

## **Weshalb das 5-jährige Facharztmodell mit 2 Pflichtjahren Klinik für die Psychotherapie-Weiterbildung ungeeignet ist**

Serge Sulz

### **Ausgangsbedingungen und Vorgeschichte**

Eifrige Reformer schütten gerade das Kind mit dem Bade aus. Sie wollen eine 5-jährige Weiterbildung mit zwei Pflichtjahren psychiatrische Klinik­tätigkeit (Ströhm et al. 2013) nach einer Direktausbildung an der Universität (Rief et al. 2012). Ziel ist die absolute Gleichberechtigung mit den Fachärzten, der uneingeschränkte Facharztstatus in der Krankenversorgung (Best 2013). Vom Bundesgesundheitsministerium wird signalisiert, dass dies nur möglich ist, wenn die Psychotherapie-Ausbildung dem ärztlichen Modell der Facharzt-Weiterbildung folgt. Also wird gar nicht mehr überlegt, welche Folgen die Übernahme dieses Modells hat. Denn es scheint ja keine Wahl zu geben (vergl. Gleiniger 2013).

Gehen wir einen Schritt zurück und betrachten wir die Facharzt-Weiterbildung in Psychiatrie. Hier muss man wissen, dass lange Jahre Psychiatern keine psychotherapeutische Kompetenz zugesprochen wurde. Sie mussten, um Psychotherapie mit den Krankenkassen abrechnen zu dürfen, die Zusatzbezeichnung Psychotherapie erwerben. Diese Zusatzausbildung konnte den damaligen Kriterien der Bundes-KV (die vor 1999, dem Erlass des Psychotherapeutengesetzes zuständig war) nach Ansicht der psychologischen Psychotherapeuten nicht das Wasser reichen und deshalb protestierten sie heftig. Dann wurde die Psychotherapie in die Facharzt-Weiterbildung "Psychiatrie und Psychotherapie" integriert. Bald musste jedoch z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns feststellen, dass das Niveau praktischer psychotherapeutischer Kompetenz durch die Facharzt-Weiterbildung nicht gewährleistet war und sie forderte deshalb einen zusätzlichen Fachkundenachweis. Das angestrebte Ziel ist also noch nicht durchgängig erreicht worden. Es muss noch einiges dafür getan werden und es wird gegenwärtig sehr viel dafür getan.

### **Biologische versus Psychotherapeutische Psychiatrie**

Die ärztliche Weiterbildung in Psychotherapie erfolgt im Rahmen der drei Facharztweiterbildungen Psychiatrie & Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie überwiegend stationär. Zum besseren Verständnis seien hier zwei Gegenpole definiert:

- Die Biologische Psychiatrie, die ihr Handeln auf neurobiologische Erkenntnis begründet (derzeit hauptsächlich Pharmakotherapie)
- die Psychotherapeutische Psychiatrie, bei der die Behandlung von psychischen Symptomen und Dysfunktionen durch psychotherapeutische Interventionen erfolgt.

Viele sagen, diese Polarisierung sei heute überwunden. Zu einem guten Teil ja, aber zu einem großen Teil, der sich sehr auf die Facharzt-Weiterbildung auswirkt nein.

In der psychiatrischen Facharzt-Weiterbildung hat die Biologisch-psychiatrische Behandlung den Vorrang. Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten findet dagegen überwiegend ambulant statt. Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten wollen dies ändern. Das Facharzt-Weiterbildungsmodell soll

auch für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten übernommen werden. Die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten soll abgeschafft werden. Dieses Vorhaben ist der Anlass für diesen Aufsatz.

Verantwortlich für die ärztliche Weiterbildung ist in der Regel der Direktor der Klinik. Er beauftragt Oberärzte und Fachärzte mit der Vermittlung von Theorie und mit der Aufsicht über die Assistenzärzte. Neben wöchentlichen Theorieveranstaltungen finden Fallkonferenzen, Chefarzt-, Oberarzt- und Stationsarztvisiten statt. Dazu kommt viel informeller Austausch zwischen Tür und Angel, beim Mittagessen und in der Kaffeepause, wo statt Pause zu machen und abzuschalten doch Patientenprobleme besprochen werden. Hier kann viel gelernt werden, wenn alle Beteiligten sich als Psychotherapeutische Psychiater und weniger als Biologische Psychiater verstehen und weniger als Forscher mit biologisch-psychiatrischen Forschungsthemen. Deshalb nehmen frisch gebackene Psychiater von verschiedenen Weiterbildungs-Kliniken in sehr verschiedenem Umfang Wissen und Können in Psychotherapie mit. Es gibt ein sehr großes Gefälle bezüglich der resultierenden ärztlichen und psychotherapeutischen Kompetenz. Manche erkennen die diesbezügliche Überlegenheit Psychologischer Psychotherapeuten bzw. approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die eine systematische psychotherapeutische Ausbildung absolviert haben. Bei den Ausbildungsinstituten gibt es dagegen bezüglich des Ausbildungsergebnisses nur wenig Kompetenzgefälle im Vergleich der einzelnen Institute. Teilweise liegt das daran, dass Hoheit bezüglich der Aufsicht über die ärztliche Weiterbildung auf Landesebene liegt (Landeskammern), während die Ausbildungsinstitute bundeseinheitlich staatlich beaufsichtigt werden.

### **Umsetzbarkeit der ärztlichen Weiterbildungsordnung**

Betrachtet man den beeindruckend umfassenden Katalog an Weiterbildungsbestandteilen für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, so denkt man, dass die so erworbene Psychotherapie-Kompetenz derjenigen der Psychologischen Psychotherapeuten in nichts nachsteht. Allerdings muss man nur ausrechnen, wie viele Stunden ein Lehrender aufbringen müsste, um diesen Lehrstoff wirklich zu vermitteln, dann wird schnell ersichtlich, dass die Kliniken diesen Katalog einfach nicht umsetzen können - mit Ausnahme von Universitätskliniken mit ihrem guten Personalschlüssel. Diese müssen sich aber auch entscheiden, ob sie die ihnen zugestandenen Ressourcen in die biologisch-psychiatrische Forschung stecken wollen oder in die Psychotherapie.

Auf den Ärztetagen gilt die Regel, dass die Weiterbildung möglichst in der Arbeitszeit stattfinden soll und dass sie für den Weiterbildungsassistenten möglichst kostenlos sein soll (außer Selbsterfahrung). Genau diese Regel verhindert die qualifizierte Umsetzung der Weiterbildungsordnung. Der Versorgungsdruck ist riesengroß, so dass im Zweifelsfall immer der Patient vorgeht und die Weiterbildung darunter leiden muss. Weder der Oberarzt noch der Assistenzarzt können die nötige Zeit für diejenige Weiterbildung aufbringen, die erforderlich wäre, um ein gleich qualifiziertes Ergebnis erreichen zu können wie bei den Psychologischen Psychotherapeuten. Die psychiatrische Klinik ist sowohl bezüglich der stationären Versorgung akut psychisch Erkrankter als auch hinsichtlich chronischer Erkrankungen primär ein Ort der Biologischen Psychiatrie. Akut erkrankte Patienten müssen primär Pharmakotherapie erhalten - natürlich so bald wie möglich auch Psychotherapie. Deshalb lernt der Assistenzarzt in der psychiatrischen Klinik genau das, was dort viel und gut gemacht wird.

### **Weiterbildung als learning by doing dauert halt 5 Jahre**

Da die Weiterbildung in Biologischer Psychiatrie auf diese Weise als learning by doing gut funktioniert und zu einem hohen Bildungsstandard führt, sind alle Beteiligten zufrieden mit der Facharzt-Weiterbildung. Dass die Psychotherapeutische Psychiatrie dabei viel zu kurz kommt, wird vor lauter fleißiger und effektiver biologisch-psychiatrischer Arbeit gar nicht bemerkt. Da Psychotherapie viel Zeit braucht, viel Zeit mit Patientengesprächen, würde diese so verbrachte Zeit nur daran, hindern eine gute Biologische Psychiatrie zu betreiben und ein guter Biologischer Psychiater zu werden. Der hohe Standard unserer Biologischen Psychiatrie geht also auf Kosten der Psychotherapeutischen Psychiatrie. Und da Direktor, Oberarzt, Facharzt und Assistenzarzt meist Biologische Psychiater sind, fehlt ihnen die Psychotherapeutische Psychiatrie nicht. Sie haben den Eindruck, dass sie auch gute Psychotherapeutische Psychiater sind, merken oft nicht, wie groß der Unterschied zur hoch qualifizierten Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten ist.

Die Facharzt-Weiterbildung dauert fünf Jahre - nicht weil der Lernstoff nicht in drei Jahren zu bewältigen wäre, sondern weil learning by doing nicht so effizient ist wie die Institutsausbildung, die in drei Jahren eine hoch qualifizierte psychotherapeutische Kompetenz vermittelt. Verlagerung der Psychotherapeuten-Ausbildung in die Klinik nach dem Facharzt-Weiterbildungsmodell beseitigt demnach auch diese zeitliche Effektivität. Aus drei Jahren werden fünf Jahre mit allen negativen Folgen wie ein Flaschenhals bezüglich der Zahl der Klinikstellen.

### **Der Psychiater als Psychotherapie-Manager und der Psychotherapeut als ausführender**

Lange Jahre war Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus ein Adjuvans, das nicht zwingend benötigt wird. Heute gibt es keine psychiatrische Krankheit mehr, bei der in den Leitlinien Psychotherapie als notwendiger Bestandteil fehlt. Die Psychotherapie wird dann den Psychologischen Psychotherapeuten überlassen, weil dem Arzt dafür keine Zeit bleibt und weil die es so gut können. So wie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung kaum ein niedergelassener Psychiater selbst Richtlinien-Psychotherapie durchführt. Er überweist seinen Patienten zur Psychotherapie an den Psychologischen Psychotherapeuten, während er selbst den Patienten alle drei bis vier Wochen in der Kurz-Sprechstunde sieht und die Pharmakotherapie optimiert. Meist kommen so viele psychiatrische Patienten zu ihm, dass er die Sprechstundenzeit so kurz halten muss, damit alle Patienten oft genug einen Arzttermin erhalten.

### **Wie ein guter Psychiater ein guter Psychotherapeut sein kann**

Die Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie wurde zwar spätestens ab 1980 durch Forschung und klinische Versorgung mit großem Aufwand betrieben (z.B. Brenner 1980, Linden und Hautzinger 1981, Helmchen et al. 1982, Sulz 1987).

Mit der Einführung der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT von Borderline-Patienten kam die Psychotherapie mit Macht ins psychiatrische Krankenhaus (Linehan 1996). Auch die CBASP-Behandlung von chronisch Depressiven erhöhte psychotherapeutische Aktivität im Krankenhaus (McCullough 2003).

Dennoch ist die psychiatrische Klinik noch weit davon entfernt, der optimale Ort zu sein, an dem sich Psychotherapie lernen lässt. Sie wäre eine sehr wertvolle Ergänzung, wenn eine Koordination mit einem Ausbildungsinstitut stattfinden würde, das all das anbietet, was die Klinik nicht selbst anbieten kann. Dass dies nicht geschieht, hat zwei Gründe: Zum einen soll ja der Assistenzarzt nichts für die Psychotherapie-Weiterbildung bezahlen müssen. Zum andern meint die Klinik immer noch, sie

können das selbst genau so gut wie das Ausbildungsinstitut. Nur wenige Kliniken waren z. B. in Bayern bereit, an der DÄVT-Aktion egP = egP (ein guter Psychiater ist ein guter Psychotherapeut) teilzunehmen (DÄVT ist die Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie). Die anderen Kliniken waren überzeugt, dass sie das schon so gut machen, dass ein mit den Psychologischen Psychotherapeuten vergleichbarer Standard erreicht wird. Die egP-Aktion folgte dem einfachen Prinzip, nicht erst nach zwei bis drei Jahren mit dem psychotherapeutischen Teil der Facharzt-Weiterbildung zu beginnen, sondern sofort mit einem Psychotherapie-Grundkurs zu beginnen (Sulz 2012), der Theorie + Therapie + Supervision aus einem Guss anbietet und dies in einer Dichte, die rasch gute Gesprächs- und Interventionskompetenzen verfügbar macht. Die Supervision erfolgt durch ausgebildete Supervisoren (Sulz 2007).

### **Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Die Systematik der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist relativ einfach und trotzdem lässt sie sich nicht in die Psychiatrische Klinik einfügen. Es bleibt immer ein großer Teil von Bildungsprozessen, die in einer Art und Weise ablaufen müssen, dass der Lernprozess so verdichtet wird, dass bestmögliche Qualität resultiert. Das geht bei den gegenwärtigen Strukturen und Prozessen der stationären psychiatrischen Versorgung nur abseits der Klinik, in welcher sofortige bestmögliche Patientenversorgung das Primat hat, so dass dahinter der Bildungsprozess zweitrangig wird. Kliniken und Klinikträger können dieses Problem nicht allein lösen. Sie benötigen dazu die Hilfe des Gesetzgebers und die Bereitwilligkeit der Krankenkassen.

### **Ausbildung im Institut - Praxiserfahrung sammeln u. a. in der Klinik**

Was im Ausbildungsinstitut im geschützten Rahmen gelernt wurde, wird anschließend in der Klinik erprobt. Die dortigen Erfahrungen werden zurück ins Ausbildungsinstitut gebracht, wo der Lernprozess optimiert wird. D. h. Wissensvermittlung und Kompetenzvermittlung erfolgt im Ausbildungsinstitut, dort werden auch die ersten systematischen Praxiserfahrungen mit Ausbildungstherapien gemacht, dort finden die Supervisionen statt. Die Klinik ist nur Praxisfeld für die praktische Tätigkeit, die Lehrer sind aber nicht in der Klinik, sondern im Institut. Kliniken führen nicht die Ausbildung durch, sie sind nur beteiligt als Stätte der Praktischen Tätigkeit.

Diese Aufteilung brachte das bisher beste Ausbildungsergebnis in Deutschland und Europa zustande (vergl. Hagspiel und Sulz 2011). Deshalb sind Direktoren, Oberärzte und Fachärzte in diesem Bildungsprozess als Ausbilder im engeren Sinn nicht nötig. Sie haben keine Bildungsaufgaben. Die Klinik braucht keine Aus- oder Weiterbildungsbefugnis für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie. Diese Befugnis liegt beim Institut, weil die Bildungsprozesse im Institut ablaufen.

Bisher wurde nur der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zum Vergleich herangezogen, der ja überwiegend im stationären Setting weitergebildet wird. Beim Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie ist der ambulante Teil deutlich größer (bis zu zwei Jahren von fünf Jahren) - nicht als Muss, sondern als Möglichkeit.

### **Ambulante Psychotherapie ist Hauptakteur der Versorgung in Deutschland**

Hier muss gefragt werden, wie groß der Stellenwert von Kliniken in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland ist. Und wie groß derjenige der ambulanten

Psychotherapeuten. Derzeit liegt die psychotherapeutische Versorgung hauptsächlich in der Hand ambulanter Psychotherapeuten (Sulz 2005). Das ist viel kostengünstiger, denn die Therapiestunden kosten viel weniger als die Krankenhaustage und der Patient muss nicht arbeitsunfähig geschrieben werden. Außerdem kann der Patient in der ambulanten Psychotherapie das Gelernte gleich auf seinen Lebensalltag übertragen. Dagegen wird er in der Klinik von seiner Alltagswelt fern gehalten und oft fällt nach der 6-Woche-Kur der Transfer für das Alltagsleben äußerst schwer.

Nicht vergessen werden darf, dass in der Klinik keine richtigen Psychotherapien stattfinden können, da die Liegezeiten der Patienten dafür viel zu kurz sind. Wie man ambulante Psychotherapien durchführt, kann in der Ambulanz des Ausbildungsinstituts und in psychotherapeutischen Lehrpraxen gelernt werden, aber nicht im Krankenhaus. Um wirkungsvoll psychotherapeutisch im Krankenhaus tätig sein zu können, müssen wegen der wenigen und kurzen Interventionen etwas ganz anderes gelernt werden, als für ambulante Psychotherapien gelernt werden muss. Wer in einer Institutsausbildung ist, schafft leicht den Transfer zur stationären Therapie, aber nicht umgekehrt. In der Klinik erhält ein Patient in 6 Wochen sechs Einzelgespräche und viele Gruppentherapien. In der Praxis erhält er meist fünfzig bis 60 wöchentliche Einzel-Therapiesitzungen verteilt über ein bis eineinhalb Jahre. Mit der ambulanten Psychotherapie kann sich der Patient entwickeln, so dass er dauerhaft gesund bleiben kann. Die Klinik muss dagegen nicht so selten den Patienten wieder aufnehmen, weil die Zeit beim ersten Mal nicht reichte. Aus Versorgungsgesichtspunkten kann das gut sein, aber für einen psychotherapeutischen Lernprozess ist das untauglich.

### **Haben Universitätsprofessoren genügend psychotherapeutische Erfahrung - haben Kliniker genügend Theoriewissen?**

Bleibt die Frage, weshalb erfahrene Fachärzte nicht Psychotherapie-Theorie vermitteln können sollen. Müssen es denn Spezialisten sein, die wissenschaftliche und klinische Erfahrung genau in ihrem Lehrbereich aufweisen? Oder die Frage, warum die Aufgabe der Theorie-Vermittlung nicht zurück an die Universität gegeben werden sollte - als Lernen auf studentischem Niveau. In der ärztlichen Weiterbildung käme niemand auf diese Idee, diesen Lernprozess wieder in den Hörsaal zu stecken. Denn der Student ist noch nicht so weit, dass er diesen Lernprozess so nutzen kann, dass er später - nach dem Studienabschluss - diese Theorie mit einer Praxis verbinden kann, von der er ab Berufsbeginn überfallen wird. Hier muss auch an den Vorteil des Bildungsprinzips der Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (HAW, früher Fachhochschulen FH) erinnert werden: Dort kann nur Professor werden, wer einige Jahre lang von der Universität weg ging, damit sein Horizont um das Anwendungsfeld von Wissenschaft erweitert wird. Diese Forderung ist in der gegenwärtigen Institutsausbildung erfüllt. Die geplante Direktausbildung an psychologischen Instituten dagegen verstößt gegen dieses Prinzip. Und birgt damit die Gefahr, in der Wissenschaft zu verharren und den Kontakt zum Anwendungsfeld der Patientenversorgung außerhalb der Universität zu verlieren.

### **Wirkfaktoren guter Psychotherapie-Ausbildung**

Der Vergleich der heutigen Praxis der beiden psychotherapeutischen Bildungssysteme legt nahe:

- gute Psychotherapie-Ausbildung muss postgraduiert stattfinden - nicht an die Hochschule gebunden
- gute Psychotherapie-Ausbildung erfordert Theorie-Vermittlung durch spezialisierte Dozenten
- gute Psychotherapie-Ausbildung erfordert Supervision durch ausgebildete Supervisoren
- gute Psychotherapie-Ausbildung kostet Geld

- gute Psychotherapie-Ausbildung kostet Zeit - auch Freizeit
- gute Psychotherapie-Ausbildung funktioniert nicht "learning by doing"
- gute Psychotherapie-Ausbildung benötigt die Kooperation mit einem Ausbildungsinstitut
- gute Psychotherapie-Ausbildung sollte nur teilweise in der Klinik stattfinden
- gute Psychotherapie-Ausbildung kann in drei Jahren erfolgen
- gute Psychotherapie-Ausbildung bringt keine explosiven Folgekosten

Das können einerseits Ärzte-Weiterbilder von der Psychotherapeuten-Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz für die Facharzt-Weiterbildung lernen. Und das können Psychotherapeuten-Ausbilder und Berufsvertreter der Psychologischen Psychotherapeuten aus dem Vergleich ihrer Ausbildung mit der Facharzt-Weiterbildung lernen.

### **Fazit 1: Die geplante Reform führt zu einer Verschlechterung der Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung**

Gute ambulante Psychotherapeuten werden nicht in der Klinik ausgebildet, sondern im Ausbildungsinstitut. Denn nur dort erlernen sie ambulantes Behandeln. Es ist ein zusätzlicher Gewinn, wenn stationäre Erfahrungen durch eine zeitlich eng begrenzte Praktische Tätigkeit hinzu kommen. Diese praktische Tätigkeit umfasst derzeit 18 Monate, davon 12 Monate psychiatrisch und 6 Monate psychosomatisch-psychotherapeutisch. Eine Reduktion auf insgesamt 12 Monate wäre gut denkbar, wobei dann frei bleiben könnte, ob die ganze Zeit in der psychiatrischen Klinik stattfindet.

Die Entscheidungsträger der psychologisch-psychotherapeutischen Verbände und Kammern müssen sich deshalb fragen,

- ob sie eine sehr gute Psychotherapie-Ausbildung ministeriellen ordnungspolitischen Wünschen opfern wollen, indem sie das Facharztmodell, das selbst reformbedürftig ist, übernehmen
- ob sie den Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abschaffen wollen, dessen Einführung so segensreich war
- ob sie etwas was aus gutem Grund postgraduiert außerhalb der Universität stattfindet anachronistisch wieder in die Universität zurück geben wollen.

### **Fazit 2: Die bisherige Ausbildung ist kostengünstig, die geplante führt zu einer Kostenexplosion**

Zwar kostet eine gute Ausbildung die Ausbildungsteilnehmer Geld, aber darüberhinaus verursacht sie keine Kosten. Dagegen müssen für die geplante Direktausbildung an den Hochschulen und Universitäten Lehrstühle mit viel neuem Personal (Professorenstellen, wissenschaftliche Assistenten, Sekretariat) und neuer Infrastruktur (Gebäude, Räume, deren apparative Ausstattung) geschaffen werden. Diese Kosten für die Direktausbildung müssen die Bundesländer tragen. Diese sind viel höher als die Kosten, die die bisherige Theorie-Ausbildung am Institut verursacht hat. Wenn es eine Pflicht-Weiterbildung im Krankenhaus gibt, müssen neue Stellen in Kliniken geschaffen werden, die wiederum sehr hohe zusätzliche Kosten verursachen. Da gar nicht so viele Stellen geschaffen werden können, wie benötigt werden, um die Versorgung aufrecht zu erhalten (1000 pro Jahr, bei zwei Pflichtjahren sind das 2000 Stellen), wird es zusätzlich zur Einschränkung der freien Berufswahl kommen, da nicht mehr alle Studenten, die als Berufsziel Psychotherapie haben, einen Zugang

erhalten werden - kurzfristige Entscheidungen auf Kosten zukünftiger Generationen von Studenten und Patienten. Die Kosten für die zusätzlichen Stellen müssen an die Krankenversicherungen weiter gegeben werden.

Wenn die Psychotherapie-Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten in die Klinik verlagert wird, ist eine sekundäre Folge, dass mehr Psychotherapien in der Zukunft stationär erfolgen als bisher und das verteuert die Patientenversorgung erheblich, ohne sie besser zu machen.

### **Fazit 3: Die berufspolitischen Ziele Psychologischer Psychotherapeuten können ohne Maxi-Reform bei Mini-Selbstbewusstsein verwirklicht werden**

Und sie müssen sich fragen, ob ihre berufspolitischen Ziele vielleicht auch anders erreichbar sind als durch diese Überanpassung an Ministerielles und an Ärztliches. Zum Beispiel in einer selbstbewussten Haltung, die sich des eigenen Wertes bewusst ist, sich nicht verkaufen muss.

Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist gleich viel wert wie ärztliche Behandlung.

Sie ist zwar Heilkunde, muss deshalb aber kein ärztliches Handeln sein. Und sie muss nicht in die Kategorien ärztlicher Behandlung hineingezwängt werden.

Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann nicht auf die gleiche Weise wie ärztliche Behandlung gelehrt und gelernt werden. Sie ist so verschieden von dieser, dass ihre Ausbildung ganz eigenen Kriterien folgen muss (siehe oben).

Das schließt nicht aus, dass Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der gleichen Klinik miteinander arbeiten, wie eben zwei gleichrangige Spezialisten, nicht konkurrierend, sondern kooperierend und sich gegenseitig wertschätzend.

#### Literatur

Best D. (2013): Wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen? Psychotherapie Aktuell 5, 4-5

Brenner H. D., Seeger G., Stramke W. G. (1980): Evaluation eines spezifischen Therapieprogramms zum Training kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten in einem naturalistischen Feldexperiment. In Hautzinger M. Schutz W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bd. 4. Tübingen: DGVT

Gleiniger J. W. (2013): Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 2013,2, 493-517

Hagspiel, S. & Sulz, S. (2011). Psychotherapy in Europe. European Psychotherapy, 11 (Themenheft)

Helmchen H., Linden M. Rüger U. (Hrsg. 1982) Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin: Springer

Linden M., Hautzinger M. (1981) Psychotherapie-Manual : Samml. psychotherapeut. Techniken u. Einzelverfahren. Berlin: Springer

Linehan M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien

McCullough J. P. (2003): Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. München: CIP-Medien

Rief, W., Fydrich, T., Margraf, J. & Schulte, D. (2012). Modellvorschlag Direktausbildung Psychotherapie (Version 3). Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Kommission Psychologie und Psychotherapie, Berlin.

Ströhm, W., Schweiger, U., Tripp, J. (2013): Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 3/2013, 262-268

Sulz S. (1987): Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie. Stuttgart: Thieme

Sulz S. (2005): Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz. München: CIP-Medien

Sulz S. (2007): Supervision - Intervention - Intravision. München: CIP-Medien

Sulz S. (2012): Psychotherapie-Grundkurs und Leitfaden: Therapie-Durchführung in Klinik und Praxis. München: CIP-Medien

**Kontaktadresse:**

Prof. Dr.phil. Dr.med. Serge Sulz

Katholische Universität Eichstätt

Postanschrift: Nymphenburger Str. 155, 80634 München

Tel. +49-89-120 222 79

E-Mail [Serge.Sulz@ku-eichstaett.de](mailto:Serge.Sulz@ku-eichstaett.de)