HOCHSCHULE MITTWEIDA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

BACHELORARBEIT

Herr
Tobias Kodytek

Das Ende der Heterogenität in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ein kontroverser Ausschluss der Sozialen Arbeit als Zugangsprofession.

2022

Fakultät: Soziale Arbeit

BACHELORARBEIT

Das Ende der Heterogenität in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ein kontroverser Ausschluss der Sozialen Arbeit als Zugangsprofession.

Autor:
Herr Tobias Kodytek

Studiengang:
Soziale Arbeit

Seminargruppe:
SW19s1-B

Erstprüferin:
Frau Prof.in Dr.in phil. Barbara Wedler

Zweitprüferin:
Frau Dipl. Ulrike Mittelbach

Einreichung: Mittweida, 30.12.2022

Faculty of Social Work

BACHELOR THESIS

The end of heterogeneity in child and adolescent psychotherapy: a controversial exclusion of social work as an access profession.

author:
Mr. Tobias Kodytek

course of studies:
Social Work

seminar group:
SW19s1-B

first examiner:
Ms. Prof.in Dr.in phil. Barbara Wedler

second examiner:
Ms. Dipl. Ulrike Mittelbach

Bibliografische Angaben

Kodytek, Tobias:

Das Ende der Heterogenität in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ein kontroverser Ausschluss der Sozialen Arbeit als Zugangsprofession.

The end of heterogeneity in child and adolescent psychotherapy: a controversial exclusion of social work as an access profession.

76 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2022

Abstract

Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 2019 führte zum Ausschluss der Sozialen Arbeit als Zugangsprofession für die Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in. Diese Arbeit setzt sich mit der Frage auseinander, welche wissenschaftliche Begründung es gibt, dass die Profession Soziale Arbeit im neuen Psychotherapeutengesetz als Zugangsprofession für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausgeschlossen wurde.

Um diese Frage beantworten zu können wurde mithilfe einer umfassenden Literaturrecherche sowohl historische Entwicklungen der Professionen Soziale Arbeit und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als auch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse untersucht. Dabei wird unter anderem auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionen eingegangen und ein Blick außerhalb von Deutschland gegeben. Weiter folgt ein Ausblick auf das Forschungsgutachten, welches vom Bundesministerium für Gesundheit als Grundlage der Novellierung dienen sollte. Zum Referentenentwurf für das neue Psychotherapeutengesetz folgten verschiedene Stellungnahmen von zahlreichen Institutionen. Diese wurden mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Sowohl der theoretische Teil dieser Arbeit als auch das Forschungsgutachten und die Inhaltsanalyse der Stellungnahmen zeigen deutlich, dass es Alternativen zum aktuellen Psychotherapeutengesetz gegeben hätte und diese Entscheidung nicht auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen getroffen wurde.

Daraus ergeben sich erhebliche gesamtgesellschaftliche, rechtliche sowie akademische Konsequenzen, welche in Zukunft genauer beobachtet und analysiert werden müssen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis ..... **I**
Abbildungsverzeichnis ..... **II**
Tabellenverzeichnis ..... **III**
1 Einleitung **1**
1.1 Ein- und Abgrenzung des Themas 1
1.2 Bemerkung zur Herangehensweise 2
1.3 Wissenschaftliche Fragestellung 3
2 Begriffsbestimmungen **4**
2.1 Soziale Arbeit 4
2.2 Psychotherapie 6
3 Die Soziale Arbeit **8**
3.1 Motivation zur Berufswahl der Sozialen Arbeit 8
3.2 Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit 11
3.3 Die Beratung als eine Kernkompetenz 14
3.4 Arbeitsfelder mit psychotherapeutischem Kontext 17
4 Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie **18**
4.1 Historische Entwicklung der KJP in Deutschland 18
4.2 Motivation zur KJP-Ausbildung 20
4.3 Formale Zugangsvoraussetzungen 23
5 Ein- und Abgrenzung der Professionen **25**
5.1 Differenzierte Betrachtung Sozialer Arbeit und Psychotherapie 25
5.2 *Clinical Social Work* als Schnittstelle 34
6 Theoretisches Zwischenfazit **40**
7 Novellierung des Psychotherapeutengesetzes **42**
7.1 Das Forschungsgutachten zur Ausbildungslandschaft 43
7.1.1 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse 44
7.1.2 Kritik am Forschungsgutachten 46
7.2 Auswertungen der Stellungnahmen zum Referentenentwurf 50
7.2.1 Herangehensweise 51
7.2.2 Die Kategorisierung nach Mayring 52
7.2.3 Ergebnisse der Inhaltsanalyse 58
7.2.4 Interpretation der Ergebnisse 62
8 Schlussbetrachtungen **70**
Anlagen ..... **IV**
Literaturverzeichnis ..... **XIII**
Eigenständigkeitserklärung ..... **XVII**

Abkürzungsverzeichnis

BDPM ..... Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
BMG .....Bundesministerium für Gesundheit
DBSH..... Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
DGPM..... Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGSA ..... Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW ..... European Centre for Clinical Social Work
HRK ..... Hochschulrektorenkonferenz
IASSW ..... International Association of Schools of Social Work
KJP .....Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
NASW..... National Association of Social Workers
PsychThG..... Psychotherapeutengesetz
SpiFa .....Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.
WHO .....Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studienwahlmotive bei angehenden Studierenden der Sozialen Arbeit 9
Abbildung 2: Kompetenzen der Sozialarbeit 13
Abbildung 3: Strukturmerkmale sozialpädagogischer und therapeutischer Interventionen 33
Abbildung 4: Kompetenzen KJP im Forschungsgutachten 49
Abbildung 5: Kompetenzen psychologische Psychotherapie im Forschungsgutachten 50
Abbildung 6: Kopfzeile Auswertungsmatrix 52
Abbildung 7: Gesamtergebnisse 58
Abbildung 8: Ergebnisse - Generelle Zustimmung zum Gesetzesentwurf 59
Abbildung 9: Ergebnisse - Berufsbezeichnung 59
Abbildung 10: Ergebnisse - Andere Zugangsprofessionen 60
Abbildung 11: Ergebnisse - Ausschließlich Universitäten 61
Abbildung 12: Ergebnisse - Bedenken zur Verfahrensvielfalt 61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualifikationslevel der ECCSW-Zertifizierung 38

1 Einleitung

Seit Jahrzehnten wird in der Fachwelt der Psychotherapie ein kontroverser Diskurs unter anderem über die Zugangsprofessionen zur Ausbildung der Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geführt. Barbara Beck und Michael Borg-Laufs veröffentlichten dazu bereits 2011 eine Monografie in zweiter Auflage mit dem Titel: *Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug?* und greifen diese Thematik auf. Nach der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes sind auch die Fachhochschulen und Hochschulen für angewandte Wissenschaften betroffen. Diese sind zur Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut*innen nicht berechtigt und Sozialarbeiter*innen wird der Zugang zur Ausbildung verwehrt. Für den Ausschluss der Professionen plädierten lediglich drei Prozent der Stellungnahmen, welche im Jahr 2019 von verschiedenen Institutionen verfasst wurde. Dies kann im späteren Verlauf der Arbeit schlüssig dargestellt werden.

In diesem Kapitel wird die wissenschaftliche Fragestellung für diese Arbeit formuliert und begründet. Des Weiteren soll wegen des erheblichen Umfanges der Thematik das Thema ein- und abgegrenzt werden, ohne dabei vom Kern des Titels abzuweichen. Anschließend werden die methodischen Herangehensweisen beschrieben, welche zur Erstellung dieser Arbeit genutzt wurden.

1.1 Ein- und Abgrenzung des Themas

Das Thema – *Das Ende der Heterogenität in der Kinder- und Jugendli-chenpsychotherapie: Ein kontroverser Ausschluss der Sozialen Arbeit als Zugangsprofession* – wurde gewählt, da es Änderungen im Psychotherapeutengesetz gab, welche die Profession *Soziale Arbeit* direkt betrifft. Daneben sind zudem andere Professionen von dieser Änderung betroffen. Dies begründet die Wahl der Formulierung – *Das Ende der Heterogenität –.* Dennoch werden andere Professionen in dieser Arbeit nicht berücksichtigt und damit explizit von der Bearbeitung ausgegrenzt. Gleichwohl führt der Ausschluss anderer Professionen neben der Sozialen Arbeit zu einem möglichen Verlust der Heterogenität. In dieser Arbeit

wird vor allem deutlich, dass Sozialarbeitende eine Heterogenität bieten. Dies betrifft vor allem die wissenschaftliche Bandbreite dieser Profession.

Des Weiteren ist zu beachten, dass diese Abschlussarbeit aus der Perspektive der *Sozialen Arbeit* verfasst wurde. Das bedeutet vor allem, dass der Blick auf Menschen, sowie Professionen im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes stattfindet. Dennoch muss es Eingrenzungen geben, um den Gesamtrahmen dieser Arbeit gewährleisten zu können. Dies kann beispielsweise bei Gesetzen der Fall sein. Es wird nicht darauf eingegangen, welche Gesetze in ihrer Gesamtheit von bestimmten Argumentationsfolgen betroffen sind. Dennoch findet sich insbesondere das Psychotherapeutengesetz in dieser Arbeit wieder und dient sowohl in der alten als auch in der neuen Fassung als Grundlage.

Da die Soziale Arbeit bisher ausschließlich eine der Zugangsprofessionen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie darstellte und somit der Zugang zur psychologischen Psychotherapie nicht möglich war, fokussiert sich diese Arbeit vor allem auf die Ausbildung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

1.2 Bemerkung zur Herangehensweise

Für die Bearbeitung dieser Arbeit und Beantwortung der wissenschaftlichen Fragestellung findet vor allem die Literaturrecherche von Monografien, Sammelwerken, sowie Artikeln aus Fachzeitschriften Anwendung. Der Kern ist einerseits die Nutzung von Standardwerken für notwendige Definitionen und Grundlagen, andererseits der Gebrauch aktueller Fachliteratur zur Argumentation.

Neben diesen werden auch aktuelle Studien verwendet, um den Diskurs der Thematik aufzugreifen und Argumente zu stützen. Im letzten Kapitel dieser Arbeit wird es einen Eigenanteil in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring geben. Diese wird nach dem theoretischen Teil der Arbeit weiteres Potential für Diskurse, sowie mögliche Folgen der Gesetzesnovellierung geben. Abschließend wird die Arbeit in ihrer Gesamtheit betrachtet und vom Autor kommentiert.

1.3 Wissenschaftliche Fragestellung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung:

> *Welche wissenschaftliche Begründung gibt es, dass die Profession Soziale Arbeit im neuen Psychotherapeutengesetz als Zugangsprofession für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausgeschlossen wird?*

Für eine Beantwortung dieser Frage ist es notwendig Teilfragen innerhalb dieser Arbeit zu beantworten. Die Fragen sind den unterschiedlichen Kapiteln zugeordnet und werden innerhalb dieser untersucht.

Kapitel 3 *Die Soziale Arbeit* beantwortet folgende Fragen:

1. Welche Motivation hat ein*e Sozialarbeitende*r für das Studium Soziale Arbeit und darauf aufbauend zur Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?
2. Welche Kernkompetenz bringt ein*e Sozialarbeiter*in in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit?
3. Welche berufspraktischen Erfahrungen bringt ein*e Sozialarbeiter*in in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit?

Kapitel 4 *Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* beantwortet folgende Fragen:

4. Wie kam die Soziale Arbeit in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?
5. Welche Voraussetzungen muss ein*e Sozialarbeiter*in erfüllen, um sich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in ausbilden zu lassen?

Kapitel 7 Novellierung des Psychotherapeutengesetzes beantwortet folgende Fragen:

6. War die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit alternativlos?
7. Welche Folgen ergeben sich aus dieser Entscheidung?

2 Begriffsbestimmungen

Zunächst soll durch eine Begriffsbestimmung in das Thema eingeführt werden. Es soll *Soziale Arbeit* und *Psychotherapie* definiert werden, um ein allgemeines Verständnis über beide Professionen zu schaffen. Dies ist wichtig, um im späteren Verlauf der Arbeit Gemeinsamkeiten und differenzierte Betrachtungen zu erfassen.

2.1 Soziale Arbeit

Für die Profession der Sozialen Arbeit besteht ein Zusammenschluss aus 116 Mitgliedsstaaten. Sie bilden den weltweiten Berufsverband des International Federation of Social Workers (IFSW) und definierten im Jahr 2014 den Begriff der Sozialen Arbeit so, dass ein grundlegendes internationales Grundverständnis über die Soziale Arbeit sowie ihre Konzepte und Praxen definiert werden konnte. Denn in der Praxis steht die Soziale Arbeit vor der Herausforderung, unter der Rücksichtnahme der unterschiedlichen historischen Entwicklungen der Mitgliedsstaaten, eine Konvergenz über die Ziele und Aufgaben des Berufs eines Sozialarbeitenden zu schaffen. Aus diesem Grund und der Einheitlichkeit, Solidarität sowie Kooperation, soll die im folgenden Absatz zitierte englischsprachige Definition nicht in ihrem Inhalt und Sinn verändert werden. Es besteht für die Mitgliedsstaaten die Option, die Ausführungen zu kommentieren, um die Soziale Arbeit in einen praktischen Kontext zu setzen und spezifische Rahmenbedingungen zu erläutern.[1] Allerdings hat dies die Einschränkung, dass kein Bestandteil der Definition so ausgelegt werden darf, dass er einen anderen Teil mindert oder die Bedeutung durch die Erweiterung der Definition beeinträchtigt wird.[2]

---

[1] Vgl. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2016: Definition der Sozialen Arbeit: Deutsche Fassung, (https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html zuletzt geprüft am 20.09.2022).

[2] Vgl. International Federation of Social Workers (Juli 2014: Globale Definition von Sozialarbeit, (https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/ zuletzt geprüft am 20.09.2022).

Somit kann festgehalten werden, dass ausschließlich die wortwörtliche Zitation der Definition, welche im Jahr 2014 während der IFSW-Generalversammlung und der IASSW-Generalversammlung (International Association of Schools of Social Work) genehmigt wurde, das Grundverständnis der Sozialen Arbeit abbildet und in dieser Arbeit Anwendung findet. Die globale Definition lautet:

> „Soziale Arbeit ist ein praxisorientierter Beruf und eine wissenschaftliche Disziplin, die den gesellschaftlichen Wandel und die Entwicklung, den gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert. Grundsätze der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der kollektiven Verantwortung und der Achtung der Vielfalt sind zentrale Elemente der Sozialen Arbeit. Untermauert von Theorien der Sozialarbeit, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem Wissen, engagiert Sozialarbeit Menschen und Strukturen, um sich den Herausforderungen des Lebens zu stellen und das Wohlbefinden zu steigern. Die obige Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene erweitert werden.“[3]

Wie bereits beschrieben, soll diese Definition wortwörtlich aus dem Englischen übersetzt werden und als Grundlage dienen eine Berufsidentität aufzubauen. Mit dieser Definition als Grundverständnis, einschließlich der Abhängigkeiten der jeweiligen Mitgliedsstaaten mit ihren eigenen Normen und Werten, der aktuellen Zeit, dem historischen Kontext sowie kulturellen, politischen und sozioökonomischen Bedingungen, werden Sozialarbeitende in vielfältigen Tätigkeitsfeldern aktiv. Dazu zählen verschiedene Formen der Therapie und Beratung, Projekte, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit. Des Weiteren wird auf politischen

[3] International Federation of Social Workers, „Globale Definition von Sozialarbeit“.

Ebenen gearbeitet und interveniert, um asymmetrischen Machtverhältnissen und Ungerechtigkeiten entgegenzuwirken.[4]

2.2 Psychotherapie

Prof. Dr. Hans Strotzka, war ein österreichischer Mediziner, Tiefenpsychologe, Psychotherapeut und Hochschulprofessor am Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien. Er betont vor seiner Definition, dass viele Auseinandersetzungen mit der Frage beginnen, was Therapeut*innen genau *machen*. Dennoch gilt seine in erster Auflage 1982 erschienenen Definition, im Lehrbuch „Psychotherapie und Tiefenpsychologie – ein Kurzlehrbuch“ als Grundlage. Er definiert Psychotherapie als eine Interaktion zwischen einem oder mehreren Patient*innen und einem oder mehreren Therapeut*innen. Die Therapeut*innen, welche eine standardisierte Ausbildung abgeschlossen haben, behandeln mit einem festgelegtem Ziel Verhaltensstörungen beziehungsweise Leidenszustände mithilfe psychologischer Mittel. Zu diesen gehört insbesondere die verbale und averbale Kommunikation und die Theorie des normalen und abnormen Verhaltens. Den Krankheitsbegriff lässt er dabei bewusst aus, da es keinen allgemeinverständlichen Konsens gibt.[5] Noch heute wird durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausschließlich der Gegenbegriff Gesundheit wie folgt beschrieben: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“[6] Des Weiteren stellt Strotzka seiner Definition die therapeutische Grundhaltung von Carl Rogers gegenüber und setzt somit die Empathie, wertfreie und kongruente Kommunikation sowie den indirekten

[4] Vgl. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., „Definition der Sozialen Arbeit“.

[5] Vgl. Hans Strotzka (1984): Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch. 2. unveränderte Auflage. Wien: Springer-Verlag, S.1.

[6] Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, SR 0.810.1 in der Fassung vom 6. Juli 2020.

Beratungsstil als professionelle Grundhaltung voraus. Er findet „[…] fast identische Forderungen auch bei der modernen Sozialarbeit (als "case-work"- Haltung).“[7]

Im nächsten Kapitel wird die Profession der Sozialen Arbeit genauer betrachtet. Warum wird diese Profession von den Studierenden aufgegriffen und welche Kompetenzen erreichen sie mit dem Abschluss? Des Weiteren wird geprüft, ob es Arbeitsfelder gibt, in denen Sozialarbeitende tätig werden und Menschen mit einem Psychotherapiebedarf anzutreffen sind. Anschließend wird die historische Entwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschrieben sowie die Motivation zur Ausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie untersucht.

[7] Vgl. Strotzka (1984): Psychotherapie und Tiefenpsychologie, S.2.

3 Die Soziale Arbeit

Um die Teilforschungsfragen 1 bis 3 (siehe Kapitel 1.3) zu beantworten, wird der Motivation der angehenden Sozialarbeitenden bezüglich ihrer Studienwahl nachgegangen. Des Weiteren wird untersucht, welche Kompetenzen sie innerhalb des Studiums erwerben und in welchen Arbeitsfeldern mit psychotherapeutischem Kontext diese Anwendung finden. Daraus resultiert sowohl wissenschaftliches Theoriewissen als auch berufspraktische Erfahrungen für angehende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

3.1 Motivation zur Berufswahl der Sozialen Arbeit

Schallberger, Peter und Schwendener, Alfred veröffentlichten 2008 in der Zeitschrift *Neue Praxis* ihre Studie *Studienwahlmotive bei angehenden Studierenden der Sozialen Arbeit. Eine fallrekonstruktiv erschlossene Typologie*. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass zwischen sechs verschiedenen Motivtypen unterschieden werden kann. Die Studie wurde mithilfe von n=108 Aufsätzen erhoben, welche im Rahmen einer Eignungsklärung von den Studieninteressenten einer Schweizer Hochschule verfasst wurden. Des Weiteren wurden ausschließlich Aufsätze der Studierenden ausgewertet, welche immatrikuliert wurden. Die 108 handschriftlichen Aufsätze haben einen Umfang von zwei bis fünf DIN-A4 Seiten.[8]

[8] Vgl. Maria Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren. Grundlagentexte Soziale Berufe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S.104.

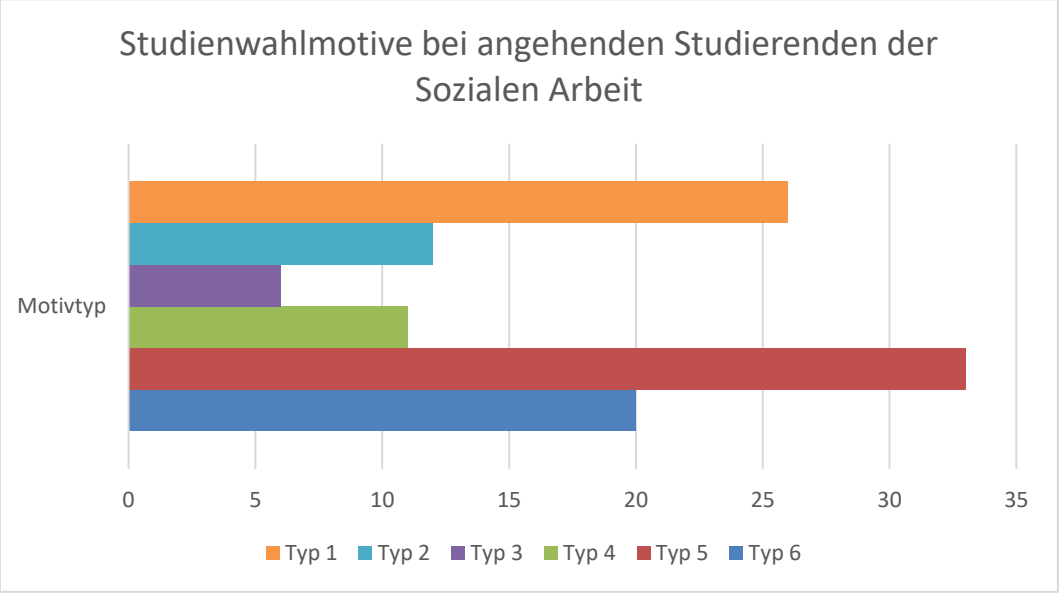

Abbildung 1: Studienwahlmotive bei angehenden Studierenden der Sozialen Arbeit
Quelle: Eigene Abbildung nach Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.104.

Typ 1 (n=26, siehe Abbildung 1) wird von den Autoren als *Verstetigung diffus-lebensweltlicher Handlungsorientierungen qua Verberuflichung* genannt. Dieser Typ macht das zum Beruf, was er oder sie gut kann: *mit Menschen umgehen* und *bei Sozialen Schwierigkeiten helfen*. Hinter der Motivation steckt nicht der Wunsch, das Handeln und die eigene Rolle zu professionalisieren. Ebenfalls wird keine fachliche Erwartung an das Studium gestellt. Dieser Motivationstyp ließ sich vor allem bei jüngeren Bewerber*innen feststellen.[9]

Typ 2 (n=12, siehe Abbildung 1) wird als *Entscheidung für das subjektiv als naheliegend Erscheinende in einer Phase der biografischen Neuorientierung* beschrieben. Dieser Typ beinhaltet zwei Gruppen. Die Autoren unterscheiden hierbei einerseits Frauen, welche in das Berufsleben (wieder-) einsteigen wollen und andererseits Personen, welche sich neu orientieren. Die Gründe für eine Umorientierung können bei der Erreichung von Grenzen in Bezug auf Gesundheit, Karriere oder Moral im bisherigen ausgeübten Beruf liegen. Des Weiteren

[9] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.104–5.

geht dieser Typ davon aus, dass die bisher gesammelte Lebens- und Berufserfahrung in der Sozialen Arbeit Anschluss finden kann.[10]

Typ 3 (n=6, siehe Abbildung 1), welcher den kleinsten Anteil ausmacht, wird als *Nachholende Diplomierung* beschrieben. Diese Personen möchten ihre Karriere festigen oder sich Aufstiegsmöglichkeiten durch die Erreichung eines Hochschulabschlusses ermöglichen. Des Weiteren gehen sie davon aus, durch die bisherige Berufserfahrung ausreichend qualifiziert zu sein. Daraus lässt sich Schlussfolgern, dass es sich hierbei nicht um den Wissenserwerb von Professionswissen handelt.[11]

Typ 4 (n=11, siehe Abbildung 1) wird von den Autoren als *Befriedigung eines intellektuellen Interesses und Erlangung eines Expertenstatus* bezeichnet. Das Interesse liegt hierbei bei wissenschaftlichen Themen mit Bezug zur Psychologie und Soziologie. Dieser Typ möchte Zusammenhänge und individuelle Problemlagen verstehen und mithilfe des erworbenen Professionswissens fachlich als Sozialarbeitende arbeiten.[12]

Typ 5 (n=33, siehe Abbildung 1), welcher den größten Teil ausmacht, wird als *Erlangung professioneller Handlungssicherheit und Erweiterung der individuellen Handlungskompetenz* beschrieben. Dieser Typ möchte vor allem die Handlungskompetenzen in Bezug auf Pädagogik, Beratung und Therapie kultivieren. Diese Handlungssicherheit soll durch theoretisches Wissen und neuen praktischen Erfahrungen erreicht werden. Einige dieser Personen haben bereits eine Vorbildung als Kindergärtner*innen oder Psychiatriepfleger*innen. Sie haben eine

[10] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.105.
[11] Vgl. ebd.
[12] Vgl. ebd., S.105–6.

konkrete Vorstellung über ihre zukünftige Tätigkeit und möchten durch den Hochschulabschluss die notwendigen formalen und inhaltlichen Kriterien erfüllen.[13]

Typ 6 (n=20, siehe Abbildung 1) wird als *Moralisch-ethisch untermauerter Wille zur Unterstützung Benachteiligter, Hilfsbedürftiger und sozial Schwächerer* beschrieben. Dieser Typ kennzeichnet sich vor allem durch den Willen die einzelnen Problemsituationen der Klient*innen zu bewältigen. Gesellschaftliche Themen wie Gleichheit oder Soziale Gerechtigkeit spielen hingegen eine untergeordnete Rolle. Die persönliche Eignung wird als hoch eingeschätzt und das Studium dient zur Zertifizierung, um Menschen helfen zu können. Des Weiteren ist ein starker ethischer oder christlicher Wille festzustellen. Vereinzelt wurden innerhalb dieses Motivationstyps narzisstische Bedürfnisse beziehungsweise Motive festgestellt.[14]

Eine weitere Studie, welche von Mühlmann, Thomas erhoben wurde, wurde im Jahr 2010 unter dem Titel *Studien- und Berufserwartungen von Studienanfängern Sozialer Arbeit* veröffentlicht. Sie wurde an der Universität Duisburg-Essen mithilfe von insgesamt 533 Befragten, davon 80% weiblich und 20% männlich, durchgeführt. Diese kam zu dem Ergebnis, dass die Studierenden hauptsächlich Soziale Arbeit studieren, weil sie mit Menschen arbeiten wollen, ihnen soziale Tätigkeiten vertraut sind, der Studiengang ihren Fähigkeiten entspricht und sie Einfluss auf gesellschaftliche Veränderungen nehmen möchten.[15]

3.2 Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit

Der Herausgeber des Buches *Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit* ist der Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH). Der Berufsverband verfasste dieses Werk, um zu beschreiben, welche Kompetenzen ein*e

[13] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.106.
[14] Vgl. ebd.
[15] Vgl.ebd., S.107.

Sozialarbeiter*in nach dem Studium beherrschen muss, um professionell wirksam sein zu können. Im Zusammenhang mit der beruflichen Erfahrung, ist es dadurch den Sozialarbeitenden möglich, Wissen und Kompetenzen stetig zu vertiefen.[16]

Die Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit bilden die Grundlage des professionellen Handelns. Sie sind in der Summe generalistisch und bedienen unterschiedliche Professionen. Zu diesen gehören beispielsweise die Professionen Recht, Psychologie und Medizin. Die oder der Sozialarbeitende muss die Fähigkeit entwickeln, diese Berufsfelder in der Praxis während eines Hilfeprozesses zu verknüpfen. Diese generalistische Grundlage bietet den Sozialarbeitenden die Möglichkeit, sich im späteren Verlauf der sozialarbeiterischen Tätigkeit durch ein Selbst- oder Aufbaustudium weiterzubilden. Eine Spezialisierung auf einen bestimmten Wissen- beziehungsweise Arbeitsbereich ist in diesem Zusammenhang möglich. Um die Schlüsselkompetenzen besser erfassen zu können und die unterschiedlichen Zusammenhänge zu verstehen, dient die folgende Abbildung als visuelle Grundlage.[17]

[16] Vgl. Friedrich Maus, Wilfried Nodes und Dieter Röh (2008): Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit. Für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 1. Aufl. Berufsprofile. Schwalbach am Taunus: Wochenschau-Verlag, S.7.

[17] Vgl. ebd., S.11ff.

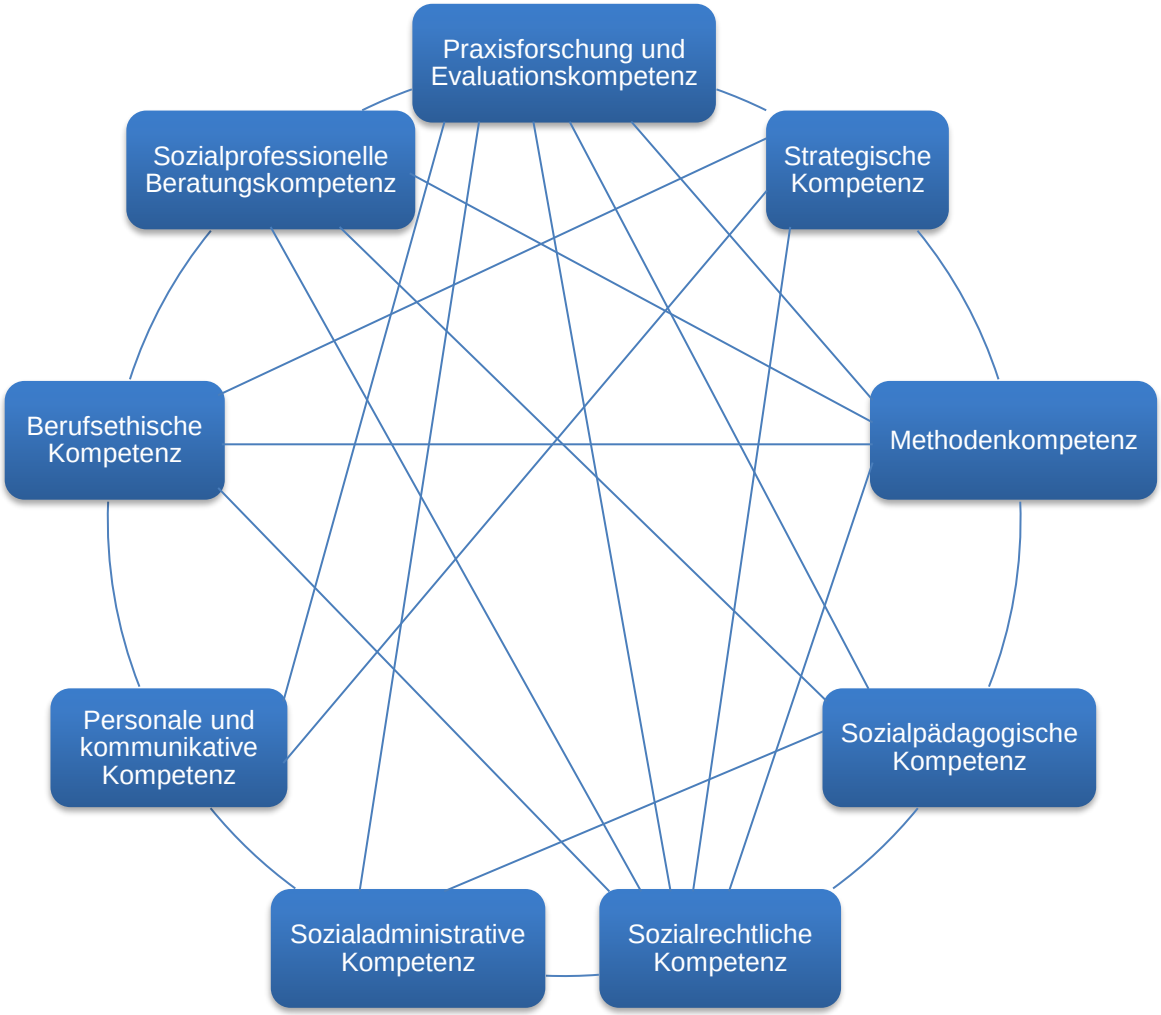

Abbildung 2: Kompetenzen der Sozialarbeit

Quelle: Maus, Friedrich, Wilfried Nodes und Dieter Röh (2008): Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit: Für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik. S. 12

Die Abbildung 2 verdeutlich die Schlüsselkompetenzen, welche Studierende der Sozialen Arbeit im Laufe des Studiums erlernen müssen. „[…] Soziale Arbeit erschöpft sich nicht im Beherrschen einzelner Kompetenzen und ist nicht die Summe der einzelnen Kompetenzen, sondern stellt die Fähigkeit dar, diese Kompetenzen im Hilfeprozess für den Klienten miteinander zur sozialprofessionellen Hilfe zu verknüpfen.“[18] Dies beinhaltet auch die verschiedenen

[18] Maus, Nodes und Röh (2008): Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit, S.11.

Bezugswissenschaften zu integrieren, um daraus gemeinsam mit den Adressat*innen die Probleme und Konflikte lösen zu können.[19] Seit der Anerkennung der Fachwissenschaft *Soziale Arbeit* durch die Rahmenstudienordnung des Fachbereichstages gilt die Soziale Arbeit „[…] als Leitidee für die verschiedensten Zugänge zum Menschen und seinen sozialen Problemen.“[20]

3.3 Die Beratung als eine Kernkompetenz

Für Sozialarbeitende ist die (psycho-soziale) Beratung eine wesentliche Kernkompetenz. Belastungen beziehungsweise Konflikte im Zusammenhang mit Orientierungs- und Handlungsdefiziten führen bei den Klient*innen zu sozialen und psychischen Problemlagen. Schwere gesundheitliche Probleme können ebenfalls eine entscheidende Problematik darstellen. Die psycho-soziale Beratung leistet im dialogischen Interaktionsprozess für die Klient*innen Hilfe bei der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung.[21] Innerhalb dieses Prozesses gibt ein*e Expert*in sein*ihr Wissen für das umgrenzte und beschreibbare Problem an einen ratsuchenden Menschen weiter. Durch diese erhaltene Information soll der*die Klient*in zu einer Problemklärung befähigt werden. Zu beachten ist, dass die beratende Person nicht in die individuellen Entscheidungen der Klient*innen eingreift. Im Gegensatz zu Psychotherapie wird der*die Klient*in nicht zum Gegenstand von Interventionen gemacht.[22] Im Fokus liegt die Aktivierung der Klient*innen. Die Beratenden nutzen dabei Methoden, welche sich an psychologischen und psychotherapeutischen Konzepten orientieren. Vor allem die personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl R. Rogers dient als Methode, um ein gemeinsames Problemverstehen zu entwickeln. Sie gehört zu den

[19] Vgl. Maus, Nodes und Röh (2008): Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit, S.11.
[20] Ebd., S.16.
[21] Vgl. Helmut Pauls (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Auflage. Grundlagentexte Soziale Berufe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S.255.
[22] Vgl. Michael Borg-Laufs und Stefan Schmidtchen: Beratung In *Verhaltenstherapiemanual*, hrsg. v. Michael Linden und Martin Hautzinger, 6th ed. (Dordrecht: Springer, 2008), S.13.

grundlegenden Methodenkompetenzen eines Sozialarbeitenden.[23] Je nach Kontext werden diese Konzepte beispielsweise durch das Wissen aus der Sozialen Arbeit und Pädagogik, Medizin, Psychiatrie und Psychologie oder auch aus den Bereichen der Rechtswissenschaften und Ökonomie erweitert.[24]

Es ist wird zwischen einer Alltags- und professionellen Beratung unterschieden. Die Alltagsberatung findet meistens innerhalb des Sozialen Netzwerkes statt, zu der die Familie oder der Freundeskreis gehört. Es ist auch möglich sich diese Art der Beratung durch Ratgeberliteratur oder im Internet einzuholen und oftmals geht dies der professionellen Beratung voraus. Der ratsuchende Mensch sucht oftmals Antworten im Bereich der Lebensbewältigung und -gestaltung. Charakteristisch ist, dass diese häufig ungeplant und wenig bis gar nicht strukturiert sind. Der Vorteil der Alltagsberatung ist, dass in der Regel die *Chemie* zwischen den Beteiligten stimmt und ein Vertrauensverhältnis besteht. Neben diesem Vorteil steht ein Nachteil gegenüber.[25] Es zeigt sich , „[…] wenn die Beratung in eine einseitige Belehrung mündet, oder Ratschläge erteilt werden, die gar nicht nachgefragt waren, oder der Ratsuchende sich mit Vorschlägen konfrontiert sieht, die nicht zu ihm passen.“[26] Ist die Bewältigung der individuellen Herausforderungen, Probleme, Konflikte oder Krisen durch die Alltagsberatung oder durch die Ratgeberliteratur beziehungsweise das Internet nicht möglich, suchen sich die Betroffenen professionelle Hilfe oder verfallen in passive Verhaltensweisen. Die Vermeidungsstrategie besteht darin, dass die Betroffenen der Maxime folgen, dass *die Zeit die Probleme lösen oder Wunden heilen wird*.[27]

---

[23] Vgl. Ruth Großmaß: Beratung In *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*, hrsg. v. Ralf Mulot und Sabine Schmitt, 8., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage (Baden-Baden: Nomos, 2017), S.94.

[24] Vgl. Ursula Straumann: Personenzentrierte Beratung und Krisenintervention unter integrativen und kooperativen Aspekten: Ein Weiterbildungskonzept In *Beratung und Krisenintervention: Materialien zu theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug*, hrsg. v. Ursula Straumann (Köln: GwG-Verl., 1992), S.12.

[25] Vgl. Detlef Barth, Hrsg. (2015): Beratungswissen auf den Punkt gebracht*:* Ein Handbuch für Studierende, professionelle Begleiter/-innen und alle, die es werden wollen Norderstedt: Books on Demand, S.15f.

[26] Ebd., S.16.

[27] Vgl. Barth, *Beratungswissen auf den Punkt gebracht*, S.16f.

Kommt es zu einer professionellen Beratung sind zwingende Voraussetzungen zu erfüllen, hier sind einerseits verschiedenen Kompetenzfelder und andererseits die Verknüpfung dieser notwendig (siehe Abbildung 2). Das nötige Fachwissen und feldspezifisches Wissen lassen sich in das Kompetenzfeld der Fach- und Methodenkompetenzen einordnen. Das Fachwissen ist hierbei notwendig, um feldspezifisches Wissen und spezifische Zusammenhänge einordnen zu können. Das feldspezifische Wissen knüpft an diese Grundlage an und ermöglicht es, in dem Handlungsfeld des professionellen Beratenden agieren zu können. Der professionelle Beratende hat in seinem spezifischen Handlungsfeld (beispielsweise Drogen-, Sucht-, Erziehungs-, Schuldner-, Schwangerschaftskonfliktberatung, weitere sind in Kapitel 3.4 beschrieben) Kenntnisse über „[…] typische Konfliktthemen, Gegebenheiten, Vorgehensweisen, Interventionen, Konfrontationen, methodischen Schritten, gesetzlichen Grundlagen, etc.“.[28] Die professionellen Berater*innen sind vor allem in Organisationen, Beratungsstellen, Privatinstitutionen, Bildungsstätten und auch in der Telefonseelsorge tätig. Charakteristisch ist die klare Rollenverteilung (Beratende und Ratsuchende) und spezielle Rahmenbedingungen wie beispielsweise die Räumlichkeit, Umgebung oder Atmosphäre und die konkrete Auftragsklärung. Des Weiteren ist ein bestimmter zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem spezielle beziehungsweise gezielte Informations-, Kommunikations- und Interaktionsformen stattfinden. Die Beratung findet unter professionellen ethischen Standards statt.[29]

[28] Ebd., S.19.
[29] Vgl. ebd., S.25.

3.4 Arbeitsfelder mit psychotherapeutischem Kontext

Die Versorgung psychisch erkrankter beziehungsweise belasteter Menschen wird in bestimmten Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit gezielt eingesetzt und muss im Zusammenhang dieser Arbeit von anderen Feldern, welche einen Schwerpunkt in der Bildungs- oder Erziehungsarbeit haben, hervorgehoben werden. Sozialarbeitende sind in der Lebensberatung, Erziehungsberatung, Sexual- und Schwangerschaftsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, im sozialpsychiatrischen Dienst, in psychiatrischen Einrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Wohnheimen für psychisch erkrankte Menschen, Suchtkliniken, Allgemeinkrankenhäusern, Heimen für verhaltensauffällige Kinder- und Jugendlichen, für die Telefonseelsorge, in Eheberatungsstellen, in der Gesundheitsberatung, Krebs-Nachsorge-Beratung, Schuldnerberatung, Beratung für Alleinerziehende, in der Kinder- und Jugendhilfe, Erziehungs- und Familienhilfe, Altenhilfe, Arbeitslosenhilfe und im Strafvollzug tätig. Des Weiteren sind sie in der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen oder von einer solchen Behinderung bedrohte junge Menschen nach §35a SGB VIII, in der ambulanten Soziotherapie nach §37a SGB V in Verbindung mit §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und der Suchtberatung nach den §23 Abs. 4 und §40 Abs. 2 SGB V tätig. Diese Arbeitsfelder haben die Gemeinsamkeit, dass das Klientel einer hohe psychosozialen Belastung ausgesetzt ist. Damit wird festgehalten, dass Sozialarbeitende einen hohen Anteil an der psychosozialen Versorgung psychisch erkrankter Menschen haben und dabei psychotherapeutisch beziehungsweise beratend tätig werden. Sie werden aktiv und verhelfen den hilfsbedürftigen Menschen im Sinne der WHO zu einem körperlichen, seelischen und geistigen Wohlbefinden.[30]

[30] Vgl. Barbara Beck und Michael Borg-Laufs (2011): Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug? Betrachtungen zur Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes. 2te, korrigierte und aktualisierte Auflage. Schriften des Fachbereiches Sozialwesen an der Hochschule Niederrhein Mönchengladbach. Jg. 50. Mönchengladbach: Hochschule Niederrhein Fachbereich Sozialwesen, S.60ff.

4 Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Im Jahr 1999 trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft. Seitdem ist die Berufsbezeichnung *Psychotherapeut* geschützt. Voraussetzung ist eine wissenschaftliche anerkannte Ausbildung mit abschließender Approbationsprüfung. In Abhängigkeit mit dem Grundstudium und der gewählten Psychotherapieausbildung erhalten die Absolvent*innen unterschiedliche Berufsbezeichnungen. Mediziner*innen können sich zu *ärztlichen Psychotherapeut*innen*, Psycholog*innen zu *psychologische Psychotherapeut*innen* und Sozialpädagog*innen beziehungsweise Sozialarbeiter*innen zu *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen* ausbilden lassen. Mediziner*innen und Psycholog*innen steht die Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) ebenfalls offen. Sozialarbeitenden steht ausschließlich der Ausbildung zur KJP offen und können Kinder- und Jugendliche bis 18 Jahren und nach besonderem Bedarf bis 21 Jahren behandeln. Ärztliche sowie psychologische Psychotherapeut*innen können Erwachsene behandeln.[31] Diese Abgrenzung der unterschiedlichen Handlungsfelder begründet sich aus einer historischen Entwicklung heraus und mit dem Hintergrund dieser Arbeit wird sich das folgende Kapitel vor allem auf die KJP fokussieren. Parallelen zur psychologischen Psychotherapie sind dennoch gegeben und können hergestellt werden.

4.1 Historische Entwicklung der KJP in Deutschland

Das Gutachten von Strauß et al. zeigte, dass die Bundesrepublik Deutschland zu sechs der insgesamt 23 untersuchten Ländern gehört, welches zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterscheidet. Dabei liegen ausschließlich in Deutschland für diese zwei Berufsgruppen unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen vor.[32] Hans-Peter Heekerens führt dies in seiner

[31] Vgl. Beck und Borg-Laufs (2011): Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug?, S.32f.

[32] Vgl. Bernhard Strauß et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Schrift *Psychotherapie und Soziale Arbeit* von 2016 auf die besondere Berufsentwicklung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in Deutschland zurück. Er beschreibt die KJP vor dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 als *KJPt-Profession*, um die Professionsentwicklung durch dieses Gesetz hervorzuheben. Psychagog*innen und Erziehungsbetreuer*innen waren nach dem zweiten Weltkrieg und somit seit Beginn der Bundesrepublik mit dem Schwerpunkt *Kinder und Jugendliche* tätig und gelten als wesentlichen Entwicklungsschritt für die spätere KJP. Die pädagogische sowie psychologische Beeinflussung sollte mit dieser Berufsbezeichnung kenntlich gemacht werden.[33] Bereits zu dieser Zeit waren Fachkräfte beziehungsweise Absolvent*innen der damaligen „[…] Vorläuferinstitutionen der heutigen Hochschulausbildung in Sozialer Arbeit zugelassen.“[34] In den 1970er Jahren erreichte dieser Beruf durch die Gründung der Hochschuleinrichtungen in Sozialer Arbeit eine deutliche Akademisierung. Weiter gilt ein Urteil des Sozialgerichtes aus dem Jahr 1964 als Meilenstein. Neurotische Störungen wurden als Krankheit im Erwachsenenalter anerkannt. Die psychodynamische Behandlung als Leistung der Krankenkassen wurde in dem Jahr 1967 im Katalog aufgenommen und Anfang der 1970er Jahre wurde diese Krankheit ebenfalls im Kinder- und Jugendalter anerkannt. Die im Jahr 1953 gegründete Vereinigung Deutscher Psychagogen wurde 1975 in die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland umbenannt. Dadurch passte sich die *KJPt-Profession* in Deutschland an eine internationale Entwicklung an. In dieser Zeit wurden ebenfalls die 1967er Psychotherapie-Richtlinien von den Krankenkassen aufgenommen und somit die Erwachsenenpsychotherapie durch die Ärzt*innen abrechenbar. Die Ärzt*innen konnten seitdem auch im Delegationsverfahren Psychotherapie als Hilfeleistung, welche durch andere Personen durchgeführt wird, für Kinder und Jugendliche anordnen. Dadurch war es möglich die erbrachte Leistung der damaligen *KJPt-Profession* beziehungsweise Kinder- und

[33] Vgl. Hans-Peter Heekerens (2016): Psychotherapie und Soziale Arbeit. Studien zu einer wechselvollen Beziehungsgeschichte. Weitramsdorf: ZKS-Verlag, S.118f.
[34] Ebd., S.119.

Jugendlichenpsychotherapie bei den Krankenkassen abzurechnen. Bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 war dies für die KJP ausschließlich aus einer nichtselbstständigen Tätigkeit heraus möglich. Dieses Gesetz stellt somit einen enormen Entwicklungsschritt für die KJP dar.[35]

4.2 Motivation zur KJP-Ausbildung

Laut aktuellen Angaben sind 80% der KJP-Auszubildenden in ihren Herkunftsberuf Sozialarbeitende.[36] Maria Ohling untersuchte im Jahr 2009 unter anderem die Motivation der Sozialarbeitenden sich im Bereich der KJP weiterzubilden beziehungsweise auszubilden. Die angewandte methodische Vorgehensweise war die Durchführung eines Interviews mithilfe eines erstellten Leitfadens. Die Interviewpartner*innen sollten die Sozialarbeiter*innen sein, welche sich seit 1999 und der Einführung des PsychThG in Ausbildung befanden oder befinden. 2009 waren dies insgesamt 44 Auszubildende mit der Herkunftsprofession Soziale Arbeit beziehungsweise Sozialpädagogik. Von den 44 erklärten sich n=32 für ein Interview bereit. Die Interviewten befanden sich in der Altersspanne von 25 bis 55 Jahren. Des Weiteren gehörten 23 dem weiblichen und neun dem männlichen Geschlecht an. 20 der interviewten Personen entschieden sich für eine psychodynamische und 12 für eine verhaltenstherapeutische Ausbildung. Ohling stellte den Interviewpartner*innen offene Fragen unter anderem in den Themenfeldern Motivation zum Studium der Sozialen Arbeit, Erleben dieses Studiums, berufliche Identität als Sozialpädagog*in und Motivation zur Ausbildung in KJP.[37]

Im Themenbereich der Motivation zum Studium der Sozialen Arbeit, haben fast alle Interviewpartner*innen gemein, dass sie sich bewusst für ein Studium entschieden haben, welches praxisnah ist und ein breites Theoriewissen vermittelt,

[35] Vgl. Heekerens (2016): Psychotherapie und Soziale Arbeit, S.120.
[36] Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (28. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf, S.3.
[37] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.152–53.

welches soziale und psychologische Themen aufgreift. Die Mehrheit hatte durch die formale Zugangsvoraussetzung nicht die Möglichkeit an einer Universität zu studieren. Für fünf Personen fehlte es auch an Voraussetzungen für ein Psychologiestudium, welches sie lieber aufgenommen hätten. Bei weiteren fünf Personen fehlte die Berechtigung für ein Psychologiestudium. Von den insgesamt 32 Interviewten gaben zwölf an, sich ganz bewusst für ein Studium der Sozialen Arbeit entschieden zu haben. Drei Personen nutzten das Studium bewusst, um die Zugangsvoraussetzung zur KJP-Ausbildung zu erfüllen. Daraus ergibt sich ein Drittel der Interviewten, welche ein großes Interesse für die Psychologie mitbrachten.[38]

Die Hälfte der Befragten erlebte das Studium der Sozialen Arbeit als sehr positiv und äußerten sich zufrieden bis sehr zufrieden. Dabei wurden vor allem die Vielfältigkeit, praktische Orientierung, fundierte Theorie und Motivation zur Persönlichkeitsentwicklung betont. Die zweite und unzufriedene Hälfte gab an, dass das Studium zu theorielastig, oberflächlich und unwissenschaftlich war. Ihnen fehlte es zudem an einer Verbundenheit der einzelnen Bezugswissenschaften. Die Inhalte wurden getrennt voneinander vermittelt, wodurch sie sich nicht das *sozialarbeiterische Wissen* erschließen konnten. Die dadurch entstandene mangelnde Handlungskompetenz wird sich in der Motivation zur KJP-Ausbildung wiederfinden.[39]

Im Bereich der beruflichen Identität als Sozialpädagog*in gaben acht Befragte an, dass sie keine Identität bilden konnten. Acht weitere Personen können sich teilweise und 13 Interviewte können sich gut bis sehr mit dem Beruf Soziale Arbeit identifizieren. Die übrigen drei Befragten haben aufgrund ihrer bewussten Motivation, das Studium als Zugangsvoraussetzung zur KJP-Ausbildung zu nutzen, konsequenterweise keine Identität ausgebildet. Einige hatten während ihrer

[38] Vgl. ebd., S.153.
[39] Vgl. ebd., S.154.

Tätigkeit als Sozialarbeiter*in Probleme in Bezug auf den Aufgabenbereich, Verdienst, Prestige des Berufes, Verwaltungstätigkeiten, Doppelmandat und sozialarbeiterische-fremde Tätigkeiten wie zum Beispiel Renovierung einer Wohnung im pädagogischen Kontext.[40]

Alle Interviewten gaben im Bereich der Motivation zur Ausbildung in der KJP an, dass sie anders mit ihren bisherigen Adressat*innen arbeiten möchten, fern von den bisherigen Arbeitsaufträgen und Handlungsmöglichkeiten. Ihre Motivation bestand darin, auf eine gesellschaftlich anerkannte Art und Weise mit den Klient*innen zu arbeiten, die sie selbstständig in einer eigenen Praxis durchführen können. Des Weiteren gaben sie den höheren Verdienst und Prestige als Motivation an. Das abgegrenzte Setting (Raum, Zeit, Personen und Methoden) innerhalb der Psychotherapie galt ebenfalls als Motivation, da dies in der Sozialen Arbeit eher unübersichtlich erschien. Die Entwicklung zu einem Spezialist*in mit entsprechendem theoretischem Wissen sowie Handlungskompetenz wurde waren ebenfalls Beweggründe für die KJP-Ausbildung. Einige empfanden den Beruf der Sozialarbeitenden als nicht anspruchsvoll und suchten die neue Herausforderung in der KJP-Ausbildung. Eine andere Gruppe gab an, dass der Beruf der Sozialarbeitenden äußerst anspruchsvoll sei und sich dies nicht in monetärer Anerkennung sowie Prestige zeige.[41]

[40] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.154f.
[41] Vgl. ebd., S.155ff.

4.3 Formale Zugangsvoraussetzungen

Die Zugangsvoraussetzung in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) regelte der §5 Ausbildung und staatliche Prüfung des PsychThG. Bis dahin war es möglich, nach den Vorgaben des §5 Abs. 2 Nr. 2 PsychThG, eine Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in zu beginnen. Hierfür war es notwendig, wie in der psychologischen Psychotherapie einen Hochschulabschluss in Psychologie mit dem Fach Klinischer Psychologie abgeschlossen zu haben. Des Weiteren war es möglich mit einem Hochschulabschluss in Pädagogik, Sozialpädagogik oder einem gleichwertigen Hochschulstudiengang die KJP-Ausbildung zu beginnen. In §5 Abs. 2 Nr. 3 wurde erklärt, dass die zuständige Behörde die Gleichwertigkeit anderer Abschlüsse auf Antrag feststellen kann, sofern die Durchführung und Ziele der Ausbildung nicht gefährdet werden. Ein Zugang zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten war ausschließlich Absolvent*innen einer Universität oder gleichstehenden Hochschule im Studiengang Psychologie mit dem Fach *Klinische Psychologie* vorbehalten.[42]

Nach der umfangreichen Änderung des PsychThG gelten seit dem Inkrafttreten am 01. September 2020 neue Zugangsvoraussetzungen und bis zum 1. September 2032 Übergangsregelungen. Daraus ergibt sich eine Übergangsregelung von exakt 12 Jahren. Innerhalb dieser Zeit erhalten nach §27 Abs. 1 PsychThG Auszubildende, die vor dem 01. September 2020 die KJP-Ausbildung begonnen haben, eine Approbation nach der bis zum 31. August 2020 geltenden PsychThG Fassung. Des Weiteren ist es nach §27 Abs. 2 PsychThG den Absolvent*innen, welche im vorherigen Absatz dieser Arbeit erwähnt wurden beziehungsweise unter dem §5 Abs. 2 PsychThG in der Fassung bis zum 31. August 2020 aufgelistet werden, möglich, eine Ausbildung zu beginnen. Hierfür gibt es die Einschränkung, dass das Zugangsstudium vor dem 01. September 2020 begonnen oder

[42] Vgl. Psychotherapeutengesetz. PsychThG, BGBl. I S. 1311 in der Fassung vom 16. Juni 1998.

abgeschlossen werden muss. Die Ausbildung muss daraufhin bis zum 01. September 2032 abgeschlossen werden. Die Approbation erfolgt auch hier nach der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung des PsychThG. Eine weitere Übergangsregelung findet man im §27 Abs. 2a PsychThG. Diese sieht vor, dass auch dann eine KJP-Ausbildung begonnen werden kann, wenn das Zugangsstudium nach dem 31. August 2020 aber vor dem 31. August 2026 begonnen wurde. Das ist nur dann möglich, wenn die Ausbildung verzahnt mit einem Masterstudiengang absolviert wird und die regionale psychotherapeutische Versorgung sichergestellt wird. Beide Voraussetzungen müssen erfüllt sein.[43]

Nachdem einerseits die historische Entwicklung der KJP sowie die Motivation zur Ausbildung beider Professionen untersucht und die Formale Zugangsvoraussetzungen zur KJP-Ausbildung dargestellt wurde. Und andererseits Arbeitsfelder mit psychotherapeutischem Kontext innerhalb der Sozialen Arbeit beschrieben wurde, soll im folgenden Kapitel weiter auf eine Ein- und Abgrenzung der Professionen eingegangen werden. Dies soll weiter die Verzahnung, die es nicht nur durch die historische Entwicklung der KJP gibt, beider Professionen darstellen. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel unter anderem auf das Setting, das Klientel, Strukturen und Methoden eingegangen. Die Verzahnung wird am Beispiel des *Clinical Social Work* am Beispiel der USA nochmals erheblich verdeutlicht.

[43] Psychotherapeutengesetz. PsychThG, BGBl. I S. 1604 in der Fassung vom 15. November 2019.

5 Ein- und Abgrenzung der Professionen

In diesem Kapitel soll die Professionen Soziale Arbeit und Psychotherapie mit Blick auf ihre Merkmale unterschieden werden. Es lassen sich Gemeinsamkeiten aus den letzten zwei Kapitel ableiten, besonders unter der Berücksichtigung des historischen Kontextes der KJP. Nach Maria Ohling sind es „[…] für ein reines Schwarz-Weiß Denken zu viele Schnittstellen […]“.[44] Dies ist vor allem dann zu beachten, wenn die Unterschiede durch die Gemeinsamkeiten gemildert werden, wie es das erste, nun folgende Beispiel in Kapitel 5.1 verdeutlicht.

Dies hat für die wissenschaftliche Fragestellung Relevanz, da betrachtet wird, wie sich die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionen in der Praxis zeigen. Es wird die Verzahnung der Professionen verdeutlichen, ohne die Grenzen zu vernachlässigen. Des Weiteren ist auch der Blick nach außerhalb von Deutschland notwendig, weshalb *Clinical Social Work* als Beispiel innerhalb der USA beschrieben wird. Dieses Beispiel wird die unterschiedliche Perspektive des Berufsbildes zeigen und unterscheidet sich signifikant zwischen Deutschland und den USA.

5.1 Differenzierte Betrachtung Sozialer Arbeit und Psychotherapie

Die erste Unterscheidung findet sich in der *Sozialen Gerechtigkeit* wieder. Hans Thiersch, vor allem bekannt durch seinen Ansatz der *Lebensweltorientierten Sozialarbeit*, beschreibt die Sozialarbeit als ein Teil des Projektes *Soziale Gerechtigkeit.* Gerechtigkeit ist nicht dasselbe wie Gleichheit und die Sozialarbeit verbindet beide Charakteristika, sodass Menschen sich als vollwertiges Subjekt in ihrer individuellen Lebensgestaltung erfahren können.[45] Besonders vor dem

[44] Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.66.

[45] Vgl. Hans Thiersch (2012): Zur Autonomie der Fachlichkeit Sozialer Arbeit: Forum sozial Nr. 1, S. 39.

Gesetz hat dies eine hohe Relevanz, denn die Gleichbehandlung ist nicht immer gerecht. Der Konflikt zwischen Gleichbehandlung und Gerechtigkeit findet sich ebenso in der Teilhabe wieder. Somit hat die Teilhabeberechtigung an dieser Stelle einen besonderen Wert. In diesem Bereich werden Sozialarbeitende aktiv und helfen Menschen unter der Berücksichtigung ihrer Individualität, ihren Voraussetzungen und Ressourcen. Anwaltschaftlich treten sie für Menschen ein, die nicht oder nur teilweise geschäftsfähig sind oder sie unterstützen dabei Rechte gegenüber Behörden durchzusetzen. Die Startvoraussetzungen können ebenfalls durch Bildungsangebote gefördert werden, was eine gerechte Teilhabe ermöglichen soll. Wie in der Kapiteleinleitung beschrieben, findet sich hier ein Unterschied der Professionen wieder und die *Soziale Gerechtigkeit* wird nicht in Verbindung mit der Psychotherapie gebracht. Dennoch ist diese im Berufsfeld der Sozialarbeitenden wirksam. Die Sozialarbeit ist auch im politisch-öffentlichen Bereich tätig. Im Gegensatz wirkt die Psychotherapie im Verhalten und dem Erleben des einzelnen Menschen und hilft dabei wieder geschäfts-, liebes- oder arbeitsfähig zu werden. Dies führt wiederum zu einer Teilhabegerechtigkeit.[46]

Weiter ist zu erwähnen, dass die Sozialarbeit in bestimmten *Verhältnissen interveniert*. Zu diesen gehören die Lebensbereiche Schule, Arbeit, Nachbarschaft oder Peer-Groups, die Öffentlichkeitsarbeit, Gremien.[47] Thiersch beschreibt die Sozialarbeit als ein Einmischen „[…] in die Verhältnisse […], um die in den Adressaten und Adressatinnen angelegten Ansätze und Möglichkeiten zum Gelingenderen zu stärken, aufzugreifen und zu befördern“.[48] Demzufolge beeinflussen Sozialarbeitende die Lebenskontexte ihrer Klient*innen, auch im Sinne der sozialen Gerechtigkeit. Diesen generellen Anspruch hat die Psychotherapie nicht. Dennoch gibt es auch an dieser Stelle Ausnahmen innerhalb der Psychotherapie und ihrer Weiterentwicklung. Dazu zählt die aufsuchende Familientherapie, multisystemische Therapie, Community Family Therapy und vor allem die

[46] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.66f.
[47] Vgl. ebd., S.67.
[48] Thiersch, „Zur Autonomie der Fachlichkeit Sozialer Arbeit,“ S.41.

systemische Psychotherapie. Diese beziehen den bereits erwähnten (sozialen) Kontext mit in die Arbeit ein.[49]

Betrachtet man die *Aufgaben* der Professionen, so lässt sich der Unterschied durch die Begriffe *Behandlung* (zum Beispiel PsychThG) und *Hilfe* (zum Beispiel SGB VIII) verdeutlichen. Die Aufgaben der Psychotherapeut*innen findet sich auch im PsychThG wieder. Im §1 Abs. 3 PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung werden Tätigkeiten außerhalb der Heilkunde ausgeschlossen.

> „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“[50]

In der ab dem 01. September geltenden Fassung findet sich ebenfalls diese Beschreibung im §1 Absatz 2 wieder. Dieser formuliert den Tätigkeitsauschluss der Psychotherapie nochmal deutlicher: „Tätigkeiten, die nur die Aufarbeitung oder Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben, gehören nicht zur Ausübung der Psychotherapie.“[51] In der neuen Fassung wurde der Aufgabenbereich im §1 Absatz 3 erweitert. Dort heißt es: „Zum Beruf der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehört neben der Psychotherapie auch die Beratung, Prävention und Rehabilitation zur

---

[49] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.67f.

[50] Psychotherapeutengesetz. PsychThG, BGBl. I S. 1311 in der Fassung vom 16. Juni 1998.

[51] Psychotherapeutengesetz. PsychThG, BGBl. I S. 1604 in der Fassung vom 15. November 2019

Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung.“[52] Dieses breite Psychotherapieverständnis minimiert signifikant den Unterschied zwischen der Sozialen Arbeit und Psychotherapie. Es lässt sich somit feststellen, dass beide Professionen auf die soziale, biologische und psychische Dimension achten müssen.[53] „Soziale Arbeit kann auch einen Beitrag leisten mit Blick auf Heilung und Linderung von psychischen Störungen, doch stellt diese Art der Unterstützung nur eine ihrer möglichen Aufgaben dar.“[54]

Michael Galuske beschreibt die *Allzuständigkeit* der Sozialarbeit als ein Alleinstellungsmerkmal. Dies wird vor allem in der Makroebene deutlich, in der es der Sozialarbeit schwer fällt den Arbeitsbereich zu umschreiben. Wie bereits im Kapitel 3.4 *Arbeitsfelder* beschrieben, sind Sozialarbeitende überall dort anzutreffen, wo es vor allem in der sozialen Dimension zu Problem- beziehungsweise Konfliktlagen kommen kann. Weiterhin charakterisiert Galuske die Sozialarbeit mit einem ganzheitlichen Ansatz in Bezug auf das komplette (Alltags-)Leben. Durch diesen Fokus auf die Probleme und der Berücksichtigung, dass Probleme miteinander verknüpft sein können, lässt sich die Sozialarbeit nicht eingrenzen. Mediziner*innen versorgen Menschen bei gesundheitlichen Problemen oder Jurist*innen bei rechtlichen und sind in der Regel auf diese Zuständigkeit beschränkt.[55] Diese Allzuständigkeit führt nach Mechthild Seithe dazu, dass die Sozialarbeit „kein Monopol für ein eigenes Arbeitsgebiet, in dem sie und nur sie zuständig ist […] ihr Eigen nennen könnte. In allen Bereichen, in denen sie tätig wird, findet sie bereits andere Professionen vor, die die Zuständigkeit für diesen Problemaspekt für sich beanspruchen und die sich als Spezialisten […] vertiefter auskennen […]“.[56] Nach Ohling liegt in diesem Zusammenhang die Stärke des

---

[52] Psychotherapeutengesetz. PsychThG, BGBl. I S. 1604 in der Fassung vom 15. November 2019.
[53] Vgl.Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.68f.
[54] Ebd., S.69.
[55] Vgl.Michael Galuske (2011): Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9., ergänzte Auflage. Grundlagentexte Sozialpädagogik, Sozialarbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag, S.38f.
[56] Mechthild Seithe (2012): Schwarzbuch Soziale Arbeit. 2., durchgesehene und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S.49.

Sozialarbeitenden in dem breiten Wissensgebiet, wodurch sie für Adressat*innen allzuständig sein können und nicht so schnell an andere Professionen weitervermitteln müssen.[57] Seithe beschreibt Sozialarbeitende als „[…] Spezialisten für den menschlichen Alltag in seiner Ganzheit […], deren Professionalität sich eben genau darin zeigt, dass sie sich nicht auf ihre Zuständigkeiten zurückziehen […] können“.[58]

Ohling benennt weitere Abgrenzungen der Sozialen Arbeit zur Psychotherapie, die sich einerseits durch die *Kontrollfunktion* und andererseits durch *rechtliche und administrative Kompetenzen* der Sozialarbeitenden zeigen. Das Doppelmandat ist Bestandteil des pädagogischen Handelns. Sozialarbeiten leisten Hilfe und Kontrolle zugleich. Diese Doppelrolle kann, wenn kein reflektierter Umgang erfolgt, die professionelle Beziehung zu den Klient*innen gefährden.[59] Mandatsgeber*innen sind die staatlichen Organe, welche Kontrolle ausüben und die Klient*innen, welche sich Hilfestellung wünschen. Das Gewicht beziehungsweise Gleichgewicht zwischen Kontrolle und Hilfe lässt sich nicht messen aber aus der historischen Entwicklung der Profession lässt sich feststellen, dass die Kontrolle vor der eigentlichen Hilfe kommt.[60] Dieses Doppelmandat haben Psychotherapeut*innen nicht. Während der Hilfe sind rechtliche und administrative Kompetenzen notwendig, um Rechtsansprüche für und mit den Adressat*innen geltend zu machen.[61] Der DBSH sieht ebenfalls die sozialrechtliche Kompetenz als Grundlage. Sie wird als die Fähigkeit beschrieben, rechtliche „[…] Problemlagen zu erkennen, zu analysieren und im Hilfeprozess entsprechende Lösungsmöglichkeiten anzubieten.“[62]

---

[57] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.69.
[58] Seithe (2012): Schwarzbuch Soziale Arbeit, S.49.
[59] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.70.
[60] Vgl. Gunzelin Schmid Noerr, Hrsg. (2018): Ethik in der Sozialen Arbeit. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Grundwissen Soziale Arbeit. Jg. Band 10 Stuttgart: Kohlhammer, S.94.
[61] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.70.
[62] Maus, Nodes und Röh (2008): Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit, S.66.

Ein weiterer Unterschied liegt im *Setting*. Psychotherapeut*innen arbeiten in der Regel in einem Behandlungsraum, welcher explizit für diese Tätigkeit eingerichtet wurde. Die Patient*innen müssen erworbene Erkenntnisse und Erlerntes in ihren Alltag übertragen. Dieser geschützte Raum kann genutzt werden, um aus dem Alltag herauszukommen und durch diese Distanz andere beziehungsweise neue Perspektiven einnehmen zu können. Die Sozialarbeit ist an die *Komm-Struktur* nicht gebunden und die *Geh-Struktur* kann den Zugang zur Hilfe erleichtern. Veränderungen sind dadurch direkt im Alltag der Klient*innen möglich.[63]

Dieses Settings beeinflusst auch den *Interventionscharakter* sowie die *Interventionsbreite*. Die vorangegangenen Abgrenzungen der *Aufgaben* und *Allzuständigkeit* müssen an dieser Stelle auch berücksichtigt werden. Wie bereits beschrieben, arbeiten Psychotherapeut*innen in der Regel in einem geschützten Raum und behandeln, wie im Gesetz vorgegeben, eine beschriebene Problematik. Diese findet sich im ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) beziehungsweise seit dem 01.01.2022 im ICD-11 wieder.[64] Diese „[…] Interventionen brauchen der Komplexität des Alltags indes nicht gerecht werden, da die Störungen nach den ICD […] im Fokus stehen. Der Anspruch der Sozialen Arbeit besteht dagegen darin, auch in der Lage zu sein, bei komplexen sozialen Problemlagen des Alltags zu intervenieren […]“.[65]

Das *Klientel,* welches sich in eine psychotherapeutische Behandlung begibt, lässt sich ebenfalls von den Adressat*innen der Sozialen Arbeit differenziert beschreiben. Neben der Tatsache, dass für eine Psychotherapie eine Wartezeit in Kauf genommen werden muss, wird die Behandlung in der Regel freiwillig aufgesucht. Diese Freiwilligkeit ist Voraussetzung für eine gelingende Psychotherapie. Neben dieser sind auch sprachliche und reflexive Voraussetzungen zu erfüllen. Dieser

[63] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.71.
[64] Vgl. ebd., S.71f.
[65] Ebd., S.72.

Umstand ist in der Sozialarbeit nicht immer gewährleistet. Klient*innen besuchen teilweise unter Zwang Beratungsangebote, schätzen ihre (Lebens-)Situation als nicht hilfsbedürftig ein beziehungsweise haben sie nicht die Motivation sich Hilfe zu suchen. Termine können ebenfalls unzuverlässig wahrgenommen werden.[66] Galuske beschreibt aus diesem Grund die Psychotherapie als mittelschichtorientiert.[67] Die Voraussetzungen für eine Psychotherapie können aufgrund von Sozialisationsbedingungen nicht von allen Menschen erfüllt werden. Die Soziale Arbeit bietet deshalb auch niedrigschwellige Angebote an, um möglichst vielen Klient*innen eine Hilfe gewähren zu können.[68]

Als letzte Differenzierung soll auf die *Methodik* eingegangen werden. Nach einer Umfrage gaben über 50% der befragten Sozialarbeitenden an therapeutische Ansätze zu verwenden. Dass therapeutische Methoden adaptiert wurden, ist seit der Weiterentwicklung der Sozialarbeit in den 1970er Jahren signifikant zu beobachten. Diese Adaption hat bis heute einen hohen Stellenwert, vor allem wenn man die Weiterbildungsmöglichkeiten von Sozialarbeitenden berücksichtig. Tanz-, Mal- und Musik-, Gestalt- und Spieltherapie, systemische Beratung und viele weitere, welche von der Fortbildungslandschaft angeboten werden.[69] Sozialarbeiter*innen dürfen sich aber nicht ausschließlich an dem Methodenrepertoire der Psychotherapeut*innen bedienen, da dies zu einseitigen professionellen Handlungen führt und damit dem ganzheitlichen Ansatz widerspricht. Des Weiteren würde dies dem Anspruch der Sozialen Arbeit, ganzheitlich im (Lebens-)Alltag beziehungsweise in der Allzuständigkeit wirksam zu sein, nicht gerecht werden.[70] Es „[…] lässt sich festhalten, dass sich Sozialpädagogik nicht in Therapie auflösen lässt, dass therapeutische Methoden folglich keine sozialpädagogischen Methoden sind.“[71] Nach Galuske handelt es sich um zwei

[66] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.72f.
[67] Vgl. Galuske (2011): Methoden der sozialen Arbeit, S.140.
[68] Vgl.Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.73.
[69] Vgl. Galuske (2011): Methoden der sozialen Arbeit, S.133.
[70] Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.73f.
[71] Galuske (2011): Methoden der sozialen Arbeit, S.143.

unterschiedliche Handlungsformen, welche weder mit *besser* noch mit *schlechter* zu bewerten sind. Der sozialpädagogische Ansatz ist lebensweltorientiert und offen, welcher sich therapeutischen Methoden bedient, wenn dies „[…] im Hinblick auf die Person, ihr Problem und die Situation sinnvoll und begründet erscheint“.[72]

Wie in der Einleitung des Kapitels beschrieben wurde, sind die Übergänge zwischen der Sozialarbeit und der Psychotherapie fließend. Oberflächlich gesehen lassen sich enge Gemeinsamkeiten feststellen, doch bei genauerer Betrachtung lassen sich diese differenzieren. Eine Abbildung von Michael Galuske, welches die Strukturmerkmale von sozialpädagogischen und therapeutischen Interventionen im Groben darstellt, wird diesen Abschnitt abschließen.[73] Aus diesem können die bereits getroffenen Aussagen nochmals im Gesamtüberblick entnommen werden.

[72] Ebd., S.143.
[73] Vgl. ebd., S.140.

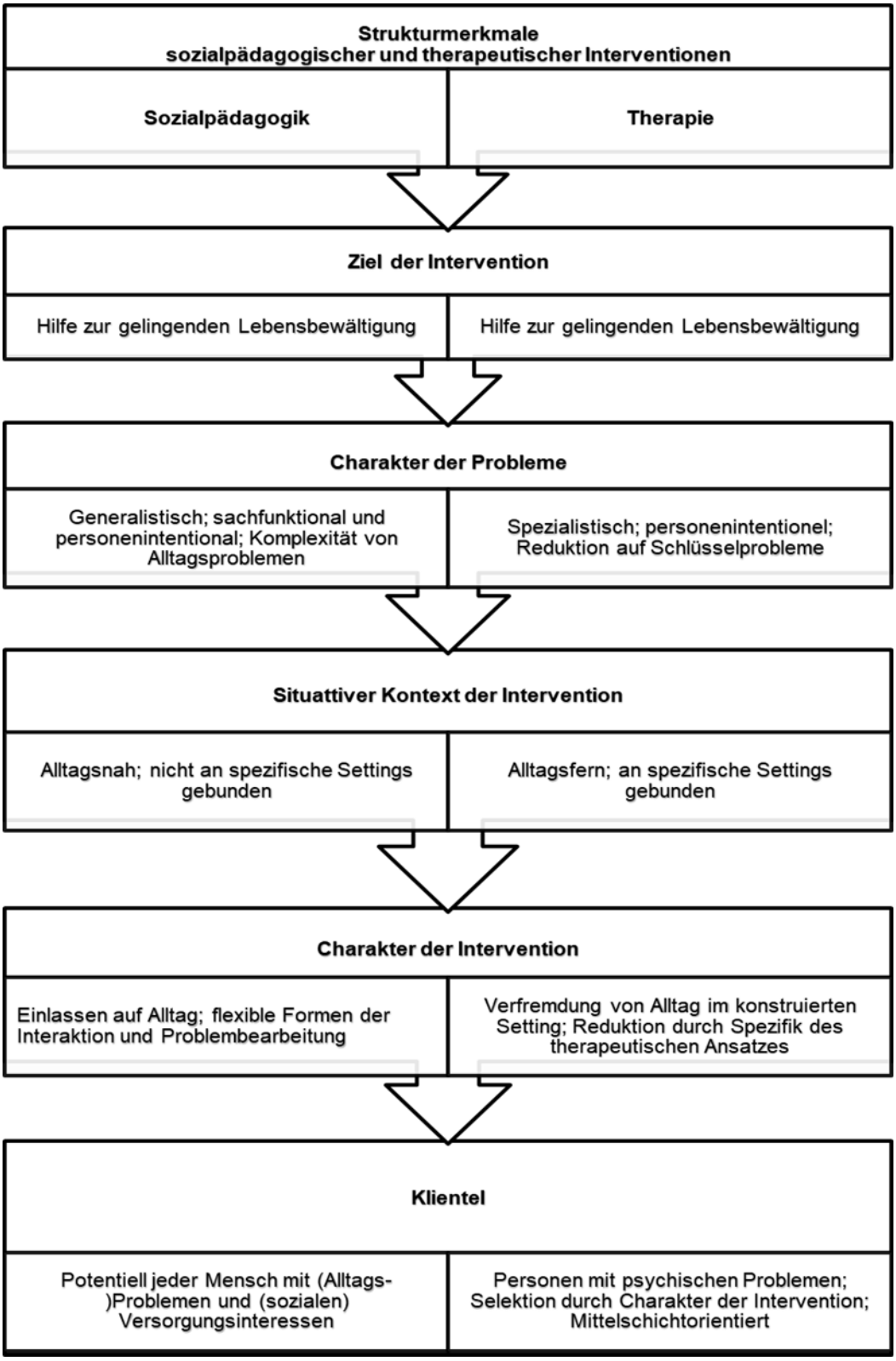

Abbildung 3: Strukturmerkmale sozialpädagogischer und therapeutischer Interventionen

Quelle: Galuske, Michael (2011): Methoden der sozialen Arbeit: Eine Einführung. S.140

Im folgenden Abschnitt wird *Clinical Social Work* am Beispiel der USA untersucht. Dadurch wird der unterschiedliche Blick auf die Soziale Arbeit zwischen den USA und Deutschland deutlich. Diese Betrachtung ist trotz der unterschiedlichen Kassenärztlichen Versorgungssysteme der Länder von Bedeutung und wird aufzeigen, dass die Sozialarbeit in den USA und insbesondere in der Psychotherapie einen großen Beitrag leistet.

5.2 *Clinical Social Work* als Schnittstelle

Eine signifikante Überschneidung beider Professionen findet sich vor allem in *Clinical Social Work* beziehungsweise in der *Klinischen Sozialarbeit* wieder. Anzumerken ist, dass die beiden Begriffe, je nach geographischer Lage, unterschiedlich definiert und praktiziert werden.[74]

Die Sprecher*innen Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner und Prof. Dr. Dieter Röhder der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) beschreiben die Klinische Sozialarbeit wie folgt:

> „Von Klinischer Sozialarbeit wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten erfolgt und eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt. Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung arbeitet sie mit Sozialer Diagnostik, Beratung und Sozialtherapie an der Verbesserung der Lebenssituation von Personen im Kontext ihrer Lebenswelt. […] Ihre Klienten sind […] z. B. psychisch erkrankte Menschen, Drogen- und Alkoholabhängige, chronisch körperlich Kranke und behinderte Menschen, Menschen mit familiären Problemen und in entwicklungs- und situationsbedingten Krisen, Aidskranke und ihre Familien, Gewaltopfer und Gewalttäter, dissoziale

[74] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.177.

> und straffällige Menschen, traumatisierte Personen […] und Menschen in Verlustkrisen […]“.[75]

Das European Centre for Clinical Social Work (ECCSW) leiten ihre Definition mit: „Klinische Sozialarbeit versteht sich als eine in unterschiedlichen Feldern des Gesundheits- und Sozialwesens beratende und therapeutisch behandelnde Profession“ ein.[76] Durch die beiden Definitionen wird deutlich, dass Sozialarbeitende im Bereich der Klinischen Sozialarbeit mit Menschen arbeiten, die unter einer Erkrankung oder Störung leiden. Des Weiteren wird deutlich, dass sie einerseits therapeutisch und andererseits behandelnd tätig werden. Im europäischen beziehungsweise deutschen Raum findet in diesem Zusammenhang die Psychotherapie keine Erwähnung, was sich in den USA anders darstellt.[77] In einer Definition der National Association of Social Workers (NASW) wird die Psychotherapie explizit erwähnt:

> „Klinische Sozialarbeit ist ein Spezialgebiet der Sozialarbeit, das sich auf die Bewertung, Diagnose, Behandlung und Prävention von psychischen Erkrankungen, emotionalen und anderen Verhaltensstörungen konzentriert. [...] Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter erbringen ihre Leistungen in einer Vielzahl von Einrichtungen, darunter Privatpraxen, Krankenhäuser, psychosoziale Einrichtungen in der Gemeinde, Primärversorgung und Agenturen“. Für die Ausübung ist eine Zertifizierung im klinischen Bereich notwendig.[78]

---

[75] Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.: Klinische Sozialarbeit, (https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/ zuletzt geprüft am 23.11.2022).
[76] European Centre for Clinical Social Work: Selbstverständnis, (https://eccsw.eu/european-centre-for-clinical-social-work/selbstverstaendnis/ zuletzt geprüft am 23.11.2022).
[77] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.178f.
[78] National Association of Social Workers: Clinical Social Work, (https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work zuletzt geprüft am 23.11.2022).

Diese Definition bezieht eindeutig die Psychotherapie durch die Bewertung, Diagnose, Behandlung und Prävention von psychischen Erkrankungen, emotionalen und anderen Verhaltensstörungen mit ein. Dies spricht für eine enge Verzahnung von Sozialer Arbeit und Psychotherapie. Des Weiteren wird in den USA Psychotherapie vorwiegend von *Clinical Social Workers* durchgeführt.[79] Dieses Selbstbild der Profession soll mit einer Aussage der New York State Society for Clinical Social Work (NYSSCSW) untermauert werden, auf der Startseite ihrer Website heißt es: „Wir sind eine Gemeinschaft hochqualifizierter Kliniker, die sich für die Aufrechterhaltung der Standards der professionellen Ausbildung und Praxis in der klinischen Sozialarbeit und Psychotherapie im Staat New York einsetzen.“[80]

Diese unterschiedlichen Perspektiven der Berufsidentität einerseits im europäischen Raum und andererseits in den USA, muss ebenfalls historisch betrachtet werden. So liegt der Ursprung in den 1920er Jahren der USA. In dieser Zeit bildete sich das *Casework*, welches vor allem durch Freud und Rank geprägt wurde. Aus diesem entwickelte sich später die heutige Clinical Social Work. Die Entwicklung der Psychotherapie verlief in Deutschland, wie bereits in Kapitel 4.1 beschrieben, anders.[81] Der berufsbegleitende Masterstudiengang *Klinische Sozialarbeit* wurde erstmals im Jahre 2001 an der Hochschule Coburg und ab dem Jahr 2003 in Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule Berlin angeboten. Der ECCSW wurde im Jahr 2007 gegründet und ermöglicht eine Zertifizierung in dem Fachgebiet *Clinical Social Work*.[82] Die Zertifizierung wird in drei Level unterteilt und verdeutlicht somit den hohen Kompetenz- und Qualitätsanspruch,

[79] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.183.
[80] New York State Society for Clinical Social Work: Home, (https://www.nysscsw.org/ zuletzt geprüft am 23.11.2022).
[81] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.74.
[82] Vgl. ebd., S.181f.

welcher an den Sozialarbeitenden gestellt wird. Die folgende Tabelle soll einen Überblick über die unterschiedlichen Kriterien der Zertifizierungslevel geben.[83]

Level A: Klinische Praktiker*innen (CP-ECCSW)	
Bestätigte Qualifikationen	Zertifizierungsrichtlinien
• grundlegendes sozialklinisches Profil • spezialisierte Basiskompetenzen, zur Anwendung bei klinisch-sozialarbeiterischen Aufgabenstellungen in der Praxis • Gründung von Fachgruppen möglich	• Bachelorabschluss Soziale Arbeit • aktuelle berufliche Beschäftigung (mind. 20 Wochenstunden) mit relevanten klinisch-sozialarbeiterischen Aufgabenstellungen
Level B: Fachsozialarbeiter*innen (CSW-ECCSW)	
Bestätigte Qualifikationen	Zertifizierungsrichtlinien
• hoher fachlicher Ausbildungsstandard als Basis für eine qualifizierte klinisch-sozialarbeiterische Fallarbeit • Gründung von Fachgruppen und Anleitung von Klinischen Praktiker*innen möglich	• Masterabschluss in Klinischer Sozialarbeit oder Sozialer Arbeit mit Studienschwerpunkt Klinischer Sozialarbeit (in Höhe von mind. 20 ECTS) • Nachweis von mind. drei Jahren klinisch-sozialarbeiterischer Praxis (Vollzeittätigkeit) nach klinisch-sozialarbeiterisch orientiertem Masterabschluss; bei berufsbegleitenden Masterstudiengängen wird die studienbegleitende Praxiszeit – sofern sie einschlägig klinisch-sozialarbeiterische Tätigkeit umfasst – voll angerechnet • 50 Std. Selbstreflexion (abzudecken durch Coaching, Selbsterfahrung,

[83] European Centre for Clinical Social Work: Kriterien der Zertifizierung, (https://eccsw.eu/die-zertifizierung/kriterien-der-anerkennung-zertifizierung/ zuletzt geprüft am 28.11.2022).

	Eigenberatung/-therapie im Berufskontext, Einzelsupervision)
Level C: Klinische Mentor*innen (CM-ECCSW)	
Bestätigte Qualifikationen	Zertifizierungsrichtlinien
• hoher Ausbildungsstandard, • Erfahrung in der klinisch-sozialarbeiterischen Praxis • Engagement in Weiterentwicklung der Fachdisziplin (konzeptionell, wissenschaftlich etc.) • Durchführung von Fortbildungsangeboten für Interessierte und Klinische Praktiker*innen und Fachsozialarbeiter*innen (einschließlich Selbstreflexion und Anleitung/Supervision) möglich	• Zertifizierung zum*r Fachsozialarbeiter*in für Klinische Sozialarbeit (CSW-ECCSW) • Einreichung eines Ausbildungs-/Anleitungskonzeptes mit klinisch-sozialarbeiterischem Profil für das entsprechende Handlungsfeld/Arbeitsgebiet • Nachweis von eigenen Tätigkeiten in Lehre, Weiterbildung, Forschung sowie von Publikationen

Tabelle 1: Qualifikationslevel der ECCSW-Zertifizierung

Quelle: European Centre for Clinical Social Work: Kriterien der Zertifizierung, https://eccsw.eu/die-zertifizierung/kriterien-der-anerkennung-zertifizierung/ zuletzt geprüft am 28.11.2022.

Aus dieser Tabelle kann der hohe Anspruch entnommen werden, welcher an den*die Sozialerbeiter*in gestellt wird. Für Level B: Fachsozialarbeiter*innen (CSW-ECCSW) ist sowohl der Masterabschluss in Klinischer Sozialarbeit beziehungsweise mit Schwerpunkt in klinischer Sozialarbeit als auch die nach dem Masterabschluss erforderliche Berufserfahrung von mind. 3 Jahren nötig. Dies stellt einen hohen Qualifikationsnachweis dar, welches in der Beantwortung der wissenschaftlichen Frage dieser Arbeit nochmals aufgegriffen wird und als Grundlage dient.

An dieser Stelle sind die klinischen Psychologen Pauls und Feinbier zu erwähnen, welche an Fakultäten der Sozialen Arbeit lehren und in ihre Lerninhalte psychotherapeutische Kompetenzen einfließen lassen. Pauls erbrachte durch seine im Jahr 2004 erschienene Monografie *Klinische Sozialarbeit - Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*, welche mittlerweile als Standardwerk

anzusehen ist, einen großen Beitrag innerhalb der Klinischen Sozialarbeit. Feinbier erweiterte den Begriff der klinischen Sozialarbeit in Richtung des Clinical Social Work, wie sie in den USA praktiziert und definiert wird.[84]

Das nächste Kapitel wird den theoretischen Teil dieser Arbeit zusammenfassen. Danach wird eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring folgen, wofür ein Forschungsgutachten zur Ausbildungslandschaft der Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Kategorisierung nach Mayring zugrunde liegt.

[84] Vgl. Ohling (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie, S.177.

6 Theoretisches Zwischenfazit

In den letzten Kapiteln wurde beschrieben was allgemein unter *Soziale Arbeit* und *Psychotherapie* verstanden wird. Es wurde beschrieben, welche Motivation Menschen haben, um Soziale Arbeit zu studieren und weshalb sie sich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in ausbilden lassen. Sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Erfahrungen bringen Sozialarbeitende für den Beruf der*des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in mit.

Diese wissenschaftlichen und berufspraktischen Kompetenzen innerhalb der Sozialarbeit fanden bereits in den frühen Jahren der Bundesrepublik Anwendung, woraus sich neue Berufsgruppen bildeten. Es bildete sich die Profession des*der Psychagog*in, welche*r die Profession Psychologie und Pädagogik enthielt. Die Pädagogik wurde deutlich akademisiert und der Studiengang Soziale Arbeit wurde etabliert. Aus diesem Kontext bildete sich mit dem ersten Psychotherapeutengesetz im Jahre 1999 die Profession der heutigen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.

Beide Professionen arbeiten mit Menschen in Konflikt- beziehungsweise Problemlagen. Beide Professionen treffen auf Menschen mit Krankheitswert. Beide Professionen sehen es als ihre Berufung an, Menschen zu helfen beziehungsweise zu Unterstützen. Dafür werden beide Professionen in den USA innerhalb des Kontextes Psychotherapie aktiv. Dies ist vor allem auf das Methodenrepertoire zurückzuführen, welches signifikante Überschneidungen aufweist. Des Weiteren wurde deutlich, dass sich die KJP vor allem durch die historische Entwicklung aus der Pädagogik entwickelt hat. Heute erbringt die *Soziale Arbeit* mit ihren verschiedenen Bezugsprofessionen einen ganzheitlichen Blick auf die Menschen.

Im folgenden Kapitel soll aus diesem Grund untersucht werden, warum diese Verzahnung durch die Reform aufgehoben wurde und welche wissenschaftlichen Begründungen es für diese Entscheidung gibt. Dafür werden die Ziele der Reform sowie ein Forschungsgutachten zur Ausbildungslandschaft der

Psychotherapeut*innen untersucht. Stehen diese im Einklang mit der endgültigen Entscheidung? Und wurden die Stellungnahmen von 2019 bei dieser Entscheidung berücksichtig? Ergeben sich daraus mögliche Folgen in Bezug auf die Gesetzgebung beispielsweise durch mögliche Rechtsverfahren? Welche Folgen hat die Profession Soziale Arbeit? Um diese Fragen beantworten zu können, wird innerhalb einer Eigenleistung, eine qualitative Inhaltsanalyse der Stellungnahmen durchgeführt und Erkenntnisse formuliert.

7 Novellierung des Psychotherapeutengesetzes

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Es werden einleitend die Ziele der Reform beschrieben. Als Grundlage für die Reform wurde ein Forschungsgutachten zur Ausbildungslandschaft von psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen erstellt. Unter der Ausbildungslandschaft sind Erhebungen zu den Ausbildungsstätten, Verfahren, Dauer der Ausbildung, Bestandteile der Ausbildung, staatliche Prüfung, Ausbildungskosten, Zugang zur Ausbildung und Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland zu verstehen. Das Forschungsgutachten ebenfalls betrachtet und dient als eine Grundlage für diese Arbeit. Folglich ergeben sich die Kategorien für die Inhaltsanalyse nach Mayring. Daraus lassen sich einerseits die Erreichung der Ziele der Reform und andererseits eigene Interpretationen ableiten und mögliche Folgen schlussfolgern.

Die neue beschlossene Reform soll einerseits die Ausbildung der Psychotherapeut*innen und andererseits die Versorgungsmöglichkeiten der Gesellschaft durch Psychotherapie verbessern. Des Weiteren soll die Berufsbezeichnung vereinheitlicht werden. Fortan wird es nur noch die Berufsbezeichnung *Psychotherapeut* beziehungsweise *Psychotherapeutin* für Absolvierende des Direktstudiums geben. Bisher approbierte psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen behalten ihre bisherige Berufsbezeichnungen. Weiterhin wird es neben der neuen Berufsbezeichnung den Zusatz *ärztliche* Psychotherapeut*innen geben, welcher Mediziner*innen vorbehalten ist.[85]

Das Direktstudium ist seit dem Wintersemester 2020/21 erstmals möglich. Nach einem Bachelor- sowie anschließendem Masterstudiengang ist der*die

[85] Vgl. Elke Hardegger: Neues Psychotherapeuten-Gesetz: Reformen für eine bessere Versorgung und Ausbildung: *Bayerischer Rundfunk* (25.07.2022 zuletzt geprüft am 14.12.2022, (https://www.ardalpha.de/wissen/psychologie/psychotherapien-psychotherapeutengesetz-psychische-erkrankungen-psyche-100.html.

Absolvent*in nach einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung *Psychotherapeut* beziehungsweise *Psychotherapeutin*. Der-/diejenige erhält durch die erfolgreich belegte Prüfung die Approbation. Um in das Arztregister eingetragen zu werden und die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen krankenkassenärztlich abrechnen zu können, ist eine Weiterbildung nach dem Studium in einer Ambulanz beziehungsweise stationären Einrichtung notwendig.[86]

7.1 Das Forschungsgutachten zur Ausbildungslandschaft

Im Jahr 2007 wurde eine Gutachtergruppe vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, ein Gutachten zu erstellen, welches die Ausbildungslandschaft der Psychotherapie nach dem im Jahr 1998 beschlossenen PsychThG aufarbeitet. Die 15-monatige Arbeit wurde am 07. Mai 2009 von der Gutachtengruppe, der Bernhard Strauß, Sven Barnow, Elmar Brähler, Jörg Fegert, Steffen Fliegel, Harald J. Freyberger, Lutz Goldbeck, Marianne Leuzinger-Bohleber und Ulrike Willutzki angehörten, der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) übergeben. Der Auftrag zur Erstellung des Gutachtens enthielt eine Reihe von spezifischen Fragen und Anforderungen, welche auch die Erfahrungen der Ausbildungsinstitute, Dozierenden, Absolvierenden und aktuellen Ausbildungsteilnehmenden berücksichtigen sollte. Die Autor*innen gingen zudem auf die Unterschiede der Ausbildung zum*r psychologischen Psychotherapeut*in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in ein. Des Weiteren ließen sich die Ausbildungsstätten, die Richtlinienverfahren, die Ausbildungsdauer, die praktische Tätigkeit, die theoretische und praktische Ausbildung, Supervision, Selbsterfahrung, die staatliche Prüfung, Ausbildungskosten, Zugang zur Ausbildung und Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland den Themengebieten zuordnen. Es sollten Fragen von den Autor*innen zu Themen beantwortet werden, welche kritisch und kontrovers diskutiert wurden. Zu diesen gehörten

[86] Hardegger, „Neues Psychotherapeuten-Gesetz: Reformen für eine bessere Versorgung und Ausbildung“.

insbesondere die Zugangsvoraussetzungen, das Direktstudium, eine Verfahrensorientierung der Ausbildung, die Neudefinierung von *heilkundlicher Psychotherapie*, die Erweiterung der Kompetenzen durch eine Integration medizinischer Inhalte und der Eingliederung in bestehende Systeme von Hochschulen und Ausbildungsinstitutionen, sowie die Kostenregelung. Das Gutachten wurde mithilfe schriftlicher (Online-) Befragungen, einer zweistufigen Delphi Umfrage, sowie schriftlicher Erhebungen von internationalen Experten erstellt. Studiengänge, welche zur Ausbildung zum*r psychologischen Psychotherapeuten*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in berechtigt waren, wurden mithilfe eines Rasters visualisiert. Diese bildeten die Bereiche der allgemeinen und klinischen Psychologie ab und ermittelten dadurch die jeweiligen ECTS-Anteile.[87]

7.1.1 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse

Zum Zeitpunkt der Erhebung boten mindestens 173 Ausbildungsinstitute eine Ausbildung zum*r psychologischen Psychotherapeut*in und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in an. Von den insgesamt 11.000 Ausbildungsteilnehmenden wählten 7.900 (72%) die psychologische Psychotherapie und ca. 3.000 (27%) die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass es kein Gleichgewicht in den Vertiefungsrichtungen gab. Die Verhaltenstherapie wurde von 69% und das psychodynamische Verfahren von 30% der Ausbildungsteilnehmenden gewählt. Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl das Voll- als auch das Teilzeitmodell für die Ausbildung von den Auszubildenden *gut* angenommen wurde. Von den Absolvierenden – zum Zeitpunkt der Erhebung wurden bereits 3.200 Absolvent*innen nach dem PsychThG von 1999 approbiert – schaffte es nur die Hälfte (44% in Vollzeit, 52% in Teilzeit) in der vorgegebenen Ausbildungsdauer ihre Ausbildung zu beenden.[88] Im

[87] Vgl. Bernhard Strauß und Steffi Nodop (2015): Weichenstellungen für eine umfassende Änderung der Psychotherapieausbildung: Zeitschrift für Individualpsychologie. Jg. 40 Nr. 2, S. 93f.

[88] Strauß et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, S.133**Tabelle E 3-9**.

Vollzeitmodell benötigten die Ausbildungsteilnehmenden ca. zwölf Monate und im Teilzeitmodell ca. 14 Monate mehr Zeit.[89] Die Ausbildungskosten, welche zwischen 20.000 Euro und 30.000 Euro liegen, spielten für die Aufnahme und Wahl zwischen Voll- und Teilzeit der Ausbildung eine wesentliche Rolle. 62% der Ausbildungsteilnehmenden finanzierten die Ausbildung und den Lebensunterhalt aus nichtausbildungsbezogenen Tätigkeiten und 39% aus ausbildungsbezogenen Vergütungen. 36% erhielten Unterstützung von den Eltern und 27% von den (Ehe-) Partnern. [90]

Durch das Inkrafttreten der Bologna-Reform in Deutschland im Jahr 2002 und der damit verbundenen Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge, wurde der Zugang zur Ausbildung deutlich variabler. Die im Kapitel 7.1 beschriebene Gutachtergruppe beschränkte sich vor allem darauf, die Studiengänge anhand der erreichbaren ECTS im Bereich der klinischen Psychologie zu vergleichen. Diplom-Psychologiestudiengänge erreichten 36 bis 70 ECTS und der Anteil in den Fachbereichen (Heil-)Pädagogik, Soziale Arbeit und Sozialpädagogik sowie Lehramt schwankte zwischen 0 und 52 ECTS. Basierend auf diesen Erkenntnissen wurden die Forderung erhoben, die Zugangsvoraussetzungen zu ändern.[91] Diese sollten vor allem die Zugangsstudiengänge der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung betreffen. In diesem Zusammenhang schlussfolgerte das Gutachterteam ebenfalls, dass die KJP-Absolvierenden am Ende ihrer Ausbildung weniger psychotherapeutische Kompetenzen aufwiesen als psychologische Psychotherapeut*innen und stützen ihre These damit, dass die Prüfungsergebnisse der schriftlichen KJP-Prüfung mangelhafter ausfallen würden. Die Befragten waren sich mehrheitlich einig, dass eine Altersuntergrenze nicht erforderlich sei und ein Auswahlverfahren mit zwei persönlichen

[89] Vgl. Strauß und Nodop, „Weichenstellungen für eine umfassende Änderung der Psychotherapieausbildung," S.95f.
[90] Vgl. ebd., S.97f.
[91] Vgl. Strauß et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, S.259f.

Interviews sinnvoll wäre. Die Gutachter und Gutachterinnen schlossen den Bereich der Zugangsvoraussetzung mit der Einschätzung ab, dass ein Masterabschluss als Voraussetzung erforderlich sei. Die Studierenden sollen dabei insgesamt 150 ECTS mit allgemeinpsychologischem und klinischem Schwerpunkt nachweisen können. Ist dies nicht möglich, soll den Ausbildungsinteressierten ein Propädeutikum ermöglicht werden. Dieses soll einen Umfang von mindestens 35 ETCS in klinischer Psychologie umfassen.[92]

Mit Blick auf die Ausbildungsstruktur verglichen die Gutachter und Gutachterinnen insgesamt sieben verschiedene Ausbildungsmodelle. Eins stell das Modell der Direktausbildung dar. Das Modell der Direktausbildung (Masterstudiengang: Psychotherapie), welches sich an die Facharztweiterbildung annähert, war ebenfalls inbegriffen und wurde jedoch als grundsätzliches Modell nicht empfohlen. Ursprünglich wurde empfohlen, um psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen gleichermaßen gut auszubilden und einen sogenannten *Common Trunk* zu etablieren. Das würde bedeuten, dass ein Teil der Ausbildung gemeinsam durchlaufen wird und identische Ausbildungsinhalte gemeinsam gelernt werden. Im Anschluss würden sich die Auszubildenden in ihrem jeweiligen Schwerpunkt weiterbilden.[93]

7.1.2 Kritik am Forschungsgutachten

Seitens des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgte zwei Jahre nach der Übergabe des Gutachtens im Jahre 2009 eine Einladung zu einem Gespräch. In diesem Gespräch wurde dem Gutachterteam „[…] deutlich gemacht, dass jenseits aller inhaltlichen Argumente für das Ministerium die »ordnungspolitischen

[92] Vgl. Strauß und Nodop, „Weichenstellungen für eine umfassende Änderung der Psychotherapieausbildung," S.98f.
[93] Vgl. ebd., S.99.

Aspekte« maßgeblich seien, die vor allen Dingen darin bestehen, die Ausbildungen in allen Heilberufen nach Möglichkeit zu parallelisieren.“[94]

Barbara Beck und Michael Borg-Laufs setzten sich mit der Zusammenstellung des Gutachterteams auseinander und zählten Berufsgruppen auf, welche von einer Reform bezüglich der Zugangsmöglichkeiten maßgeblich betroffen seien. Zu jenen, die psychotherapeutisch arbeiten, gehören neben Psycholog*innen und Mediziner*innen auch Sozialarbeiter*innen, Pädagog*innen und andere Berufsgruppen, welche die Zugangsvoraussetzung in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung des §5 Abs. 2 PsychThG erfüllen. Nach Beck und Borg-Laufs erfüllt das Gutachterteam diese Heterogenität der verschiedenen Professionen nicht, da es lediglich aus Vertreter*innen der Medizin und Psychologie bestand. Folglich stellen Beck und Borg-Laufs die Objektivität bezüglich der Einschätzung von Kompetenzen der nicht vertretenen Berufsgruppen in Frage.[95] Bezüglich der Ergebnisse des Forschungsgutachtens zeigen Beck und Borg-Laufs ein Unverständnis, weshalb die Ergebnisse von dem Gutachterteam so dargestellt werden, dass Nicht-Psycholog*innen außerstande seien, den Beruf der Psychotherapeut*in auszuführen. Nach Beck und Borg-Laufs sind „die Unterschiede zwischen Psychologischen Psychotherapeut*innen und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und den jeweils verschiedenen Eingangsberufen […] so gering, dass sie keinesfalls als Begründung dafür herhalten können, eine Gesetzesnovellierung herbeizuführen, die gewisse Berufsgruppen de facto von der Ausbildung ausschließt.“[96] Innerhalb des Forschungsgutachtens zeigen die Daten, dass die Kompetenzen der psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen von den Lehrkräften insgesamt positiv eingeschätzt wurden. Einerseits zeigten die psychologischen Psychotherapeut*innen im Bereich der Symptomatologie ein etwas besseres Ergebnis und andererseits zeigten die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen im

[94] Ebd., S.103.
[95] Vgl. Beck und Borg-Laufs (2011): Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug?, S.19.
[96] Ebd., S.22.

Bereich der interpersonalen Kompetenz einen kleinen Vorsprung gegenüber den psychologischen Psychotherapeut*innen. Bezüglich der Frage, ob die KJP-Lehrkräfte (n=778) nach der Ausbildung einen Unterschied zwischen den Zugangsberufen bezüglich der therapeutischen Kompetenzen feststellen können antworteten n=194 (25%) mit *Ja*, n=285 (40%) mit *Nein* und n=74 (10%) mit *nicht einschätzbar*.[97] Beck und Borg-Laufs begründen ihren Standpunkt durch die Art der Datenerhebung. In der Befragung sollten die Lehrkräfte die Kompetenzen in einer Skala von 1-5 einschätzen. Die Standardabweichung betrug hierbei +/- 1. Die tatsächlich gemessene Abweichung zwischen den psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen lag im Bereich der unterschiedlichen Kompetenzen zwischen 0,1 (mündliche Prüfungsleistung) und 0,3 Punkten (Symptomatologie). Ein signifikanter Unterschied sei nur durch die hohe Anzahl der erhobenen Daten zu begründen und in der Theorie messbar, in der Praxis aber unbedeutend.[98]

[97] Vgl. Strauß et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, S.235f.

[98] Vgl. Beck und Borg-Laufs (2011): Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug?, S.21.

Die folgenden zwei Abbildungen aus dem Forschungsgutachten bestätigen die geringen Unterschiede bezüglich der Kompetenzen von psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.[99]

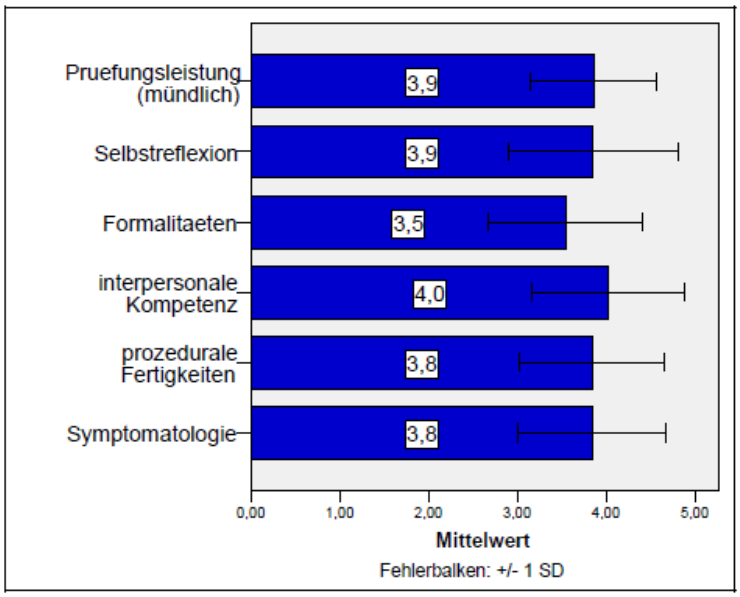

Abbildung 4: Kompetenzen KJP im Forschungsgutachten
Quelle: Strauß et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, S.235.

[99] Strauß et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, S.235f.

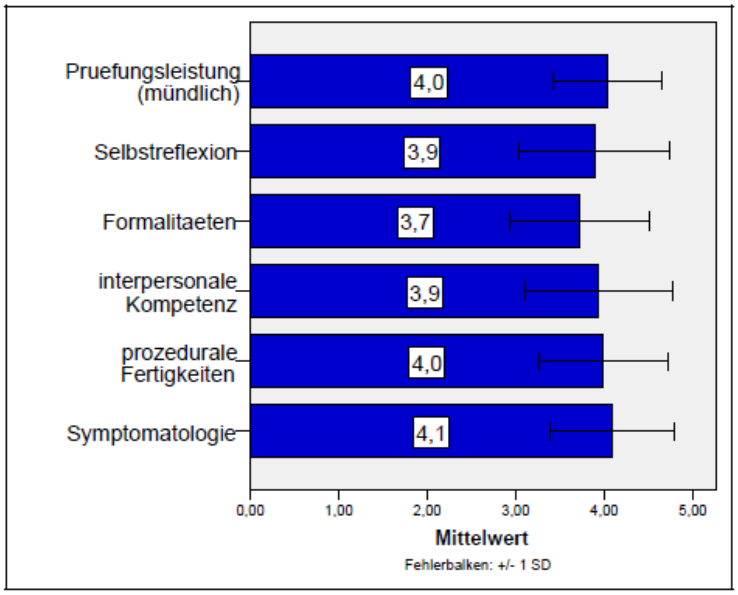

Abbildung 5: Kompetenzen psychologische Psychotherapie im Forschungsgutachten
Quelle: Strauß et al. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, S.236.

7.2 Auswertungen der Stellungnahmen zum Referentenentwurf

Anfang des Jahres 2019 verfassten 68 verschiedene Institutionen, Vereine, Kammern, Berufsverbände, Bundesverbände und -vereinigungen, Beiräte und Hochschulen Stellungnahmen zum Referentenentwurf des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes des BMG. Eine Namensauflistung ist aus den Anlagen (*(1) Liste der Stellungnahmen zum Referentenentwurf PsychThGAusbRefG*) zu entnehmen und auf der Website des BMG abrufbar.[100] Des Weiteren wurden die Anträge der Fraktionen Die Linke (Drucksache 19/9912), Bündnis 90 / Die Grünen (Drucksache 19/9272) sowie der AfD

[100] Bundesministerium für Gesundheit (2019: Stellungnahmen zum Referentenentwurf PsychThGAusbRefG, (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/psychthgausbrefg.html zuletzt geprüft am 22.12.2022).

(Drucksache 19/9970) als Grundlage für eine Auswertung gesichtet.[101] Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von n=71 Stellungnahmen.

Diese sollen neben der bisherigen Literaturanalyse weiteren Aufschluss darüber geben, inwieweit es Übereinstimmungen mit dem damaligen Referentenentwurf und den Positionen der verschiedenen Meinungsträger*innen gibt.

7.2.1 Herangehensweise

Für die Untersuchung der Stellungnahmen wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Dazu werden auf der Grundlage des Forschungsstandes (siehe Kapitel 7.1) Kategorien abgeleitet, welche zur Beantwortung der wissenschaftlichen Fragestellung dieser Arbeit relevant sind. Entsprechend werden keine weiteren Kategorien nach dem Material gebildet. Das Material dieser Untersuchung beruht auf den bereits erwähnten Stellungnahmen zuzüglich der Fraktionsanträge. Dies hat den Vorteil, dass das umfangreiche Material, welche bereits zur Verfügung steht, nicht durch re-aktives Verhalten verfälscht und ausgewertet wird. Der Nachteil ist jedoch, dass eine explizite Fragestellung, wie zum Beispiel *Soll die Soziale Arbeit als Zugangsprofession ausgeschlossen werden?,* nicht möglich ist. Dies ist auf das vielfältige und umfangreiche Material zurückzuführen. Des Weiteren ist zu beachten, dass vom Bundesministerium lediglich um eine Stellungnahme gebeten wurde, welche keine zu bearbeitende Fragestellung enthielt. Somit sind die Aussagen der einzelnen Positionen, je nach Interessengebiet, sehr individuell. Für die wissenschaftliche Fragestellung dieser Arbeit sind insbesonders die Aussagen relevant, welche die Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsstruktur, -inhalt sowie das Direktstudium betreffen. Ausschließlich nach diesen Kriterien wurden alle Stellungnahmen untersucht. Andere Aussagen finden aufgrund der bereits erwähnten

[101] Deutscher Bundestag (2019: Ausschüsse der 19. Wahlperiode (2017-2021): Psychotherapeutenausbildung, (https://www.bundestag.de/webarchiv/Ausschuesse/ausschuesse19/a14/anhoerungen/psychotherapeutenausbildung-inhalt-637812 zuletzt geprüft am 22.12.2022).

Vielfältigkeit der individuellen Interessen der Stellungnahmen keine Berücksichtigung.

7.2.2 Die Kategorisierung nach Mayring

Um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, wurden fünf Kategorien definiert und anhand dieser die vorliegenden Stellungnahmen ausgewertet. Die folgende Abbildung zeigt die Kopfzeile der Auswertungsmatrix. In der ersten Spalte finden sich die Namen der 71 ausgewerteten Stellungnahmen beziehungsweise Anträge der Fraktionen wieder. Folgend werden die fünf Kategorien genauer erklärt.

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf			Berufsbezeichnung			Andere Zugangsprofession			Ausschließlich Universitäten			Bedenken zur Verfahrensvielfalt		
	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A

Abbildung 6: Kopfzeile Auswertungsmatrix

Quelle: Eigene Darstellung

Kategorie 1: Generelle Zustimmung Gesetzesentwurf

Enthielt die Stellungnahme eine uneingeschränkte und explizite Zustimmung des Referentenentwurfs? Falls ja, wurde dies entsprechend mit *Ja* bewertet. Enthielt die Stellungnahme erhebliche Kritikpunkte beziehungsweise eine direkte Ablehnung, so wurde diese mit *Nein* bewertet.

Ankerbeispiel für *Ja*:

> „Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit steht wegweisend, nachhaltig, und paradigmatisch für die Entwicklung des Faches zur eigenständigen akademischen Disziplin. Die Verankerung des Berufs des Psychotherapeuten sichert so den eindeutigen Status als akademischen Heilberuf und führt zur Justierung und Ausdifferenzierung der Kompetenzbereiche.“[102]

Ankerbeispiel für *Nein*:

> „Der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wird abgelehnt und eine grundlegende Neukonzeption gefordert.“[103]

Kategorie 2: Berufsbezeichnung

Ist die Stellungnahme mit der Berufsbezeichnung *Psychotherapeut* beziehungsweise *Psychotherapeutin* uneingeschränkt einverstanden? Falls ja, wurde dies

[102] Sigmund Freud Privat Universität (24. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf PsychThGAusRefG, S.1.

[103] Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (30. Januar 2019): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.1.

entsprechend mit *Ja* bewertet. Enthielt die Stellungnahme Kritik, wurde dies mit *Nein* beantwortet.

Ankerbeispiel für *Ja*:

> „Der Referentenentwurf wählt, entsprechend dem von der Profession entwickelten gemeinsamen Berufsbild der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die Berufsbezeichnung ‚Psychotherapeut/in'. Diese Berufsbezeichnung schließt begrifflich weder die Psychologie noch die Sozialpädagogik noch die Medizin als Herkunftsdisziplinen der Psychotherapie aus. Die Berufsbezeichnung macht es Patientinnen und Patienten leicht, zwischen Approbierten ohne Fachkunde und Berufsangehörigen mit einer Fachgebietsweiterbildung zu unterscheiden."[104]

Ankerbeispiel für *Nein:*

> „Wie bereits in den Vorbemerkungen dieser Stellungnahme darauf hingewiesen, stellt die gewählte Berufsbezeichnung ‚Psychotherapeut' eine nachhaltige Irreführung der Patientinnen und Patienten in Deutschland dar. Denn der neu geschaffene approbierte ‚Psychotherapeut' erlernt bis zur Approbation keinerlei psychotherapeutische Verfahren, führt jedoch dann bereits die Berufsbezeichnung ‚Psychotherapeut', welche heute Ärzten mit entsprechender psychotherapeutischer Weiterbildung und psychologischen Psychotherapeuten mit Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren vorbehalten ist."[105]

---

[104] Bundes Psychotherapeuten Kammer (29.01.2019): Stellungnahme Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.4f.

[105] Spitzenverband Fachärzte Deutschland e.V. (30. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherausbildung, S.11.

Kategorie 3: Andere Zugangsprofessionen

Sieht die Stellungnahme vor, dass andere Professionen wie zum Beispiel Soziale Arbeit, Heilpädagogik oder Sozialpädagogik als Zugang zur Psychotherapieausbildung beibehalten werden sollten, so wurde dies mit *Ja* ausgewertet. Wurde dies explizit abgelehnt, wurde dies mit *Nein* gekennzeichnet. Die Profession der Psychologie wurde ausgeschlossen. Die Begründung liegt in der bis zum 31. August 2019 geltende Fassung des PsychThG. Innerhalb dieser wurde ebenfalls zwischen Psychologie und beispielsweise der Sozialen Arbeit differenziert, wie es bereits in Kapitel 4.3 *Formale Zugangsvoraussetzungen* beschrieben wurde.

Ankerbeispiel für *Ja*:

> „Allerdings ergibt sich aufgrund einer Vielzahl vorgesehener Einzelregelungen der Eindruck, hier geht es in erster Linie um eine berufspolitisch gewünschte Veränderung der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten […].“[106] Danach folgen mehrere Aufzählungen unter anderem: „Monopolisierung des Zugangsweges zur Psychotherapie durch Ausgrenzung von Pädagogik und Sozialpädagogik. Zudem international ungewöhnliche Einengung auf das vorgesehene spezifische Bachelorstudium.“[107]

Ankerbeispiel für *Nein:*

> „Die universitäre Verankerung der neuen Studiengänge ist zwingend, um die hohe Qualität der Ausbildung in selbständiger Heilkunde auf akademischem Niveau sicher zu stellen. Gerade im Bereich psychischer Gesundheit und den sich sehr dynamisch entwickelnden Grundlagenfächern wird nur dadurch eine Ausbildung nach bestem aktuellen Kenntnisstand

[106] GKV-Spitzenverband (30. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.24f.
[107] Ebd., S.25.

> sichergestellt. Die universitäre Einbindung dient nicht nur dem Erhalt und Ausbau der psychotherapeutischen Forschung für die Weiterentwicklung der Psychotherapie, sondern auch dem Kompetenzerwerb künftiger Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Neuentwicklungen zu rezipieren, zu bewerten und ggf. in die Praxis übernehmen zu können.“[108]

Kategorie 4: Ausschließlich Universitäten

Befürwortet die Stellungnahme eine rein universitäre Ausbildung? Falls ja, wurde dies mit *Ja* gekennzeichnet. Forderungen für eine Ausweitung der Ausbildung an Fachhochschulen und Hochschulen für angewandte Wissenschaften erhielten die Kennzeichnung bei *Nein*.

Ankerbeispiel für *Ja*:

> „Wir unterstützen, dass das Studium zukünftig mit einer hohen Studienqualität an Universitäten und gleichgestellten Hochschulen einhergeht.“[109]

Ankerbeispiel für *Nein:*

> „Insbesondere nach der gefestigten Rechtsprechung des BVerfG (s. dazu im Einzelnen die Stellungnahme des FBTS vom 17.01.2017 m.w.N.) erweist sich der Ausschluss von HAWen/FHen aus rechtlicher Sicht und

[108] Deutsche Gesellschaft für Psychologie (29. Januar 2019): Stellungnahme des Fakultätentages Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zum Referentenentwurf des BMG zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.3.

[109] Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (30. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.4.

> hochschulpolitischer Entwicklungsperspektive als rechtlich bedenklich, hochschulpolitisch überholt und fachlich unbegründet.“[110]

Kategorie 5: Bedenken zur Verfahrensvielfalt

Enthielt die Stellungnahme Bedenken zum Erhalt der Vielfalt aller anerkannten Psychotherapieverfahren durch das Universitätsstudium? Zu diesen zählen die Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die systemische Therapie. Falls ja, wurde dies bei *Ja* gekennzeichnet. Wurde explizit erwähnt, dass alle Verfahren gleichberechtigt an der Universität gelehrt werden können, wurde dies mit *Nein* gekennzeichnet.

Ankerbeispiel für *Ja*:

> „Auch ist Psychotherapie in der Breite wissenschaftlich anerkannter Verfahren (psychodynamisch, behavioral, systemisch) an HAWs/FHs im Vergleich zu klinisch-psychologisch universitären Fachbereichen, wo fast ausschließlich die verhaltenstherapeutische Richtung vorhanden ist, besser vertreten.“[111]

Ein Ankerbeispiel für *Nein* ist in dieser Kategorie nicht möglich. Wie in Abbildung 7: *Gesamtergebnisse* und Abbildung 12: *Ergebnisse - Bedenken zur Verfahrensvielfalt* zu entnehmen ist, wurden keine Äußerung in den Stellungnahmen getroffen, die explizit darauf hindeuten, dass die Verfahrensvielfalt (Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die systemische Therapie) ausreichend an den Universitäten vertreten sei.

---

[110] Fachbereichstag Soziale Arbeit (29.01.2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 03.01.2019 zur Reform des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychThGAusbRefG) und zum Rohkonzept für mögliche Studieninhalte, S.2.

[111] Hochschulrektorenkonferenz (22. Januar 2019): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, S.2.

56SeiteCodierung

Unschlüssige Aussagen, die nicht interpretiert oder den beiden Antwortmöglichkeiten (*Ja* beziehungsweise *Nein*) der jeweiligen Kategorie zugeordnet werden konnten oder wenn die Stellungnahme keine Aussage zu der jeweiligen Kategorie beinhaltete, wurden als N/A (no answer, keine Antwort) gekennzeichnet.

7.2.3 Ergebnisse der Inhaltsanalyse

Folgend werden vor allem Gesamtbewertungen dargestellt. Alle Ergebnisse und Auflistungen der einzelnen Stellungnahmen sind in den Anlagen (2) *Ergebnisse der Inhaltsanalyse* zu finden. Dadurch ist die folgende Auswertung transparent und nachvollziehbar.

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf			Berufsbezeichnung			Andere Zugangsprofession			Ausschließlich Universitäten			Bedenken zur Verfahrensvielfalt		
	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A
Anzahl n	12	29	30	9	24	38	16	2	53	12	17	42	26	0	45
in Prozent	17%	41%	42%	13%	34%	54%	23%	3%	75%	17%	24%	59%	37%	0%	63%
Kontrollsumme	71			71			71			71			71		

Abbildung 7: Gesamtergebnisse

Quelle: Eigene Abbildung

Kategorie 1: Generelle Zustimmung zum Gesetzesentwurf

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf		
	Ja	Nein	N/A
Anzahl n	12	29	30
in Prozent	17%	41%	42%

Abbildung 8: Ergebnisse - Generelle Zustimmung zum Gesetzesentwurf
Quelle: Eigene Abbildung

Die Auswertung zeigt, dass der Referentenentwurf von der Mehrheit (n=29, 41%) abgelehnt wurde und die Stellungnahmen erhebliche Kritik aufwiesen. Weitere 30 Stellungnahmen konnten nicht eindeutig zugeordnet werden. Eine Zustimmung (n=12, 17%) fand insbesondere durch die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) und Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) sowie Universitäten und Krankenhäuser statt.

Kategorie 2: Berufsbezeichnung

Stellungnahme	Berufsbezeichnung		
	Ja	Nein	N/A
Anzahl n	9	24	38
in Prozent	13%	34%	54%

Abbildung 9: Ergebnisse - Berufsbezeichnung
Quelle: Eigene Abbildung

Die Berufsbezeichnung *Psychotherapeut* beziehungsweise *Psychotherapeutin* wurde von insgesamt n=9 Stellungnahmen für akzeptabel befunden. 34% (n=24) der Stellungnahmen forderten Änderungen. Hierbei ging es vor allem um die bessere Unterscheidung zwischen Mediziner*innen und Psychotherapeut*innen. Es wurde beispielsweise gefordert, den Zusatz *psychologische*r* beizubehalten, um Patient*innen mehr Transparenz zu gewährleisten. Weiter wurde kritisiert, dass nach dem Masterabschluss und der Approbation die Berufsbezeichnung erhalten wird. Eine folgende Weiterbildung ist nicht notwendig und somit eine Differenzierung unmöglich. 54% (n=38) Stellungnahmen enthielten keine Angaben zur Berufsbezeichnung.

Kategorie 3: Andere Zugangsprofessionen

Stellungnahme	Andere Zugangsprofession		
	Ja	Nein	N/A
Anzahl n	16	2	53
in Prozent	23%	3%	75%

Abbildung 10: Ergebnisse - Andere Zugangsprofessionen
Quelle: Eigene Abbildung

16 Stellungnahmen plädierten für eine Öffnung des Masterstudiumzugangs für andere Professionen insbesondere der Sozialen Arbeit. Zwei der 71 Stellungnahmen befürworteten explizit, dass andere Professionen von der Psychotherapieausbildung ausgeschlossen werden. 75% (n=53) machten dazu keine Angaben.

Kategorie 4: Ausschließlich Universitäten

Stellungnahme	Ausschließlich Universitäten		
	Ja	Nein	N/A
Anzahl n	12	17	42
in Prozent	17%	24%	59%

Abbildung 11: Ergebnisse - Ausschließlich Universitäten
Quelle: Eigene Abbildung

Die ausschließliche Ausbildung zukünftiger Psychotherapeut*innen an Universitäten wurden von 17% (n=12) der Stellungnahmen befürwortet. 24% (n=17) Stellungnahmen hielten den Ausschluss anderer Hochschulformen für kritisch. 42 (59%) Stellungnahmen enthielten keine Angaben zu dieser Fragestellung.

Kategorie 5: Bedenken zur Verfahrensvielfalt

Stellungnahme	Bedenken zur Verfahrensvielfalt		
	Ja	Nein	N/A
Anzahl n	26	0	45
in Prozent	37%	0%	63%

Abbildung 12: Ergebnisse - Bedenken zur Verfahrensvielfalt
Quelle: Eigene Abbildung

26 (37%) Stellungnahmen äußerten Bedenken zum Erhalt der Verfahrensvielfalt. Keine Stellungnahme erwähnte explizit, dass durch die Reform kein Verlust der Vielfalt der Psychotherapieverfahren zu erwarten ist. 63% (n=45) der Stellungnahmen äußerten sich zum Sachverhalt der Verfahrensvielfalt an Universitäten nicht.

7.2.4 Interpretation der Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring interpretiert und in einen Zusammenhang gebracht. Dies ist für die Schlussbetrachtung dieser Arbeit von elementarer Bedeutung und dient als weitere Grundlage zur Beantwortung der wissenschaftlichen Fragestellung.

Kategorie 1: Generelle Zustimmung Gesetzesentwurf

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen einer Zustimmung und Ablehnung zur Generellen Zustimmung zum Gesetzesentwurf. Es gab im Vergleich nur wenig Zustimmung zum Referentenentwurf. Diese gingen vor allem von denjenigen aus, welche erheblich an der Gestaltung des Gesetzesentwurfs beteiligt waren. Der Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) formulierte diese Problematik in der Stellungnahme wie folgt:

> „Der vorliegende Referentenentwurf ist Ergebnis eines intransparenten Agierens der Arbeitsebene des BMG in Kooperation mit interessensgeleiteten Funktionären des Kammersystems der PP u. KJP, der Deutschen

> Gesellschaft für Psychologie (DGPs), interessierten weiteren Psychologenverbänden, sowie Interessensvertretern der Klinikbetreiber.“[112]

Sowohl die *Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)* als auch die *Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)* und *Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)* sowie der *Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)* konnten als *für den Referentenentwurf generell zustimmend* kategorisiert werden. Dies untermauert somit die Aussage des BDPM.

Weiter besteht ein Zusammenhang zwischen Ablehnung zur *Generellen Zustimmung zum Gesetzesentwurf* und der Kategorie 2: *Berufsbezeichnung* und Kategorie 4: *Ausschließlich Universitäten*. Stellungnahmen, die weder für die Berufszeichnung *Psychotherapeut*in* und/oder noch für ein reines Universitätsstudium plädierten, stimmten dem Referentenentwurf vermehrt nicht zu. Dasselbe gilt für die Stellungnahmen, die sich für andere Zugangsprofessionen ausgesprochen haben.

Kategorie 2: Berufsbezeichnung

Stellungnahmen sich für die Berufsbezeichnung Psychotherapeut beziehungsweise Psychotherapeutin ausgesprochen haben, begründeten dies mit der Umgangssprache. Schon heute werden psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, ärztliche Psychotherapeut*innen sowie andere von den Patient*innen nur Psychotherapeut*in genannt. Dies würde es dem*r Patient*in in Zukunft leichter machen.

---

[112] Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (28. Januar 2019): Stellungnahme des Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e.V. zum Referentenentwurf des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes, S.1.

Die Berufsbezeichnung *Psychotherapeut*in* wurde vermehrt von den Vertreter*innen der Medizin abgelehnt. Als Beispiel stehen hierfür die Bundesärztekammer, der Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) sowie die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) und der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa). Als Begründung wird angegeben, dass es für die Patient*innen zu wenig Transparenz bieten würde und der vorangestellte Zusatz *ärztliche*r* die Mediziner*innen in der Wahrnehmung geschmälert werden würde. Demzufolge die medizinische Psychotherapie nur noch eine *Randerscheinung* darstellen würde.

Anzumerken ist an dieser Stelle auch, dass es Absolvent*innen der Direktausbildung ohne Weiterbildung und Eintragung ins Arztregister geben wird, die diese Berufsbezeichnung tragen werden. Der Deutsche Städtetag schrieb dazu:

> „Nun wird es approbierte Psychotherapeuten mit einem abgeschlossenen Studium geben, allerdings ohne Weiterbildung. Die gleiche Bezeichnung tragen aber zum Beispiel ärztliche Psychotherapeuten mit Weiterbildung, sofern sie keine Psychiater sind oder auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die eine mindestens 5-jährige Weiterbildungszeit und eine Facharztprüfung absolviert haben.“[113]

Kategorie 3: Andere Zugangsprofessionen

In dieser Kategorie konnte am wenigsten eine Zuordnung interpretiert werden. 75% der Stellungnahmen mussten als *N/A* gekennzeichnet werden. Dennoch steht diese Kategorie im engen Zusammenhang mit der Kategorie 4: *Ausschließlich Universitäten*. Deswegen sollten beide in einem Zusammenhang betrachtet werden. Dies begründet sich aus der Tatsache heraus, dass die Stellungnahmen,

[113] Deutscher Städtetag: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, S. 2.

die gegen ein ausschließliches Universitätsstudium plädierten, vor allem Fachhochschulen sowie Hochschulen für angewandte Wissenschaften waren.

Die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) stimmte neben 15 weiteren Stellungnahmen für andere Zugangsprofessionen, insbesondere der Sozialen Arbeit, ab und schrieb dazu:

> „Bisher stand der Heilberuf der Psychotherapeut*innen auch den Absolvent*innen der Sozialen Arbeit offen, die nach dem Studium eine Ausbildung zur approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in abgeschlossen haben. Damit leisten diese Absolvent*innen einen breiten und wichtigen Beitrag zur regionalen Gesundheitsversorgung.“[114]

Damit wird deutlich, dass diese Vertreter*innen nicht ausschließlich die klinische Psychologie als wesentlichen Bestandteil der Psychotherapie sehen, sondern auch die Kompetenzfelder der sozialen Berufe als einen fundamentalen Bestandteil betrachten und darauf eine Psychotherapeut*innenausbildung aufbauen kann. Auch abseits der Fachhochschulen und Hochschulen für angewandte Wissenschaften wurde der Zugang zur Psychotherapieausbildung für andere Professionen befürwortet. Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) schrieb:

> „Der Wegfall dieser Zugangsmöglichkeit erscheint fragwürdig, da die genannten Studiengänge mit ihrer sozialpädagogischen Ausbildung einen engen Kontakt mit dem Berufsfeld Kind und Familie erschließen. Die Anforderung eines vollständigen zweiten Studienganges an Interessenten aus dem genannten Kreis wäre unverhältnismäßig. Eine Öffnungsklausel

[114] Hochschulrektorenkonferenz (22. Januar 2019): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, S.1.

für qualifizierte Pädagogen oder Sozialpädagogen sollte erhalten bleiben.“[115]

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), welche in der Interpretation der Kategorie 1*: Generelle Zustimmung Gesetzesentwurf* als eine treibende Kraft des BDPM eingeschätzt wurde findet sich auch hier wieder. Der Verband plädierte gegen andere Zugangsprofessionen, womit auch das Interesse zur Durchsetzung des Referentenentwurfes deutlich wird.

Die erhebliche Summe der *N/A* könnte damit zusammenhängen, dass beispielsweise die HRK als Ganzes betrachtet wird und nicht die einzelnen Unterschriften der jeweiligen Ländervertreter*innen der Hochschulen, die die betreffenden Professionen vertreten. Insgesamt wären dies weitere Zustimmungen für andere Zugangsprofessionen gewesen. Darauf wird in der Interpretation der Kategorie 4: *Ausschließlich Universitäten* nochmals eingegangen, welche wie bereits beschrieben, im Zusammenhang betrachtet wird.

Kategorie 4: Ausschließlich Universitäten

An dieser Stelle ist eine deutliche Korrelation zur Kategorie 1: *Generellen Zustimmung* zum Gesetzesentwurf festzustellen. Die Stellungnahmen, welche bei Generelle Zustimmung zum Gesetzesentwurf gekennzeichnet sind, sind es auch in dieser Kategorie einschließlich die des DGPs. Des Weiteren befürworteten dies Vertreter*innen von Universitäten, welche die Universität als höchsten Bildungsweg klassifizieren. Die Universitäre Ausbildung für Psychotherapie (unith) schrieb dazu:

[115] Verband der Privaten Krankenversicherung (4. Februar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.4.

> „Nur über ein universitäres Studium kann sichergestellt werden, dass das notwendige Bildungsniveau von EQR7 tatsächlich erreicht wird.“[116]

Diese Einschätzung ist allerdings nicht korrekt. Der Europass der Europäischen Union erwähnt zur Erreichung der Niveaustufe 7 des Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) nicht explizit Universitäten als Voraussetzung im Bereich der Kenntnisse.[117]

Dieser Ansicht sind auch 17 Stellungnahmen, welche gegen ein ausschließliches Universitätsstudium plädierten. An dieser Stelle ist nochmals auf die HRK einzugehen. Deren Stellungnahme wurde von 17 Ländersprecher*innen der Hochschulen unterzeichnet wurde. Diese hätten zusätzlich Gewichtung in der Auswertung gefunden. Es bezog ausschließlich die Hochschule Nordhausen zusätzlich Stellung zum Referentenentwurf.

Im Folgenden wird eine Namensauflistung der Ländersprecher*innen der Hochschulen aufgeführt, welche das Potential einer Einzelauflistung verdeutlicht und die Personen benennt, die sich gegen die ausschließliche Universitätsausbildung aussprechen.

- Prof. Dr. Karim Khakzar
- Prof. Dr. Bastian Kaiser
- Prof. Dr. Uta M. Feser
- Prof. Dr. Monika Gross
- Prof. Dr. Burghilde
- Prof. Dr. Karin Luckey

---

[116] Universitäre Ausbildung für Psychotherapie (30. Januar 2019): Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThGAusbRefG Stellungnahme zum Referentenentwurf, S.4.

[117] europass - Europäische Union: Description of the eight EQF levels, (https://europa.eu/europass/de/description-eight-eqf-levels zuletzt geprüft am 23.12.2022).

- Prof. Dr. Micha Teuscher
- Prof. Dr. Frank E.P. Dievernich
- Prof. Dr. Bodo Wiegand-Hoffmeister
- Prof. Dr. Gerhard Kreutz
- Prof. Dr. Marcus Baumann
- Prof. Dr. Norbert Kuhn
- Prof. Dr. Wolrad Rommel
- Prof. Dr. Gesine Grande
- Prof. Dr. Jörg Bagdahn
- Dr. Christoph Jansen
- Prof. Dr. Volker Zerbe

An dieser Stelle könnte vermutet werden, dass nicht die Absicht darin bestand, dass Fachhochschulen und Hochschulen für angewandte Wissenschaften zum Referentenentwurf Stellung beziehen, obwohl diese direkt durch den Ausschluss betroffen sind. Die Hochschule Nordhausen schrieb dazu:

> „Sehr geehrter Herr Spahn, ich bitte Sie, sich innerhalb Ihres Hauses dafür einzusetzen, dass hier nicht mit einem neuen Gesetz die alte Diskriminierung unseres Hochschultyps wieder aufgenommen wird.“[118]

Kategorie 5: Bedenken zur Verfahrensvielfalt

Diese Kategorie stellt die einzige dar, in der es bei den Ergebnissen innerhalb einer Antwortmöglichkeit (*Nein, keine Bedenken zum Verlust der Verfahrensvielfalt*) zu keiner Zuordnung kam. Daraus könnte geschlussfolgert werden, dass

[118] Hochschulen Nordhausen (21.01.2019): Stellungnahme zur Neufassung des Psychotherapeutengesetzes, S.3.

dies für einen großen Teil der Stellungnahmen keine Relevanz darstellt. Dagegen spricht allerdings, dass 26 Stellungnahmen Bedenken äußerten.

> „Allerdings sehen wir hier den Beschluss des 25. DPT nicht ausreichend umgesetzt. Der 25. DPT hat sich dafür ausgesprochen, dass in der Ausbildung die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität zu vermitteln sind.“[119]

Des Weiteren lässt sich feststellen, dass diese Zahl teilweise mit den Stellungnahmen, welche für andere Zugangsprofessionen und gegen eine reine Universitätsausbildung plädierten, korreliert. Durch diesen und den vorangegangenen Zusammenhängen der einzelnen Kategorien lässt sich die Ablehnung des Referentenentwurfes begründen. Dies soll im abschließenden Kapitel 8 dieser Arbeit im Zusammenhang mit dem theoretischen Teil der Arbeit betrachtet und somit die wissenschaftliche Fragestellung beantwortet werden.

[119] Deutsche Gesellschaft für psychologische Gesprächspsychotherapie (DPGG) und Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie (2019): Stellungnahme der Fachgesellschaften für Gesprächspsychotherapie DPGG und GwG zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.3.

8 Schlussbetrachtungen

Diese Arbeit beinhaltet sowohl eine Literaturrecherche als auch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, welcher ein Forschungsgutachten zugrunde liegt. Die Kombination der beiden Methoden wurde gewählt, um einen Überblick darüber zu geben, wie sich die Professionen Soziale Arbeit und Psychotherapie in den sieben vergangenen Jahrzehnten entwickelten. Durch diesen historischen Rückblick ist es möglich, dass beide Professionen nicht gänzlich losgelöst voneinander betrachtet werden können, und dass sich vor allem die KJP aus der Verzahnung beider Professionen entwickelte. Aus diesem Grund war es auch wichtig, die Motivation der Studierenden zur Ausbildung in den jeweiligen Professionen als Thema innerhalb dieser Arbeit aufzugreifen. Dass 80% der bisher ausgebildeten oder sich in Ausbildung befindlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in ihrem Herkunftsberuf Sozialarbeitende sind, wurde ebenfalls im Kapitel 4.2 betont, weshalb auch die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit mit psychotherapeutischem Kontext aufgegriffen wurde. In diesem Zusammenhang war es auch folgerichtig, die Professionen gegenüberzustellen und differenziert zu betrachten. Dass sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zeigen, wenn beide Professionen in ihrer Tiefe betrachtet, zeigte Kapitel 5. Dieses Kapitel machte ebenfalls deutlich, dass in anderen Ländern und vor allem in den USA Psychotherapie von Sozialarbeitenden geleistet wird. Durch die Gesamtheit der ersten fünf Kapitel, lässt sich die wissenschaftliche Fragestellung dieser Arbeit rechtfertigen:

> Welche wissenschaftliche Begründung gibt es, dass die Profession Soziale Arbeit im neuen Psychotherapeutengesetz als Zugangsprofession für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ausgeschlossen wird?

Um diese Frage beantworten zu können, wurde das Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, unter der Leitung von Bernhard Strauß, in dieser Arbeit aufgegriffen. Die Expert*innen erarbeiteten eine Grundlage, welche zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes durch das BMG dienen sollte. Zehn Jahre nachdem das Gutachten dem BMG übergeben wurde, folgte ein Referentenentwurf zur geplanten Gesetzesänderung. Zu diesem konnten verschiedene Institutionen, Vereine, Kammern, Berufsverbände, Bundesverbände und -vereinigungen, Beiräte und Hochschulen eine Stellungnahme verfassen. Da die geplanten Änderungen einerseits erhebliche Änderungen nach sich ziehen und andererseits verschiedene Berufsgruppen betreffen, folgten Stellungnahmen mit unterschiedlichsten Interessensbekundungen. Dadurch begründete sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Mögliche Kategorien wurden aus dem Forschungsgutachten abgeleitet. Die Auswertung der Ergebnisse führte zu Erkenntnissen, welche ebenfalls die Beantwortung der wissenschaftlichen Fragestellung dieser Arbeit ermöglichten. Die Ergebnisse aus dem theoretischen Teil und der qualitativen Inhaltsanalyse dieser Arbeit werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst dargestellt und somit die wissenschaftliche Fragestellung beantwortet.

Sowohl die Soziale Arbeit als auch die Psychotherapie sind international bedeutende Professionen, welche im Kern ein gemeinsames Ziel verfolgen. Sie bieten den Adressat*innen *Hilfe zur gelingenden Lebensbewältigung*. Dieses Gesamtgesellschaftliche Interesse fußt teilweise auf einer gemeinsamen Entwicklung der Professionen. Psychagog*innen, welche sowohl die Psychologie als auch die Pädagogik im Namen tragen, beweisen den engen Zusammenhang. Später entwickelte sich die Soziale Arbeit mit einem ganzheitlichen Ansatz weiter. Sie greift weitere Professionen auf, wodurch sich unter anderem sozialrechtliche und -administrative Kompetenzen entwickelten und dadurch ein generalistischer Vorgehensweise entwickelte. Die Psychotherapie ist im Gegensatz spezifischer und behandelt die Schlüsselprobleme der Patient*innen. Dies macht Psychotherapeut*innen zu Spezialist*innen in einem Fachgebiet, welches sich um die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit bemüht. Sowohl die Soziale Arbeit

als auch die Psychotherapie kommen in Kontakt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und bieten Hilfestellungen. Die Soziale Arbeit greift auf bewährte Methoden der Psychologie zurück. Und trotz dessen lassen sich Unterschiede in der Praxis feststellen. Zu diesen gehört beispielsweise das Setting. Soziale Arbeit kann aufsuchend sein, sie kann in großen Gruppen erfolgen, die Gemeinwesenarbeit betreffen, sie ist Allzuständig und das Klientel ist größer. Denn nicht immer ist dem*der Klient*in ein Problem bekannt und muss deshalb an niederschwelligen Angeboten herangeführt werden. Dies verdeutlich auch den präventiven Charakter dieser Angebote. Die Psychotherapie ist hingegen in der Regel in einer Komm-Struktur arrangiert. Patient*innen suchen selbstständig und gezielt den*die Psychotherapeut*in auf, wodurch impliziert wird, dass die Patienten sich möglicher Probleme bewusst sind. Dadurch entsteht eine größere Freiwilligkeit für das Hilfsangebot und das Setting ist vermehrt ein geschützter Raum, in dem im Einzelgespräch die Hilfe angeboten wird. Eine Gruppentherapie ist möglich aber stellt nicht die absolute Regel als Behandlungsform dar. Dieses psychotherapeutische Angebot wird in den USA hauptsächlich von *Social Workers* durchgeführt und als *Clinical Social Work* beschrieben. Die Definition, welche auf Seite 35 zu finden ist, bezieht Psychotherapie im vollen Umfang (Bewertung, Diagnose, Behandlung und Prävention) in die Arbeit eines *Clinical Social Workers* ein.

In Deutschland gibt es seit den Anfängen der Bundesrepublik eine Form der Psychotherapie. Neben den Ärzt*innen konnten auch Psychagog*innen durch das Delegationsrecht der Ärzt*innen Psychotherapie anbieten. Ermöglicht hat dies, dass im Jahre 1967 neurotische Störungen als Krankheit von den Krankenkassen anerkannt wurden. In den 1970er Jahren wurde dasselbe Krankheitsbild für Kinder- und Jugendliche anerkannt. Fast 30 Jahre später und einer genauso langen Berufserfahrung der Pädagogik als Teil innerhalb der Psychotherapie, trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft. Seitdem konnten Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen durch den Erhalt der Approbation bei den Krankenkassen heilkundliche Tätigkeiten abrechnen. Eine Delegation durch die Ärzt*innen war obsolet. Verschiedenen Berufsgruppen, wie beispielsweise Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen stand die Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in offen. Nach 20 weiteren

Jahren, im Jahr 2019, erfolgte ein Referentenentwurf, welcher in der Fachwelt sehr kontrovers diskutiert wurde. Zahlreiche Interessengruppen bezogen Stellung und forderten Änderungen am Gesetzesvorschlag. Einige konnten durchgesetzt werden. Doch den bisherigen Zugangsprofessionen bleibt in Zukunft der Weg in die Psychotherapieausbildung verwehrt. Ab 1. September 2032, nach dem die Übergangsfrist beendet sein wird, wird es nach 30 Jahren nicht mehr möglich sein, als Pädagog*in oder Sozialarbeiter*in die Ausbildung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu absolvieren. Hinzu kommen nochmals 30 Jahre Erfahrung vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Dies ergibt in Summe 60 Jahre als Bestandteil der Psychotherapie insbesondere der KJP. Eine Zeit, in der sich die Profession Soziale Arbeit stark weiterentwickelte und ihr Know-how erfolgreich mit in die KJP, welche zu 80% von derselbigen Profession besetzt ist, brachte.

Den Wert der bisher erfolgreichen Psychotherapie erkannte auch das dem BMG vorliegende Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Auch die Gutachter*innen sprachen sich entschieden und wissenschaftlich begründet gegen ein Direktstudium aus. Das Gutachterteam hätten dies als paralleles Ausbildungssystem zur postgradualen Ausbildung betrachtet. Für die postgraduale Ausbildung wäre einheitlich ein Masterabschluss notwendig gewesen. Studierende die nicht genügen psychologische Anteile im Herkunftsstudium haben, hätten dies innerhalb eines Propädeutikum mit 35 ECTS in klinischer Psychologie nachholen können. Im Referentenentwurf wurde diese wissenschaftliche Grundlage von der Politik erheblich außer Acht gelassen und ein der Medizin gleichgestelltes Ausbildungs- sowie Versorgungsystem vorgestellt, welches sich im beschlossenen Gesetz wiederfindet. An dieser Stelle muss das Ziel des Bundesministeriums für Gesundheit, welches bereits in Kapitel 7.1.2 aufgegriffen wurde, nochmals zitiert werden. In einem Gespräch mit den Gutachter*innen des Forschungsteams äußerte sich das BMG wie folgt:

> „In diesem Gespräch, wie auch in nachfolgenden Diskussionsveranstaltungen und Verlautbarungen, wurde von Seiten des Ministeriums immer

> wieder deutlich gemacht, dass jenseits aller inhaltlichen Argumente für das Ministerium die »ordnungspolitischen Aspekte« maßgeblich seien, die vor allen Dingen darin bestehen, die Ausbildungen in allen Heilberufen nach Möglichkeit zu parallelisieren.“[120]

Die Erkenntnisse des theoretischen Teils dieser Arbeit, aus dem Forschungsgutachten und die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Stellungnahmen zum Referentenentwurf zeigen deutlich, dass es keine wissenschaftlich tragbare Begründung gibt andere Zugangsprofessionen insbesondere die Soziale Arbeit als Zugangsprofession für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung auszuschließen. Dieses Gesetz beruht auf berufspolitischen Entscheidungen mit erheblichen Folgen. Einerseits den bereits mehrfach erwähnten Ausschluss von Zugangsprofessionen und andererseits den drohenden Verlust der Verfahrensvielfalt durch die signifikant mehrheitliche Besetzung der Professuren im verhaltenstherapeutischen Richtlinienverfahren an den Universitäten. Neben diesen Auswirkungen sind rechtliche Konsequenzen nicht ausgeschlossen. Auf Seite 56 dieser Arbeit befindet sich ein Zitat, welches ein Gerichtsurteil des Bundesverfassungsgerichts erwähnt. In diesem heißt es, dass Fachhochschulen und Hochschulen für angewandte Wissenschaften den Universitäten gleichgestellt sind. Aus diesem Grund kann das Bundesverfassungsgericht das Psychotherapeutengesetz für nichtig erklären.

Aus dieser Arbeit ergeben sich daraus sowohl für die Wissenschaft als auch für die Praxis Erkenntnisse, welche von Bedeutung sind. Die Wissenschaft erhält mit dieser Arbeit eine weitere Grundlage zur Argumentation, welche gegen einen Ausschluss von bestimmten Professionen von einer Ausbildung in der KJP spricht. Zeitgleich konnte keine wissenschaftlich fundierte Begründung gefunden werden, welche den Ausschluss rechtfertigen könnte. Dennoch kam es zu dieser

---

[120] Strauß und Nodop, „Weichenstellungen für eine umfassende Änderung der Psychotherapieausbildung,“ S.103.

Entscheidung. Die Soziale Arbeit kann aus dieser wissenschaftlichen Arbeit mitnehmen, sich noch stärker für zukünftige politische Entscheidungen einzusetzen und den Berufsstand zu festigen. Diese Gesetzgebung zeigt, wie wichtig Lobbyarbeit ist und, dass eine unzureichende Vertretung erhebliche Konsequenzen fördert. Diese Kritik ist nicht nur den Wissenschaftler*innen oder Hochschulen zuzuschreiben, sondern auch den Praktiker*innen, da diese von derartigen Entscheidungen direkt betroffen sind. Dieser Ausschluss ist vorerst endgültig und ein Mahnmal. Der ganzheitliche Ansatz der Sozialen Arbeit ist nicht nur an Klient*innen anzuwenden sondern auch auf der Makroebene, welche die Politik einschließt.

Diese Umfangreiche Thematik stellt gleichzeitig den limitierenden Faktor dieser Arbeit da. Es sind viele Berufsgruppen wie Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen betroffen, welche nicht alle gänzlich betrachtet werden konnten. Diese Arbeit hat trotz der erheblichen Eingrenzung einen sehr großen Umfang, welcher für die Nachvollziehbarkeit der Argumentation begründet ist und konnte dennoch nicht in jedem Kapitel die Thematik vollends erfassen. Sie macht nochmals deutlich, wie wichtig wissenschaftliche Begründungen sind. Dies gilt nicht nur für die Handlungen in der Praxis von Sozialarbeitenden, Psychotherapeut*innen und im Grunde allen wissenschaftlichen Disziplinen, sondern gilt auch für die Politik in der gemeinsamen Arbeit mit der Wissenschaft. Vor allem dann, wenn ein Forschungsgutachten die Grundlage bildet, welches Alternativen für die Gesetzgebung aufzeigt und bestimmte Vorhaben auf Basis wissenschaftlicher Grundlagen ablehnt. Anders kann ein wissenschaftlicher Fortschritt nicht gelingen und führt möglicherweise zu negativen gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen.

Weitere offene Fragen wurden nach dieser Arbeit festgestellt und könnten neue Thematiken eröffnen.

1. Was können Absolvent*innen mit einem Bachelorabschluss in Psychotherapie leisten, wenn kein Masterabschluss angestrebt wird? Gibt es für diesen Abschluss eine Anwendung in der Wissenschaft, Wirtschaft oder im Gesundheits- beziehungsweise Sozialsystem?
2. Wie integriert sich der neue Studiengang *Psychotherapie* in den Bologna-Prozess und entspricht er dem Kerngedanken der Studienreform?
3. Entfallen in Zukunft die Auswahlgespräche zur Psychotherapieausbildung und welche Folgen hat dies für die Auszubildenden und Patient*innen?
4. Wie kann die Verfahrensvielfalt, welche per Gesetz gefordert ist, erhalten werden? Und welche Konsequenzen ergeben sich aus einem möglichen Verlust?
5. Ist es möglich dasselbe *Clinical Social Work* am Beispiel der USA in Deutschland zu etablieren?

Es wurden Gründe aufgeführt, die einzelne Bestimmungen dieser Reform widersprechen. Dennoch ist eine Reform zu begrüßen. Sie ist Bestandteil eines Fortschrittes, indem der Wissenszuwachs in bestehende Prozesse begründet integriert wird. Die Ziele und Entscheidungen der Politik sollten dabei der Bevölkerung dienlich sein und nicht aus einer berufspolitischen Motivation heraus getroffen werden.

„Wir leben in einer Zeit vollkommener Mittel und verworrener Ziele.“

Dieses Zitat von Albert Einstein beendet diese Arbeit und soll daran appellieren in Zukunft die Ziele bevorstehender Entscheidungen zu reflektieren und anschließend zu evaluieren.

Anlagen

(1) Liste der Stellungnahmen zum Referentenentwurf PsychThGAusbRefG

ID	NAME
1	AG Psychodynamischer Professorinnen und Professoren
2	Aktion psychisch Kranker Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker (APK)
3	Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)
4	Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM)
5	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)
6	Berufsverband der Ärztlichen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch fundiert tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄP)
7	Berufsverband der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM)
8	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (bkj)
9	Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP)
10	Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
11	Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
12	BKJPP
13	BKK Dachverband
14	Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK)
15	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
16	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)
17	Bundesärztekammer
18	Bundesdirektorenkonferenz
19	Bundeskonferenz der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (BuKo PiA)
20	Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke)
21	Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)
22	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)
23	Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)
24	Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM)
25	Bundesvereinigung Angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (BVAP)

26	Bundesvereinigung für Verhaltenstherapie des Kindes- und Jugendalters (BVKJ)
27	Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Psychodynamische Psychotherapie (DFT)
28	Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)
29	Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)
30	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
31	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
32	Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
33	Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
34	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
35	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
36	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)
37	Deutscher Dachverband GESTALTTHERAPIE für approbierte Psychotherapeuten (DDGAP)
38	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (dvt)
39	Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
40	Deutscher Hausärzteverband
41	Deutscher Landkreistag
42	Deutscher Städtetag
43	Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS)
44	Fachverband Sucht
45	Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)
46	Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e.V.
47	GKV Spitzenverband
48	GWG und DPGG
49	Hochschulen Nordhausen
50	Hochschulrektorenkonferenz (HRK)
51	Innungskrankenkasse e.V. (ikk)
52	Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (impp)
53	Johanniter-Krankenhaus im Fläming Treuenbrietzen GmbH
54	Konferenz-Rat der Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo)
55	Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)
56	Marbuger Bund
57	PiA Politik-Treffen
58	Sektion Rechtspsychologie im BDP
59	Sigmund Freud Privat Universität (SFU)

60	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)
61	Spitzenverband ZNS (SPIZ)
62	Systemische Fachgesellschaften DGSF und SG
63	Universitäre Ausbildung für Psychotherapie (unith)
64	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
65	Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)
66	Verband für Integrative Verhaltenstherapie e.V. (VIVT)
67	Verbandes Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP)
68	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP)

(2) Ergebnisse der Inhaltsanalyse

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf			Berufsbezeichnung			Andere Zugangsprofession			Ausschließlich Universitäten			Direktstudium			Bedenken zur Verfahrensvielfalt			Erweiterte Praxisphase		
	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A
Die Linke			x			x			x		x				x			x	x		
Bündnis 90 / Die Grünen			x		x		x				x				x	x			x		
AfD			x			x			x			x			x			x	x		
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren		x				x			x	x					x	x			x		
Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	x					x			x	x			x					x	x		
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)		x				x			x			x			x			x	x		
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM)			x	x					x		x		x					x	x		
Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)		x			x				x			x			x			x	x		
Berufsverband der Ärztlichen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch fundiert tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄP)		x			x				x			x			x			x	x		
Berufsverband der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM)		x			x		x					x			x			x			x
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (bkj)			x	x			x				x				x	x			x		

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf			Berufsbezeichnung			Andere Zugangsprofession			Ausschließlich Universitäten			Direktstudium			Bedenken zur Verfahrensvielfalt			Erweiterte Praxisphase		
	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A
Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP)		x			x				x			x	x			x			x		
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)		x			x				x			x			x	x			x		
Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)			x		x			x		x				x				x	x		
Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) und Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG-KJPP) und Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)			x		x				x			x		x				x			x
Betriebskrankenkassen Dachverband (BKK)			x			x			x			x			x			x	x		
Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK)			x	x					x		x				x			x	x		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)		x				x			x			x			x			x	x		
Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)	x					x			x			x			x			x	x		

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf			Berufsbezeichnung			Andere Zugangsprofession			Ausschließlich Universitäten			Direktstudium			Bedenken zur Verfahrensvielfalt			Erweiterte Praxisphase		
	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A
Bundesärztekammer		x			x				x			x			x			x	x		
Bundesdirektorenkonferenz		x			x				x			x			x			x	x		
Bundeskonferenz der Psychotherapeutinnen in Ausbildung (BuKo PiA)		x				x			x		x				x			x	x		
Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke)		x				x	x					x			x	x					x
Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)		x				x	x					x			x			x			x
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)			x	x					x	x			x			x			x		
Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK)	x					x			x			x			x			x			x
Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM)		x			x				x		x				x	x			x		
Bundesvereinigung Angestellter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (BVAP)	x			x					x	x			x			x			x		
Bundesvereinigung für Verhaltenstherapie des Kindes- und Jugendalters (BVKJ)	x					x			x	x			x					x			x
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Psychodynamische Psychotherapie (DFT)			x		x				x			x			x	x					x

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf			Berufsbezeichnung			Andere Zugangsprofession			Ausschließlich Universitäten			Direktstudium			Bedenken zur Verfahrensvielfalt			Erweiterte Praxisphase		
	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A
Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)			x			x	x				x			x		x			x		
Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)			x		x		x				x				x	x			x		
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)		x			x				x			x			x	x			x		
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)			x		x		x				x				x	x			x		
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	x				x			x		x			x			x				x	
Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)		x			x				x	x					x			x			x
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)		x				x			x		x				x			x	x		
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)		x			x				x		x				x	x			x		
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)	x			x					x	x			x			x			x		
Deutscher Dachverband GESTALTTHERAPIE für approbierte Psychotherapeuten (DDGAP)			x			x			x			x			x	x					x

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf			Berufsbezeichnung			Andere Zugangsprofession			Ausschließlich Universitäten			Direktstudium			Bedenken zur Verfahrensvielfalt			Erweiterte Praxisphase		
	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (dvt)			x	x					x			x			x			x			x
Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)			x			x			x			x			x			x			x
Deutscher Hausärzteverband		x				x			x			x			x			x			x
Deutscher Landkreistag	x					x			x			x			x			x			x
Deutscher Städtetag			x		x				x			x			x			x	x		
Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS)		x				x	x				x				x			x			x
Fachverband Sucht			x	x					x			x			x			x		x	
Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)			x			x			x			x			x			x			x
Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e.V.	x					x			x			x	x					x			x
GKV Spitzenverband		x			x		x				x				x	x			x		
GWG und DPGG			x			x			x			x			x	x					x
Hochschulen Nordhausen		x				x	x				x				x	x			x		
Hochschulrektorenkonferenz (HRK)		x				x	x				x				x	x					x
Innungskrankenkasse e.V. (ikk)			x			x			x			x			x			x			x
Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (impp)			x			x			x			x			x			x			x
Johanniter-Krankenhaus im Fläming Treuenbrietzen GmbH	x				x				x	x			x					x	x		
Konferenz-Rat der Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo)		x				x	x					x		x				x		x	
Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)			x			x			x			x			x			x			x

Stellungnahme	Generelle Zustimmung Gesetztesentwurf			Berufsbezeichnung			Andere Zugangsprofession			Ausschließlich Universitäten			Direktstudium			Bedenken zur Verfahrensvielfalt			Erweiterte Praxisphase		
	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A	Ja	Nein	N/A
Marbuger Bund		x			x				x			x			x			x			x
PiA Politik-Treffen		x				x	x					x		x		x					x
Sektion Rechtspsychologie im BDP		x				x			x			x		x				x			x
Sigmund Freud Privat Universität (SFU)	x					x			x	x			x					x			x
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)		x			x				x			x		x				x			x
Spitzenverband ZNS (SPIZ)			x		x				x			x			x	x					x
Systemische Fachgesellschaften DGSF und SG			x			x			x		x				x	x					x
Universitäre Ausbildung für Psychotherapie (unith)	x			x					x	x			x					x		x	
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)			x			x			x			x			x			x			x
Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)		x				x	x					x			x			x			x
Verband für Integrative Verhaltenstherapie e.V. (VIVT)			x			x			x			x			x	x			x		
Verbandes Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP)			x			x	x					x		x				x			x
Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP)			x			x			x			x			x			x			x

Literaturverzeichnis

Barth, Detlef, Hrsg. (2015): Beratungswissen auf den Punkt gebracht. Ein Handbuch für Studierende, professionelle Begleiter/-innen und alle, die es werden wollen. Norderstedt: Books on Demand.

Beck, Barbara und Michael Borg-Laufs (2011): Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug? Betrachtungen zur Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes. 2te, korrigierte und aktualisierte Auflage. Schriften des Fachbereiches Sozialwesen an der Hochschule Niederrhein Mönchengladbach. Jg. 50. Mönchengladbach: Hochschule Niederrhein Fachbereich Sozialwesen.

Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (28. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf.

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (30. Januar 2019): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Borg-Laufs, Michael und Schmidtchen, Stefan: Beratung. In *Verhaltenstherapiemanual*. Hrsg. von Michael Linden und Martin Hautzinger. 6th ed. Dordrecht: Springer, 2008.

Bundes Psychotherapeuten Kammer (29.01.2019): Stellungnahme Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Stellungnahmen zum Referentenentwurf PsychThGAusbRefG. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/psychthgausbrefg.html Zuletzt geprüft am 22.12.2022).

Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (28. Januar 2019): Stellungnahme des Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) e.V. zum Referentenentwurf des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (29. Januar 2019): Stellungnahme des Fakultätentages Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zum Referentenentwurf des BMG zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Deutsche Gesellschaft für psychologische Gesprächspsychotherapie (DPGG) und Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie (2019): Stellungnahme der Fachgesellschaften für Gesprächspsychotherapie DPGG und GwG zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.: Klinische Sozialarbeit. (https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/ Zuletzt geprüft am 23.11.2022).

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (30. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2016): Definition der Sozialen Arbeit: Deutsche Fassung. (https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html Zuletzt geprüft am 20.09.2022).

Deutscher Bundestag (2019): Ausschüsse der 19. Wahlperiode (2017-2021): Psychotherapeutenausbildung. (https://www.bundestag.de/webarchiv/Ausschuesse/ausschuesse19/a14/anhoerungen/psychotherapeutenausbildung-inhalt-637812 Zuletzt geprüft am 22.12.2022).

Deutscher Städtetag: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. In.

europass - Europäische Union: Description of the eight EQF levels. (https://europa.eu/europass/de/description-eight-eqf-levels Zuletzt geprüft am 23.12.2022).

European Centre for Clinical Social Work: Kriterien der Zertifizierung. (https://eccsw.eu/die-zertifizierung/kriterien-der-anerkennung-zertifizierung/ Zuletzt geprüft am 28.11.2022).

European Centre for Clinical Social Work: Selbstverständnis. (https://eccsw.eu/european-centre-for-clinical-social-work/selbstverstaendnis/ Zuletzt geprüft am 23.11.2022).

Fachbereichstag Soziale Arbeit (29.01.2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 03.01.2019 zur Reform des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychThGAusbRefG) und zum Rohkonzept für mögliche Studieninhalte.

Galuske, Michael (2011): Methoden der sozialen Arbeit*:* Eine Einführung. 9., ergänzte Auflage. Grundlagentexte Sozialpädagogik, Sozialarbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag.

GKV-Spitzenverband (30. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Großmaß, Ruth: Beratung. In *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. Hrsg. von Ralf Mulot und Sabine Schmitt. 8., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, 93–4. Baden-Baden: Nomos, 2017.

Hardegger, Elke (25.07.2022: Neues Psychotherapeuten-Gesetz: Reformen für eine bessere Versorgung und Ausbildung.: *Bayerischer Rundfunk* (https://www.ardalpha.de/wissen/psychologie/psychotherapien-psychotherapeutengesetz-psychische-erkrankungen-psyche-100.html Zuletzt geprüft am 14.12.2022).

Heekerens, Hans-Peter (2016): Psychotherapie und Soziale Arbeit*:* Studien zu einer wechselvollen Beziehungsgeschichte. Weitramsdorf: ZKS-Verlag.

Hochschulen Nordhausen (21.01.2019): Stellungnahme zur Neufassung des Psychotherapeutengesetzes.

Hochschulrektorenkonferenz (22. Januar 2019): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit.

International Federation of Social Workers (Juli 2014): Globale Definition von Sozialarbeit. (https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/ Zuletzt geprüft am 20.09.2022).

Maus, Friedrich, Wilfried Nodes und Dieter Röh (2008): Schlüsselkompetenzen der sozialen Arbeit*:* Für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 1. Aufl. Berufsprofile. Schwalbach am Taunus: Wochenschau-Verlag.

National Association of Social Workers: Clinical Social Work. (https://www.socialworkers.org/Practice/Clinical-Social-Work Zuletzt geprüft am 23.11.2022).

New York State Society for Clinical Social Work: Home. (https://www.nysscsw.org/ Zuletzt geprüft am 23.11.2022).

Ohling, Maria (2015): Soziale Arbeit und Psychotherapie*:* Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren. Grundlagentexte Soziale Berufe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Pauls, Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit*:* Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Auflage. Grundlagentexte Soziale Berufe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Psychotherapeutengesetz*:* PsychThG. BGBl. I S. 1311 vom 16.06.1998 in der Fassung vom 16. Juni 1998.

Psychotherapeutengesetz*:* PsychThG. BGBl. I S. 1604 vom 15.11.2019 in der Fassung vom 15. November 2019.

Schmid Noerr, Gunzelin, Hrsg. (2018): Ethik in der Sozialen Arbeit. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Grundwissen Soziale Arbeit. Jg. Band 10. Stuttgart: Kohlhammer.

Seithe, Mechthild (2012): Schwarzbuch Soziale Arbeit. 2., durchgesehene und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

Sigmund Freud Privat Universität (24. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf PsychThGAusRefG.

Spitzenverband Fachärzte Deutschland e.V. (30. Januar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherausbildung.

Straumann, Ursula: Personenzentrierte Beratung und Krisenintervention unter integrativen und kooperativen Aspekten: Ein Weiterbildungskonzept. In *Beratung und Krisenintervention: Materialien zu theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug*. Hrsg. von Ursula Straumann, 12–28. Köln: GwG-Verl., 1992.

Strauß, Bernhard, Sven Barnow, Elmar Brähler, Jörg Fegert, Steffen Fliegel, Harald J. Freyberger, Lutz Goldbeck, Marianne Leuzinger-Bohleber und Ulrike Willutzki (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Strauß, Bernhard und Nodop, Steffi (2015): Weichenstellungen für eine umfassende Änderung der Psychotherapieausbildung. In: Zeitschrift für Individualpsychologie. Jg. 40 Nr. 2): S. 92–108.

Strotzka, Hans (1984): Psychotherapie und Tiefenpsychologie*:* Ein Kurzlehrbuch. 2. unveränderte Auflage. Wien: Springer-Verlag.

Thiersch, Hans (2012): Zur Autonomie der Fachlichkeit Sozialer Arbeit. In: Forum sozial Nr. 1): S. 38–42.

Universitäre Ausbildung für Psychotherapie (30. Januar 2019): Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThGAusbRefG Stellungnahme zum Referentenentwurf.

Verband der Privaten Krankenversicherung (4. Februar 2019): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung.

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. SR 0.810.1 vom 07.04.1948 in der Fassung vom 6. Juli 2020.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum Vorname Nachname