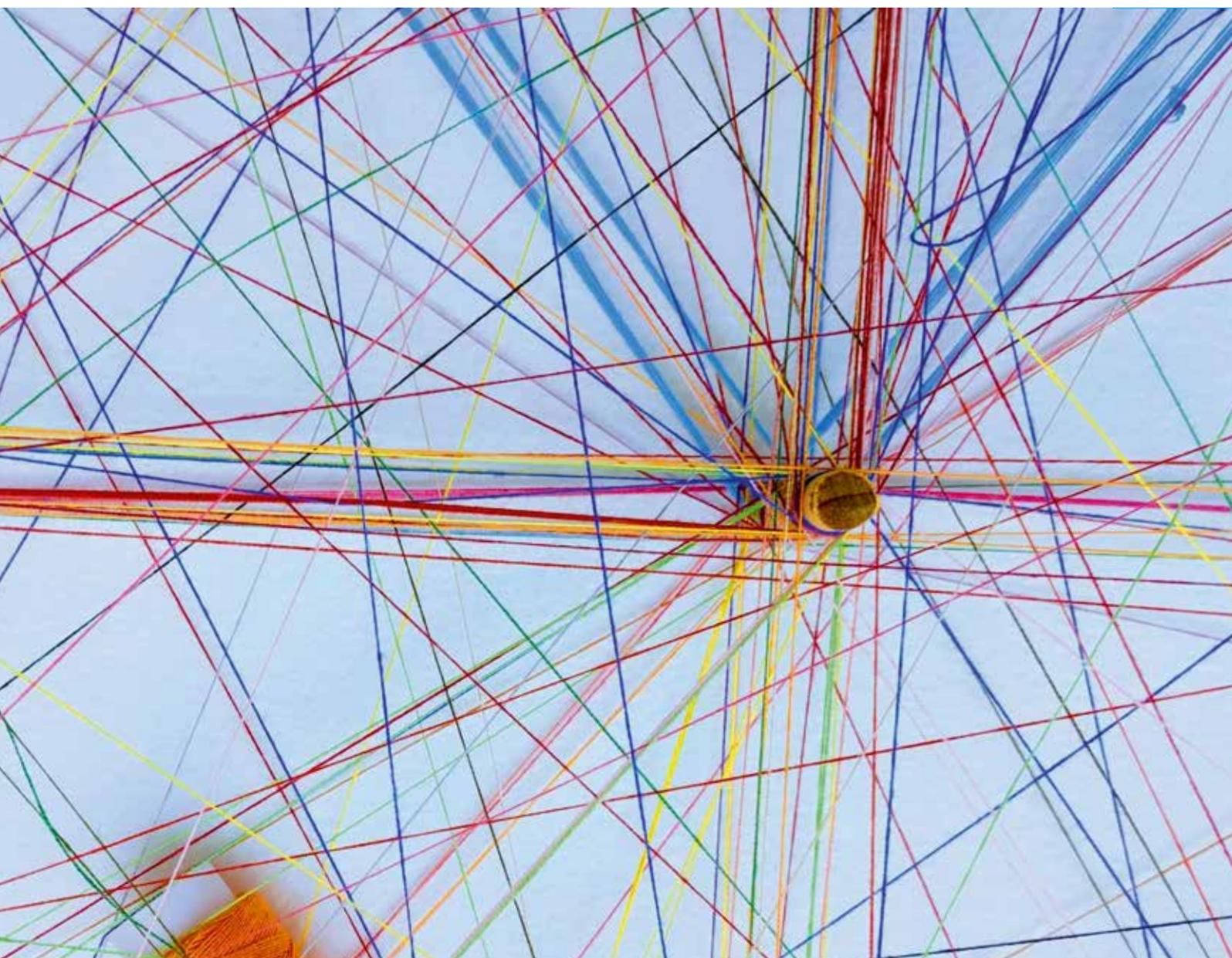




DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

13. Jahrgang | Ausgabe 4.2021



Richtlinie zur
Komplexversorgung

Fakt und Fake:
Meinungsbildung in der digitalen Welt

Psychotherapeutische
Regelversorgung für Geflüchtete

2020, 2021 – Krisen, Katastrophen, globale Bedrohungen



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bereits zwei Jahre voller Krisen, Katastrophen und globaler Bedrohungen. Die Welt kämpfte mit Kriegen, Hitzewellen, Waldbränden, Überschwemmungen, Heuschreckenplagen, Vulkanausbrüchen – und mit Corona. Milliarden Euros wurden aufgewendet, um die materiellen Schäden zu beseitigen oder um Bedrohungen abzuwenden, wenn möglich. Doch welche psychischen Schäden bleiben zurück, wenn das Materielle gemeistert ist?

Psychotherapie ist grundsätzlich so ausgelegt, über einen Behandlungszeitraum eine nachhaltige Veränderung des Gesundheitszustandes der Patient*innen zu erzielen. Doch, wir können auch wertvolle Hilfe in Krisensituationen leisten und haben Möglichkeiten, Betroffene mit einer psychotherapeutischen Ersthilfe schnell und professionell zu behandeln. Allerdings ist das Gesundheitssystem auf diese schnellen Hilfsbedarfe nicht eingestellt.

Fast jedes System in unserer Gesellschaft hat ein Krisenmanagement, bei Stromausfall, bei Autopanzen, bei Unglücken und Katastrophen. Hier wird im Vorfeld strategisch überlegt, wie eine Notfallhilfe gut strukturiert und fachlich versiert in die Wege geleitet werden kann. Doch was ist mit der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen in extremen Notfall- oder Krisensituationen wie zum Beispiel bei Massenkarambolagen im Straßenverkehr, bei schweren Zugunglücken oder, wie in diesem Jahr leider aktuell geschehen, bei Flutkatastrophen?

Zu Recht sagt unser Bundesvorsitzender Gebhard Hentschel: „Krisen wie Corona und die Flutkatastrophe erfordern schnelle psychotherapeutische Hilfe. Es muss möglich sein, durch kurzfristige Maßnahmen wie Kostenübernahme, befristete KV-Ermächtigungen und befristete Aufhebungen von Leistungsbegrenzungen auf solche Bedarfsspitzen zu reagieren“. Außerdem müsse die Kli-

makrise auch in Bezug auf psychische Gesundheit verstanden werden. „Als Psychotherapeut*innen sehen wir uns in der Verantwortung, bei der Bewältigung der psychischen Folgen der Klimaprobleme zu unterstützen.“

In solchen Ausnahmesituationen braucht es eine psychotherapeutische Akuthilfe vor Ort oder ein ausreichendes Angebot einer psychotherapeutischen Unterstützung im Rahmen einer oft erst Wochen späteren Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung. Es fehlen bisher Strukturen, damit zuverlässig fachliche Hilfe für psychische Notfälle geleistet werden kann.

Diesem seit Jahren schwelenden Thema wird sich der Verband im Jahre 2022 intensiv widmen, auf Missstände aufmerksam machen und Lösungsvorschläge einbringen. Notieren Sie sich schon heute unser Symposium „Notfall und Trauma – Psychotherapie in akuten Krisensituationen“ am 22. Juni 2022, welches wir als Hybridveranstaltung in Berlin durchführen werden.

Deutschland hat gewählt. Auch im Sinne der Psychotherapeut*innen und des Gesundheitswesens in Deutschland? Was dürfen wir von einer Ampelkoalition erwarten? Werden psychisch erkrankte Menschen mit ihren besonderen Bedürfnissen ernst genommen? Unsere Forderungen haben wir schon vor der Wahl gegenüber den Parteien formuliert. Vieles davon fand Gehör, doch es müssen Taten folgen. Wir werden weiterhin in Ihrem und im Sinne unserer Patient*innen nahe am Geschehen bleiben und der Politik die Unterstützung anbieten, die notwendig ist, um eine gute und ausgewogene Gesundheitspolitik an den Bedürfnissen von Patient*innen und Psychotherapeut*innen zu betreiben. Unsere erfolgreiche Arbeit geht weiter. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung hierbei!

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen frohe Feiertage und ein gutes neues Jahr 2022, das uns hoffentlich wieder etwas mehr Ruhe bringt.

Herzlichst, auch im Namen des gesamten Bundesvorstandes, Ihre

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPTV

Perspektiven. Dialoge. Impulse.

Ihr schulenübergreifender Erfahrungsaustausch

- Perspektiven – ein Thema aus Sicht verschiedener Therapierichtungen kennenlernen
- Fortbildung – aktiv an den Entwicklungen des Fachs teilnehmen und CME-Punkte sammeln
- Weitblick – über den Tellerrand und die psychotherapeutische Perspektive hinausschauen
- Lesefreude – übersichtlich und verständlich Informationen aufnehmen
- Themenvielfalt – Studienergebnisse, Rechtsfragen und Therapiemethoden kompakt überblicken



Die PiD gibt es als Einzelheft für je 49 € oder noch günstiger im Abo!

Sie bekommen die PiD 4 x im Jahr bequem nach Hause geschickt. Zugang zu allen bisherigen Ausgaben im Online-Archiv inklusive.

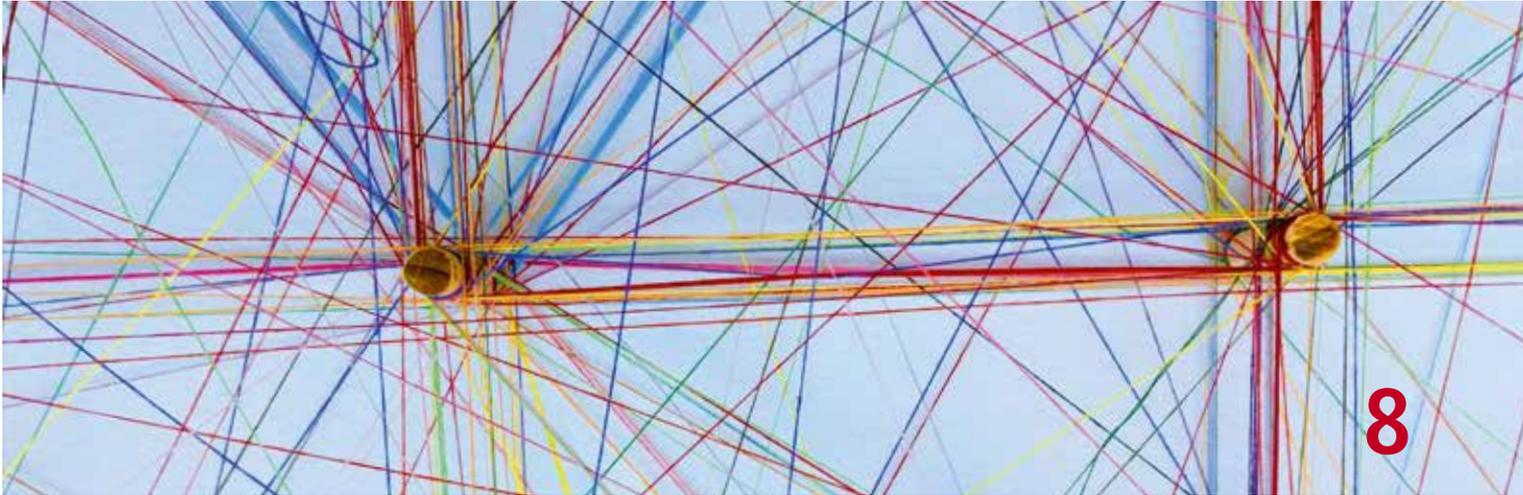


Jetzt zum Einstiegspreis abonnieren plus Geschenk

Angebot gilt nur bis zum 31.1.2022

25 €
WUNSCHGUTSCHEIN

thieme.de/pid-willkommensgeschenk



8

6 „Gegen die Manipulation von Inhalten, Reichweiten und Identitäten in den Social Media sollte der Gesetzgeber vorgehen.“

LUNCHTALK

- 6 Fakt und Fake: Meinungsbildung in der digitalen Welt

GESUNDHEITSPOLITIK

- 8 Vernetzt versorgen
- 13 Richtlinie zur Komplexversorgung

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

- 22 Psychotherapeutische Regelversorgung für Geflüchtete
- 28 Essstörungen und Sexualität – Welche Rolle spielt das gestörte Körperbild?
- 33 Reversible Fehler in der Psychotherapie

AUS DER PRAXIS

- 38 Erklärungsmodell und Fallverständnis in der Systemischen Therapie
- 44 Videobasierte Behandlungen in der psychodynamischen Psychotherapie
- 48 Wie handeln Expert*innen in schwierigen Therapiesituationen?

NEWS

- 54 Kurz gemeldet ...
- 54 Psychotherapeutische Versorgung krisenfester gestalten

REZENSIONEN

- 55 Die Verhaltensanalyse
- 56 Das Tiefgangprinzip in der therapeutischen Begleitung
- 57 Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrungen
- 58 Essentials der Psychotherapie
- 59 Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I und II
- 60 Der Daily Lama: Wie Sam sich auf die Bühne traute – von Lampenfieber, Lamachaos und waschechten Wikingern
- 61 Therapie-Tools Verhaltenstherapie
- 62 Therapie-Tools ADHS im Erwachsenenalter
- 63 Verhaltenstherapeutische Paartherapie
- 64 Die Frau, deren Arm sich hängen ließ
- 65 Kleinanzeigen
- 66 Impressum
- 67 Adressen DPtV

28



22

DPTv
*Lunch
Talk*



Hans Strömsdörfer

Fakt und Fake: Meinungsbildung in der digitalen Welt

Online-LunchTalk der DPTV zu Social Media stieß auf großes Interesse.

Warum glauben wir Fake-Infos auf Social Media? Wie können wir sie eindämmen? Wie erwirbt man Medienkompetenz? Die psychologischen Prozesse in den Sozialen Medien standen im Zentrum des LunchTalks „Fakt und Fake: Meinungsbildung in der digitalen Welt“ der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung. Mehr als 370 Teilnehmer*innen verfolgten die Online-Diskussion mit Prof. Dr. Nicole Krämer (Universität Duisburg-Essen), Dr. Tobias Schmid (Direktor der Landesanstalt für Medien NRW) und dem DPTV-Bundesvorsitzenden Gebhard Hentschel.

Fake News nachträglich kaum zu korrigieren

„Das Internet besteht aus Menschen“, betonte Prof. Krämer, die mit einer Übersicht zur aktuellen Forschung manches Missverständnis ausräumte. So seien vor allem Menschen für die Weiterleitung von Falschinformationen verantwortlich. „Social Bots, die automatisch Meldungen verbreiten, sind eher selten. Auf Twitter werden 59 Prozent der Links geteilt, ohne aufgerufen worden zu sein.“ Banal seien die „Fake News“ keineswegs. „Eine einmal verarbeitete Information ist nur sehr schwer nachträglich zu korrigieren“, warnte die Wissenschaftlerin. Doch man könne aktiv werden: „Menschen sollten gegen Falschinformationen ‚geimpft‘ werden: Man sollte Quellen prüfen – auch Warnhinweise an Meldungen sind eine gute Möglichkeit!“

Manipulationen täuschen Relevanz vor

Als „Operation an der Herzkammer freier Medien“ beschrieb Dr. Schmid die Tätigkeit seiner Regulierungsbehörde. „Wahr oder unwahr sind bei uns keine Kriterien. Wir prüfen, ob ein Anbieter gegen journalistische Sorgfalt verstößt.“ Außerdem forderte er, dass nicht die Plattformen bestimmen sollten, welche Inhalte zu sehen seien – sondern die Gesellschaft durch die Parlamente: „Gegen die Manipulation von Inhalten, Reichweiten und Identitäten in den Social Media sollte der Gesetzgeber vorgehen.“ Denn diese täuschten Nutzer*innen eine künstliche Relevanz von Falschmeldungen vor.

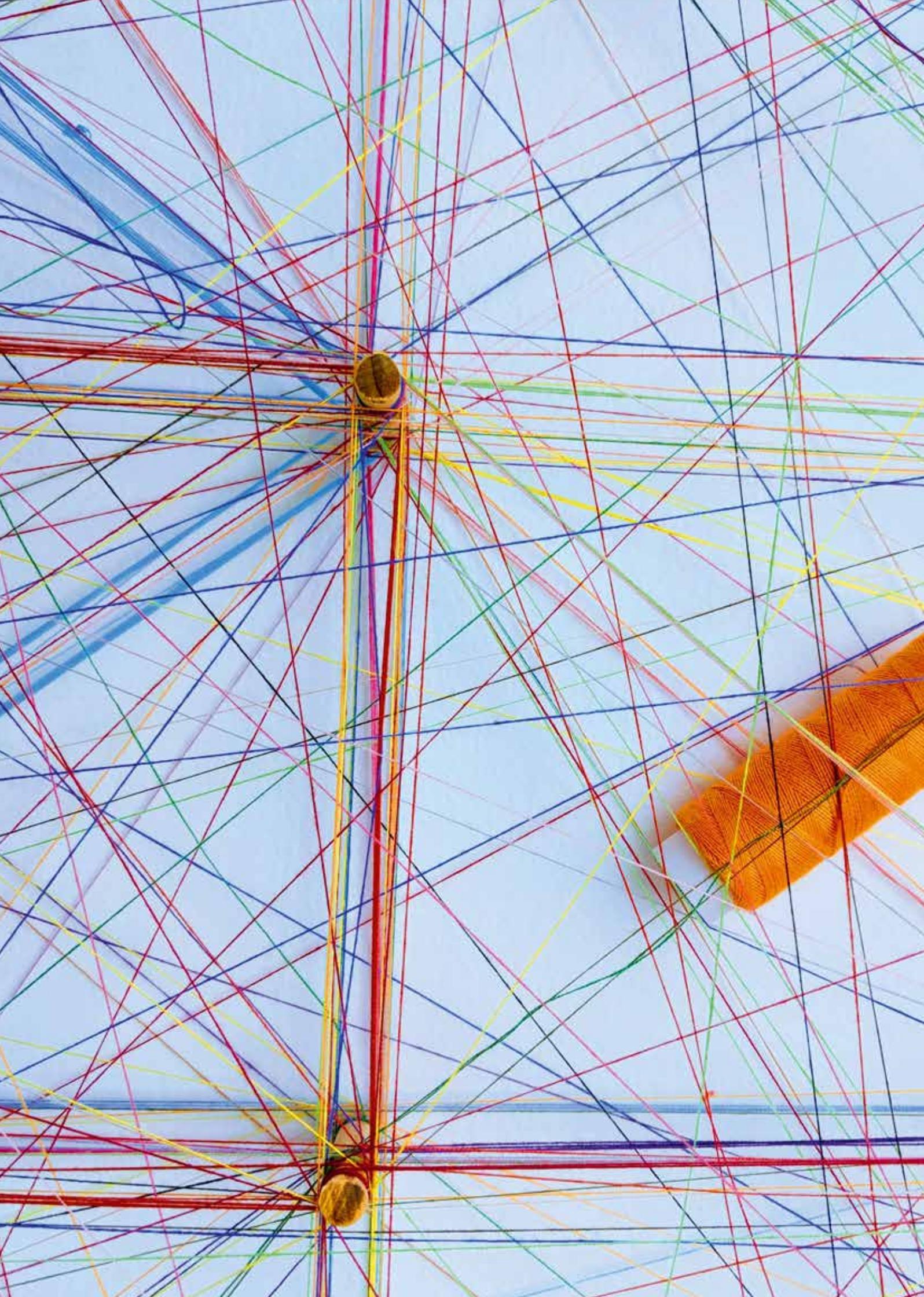
Falschinformationen werden zu „Infodemie“

Die anschließende Diskussion zeigte ein großes Interesse der LunchTalk-Teilnehmer*innen, die online Fragen stellen konnten. „Desinformationen sind ein hochsensibles Thema, das gerade in der Pandemie zum Tragen kam“, betonte Moderator Hentschel. „Es wurde deutlich, wie schnell sich Falschinformationen verbreiten und zu einer ‚Infodemie‘ verfestigen können.“



Hans Strömsdörfer
Seit 2019 Pressesprecher und Leiter Kommunikation in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV). Kontakt: presse@dptv.de

Sie konnten den DPTV-LunchTalk nicht live verfolgen?
Der LunchTalk 2021 ist hier als Video verfügbar:
www.dptv.de/lunchtalk



Gebhard Hentschel, Barbara Lubisch

Vernetzt versorgen

Komplexversorgung: Chancen und Hemmnisse einer neuen Versorgungsform – ein Kommentar zur neuen Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung (KSVPsych-RL).

„Wir müssen psychische Erkrankungen ernst nehmen!“, so die berufspolitische Forderung der DPtV zur Bundestagswahl 2021. Die Zahlen des DPtV Report Psychotherapie 2021 zeigen eine Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen von etwa 28 Prozent. Im Zeitraum von drei Jahren haben etwa 17 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten. Die Zahlen der Krankheitstage und Frühberentungen legen offen, dass psychische Erkrankungen die dritthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitsfälle sind. Die Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Probleme hat sich zwischen 1998 und 2018 von 27,3 Millionen auf 111,8 Millionen vervierfacht. Außerdem sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für eine frühzeitige Berentung.

Angesichts dieser Herausforderung wurde die Versorgung psychisch erkrankter Menschen ausgebaut und diversifiziert, das Angebot wurde allerdings unübersichtlich und fragmentiert. Brüche in der Behandlungs- und Behandlerkontinuität kennzeichnen den Versorgungsalltag, die beteiligten Fachgruppen kooperieren eher untereinander als interdisziplinär, Zeit und Ressourcen für die Kooperation fehlen, ebenso wie ein explizites Kooperationskonzept zwischen den beteiligten Behandlern. „Die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker ist eher durch Verbesserung der berufsgruppenübergreifenden Kooperation als allein durch zusätzliche Dienste zu erreichen“, so C. Ungewitter et al., 2013.

Dies wurde von den beteiligten Fachgruppen schon lange ernst genommen. Ansätze zur Entwicklung von strukturierter Kooperation von Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen wurden bereits 2014 in der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter dem Label der „Zusammenführung psychotherapeutische/neuro-psychiatrische Versorgung“ erarbeitet.

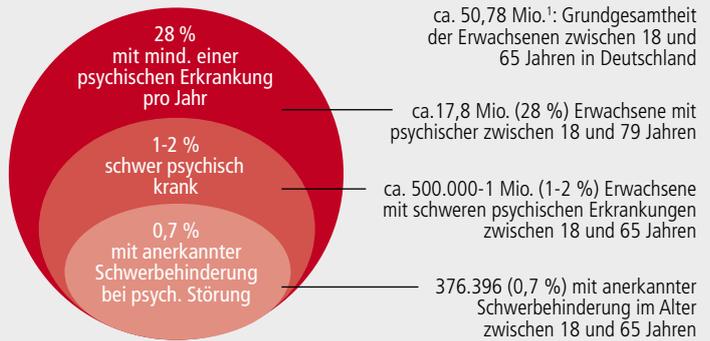
Dieses Konzept wurde Wegbereiter für das Projekt „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV)“ des Innovationsfonds, entwickelt unter Beteiligung der DPtV, gestartet 2017 mit Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Das erfolgreiche NPPV-Projekt diente der KBV in vielen Aspekten als „Blaupause“ für die KSVPsych-Richtlinie.

Eine weitere Quelle der neuen Richtlinie sehen wir im anhaltenden Misstrauen gegenüber Psychotherapeut*innen. Steigende Kosten aufgrund einer steigenden Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie und bestehende Wartezeiten führten zu Reaktanzen des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und der Politik und gipfelten in Vorwürfen, Psychotherapeut*innen würden insbesondere leichte Störungen behandeln. Bundesgesundheitsminister Spahn unterstellte 2018: Patient*innen, „bei denen es etwas angenehmer ist, Therapie zu machen, erhalten eher einen Termin ...“ und reagierte mit einem Gesetzentwurf der „gestuften Versorgung“ im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 2018. Mit erheblichem Kraftaufwand der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände und breiter Beteiligung der Bevölkerung konnte dieser Vorstoß in einer überwältigend erfolgreichen Bundestagspetition und großer medialer Aufmerksamkeit abgewehrt werden. Lesen Sie dazu auch: Fakten zur Psychotherapie, Best, D. & Lubisch, B., Update 2018. Psychotherapie Aktuell 4.2018, Seite 6-10.

Im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz § 92 Abs. 6 b SGB V schließlich erteilte der Gesetzgeber im November 2019 dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) folgenden Auftrag:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 **Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.** Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“

Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank?



¹ Statistisches Bundesamt: 31.12.2012

Abbildung: Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? (Quelle: Gühne et al., Psychiatrische Praxis 2015, 42: 415-423)

Nach der Verabschiedung der Richtlinie am 2. September 2021 und einer auf acht Wochen befristeten juristischen Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie einer Veröffentlichung durch den Bundesanzeiger besteht eine weitere Frist von sechs Monaten zur Entwicklung von Leistungsziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Eine Erprobung in der Praxis könnte die hier beschriebene Versorgungsform mit dem Aufbau entsprechender Netzstrukturen in der zweiten Jahreshälfte 2022 erfahren. In dem nachfolgenden Beitrag „Richtlinie zur Komplexversorgung“ (Seite 13) stellen wir Ihnen die neue KSVPsych-RL vor.

Die DPTV begrüßt die Verabschiedung der Richtlinie, weil wir die Entwicklung einer strukturierten berufsgruppenübergreifenden Kooperation gerade bei schwer psychisch kranken Menschen sinnvoll finden. Wir sehen allerdings bei der vorliegenden Fassung der Richtlinie erhebliche Hemmnisse in der Umsetzbarkeit und dringenden Nachbesserungsbedarf. Diesen haben wir dem BMG schriftlich mitgeteilt und stellen ihn im Folgenden vor.

Zweifache differenzialdiagnostische Abklärung als Nadelöhr und Hürde

Stellt die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut in der Eingangssprechstunde den Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie fest, sind Patient*innen verpflichtet, eine zusätzliche differenzialdiagnostische Abklärung durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie wahrzunehmen (§ 8 Abs. 2). Hier wird ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt. Da Psychologische Psychotherapeut*innen bereits in der Eingangssprechstunde (im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde) eine Differenzialdiagnostik unter Einbeziehung somatischer Befunde durchführen, wird hier eine unnötige Doppeluntersuchung eingeführt.

Eine zweite Differenzialdiagnostik – vorgesehen innerhalb von 7 Tagen – bedeutet für schwer psychisch erkrankte Patient*innen eine erhebliche Belastung und verbraucht unnötig personelle und finanzielle Ressourcen. Zudem wird ein Nadelöhr geschaffen: Eine flächendeckende Bewältigung dieser Vorgabe ist angesichts des eklatanten Mangels an dazu befugten Fachärztinnen und Fachärzten nicht zu gewährleisten.

Wir halten es insbesondere für gravierend, dass damit die Indikationsstellung der Psychotherapeut*innen einer Überprüfung durch Fachärzt*innen unterworfen wird, obwohl Psychologische Psychotherapeut*innen vom Gesetzgeber als selbstständige Heilberufler anerkannt sind und die Berufsordnung sie zur eigenen Indikationsstellung verpflichtet. Ausführlicher dazu die DPTV-Stellungnahme an das BMG: <https://t1p.de/1agd>

Weiterer Engpass und Einschränkung der Wahlfreiheit der Patient*innen

Die KSVPsych-RL sieht vor, dass ein Facharzt/eine Fachärztin der beteiligten P-Fachgruppen Bezugsärztin oder Bezugsarzt sein und den Gesamtbehandlungsplan erstellen muss, wenn

- eine behandlungsleitende somatische Hauptdiagnose vorliegt,
- die Behandlung relevanter somatischer Komorbiditäten der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung oder Überwachung bedarf,
- psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen (§ 8).

Schon jetzt versorgen Psychotherapeut*innen viele Patient*innen mit diesen genannten Indikationen. Sie kooperieren mit somatisch qualifizierten Fachärzt*innen und leisten die begleitende psychotherapeutische Behandlung in enger Abstimmung. Auch hier ist zu befürchten, dass ein Engpass geschaffen wird, weil die Zahl der Fachärzt*innen nicht ausreicht. Die Wahlfreiheit der Patient*innen, ihre Bezugsbehandler*in mitzubestimmen, wird erheblich eingeschränkt.

Halbe Versorgungsaufträge als Bezugsbehandler*innen zulassen

Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in kann nur werden, wer einen vollen Versorgungsauftrag hat (§ 4 Absatz 1 Satz 2). Diese Voraussetzung sollte dringend gestrichen werden, da ein wohnortnahes und flächendeckendes Versorgungsangebot mit dieser Einschränkung nicht erreicht werden kann. Auch sehen wir keine fachlich nachvollziehbaren Gründe für diese Einschränkung.

Koordination der Versorgung durch Bezugspsychotherapeut*innen ermöglichen

Die zwangsweise Delegation von koordinierenden Leistungen an eine nicht vertragsärztlich/nicht vertragspsychotherapeutisch tätige Person löst ungeklärte Kosten aus und zergliedert die Versorgung (§ 5 Absatz 1 Satz 2). Zu den Leistungen der koordinierenden Person gehören das Aufsuchen der Patient*innen im häuslichen Umfeld, das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen. Dieses sind patientennahe, anspruchsvolle psychotherapeutische Tätigkeiten, die in der Regel Bezugspsychotherapeut*innen vorbehalten sein muss. Die Delegation der Koordination an andere Berufsgruppen sollte nur fakultativ möglich sein.

Anforderungen an Netzverbände flexibilisieren

Es ist zu befürchten, dass die sehr hohen Anforderung an die Netzverbände (§ 6) – neben der erforderlichen Netzgröße und engen Zeitvorgaben auch Anforderungen an elektronische Kommunikation, Qualitätsmanagementverfahren und so weiter – schwer zu erfüllen sind. Um ein flächendeckendes Versorgungsangebot zu gewährleisten und insbesondere strukturschwache Regionen nicht zu benachteiligen, müssen Abweichungen von diesen Mindestvorgaben ermöglicht werden.

Die in der Erstfassung der KSVPsych-RL an den genannten Stellen auf Betreiben des GKV-SV eingebauten „Nadelöhre“ lassen vermuten, dass es den Krankenkassen mehr um ein Sparmodell als um gute Versorgung geht. Wir Psychotherapeut*innen stehen zu dem Konzept der strukturierten interdisziplinären Zusammenarbeit und setzen uns dafür ein, dass das BMG zugunsten der schwer psychisch kranken Menschen Nachbesserungen einfordert.



Gebhard Hentschel

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Bundesvorsitzender der DPtV. Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Westfalen-Lippe und der VV der KBV, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Delegierter der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.



Barbara Lubisch

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen, stellv. Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein und der VV der KBV, Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, Delegierte der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.

Gebhard Hentschel

Richtlinie zur Komplexversorgung

Die DPTV begrüßt die Verabschiedung der Erstfassung einer „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ (KSVPsych-RL). Gleichzeitig sehen wir erhebliche Hemmnisse in der Umsetzbarkeit und Nachbesserungsbedarf. In diesem Beitrag beschreiben wir die Inhalte der KSVPsych-RL.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kommt mit der Beschlussfassung am 2. September 2021 nach umfangreichen Beratungen und Abstimmungsprozessen, wenn auch verspätet, einem Auftrag des Gesetzgebers im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz (§ 92 Absatz 6b SGB V) nach.

Die KSVPsych-RL beschreibt den strukturellen Rahmen, eines überwiegend ambulanten Versorgungsangebots, dass nach einer Veröffentlichung im Bundesanzeiger und Einigung zur Vergütung neuer Leistungsziffern im (erweiterten) Bewertungsausschuss in den Regionen umgesetzt werden kann.

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

Ziel dieser Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

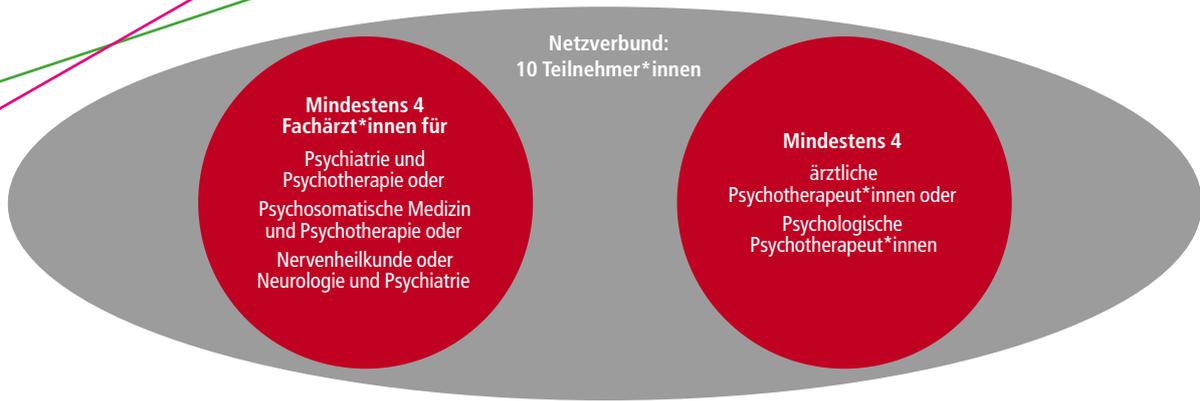
Dieses soll, unter Einbeziehung des Patientenwillens, durch folgende Maßnahmen erreicht werden (§ 1 Abs. 3):

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
3. qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
4. Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
5. Koordination der Versorgung der Patient*innen im Netzwerk,
6. abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug des sozialen Umfelds,
9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

§ 2 Definition der Patientengruppe

Patient*innen können von dieser Versorgungsstruktur profitieren:

1. ab dem vollendeten 18. Lebensjahr,
2. mit einer psychischen Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM,
3. bei einer deutlichen Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus: Orientierungswert für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist ein GAF-Wert von höchstens ≤ 50 ,
4. bei Vorliegen eines komplexen Behandlungsbedarfs mit mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringer*innen unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 Absatz 2 bis 3.



§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer*innen

Voraussetzung für ein regionales Angebot entsprechend dieser Richtlinie ist die Bildung eines Netzverbundes mit zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer*innen (Netzverbundmitglieder). Netzverbundmitglieder können sein Leistungserbringer*innen oder Angestellte bei Leistungserbringer*innen der folgenden Fachgruppen (§ 3 Abs. 2):

1. Fachärzt*innen für
 - a. Psychiatrie und Psychotherapie,
 - b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,
2. ärztliche und Psychologische Psychotherapeut*innen
3. Fachärzt*innen für Neurologie.

Der Netzverbund benötigt eine Mindestgröße von zehn der oben genannten Leistungserbringer*innen. Davon müssen mindestens vier Fachärzt*innen für a. Psychiatrie und Psychotherapie oder b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie sein und vier ärztliche oder Psychologische Psychotherapeut*innen.

Die oben genannten Netzverbundmitglieder schließen einen Netzverbundvertrag mit weiteren Kooperationspartnern (§ 3 Abs. 3):

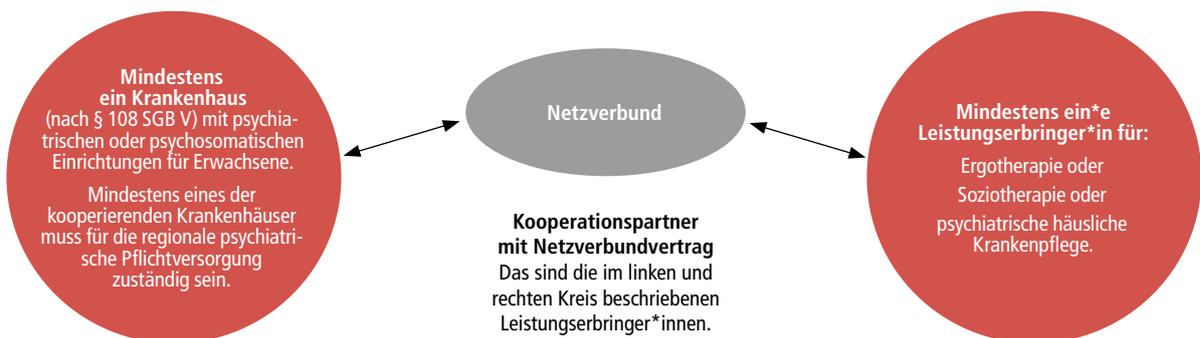
1. mindestens einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene. Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. und
2. mindestens einer Leistungserbringerin/einem Leistungserbringer für psychiatrische häusliche Krankenpflege, Ergotherapie oder Soziotherapie.

Kann der Behandlungsbedarf von den Netzverbundmitgliedern und den Kooperationsvertragspartner*innen nicht gedeckt werden, können im begründeten Einzelfall zusätzliche Leistungserbringer*innen einbezogen werden, insbesondere Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen für die Behandlung von Heranwachsenden bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

Die Versorgung nach dieser Richtlinie von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10 GM F10-F19) setzt voraus, dass eines der mit dem Netzverbund kooperierenden Krankenhäuser eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen kann.

Darüber hinaus sollen zur Erreichung des Versorgungsziels besonders berücksichtigt werden:

1. Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringer*innen der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringer*innen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste,
5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
6. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
7. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
8. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und
9. psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten.



Netzverbundverträge und Kooperationsverträge müssen der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Prüfung und zur Genehmigung der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie vorgelegt werden. Auch Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes und der Kooperationspartner sind mitzuteilen. Bei Fehlen der Mindestvoraussetzungen ist die Genehmigung zu entziehen (§ 3 Abs. 9 und 10).

Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen KV und der zuständigen Landeskrankengesellschaft (LKG) zur Information der Patient*innen mit. Die KVen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit (§ 3 Abs.11).

Kontinuität der Behandlung

Ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringer*innen, die bereits die Patient*innen wegen der psychischen Erkrankung im Sinne dieser Richtlinie behandeln, sollen auf Wunsch der Patient*in und in Absprache mit der Bezugärztin/dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin/dem Bezugspsychotherapeuten in die Versorgung einbezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass sie dem Gesamtbehandlungsplan zustimmen und für Absprachen zu Verfügung stehen (§ 3 Abs.12).



§ 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

Bezugsärzt*innen oder Bezugspsychotherapeut*innen sind die zentralen Ansprechpartner*innen. Sie sind verantwortlich für:

1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile in Abstimmung mit der Patientin/dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person,
2. die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten oder vollstationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und falls erforderlich die Veranlassung einer Behandlung.

Sie gehören als Netzverbundmitglieder folgenden Fachgruppen an: Fachärzt*innen für a. Psychiatrie und Psychotherapie oder b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie oder ärztliche und Psychologische Psychotherapeut*innen.

Sie oder er muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patient*innen an eine nichtärztliche Person zu delegieren.

Auch zugelassene Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V, die Kooperationsvertragspartner nach dieser Richtlinie sind, können sich durch eine Fachärztin/einen Facharzt oder eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten dieser Institution als Bezugärztin/Bezugsarzt oder als Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut beteiligen.

Die Netzverbände legen Regelungen fest, in welcher Weise eine Patientin/ein Patient eine Bezugärztin/einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin/einen Bezugspsychotherapeuten erhält (§ 4 Abs. 2).

Die Fachärztin oder der Facharzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, bleibt in der Regel während des gesamten Zeitraums der Versorgung in dieser Funktion.

Ein Wechsel zu einer anderen Leistungserbringerin/einem anderen Leistungserbringer ist möglich, dabei sind die Wünsche der Patientin/des Patienten zu berücksichtigen.

§ 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

Die Koordination der Versorgung der Patient*innen müssen an eine nichtärztliche Person übertragen werden. Diese sollte der Patient*in vertraut sein. In Frage kommen für diese Aufgabe verschiedene Berufsgruppen:

1. Soziotherapeutische Leistungserbringer*innen,
2. Ergotherapeut*innen,
3. Leistungserbringer*innen für psychiatrische häusliche Krankenpflege,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiter*innen,
6. Sozialpädagoge*innen,
7. Pflegefachpersonen,
8. Psycholog*innen.

Die Fachgruppen zu 4. bis 8. können koordinieren nur mit einer fachspezifischen Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen.

§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

Kerngedanke einer koordinierten Versorgung ist die Vernetzung der beteiligten Leistungserbringer*innen in einem Netzverbund. Die Netzverbundmitglieder sollen durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards für folgendes Sorge tragen:

1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung,
2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in eine Eingangssprechstunde nach einer Überweisung oder Empfehlung, innerhalb von sieben Werktagen,
3. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde, ebenfalls innerhalb von sieben Werktagen,
4. zeitnaher Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes,
5. eine einheitliche Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation),
6. eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen,
7. eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende Elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes,
8. Betreuung der Patient*innen in Krisen, gegebenenfalls in Kooperation mit bereits bestehenden Bereitschaftsdiensten,
9. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes,
10. patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der zuständigen Leistungserbringer*innen in regelmäßigen Abständen,
11. Einsatz eines Qualitätsmanagementverfahrens sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (beispielsweise Qualitätszirkel). Die Versorgung erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung (Einwilligungserklärungen sind einzuholen) der Patient*innen in die allgemeine Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots, die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer*innen sowie den erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen.

Die Beratung und Behandlung können über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden.

§ 7 Zugang

Patient*innen erreichen diese Versorgung über eine Überweisung oder Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einem Netzverbundmitglied erfolgt ist. Eine Empfehlung kann auch im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer teil-, vollstationären oder stationsäquivalenten Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert, erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Netzverbünde und gegebenenfalls einen Termin für ein Erstgespräch.



1. April 2022

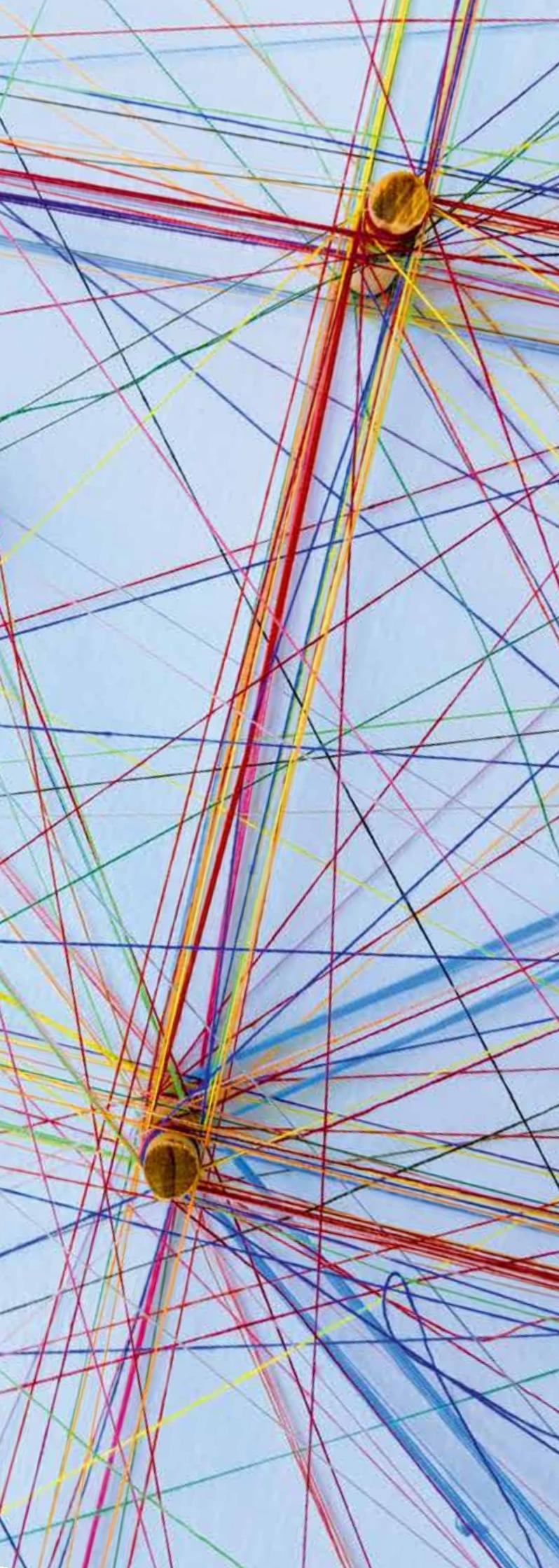
TAGUNG FRAUENCHIEMSEE

**Meditieren oder digitalisieren?
Konträre oder komplementäre
Trends in der Psychotherapie?**

Mit Ausstellern zu den Themen Digital Mental Health & Virtual Reality sowie renommierten Dozenten:

- Prof. Dr. Andreas Mühlberger
- Prof. Dr. Ulrich Stangier
- Prof. Dr. Michael Zaudig

Mit Fortbildungspunkten der PtK-Bayern bzw. BLÄK | Jetzt anmelden unter: www.vfkv.de/tagung2022



§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

In der Eingangssprechstunde wird geprüft, ob die Versorgungsform für die Patientin/den Patienten geeignet ist (Kriterien siehe § 2). Für ärztliche und Psychologische Psychotherapeut*innen sind dafür die psychotherapeutischen Sprechstunden nach § 11 Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen. Den an dieser Versorgung beteiligten Fachärzt*innen für a. Psychiatrie und Psychotherapie oder b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, steht eine „differenzialdiagnostische Abklärung“ nach dieser Richtlinie zur Verfügung. Diese beinhaltet eine psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung auf dessen Grundlage diese Fachgruppen einen vorläufigen Gesamtbehandlungsplan erstellen.

Die KSVPsych-RL legt auch bereits fest, dass bei folgenden Indikationen Bezugsbehandler*innen nur eine Bezugsärztin oder Bezugsarzt sein kann. Sofern bei Patient*innen:

1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen oder
2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen oder
3. psychopharmakologische Behandlungen mit einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema vorliegen.

Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Die Patient*innen soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden.

Der Beginn der Versorgung einer Patientin/eines Patienten in einem Netzwerk ist anzeigepflichtig gegenüber der zuständigen Krankenkasse.

§ 9 Gesamtbehandlungsplan

Orientierung für die Patient*innen und die an der Behandlung Beteiligten bietet der Gesamtbehandlungsplan. Dieser wird auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten durch die Bezugärztin/den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin/den Bezugspsychotherapeuten erstellt.

Der Gesamtbehandlungsplan enthält:

- die Therapieziele,
- Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen,
- den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege,
- Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung,
- Angaben zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringer*innen außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie,
- einen Kriseninterventionsplan,
- die namentliche Benennung der Person, die die Koordination durchführt.

§ 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund

Die Koordination durch die in § 5 genannten Berufsgruppen umfasst:

1. das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
2. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen,
3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringer*innen, Vorbereitung von weiteren Hilfen,
4. erforderlichenfalls den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit Hinwirken auf Termintreue,
5. das Aufsuchen der Patientin/des Patienten in seinem häuslichen Umfeld,
6. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen,
7. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems,
8. Kontaktaufnahme und Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.

EGO-STATE-THERAPIE Bonn Susanne Leutner, Elfie Cronauer & Team



*Unser spezieller Qualitätsbonus:
Wir unterrichten im Team.
Vorträge im Wechsel, lebendige
Praxisdemos auch online, intensive
Kleingruppenbetreuung.*

SPEZIALSEMINARE Curriculum 2021-22

Seminar 7 EMDR und EST am 28.+29.01.22

Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

Seminar 8 Körpersprache am 18.+19.02.22

Die Körpersprache der Ego-States

Seminar 9 Die Times Methode mit Silke Großbach am 01.+02.04.22

Kreative und gestalterische Interventionen in der Ego-State-Therapie

SONDERSEMINAR 2022

Seminar mit Jan Gysi am 15.+16.05.22

Diagnostik und strukturierte Erfassung von Traumafolgestörungen

Curriculum 2022-23

Seminar 1 am 14.+15.01.22 / Seminar 2 am 04.+05.03.22 /

Seminar 3 am 29.+30.04.22 / Seminar 4 am 19.+20.08.22

Die Seminare 1-9 sind Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum: zur Ego-State Therapeut:in.

Alle Seminare umfassen 16 UE und werden akkreditiert bei der PTK NRW mit 20 Punkten. Sie finden nach Möglichkeit als Präsenzseminare statt, ggf. hybrid. D.h. für eine kleinere Zahl von Teilnehmer:innen besteht die Möglichkeit, online dabei zu sein. Wenn nötig, werden die Seminare rein online durchgeführt, dennoch interaktiv.

Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Die Gebühren betragen pro Seminar 495 € inkl. Verpflegung.

Buchung per E-Mail bei: susanne.leutner@t-online.de

www.EST-Rheinland.de



§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

Zur Gewährleistung eines gegebenenfalls notwendigen nahtlosen Übergangs aus der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung wird das Entlassmanagement entsprechend erweitert und ein Termin für eine Eingangssprechstunde vereinbart.

Wird eine Patientin/ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief an die Bezugärztin/den Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin/den Bezugspsychotherapeuten. Die die Koordinationsaufgaben durchführende Person wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.

Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin/eines Patienten nach dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf festgestellt und liegt das Einverständnis vor, werden dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele zur Verfügung gestellt.

Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante Psychotherapie durchgeführt wird, können erforderliche probatorische Sitzungen noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden.

§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

Der Behandlungsfortschritt und das Erreichen der Therapieziele wird regelmäßig und gegebenenfalls in Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen vorgenommen. Das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird darüber hinaus halbjährlich geprüft, der Gesamtbehandlungsplan entsprechend angepasst.

Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht oder wird die Versorgung nach dieser Richtlinie aus anderen Gründen beendet, wird eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung frühzeitig angestrebt und ein Überleitungsplan erstellt; dabei soll nach Möglichkeit die personelle Kontinuität der an der Versorgung beteiligten gewahrt werden.

Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann erfolgen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind; in diesem Fall ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.

§ 13 Evaluation

Der G-BA evaluiert innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patient*innen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und nimmt bei Bedarf Anpassungen vor.



Gebhard Hentschel

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Bundesvorsitzender der DPTV. Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Westfalen-Lippe und der VV der KBV, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Delegierter der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.

Berufshaftpflicht neu gemacht

Ein neuer Rahmenvertrag für DPtV-Mitglieder, der Spaß macht. Digital, fresh und unkompliziert. Mitversicherung weiterer Risiken möglich: Cyberrisiko-, Praxisinhalts- und Privathaftpflichtversicherung.

Jetzt ab
64,80 €
pro Jahr

Auf den Punkt gebracht:

- ▶ 5 Mio. € für 72 € und 10 Mio. € für 78 € pro Jahr. Plus nochmal 10 % Rabatt bei 3-jähriger Vertragslaufzeit
- ▶ Versicherungsbescheinigung nach § 113 VVG sofort mit dabei
- ▶ Für alle Vertragsinhalte und Tarifhighlights ist hier leider kein Platz mehr. Besuchen Sie unsere Webseite für mehr Infos

Jetzt ansehen!

Angebot anfordern und Details:
www.pluswert.de/bhv



Eine für alles...

Schließen Sie einfach die Privathaftpflicht-, Cyber oder Inhaltsversicherung mit ein.



WIRTSCHAFTSDIENST DER
DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

 pluswert

Seit über 20 Jahren auf Ihre Berufsgruppe spezialisiert.

Lea Charlotte Bogatzki

Psychotherapeutische Regelversorgung für Geflüchtete

Weltweit sind über 80 Millionen Menschen auf der Flucht. Geflüchtete und Asylsuchende sind oftmals stark belastet – die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung steht vor enormen Herausforderungen.

Die Zahl der Geflüchteten und Vertriebenen war noch nie so hoch wie heute (UNHCR, 2021). Unfreiwillige Migration, aufgrund von Flucht vor Krieg, Verfolgung und Gewalt, geht mit einem erhöhten Morbiditätsrisiko für psychische Erkrankungen einher (Böttche et al., 2016). Bis heute gibt es keine verlässlichen Zahlen körperlicher und/oder seelischer Erkrankungen von Asylbewerber*innen (Schouler-Ocak, 2015). Expert*innen der Nationalen Akademie der Wissenschaften

Unfreiwillige Migration geht mit einem erhöhten Morbiditätsrisiko für psychische Erkrankungen einher.

Leopoldina schätzen, dass 50 % der in den letzten Jahren nach Deutschland gekommenen Geflüchteten traumabedingte psychische Störungen haben und dass etwa 25 % professioneller psychotherapeutischer Hilfe bedürfen (Nationale Akademie der Wissenschaften, 2018). Prinzipiell lassen sich bei Geflüchteten drei Phasen von spezifischen Stressoren unterscheiden (Abbott, 2016): vor der Flucht (Prä-Migration), während der Flucht (Migration) und nach Ankunft

im Aufnahmeland (Post-Migration, Exilphase). Das kumulative Erleben dieser Stressoren hängt mit der Chronifizierung von psychischen Störungen zusammen (Nickerson et al., 2011). Anhaltende psychische Belastung ist begleitet von negativen Folgen wie sozialer Isolation, Schwierigkeiten beim Spracherwerb und Exklusion von Maßnahmen, welche die gesellschaftliche Integration erschweren (Abbot, 2016). Die körperliche und mentale Gesundheit der Geflüchteten hat eine enorme gesellschaftliche Relevanz für gelingende Integration (Schneider et al., 2017). In einem sich gegenseitig beeinflussenden Prozess hat aber auch die psychologische Akkulturation der Geflüchteten einen entscheidenden Einfluss auf die mentale Gesundheit. Akkulturation prägt die Anpassung, Adaption und Teilnahme an gesellschaftlichen Strukturen und das generelle Gesundheitsverhalten (Andreeva et al., 2009). Gelingende Akkulturation wird in positiven Zusammenhang körperlicher und psychischer Gesundheit gebracht (Jorgenson & Nilsson, 2021).

im Aufnahmeland (Post-Migration, Exilphase). Das kumulative Erleben dieser Stressoren hängt mit der Chronifizierung von psychischen Störungen zusammen (Nickerson et al., 2011). Anhaltende psychische Belastung ist begleitet von negativen Folgen wie sozialer Isolation, Schwierigkeiten beim Spracherwerb und Exklusion von Maßnahmen, welche die gesellschaftliche Integration erschweren (Abbot, 2016). Die körperliche und mentale Gesundheit der Geflüchteten hat eine enorme gesellschaftliche Relevanz für gelingende Integration (Schneider et al., 2017). In einem sich gegenseitig beeinflussenden Prozess hat aber auch die psychologische Akkulturation der Geflüchteten einen entscheidenden Einfluss auf die mentale Gesundheit. Akkulturation prägt die Anpassung, Adaption und Teilnahme an gesellschaftlichen Strukturen und das generelle Gesundheitsverhalten (Andreeva et al., 2009). Gelingende Akkulturation wird in positiven Zusammenhang körperlicher und psychischer Gesundheit gebracht (Jorgenson & Nilsson, 2021).





Ausgangslage: Aktuelle Versorgungsstruktur für Geflüchtete unter dem Aspekt psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung

Finanzierung

Der Verfahrensstand des Asylprozesses ist maßgebend für den medizinischen Leistungsanspruch eines Flüchtlings (Liedl et al., 2016, S. 23). Während der ersten 15 Monate ist auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) das Sozialamt Kostenträger der Gesundheitsleistungen. Nach § 4 des AsylbLG werden die Kosten der Behandlung bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen übernommen. Um Zugang zu einer ärztlichen Behandlung zu erlangen, müssen die Betroffenen einen Behandlungsschein anfordern. In der Bewil-

Der Verfahrensstand des Asylprozesses ist maßgebend für den medizinischen Leistungsanspruch eines Flüchtlings.

ligungspraxis variiert die Ausstellung dieser Scheine stark. Die unbestimmte Definition und undifferenzierte Auslegung der Rechtsbegriffe „Schmerzzustände“ und „akut“ führen in der Praxis regelmäßig zu Verunsicherung (BPtK, 2015). Wenn die Voraussetzungen für § 4 nicht erfüllt werden, kann möglicherweise eine Behandlung über § 6 AsylbLG erfolgen. Voraussetzung für diese „sonstigen Leistungen“ ist, dass sie „im Einzelfall zur Sicherung (...) der Gesundheit unerlässlich“ sind, und eine Nicht-Behandlung zu Folgeerkrankungen, Chronifizierung oder einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt. Nach Ablauf von 15 Monaten erhalten Geflüchtete mit einer Aufenthaltsgestattung Anspruch auf das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, die jeweilige Krankenkasse erhält von den zuständigen Sozialbehörden die Kosten erstattet (Böttche et al., 2016). Geflüchtete mit Aufenthaltserlaubnis werden gesetzlich krankenversichert, allerdings werden keinerlei Sprachmittlungskosten von der Kasse übernommen (Baron & Flory, 2020). Die Komplexität der Finanzierungsmodelle führt in der Praxis nicht selten zu großen Schwierigkeiten.

Aktuelle Versorgungslage und Versorgungsdefizite

Das Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung für Geflüchtete ist auf internationaler Ebene durch verschiedene Abkommen und Konventionen geschützt. Dennoch besteht große Diskrepanz zwischen Bedarf und praktischem Zugang zur Versorgung (Böttche et al., 2016; BPtK, 2015). Spezialisierte Zentren, vor allem die Mitglieder der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BafF), leisten aktuell einen großen Anteil psychotherapeutischer Versorgung. Von den bundesweit 42 spezialisierten Zentren wird jedoch nur ein kleiner Teil der psychisch belasteten Zielgruppe versorgt. Jährlich werden bundesweit in den Zentren zwar etwa 22.700 Personen versorgt, über 7.600 Personen können jedoch nicht versorgt werden. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz betragen

durchschnittlich sieben Monate, in fast 30 % der Zentren sogar zwischen neun und 18 Monaten (Baron & Flory, 2020, S. 93). Analysen der Barmer zeigen zudem, dass Geflüchtete mit elektronischer Gesundheitskarte trotz eines höheren Bedarfs 70 % weniger kassenfinanzierte Psychotherapie in Anspruch nehmen als nichtgeflüchtete Versicherte (Bauhoff & Göppfarth, 2018).

Eine Vielzahl an Barrieren erschweren Asylsuchenden und Flüchtlingen den Zugang zum deutschen Regelversorgungssystem. Schneider (2017) unterscheidet individuelle, strukturelle und soziale Komponenten, die im Zusammenspiel dazu führen, dass Hilfsbedürftige nicht adäquat behandelt werden. Hierzu zählen kulturelle und sprachliche Herausforderungen, fehlende Finanzierungsregelungen für Sprachmittlung, individuelle und institutionelle Stigmatisierungen oder fehlendes Wissen über psychiatrische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten. Befragungen zeigen zudem, dass auch Niedergelassene Schwierigkeiten bei der Versorgung dieser Gruppe erleben, die von Wissensdefiziten über administrative Hürden, bis hin zu praktischen Barrieren reichen (Hausmann, 2019). Die BPtK sieht ein großes Defizit in der Gewährung und Begutachtung von Psychotherapie nach AsylbLG, das einen großen Entscheidungs- und Ermessensspielraum offenlässt. Die aktuelle Ablehnungsquote für Psychotherapie-Anträge im Rahmen des AsylbLG durch die Sozialbehörden liegt bei 41 % (zum Vergleich: 5,9 % bei gesetzlich krankenversicherten Patient*innen; Baron & Flory, 2020, S.117). Es wird deutlich, dass das spezialisierte Versorgungssystem aktuell nicht über ausreichenden Ressourcen verfügt und das Regelversorgungssystem nicht im erwartbaren Umfang genutzt werden kann.

Eine Vielzahl an Barrieren erschweren Asylsuchenden und Flüchtlingen den Zugang zum deutschen Regelversorgungssystem.

Lösungsansätze

Um den Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung bei limitierten Ressourcen kultursensibel und bedarfsgerecht decken zu können, werden gestufte Versorgungsmodelle, wie sie bereits in der Not- und Entwicklungshilfe Anwendung finden, diskutiert (Bajbouj et al., 2018; Elbert et al., 2017). Stepped-and-collaborative-care-Modelle verfolgen den Ansatz, zunächst eine allgemeine, niederschwellige Versorgung zu gewährleisten und erst bei manifesten Erkrankungen intensivere Interventionen durchzuführen (stepped care). Dabei soll die Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen unter Einschluss von Nichtspezialist*innen und Peers hin zu einer integrativen Versorgungsform gefördert werden (collaborative care; Bohus & Missmahl, 2017).

Vorstellung des Modellprojekts

Im Zuge der Reformbemühungen entstand 2017 im Landkreis Konstanz ein Modellprojekt mit dem Ziel, psychisch belastete Geflüchtete besser in die Regelversorgung zu integrieren. Das in Kooperation zwischen vivo international e.V. und der Universität Konstanz unter der Federführung von Dr. Michael Odenwald entwickelte Projekt fokussiert sich auf einen Landkreis als kommunale Verwaltungseinheit mit einheitlicher Auslegung des AsylbLG und beinhaltet zwei Komponenten, die **Koordinierte Versorgung** und der **koordinierte Einsatz von trainierten Peers** (Gesundheitspat*innen). Das Konzept ist ausschließlich auf strukturelle Aspekte der Versorgung fokussiert und inhaltlich offen für alle Verfahrensausrichtungen, Therapietechniken

und Berufsgruppen. Die erste Komponente zielt darauf ab, die bestehenden Akteure der Regelversorgung (1) zu vernetzen (Vermittlung von geeigneten Patient*innen auf freie Therapieplätze, Organisation von Mitbehandlungen, Kooperation mit Gesundheitspat*innen), (2) sie ressourcetechnisch und administrativ bei der Arbeit mit der Zielgruppe zu unterstützen (Antragsstellung, Sprachmittlerservice) und (3) gegenüber den Landkreisbehörden (Kostenträger nach AsylbLG) zu vertreten, sowie (4) inhaltlich zu qualifizieren und zu begleiten (Fortbildungen und Intervisionen). Die zweite Komponente führt Gesundheitspat*innen als neuen Baustein in die Versorgung ein (siehe Abbildung 1).

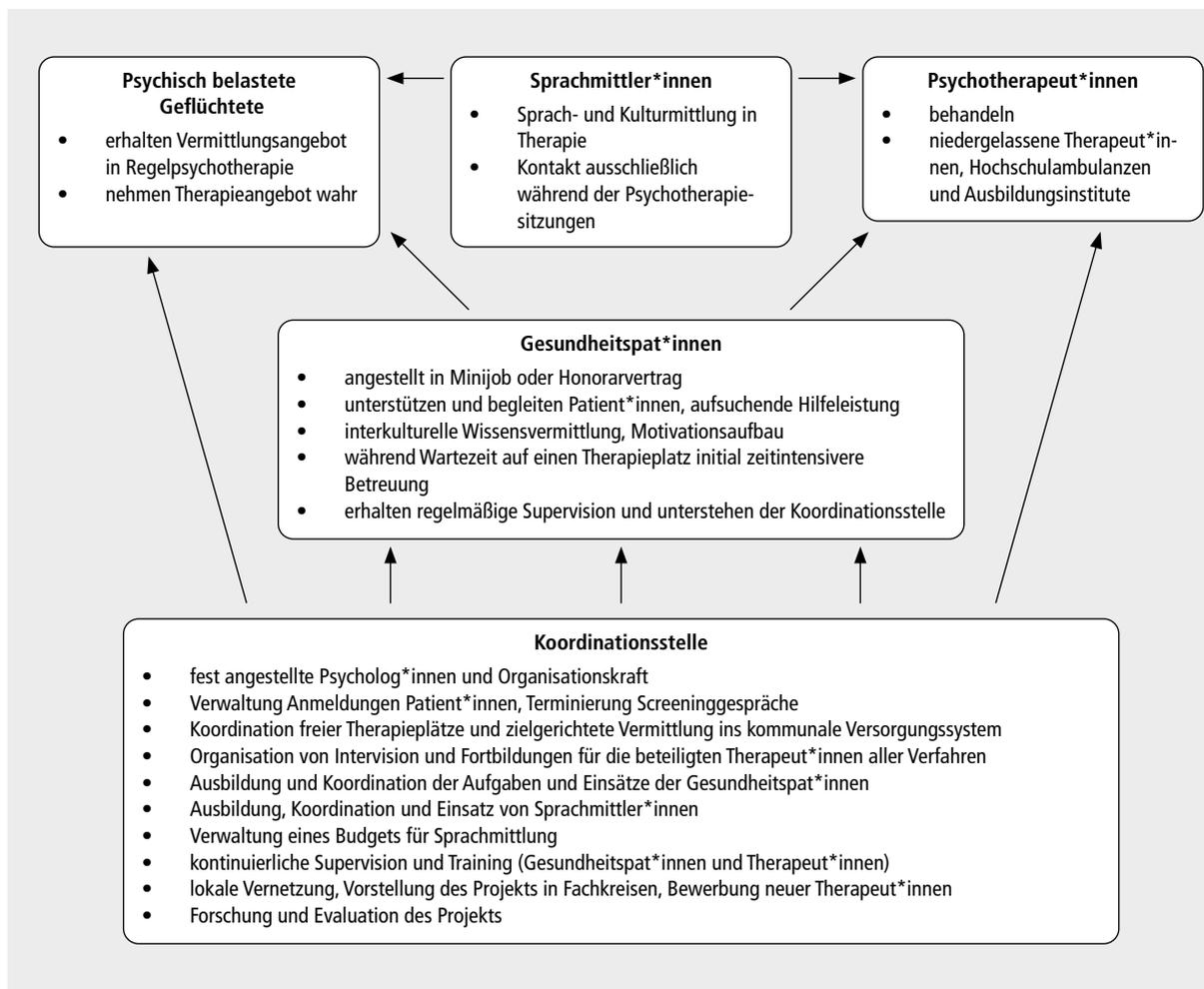


Abbildung 1: Die Abbildung zeigt den strukturellen Aufbau des Projekts. Fachkräfte der Koordinationsstelle führen initiale Screeningsgespräche durch und vermitteln zielgenau in die kommunale Versorgung. Trainierte, psychisch stabile und aus den Herkunftsregionen der Geflüchteten stammende Peers betreuen unter Supervision je einen bis fünf Geflüchtete über einen längeren Zeitraum von der Aufnahme ins Projekt, über die Wartezeit bis zum Beginn der Psychotherapie und währenddessen. Die konzeptionelle Abgrenzung zu den Sprachmittler*innen ist dabei elementar. Ziel ist es, den Geflüchteten eine Brücke in das Regelversorgungssystem zu bauen. Die Betreuung durch die Gesundheitspat*innen ist zu Beginn oft zeitintensiver und reduziert sich sobald die Patient*innen die Psychotherapie selbstständiger und eigenverantwortlicher wahrnehmen.



Begleitforschung und Evaluierung

In einer Machbarkeitsstudie wurde untersucht, ob die inhaltlich heterogene und rein auf strukturelle Aspekte fokussierte Intervention messbare Effekte bei den Patient*innen zeigt und wie die Gesundheitspat*innen als Nichtprofessionelle die psychischen Belastungen dieser Arbeit verkraften. Die Patient*innen wurden in eine unkontrollierte Längsschnittstudie involviert, bei der die Inanspruchnahme der vermittelten psychotherapeutischen Behandlungen, die Veränderung der psychischen Symptomatik, das Funktionsniveau, die Lebensqualität und Akkulturation erfasst wurden. Die psychische Beanspruchung und die berufliche Lebensqualität der Gesundheitspat*innen wurde nach einem Jahr Projektarbeit mittels der „Professional Quality of Life Scale“ (ProQOL; Stamm, 2010) erhoben. In der Pilotauswertung nach circa vier Monaten Projektteilnahme wurde eine Stichprobe von 15 Patient*innen eingeschlossen. Die Patient*innen, zwölf Männer und drei Frauen kommen aus den Herkunftsländern Afghanistan, Iran, Irak und Syrien (Alter 18 bis 39 Jahre). Sie hatten seit Aufnahme ins Projekt insgesamt neun (SD = 6.49) Sitzungen erhalten. Die Daten bestätigen die erwartete hohe, überdurchschnittliche psychische Belastung der Geflüchteten zum Zeitpunkt des Erstgesprächs (SCL-27-M = 1.86; SD = 0.53) und die starke Funktionsbeeinträchtigung (WSAS-M = 4.95; SD = 1.68). Im Längsschnitt zeigte sich eine Tendenz zur Abnahme der Symptomwerte (SCL-27: $p = .561$, $d = 0.15$) und eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit (WSAS: $p = .082$; $d = 0.50$). Die Untersuchung der Gesundheitspat*innen ergibt nach einem Jahr eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Zufriedenheit mit der Arbeit, sowie ein niedriges Burnoutlevel und geringe Werte für sekundären traumatischen Stress. Aktuell werden die Daten aller Patient*innen, die 2017 bis 2020 vom Projekt begleitet wurden, ausgewertet.

Diskussion

In einer vorläufigen Auswertung zeigten sich positive Effekte: Die vom Projekt begleiteten Therapien zeigten eine hohe Wahrnehmungs- und unauffällige Abbruchrate, die Symptombelastung und die Funktionsfähigkeit entwickelten sich in eine positive Richtung und die beteiligten Gesundheitspat*innen waren durch ihre Arbeit nicht belastet. Gerade auf dem Hintergrund, dass der Symptomverlauf unbehandelter Geflüchteter in Richtung einer weiteren Verschlechterung geht (siehe Kaltenbach et al., 2018), sprechen diese kleinen positiven Effekte für die Qualität der Therapieangebote in der Regelversorgung. Zur besseren Einordnung der Ergebnisse ist ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign erforderlich. Durch die verfahrens-, technik- und theorieoffene Konzeption des Projekts sind hochausgebildete Expert*innen verschiedener, wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren beteiligt, die selbstverantwortlich über das indizierte Vorgehen entscheiden. Dies führt zu einer Heterogenität der psychotherapeutischen Interventionen und in der wissenschaftlichen Evaluierung zu methodischen Problemen (vor allem mit interner Validität). Die Erfolge des Projekts sollten jedoch nicht allein auf der quantitativen Ebene beurteilt werden. Auch die Therapeut*innen beschrieben ihre Erfahrungen mit einer Interventionsgruppe, in der sich Expert*innen unterschiedlicher Aus- und Fortbildungshintergründen gemeinsam der Herausforderung stellten, schwer traumatisierte Menschen aus einem anderen kulturellen Hintergrund zu behandeln, als überaus bereichernd. Daher soll die qualitative Forschung im weiteren Projektverlauf eine größere Rolle spielen. Im Kasten stehen Implikationen und Handlungsvorschläge, die sich aus den Erfahrungen und ersten Ergebnissen des Projekts ergeben.

Implikationen

- Aufbau und Ausbau von koordinierter Versorgung für Geflüchtete mit psychischen Problemen auf kommunaler Ebene
- Förderung der Vernetzung und interdisziplinären Zusammenarbeit
- Ausbildung und Einsatz von trainierten Gesundheitspat*innen in der Regelspsychotherapie
- Aufbau von kommunalen Budgets für Sprachmittlung in der Therapie psychisch belasteter Geflüchteter



Psychotherapie kreativ gestalten: 7000 Arbeitsblätter online

Ausblick und Fazit

Das Projekt wird aktuell durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der europäischen Union in Kooperation mit der Universität Konstanz sowie dem Verein vivo international e.V. finanziert. In diesem Rahmen wird eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt mit dem Ziel, die Effektivität des Ansatzes auf unterschiedlichen Ebenen zu evaluieren. Gleichzeitig soll eine Zusammenstellung aller Trainings- und Konzeptmaterialien erfolgen.

Gelingende Integration setzt psychische Gesundheit voraus. Mentale Gesundheit führt nicht nur zur Reduktion des individuellen Leids, sondern ist auch von enormer sozialer und gesellschaftlicher Relevanz. Das hier beschriebene Projekt bildet Grundlage für weitere innovative und nachhaltige Projekte und Studien mit dem Ziel, Geflüchteten einen diskriminierungsfreien Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit zu gewährleisten.



Das Literaturverzeichnis
finden Sie online unter
[www.psychotherapie-
aktuell.de](http://www.psychotherapie-aktuell.de).



**Jetzt 30 Tage
kostenfrei testen**

Fotos © Gettyimages

Auf psychotherapie.tools erhalten Sie Zugriff auf 7.000 Arbeits- und Infoblätter für Patient_innen, die Arbeit mit Angehörigen und für die Therapieplanung zu:

- KVT, Systemische Therapie, Schematherapie, Dialektisch-behaviorale Therapie, Metakognitive Therapie, lösungsorientierte Therapie, ACT, CBASP uvm.
- **Ganz neu** sind die Materialien zu Selbstwert, Posttraumatische Belastungsstörungen, Emotionen, Borderline, Bipolare Störung

Sie wollen psychotherapie.tools kennenlernen?

Registrieren Sie sich jetzt und testen Sie 30 Tage kostenlos – im Probemonat erhalten Sie dafür ein Startguthaben für Ihre ersten Arbeitsblätter.

Weitere Informationen
www.psychotherapie.tools



Lea Charlotte Bogatzki

M.Sc., Koordinatorin des Integrationsprojekts für psychisch belastete Geflüchtete und Doktorandin an der Universität Konstanz unter der Leitung von Dr. Michael Odenwald und Prof. Dr. Daniela Mier. Parallel Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin an der Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie.

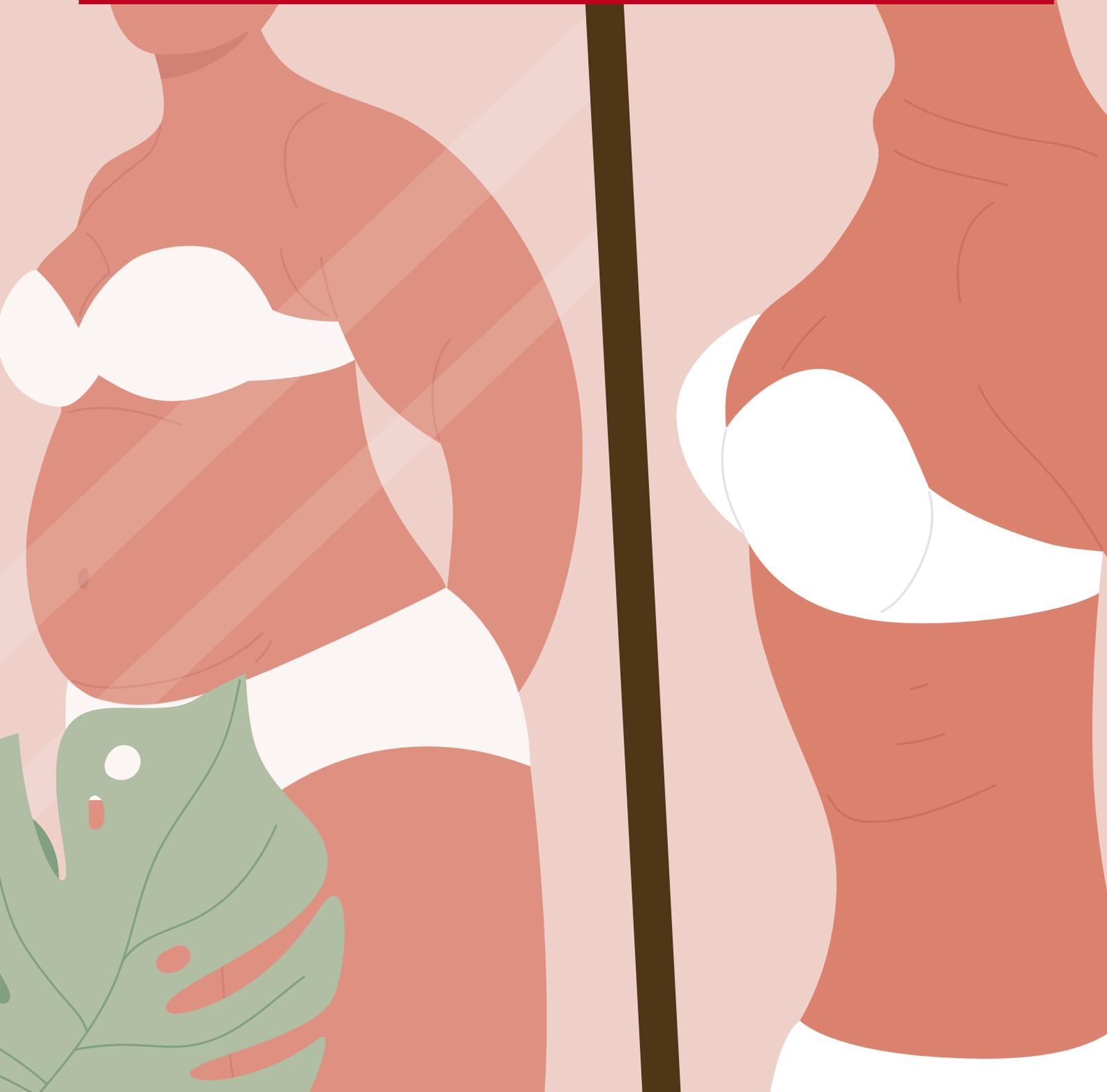


**PSYCHOTHERAPIE.
TOOLS**

Eine Marke von **BELTZ**

Kurz gefasst

Ein Kernsymptom der Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa ist die Körperbildstörung. Hierunter wird die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers als zu dick oder unförmig verstanden, mit der typischerweise dysfunktionale körperbezogene Gedanken und Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen einhergehen. Ein negatives Körperbild bei Frauen steht zahlreichen Studien zufolge mit einer eingeschränkten oder problematischen Sexualität in Zusammenhang. Auch zeigte sich in Untersuchungen, dass Frauen mit Essstörungen signifikant häufiger unter sexuellen Problemen und Funktionsstörungen leiden als gesunde Frauen. Körperbildspezifische Behandlungsansätze, die im Essstörungskontext eingesetzt werden, können sich eventuell positiv auf das sexuelle Erleben und Verhalten der Patientinnen auswirken, wobei entsprechende Befunde noch ausstehen.



Anika Bauer, Silja Vocks

Essstörungen und Sexualität – Welche Rolle spielt das gestörte Körperbild?

Die Essstörungen Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) sind schwerwiegende psychische Erkrankungen, die vor allem junge Frauen betreffen (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Sie gehen oftmals mit erheblichen medizinischen Komplikationen und psychosozialen Folgeproblemen einher und weisen in beträchtlicher Zahl chronische Verläufe auf (vgl. Friederich, 2015; Cardi, Tchanturia & Treasure, 2018; Steinhausen, 2009). Kernmerkmal der AN ist ein starkes Untergewicht, das von den betreffenden Personen aktiv, beispielsweise durch eine sehr restriktive Nahrungsaufnahme oder exzessives Sporttreiben, herbeigeführt wird. Bei der BN stellt das Auftreten wiederkehrender Essanfälle mit anschließendem Erbrechen oder anderen kompensatorischen Maßnahmen, die einer Gewichtszunahme entgegenwirken sollen (beispielsweise die missbräuchliche Verwendung von Medikamenten wie Laxantien, Diuretika oder Appetitzüglern), das zentrale Merkmal dar. Dieses sogenannte Binge Eating/Purging-Verhalten kann auch bei Patientinnen mit AN auftreten, die entsprechend der jeweils vorherrschenden Symptomatik verschiedenen AN-Subtypen zugeordnet werden. Ein wichtiges gemeinsames Charakteristikum von AN und BN ist die ausgeprägte Sorge um Figur und Gewicht beziehungsweise deren übermäßiger Einfluss auf die Selbstbewertung (American Psychiatric Association, 2013). Diese sogenannte Körperbildstörung ist zahlreichen Studien zufolge ein zentraler Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörungssymptomatik (z. B. Keel & Forney, 2013; Kearney-Cooke & Tieger, 2015).

Körperbildstörungen bei Essstörungen

Das gestörte Körperbild bei Personen mit Essstörungen kann sich auf vielfältige Art manifestieren. Hierbei werden verschiedene Komponenten unterschieden, die einander wechselseitig beeinflussen und verstärken können – die perzeptive, die kognitiv-affektive und die behaviorale Komponente des Körperbildes (vgl. Glashouwer, van der Veer, Adipatria, de Jong & Vocks, 2019). Die perzeptive Komponente beschreibt die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers, die – zumeist im Sinne einer Überschätzung des Körperumfangs – sowohl Patientinnen mit AN als auch BN aufweisen (siehe Mölbert et al., 2017). Aktuelle Forschungsbefunden zufolge steht die Entstehung dieser unrealistischen Körperwahrnehmung mit verzerrten Aufmerksamkeitsprozessen in Zusammenhang (vgl. Kerr-Gaffney, Harrison, Tchanturia, 2019; Aspen, Darcy & Lock, 2013). Beispielsweise zeigte eine Blickbewegungsstudie an weiblichen Jugendlichen mit Essstörungen, dass diese im Vergleich zu gleichaltrigen Kontrollprobandinnen eine verstärkte Zuwendung der Aufmerksamkeit hin zu den Bereichen ihres Körpers aufwiesen, die sie als besonders unattraktiv bewerteten (Bauer et al., 2017). Untersuchungen an erwachsenen Frauen mit Essstörungen oder ausgeprägter Körperunzufriedenheit wiesen ebenfalls auf eine einseitige, defizitorientierte Betrachtungsweise des eigenen Körpers hin (z. B. Tuschen-Caffier et al., 2015; Jansen, Nederkoorn & Mulken, 2005). Diese Fokussierung auf negativ empfundene Bereiche oder Aspekte der eigenen äußeren Erscheinung begünstigt die Entstehung eines entsprechend negativen Körperbildes, da die positiven körperbezogenen Informationen vernachlässigt und somit nicht zur mentalen Konstruktion des Körperbildes herangezogen werden.

Hierbei werden verschiedene Komponenten unterschieden, die einander wechselseitig beeinflussen und verstärken können – die perzeptive, die kognitiv-affektive und die behaviorale Komponente des Körperbildes.

Die kognitiv-affektive Komponente des gestörten Körperbildes umfasst dysfunktionale körperbezogene Gedanken, Einstellungen und Gefühle hinsichtlich des eigenen Körpers (vgl. Glashouwer et al., 2019). Dysfunktionale körperbezogene Kognitionen können sich beispielsweise in Form automatischer Gedanken (z. B. „Alle schauen auf meinen dicken Po, wenn ich vor ihnen entlanglaufe“; „Alle anderen sind dünner als ich“) als auch Grundannahmen (z. B. „Nur wer perfekt aussieht, wird von anderen akzeptiert“) manifestieren. In der bereits zitierten Blickbewegungsstudie an jugendlichen Patientinnen mit Essstörungen zeigte sich, dass das Ausmaß der Körperunzufriedenheit in signifikantem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Defizitorientierung bei der Körperbetrachtung stand, d. h., je länger unattraktiv bewertete Körperbereiche angeschaut wurden, desto ausgeprägter war auch die unmittelbar berichtete subjektive Körperunzufriedenheit (Bauer et al., 2017). Dieser Befund untermauert die Annahme, dass die bei Essstörungen typischen körperbezogenen Kognitionen durch verzerrte Aufmerksamkeitsprozesse bedingt sein könnten (siehe dazu auch Smeets et al., 2011; Tuschen-Caffier et al., 2015). In engem Zusammenhang mit dysfunktionalen körperbezogenen Gedanken und Einstellungen stehen negative körperbezogene Gefühle wie beispielsweise Traurigkeit, Wut, Ekel oder Angst. Dass die Betrachtung des eigenen Körpers mit negativen Gefühlen einhergeht, ist oftmals auch bei gesunden Personen zu beobachten, bei Patientinnen mit Essstörungen allerdings zahlreichen Studien zufolge signifikant stärker ausgeprägt (z. B. Trentowka, Bender & Tuschen-Caffier, 2012; Vocks, Legenbauer, Wächter, Wucherer & Kosfelder, 2007).



Die behaviorale Komponente des gestörten Körperbildes umfasst sogenanntes körperbezogenes Kontrollverhalten (Body Checking) und körperbezogenes Vermeidungsverhalten (Body Avoidance; vgl. Glashouwer et al., 2019). Unter Body Checking werden Verhaltensweisen wie das sehr häufige Wiegen, Überprüfen des eigenen Aussehens im Spiegel oder das Abmessen des Umfangs bestimmter Körperbereiche verstanden. Body Avoidance beinhaltet vor allem das Vermeiden von Situationen oder Verhaltensweisen, in denen der eigene Körper sich selbst oder anderen Personen gegenüber exponiert und einer Bewertung ausgesetzt wird. Die Betroffenen vermeiden beispielsweise Schwimmbad-, Strand- oder Saunabesuche, tragen oftmals lange, weite und auffällige Kleidung, verhängen Spiegel und umgehen verschiedenste Aktivitäten, die mit körperlicher Nähe assoziiert sind. Hierzu können auch Intimität und sexuelle Aktivität zählen. Beide Verhaltensmuster tragen zur Stabilisierung des gestörten Körperbildes bei, da sie korrigierende Erfahrungen und Wahrnehmungen verhindern beziehungsweise dysfunktionale Einstellungen über Figur, Gewicht und das eigene Aussehen und damit auch das gestörte Essverhalten verstärken (vgl. Nikodijevic, Buck, Fuller-Tyszkiewicz, de Paoli & Krug, 2018).

Körperbildstörungen und Sexualität

Zahlreiche Studien zur weiblichen Sexualität zeigen, dass die Einstellung zum eigenen Körper eine entscheidende Rolle hinsichtlich der subjektiv empfundenen sexuellen Zufriedenheit spielt (vgl. Castellini, Lelli, Ricca & Maggi, 2016). Beispielsweise zeigte eine große Befragungsstudie mit über 3.600 Teilnehmerinnen, dass Frauen, die mit ihrem Körper zufrieden sind, unter anderem über mehr sexuelle Initiative, Aktivität und Befriedigung sowie ein höheres Wohlbefinden

Ein hohes Maß an Körperunzufriedenheit ist wiederum nicht nur mit einer geringen sexuellen Zufriedenheit, sondern auch mit einem höheren Ausmaß sexueller Funktionsbeeinträchtigungen verbunden.

beim Exponieren des eigenen Körpers, zum Beispiel beim Entkleiden vor dem Partner, berichteten als Frauen, die mit ihrem Körper unzufrieden sind (Ackard, Kearney-Cooke & Peterson, 2000). Ein hohes Maß an Körperunzufriedenheit ist wiederum nicht nur mit einer geringen sexuellen Zufriedenheit, sondern auch mit einem höheren Ausmaß sexueller Funktionsbeeinträchtigungen verbunden (z. B. Pujols, Meston & Seal, 2010). Vor dem Hintergrund dieser Befunde nicht überraschend zeigen Untersuchungen an Frauen mit AN und BN, dass diese signifikant häufiger unter sexuellen Problemen und Funktionsstörungen leiden als Frauen ohne Essstörungen (Castellini et al., 2012; Tolosa-Sola et al., 2019).

Körperbildbezogene sexuelle Schwierigkeiten bei Frauen mit Essstörungen können sich wie folgt auf den verschiedenen Manifestationsebenen der Körperbildstörung abbilden: Typische dysfunktionale körperbezogene Gedanken in Zusammenhang mit sexueller Aktivität sind beispielsweise „Mein Körper ist nicht begehrenswert“ oder „Mein Partner/Meine Partnerin wird meinen Körper ablehnen, wenn er/sie mich nackt sieht“. Diese dysfunktionalen Kognitionen sind mit negativen emotionalen Zuständen wie Scham, Anspannung oder Angst verbunden. Auf behavioraler Ebene können sich damit assoziierte dysfunktionale körperbezogene Verhaltensweisen wie die Vermeidung von körperlicher Nähe und Intimität oder die Beschränkung der sexuellen Aktivität (zum Beispiel sexuelle Handlungen nur in völlig abgedunkelten Räumen, Vermeidung bestimmter Positionen) manifestieren (siehe La Rocque & Cioe, 2011 für den Zusammenhang zwischen sexueller Vermeidung und Körperbild). Das Vermeidungsverhalten kann sich wiederum stabilisierend auf das negative Körperbild auswirken, da zum einen korrigierende, den dysfunktionalen Grundannahmen widersprechende Erfahrungen (im Sinne von „Ich bin sexuell attraktiv“, „Mein Körper ist begehrenswert“) ausbleiben, zum anderen durch die affektreduzierende Wirkung des

Vermeidungsverhaltens dessen Relevanz und damit auch die dysfunktionalen Kognitionen (zum Beispiel „Ich muss meinen Körper verstecken“) untermauert werden (vgl. Williamson, White, York-Crowe & Stewart, 2004). Ein weiterer zentraler Aspekt, der im Sinne einer gedanklichen Kontrollhandlung sowohl der kognitiven als auch behavioralen Ebene des Körperbildes zugeordnet werden kann, ist das verstärkte Beobachten, Überprüfen und Bewerten des eigenen Körpers während der sexuellen Aktivität („Wie wirke ich gerade? Sehe ich dick aus?“ (z. B. Meana & Nunink, 2006, Pujols et al., 2010). Dieses aussehensbezogene Kontrollverhalten interferiert mit dem lustvollen Erleben der sexuellen Aktivität (vgl. Pujols et al., 2010). Positive, sinnliche körperbezogene Erfahrungen, die das Körperbild über die Dimensionen „Figur“ und „Gewicht“ hinaus erweitern und ausdifferenzieren könnten, bleiben aus, und dysfunktionale körperbezogene Einstellungen werden stabilisiert (vgl. Vocks, Bauer & Legenbauer, 2018).

Ein negatives Körperbild scheint jedoch nicht nur mit einer eingeschränkten Sexualität assoziiert zu sein, sondern scheint auch mit riskanten sexuellen Verhaltensweisen in Verbindung zu stehen. So zeigte sich in Untersuchungen an weiblichen Stichproben beispielsweise Zusammenhänge zwischen einem negativen Körperbild und dem unregelmäßigen Einsatz von Verhütungsmitteln sowie sexuellen Handlungen in Verbindung mit Substanzkonsum (z. B. Gillen, Lefkowitz & Shearer, 2006; Eisenberg, Neumark-Sztainer & Lust, 2005). Untersuchungen an Patientinnen mit Essstörungen deuten darauf hin, dass solche sexuell riskanten Verhaltensweisen mit Impulsivität und Problemen der Emotionsregulation in Verbindung stehen, welche vor allem bei Patientinnen mit Binge Eating/Purging-Symptomatik beschrieben wurden (für einen Überblick siehe Castellini et al., 2016).

<p>Kostenlose Video-Seminare 2021/22 mit RAin Düsing + RA Achelpöhler</p> <p>STUDIENPLATZ- KLAGE</p> <p>Mi 15. Dez. 2021 Mo 10. Jan. 2022 Mi 26. Jan. 2022 Beginn: jeweils 18 Uhr</p> <p>Nach rechtzeitiger Anmeldung per Mail erhalten Sie die Zugangsdaten.</p>	<p>MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN</p> <p>Partnerschaft von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten mbB</p> <p>Oststr. 2 · 48145 Münster Tel. 0251/5 20 91-19 duesing@meisterernst.de www.numerus-clausus.info</p>
---	---

Behandlung der Körperbildstörung

Obwohl sexuelle Schwierigkeiten eine häufige Begleiterscheinung von Essstörungen darstellen (Pinheiro et al., 2010), wurden sie in störungsspezifischen Interventionsstudien sowohl als Behandlungskomponente als auch als Outcome-Variable kaum berücksichtigt (vgl. Castellini et al., 2016). Aufgrund der umfangreichen Befundlage zum Zusammenhang von Körper(un)zufriedenheit und weiblicher Sexualität (Woertman & van den Brink, 2012; Castellini et al., 2016) ist allerdings anzunehmen, dass eine psychotherapeutische Behandlung der Körperbildstörung und eine damit einhergehende verbesserte Körperzufriedenheit sich auch auf das sexuelle Erleben und Verhalten der Patientinnen auswirken kann. Im Folgenden wird ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept zur Verbesserung des gestörten Körperbildes bei Essstörungen skizziert (Vocks et al., 2018).

Als erster Schritt in der Behandlung der Körperbildtherapie wird ein Störungsmodell erarbeitet (vgl. Vocks et al., 2018). Hierbei wird die Entstehung des negativen Körperbildes vor dem Hintergrund biografischer Erfahrungen und soziokultureller Einflüsse betrachtet. Zudem erfolgt eine Einordnung der individuellen körperbildspezifischen Symptome auf den verschiedenen Ebenen des gestörten Körperbildes, die wiederum die Anknüpfungspunkte für die psychotherapeutischen Interventionen darstellen. So wird beispielsweise mithilfe kognitiver Techniken wie der hedonistischen oder empirisch-logischen Disputation, Arbeit mit Modellen oder Perspektivwechseln (vgl. Wilken, 2018) eine Modifikation der dysfunktionalen körperbezogenen Gedanken und Grundannahmen angestrebt.

Ein zentraler Baustein der Körperbildtherapie, der an verschiedenen Manifestationsebenen des Körperbildes zugleich ansetzt und hinsichtlich seiner Wirksamkeit sehr gut untersucht ist, ist die Körperkonfrontation (z. B. Alleva, Sheeran, Webb, Martijn & Miles, 2015; Griffen, Naumann & Hildebrandt, 2018). Hierbei wird die Betrachtung des eigenen Körpers vor einem Ganzkörperspiegel systematisch angeleitet, wobei je nach Symptomatik verschiedene Vorgehensweisen gewählt werden können (für einen Überblick siehe Hartmann, Naumann, Vocks, Svaldi und Werthmann, 2021). Weitere Behandlungsbausteine der Körperbildtherapie umfassen den Abbau individuellen körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens sowie den Aufbau positiver, körperbezogener Aktivitäten. Hierbei geht es darum, Tätigkeiten (wieder) aufzunehmen, bei denen ein freudvolles, sinnliches Erleben des Körpers jenseits der Figur- und Gewichtsthematik im Vordergrund steht. Entsprechend der individuellen Situation und den Bedürfnissen der Patientin können in diesem Zusammenhang auch die Bereiche Intimität und Sexualität einbezogen werden (vgl. Vocks et al., 2018).

Fazit

Ein eingeschränktes oder problematisches sexuelles Erleben und Verhalten bei Frauen steht mit einem negativen Körperbild in Zusammenhang, wobei die Kausalität jedoch ungeklärt ist. Unbeantwortet ist auch die Frage, ob körperbildbezogene Interventionen, die im Rahmen einer Essstörungsbehandlung eingesetzt werden können, das sexuelle Erleben und Verhalten der Patientinnen direkt beeinflussen. Für die spezifische Therapie von komorbid auftretenden sexuellen Funktionsstörungen sei auf die entsprechenden Behandlungsansätze (z. B. Velten, 2018) verwiesen.



Dr. Anika Bauer

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin (VT). Seit 2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie, Fachgebiet Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Osnabrück. Forschungsschwerpunkte: Körperbild- und Essstörungen, körperbezogene Aufmerksamkeitsprozesse.



Prof. Dr. Silja Vocks

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin (VT). Seit 2011 Professorin am Institut für Psychologie, Fachgebiet Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Osnabrück. Forschungsschwerpunkte: Ess- und Körperbildstörungen und deren Behandlung.



Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapie-aktuell.de.

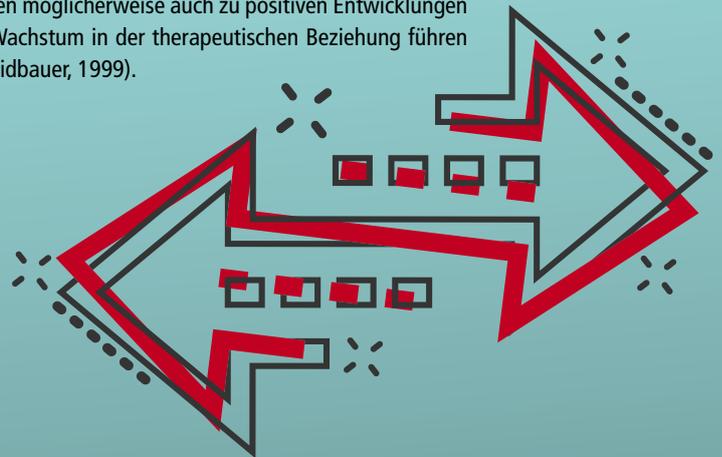


Hanna Lea Gröger, Markus Ullsperger, Tilmann A. Klein

Reversible Fehler in der Psychotherapie

Eine Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu reversiblen Fehlern im therapeutischen Geschehen.

Zunehmend steigt in den vergangenen Jahren das Forschungsinteresse an Risiken, Nebenwirkungen und auch Fehlern im psychotherapeutischen Geschehen (z. B. Abeling, Müller, Stephan, Pollmann & Zwaan, 2018; Gahleitner et al., 2014; Schwartze & Strauß, 2018). Vordergründig konzentrierte sich die empirische Forschung dabei auf Fehler schwerwiegender Art, wie Grenz- und Abstinenzverletzungen (Schleu, 2019) oder andere Wirkungen schädlicher Art (Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008). Reversible Fehler, die erkannt und korrigiert werden können, sind bisher nur selten Forschungsgegenstand. Dabei können reversible Fehler und der Umgang mit diesen möglicherweise auch zu positiven Entwicklungen im therapeutischen Prozess beziehungsweise zu Wachstum in der therapeutischen Beziehung führen (z. B. Casement, 2002; Rhode-Dachser, 1988; Schmidbauer, 1999).



Kurz gefasst

Im Rahmen einer Masterarbeit im Fach Psychologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (OvGU) wurden reversible Fehler im therapeutischen Geschehen aus der Perspektive 61 approbierter und angehender Psychologischer Psychotherapeut*innen untersucht. Die Online-Befragung wurde als quantitativ-qualitatives Forschungsprojekt ausgelegt. Daraus ging hervor, dass insbesondere interaktionelle Schwierigkeiten als fehlerbegünstigend erachtet werden. Fehler werden oft durch Selbstreflexion bewusst und lösen ein heterogenes emotionales Erleben aus. Häufig wird ein offener Umgang mit Fehlern berichtet und die Auswirkungen auf den therapeutischen Verlauf werden überwiegend positiv erlebt. Zunehmende Berufserfahrung kann zu mehr Offenheit und Gelassenheit im Umgang mit Fehlern führen. Die Weiterentwicklung von Befragungen dieser Art ermöglicht, das Verständnis um die Entstehung und den Umgang mit reversiblen Fehlern im therapeutischen Geschehen zu erweitern sowie den Fehler und seine Folgen als therapeutisches Werkzeug nutzbar zu machen.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, Reversible Fehler, Therapeutisches Geschehen, Online-Befragung

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Zielsetzung

Im Rahmen einer Masterarbeit im Fach Psychologie wurden reversible Fehler in der Psychotherapie untersucht. Das Ziel dieser Forschungsarbeit bestand darin, mithilfe einer Befragung die Entstehung, Wahrnehmung, Verarbeitung sowie den konkreten Umgang mit prinzipiell reversiblen Fehlern aus der Perspektive Psychologischer Psychotherapeut*innen zu erfassen. Fehler reversibler Art können beispielsweise eine Fehleinschätzung hinsichtlich der Belastbarkeit der therapeutischen Beziehung oder die Auswahl einer sich als ungeeignet erweisenden therapeutischen Technik sein. Fehler, die gegen moralische, rechtliche oder berufsethische Normen verstoßen, wurden in dieser Forschungsarbeit explizit ausgeschlossen.

Forschungsansatz, Datenerhebung und Auswertungsmethode

Auf der Grundlage einer ausführlichen Recherche zur Theorie und zum aktuellen Forschungsstand wurde ein teilstandardisierter Fragebogen mit offenen sowie geschlossenen Fragen entwickelt. Der kombiniert quantitativ-qualitative Charakter diente der Erfassung eines umfassenden Meinungsbilds. Die Erhebung der Fragebogendaten erfolgte online über die Software LimeSurvey. Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der Daten erfolgten nach aktuellen Richtlinien datenschutzrechtlicher- und ethischer Standards und wurde durch ein zustimmendes Votum der Ethikkommission der OvGU abgesichert (Studiennummer 121/20). Die Rekrutierung Psychologischer Psychotherapeut*innen erfolgte über die Kontaktaufnahme zur Deutschen Psychotherapeutenvereinigung und vier weiteren Institutionen. Diese stellten ihren Mitgliedern den Link zur Befragung zur Verfügung. Im Zeitraum vom 1. bis 30. September 2020 konnte an der Befragung teilgenommen werden. Aufgrund des explorativ-beschreibenden Charakters dieser Untersuchung wurde die Auswertung der Befragungsinhalte in eine quantitative Analyse der Fragen mit geschlossenem Antwortformat (mittels IBM SPSS 27) und eine qualitative Analyse der Fragen mit offenem Antwortformat (mittels Microsoft-Excel) aufgliedert.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung: Vier Psychologische Psychotherapeut*innen in Ausbildung und 57 approbierte Psychologische Psychotherapeut*innen nahmen an der Befragung teil (N = 61). Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Stichprobenmerkmale. Im Durchschnitt wurde eine Berufserfahrung von M = 18.69 Jahren berichtet (SD ± 10.68; Spannweite 1 bis 45 Jahre). Die über die Angaben der Stichprobe berechnete durchschnittliche wöchentliche psychotherapeutische Arbeitszeit betrug M = 22.75 Stunden (SD ± 8.06; Spannweite = 5 bis 40 Std.).

Tabelle 1: Stichprobenmerkmale

Merkmale (N = 61)	n	%
Berufsbezeichnung		
Psychologische*r Psychotherapeut*in	57	93,4
Psychologische*r Psychotherapeut*in in Ausbildung	4	6,6
Therapieverfahren		
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TFP)	10	16,4
Analytische Psychotherapie (AP)	9	14,8
Verhaltenstherapie (VT)	40	65,6
Systemische Therapie (ST)	2	3,3
Arbeitsverhältnis		
Anstellung	11	18,0
Selbstständigkeit	45	73,8
Anstellung und Selbstständigkeit	5	8,2
Überwiegendes Behandlungssetting		
ambulant	52	85,2
stationär	8	13,1
teil-stationär	1	1,6
Supervisorische Tätigkeit¹		
Ja	14	23,0
Nein	46	75,4

Anmerkungen: N = Größe Gesamtstichprobe, n = Größe Teilstichprobe

¹ Frage von einer Person nicht beantwortet



Entstehung von Fehlern: Durchschnittlich wurde eine wöchentliche **Fehlerhäufigkeit** von $M = 3.38$ ($SD \pm 3.85$; Spannweite = 0.2 bis 27 Fehler) berichtet. Hinsichtlich **fehlerbegünstigender Faktoren** (Codierung 1= gar nicht bis 5 = sehr fehlerbegünstigend) wurden interaktionelle Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung am höchsten als ziemlich ($Mdn = 4.00$) fehlerbegünstigend angegeben. Als teilweise ($Mdn = 3.00$) fehlerbegünstigend wurden beispielsweise tagesformbedingte Einschränkungen der Therapeut*innen oder fehlende Motivation/Therapiebereitschaft der Patient*innen eingeschätzt.

Bewusstwerden und emotionale Reaktion auf Fehler: Hinsichtlich des **Bewusstwerdens** von Fehlern (Codierung 1.00 = nie bis 5.00 = immer) stellte sich heraus, dass Fehler oft ($Mdn = 4.00$) durch Selbstreflexion, gelegentlich ($Mdn = 3.00$) durch Supervision und selten ($Mdn = 2.00$) durch die Mitteilung der Patient*innen bewusst werden. Bezüglich des **emotionalen Erlebens** (Codierung 1.00 = gar nicht bis 5.00 = sehr) ließ sich in den Antworten ein heterogenes Bild erkennen, das emotionale Erleben variierte. Ärger, Scham, Niedergeschlagenheit und Angst werden intensiver erlebt ($Mdn = 3.00$) als Trauer und Freude ($Mdn = 2.00$).

Umgang mit Fehlern: In Hinblick auf die **Art und Weise mit Fehlern umzugehen** (Codierung 1.00 = nie bis 5.00 = immer), wurde am häufigsten ein offenes und direktes Ansprechen der Fehler vor den Patient*innen berichtet ($Mdn = 4.00$). Selten ($Mdn = 2.00$) werden Fehler gar nicht angesprochen. Insbesondere die therapeutische Beziehung, das Störungsbild und individuelle Eigenschaften der Patient*innen ($Mdn = 4.00$) bedingen den Umgang mit Fehlern (Codierung 1.00 = überhaupt nicht - bis 5.00 = sehr davon abhängig).

Auswirkungen des Fehlerumgangs auf den therapeutischen Verlauf: Hinsichtlich der Auswirkungen unterschiedlicher Fehlerumgangsweisen unterschieden wir zwischen einem **offenen direkten** Ansprechen von Fehlern und einem **nicht direkten** Ansprechen (zum Beispiel Fehler in Supervision oder mit Kolleg*innen ansprechen). Für einen **offenen sowie einen nicht-direkten Umgang** mit Fehlern (Codierung 1.00 = nie bis 5.00 = immer) wurden über die Stichprobe hinweg selten ($Mdn = 2.00$) negative Konsequenzen berichtet. Sowohl ein offener als auch ein weniger direkter Umgang kann zu positiven Auswirkungen führen.

Entwicklung des individuellen Fehlerumgangs: Hinsichtlich **Veränderungen des Umgangs mit Fehlern über die Berufserfahrung** (Codierung 1.00 = stimme überhaupt nicht zu bis 5.00 = stimme sehr zu) wurde überwiegend mehr Gelassenheit und Offenheit im Umgang und der Kommunikation von Fehlern berichtet ($Mdn = 4.00$). Weitere frei formulierte Entwicklungen betrafen beispielsweise Veränderungen des Verhaltens durch die produktivere Nutzbarmachung von Fehlern und emotionale Veränderungen durch die Abnahme von Angst oder Scham.

CGM SOUL

Informationssystem für Psychotherapeuten



CGM SOUL

GKV-konforme Praxissoftware für Psychotherapeuten

Jetzt zusammen mit dem TI-Anschluss bestellen und exklusiven Rabatt sichern:
cgm.com/soul-ti

Unsere Praxissoftware CGM SOUL wird allen Ansprüchen Ihres psychotherapeutischen Alltags gerecht:

- Abrechnung von Privat- und GKV-Leistungen
- Übersichtlichkeit und automatische Aktualisierung aller Therapiedaten
- Ausfüllhilfen, Erinnerungsfunktionen und automatische Prüfungen

Bestellen Sie CGM SOUL gemeinsam mit dem Anschluss an die TI und **sparen Sie bis zu 200 Euro***.

cgm.com/soul

*Änderungen vorbehalten.

CGMCOM-14587_SOL_1021_NME



**CompuGroup
Medical**

Diskussion

Interpretation und Einordnung der Ergebnisse: Vergleichbar zu anderen Studien (z. B. Frenzl, Gawlytta, Schleu & Strauß, 2020) zeichnet sich in unserer Stichprobe eine breite Häufigkeitsspanne von berichteten Fehlern ab. Die Ursachen dafür könnten in der theoretischen Konzeption verschiedener Fehlerarten (vgl. Schigl & Gahleitner, 2013) sowie methodenspezifischen Aspekten einer Therapie begründet sein (Hutterer-Krisch, 1996). Möglicherweise legen die befragten Therapeut*innen unterschiedliche Definitionen eines Fehlers ihrer jeweiligen Häufigkeitsschätzung zugrunde.

Die Ergebnisse hinsichtlich fehlerbegünstigender Faktoren deuten auf ein multikausales Geschehen im Fehlerprozess hin, wie das auch von anderen Autor*innen konstatiert wird (z. B. Caspar & Kächele, 2008). Eine tragfähige therapeutische Beziehung stellt nach zahlreichen empirischen Untersuchungen den bedeutendsten Wirkfaktor einer Psychotherapie dar (z. B. Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Es kann angenommen werden, dass interaktionelle Probleme daher auch zu Schwierigkeiten und Fehlern führen können.

Die Ergebnisse hinsichtlich des Umgangs mit Fehlern (auch bezogen auf die Auswirkungen des jeweiligen Umgangs) können zu Forschungsergebnissen verschiedener Autor*innen in Beziehung gesetzt werden. In einer Untersuchung von Mazor et al. (2006) zeigte sich, Offenheit bezüglich medizinischer Fehler kann einen positiven Effekt auf Patient*innen haben. Weitere Studienergebnisse deuten darauf hin, dass eine wiederhergestellte Allianz zwischen Therapeut*in und Patient*in in einem positivem Therapie-Outcome resultieren kann (Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011). Vergleichbares könnte für Fehler in der Psychotherapie gelten. Auch in qualitativen Interviews von Medau et al. (2012) verknüpften die teilnehmenden Therapeut*innen mit dem Eingeständnis von Fehlern überwiegend positive Erfahrungen. Aber auch kein Ansprechen eines Fehlers kann bei Patient*innen, mit denen die therapeutische Beziehung noch nicht ausreichend gefestigt ist, ein geeignetes Vorgehen darstellen. Möglicherweise ist daher der Umgang mit Fehlern auch von der jeweils individuellen Entwicklung der Therapie beziehungsweise dem Zustand der jeweiligen therapeutischen Beziehung abhängig. Ob und inwieweit sich der Umgang mit Fehlern über die Berufserfahrung verändert ist unklar. Möglicherweise treten bestimmte Fehlerarten mit zunehmender Berufserfahrung seltener auf (Riedler-Singer, 2007). Auch vorstellbar wäre, dass sich mit zunehmender Berufserfahrung ein offenerer

Umgang mit eigenen Fehlern etabliert, auch weil mögliche negative emotionale Reaktionsmuster sich verändern. Zu bedenken sind aber auch sozial-erwünschte Effekte hinsichtlich einer Veränderung (Margraf & Baumann, 1986).

Entscheidend für den Umgang mit Fehlern könnte die Stabilität der therapeutischen Beziehung beziehungsweise das Ausmaß interaktioneller Schwierigkeiten sein. Zudem erscheint es wichtig, sich mit Fehlern aktiv auseinanderzusetzen (auch im Sinne einer Selbsterfahrung) und eine individuelle, situationspezifische Entscheidung zum Umgang mit Fehlern zu treffen, wobei das Wohl der Patient*innen sowie der Erfolg der Behandlung wichtige Entscheidungshilfen sein können.

Limitationen: Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der gewonnenen Ergebnisse auf Psychologische Psychotherapeut*innen ergeben sich aus verschiedenen Aspekten des Forschungsdesigns. Kritisch zu betrachten ist die kleine Stichprobengröße von 61 Teilnehmenden. Die Anzahl potentiell erreichter Psychotherapeut*innen, welche die Befragung aufgrund ihrer thematischen Einordnung ablehnten, ist unklar. Auch eine Nicht-Teilnahme aufgrund einer hohen beruflichen Auslastung und wegen Zeitmangel, ist nicht auszuschließen. Personen mit weniger Zeit durch eine hohe berufliche Auslastung unterscheiden sich von Personen mit mehr Zeit, hinsichtlich ihres Verhaltens und Erlebens (Wübbenhorst & Wildner, 2008). Vergleichbares könnte für die Wahrnehmung und den Umgang mit Fehlern gelten. Türstehereffekte (z. B. Mayer, 2009), die zu einer Vorselektion der potenziellen Studienteilnehmer*innen führen, können aufgrund der Rekrutierungsweise nicht ausgeschlossen werden. Die Befragung basiert auf einer bisher nicht empirisch geprüften Konzeptualisierung relevanter Aspekte reversibler Fehler in der Psychotherapie. Das teil-standardisierte Befragungsdesign bildet nur eine Momentaufnahme der Einstellungen bezüglich der erfragten Aspekte ab. Die Überprüfung der Qualität des Fragebogens könnte in Hinblick auf die Etablierung eines Instruments zur zuverlässigen Erkenntnisgenerierung in zukünftigen Studien erfolgen. Zudem könnte die Auswertung der Daten durch intensivere Analysen auf explorativer Ebene ergänzt werden, um mögliche Zusammenhänge zu untersuchen.

Entscheidend für den Umgang mit Fehlern könnte die Stabilität der therapeutischen Beziehung beziehungsweise das Ausmaß interaktioneller Schwierigkeiten sein. Zudem erscheint es wichtig, sich mit Fehlern aktiv auseinanderzusetzen (auch im Sinne einer Selbsterfahrung) und eine individuelle, situationspezifische Entscheidung zum Umgang mit Fehlern zu treffen, wobei das Wohl der Patient*innen sowie der Erfolg der Behandlung wichtige Entscheidungshilfen sein können.



Schlussfolgerungen und Fazit

Die vorgestellte Forschungsarbeit wurde mit dem Ziel entwickelt, verschiedene Aspekte des Fehlergeschehens im therapeutischen Prozess mess- und objektivierbar zu machen. Es lässt sich festhalten, dass die Entstehung, Verarbeitung und der Umgang mit reversiblen Fehlern ein multikausales Geschehen darstellen. Auf der Basis unserer Befragungsdaten wird die Relevanz der Beschäftigung mit reversiblen Fehlern im psychotherapeutischen Geschehen deutlich. Dies sollte unserer Meinung nach dazu führen, den konstruktiven therapeutischen Umgang mit Fehlern als ein wertvolles therapeutisches Werkzeug in die Aus- und Weiterbildung Psychologischer Psychotherapeut*innen zu integrieren. Im Umgang mit reversiblen Fehlern erscheint wichtig, eine gesunde

Es lässt sich festhalten, dass die Entstehung, Verarbeitung und der Umgang mit reversiblen Fehlern ein multikausales Geschehen darstellen.

Auseinandersetzung und Akzeptanz von eigenen Fehlern zu etablieren (kontinuierliche

Selbsterfahrung), um eine therapeutische Nutzbarmachung beziehungsweise eine persönliche und therapeutische Weiterentwicklung zu ermöglichen. So können Fehler genutzt werden, um an der therapeutischen Beziehung zu arbeiten und interaktionelle Schwierigkeiten zu klären. Ferner können Therapeut*innen den Patient*innen im Umgang mit Fehlern als Modell dienen. Ein breites Spektrum ursächlicher Bedingungen und entsprechender Umgangsweisen verdeutlichen, dass es im Umgang mit Fehlern verschiedene Wege gibt, konstruktiv mit diesen umzugehen. Der Austausch darüber kann angehenden und erfahrenen Psychotherapeut*innen ermöglichen, voneinander zu lernen sowie Akzeptanz hinsichtlich der

Ein breites Spektrum ursächlicher Bedingungen und entsprechender Umgangsweisen verdeutlichen, dass es im Umgang mit Fehlern verschiedene Wege gibt, konstruktiv mit diesen umzugehen.

eigenen Fehlerbarkeit zu etablieren und somit die psychotherapeutische Ausbildung sowie Behandlung zu

verbessern. Systematische Untersuchungen interaktioneller Prozesse (unter Einbezug des „Werkzeugs Fehlerverarbeitung“) zwischen Therapierenden und Patient*innen sollten in den Fokus zukünftiger Studien gestellt werden. Mit einem verbesserten Verständnis bedingender Faktoren kann auch der Umgang mit interaktionellen Herausforderungen im therapeutischen Prozess verbessert werden. Durch Psychotherapeut*innen, die gleichermaßen als Forschende tätig sind (vgl. „scientist-practitioner“-Modell) können Forschung und Praxis hinsichtlich reversibler Psychotherapiefehler aneinander angenähert werden (vgl. Jacobi, 2001; Kosfelder, Poldrack & Jacobi, 2002).

In diesem Artikel werden ausgewählte Aspekte einer unveröffentlichten Masterarbeit vorgestellt. Für Details wird auf die Originalarbeit verwiesen: Gröger, H. (2021). Reversible Fehler in der Psychotherapie. Eine Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Fehlern im therapeutischen Geschehen. Unveröffentlichte Masterarbeit, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Die beschriebene Befragung wurde durch die Ethikkommission der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg zustimmend bewertet (Studiennummer 121/20). Alle beteiligten Teilnehmer*innen wurden vor Beginn über das Forschungsvorhaben informiert. Eine Teilnahme war nur nach aktiver Bestätigung der Einwilligungserklärung möglich.



Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapie-aktuell.de.



Hanna Lea Gröger

M.Sc. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung (VT) in Frankfurt am Main seit 1. Juli 2021.



Prof. Dr. med. habil. Markus Ullsperger

Professor für Neuropsychologie an der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg.



PD Dr. rer. nat. habil. Tilmann A. Klein

Dipl.-Psych., Klinischer Neuropsychologe (GNP), Psychologischer Psychotherapeut (VT; Klinische Neuropsychologie).

Rüdiger Retzlaff

Erklärungsmodell und Fallverständnis in der Systemischen Therapie

Seit Januar 2020 ist die Systemische Therapie mit Erwachsenen in Deutschland ein Richtlinienverfahren. Diese sozialrechtliche Anerkennung eröffnet Psychotherapeuten und Patienten neue Möglichkeiten, bringt aber auch Herausforderungen mit sich, die sich unter anderem aus den für alle Therapieverfahren geltenden Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) ergeben.

Systemischen Psychotherapeuten stellt sich die Frage, wie eine schlüssige systemische Fallkonzeption – analog zum Bedingungsmodell der Verhaltenstherapie beziehungsweise zum Konflikt- oder Strukturmodell in der psychodynamischen Therapie – ausschauen kann, wie Patienten in die Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnis einbezogen werden und welche Faktoren in die Systemanalyse und das systemischen Erklärungsmodell eingehen. Eine Fallkonzeption und ein Behandlungsplan werden nicht nur von den gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch von der Beihilfe und privaten Versicherungen verlangt; sie sind unabhängig von der Form des Bewilligungsverfahrens bei jeder Psychotherapie erforderlich. Patienten haben den Wunsch zu verstehen, was los ist, was zu einer gegebenen Problemlage beigetragen hat und welche konkreten Wege und Mittel mit Therapierenden verabredet werden können, um diese zu überwinden.

In Anlehnung an die Expertise zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie (Sydow et al., 2007) und den Bericht des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2017) wird hier eine interaktionelle Definition der Systemischen Therapie verwendet, die auch Eingang in die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des G-BA gefunden hat: **Die Systemische Therapie fokussiert den sozialen Kontext psychischer Störungen und misst dem interpersonellen Kontext eine besondere ätiologische Relevanz bei. Symptome werden als kontraproduktiver Lösungsversuch psychosozialer und psychischer Probleme verstanden, die wechselseitig durch intrapsychische (kognitiv-emotive), biologisch-somatische sowie interpersonelle Prozesse beeinflusst sind. Theoretische Grundlage sind insbesondere die Kommunikations- und Systemtheorien, konstruktivistische und narrative Ansätze und das biopsychosoziale Systemmodell (PT-RL §18).**

Kurz gefasst

Durch die Aufnahme der Systemischen Therapie in den Katalog der Richtlinienverfahren gelten für kassenfinanzierte systemische Behandlungen dieselben Vorgaben wie für die bisherigen anerkannten Verfahren. Insbesondere werden eine kompakte Fallkonzeption und ein systemisches Erklärungsmodell verlangt, analog zur Verhaltensanalyse beziehungsweise der Konfliktanalyse beziehungsweise dem OPD-Befund. Vorgestellt wird eine stringente Konzeption für eine kompakte Systemanalyse, die auf bewährten systemischen Modellen basiert – dem biopsychosozialen Modell, dem ABC2X-Modell und dem integrativen Systemmodell. Zur Veranschaulichung der praktischen Vorgehensweise wird eine Systemanalyse anhand einer Fallvignette dargestellt.



EMISCHE THERAPIE UND BERATUNG

Rüdiger Retzlaff

temische Therapie –
Fallkonzeption,
Therapieplanung,
Antragsverfahren
in praktischer Leitfaden

CARL-AUER

Für die Systemische Therapie als Richtlinienverfahren gelten dieselben Vorgaben wie für andere anerkannte Therapieverfahren.

Die PT-RL, in der die Ausübung der ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit geregelt wird, basiert auf dem medizinischen beziehungsweise dem biopsychosozialen Modell als Grundlage (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020). Gemäß der PT-RL müssen psychotherapeutische Verfahren, die von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden, auf einem ätiologischen Modell beruhen und einen theoriegeleiteten Erklärungsansatz für die Entstehung psychischer Störungen aufweisen, der auch körperliche Faktoren berücksichtigt. Außerdem muss eine psychische Krankheit nach ICD-10 beziehungsweise ICD-11 vorliegen. Verlangt werden neben einer ätiologischen Orientierung ein geordnetes planvolles Vorgehen, eine aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung sowie gegebenenfalls der Einsatz diagnostischer Verfahren.

Neben eher pragmatisch und handlungsorientiert systemischen Konzeptionen, die kompatibel mit diesen Vorgaben erscheinen, gibt es andere Formen systemischen Arbeitens, die sich von ihnen deutlich abheben, etwa weil die Rolle des Therapeuten als gleichrangig zum Klienten definiert wird, weil eine weitgehend änderungsneutrale Haltung gefordert wird oder weil die Behandlung ausschließlich auf Selbstorganisationsprozesse hin angelegt ist. Diese Vorgehensweisen dürfte allerdings kaum für Anträge auf Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen geeignet sein.

Ätiologische(s) Modell(e)

In der Systemischen Therapie werden psychische Störungen als integrierter Bestandteil zirkulärer Wechselwirkungsprozesse größerer biopsychosozialer Systeme verstanden, in die ein Patient oder eine Patientin eingebunden ist. Sie entstehen in der Regel nicht durch einzelne Aspekte von Systemprozessen – wie etwa frühkindliche Traumata oder die Sozialisierungserfahrungen oder spezifische Interaktionsmuster in der Familie, oder genetische Einflüsse (Schweitzer et al., 2007). Anstelle von linear-kausalen Erklärungsmodellen gelten die Prinzipien der Äquifinalität und Multifinalität – ein bestimmtes psychisches Geschehen kann auf ganz unterschiedlichen Ausgangsbedingungen beruhen; ähnliche Ausgangsbedingungen etwa in der Kindheit können später deutlich unterschiedliche Auswirkungen haben. Die Interaktion zwischen (Teil-)Systemen wird als Netz wechselseitiger Einflüsse verstanden, die in unterschiedlichem Maße zu Prozessen und Ergebnissen beitragen.

Das systemische Erklärungsmodell wird ebenso wie die Fallkonzeption gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin und den Angehörigen des

Familiensystems in dem Erstgespräch und weiteren probatorischen Sitzungen entwickelt und zu einer gemeinsamen Problemdefinition formuliert. In das systemische Erklärungsmodell fließt Wissen aus mindestens drei unterschiedlichen Bereichen ein: das theoretische, nomothetische Wissen der Therapeuten über die Entstehung und den Verlauf von Störungsbildern, außerdem das Wissen über typische auslösende Bedingungen und über die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen (Reiter 1993). Der dritte Bereich, der für die Formulierung des systemischen Erklärungsmodells bedeutsam ist, sind die Sichtweisen von Patienten und deren Angehörigen. Therapeuten bieten Patienten und Familien einen Rahmen an, innerhalb dessen kohärente Geschichten über das Entstehen der Störung entwickelt werden können (Welter-Enderlin u. Hildenbrand, 1996; White u. Epston, 1990).

In der Geschichte der Systemischen Therapie wurden unterschiedliche Ansätze zur Erklärung

Patient*innen und Familien werden aktiv in die Entwicklung eines systemischen Erklärungsmodells und der gemeinsamen Problemdefinition einbezogen.

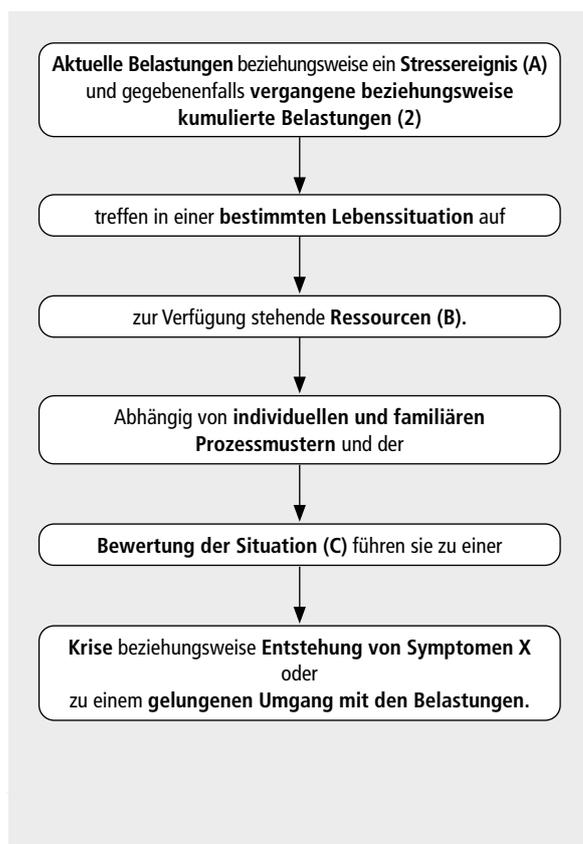
der Entstehung von psychischen Symptomen verwendet. In das systemische Erklärungsmodell geht neben relevanten sozialen, soziokulturellen und lebensgeschichtlichen Kontextfaktoren die Balance von Belastungen und Ressourcen ein, individuelle und familiäre Bedeutungsgebungen, störungsrelevante Muster auf körperlicher, individueller und familiärer Ebene sowie problemfördernde Muster und kontraproduktive Lösungsversuche. Auf interaktioneller Ebene sind familiäre Prozessmuster relevant, insbesondere Beziehungsstrukturen, Kommunikationsmuster und mehrgenerationelle Muster, die von Patienten berichtet beziehungsweise gezeigt und vom Therapeuten in den Gesprächen erlebt und beobachtet werden. Dazu die Psychotherapie-Richtlinie: **Grundlage für Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Sinne dieser Richtlinie ist die Analyse der Elemente der jeweiligen relevanten Systeme und ihrer wechselseitigen Beziehungen, sowohl unter struktureller als auch generationaler Perspektive und eine daraus abgeleitete Behandlungsstrategie. (...)** (PT-RL § 18). Entsprechend des biopsychosozialen Modells wird davon ausgegangen, dass an psychischen Störungen stets Faktoren auf somatischer, innerpsychischer, interaktioneller beziehungsweise familiärer und sozialer Ebene interagieren. Die gemeinsame Problemdefinition ist Basis für die weitere für die Gestaltung und Planung der weiteren Therapie.

Es kann angenommen werden, dass Menschen generell über Stärken und Ressourcen verfügen und diese prinzipiell nutzen können, um vorhandene Probleme zu überwinden (Pinsof et al., 2011). Durch einschränkende Bedingungen (constraints)

kann das Patientensystem davon abgehalten werden, das eigene Selbstregulationspotenzial und die Fähigkeit zur Lösung von Problemen und Beschwerden autonom zu nutzen. Einschränkende Bedingungen oder constraints können auf unterschiedlichen Systemebene bestehen – auf der somatischen, biologischen, auf individueller und intrapsychischer Ebene, auf der Ebene von gegenwärtigen und gegebenenfalls mehrgenerationalen Interaktions- und Kommunikationsmustern, auf der Ebene individuellen und familiärer Bedeutungsgebungen, Glaubenssysteme und Narrative, des weiteren soziokulturellen Systems.

Für ein Verständnis von Störungen ist die Balance von aktuellen oder vergangenen Belastungen und den verfügbaren Ressourcen zu beachten. Belastungen können sich auch über einen gewissen Zeitraum angesammelt haben und ihrerseits Folgewirkungen ausgelöst haben, die das Auftreten von psychischen Beschwerden und Symptomen begünstigen.

Das bekannte ABC2X-Modell lässt sich auf die Entstehung von Symptomen und psychischen Störungen anwenden (Jellouschek 2011; Jones u. Asen 2000). In Belastungssituationen mobilisieren Menschen Ressourcen, um sich neu zu organisieren und fortlaufend auf einer höheren Ebene eine neue Balance zu finden (Retzlaff, 2019). Menschen passen sich fortwährend an widrige Gegebenheiten an und sind potenziell in der Lage, sich über sich hinaus zu entwickeln. Die Verfügbarkeit oder Mobilisierung von personalen, familiären, materiellen und sozioökologischen Ressourcen ist Voraussetzung für eine Adaption an die Anforderungen und selbstorganisatorische Weiterentwicklung zu neuen Funktionsweisen. Das ABC2X-Modell besagt:



Zentrale Fragen für die Entwicklung eines systemischen Erklärungsmodells sind hier aufgeführt:

Welche relevanten Kontextfaktoren liegen vor?

- Wohnen, Arbeit, Schule, Veränderungen im Lebenszyklus etc.

Belastende Faktoren

- Welche Belastungen bestehen aktuell?
- Welche Belastungen gab es im Zeitraum der letzten x Jahren (2)?
- körperlich, innerpsychisch, sozial, materiell usw.

Ressourcenanalyse

- Welche Ressourcen sind vorhanden beziehungsweise verfügbar (B)?
 - körperlich
 - innerpsychisch
 - interaktionell beziehungsweise familiäre Interaktion: Kommunikation, emotionaler Ausdruck, Problemlöseprozesse, Aufgaben- und Rollenverteilung, Konfliktregulation, sozial, materiell usw.

Wie ist Balance von Belastungen und Ressourcen?

Welche Bedeutungsgebungen (C) auf individueller und familiärer Ebene sind relevant?

Welche störungsrelevanten Muster gibt es ...

- auf individueller Ebene?
 - somatische Ebene?
 - innerpsychische Ebene?
- auf interpersoneller Ebene?
 - Interaktions- und Kommunikationsmuster
 - Beziehungsstrukturen
 - mehrgenerationale Muster

Welche problemfördernde Muster und kontraproduktiven Lösungsversuche sind zu beobachten beziehungsweise werden berichtet?

Welche gemeinsame entwickelte Problemdefinition wird daraus entwickelt?

Die Problemsicht der Familie und die Einschätzungen und Sicht der Therapeuten werden in einem zentralen Reframing zu einer systemischen Problemdefinition zusammengefasst und mit einer ICD-0-Diagnose verknüpft. Mit den Patienten und gegebenenfalls auch deren Angehörigen werden Therapieziele verabredet sowie eine Entscheidung über das geeignete Setting und eine mögliche Dauer der Behandlung getroffen. Die Behandlung ist ein partizipativer Prozess, und es werden wiederholt Zwischenbilanzen über den Fortschritt der Behandlung gezogen und Entscheidungen über eine mögliche Veränderung von Setting, Zielen und die einzusetzenden therapeutischen Techniken getroffen.

Relevant für eine angemessene Systemanalyse ist die Balance von Belastungen und Ressourcen, Bedeutungsgebungsprozesse, aktuelle innerpsychische und zum Teil auch mehrgenerationale interaktionelle, Kommunikations- und Interaktionsmuster sowie kontraproduktive Lösungsversuche.

Fallbeispiel

Zur Illustration einer Systemanalyse soll ein Fallbeispiel dienen.

Kontextfaktoren: Die 38-jährige Patientin Frau A. stellt sich auf Empfehlung eines Bekannten vor, sie ist erschöpft, fühlt sich überfordert und depressiv. Vor 1,5 Jahren wurde bei ihr unerwartet ein Melanom entdeckt; sie hat eine Operation und Strahlentherapie hinter sich und muss zu regelmäßigen Kontrollen gehen, die sie immer stark beunruhigen. Frau A. arbeitet als Erzieherin auf einer Teilzeitstelle. Eigentlich hätte sie gerne studiert, hatte aber wegen Versagungsängsten in der Schule nur einen mäßigen mittleren Abschluss erreicht. Ihr Mann (40 Jahre) hat ein Physikstudium abgebrochen, er arbeitet jetzt in der Software-Branche, zum Teil im Schichtbetrieb. In den vergangenen Jahren gab es bei ihm zunehmend Probleme im Betrieb, und er hat erheblich an Gewicht zugenommen. Frau A. und ihr Mann sind adipös.

Es gibt drei Kinder, die elfjährige Tochter leidet an Asthma, der neunjährige Sohn hat eine Leserechtschreib-Schwäche und eine Aufmerksamkeitsstörung, der siebenjährige Sohn nassst nachts regelmäßig ein. Bisherige Kinder- und Jugendpsychotherapien bei den beiden jüngeren Kindern haben wenig gefruchtet. Die Familie lebt in recht beengten Wohnverhältnissen mit wenig Aussicht auf eine größere Wohnung.

Vor sechs Monaten verstarb die Mutter (79 Jahre) der Patientin an

Krebs. Vor drei Monaten wurde deutlich, dass ihr Vater (80 Jahre) wegen einer zunehmenden Demenz in ein Pflegeheim übersiedeln muss. Mangels freier Heimplätze und anspruchsvoller Sonderwünsche ihres Vaters gestaltet sich die Suche nach einem Platz als schwierig und aufreibend.

Die Familie von Frau A. stammt aus einem Dorf in der Region. Familiengeschichtlich werden Mutter und Großmutter als tüchtig, stark, dabei eher kühl und berechnend beschrieben, während ihr Vater und Großvater als etwas unzuverlässige Personen galten, die mit tollen Ideen glänzten, aber wenig zupackten. Ihr Mann ist jüngstes Kind einer beruflich erfolgreichen Familie. Durch sein unverbindliches Verhalten fühlt sich Frau A. bei der Erziehung der Kinder, der Pflegesituation und insbesondere bei ihrer Krankheit oft allein gelassen. Wünsche nach Abgrenzung und Rückzug werden nicht nur nicht toleriert, sondern führen zu einem bedrängenden Verhalten. Beim Mann bestehen ausgeprägte Kontrollzwänge, er plant minutös die Aktivitäten auch seiner Frau in einem Smartphone-Planer. Der Mann toleriert

nicht, dass sie bei Entspannungsübungen eine Türe schließt und hat sie erfolgreich überredet, ihm einen großen Teil ihres elterlichen Erbes zu überschreiben.

Frau A. macht sich massive Schuldgefühle, nicht genug für ihren pflegebedürftigen Vater und für ihren Mann da zu sein, die Therapien der Kinder zu vernachlässigen und sich nicht genug in der Kirchengemeinde zu engagieren. Sie fühlt sich in hohem Ausmaß für andere verantwortlich, scheut sich vor Konflikten und ist bemüht, einen harmonischen Ausgleich zu finden. Auf dem Hintergrund einer christlichen Sozialisation hält sie es für geboten, sich nicht zu wehren, um nicht egoistisch zu sein.

Die Behandlung der Patientin erfolgt mit den Diagnosen einer „Emotionalen Anpassungsstörung (F 43.2 G)“ und „Psychische Faktoren bei körperlicher Krankheit (F 54 G)“.

Auf Seite der **Belastungen** gibt es die eingeschränkten Wohnverhältnisse, gesundheitliche Sorgen, die nachwirkende Erschöpfung nach der anstrengenden Phase der Strahlentherapie, Sorgen wegen eines möglichen Rezidivs des Melanoms, Sorgen um eine mögliche genetische Belastung der

Ob ein systemisches Erklärungsmodell treffend ist erweist sich insbesondere in seiner Nützlichkeit für die weitere Therapie.

Kinder, Sorgen wegen des Arbeitsplatzes des Mannes, eine anhaltende Überforderung

durch die Probleme der Kinder, Überforderung durch die Heimplatzsuche für den dementen Vater, sowie die nicht abgeschlossenen Trauer über den Tod der Mutter.

Ressourcen: Die Patientin hat einen guten Bildungsstand, mag ihre Arbeit und ist dort beliebt, sie ist über die Kirchengemeinde gut vernetzt und hat viele Freunde. Das Verhältnis zu den drei Kindern ist insgesamt herzlich, auch ihre spirituelle Orientierung gibt ihr Kraft.

Balance Ressourcen und Belastungen: Es besteht eine deutliche Überforderung durch aktuelle und zurückliegende Belastungen, mit dem Risiko weiterer ernsthafter psychischer und gesundheitlicher Probleme. Folgende Einschränkungen oder constraints sind zu beobachten:

Auf **körperlicher Ebene** bestehen Einschränkungen durch die geringe Fitness und das Übergewicht.

Auf **innerpsychischer Ebene** besteht eine Neigung, die Verantwortung für Problem bei sich an-

Zusammenfassung

Die Verdichtung der Erzählungen von Patienten und Familien und der gewissermaßen dreidimensionalen, affektiv oft hochgeladenen innerpsychischen und interaktionellen Dynamik zu einem kompakten systemischen Erklärungsmodell erfordert eine Komplexitätsreduktion. Die hier vorgestellte Fallsynopse ist vermutlich ausführlicher als dies in den knapp zu haltenden Berichten an den Gutachter verlangt wird. Die gemeinsam entwickelte Problemdefinition ist Basis der weiteren Fallkonzeption und Therapieplanung, in die Patienten ebenfalls aktiv einbezogen werden. Ob die gemeinsame Problemdefinition eine geeignete Beschreibung der Beschwerden und der Situation der Patienten darstellt, erweist sich primär im weiteren Verlauf durch ihre Nützlichkeit für die Behandlung.

zusiedeln, sich ein Übermaß an Aufgaben aufzubürden und Schuldgefühle zu machen, wenn sie das Unerreichbare nicht erreicht, statt für eigene Bedürfnisse einzustehen, insbesondere für ihre gesundheitlichen Belange.

Bei den **Interaktions- und Kommunikationsmustern und -strukturen** ist eine Neigung zu einer Konfliktvermeidung zu beobachten, es gibt keine angemessene Streitkultur, partnerschaftliche Probleme werden bagatellisiert, vertagt, oder durch faule Kompromisse zu Lasten der Patientin „gelöst“. Angemessene Grenzen, zum Beispiel eine Tür zu schließen, werden nicht gesetzt beziehungsweise nicht respektiert, was zu Lasten der psychischen und der körperlichen Kräfte von Frau A. geht.

Problemerhaltende Muster und untaugliche Lösungsversuche: Permanente Selbstaufgabe, um nicht zu streiten; auf Seiten des Ehemannes emotionales Festklammern an seiner Frau in einer für ihn massiv angstmachenden Veränderungsphase. Durch den Verlust der Mutter und die Umkehrung des Rollenverhältnisses durch die Pflegebedürftigkeit des eigenen Vaters erlebt die Patientin sich in einer Lebenssituation, in der sie sich selbst in hohem Maße auf Unterstützung angewiesen fühlt, sie fühlt sich allein und ausgeliefert.

Bedeutungsgebung: Anspruch, alles richtig machen zu wollen, damit es allen gut geht. Dabei zeichnet sich eine anbahnende Sinnkrise an: „Wie kann es sein, dass der Herrgott einem so viel zumutet und immer noch eine Last aufbürdet ...?“. Das heißt ihr Bild einer gerechten guten Welt ist in Frage gestellt.

Gemeinsame Problemdefinition: Frau A. und ihr Mann haben sich in bemerkenswerter Weise bemüht, mit all den genannten Schwierigkeiten zurechtzukommen. Doch das Übermaß an Belastungen durch die eigene schwere Erkrankung, den Tod der Mutter und die bevorstehende Heimunterbringung des Vaters, die Herausforderungen durch die Probleme der Kinder zeigen überdeutlich die Grenzen dessen, was sie zu leisten vermag. Aus ihrer Herkunftsfamilie ist sie es gewohnt, dass Frauen stark sind und die Dinge regeln. Doch Tüchtigkeit und Resilienz kann auch darin bestehen zu sagen: „Hier ist eine Grenze erreicht, ich muss lernen für mich zu sorgen! Mein Mann und ich müssen eine andere Basis finden, die Aufgaben und Rollen zu verteilen. Wir brauchen einen anderen Umgang miteinander“.



Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapie-aktuell.de.



Dr. sc. hum. Rüdiger Retzlaff

Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichentherapeut, Vorstand des Helm Stierlin Instituts, Leiter der Approbationsausbildung in Systemischer Therapie. Lehrtherapeut für Systemische Therapie und Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen, Lehrender Supervisor, lehrender Coach. Supervisor für Psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie und Hypnotherapie. Gutachter für Systemische Therapie bei der KBV. Niedergelassen in eigener Praxis in Heidelberg-Handschuhsheim.



Arbeitsgemeinschaft Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse e.V.

info@psychoanalyse-in-gruppen.de;
www.psychoanalyse-in-gruppen.de
Tel. 0551 / 486022 (Sekretariat AGG)

Gruppen leiten lernen

Das **Göttinger Modell der Gruppenpsychotherapie** stellt für unterschiedliche Einsatzzwecke und Krankheitsbilder spezifisch geeignete Methoden zur Gestaltung und Leitung von Gruppen zur Verfügung. Die

- intensive Verknüpfung von Praxis und Theorie,
- Selbsterfahrung im gewählten Verfahren, der
- Austausch mit Kolleginnen und Kollegen und erfahrenen Dozenten und das
- Beobachten einer Patientengruppe mit Auswertung in Kleingruppen

ermöglichen Therapeutinnen und Therapeuten in Kliniken, rasch Kompetenz in der Leitung stationärer und ambulanter Gruppen zu erreichen.

Die Fortbildungswochen finden in Göttingen statt. Sie können als Einstieg in die Weiterbildung zum Gruppenpsychotherapeuten genutzt werden. Nächste Einstiegsmöglichkeiten (**Änderungen vorbehalten**):

14.02.2022 – 19.02.2022: Seminar in **psychoanalytischer und psycho-analytisch orientierter Gruppenpsychotherapie** (675,00 €)

15.11.2022 – 19.11.2022: Seminar in **interaktioneller Gruppentherapie** „psychoanalytisch-interaktionelle Methode“ PIM, besonders für stationäre Gruppenpsychotherapie geeignet (575,00 €)

Mit Grundlagenseminar zum Einstieg für nicht mit psychodynamischen Konzepten vertrauten Kolleginnen und Kollegen am 14. und 15.11.2022 (200,00 €)

Alena Leukhardt, Maximilian Heider, Katharina Reboldy, Georg Franzen, Christiane Eichenberg

Videobasierte Behandlungen in der psychodynamischen Psychotherapie

Ein abrupter Wechsel von der traditionellen zur videobasierten Therapie kann trotz der vielen Möglichkeiten, die diese Behandlungsform mit sich bringt, mit Herausforderungen und Schwierigkeiten verbunden sein, insbesondere wenn dieser Wechsel unvorbereitet geschieht.

Mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie im März 2020 kam es zu umfassenden Veränderungen und Herausforderungen im privaten und öffentlichen Leben. Dies betrifft auch die Versorgungssituation psychisch erkrankter Menschen. Im Bereich der ambulanten Psychotherapie wird vor diesem Hintergrund aktuell vermehrt auf die Möglichkeit der videobasierten Therapie (VBT) zurückgegriffen (Rabe-Menssen, Ruh & Dazer, 2020; Eichenberg, 2021). Der Einsatz digitaler Medien im psychotherapeutischen Kontext wurde jedoch von Beginn an kontrovers diskutiert (Eichenberg, 2021). Während einerseits die Nichtunterlegenheit der VBT gegenüber dem traditionellen Behandlungsformat beschrieben und die Möglichkeit, den therapeutischen Kontakt im Videosetting (VS) unter entsprechenden Umständen weiter aufrecht erhalten zu können, positiv hervorgehoben wurde (Backhaus et al., 2012; Berryhill et al., 2019a; Berryhill et al., 2019b; Norwood et al., 2018), wird andererseits die Gefahr möglicher Entgrenzungen thematisiert, die mitunter aufgrund unvorhersehbarer Umstände im VS entstehen können (Eichenberg, 2020; Scharff, 2013). Eine ausreichende Wirksamkeit der VBT wird, vor allem im Hinblick auf psychodynamische Therapieverfahren, weiterhin infrage gestellt (Rabe-Menssen, Ruh & Dazer, 2020; Békés & Aafjes-van Doorn, 2020).

Es stellt sich die Frage, ob die angenommene Äquivalenz hinsichtlich der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren (Steinert et al., 2017) auch im Bereich der VBT haltbar ist. Es zeigte sich, dass Verhaltenstherapeut*innen bezüglich des vi-

deobasierten Behandlungsformats positiver eingestellt sind als psychodynamisch orientierte Psychotherapeut*innen (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020). Persönliche Einstellungen und Erwartungen gegenüber der videobasierten Therapie erwiesen sich als mögliche Einflussgrößen hinsichtlich des Therapieerfolgs (Reese et al., 2016; Tonn et al., 2017). Dieser Zusammenhang verdeutlicht die Bedeutsamkeit des individuellen Erlebens dieses abrupten und im Rahmen der Pandemie häufig auferlegten Wechsels ins VS. Die physische Präsenz wurde als eine Kernkomponente der psychodynamischen Arbeit beschrieben (White, 2020); Laut Scharff (2013) können Übertragungssignale im VS weniger gut aufgenommen werden als im traditionellen Setting. Dies bringe eine Verletzung der Neutralität und Abstinenz mit sich. Ein verringerter Transport nonverbaler Informationen und Signale könne den Aufbau des therapeutischen Arbeitsbündnisses erschweren, was die Wirksamkeit der Therapie einschränke (Hoffmann, 2020; Roesler, 2017). Weiterhin werde emotionale Sicherheit stärker auf einer impliziten, nonverbalen Ebene als über verbale Signale vermittelt. Der im VS entstehende Informationsverlust könne daher besonders für Patient*innen von Bedeutung sein, die Schwierigkeiten haben, sich auf eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung einzulassen (Roesler, 2017). Dass ein abrupter und mitunter kurzfristiger Settingwechsel einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die therapeutische Beziehung und damit auf den therapeutischen Prozess ausüben kann vor diesem Hintergrund angenommen werden.



Eine Besonderheit des pandemiebedingten Angebots von Onlinebehandlungen ist, dass, verglichen mit der Situation vor der Pandemie, ein Wechsel ins VS für viele Therapeut*innen, unabhängig von ihrer technischen Versiertheit und Erfahrung (Eichenberg et al., 2016; Kerst et al., 2020) oder der praktizierten therapeutischen Methode (Vigerland et al., 2014), notwendig wurde: 95 % der Psychotherapeut*innen, die zu Beginn der Pandemie auf VBT umgestiegen sind, hatten vor der Pandemie keinerlei Erfahrung mit dieser Behandlungsform (Rabe-Menssen, Ruh & Dazer, 2020). Da sich die therapeutische Interaktion im VS in vielerlei Hinsicht vom Face-to-face-Setting unterscheidet, ist, vor allem im Hinblick auf die hiermit unerfahrenen Praktiker*innen, eine fundierte Aufklärung hinsichtlich settingspezifischer Besonderheiten und möglicher Risiken unerlässlich.

Da sich die therapeutische Interaktion im Videosetting in vielerlei Hinsicht vom Face-to-face-Setting unterscheidet, ist, vor allem im Hinblick auf die hiermit unerfahrenen Praktiker*innen, eine fundierte Aufklärung hinsichtlich settingspezifischer Besonderheiten und möglicher Risiken unerlässlich.

An der Sigmund Freud PrivatUniversität Berlin, Department für Psychotherapiewissenschaft, wurde untersucht, inwiefern sich der Wechsel von der traditionellen Behandlung zur videobasierten Therapie innerhalb psychodynamisch orientierter Therapien auf den therapeutischen Prozess auswirkt (Originalarbeit: Leukhardt et al., 2021). Hierbei wurde unter Einsatz halbstrukturierter Interviews erhoben, wie approbierte Psychotherapeut*innen ($n = 8$), Psychotherapeut*innen in Ausbildung ($n = 6$) und Psychotherapiepatient*innen ($n = 9$) diesen Prozess erlebt haben und welcher Einfluss auf die therapeutische Beziehung beobachtet wurde. Unter Anwendung der Grounded Theory Analyse nach Glaser und Strauss (1967) wurden die so gewonnenen Daten ausgewertet, sodass ein explorativer und zugleich systematischer Zugang zu basalen Prozessen und Sinnzusammenhängen innerhalb eines bislang wenig beforschten Themenfelds erreicht werden konnte (siehe Leukhardt et al., 2021, für detaillierte Angaben zur Methode und Stichprobe). Ziel der Untersuchung war es hypothesengenerierend, eine elementare Grundlage für nachfolgende, gerichtete Untersuchungen zu bilden.

Im Folgenden werden die vier im Analyseprozess entstandenen Kernkategorien dargestellt, die anhand der selektiven Codes, aus denen heraus sie entstanden sind, weiter veranschaulicht werden. Hierbei zeigen sich die wesentlichen Veränderungen beim Wechsel vom Face-to-face-Setting ins VS, die im Rahmen dieser Untersuchung herausgearbeitet wurden (Leukhardt et al., 2021):

Therapeut*innen beschrieben die Notwendigkeit und zugleich situationsbedingte Schwierigkeit, einen geschützten therapeutischen Raum herzustellen. Auch von Patient*innen wurde die Sicherstellung eines solchen Raums als zentral hervorgehoben.



Alena Leukhardt, M.Sc.

Psychologin, Psychotherapeutin in Ausbildung (TP), wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud PrivatUniversität Berlin.



Maximilian Heider, M.Sc.

Psychologe, Psychotherapeut in Ausbildung (TP), wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud PrivatUniversität Berlin.



Ass.-Prof. in Dr. in Katharina Reboldy

Psychologische Psychotherapeutin (TP, PA), Assistenzprofessorin für Psychotherapiewissenschaft.



Univ.-Prof. Dr. Georg Franzen

Psychologischer Psychotherapeut (TP, PA), Departmentleiter Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud PrivatUniversität Berlin, Professor für Psychotherapiewissenschaft und Kunstpsychologie.



Univ.-Prof. in Dr. phil. habil. Christiane Eichenberg

Diplom-Psychologin, Psychotherapeutin (PA), Leiterin des Instituts für Psychosomatik der Medizinischen Fakultät der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien.

1. Die therapeutische Situation wird im VS durchlässiger und weniger berechenbar. Neue Möglichkeiten und Einflussgrößen innerhalb der Gestaltung des Settings wurden von Patient*innen und Therapeut*innen als verunsichernd beschrieben. Therapeut*innen beschrieben die Notwendigkeit und zugleich situationsbedingte Schwierigkeit, einen geschützten therapeutischen Raum herzustellen. Auch von Patient*innen wurde die Sicherstellung eines solchen Raums als zentral hervorgehoben. Hierzu wurde beispielsweise beigetragen, indem Angehörige durch die befragten Patient*innen instruiert wurden, sich vom Ort an dem die Therapie stattfand fernzuhalten. Grenzverletzungen seien dennoch sowohl von Therapeut*innen als auch von Patient*innen erlebt worden. Weiterhin wurde die eingeschränkte Übermittlung nonverbaler Informationen als störend und irritierend beschrieben.
2. Obwohl das VS zum Erhalt der therapeutischen Beziehung beiträgt, wird die Interaktion flacher und weniger gerichtet. Gleichzeitig konnte die intersubjektive Ebene verstärkt thematisiert werden. Therapeut*innenseits wurde berichtet, dass im VS die physische Nähe und der persönliche Kontakt fehle. Gleichzeitig wurde die Fortführung der Therapie, als Signal einer verlässlichen Beziehung, von den befragten Patient*innen positiv erlebt. Von beiden Seiten wurde eine Verschiebung der Kontrolle in Richtung der Patient*innen wahrgenommen. Profitiert hätten hierbei primär Patient*innen mit Angsterkrankungen, da es ihnen im VS leichter gelinge, sich zu öffnen. Insgesamt gehe der therapeutische Prozess im VS jedoch zäher und vergleichsweise weniger intensiv voran. Es käme patient*innenseits vermehrt zu Vermeidung und Abwehr. Für Therapeut*innen sei es darüber hinaus schwerer, in den Zustand der therapeutischen Ich-Spaltung zu kommen. Die therapeutische Rolle eines haltenden Gegenübers sei im VS zudem erschwert. Aspekte der therapeutischen Beziehung und der nonverbalen Kommunikation werden in den Sitzungen im VS verstärkt thematisiert.

3. Jeder Settingwechsel ist mit einem Habituationsprozess verbunden. Erst nach einigen Sitzungen kann die therapeutische Arbeit daher wieder mit der höchst möglichen Intensität innerhalb des jeweiligen Settings durchgeführt werden. Therapeut*innen berichteten eine Veränderung der Intensität des therapeutischen Prozesses beim Wechsel zwischen Präsenz und VS, was die therapeutische Arbeit für sie erschwerte. Von Patient*innen wurde der Wechsel hingegen heterogener beschrieben: Während dieser für einige Patient*innen mit Stress assoziiert war, sei er für andere unproblematisch verlaufen.
4. Das VS ist für Patient*innen mit strukturellen Einschränkungen weniger geeignet als für Patient*innen mit neurotischem Funktionsniveau. Für das VS kontraindiziert beschrieben die Befragten beider Gruppen Süchte, traumaassoziierte Erkrankungen, psychotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und dissoziative Störungen. Auch im Falle einer von Seiten der Patient*innen instrumentellen Nutzung des VS bei Angsterkrankungen sei dies kontraindiziert. Eine noch ungeklärte Suizidalität sowie ein entsprechendes Risiko werden ebenfalls als klare Kontraindikationen benannt. Als unproblematisch schätzen die befragten Therapeut*innen die Nutzung der VBT bei Ängsten, Depressionen, Zwängen, distanzbedürftigen Patient*innen mit neurotischem Funktionsniveau sowie bei Verhaltenssuchten wie Computer- und Mediensucht ein. Von einer positiven Entwicklung innerhalb des VS sei auszugehen, je mehr Therapiesitzungen vor dem Wechsel stattgefunden haben. Einen ausschließlichen Einsatz der VBT sowie einen Einsatz dieser bei schweren psychischen Erkrankungen konnten sich die befragten Patient*innen nur schwer vorstellen.

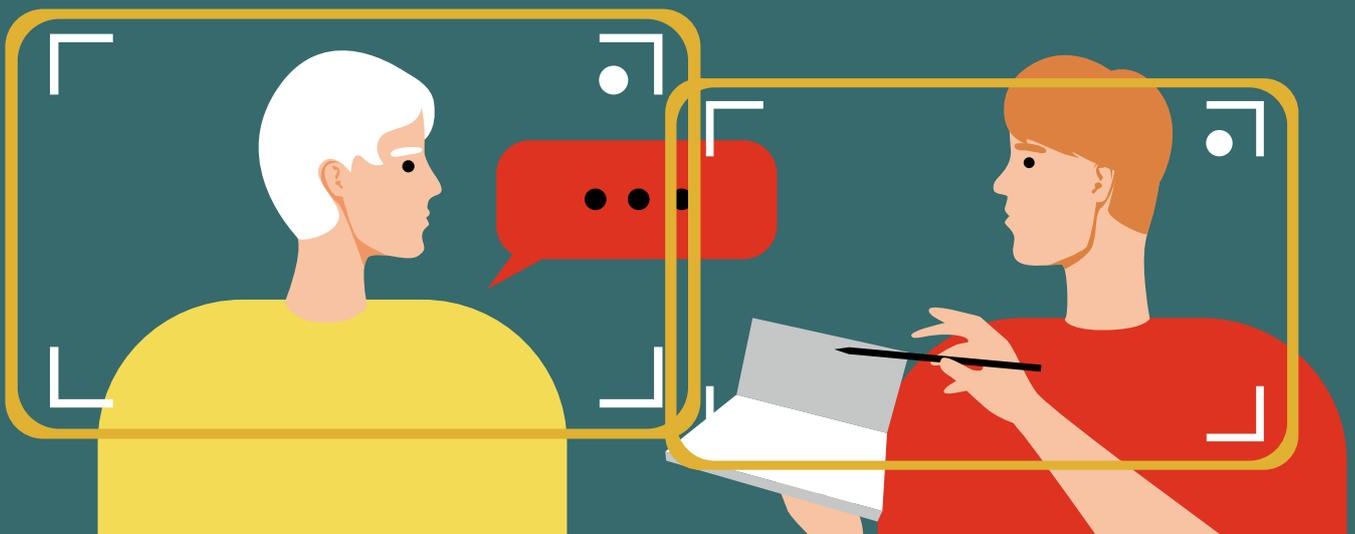
Im Kontext der COVID-19-Pandemie erfüllte die VBT die Funktion einer Erhaltungstherapie, indem sie zu Beginn der Therapie, beim abrupten Wechsel während des ersten Lockdowns, die kontinuierliche Fortführung des Kontakts zwischen Patient*in und Therapeut*in ermöglichte. Es zeigte sich, dass alle im Rahmen dieser Studie befragten Personen, vor dem Hintergrund dieses pandemiebedingten Settingwechsels, von der VBT profitieren konnten.

Im Rahmen dieser Untersuchung (Leukhardt et al., 2021) wurde deutlich, wie wichtig es ist, Voraussetzungen für einen als unmittelbar wahrnehmbaren Kontakt zu schaffen: Gestik und Mimik sollten möglichst flüssig und mit geringstmöglichen Latenzen übertragen werden, da dies für den Prozess der Affekt Abstimmung zentral ist. Therapeut*innen sollten die zertifizierten Programme, welche für die Durchführung der VBT angeboten werden, entsprechend der Vorgabe der Bundespsychotherapeutenkammer (2020), ausschließlich von ihrem Dienstsitz aus nutzen. Dies vermittelt den Patient*innen Sicherheit, wodurch eine Gewöhnung an die neue Situation erleichtert werden kann. Weiterhin zeigte sich, dass es sinnvoll ist, den Umgang mit technischen Störungen im Rahmen der Therapie explizit zu thematisieren, da die gemeinsame Bewältigung mit einer Stärkung der therapeutischen Beziehung einhergehen kann, während die Nichtbewältigung zu einer Schwächung dieser führen kann. Es scheint außerdem von Bedeutung zu sein, dass, analog zur Wegstrecke zwischen Zuhause und Therapiepraxis, ein adäquater Übergang zwischen Alltag und Therapie gefunden wird, welcher innerhalb der Therapie erarbeitet und besprochen werden kann. So kann einer empfundenen Entgrenzung des therapeutischen Raums patient*innenseits partiell entgegengewirkt werden. Für Therapeut*innen wären ein empirisch fundierter Leitfaden sowie entsprechende Fortbildungen zur Durchführung der VBT mit psychodynamischer Ausrichtung von großem Nutzen.

Es wurde deutlich, wie wichtig es ist, Voraussetzungen für einen als unmittelbar wahrnehmbaren Kontakt zu schaffen: Gestik und Mimik sollten möglichst flüssig und mit geringstmöglichen Latenzen übertragen werden, da dies für den Prozess der Affekt Abstimmung zentral ist.



Das Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapie-aktuell.de.





Larissa Hofmann, Cord Benecke, Miriam Henkel

Wie handeln Expert*innen in schwierigen Therapie-situationen?

Ein verfahrensspezifischer Vergleich anhand nachgestellter Therapievideoausschnitte.

Therapeutische Kompetenz wird als ein wichtiges Kriterium für positive Behandlungsergebnisse angesehen (Weck, 2013). Insbesondere schwierige Therapiesituationen erfordern ein adäquates Handeln seitens der Therapierenden, um Brüche zu vermeiden oder zu reparieren (Henkel et al., 2019; Sachse, 2004). Nicht zuletzt deshalb erscheint es relevant, kompetente Interventionen für schwierige Therapiesituationen zu untersuchen und sie schon während der Ausbildung beziehungsweise des Studiums zu üben, um für herausfordernde Situationen im Berufsalltag gewappnet zu sein.

Zudem erfordert die mit der Reform des Psychotherapiestudiums implizierte Veränderung des therapeutischen Werdegangs eine umfangreiche Integration therapeutischer Praxisübungen bereits im Studium, welche über die bisher in die Lehre integrierten Praxisanteile hinausgehen. Doch wie kann diese neue, praxisnahe Lehre konkret umgesetzt werden, damit Studierende ihr Kompetenzprofil angemessen entwickeln, um gute Psychotherapeut*innen zu werden?

In einer Projektarbeit von Studierenden der Universität Kassel (Becker et al., 2020) wurde dies aufgegriffen. Die Masterstudierenden drehten neun Videos mit Schauspielpatient*innen, die Ausschnitte aus erdachten oder realen schwierigen Therapiesituationen darstellen. Die schwierigen Situationen wurden auf Basis eines zuvor erstellten Kategoriensystems von Henkel et al. (2019) entwickelt. Eine therapeutische Intervention wird in diesen Videos explizit nicht dargestellt, um den Studierenden zu ermöglichen, selbst eigene Interventionsideen auszuprobieren und zu diskutieren. Die Videos zeigen typische Situationen aus Psychotherapiesitzungen mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden.¹

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Interventionen auf die in den Kurzvideos dargestellten Szenen von erfahrenen verhaltenstherapeutischen und psychodynamisch orientierten Psychotherapeut*innen im Rahmen einer Online-Befragung zu sammeln, und diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) in theoretisch fundierte Kategorien einzuordnen. Die Kategorien sollen einen Leitfaden für den Umgang mit

¹ Bei Interesse an einer Verwendung der Kurzvideos für Lehrzwecke wenden Sie sich an: la-hofmann@gmx.de.



schwierigen Situationen darstellen und so bereits bestehende Sammlungen von Handlungstipps für den Umgang mit schwierigen Situationen um eine systematische Darstellung von Handlungsoptionen ergänzen (vgl. Fliegel & von Schlippe, 2005; Jacob et al., 2016; Noyon & Heidenreich, 2020). Anhand von Interventionsbeispielen werden Umgangsweisen von Expert*innen verschiedener Therapieverfahren aufgezeigt, damit sich Studierende zukünftig im Rahmen von Diskussionen über kompetentes Handeln in solchen Situationen an den Ergebnissen dieser Arbeit orientieren können.

Methodisches Vorgehen

Die Umfrage wurde online (Umfrageplattform „LimeSurvey“) durchgeführt. Die Akquise der Psychotherapeut*innen erfolgte über verschiedene Fachgesellschaften der Therapieverfahren und Ausbildungsinstitute. Voraussetzung für die Inkludierung war eine abgeschlossene Approbationsausbildung (Erwachsenenpsychotherapie) sowie eine regelmäßige Teilnahme an Supervision/Intervision.

Nach einer kurzen Einführung wurden den Teilnehmenden jeweils nacheinander neun Kurzvideos präsentiert (siehe Tabelle 1). Nach jedem Video wurden sie darum gebeten, zu beschreiben, wie sie in einer entsprechenden Situation reagieren würden. Neben demografischen Angaben wurden die Therapeut*innen um Informationen zu ihrer Inanspruchnahme von Supervision/Intervision, zu ihrem Therapieverfahren sowie zu ihrer Berufserfahrung gebeten.

Tabelle 1: Übersicht der nachgestellten Therapievideoausschnitte

Video	Szenische Darstellung
1	Patient kommt zu spät und zeigt keine Einsicht.
2	Patientin kritisiert Therapeuten und findet Therapie nicht hilfreich.
3	Patient möchte mit Therapeutin ausgehen.
4	Patientin äußert Suizidgedanken.
5	Patient schreit Therapeutin lautstark an und beschuldigt sie.
6	Patientin schildert sexuelle Übergriffe in häuslichem Umfeld.
7	Patientin hat Schwierigkeiten eine Beziehung zu gleichaltriger Therapeutin aufzubauen.
8	Patientin bevorzugt ihre vorherige Therapeutin.
9	Patientin äußert sich herablassend über Kleidungsstil der Therapeutin.

Insgesamt haben 61 Probanden die Umfrage vollständig ausgefüllt. Drei Fälle wurden aufgrund von fehlenden Textinhalten zu Interventionen ausgeschlossen, sieben aufgrund von fehlender Approbationsausbildung, weitere drei wurden aufgrund von geringer Inanspruchnahme von Supervision/Intervision (weniger als einmal im Jahr) ausgeschlossen. Von den verbleibenden 46 Probanden waren 82,6 % weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter lag bei 52,4 Jahren ($SD=11.6$), wobei das Alter zwischen 29 und 69 Jahren variierte. 41,3 % der Teilnehmenden gehörten der Verhaltenstherapie an, 39,1 % der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und 19,6 % der analytischen Psychotherapie. Bei mehreren Approbationsausbildungen erfolgte die Zuordnung zu einer Verfahrensgruppe durch die Beantwortung der Frage nach der selbst eingeschätzten Verfahrenszugehörigkeit. Die durchschnittliche Berufserfahrung in Jahren nach Abschluss der Ausbildung betrug insgesamt 16,3 ($SD=11.8$) Jahre.

Die schriftlichen Antworten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) schrittweise ausgewertet und zu einem Kategoriensystem zusammengefasst. Für die Ermittlung von verfahrensspezifischen Unterschieden in Bezug auf die Häufigkeit der eingeordneten Kategorien wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Ergebnisse

Das Kategoriensystem zum Umgang mit schwierigen Therapiesituationen ist in Tabelle 2 dargestellt (siehe Seite 51).

Die erste Kategorie (K1) umfasst empathische und stützende Interventionen und ist die insgesamt am häufigsten geratete Kategorie des Kategoriensystems (64,9 %).

K2 umfasst auf den Rahmen bezogene Interventionen, welche insgesamt am zweithäufigsten geratet wurde (47,3 %). Mit auf den Rahmen bezogenen Interventionen wurde insbesondere auf Video 3 (Patient möchte mit Therapeutin ausgehen) interveniert.

K3 enthält emotionsfokussierende Interventionen (30,9 %). Sie bezieht sich dabei auf die gleichnamige Therapieform der Emotionsfokussierten Therapie (EFT; Greenberg, 2015), geht jedoch über diese hinaus und beinhaltet beispielsweise auch die Arbeit mit inneren Anteilen, die mitunter in der Schematherapie verortet werden kann.

Viertens wurden kognitive Interventionen geratet (22,5 %). Verfahrensspezifisch konnte bei diesen kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die Kategorie wurde am häufigsten für Video 6 (Patientin schildert sexuelle Übergriffe in häuslichem Umfeld) geratet.

Interpretative Techniken (K5) wurden in Bezug auf 21,5 % der therapeutischen Interventionen geratet. Diese Kategorie wurde, genauso wie K3, häufig für Interventionen auf Video 9 (Patientin äußert sich herablassend über Kleidungsstil der Therapeutin) geratet.

Sechstens folgen Interventionen, die der Kategorie Ressourcen- und lösungsorientiertes Vorgehen zugeordnet wurden (20,5 %). Therapeut*innen intervenierten hiermit insbesondere auf Video 1.

Die Gestaltung beziehungsweise die Arbeit mit/ an der therapeutischen Beziehung (K7; 13,9 %) zählt zu den Kernkompetenzen von Psychotherapeut*innen und gilt als gesichertster Wirkfaktor für Psychotherapien (Flückiger et al., 2018). Diese Kategorie wurde gemeinsam mit empathischen und stützenden Interventionen (K1) und Ressourcen- und lösungsorientiertem Vorgehen (K6) am häufigsten in Bezug auf Video 1 (Patient kommt zu spät) geratet.

Zu Perspektivübernahme fördernden Interventionen (K7.1) werden beispielsweise einfühlsames, selektiv-authentisches Antworten sowie persönliche Rückmeldungen des Therapeuten gezählt (13,6 %), welche insbesondere als Antwort auf Video 9 verwendet wurden. Die Kategorie bildet eine Unterkategorie der siebten Kategorie, da es sich um die Bearbeitung von Beziehungsaspekten handelt, die auf der Basis der Interpersonalität der therapeutischen Beziehung stattfinden.

Die achte Kategorie Hilfe holen, akute Hilfemaßnahmen, für sich selbst sorgen (11,9 %) beinhaltet vorrangig auf akute Suizidalität oder Traumatisierung antwortende Interventionen, weshalb sie meistens für Video 4 (Patientin äußert Suizidgedanken) geratet wurde.

K9 enthält Interventionen, die insgesamt nicht direkt auf die Situationen eingehen (3,2 %). Auch hiermit intervenierten Therapeut*innen in Relation zu allen Situationen am häufigsten auf Video 1.

Insgesamt zeigten sich nur bei drei Kategorien verfahrensspezifische Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit der Anwendung. Auf den Rahmen bezogene Interventionen (K2) wurden signifikant häufiger für Verhaltenstherapeut*innen ($Mdn=5$) als für psychodynamische Therapeut*innen ($Mdn=4$) geratet, $U(18, 27)=145.50$; $p=.02$, wohingegen interpretative Techniken (K5) signifikant häufiger für psychodynamische Psychotherapeut*innen ($Mdn=3$) als für Verhaltenstherapeut*innen ($Mdn=1$) geratet wurden, $U(18, 27)=159.00$; $p=.046$. Aber auch Verhaltenstherapeut*innen wählten Interventionen aus dieser Kategorie, insbesondere die Bezugnahme zu anderen Situationen oder zur Biografie der Patient*innen. Ressourcen- und lösungsorientiertes Vorgehen (K6) wurde wiederum häufiger von Verhaltenstherapeut*innen gewählt ($Mdn=2.63$) als von psychodynamischen Therapeut*innen ($Mdn=1$), $U(18, 27)=136.00$; $p=.01$. Die Effektstärken hierfür lagen nach Cohen (1988) im mittleren Bereich ($rK2=.35$, $rK5=.30$, $rK6=.38$).

Tabelle 2: Kategoriensystem zum Umgang mit schwierigen Therapiesituationen

K1	<p>Empathische und stützende Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spiegeln; Validieren; Empathie • Stabilisierende Interventionen; Containment • Nachfragen; Klären <p>„Ich verstehe, dass es schwierig ist, eine Bezugsperson zu verlieren und sich dann auch noch schnell an jemand anders zu gewöhnen. Offenbar bin und reagiere ich anders als die frühere Therapeutin. Wissen Sie denn, was es konkret ist, dass Sie es mit mir schwer haben? Können Sie mir vielleicht eine Situation nennen, die Ihnen besonders aufgefallen ist.“ (Video 8)</p>	64,9 %	K6	<p>Ressourcen- und lösungsorientiertes Vorgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compliance fördern • Patient*in nach eigenen Lösungsmöglichkeiten fragen • Stärkung positiver Anteile; Skilltraining <p>„So ... und was machen wir jetzt, nachdem das raus ist?“ (Video 5)</p>	20,5 %
K2	<p>Auf den Rahmen bezogene Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapievertrag; Ziele und Erwartungen besprechen; Grenzen setzen • Psychoedukation (zu therapeutischer Beziehung, Therapieverfahren) • Sitzung strukturieren; Pause machen • Therapieabbruch/Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten/der Therapeutin erwägen <p>„„Das geht nicht, für den Erfolg der Therapie ist es sehr wichtig, dass ich in der Rolle der Therapeutin bleibe.“ Abstinenz- und Neutralitätsregel. Ich würde versuchen, das Konzept der Übertragung dem Patienten zu erklären.“ (Video 3)</p>	47,3 %	K7	<p>Arbeit mit/an der therapeutischen Beziehung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beziehungstests und Konflikte erkennen und besprechen • Reflexion des eigenen Vorgehens; Gegenübertragungsanalyse • Humor; sich entschuldigen <p>„Könnte Ihr Zuspätkommen etwas mit unserer Beziehung zu tun haben?“ (Video 1)</p>	13,9 %
K3	<p>Emotionsfokussierendes Vorgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionsregulation; Gefühle und Bedürfnisse benennen • (Gegen-)Übertragungsgefühle fokussieren • Arbeit mit inneren Anteilen; Körperarbeit; Stuhlarbeit <p>„Erst einmal weinen lassen, Gefühle zulassen, dann intervenieren. Wie fühlen Sie sich in der Situation? Sind Sie dann so alt wie Sie sind oder fühlen Sie sich jünger. Wovor haben Sie Angst?“ (Video 6)</p>	30,9 %	K7.1	<p>Perspektivübernahme fördern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mentalisierung üben • Selektiv-authentisches Antworten • Rollenspiel; Rollentausch <p>„Ich würde fragen, was er denkt, wie das bei mir ankommt und dann darauf kommen, dass es mir den Eindruck vermittelt, dass ihm die Therapie nicht wichtig ist.“ (Video 1)</p>	13,6 %
K4	<p>Kognitive Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundannahmen erarbeiten • Situations-/Verhaltensanalyse • Kognitive Umstrukturierung • Konfrontation <p>„Versuch einer Auflösung der Ambivalenzen, mit der Patientin einen Handlungsplan entwerfen.“ (Video 6)</p>	22,5 %	K8	<p>Hilfe holen, akute Hilfemaßnahmen, für sich selbst sorgen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suizidalität explorieren; Suizidprävention • Akute Begrenzung selbstdestruktiven Verhaltens • Supervision; für sich selbst sorgen <p>„Weitere Exploration Suizidgedanken, ernst nehmen, falls konkret, Anti-Suizid-Vereinbarung bis zur nächsten Stunde treffen.“ (Video 4)</p>	11,9 %
K5	<p>Interpretative Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychodynamische Hypothesen entwickeln; Einsicht in unbewusste Aspekte des Handelns fördern • Widerstand/Abwehr analysieren • Deuten <p>„Offenbar möchten Sie mich als Therapeutin wesentlich zugeknöpfter haben. Kann es ein, dass Ihnen zu viel Offenheit in der Therapie selber unangenehm wird?“ (Video 9)</p>	21,5 %	K9	<p>Nicht direkt auf die Situation eingehen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausweichen; kein Problem sehen • Abwarten; Thema zu einem späteren Zeitpunkt aufgreifen • Thema wechseln <p>„Ich würde zunächst noch einmal abwarten und schauen, ob sich ähnliche Vermeidungen und Widerstände auch in anderen Therapiesituationen finden.“ (Video 1)</p>	3,2 %

Anmerkung: Die Prozentzahlen geben an, in wie viel Prozent der 404 vollständigen Antworten zu allen neun Videos die Kategorie geratet wurde. Der summierte Prozentsatz überschreitet 100 %, da pro Antwort Mehrfachkodierungen möglich waren. Fehlende Antworten wurden von der Berechnung ausgenommen (n=10).

Diskussion

Anhand der Interventionsantworten der Therapeut*innen auf die verschiedenen Videos konnte ein differenziertes Kategoriensystem entwickelt werden.

Auf den Rahmen bezogene Interventionen (K1) wurden häufiger von Verhaltenstherapeut*innen angewendet, was auf eine stärkere Strukturierung verhaltenstherapeutischer Sitzungen zurückgeführt werden könnte. Ebenso verhält es sich mit ressourcen- und lösungsorientiertem Vorgehen (K3); dies mag zum einen daran liegen, dass explizit verhaltenstherapeutische Interventionen wie Aktivitätssteigerung oder Skilltraining in dieser Kategorie verortet sind. Zum anderen könnte diese Tendenz damit begründet werden, dass sich Verhaltenstherapeut*innen der vorliegenden Studie eher lösungsorientierter Interventionen bedienen, während psychodynamische Therapeut*innen weniger schnell Lösungen fokussieren und sich eher auf dahinterliegende, lebensgeschichtliche Konflikte konzentrieren. Interpretative Techniken (K5) wurden signifikant häufiger für psychodynamische Psychotherapeut*innen geratet. Bei der Betrachtung der zugeordneten Interventionen war dies zu vermuten (unter anderem Entwicklung psychodynamischer Hypothesen, Betrachtung der Abwehr, Deutung). Aber auch Verhaltenstherapeut*innen wählten Interventionen aus dieser Kategorie, insbesondere die Bezugnahme zu anderen Situationen oder zur Biografie der Patient*innen. Bezüglich der neunten Kategorie (nicht direkt auf die Situation eingehen) soll betont werden, dass diese Kategorie ohne Wertung zu verstehen ist. Die Antworten stellen nur einen kleinen situativen Ausschnitt dar, während der therapeutische Prozess viel umfassender gestaltet ist. Möglicherweise würden manche Therapeut*innen später aktiv auf die präsentierten Situationen reagieren, während sie zunächst abwarten, nichts unternehmen oder kein Problem sehen.

Schlussendlich ist zu betonen, dass bezüglich der Kategorien insgesamt keine klare verfahrensspezifische Unterscheidung gemacht werden kann, da alle Interventionen verfahrensübergreifend angewandt wurden.

Limitationen

Die vorliegende Studie basiert auf einer zufriedenstellenden Stichprobengröße (n=46). Allerdings ist zu beachten, dass die Stichprobe durch psychodynamische Therapeut*innen geprägt ist (n=27). Systemische Therapeut*innen konnten trotz intensiver Akquise über verschiedene Kontaktstellen nicht genügend erreicht werden. Es ist zu vermuten, dass sich das Kategoriensystem unter Einbezug systemischer Expertenantworten verändern würde. Zudem handelt es sich bei der vorliegenden Studie um keine repräsentative Befragung, weshalb bei einer größeren Stichprobe Kategorien hinzukommen oder bestehende Kategorien weiteren Veränderungen unterliegen könnten.

Bezüglich der Umfrage ist anzumerken, dass häufig nur eine erste Intervention auf eine schwierige Situation wiedergegeben, die jedoch nicht als ein abgeschlossenes „Interventionspaket“ verstanden werden kann. Dies zeigt sich besonders an der Intervention nachfragen, klären (K2). Therapeut*innen nutzten diese Intervention als eine erste Reaktion und gingen mit ihrer Intervention zunächst nicht weiter darüber hinaus. Ein weiteres Vorgehen der Therapeut*innen konnte nicht erhoben werden, da sie bedingt durch das Umfragedesign keine klärende Antwort der Patient*innen zur Verfügung hatten. Insofern ist zu beachten, dass alle in dieser Studie gerateten Antworten nur einen kleinen Ausschnitt aus einem umfassenden therapeutischen Prozess wiedergeben.

Einem subjektiven Einfluss im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurde zwar mit einem rücküberprüfenden Schritt versucht entgegenzuwirken, jedoch kann dadurch die Subjektivität der Analyse naturgemäß nicht gänzlich eliminiert werden. Die vorliegenden Expertenantworten wurden von nur einer Person geratet. Somit könnte die Häufigkeitsverteilung über die Anwendung der Kategorien subjektiv geprägt sein und bedarf gegebenenfalls weiterer Ratingprozeduren.

Studierende sowie praktizierende Psychotherapeut*innen bekommen durch das vorgestellte Kategoriensystem konkrete, vielfältige und kompetente Handlungsideen.



Das Literaturverzeichnis
finden Sie online unter
[www.psychotherapie-
aktuell.de](http://www.psychotherapie-aktuell.de).

Ausblick

Das vorhandene Kategoriensystem kann als ein vielseitiger Pool von Interventionsmöglichkeiten verstanden werden. Studierende sowie praktizierende Psychotherapeut*innen bekommen durch das vorgestellte Kategoriensystem konkrete, vielfältige und kompetente Handlungsideen, welche in Seminaren unter Einbezug von Behandlungstheorien diskutiert werden können. So kann ein theoretisch fundiertes, schulübergreifendes Verständnis von psychotherapeutischen Interventionen gefördert werden, um auch im neuen Psychotherapiestudiengang kompetente Psychotherapeut*innen auszubilden. Fiedler (2014) zufolge bewegen sich verhaltenstherapeutische und psychoanalytische Methoden immer mehr aufeinander zu. Seiffge-Krenke und Resch (2016) plädieren in diesem Sinne für einen „fruchtbaren Dialog der Therapieschulen jenseits der wechselseitigen Infragestellung“ (Seite 10). Der schulenspezifische Ansatz dieser Studie soll diesem Bedarf entgegenkommen und keineswegs integrative Bestrebungen behindern. Die Ergebnisse liefern einen Beitrag zur besseren Lehrbarkeit von verfahrensspezifischen und -übergreifenden Behandlungskonzepten und Interventionsmöglichkeiten.

Die Ergebnisse liefern einen Beitrag zur besseren Lehrbarkeit von verfahrensspezifischen und -übergreifenden Behandlungskonzepten und Interventionsmöglichkeiten.



Larissa Hofmann

Psychologin, M.Sc. Absolventin des Studiengangs Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kassel.



Prof. Dr. Cord Benecke

Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kassel.



Dr. Miriam Henkel

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kassel. In psychoanalytischer Ausbildung am Lou Andreas-Salomé Institut Göttingen. Mitglied im Arbeitskreis OPD.

Bayerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie e.V. Nettelbeckstr. 14, 90491 Nürnberg www.ivs-nuernberg.de		Institut für Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie Verhaltensmedizin Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie
staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015		
<p>Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. PtK-BY bzw. BLÄK)</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil- u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine: Dr. DP Sandra Loohs „Aussagepsychologie kompakt“ 12./13. Februar 2022 (Grundlagen, Glaubhaftigkeit) – online DP Michael Hinn „Besond. Rolle d. Gutachters im fam.-rechtl. Gutachten, Abfassen des schriftl. Gutachtens“ 11.-13. März 22 (Familiennr.) Prof. Dr. Philipp Stang, Mag. M.A. u. Dr. DP Miriam Kolter „Einführung in die Diagnostik: Sexualanamnese“ 18./19. März 2022 (Grundlagen, Familienrecht, SZV, Strafrecht, Glaubhaftigkeit)</p> <p>• Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation für Ärzte und Psychologen (Curr. 136 Std.) nächster Termin: Dr. Frank Stepputat „Einführung in die Interaktionsbezogene Fallarbeit (IFA)“ 11. Dezember 2021 - online</p> <p>• Klinische Hypnose (KliHyp) Fortbildungscurriculum der MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Blöcken) nächster Termin: DP Maria Schnell „B2 Rapport: Verbale und nonverbale Kommunikation“ 15./16. Januar 2022 C-Seminar: Dr. DP Cornelia Schweizer, Patienten mit Flucht- u. Migrationshintergrund: „Und trotzdem JA zum Leben sagen. Ankommen und Überleben in Deutschland“ 28./29. Januar 2022 - online</p> <p>• Supervisor/in (verhaltenstherapeutisch fundiertes Curr.) 80 FE in 5 Blöcken u. 6 Treffen in Kleingruppen á 8 FE – nächster Beginn 19./20. November 2022</p> <p>• Sexualtherapie / Sexualmedizin (Curr. 156 FE in 10 Blöcken) nächster Beginn: Prof. Dr. Philip Stang u. Dr. DP Miriam Kolter „Einführung i. d. Diagnostik: Sexualanamnese“ 18./19. März 2022</p> <p>• EMDR-Zusatzqualifikation: Dr. DP Marion Schwalter „EMDR-Grundlagen“ 28./29. Januar 2022</p> <p>• Ergänzungsqualifikation VT bei Kindern u. Jugendlichen 200 WE, Curriculum mit z. T. individuell wählbaren Seminarthemen u. -terminen zum Erwerb der Fachkunde für die Abrechnung verhaltenstherapeutisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie</p> 		
<p>Kontakt und Infos: IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-201, -203, Fax: -202, -204 Homepage/Online-Anmeldung: www.ivs-nuernberg.de - (hier finden Sie auch Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)</p>		

Laufend neue Termine



Neu!



Neu!



Neu!



Kurz gemeldet ...

Bewertungsausschuss erhöht Orientierungspunkt- wert (OPW) ab 1. Januar 2022 um 1,257 %

Der erweiterte Bewertungsausschuss hat die Anhebung des OPW auf 11,2662 Cent (aktuell 11,1244 Cent) ab dem 1. Januar 2022 beschlossen. Die zur Vergütung der Vertragsärzte*innen und Vertragspsychotherapeuten*innen zur Verfügung stehende Gesamtvergütung wächst damit um circa 540 Millionen Euro bundesweit.

<https://t1p.de/gan3>

„Kinder brauchen mehr / Jugend braucht mehr“

Die Corona-Pandemie hat ihre Spuren hinterlassen: War vor der Pandemie noch etwa jedes fünfte Kind psychisch belastet, war es während der Pandemie fast jedes dritte. Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und die Forderungen an die Politik war daher das Thema der Fachkonferenz „Kinder brauchen mehr / Jugend braucht mehr“ am 9. November 2021.

<https://t1p.de/hzh5l>

Fonds Sexueller Missbrauch: Neues Antragsver- fahren soll schneller und einfacher sein

In Zukunft sollen Opfer sexueller Gewalt über den „Fonds Sexueller Missbrauch“ schneller entschädigt werden. Innerhalb von drei Monaten soll über die Anträge entschieden werden – bei Fällen in der Clearingstelle innerhalb von vier Monaten. Nach spätestens vier Wochen sollen zudem Rechnungen von Psychotherapeut*innen bearbeitet sein.

<https://t1p.de/g87r>

PPP-Richtlinie: Zu wenig Psychotherapie in Kliniken

„Die psychotherapeutische Behandlung von Patient*innen in Psychiatrie und Psychosomatik muss weiter verbessert werden. Wer in eine Klinik eingewiesen wird, braucht mehr als 49 Minuten Psychotherapie pro Woche – nämlich eine intensive, engmaschige, umfassende psychotherapeutische Behandlung“, so Gebhard Hentschel, DPTV-Bundesvorsitzender, anlässlich der Vorstellung der neuen Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL).

<https://t1p.de/0xc8>

Psychotherapeutische Versorgung Krisenfester gestalten

DPTV dankt Initiativen und Institutionen für Hilfe nach der Flutkatastrophe

„Wir müssen psychotherapeutische Versorgung krisenfester gestalten“, fordert Barbara Lubisch, Stv. Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung. „Corona und zuletzt die Flutkatastrophe in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz haben gezeigt, dass die ambulante Psychotherapie schnell und flexibel reagiert. Durch spontane ehrenamtliche Aktionen wie die ‚Soforthilfe Psyche‘ haben etliche Betroffene rasche Unterstützung erhalten.“ Eine Ausweitung der Kostenerstattung, befristete Ermächtigungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und eine befristete Aufhebung der Leistungsbegrenzungen bei Jobsharing und Anstellung könnten zusätzliche Behandlungskapazitäten kurzfristig ermöglichen.

Schnelle Unterstützung für Flutopfer und Helfer*innen

„Wir danken den engagierten Psychotherapeut*innen der ‚Soforthilfe Psyche Netzwerk Helfer:innen Flutopfer Rheinland-Pfalz und NRW‘ für ihr schnelles Engagement“, betont Lubisch. „Daniela Lempertz sowie die DPTV-Mitglieder Susanne Leutner und Claudia Faust vermittelten über ihre Plattform Ansprechpartner*innen und freie Therapieplätze in den Krisenregionen und stellten Material zur Akuthilfe bereit. Wir begrüßen auch die unbürokratische Unterstützung durch die Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Bereitstellung finanzieller Mittel durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen. Dadurch konnten zusätzlich zur Regelversorgung an mehreren Orten niedrigschwellige Gruppenangebote eingerichtet werden.“ Sowohl den Opfern der Flut als auch den belasteten Helfer*innen wurde so schnell Unterstützung angeboten.

Konzepte und Strukturen nötig

„Krisen und Katastrophen erfordern schnelles und flexibles Handeln – auch im Bereich der psychischen Gesundheit“, stellt Psychotherapeutin Lubisch klar. „Neben kurzfristigen Angeboten zur Ausweitung der psychotherapeutischen Versorgung in den betroffenen Regionen fordern wir die Entwicklung von Konzepten und den Aufbau von Strukturen, um in solchen Situationen auch die psychische Belastung von Betroffenen und Helfer*innen angemessen zu berücksichtigen.“

Soforthilfe Psyche Netzwerk Helfer:innen
www.sofortaktiv.de

Die Verhaltensanalyse

	Esther Bockwyt
A	Die Verhaltensanalyse Schritt für Schritt zum individuellen Störungsmodell. Mit Leitfaden und ätiopathogenetischer Tabelle
	2020, Schattauer
	209 Seiten
ISBN	978-3-608-40046-5
€	35,00

Die Verhaltensanalyse ist so etwas wie das Butterbrot in der verhaltenstherapeutischen Methodenküche: Solider Grundbestandteil sowie nahrhafte und unkomplizierte Mahlzeit, aber etwas altbacken, schnell und nebenbei zubereitet. Man greift gerne auf vermeintlich raffiniertere Gerichte zurück.

Und jetzt schreibt Esther Bockwyt also ein ganzes Buch mit dem schlichten wie treffenden Titel „Die Verhaltensanalyse“. Man könnte vermuten mit dem Ziel, diese zu rehabilitieren. Vorneweg: Aus der Sicht des Rezensenten mit Erfolg.

Das Buch gliedert sich in drei Teile. Im ersten werden die theoretischen Grundlagen der Verhaltensanalyse dargestellt, zu der laut Bockwyt nicht nur eine Mikroanalyse nach dem allseits bekannten SORKC-Schema gehört, sondern auch eine differenzierte Erhebung der Krankheitsphänomene, von Verhaltensexzessen und -defiziten, eine Makroanalyse sowie die Darstellung von Ressourcen und ungestörten Verhaltensbereichen.

Zweitens wird als Herzstück des Buches eine „ätiopathogenetische Tabelle“ vorgestellt, die Bockwyt als einen Versuch beschreibt, „eine relative Ordnung zur Darstellung von unterschiedlichen, aber nicht disjunkten Entstehungspfaden psychischer Erkrankung herzustellen.“ Diese Tabelle umfasst stolze 26 Seiten und ist als ein Versuch zu werten, lebensgeschichtlichen und entwicklungspsychologischen Aspekten der Krankheitsentstehung auch innerhalb eines genuin verhaltenstherapeutischen Ansatzes zu

mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen. Im Rahmen des SORKC-Schemas wird damit die oft stiefmütterlich behandelte Person- beziehungsweise Organismusvariable O ausdifferenziert und mit Leben gefüllt. Bockwyt geht auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Konzeptionen einerseits und der Schematherapie andererseits ein. Angenehm uneitel gibt sie an, dass das vorgestellte Modell eine erste Version darstellt, die offen ist für Weiterentwicklungen und Veränderungen. Sie verweist darauf, dass derartige Ordnungssysteme stets Vereinfachungen mit sich bringen und der Unordnung des Natürlichen nie gerecht werden können. Anhand von zwei wirklich sehr umfangreichen Fallbeispielen stellt sie die Erstellung einer Verhaltensanalyse unter Zuhilfenahme der ätiopathogenetischen Tabelle dar. In dieser Ausführlichkeit erfordert die Verhaltensanalyse einen Zeitaufwand, den sicherlich die wenigsten Praktiker*innen in die Berichterstellung und Therapieplanung investieren. Für das Verständnis und den Nachvollzug des dargestellten Prozesses ist die Differenziertheit hingegen hilfreich, ebenso für Ausbildungskandidat*innen im Rahmen der Erarbeitung ihrer Prüfungsfälle.

In einem dritten Kapitel werden die in Kapitel 2 sehr ausführlich sowohl theoretisch als auch schon praktisch dargestellten Bestandteilen der Verhaltensanalyse in fünf kompakten Fallbeispielen durchexerziert. Mit ihrem Buch ist es Bockwyt gelungen, mir die Verhaltensanalyse (wieder) schmackhaft zu machen.

Rezensiert von Tillmann Beichert



Das Tiefgangprinzip in der therapeutischen Begleitung

	Dr. Christa Keding
	Das Tiefgangprinzip in der therapeutischen Begleitung Einfacher zum Wesentlichen
	2020, Thurm Wissenschaftsverlag
	185 Seiten
ISBN	978-3-945216-30-9
€	18,90

Das Anliegen des kompakten Buches von Dr. Christa Keding ist ein Großes: Es will ergründen, was gute Therapeut*innen ausmacht. In dem Bestreben, eine Antwort darauf zu erarbeiten erweist sich die Autorin als eine eigenständige Denkerin. Sie verweist darauf, wie ihr Modell, eben das titelgebende „Tiefgangprinzip“ aus der Interaktion und der Befragung von Ausbildungskandidat*innen und Supervisand*innen entstanden ist. Das Resultat ihrer Arbeit, das gibt sie schon gleich zu Beginn ihres Buches preis, ist die Konzentration auf das Zusammenspiel von vier menschlichen Grundfähigkeiten: dem Denken, dem Fühlen, der Kommunikation sowie der Bereitschaft, Verhalten zu ändern.

Spätestens zu diesem Zeitpunkt der Lektüre hätte ich mir eine Einordnung des hier entwickelten Ansatzes in Bezug auf bestehende psychotherapeutische Konzepte gewünscht. Sinnvoll wäre beispielsweise eine Verortung hinsichtlich des allgemeinen Modells der Psychotherapie nach Orlinsky & Howards, der von Klaus Grawe formulierten Wirkfaktoren der Psychotherapie oder auch der Supershrink-Forschung von Scott D. Miller, jeweils Ansätze, die ein breites Echo in der Psychotherapieforschung hervorgerufen haben. Ohne diese muss der Ansatz genau wie die in den weiteren Kapiteln erfolgende Ausdifferenzierung der genannten Grundfähigkeiten für sich stehen. Diese Grundfähigkeiten erinnern an die

verschiedenen Ebenen der Organismusvariable in der Verhaltensanalyse oder auch an die vier psychischen Grundfunktionen nach C. G. Jung. Sie sind plausibel nachvollziehbar, auch wenn die konkrete Ausgestaltung des Modells keineswegs zwingend erscheint.

Irritierend an dem gedankenreichen Text ist für mich zweierlei: Zum einen einige Begrifflichkeiten wie zum Beispiel „Geistdenken“ als Entsprechung für metakognitive Prozesse oder auch „Zurechtrückeln“, worunter die Autorin eine „feine Abstimmung von Gespräch, Nachdenken und Nachspüren“ bezeichnet. Zum anderen verweist sie in ihrer Argumentation wiederholt auf den „kinesiologischen Muskeltest“ sowie auf Telepathie, beides Phänomene, die der Autorin offensichtlich am Herzen liegen, die einen unvorbereiteten Leser aber irritieren können. Das mag dazu führen, dass man dem Text eher reserviert aufnimmt, wenn man dazu weniger Bezug hat als die Autorin. Positiv hervorzuheben sind hingegen die zahlreichen Fallminiaturen und Dialogfragmente, die die praktische Anwendung der dargestellten Konzepte anschaulich machen.

Insgesamt handelt es sich bei diesem Buch um ein Werk mit gewissen Zugangshürden, die die Aufnahme der ihm fraglos innewohnenden Inspirationen und Impulse erschweren.

Rezensiert von Tillmann Beichert



Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrungen

In den vergangenen Jahren ist die Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrungen für Psychotherapeut*innen zunehmend im Berufsalltag angekommen. Häufig handelt es sich um Patient*innen mit schweren Traumatisierungen aus dem Heimatland sowie vielen neuen Belastungsfaktoren, wie lange Asylverfahren und Erfahrungen von Ausgrenzung. Die psychotherapeutische Behandlung dieser Patient*innen birgt spezifische Anforderungen. Das kulturell adaptierte Training für Geflüchtete setzt hier an. Es legt einen Fokus auf Förderung von Resilienz und Ressourcen und berücksichtigt Besonderheiten der arabischen und afghanischen Kultur hinsichtlich Vorstellungen von psychischer Gesundheit, psychischem Leiden und Psychotherapie.

Die Autor*innen widmen den Anfangsteil des Manuals einer Einführung mit Erklärungsansätzen komplexer Traumatisierung, kulturellen Besonderheiten sowie der Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen. Es folgt das Therapieprogramm, das Module zu Psychoedukation, Emotionsregulation, Stressmanagement und Meditationsübungen enthält. Es werden bekannte Interventionsstrategien unter Einbezug kultureller Besonderheiten mit spezifischen Behandlungsmodulen wie „kulturelle Barrieren überwinden“ kombiniert. Zu jedem Modul gibt es Arbeitsblätter, die auf Deutsch, Farsi und Arabisch verfügbar sind, was sehr hilfreich ist.

Das Training ist im Einzel- und Gruppenkontext durchführbar. Die Anwendung in den jeweiligen Settings wird in getrennten Kapiteln dargestellt. Es eignet sich insbesondere als Vorstufe einer traumafokussierten Therapie, bezieht jedoch auch Interventionen für Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen ein. Die Wirksamkeit des Therapieprogramms in der englischen Version konnte in Studien mit vietnamesischen, kambodschanischen und lateinamerikanischen Patient*innen nachgewiesen werden. Zur Evaluation des Therapieprogramms mit Geflüchteten in Deutschland erfolgten bisher zwei Pilotstudien, die auf eine gute Wirksamkeit hindeuten und Modifikationspunkte hervorbrachten. Aktuell läuft eine multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie.

Das Manual ist mit 222 Seiten recht schlank. Da viele bekannte verhaltenstherapeutische Elemente genutzt und adaptiert werden, ist der kompakte Umfang angenehm und es wird wichtiger Raum für die kulturellen Besonderheiten eingeräumt. Für die Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrungen ist dieses Manual eine große Unterstützung.

Rezensioniert von Solveig Behr



Ulrich Stangier, Schahryar Kananian, Marwan Yehya, Devon E. Hinton



Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrungen
Manual zur Stärkung von Resilienz und innerer Ausgeglichenheit



2020, BELTZ



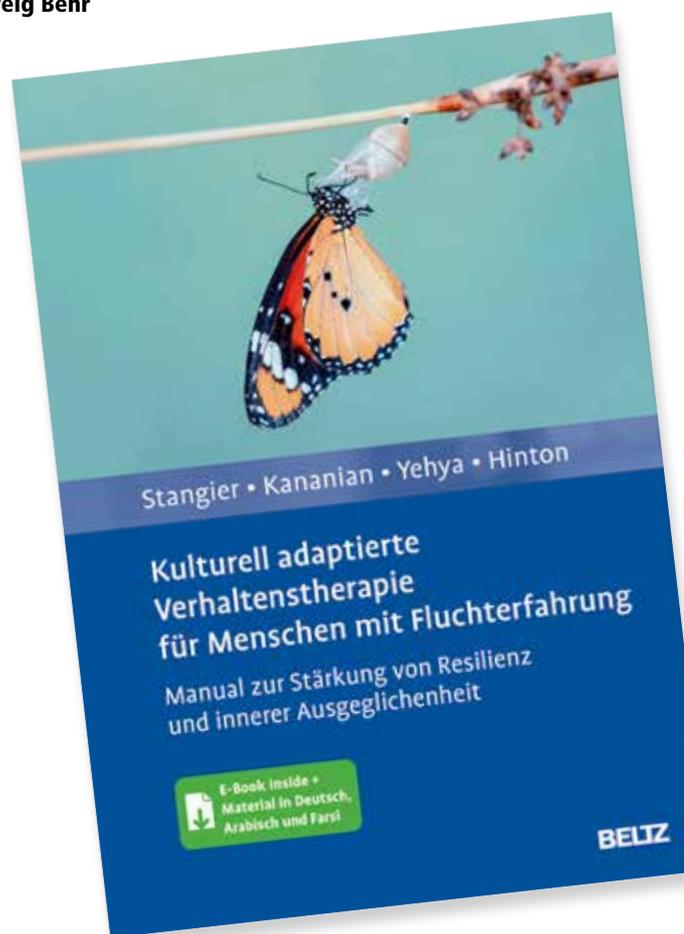
222 Seiten



978-3-621-28797-5



44,95



Essentials der Psychotherapie

Evidenzbasiertheit und Qualitätssicherung sind in der Psychotherapiegeschichte immer bedeutender geworden. Die Psychotherapieausbildung entwickelt sich stetig weiter und die Profession der Psychotherapeut*innen ist durch Fortbildungsverpflichtung und der Tradition von Intervention und Selbsterfahrung durch lebenslanges Lernen geprägt. Hier spielt die Wissenschaft und Forschung eine entscheidende Rolle, um neueste Erkenntnisse für die Praxis zur Verfügung zu stellen und wissenschaftliche Standards zu generieren. So wichtig die beiden Bereiche füreinander sind, gibt es dennoch häufig eine wahrgenommene Distanz zwischen den Welten der Praxis und der Forschung.

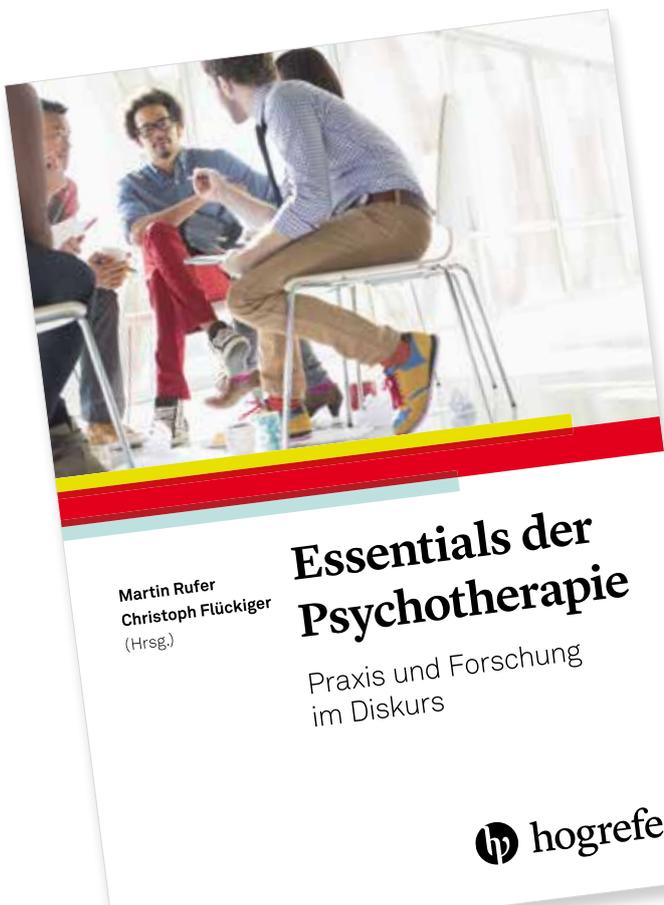
Die Herausgeber Rufer und Flückinger, selbst Vollblutpraktiker mit Herz für die Forschung beziehungsweise Forscher mit Praxisherz, initiieren in ihrem Buch einen interessanten wechselseitigen Diskurs zwischen klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Perspektive, der Synergien offenbart. Sie verfolgen dabei einen schulübergreifenden Ansatz, beginnend bei den Geleitworten von Eva-Lotta Brakemeier und Luise Reddemann und manifestiert in der Auswahl der Autor*innen. Hier finden sich erfahrene Psychotherapeut*innen aller Verfahren und integrativ orientierte Psychotherapieforscher*innen wieder.

Als Impulsgeber für den Austausch dient jeweils ein Essay der Psychotherapeut*innen, in dem diese Bezug auf praktischen Essentials wie hilfreiche Modelle und Konzepte aus ihrer klinischen Erfahrung nehmen. Diese Essays werden durch die Wissenschaftler*innen aufgegriffen, eingeordnet und durch eigene Forschungsschwerpunkte ergänzt. Diskutiert werden die Themenfelder Vertrauen in der therapeutischen Beziehung, Menschenwürde, positives Denken, Individualität und Verallgemeinerung in der Fallkonzeption sowie Kulturalität.

In einem abschließenden Resümee der Herausgeber wird deutlich, dass es zu keiner kontroversen Auseinandersetzung zwischen praxisfernen Forscher*innen und wissenschaftsablehnenden Praktiker*innen kommt. Die ausgewählten Autor*innen sind vielmehr „Scientist-Practitioner“, die bereits die Synergieeffekte nutzen und diese den Leser*innen anschaulich zur Verfügung stellen. Nicht zuletzt hierdurch ist das Buch spannend und anregend zu lesen. Es ist mit 144 Seiten eine kompakte und kurzweilige Literatur für Kliniker*innen und Forscher*innen.

Rezensiert von Solveig Behr

	Martin Rufer, Christoph Flückiger (Hrsg.)
	Essentials der Psychotherapie Praxis und Forschung im Diskurs
	2020, Hogrefe
	144 Seiten
	9783456859231
	24,95



Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I und II

Das hier rezensierte „Lehrbuch der Systemischen Theorie“ der Autoren Prof. Dr. phil. Arist von Schlippe und Prof. Dr. rer. soc. Jochen Schweitzer unterteilt sich in Band I: „Das Grundlagenwissen“ (3., unveränderte Auslage von 2016) sowie in Band II: „Das störungsspezifische Wissen“ (6., unveränderte Auflage von 2015). Die Vorstellung dieses Buches erscheint unter anderem von besonderer Relevanz, da die Systemische Therapie seit 2019 als neues, zugelassenes Psychotherapieverfahren gilt.

Während das erste Band der Leserschaft in erster Linie Grundlagenwissen vermitteln und als theoretische Basis mit aber auch praxisbezogenen Implikationen dienen soll, geht es im zweiten Band um konkrete Interventionen bei spezifischen Störungsbildern. Dem Verständnis und der Leserfreundlichkeit zuträglich ist unter anderem die Darstellung in übersichtlichen Tabellen und Schaubildern. In ihren Ausführungen begrenzen sich die Autoren auf das Arbeiten mit sozialen und psychischen Systemen, ausgeschlossen werden neurobiologische Aspekte sowie systemtherapeutisch begründbare biologische Interventionen.

Zunächst leiten von Schlippe und Schweitzer in die Entwicklung der Systemischen Therapie und Beratung ein. Zwar habe die Systemische Therapie und Beratung in den vergangenen Jahren „keine grundlegenden Paradigmen erlebt“, jedoch gebe es „zahlreiche Innovationen in der Methodik und den Settings“. Im Hinblick auf die Interventionen werden beispielsweise Techniken wie das „Joining“ und „Contracting“ beschrieben. Darüber hinaus werden die Bedeutsamkeit von Bindungen, Emotionen sowie die Rolle des reflektierenden Teams erklärt. Neben dem Eingehen auf Settings verschiedener Alltagsgruppen nehmen die Autoren ebenfalls Bezug auf ökosystemische Interventionen sowie auf systemische Beratung in der Arbeitswelt. Abschließend werden mögliche Perspektiven der Systemischen Therapie erörtert.

Im zweiten Band formulieren die Autoren zuerst „grundsätzliche Überlegungen“ bezüglich der Systemischen Therapie als „Behandlung von Krankheiten“. Hierbei werden Krankheiten „als Teil einer größeren, je nach Perspektive als störend oder auch gestört erlebten Interaktion“ verstanden, welchem ein Krankheitswert zuzuschreiben ist. Bezüglich der Klassifikation und Diagnostik psychischer Erkrankungen nach dem ICD-10 (International Classification of Diseases 10) wird erklärt, dass psychopathologische Krankheitsklassifikationen und eine darauf aufbauende Differenzialdiagnostik in der Systemischen Therapie weniger von Bedeutung sind als in anderen Verfahren. Dennoch werden Diagnostik und Therapie aus systemischer Sicht nicht voneinander getrennt. Als ein wesentliches, systemisches Therapieprinzip führen von Schlippe und Schweitzer an, dass Patient*innen in erster Linie keines externen Störungs- oder Problemwissens bedürfen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass sie bereits über Lösungsressourcen verfügen. Im zweiten, dritten und vierten Kapitel des zweiten Bandes gehen von Schlippe und Schweitzer ausführlich auf verschiedenste Störungsbilder der Erwachsenenpsychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie der systemischen Familienmedizin ein. Ebenfalls werden die Grenzen und Kompetenzen der Systemischen Therapie diskutiert.

In der Gesamtheit erweisen sich beide Bände als sehr leserfreundlich und am praktischen Alltag orientiert. Inhaltlich richten sich die Autoren zunächst an eine interdisziplinäre Leserschaft, die einen „Blick über den Tellerrand“ wagen möchte. Daneben eignen sich beide Bände als Lehrbücher aber auch für Interessierte, die eine Erweiterung ihres Erfahrungsschatzes im Gebiet der Systemischen Therapie anstreben.

Rezensiert von Aileen Dörries



Arist von Schlippe, Jochen Schweitzer

**Lehrbuch der systemischen
Therapie und Beratung I und II**
Limitierte Studienausgabe

2016, Vandenhoeck & Ruprecht

944 Seiten,

2 Bände, kartoniert in Schuber

ISBN 978-3-525-40274-0

€ 65,00



Der Daily Lama: Wie Sam sich auf die Bühne traute – von Lampenfieber, Lamachaos und waschechten Wikingern

Der medhochzwei Verlag hat seit ein paar Jahren auch eine Sparte für Kinderbücher aufgelegt. Dieses hier ist bereits der dritte Band aus der Kinderbuchreihe „Der Daily Lama“. Der Daily Lama ist ein sprechendes Lama aus Peru, das dort in einer Lama-WG mit weiteren Lamas lebt. Besondere Fertigkeiten des Daily Lamas sind sein Wissen über Entspannung und Meditation. Ein weiterer Hauptakteur ist der neunjährige Sam. Die beiden erleben gemeinsam Abenteuer und stellen sich Herausforderungen. Jeder Band ist in sich abgeschlossen und erzählt ein neues Abenteuer. Sam bekommt dabei vom Daily Lama Unterstützung, weil er ihm hilfreich zur Seite steht, Tipps gibt und ihn an vergleichbare Situationen erinnert, die Sam bereits bewältigt hat. Die Reihe ist kein klassischer Selbsthilfe-Ratgeber für Kinder, schafft es aber im Rahmen einer interessanten Handlung, dass Kinder sich mit Sam oder den anderen Kindern identifizieren können. Sam und seine Freunde erleben Situationen in denen es gilt, Enttäuschungen, Heimweh, Kränkungen und Befürchtungen zu bewältigen. Sie erleben wie man gemeinsam Probleme angeht, sich Lösungen überlegt und was dabei hilft, mutiger zu werden. Dabei geben die Lamas Tipps und Unterstützung. Die kleinen Leser*innen erfahren so ganz nebenbei was es braucht, um stark zu werden, also resilient zu werden.

Dieser dritte Band setzt neben der Abenteuer-geschichte und interessanten Aspekten aus der Wikingerzeit den Schwerpunkt auf Resilienz. Sam wird als eher unsicherer Junge geschildert, der aber mehr weiß und kann als er von sich selbst glaubt. So gibt es in Sams Schule eine Theater-AG, die jedes Jahr ein Stück aufführt. Bislang hat sich Sam nicht getraut mitzuspielen. Das soll aber dieses Mal anders werden. Geleitet wird die Theater-AG normalerweise von einer Lehrerin, die aber in diesem Jahr ausfällt. Die Schulleitung hat den Daily Lama gebeten einzuspringen und daher kommt er mit allen WG-Mitbewohnern aus Peru angereist. Es soll eine Saga aus der Wikingerzeit als Theaterstück aufgeführt werden. Es handelt von Leif Erikson, dem Sohn des berühmten Wikingers Erik der Rote und von der Entdeckung Amerikas. Bei einem Casting zur Vergabe der Rollen bekommt Sam eine kleine Rolle. Mit einem Ausflug nach Haithabu sollen die Kinder mehr über die Wikinger erfahren und Zeit zur Theaterprobe haben. Durch den unerwarteten Ausfall des Spielers für die Hauptrolle droht das Projekt zu scheitern. Sam bekommt, für ihn völlig unerwartet, die Hauptrolle angetragen. Sam sorgt sich wegen seines Lampenfiebers und weil er dann die ganze Zeit im Mittelpunkt stünde. Stolz und Freude schrumpfen und seine „Angstklumpen in Magen“ werden immer größer. Sam will kneifen und versteckt sich im Kostümkoffer. Daily Lama findet ihn und hört sich seine Angstgedanken an. Er erinnert ihn an bewältigte Situationen und an früher bestandene Abenteuer (Band 1 und 2) und ermutigt ihn. Schließlich findet die Theateraufführung mit großem Erfolg in der Schule statt. Sam kann sehr stolz auf sich sein, wie er alle Herausforderungen und Stolpersteine gemeistert hat.

Am Ende der Geschichte finden sich noch allgemeine Informationen über Resilienz und Anregungen für Übungen und Gedankenexperimenten. Bereits in der Geschichte eingebettet, werden hilfreiche Strategien so ganz nebenbei geschildert. Übungen werden von den Kindern in der Geschichte durchgeführt wie zum Beispiel der Umgang mit Enttäuschung und Ärger, eine Yoga-Übung zur Beruhigung, Atemübungen zum Entspannen oder das Verändern von nicht hilfreichen Überzeugungen.

Das Buch ist der dritte Band der Reihe des Daily Lamas und wie die anderen Bücher in sich abgeschlossen. Jedoch fällt es sicher leichter die Lamas und die anderen Akteure auseinanderzuhalten, wenn man sie nach und nach in den Geschichten kennenlernt. Die Geschichte ist ein spannendes Abenteuer und wunderschön illustriert. Die Altersempfehlung des Verlags ist für Fünf- bis Zwölfjährige angegeben. Diese Spanne erscheint mir als zu groß. Zum Selbstlesen halte ich das Buch eher für Acht- bis Zehnjährige geeignet. Für jüngere Kinder ist der Text manchmal etwas zu komplex, hier braucht es eher das Erzählen der Geschichte als das Vorlesen. Gerade für die jüngeren Kinder wären dabei mehr der schönen Illustrationen eine hilfreiche Unterstützung. Für die meisten der über Zehnjährigen ist die Geschichte dann doch nicht mehr altersentsprechend. Diese Einschränkungen sollen aber die Bewertung des Buches insgesamt nicht schmälern. Es kann für Eltern eine sehr gute Anregung sein, gemeinsam mit dem Kind das Buch zu lesen und sich über die entdeckten Bewältigungsstrategien auszutauschen. Fragen Eltern nach einem Buch, um einem Kind Strategien zur Bewältigung von Herausforderungen nahe zu bringen, dann ist „Der Daily Lama“ eine gute Empfehlung.

Rezensiert von
Michaela Willhauck-Fojkar



	Sarah Rondot, Barbara Steinhilber illustriert von Saskia Gayman
A	Der Daily Lama: Wie Sam sich auf die Bühne traute – von Lampenfieber, Lamachaos und waschechten Wikingern
	2021, medhochzwei
	142 Seiten
ISBN	978-3-86216-789-0
€	24,99

Therapie-Tools Verhaltenstherapie

	Peter Neudeck, Stephan Mühlig
A	Therapie-Tools Verhaltenstherapie Therapieplanung, Probatorik, Verhaltensanalyse. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial
	2. Auflage 2020, BELTZ
	301 Seiten
ISBN	978-3-621-28673-2
€	44,95

Das vorliegende Buch aus der Reihe Therapie-Tools gliedert sich in die beiden Abschnitte Rahmenbedingungen und Therapieablauf mit folgenden Inhalten: Institutionelle Bedingungen, Psychotherapie-Richtlinien und Antragstellung, Rechtliche Aspekte, Erstkontakt, Erstgespräch, Probatorik, Therapiebeginn, Therapiebeendigung, Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis.

Teil I bietet in den Kapiteln 1 bis 3 in knapp 70 Seiten einen Überblick über die Rahmenbedingungen einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung: Indikationsstellung in Kurz- oder Langzeittherapie (Kapitel 1), Antragstellung unter Berücksichtigung der Psychotherapie-Richtlinien (Kapitel 2) sowie rechtliche Aspekte wie Aufklärungspflichten, Datenschutz und IT-Datensicherheit (Kapitel 3)

Teil II beinhaltet in den Kapiteln 4 bis 9 den Therapieablauf vom Erstkontakt bis zum Therapieende. Nach einer Einführung in Kapitel 4 (Erstkontakt) und Kapitel 5 (Erstgespräch) wird Kapitel 6 (Probatorik) sehr ausführlich beschrieben mit Anamnese, Diagnostik, Verhaltensanalyse, Mikro- und Makroanalyse, Prognose, Befund, Zielfindung, Fallkonzeption und Grundregeln zu therapeutischen Zielen. In Kapitel 7 (Therapiebeginn) wird die erste Therapiephase mit Diagnosestellung und Auswertungsgespräch erläutert. Kapitel 8 widmet sich der Therapiebeendigung und in Ka-

pitel 9 geht es um die Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis.

Ein insgesamt sehr gut strukturiertes, praxisorientiertes und übersichtlich gestaltetes Buch, das besonders Berufsanfängerinnen und Berufsanfängern den Einstieg erleichtern und als Leitfaden durch die Verhaltenstherapie dienen kann. Es enthält zu allen genannten Themen eine umfassende Informations- und Materialsammlung (Fragebögen, Checklisten, Arbeitsblätter, Übungen, Hausaufgaben, Protokollbögen, Fallbeispiele). Wunderbar, wie viele Störungsmodelle noch ihren Platz in diesem Buch gefunden haben.

Was noch optimierbar wäre, ist das Weglassen der Psychotherapie-Richtlinie, schlichtweg, weil sich diese fortwährend ändert. Einige Bögen sind mir für die tägliche Praxis ein wenig zu lang geraten, diese kann sich aber jede beziehungsweise jeder selbst kürzen. Die Vorschläge für das Abfassen eines Umwandlungsantrags sehe ich als überholt an (Bezugsdatum 2006!). Ansonsten ein exzellentes Buch, das ein Muss für PiA und eine Bereicherung für erfahrene Kolleginnen und Kollegen aus meiner Sicht darstellt, wie auch die meisten Bücher aus der Reihe Therapie-Tools.

Rezensiert von
Dr. Alessandro Cavicchioli



Therapie-Tools ADHS im Erwachsenenalter

	Peter Kirsch, Nina Haible-Baer
	Therapie-Tools ADHS im Erwachsenenalter Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial
	2021, BELTZ
	278 Seiten
ISBN	978-3-621-28708-1
€	42,95

Mit dem vorliegenden Band aus der Reihe „Therapie-Tools“ möchten Kirsch und Haible-Baer in diesem Buch eine Reihe von Arbeitsmaterialien zur Verhaltenssteuerung, Selbstorganisation, Emotionsregulation sowie achtsamkeitsbasierte Methoden vorschlagen.

Gegliedert ist der Inhalt dieses Bandes in die folgenden elf Kapitel: Grundlegende Überlegungen, Diagnostik, Störungsspezifisches Wissen und Psychoedukation, Impulsivität, Emotionsregulation, Kognitive Interventionen, Achtsamkeit, Verbesserung sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten, Zeitmanagement, Organisationstechniken und Mittel gegen Vergesslichkeit, Prokrastination.

Die thematischen Einführungen zu den jeweiligen Themen werden so kurz wie möglich gehalten. Spezifische Informationen und theoretische Hintergründe werden praxisorientiert überwiegend in Infoblättern zusammengefasst. Die Behandlung der Impulsstörung steht dabei als roter Faden im Fokus. Das deckt sich auch mit meinen Erfahrungen mit diesen Patient*innen. Teile für Patient*innen werden mit P gekennzeichnet, für die Psychotherapeut*innen mit T. Eine gemeinsame Behandlung bestimmter Themen wird mit beiden Buchstaben gekennzeichnet.

Es werden Elemente vorgestellt, die sich auch allgemein bei Problemen der Aufmerksamkeit, Impulsivität oder Konzentration anwenden lassen (zum Beispiel Impulskontrolle mittels Stopp-Prinzip, Gefühlsstern, Achtsamkeitsübungen so-

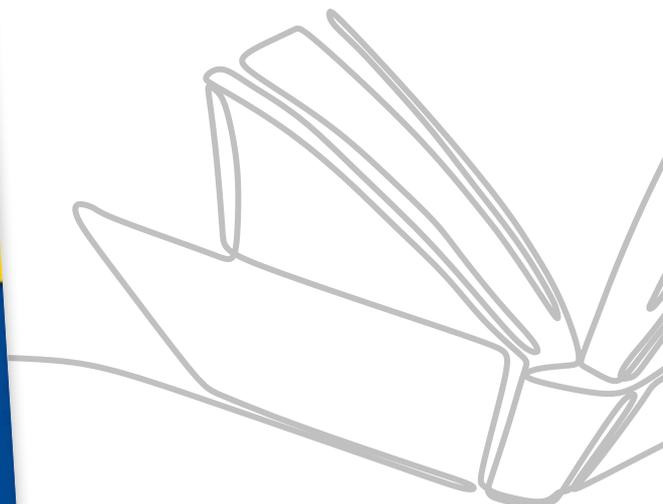
wie weitere Hilfsskills). Diese lebenspraktischen Interventionen helfen die Betroffenen dabei, sich selbst, eigene Kräfte und Ressourcen richtig einzuschätzen, soziale Kompetenzen zu trainieren für ein besseres Interaktionsverhalten und durch kognitives Training und bewusstes Vorausdenken wieder mehr Struktur, Gelassenheit und Freude in ihrem Leben zu bekommen.

Was mir gut gefallen hat, ist die große Breite an Wissen, die, so Kirsch und Haible-Baer, das Ergebnis ihrer Zusammenarbeit mit PiAs, Patient*innen und so weiter zu den eigenen Überlegungen darstellt. Interviews und Selbstbeurteilungsinstrumente sind gleichermaßen vorhanden, wie auch spezifische diagnostische Instrumente. Auch die verschiedenen Hypothesen und Ansätze zur Behandlung werden ausreichend kritisch beleuchtet und handlungsorientiert bewertet. Unglaublich viele Übungen sind gut einsetzbar und decken die bekannten Zielproblembereiche gut ab.

Erneut ein hilfreiches, gut strukturiertes und praxisorientiertes Buch aus der Reihe der Therapie-Tools. Ein Muss für alle PiA, aber auch für bereits erfahrenen Kolleginnen und Kollegen eine Bereicherung, da es eine bisher im ADHS-Erwachsenenbereich vorhandene Lücke sinnvoll schließt.

Natürlich ist jede Methode aus diesen sehr umfangreichen Büchern so gut, wie die Anpassung an die individuellen Gegebenheiten unserer Patient*innen gelingt – und das liegt an unserem therapeutischen Können.

**Rezensiert von
Dr. Alessandro Cavicchioli**



Verhaltenstherapeutische Paartherapie

	Ewald/Ulbrich/Kröger
	Verhaltenstherapeutische Paartherapie
	2021, Kohlhammer
	175 Seiten
	978-3-17-035110-3
	25,00

Als Verhaltenstherapeutin kommt es oft vor, dass Angehörige eine wichtige Rolle im psychotherapeutischen Setting spielen, zum Beispiel speziell bei Themen wie Co-Abhängigkeit aber auch als Eltern, Freunde oder Partner. In diesem Buch sollen Ansätze zur verhaltenstherapeutischen Paartherapie (im Buch kognitiv-verhaltenstherapeutische Paartherapie, KVPT genannt) vorgestellt werden, die verschiedene Themenbereiche abdecken sollen (Reziprozität, Kommunikation, Akzeptanz) aber sich mit auch mit schwierigen Situationen befassen (zum Beispiel eine Außenbeziehung).

Zu Beginn beleuchten die Autor*innen wissenschaftliche Hintergründe der Paartherapie: Neben Grundlagen zur Paarzufriedenheit und zu den körperlichen/psychischen Auswirkungen auf die Paarbeziehung (und vice versa) erklären die Autor*innen die Begriffe des Zwangsprozesses, die Theorie der partnerschaftlichen Stabilität (inklusive des Beziehungskontos) sowie das systemisch-transaktionale Stressmodell mit den unterschiedlichen Coping-Facetten. Weiterhin gehen die Autor*innen auf Grundlagen der Diagnostik ein: Hier sind insbesondere die beispielhafte Kosten-Nutzen-Analyse der Partnerschaft sowie die Fragen zum Beziehungsrückblick für die Praxis spannend.

Im weiteren Verlauf werden die unterschiedlichen Interventionen in der Paartherapie skizziert: Hier unterscheiden die Autor*innen motivationsfördernde Interventionen, Aufbau von positiver Reziprozität, Kommunikationstraining, Problemlösetraining, akzeptanzfördernde Interventionen, bewältigungsorientierte Interventionen sowie kognitive Interventionen.

Besonders gut gefallen haben mir hier die Beispiele für typische Erwartungen an Partnerschaft, typische Kognitionen in der Partnerschaft und angemessene Selbstverbalisationen. Auch die Trichtermethode als Erläuterung für tiefergreifende Gefühlszustände ist im Rahmen der Psychoedukation für Paare ein gutes Tool. Die einzelnen Abschnitte fand ich jedoch etwas kurz gehalten und es befand sich nicht wirklich Neues, was nicht auch bei „klassischen verhaltenstherapeutischen Techniken“ zu finden ist. Die vorgestellten Interventionen erscheinen mir da für zahlreiche Paarkonstellationen, die ich in der Praxis sehe, etwas zu oberflächlich: Hier bedarf es sicherlich ausreichend Stabilität, Impulsregulation und Reflektionsfähigkeiten, was in vielen Fällen im Rahmen eines längerfristigen Prozesses etabliert wird. Die Autor*innen gehen zwar anschließend auf spezifische Problematiken in der Paarbeziehung ein (zum Beispiel von Außenbeziehungen, Kränkungen, Bereicherung der Sexualität oder Gewalt in der Partnerschaft), jedoch fehlen mir hier tiefergehende Strategien zur Emotionsaktivierung sowie zur Emotionsregulation in Partnerschaften, insbesondere mit Gefühlen wie Ärger, Enttäuschung, Scham oder Schuld. Weiterhin hätte ich mir gewünscht mehr Input zu bekommen, wie ich mit „Fallstricken“ in der Paartherapie umgehen kann, zum Beispiel wenn ich mit einem Partner stärker solidarisiere, wenn Fremdmotivation im Raum steht, wenn ein Partner mehr Raum einnimmt und so weiter. Auch die Themen Interkulturalität und die Vielfältigkeit von Beziehungsmodellen und sexueller Orientierungen sind in diesem Buch leider nicht vertreten.

Das Buch schließt ab mit einem ausführlichen Fallbeispiel sowie ein Kapitel zur therapeutischen Beziehung und zur wissenschaftlichen Evidenz. Die Autor*innen stellen im Verlauf der einzelnen Kapitel kurze Fallvignetten vor sowie Beispieldialoge.

Allumfassend ein gutes Einstiegsbuch für „Beginner“ im Rahmen der Paartherapie oder in der Arbeit mit Paaren, die sich vielleicht nicht primär aufgrund von Beziehungsproblemen in die Therapie begeben, sondern zum Beispiel aufgrund einer psychischen Störung eines der Partners: übersichtlich, einfach zu verstehen und stringent geschrieben. Für tiefergehende therapeutische Arbeit erfüllt dieses Buch nur begrenzt die Erwartungen.

Rezensiert von
Marie-Christine Reisch



Die Frau, deren Arm sich hängen ließ

Das Buch von Thomas Fritzsche vereint mehrere kurze Fallvignetten von Patient*innen, die ihm in seinen bisher 30 Jahren als Psychotherapeut begegnet sind. Darüber hinaus gibt er kurze Erläuterungen zu Therapieverfahren, Grundgedanken und Werte sowie Berufsbezeichnungen wie der Unterschied zwischen Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen.

Thomas Fritzsche schreibt lebendig und voller Humor. Die sehr persönlichen Geschichten aus seiner Praxis lesen sich dadurch schnell und machen Lust auf mehr. In seinen Fallgeschichten beschreibt der Autor Begegnungen mit Patient*innen in seiner Praxis, die mit unterschiedlichen Problematiken und Aufträgen zu ihm kommen: Zwang, Nikotinabhängigkeit, Phobie, dissoziative Störung. Durch seine illustrative Schreibart entsteht sofort ein inneres Bild der Patient*innen und der Interaktion mit ihm als Therapeut.

Im Rahmen von kurzen Dialogen beschreibt der Autor seine zum Teil provokativen, konfrontierenden, lösungsorientierten Ansätze und die Einsichten und Veränderungen, die die Patient*innen dadurch erleben. Dabei wird spürbar, dass der Autor seinen Patient*innen mit sehr viel Wärme begegnet und seine Arbeit ihm viel Freude bereitet. Diese wertschätzende Haltung wird durch sein Bild der „Weisheit der Seele“ deutlich: Die Psyche hat ihre Gründe sich so zu verhalten, wie sie es tut und die entstandenen Symptome haben immer ihren „guten Grund“ (zum Beispiel eine Phobie entwickeln, um den „Partner und sich zu schützen“; ein Arm, der ausfällt, wenn innere Dilemmata vorhanden sind und so weiter). Und dass die Lösung somit immer auch „Teil des Patienten“ ist. Das stärkt die Selbstwirksamkeit und die Ressourcenorientierung. Auch, dass der Autor unterstreicht, wie wichtig es für Patient*innen ist zu „erleben“, finde ich sehr wichtig.

Thomas Fritzsche kombiniert Methoden aus der Verhaltenstherapie mit der Systemischen Therapie und der Hypnotherapie. Das macht seine Vorgehensweise sehr spannend, unter anderem auch sein Umgang mit der Methode smokeX bei Tabakabhängigkeit.

Kritisch anzumerken finde ich, dass die Kapitel zu den Erläuterungen (Therapieverfahren, Grundgedanken, Unterscheidungen in den Berufsbezeichnungen) sehr subjektiv formuliert sind. Dies könnte bei Betroffenen zu Verwirrung führen, die sich gegebenenfalls durch diese Kapitel „neutrale“ Grundlageninfos wünschen. Zudem können die Geschichten aufgrund der Schnelligkeit des Therapieerfolges und des positiven Verlaufs den Eindruck erwecken, dass Therapie und der Genesungsprozess immer so schnell und so erfolgreich ablaufen. Da ich persönlich viel mit Patient*innen mit schweren Essstörungen oder komplexen Traumata arbeite, kenne ich durchaus weniger „perfekte“ Therapieverläufe mit Rückfällen, „wellenartigen Verläufen“ und Fallstricke. Hier würde ich mir auch durchaus therapeutische Geschichten über komplexere Verläufe wünschen beziehungsweise auch zu Therapien, die nicht immer reibungslos verlaufen sind (aus diesen ist der Lerneffekt auch nochmal ein anderer sowohl für mich als Therapeutin als auch für die Patient*innen).

Das Buch kann ich Betroffenen empfehlen als Möglichkeit, Therapie kennenzulernen, die Hilflosigkeit abzubauen und Hoffnung aufzubauen. Ebenso empfehlenswert ist es für Kolleg*innen, die Lust haben, nicht nur Fachbücher zu lesen und sich die ein oder andere Intervention „abgucken“ möchten und dabei die eigene Arbeitsweise reflektieren möchten. Geeignet ist es auch für Psychologie- und Psychotherapieinteressierte, die sich ein Bild von den vielfältigen Patient*innen und deren Behandlungsmöglichkeiten machen möchten.

Rezensiert von
Marie-Christine Reiswich

	Thomas Fritzsche
	Die Frau, deren Arm sich hängen ließ
	2021, Verlag Herder
	192 Seiten
	978-3-451-63007-1
	18,00



Stellenangebote

Für meine VT-Praxis in Stendal suche ich für eine 10-h Anstellung appr. Kollegin, gerne mit Gruppenzulassung. Arbeitszeitgestaltung nach Absprache an 2 Tagen. Kontakt: info@demmer-praxis.de

Augsburg Stadt

ab sofort suche ich eine/n approbierte/n PP VT zur Anstellung in einer gut etablierten VT Praxis für Erwachsene, 20h wöchentlich, flexible Arbeitszeiteinteilung und kollegiale Supervision möglich.

praxishofner@gmx.de,
0177 8589690, www.praxishofner.de

Suche ärztl. Psychotherapeut/in (FA, TP) zur Praxisvertretung in Elternzeit in Berlin-Mitte auf Honorarbasis ab 1/22 – 5/24
Tel: 01788191202

Alteingesessene Psychotherapeutische Praxis

in Hannover/Langenhagen sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein bis zwei Psychologische Psychotherapeuten (m/w/d) mit Approbation, VT, für sofort oder später in Festanstellung und/oder zunächst als Vertretung, gern auch Jungapprobierte. Spätere Übernahme aus Pensionsgründen möglich (halbe bzw. ganze KV-Zulassung vorhanden). Für Pendler kann eine vollmöblierte Wohnung gestellt werden. Chiffre PA2021047

Jobsharing

Berlin-Charlottenburg: MVZ Psychotherapie für Erwachsene bietet ab sofort Jobsharing im Angestelltenverhältnis. Bewerbungen an info@tcwp.de

Intervision

Kolleg*innen mit Freude an einem schulenübergreifenden Austausch in Intervisionsgruppe gesucht. Konzept vorhanden.

Termin: Mittwoch, 10:00-11:30, 1x monatlich in Hamburg-Ottensen. Beginn: 15.12.2021,
Kontakt: info@thomas-pruente.de

Praxisabgabe

Worms: Einzelpraxis. VT-Kassenzulassung für Erwachsene mit Vollzulassung vorhanden. Kontakt: olaf.f.walter@web.de oder Tel.: 06241-412670

Berlin-Charlottenburg, halber Psychotherapiepraxisanteil (VT, Erwachsene) 2022 zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden.
Kontakt: info@tcwp.de

Wegen Aufgabe meiner Praxis sind ausgestattete Räume in Düsseldorf-Eller (ca. 140 m², großer Gruppenraum, 2 Räume, Küche/Büro, Foyer, 2 Toiletten, Innenhof) in 2022 ganz oder zur Teilnutzung abzugeben.
E-Mail: DrFunke@t-online.de; Tel. 0211-9216830.

Isernhagen, bei Hannover: hälftige Psychotherapeutische Praxis zum 01.01.2022 abzugeben, KV-Zulassung vorhanden. Tel.: 05139/89 12 21 (AB)

PP-Praxis (TP, Erw) im Wetteraukreis, nahe Frankfurt a. M. abzugeben Mitte 2022.
KV-Zulassung vorhanden.
Tel.: 0176 52328967

Praxisvermietung

Heller Altbau-Praxisraum in psychotherapeutischer Praxis, zentral gelegen in Wuppertal-Barmen, zu vermieten. Tel: 0202-3171852.
Bilder auf Anfrage: KarlMikosch@t-online.de

Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung
von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234 / 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Asysth: Weiterbildung in systemischer Psychotherapie für approbierte Psychotherapeut*innen

Unsere zweijährige Weiterbildung richtet sich an bereits approbierte Psychotherapeut*innen, die zusätzlich systemisch behandeln und die sich in systemischer Therapie durch die PTK anerkennen lassen wollen. Weitere Infos finden Sie unter www.asysth.de oder Sie melden sich unter info@asysth.de oder Tel 089-55 29 25 45.

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Katharina Pinter · Telefon 06221 91496-23
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Mediadaten unserer Zeitschrift finden Sie unter www.psychotherapieaktuell.de.

Für ein individuelles Angebot nehmen Sie gerne Kontakt zu unserer Anzeigenabteilung auf.

Chiffre-Zuschriften richten Sie bitte in einem zweiten verschlossenen Umschlag an:

medhochzwei Verlag
Frau Sabine Hornig
Chiffre PA
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg

Anzeigenschluss für Heft 1.2022:

14. Januar 2022

Kleinanzeigenpreise 2022

Pro Millimeter: 4,00 Euro
Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPtV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über medhochzwei-verlag.de oder direkt unter mhz-anzeigen.de ein. Für Aufträge, die nicht über ein Portal gehen, müssen wir 15,00 Euro Bearbeitungskosten in Rechnung stellen. Kleinanzeigen können wie gewohnt auch im Bundesmitgliederbrief der DPtV erscheinen. Hierzu kontaktieren Sie bitte die DPtV (bmb-anzeigen@dptv.de).

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden von den KVn bekannt gemacht. Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, d. h. zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch.

Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden
- Praxisanteil zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden
- Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht
- Praxisanteil zu kaufen gesucht, KV-Teilzulassung erwünscht

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen. Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheimgestellt.

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlages

Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der DPTV ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Aktuelle Auflage: 19.300 Exemplare

Verlag und Herausgeberin

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-0 · Fax 030 235009-44
bgst@dptv.de · www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung

Sabine Schäfer (v.i.S.d.P.)
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck
Telefon 07023 749147 · Fax 07023 749146
sabineschaefer@dptv.de

Kontaktanschrift der Redaktion

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-73
psychotherapieaktuell@dptv.de

Layout/Satz

Jacqueline Lee

Redaktionsbeirat

Sabine Schäfer, Carsten Frege, Dr. Enno E. Maaß, Mechthild Lahme, Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Hans Strömsdörfer

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder der Herausgeberin wieder. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlags unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und im Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlags. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Hinweise für Autor*innen

Das Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung können Sie per Mail unter psychotherapieaktuell@dptv.de anfordern.

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH
Karl-Liebknecht-Straße 24/25
14476 Potsdam (OT Golm)
ISSN 1869-0335

Inserentenverzeichnis

Seite

AGG Arbeitsgemeinschaft Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – Göttinger Modell e.V., Göttingen	43
CompuGroup Medical Deutschland AG, Koblenz	35
Ego State Therapie, Institut Rheinland, Bonn	19
Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart	4
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth	53
Julius Beltz GmbH & Co. KG, Weinheim	27
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster	31
Manfred Vogt Spieleverlag, Bremen	U2
Pluswert Wirtschaftsdienst GmbH & Co. KG, Münster	21
Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie (vfkv) e.V., München	17

Bildnachweise

Seite

unsplash.com/Omar Flores	U1, 5, 8, 12, 18
Adobe Stock/Victor	22, 25-26
Adobe Stock/alexzy3d	5, 23
Adobe Stock/anniebirdie	28
Adobe Stock/Good Studio	5, 30
Adobe Stock/Lysenko.A	33-34, 36-37
Adobe Stock/Sonja	39
Adobe Stock/Viktoriiia	45, 47
Adobe Stock/vectorfusionart	48-49
Adobe Stock/ngupakarti	55-64

Die Bilder sind in Leserichtung benannt (von links nach rechts, oben nach unten). Die Autorenbilder wurden privat zur Verfügung gestellt.

Wir drucken klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.



Die nächste Ausgabe der Psychotherapie Aktuell erscheint am **28. Februar 2022**.

Adressen DPTV

Bundesgeschäftsstelle

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Bundesgeschäftsführer: Carsten Frege

Pressesprecher: Hans Strömsdörfer
Telefon 030 235009-27
presse@dptv.de

Berufsbezogene Mitgliederberatung:
Telefon 030 235009-40
Mo, Fr 10:00 – 13:00 Uhr, Mi 11:00 – 15:00 Uhr
mitgliederberatung@dptv.de

Hotline zur Ausbildungsreform:
Telefon 030 235009-26
Di 15:00 – 16:00 Uhr

Fragen rund um die Mitgliedschaft:
mitgliederverwaltung@dptv.de

Bundesvorstand

Bundesvorsitzender

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
gebhardhentschel@dptv.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
barbaralubisch@dptv.de

Dr. Enno E. Maaß
Klusforder Straße 3
26409 Wittmund
ennomaass@dptv.de

Dr. Anke Pielsticker
Tal 15
80331 München
ankepielsticker@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschaefer@dptv.de

Kooptiertes Mitglied

Dr. Christina Jochim
Rubensstraße 125, Haus 17
12157 Berlin
christinajochim@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Dr. Peter Schuster (Vorsitzender)
Julia Leithäuser (Stellv. Vorsitzende)

Ansprechpartner*innen/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg

Dr. Alessandro Cavicchioli
dralessandrocavicchioli@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg
Laura Cavicchioli
Zollhüttengasse 18
74523 Schwäbisch Hall
Telefon 0157 35361267
gs-bw@dptv.de

Bayern

Rudolf Bittner
Innere Münchener Straße 8
84036 Landshut
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

Berlin

Georg Schmitt
Pfarrstraße 123
10317 Berlin
Telefon/Fax 030 55153363
georgschmitt@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Berlin
Jana Serebriakova
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500934
Mi 15:00 – 17:00 Uhr
gst-berlin@dptv.de

Brandenburg

Dr. phil. Petjo Bangeow
Joachim-Gottschalk-Str. 12
01968 Senftenberg
Telefon 03573 9347059
p.bangeow@gmail.com

Bremen

Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Straße 124
28201 Bremen
Telefon 0421 4334329
amelithobaben@dptv.de

Hamburg

Heike Peper
Max-Brauer-Allee 45
22765 Hamburg
Telefon 040 41912821
heikepeper@dptv.de
Do 13:00 – 14:00 Uhr

Hessen

Ilka Heunemann
ilkaheunemann@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Hessen
Martina Büschel
Rheinstraße 1
65307 Bad Schwalbach
Telefon 06124 7277588
Mo, Mi 9:30 – 12:30 Uhr
Di, Do 8:30 – 11:30 Uhr
Fr 9:30 – 11:30 Uhr
hessen@dptv.de

Mecklenburg-Vorpommern

Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Straße 7
23936 Grevesmühlen
Telefon 03881 79050
karen.franz@dptv-mv.de

Niedersachsen

Dr. Enno Maaß
ennomaass@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
c/o Michael Kladny
Peiner Straße 4
30519 Hannover
gs-niedersachsen@dptv.de

Nordrhein

Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
a.pichler@t-online.de
Landesgeschäftsstelle Nordrhein
c/o Olaf Wollenberg
Lucia Reinartz
Oulustraße 12
51375 Leverkusen
Telefon 0214 90982370
Mo 10:00 – 14:00 Uhr, Do 9:00 – 12:00 Uhr
gs-nordrhein@dptv.de

Westfalen-Lippe

Dr. Inez Freund-Braier
freund.braier@kjpp-letmathe.de
Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe
Stephanie Mester
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414
Mo, Mi 8:15 – 11:15 Uhr
gs-westfalen-lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz

Sabine Maur
sabine.maur@dptv-rlp.de
Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz
Katharina Dries
Kaiserstraße 38
55116 Mainz
k.dries@dptv-rlp.de

Saarland

Kathrin Schlipphak
Narzissenstraße 11
66119 Saarbrücken
Telefon 0681 5847815
kathrinschlipphak@dptv.de

Sachsen

Sven Quilitzsch
Osterweihstraße 5
08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivital.de
Landesgeschäftsstelle Sachsen
Torsten Löffelmann
Himmelfürststraße 15
08062 Zwickau
Telefon 0375 2004877
vorstand@sachsen.dptv.de

Sachsen-Anhalt

Jeannette Erdmann-Lerch
Goethestraße 26
29410 Salzwedel
jeannette.erdmann-lerch@dptv.de

Schleswig-Holstein

Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
Telefon 0431 731760
heiko.borchers@dptv.de

Thüringen

Dagmar Petereit
Radegundenstraße 9
99084 Erfurt
Telefon 0361 2626888
info@praxis-petereit.de



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

QM-Praxishandbuch

Das Handbuch der professionellen Praxisführung

Auf Basis des Qualitätsmanagement-System der KBV (QEP® 2010) und der QM-Richtlinie 2020, weiterentwickelt entsprechend den neuen Herausforderungen an die Praxisführung wie Hygienemanagement und Datensicherheit, finden sich im QM-Praxishandbuch individualisierbare Praxis- und QM-Formulare sowie Informationen und Musterablaufbeschreibungen aller Prozesse in einer psychotherapeutischen Einzelpraxis.

Themen: Patientenversorgung, Patientenrechte und -sicherheit, Fortbildung, Praxisführung und Praxisorganisation, Beschwerdemanagement, Notfallmanagement, Patientenbefragungen, Qualitätsbezogene Dokumentation

Das QM-Praxishandbuch ist ein Leitfaden für

- einfaches und effizientes Qualitätsmanagement
- Weiterentwicklung und Reflexion der Praxisführung
- die Anwendung des Berufs- oder Sozialrechts
- die Praxisorganisation bei einer Praxisgründung

Jetzt verfügbar!
Aktualisierte Ausgabe 2021

Hardcover-Ringordner mit Register und USB-Stick
60 Euro für DPTV-Mitglieder, 120 Euro für Nichtmitglieder,
inklusive Versand, Bestellung über www.dptv.de/bestellungen
oder per Mail an bgst@dptv.de

