Theorievermittlung resultiert	Weitergehende Operationalisierung der Curricula
Psychiatrie: zu geringe Theoriestundenanzahl	Erhöhung der Mindeststundenanzahl auf 400 Theorie in Psychotherapie
Unzureichende Sicherung der Qualität des Prozesses: Anwesenheit der Teilnehmer	doppelter Anwesenheitsbeleg: Dozent und Ausbildungsleitung bestätigen die Anwesenheit in einem Ausbildungsbuch, das später der LÄK vorgelegt wird. Außerdem Unterschriftenliste als Anwesenheitsnachweis
Stundenzahl der Theorie Seminare	Nachweise, daß die Seminare tatsächlich mit der angegebenen Stundenzahl stattgefunden haben
Es fehlt ein Training der Diagnose und der therapie relevanten Wahrnehmungsprozesse	Leitung von Fallseminaren ausschließlich durch erfahrene Supervisoren, die am Fall diagnostische Wahrnehmung und Beurteilung trainieren

- Facharzt für Psychiatrie: zu geringe Theoriestundenanzahl...
- unzureichende Sicherung der Qualität des Prozesses:
- Anwesenheit der Teilnehmer,
- Stundenzahl der Theorie Seminare,
- Kursqualität,
- Praxisbezogenheit;
- es fehlt ein Training des Therapeutenverhaltens,
- es fehlt ein Training der Diagnose und der therapie relevanten Wahrnehmungsprozesse;
- es fehlt Cotherapie/Beobachtung,
- es fehlt Live-Supervision,
- es fehlt Video-Supervision.

Diskussion und Zusammenfassung

Es wurden Qualitätskriterien der Psychotherapie-Ausbildung definiert, die deren sämtliche Teilbereiche und Teilprozesse berücksichtigt. Diese Vollständigkeit blieb bisher bei der Formulierung bisheriger Ausbildungsordnungen aus. Dies erklärt deren Lücken.

Sowohl die ärztliche als auch die psychologische Psychotherapie-Ausbildung weisen erhebliche Mängel auf. Insbesondere stecken die Mängel der psychologischen Ausbildung bereits in der Konzeption sowohl der gegenwärtigen Richtlinien der Psychotherapie als auch des künftigen Psychotherapiegesetzes. Beide versäumen es, eine Ganztagsausbildung zu fordern. Wo immer in unserer Gesellschaft Berufe mit ähnlicher Verantwortung ausgeübt werden, wird von wesentlich mehr praktischer Ausbildung ausgegangen. Das Psychiatriejahr dient nur zum Kennenlernen der Psychiatrie und ist nicht mit psychotherapeutischer Berufstätigkeit gleichzusetzen. Denn in psychiatrischen Kliniken arbeiten Psychologen nur zufällig psychotherapeutisch unter persönlicher Anleitung eines zur Psychotherapie-Ausbildung befugten Psychotherapeuten. Damit bleibt an definitiver praktischer Erfahrung ein halbes Jahr Praktikum und 6 Behandlungsfälle

übrig. Welchem Patienten kann man da empfehlen, einen neu niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten aufzusuchen? Bereits im Psychologiestudium steckt eine extreme Theorielastigkeit und ein eben so extremer Praxismangel. Man könnte denken, daß eine nachfolgende Berufsausbildung zum Psychotherapeuten diese Einseitigkeit versucht dadurch zu kompensieren, daß sie überwiegend praxisorientiert ist. Das Gegenteil ist der Fall. Die Theorielastigkeit wird noch mehr ins Extreme gesteigert. Der Forderung nach ausreichender Praxisorientierung werden nur die beiden Facharztausbildungen Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychotherapeutische Medizin gerecht. Dafür weisen sie einen ebenso eklatanten Theoriemangel auf. Und es liegt im Ermessen eines Chefarztes, wie wörtlich er die Weiterbildungsordnung für Ärzte nehmen möchte. Alles was für die Facharztprüfung nur von ihm bescheinigt werden muß und nicht in practitando in der Prüfung als Können nachgewiesen werden muß, bleibt geduldiges Papier.

Während es für Ärzte schon sehr lange selbstverständlich ist, daß sie die eigene Qualifikation ärztlichen Handelns erst nach Abschluß des Studiums in Klinik und Praxis lernen, herrschte bei den Psychologen noch sehr lange die Meinung, daß das Diplom den Abschluß der Berufsausbildung darstellt. Bezüglich der Psychotherapie haben sich Psychologen und Ärzte gleichermaßen über viele Jahre hinweg darauf festgelegt, daß Psychotherapie lediglich eine nicht sehr hochwertige Zusatzbefähigung ist, die in Volkshochschulart in Abendkursen erlernt werden kann. Daß Psychotherapie ein ebenso umfangreiches Gebiet wie z.B. die Chirurgie oder die Psychologie insgesamt ist, kam nirgends zum Ausdruck. Am wenigsten haben Psychotherapeuten ein Selbstbewußtsein entwickelt, das sie befähigt hätte, Psychotherapie zu einem eigenständigen Berufsbild zu erklären, um eine vollständige eigenständige Berufsausbildung zu erarbeiten. Wäre dies geschehen, so wäre auch frühzeitig die Selbstverständlichkeit ins Bewußtsein der Verantwortlichen gelangt, daß die Ausbildung zu diesem schwierigerem anspruchsvollem Beruf nur ganztags erfolgen kann. Solange psychologische Psychotherapeuten sich weiterhin in erster Linie als Psychologen verstehen und ärztliche

Psychotherapeuten sich weiterhin in erster Linie als Ärzte verstehen, gibt es den Beruf des Psychotherapeuten nicht, zumindest nicht als Selbstverständnis derjenigen, die diesen Beruf seit vielen Jahren ausüben.

Aus den obigen Ausführungen ergeben sich zusätzlich zu den in Tabelle 1 aufgezeigten Sofortmaßnahmen zwei weitere Möglichkeiten zur Etablierung dieses für unsere Gesellschaft unverzichtbaren Berufes:

1. Eine Ganztagsausbildung analog den Facharztausbildungen mit einem zusätzlichen sehr erheblichen Theorieanteil in Medizin für Diplom-Psychologen und in Psychologie für Ärzte mit einer Ausbildungsdauer von mindestens 4 Jahren - eingebettet in eine laufende Qualitätssicherung des Ausbildungsprozesses. Im einzelnen ist dies 1 Jahr in der Psychiatrie, 2 Jahre in einer Psychotherapie-Einrichtung (Klinik, Ambulanz oder Praxis), in der das Hauptverfahren praktiziert wird (tiefenpsychologischer Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) und 1 Jahr in einer Psychotherapie-Einrichtung, in der das zweite anerkannte Therapieverfahren praktiziert wird (Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologischer Psychotherapie).
2. Ein zusätzlicher Weg ist derjenige, statt der beiden ohnehin nur partiell tauglichen Grundstudiengänge Psychologie und Medizin einen eigenen Studiengang Psychotherapie zu schaffen, der das Flickwerk in der Ausbildung beider Grundberufe überflüssig machen würde. Er kann langfristig die beiden bisherigen Zugänge (Psychologiestudium und Medizinstudium) ersetzen. Angesichts der großen Zahl von Absolventen beider Studiengänge, die ihr Hauptstudium als Umweg oder unökonomische Verbreiterung und zugleich Verdünnung der Qualifizierung zur Psychotherapie-Ausbildung betrachten, ist dieser Studiengang Zeit und Kosten sparend - für den Einzelnen und für den Staat bzw. für die Gesellschaft.

Literatur

- Ambühl H., Orlinsky D., SPR Collaborative Research Network, Zum Einfluß der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie* 1997, 5, 290 - 298
- Bertelmann M., Jansen J., Fehling A. Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis. *Report Psychologie* 1996, 11-12, 892 - 901
- Beske F. Qualitätssicherung. Einführung und gesetzliche Grundlagen. *Gesundheits-Wesen* 1992, 54, 508 - 510
- DIN EN ISO 9001 Qualitätsmanagementsysteme - Modell zur Qualitätssicherung/Modelldarlegung in Design, Entwicklung, Produktion, Montage und Wartung. Berlin: Beuth 1994
- Grawe, K., Donati R., Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 5. Aufl. Göttingen: Hogrefe 1994
- Frank R. Qualitätssicherung durch Supervision. In Laireiter A.R., Vogel H. (Hrsg.) *Qualitätssicherung von Psychotherapie*. Tübingen: DGVT 1997
- Heigl-Evers A., Heigl F. Ethik in der Psychotherapie. *Psychother Med Psychol*, 1989, 39, 68 - 74
- Kanfer F. Selbstmanagementtherapie: Eine Zusammenstellung von grundlegenden Komponenten für Einzelklienten. In: Sulz, S. (Hrsg.): *Kurz-Psychotherapien - Wege in die Zukunft der Psychotherapie*. München: CIP-Medien 1998, 133 - 142
- Kächele H., Buchheim P. Zur Professionalisierung der Psychotherapie in unserer Gesellschaft. *Psychotherapeut* 1996, 1, 12 - 21
- Knickenberg R., Sulz S. Interaktionsbezogene Fallarbeit in der verhaltenstherapeutischen Fort- und Weiterbildung. In Vorbereitung.
- Lubecki P. Qualitätssicherung der Verhaltenstherapie aus Sicht der Krankenkassen. *Praxis Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1990, 12, 303 - 306
- Meyer A.E., Richter R., Grawe K., Schulenburg G., Schulte B. Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bundesministerium für Jugend, Familien, Frauen und Gesundheit. Hamburg 1991
- Pietsch-Breitfeld B., Krumpaszky H.G., Schelp B., Blumenstock G., Beraedts M., Selbmann H.K. Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland - Bestandsaufnahme. Schriftenreihe des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit, Bd. 38. Baden-Baden: Nomos 1994
- Reimer M., Schüler P., Ströhm W. Qualitätssicherung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung. In Laireiter A.R., Vogel H. (Hrsg.) *Qualitätssicherung von Psychotherapie*. Tübingen: DGVT 1997
- Reinecker H., Schindler L. Aus- und Weiterbildung. In: Margraf J. (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1, Berlin: Springer, 1996, 491 - 498
- Ronnestad M.H., Skovholt T. Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 1997, 5, 299 - 306
- Schmelzer D. Supervision in der Verhaltenstherapie. Göttingen: Hogrefe 1997
- Schmutterer J. Ärztliche Psychotherapie in Deutschland. *Psychotherapie*, 1997, 2, 4 - 10
- Schulte D. Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschr Klin Psychol* 1993, 22, 374 - 393
- Sulz, S. *Qualitätsmanagement-Handbuch der Bayerischen Privaten Akademie für Psychotherapie*. München. Unveröffentlicht. Stand 1998
- Sulz S. Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie*, 1997, 2, 16 - 28
- Weidhaas J. Das Psychotherapeutengesetz und die psychotherapeutische Versorgung. *Psychotherapie*, 1996, Heft 1, 22 - 25
- Willutzki U. Botermans J.F., SPR Collaborative Research Network, Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 1997, 5, 282 - 289

Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz

80634 München • Nymphenburger Str. 185

Fax 089/132133 • e-mail: cipmedien@compuserve.com