

Psychotherapie

Begriffe, Wirkfaktoren
und ein deutschsprachiger
Ländervergleich zu
gesetzlichen Regelungen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut

Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 93

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

Psychotherapie

Begriffe, Wirkfaktoren
und ein deutschsprachiger
Ländervergleich zu
gesetzlichen Regelungen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, Dezember 2017

Projektteam

Projektleitung: Katharina Rosian, BSc, MSc

Projektbearbeitung: Katharina Rosian, BSc, MSc
Dr. phil. Roman Winkler, MSc

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Katharina Rosian, BSc, MSc

Handsuche: Dipl. Päd.ⁱⁿ Aušra Blaas
Dr. phil. Roman Winkler, MSc
Katharina Rosian, BSc, MSc

Extraktionen (Anhang): Dipl. Päd.ⁱⁿ Aušra Blaas
Katharina Rosian, BSc, MSc

Interne Begutachtung: Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Claudia Wild

Externe Begutachtung: Dr.ⁱⁿ med. Katja Matthias, Regine Kleinert, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Berlin

Korrespondenz: Katharina Rosian, Katharina.Rosian@hta.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Rosian K, Winkler R. Psychotherapie – Begriffe, Wirkfaktoren und ein deutschsprachiger Ländervergleich zu gesetzlichen Regelungen. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 93; 2017. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/page/imprint>

Für den Inhalt verantwortlich:

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisongasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“, der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 93

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2017 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung	7
Summary.....	9
1 Hintergrund	11
1.1 Psychische Gesundheit.....	11
1.2 Psychotherapie.....	14
2 Methode	17
2.1 Projektziel und Fragestellungen	17
2.2 Literatursuche und -auswahl.....	17
2.3 Datenextraktion.....	19
2.4 Qualitätssicherung	19
2.5 Berichtsstruktur.....	20
3 Ergebnisse.....	21
3.1 Begriffsbestimmungen	21
3.2 Wirkfaktoren und -modell der Psychotherapie.....	23
3.2.1 Allgemeine (generische) Wirkfaktoren.....	23
3.2.2 Spezifische Wirkfaktoren	29
3.2.3 Generic Model of Psychotherapy – Beispiel für ein Psychotherapie-Wirkmodell.....	35
3.2.4 Unerwünschte Effekte von Psychotherapien	36
3.3 Psychotherapie im deutschsprachigen Raum	38
3.3.1 Gesetzliche Regelung und staatliche Anerkennung von Psychotherapiemethoden	38
3.3.2 Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden.....	47
3.3.3 Ausbildung in der Psychotherapie	49
4 Zusammenfassung und Diskussion	55
4.1 Limitationen	60
4.2 Schlussfolgerungen.....	61
5 Literatur.....	63
6 Anhang.....	68
6.1 Allgemeine Wirkfaktoren – ein Überblick	68
6.2 Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden in Österreich	70
6.2.1 Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung	71
6.2.2 Humanistisch-existenzielle Orientierung	86
6.2.3 Systemische Orientierung	96
6.2.4 Verhaltenstherapeutische Orientierung	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.2-1: Anteil unterschiedlicher Therapiefaktoren (in %) an der Wirkung von Psychotherapien	25
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.2-1: Dreiteilung allgemeiner Wirkfaktoren.....	24
Tabelle 3.2-2: Ausgewählte Psychotherapietechniken nach den vier zentralen Psychotherapierichtungen	30
Tabelle 3.2-3: Übersicht der ‚American Psychological Association‘ (Department ‚Klinische Psychologie‘) zu ausgewählten Therapieindikationen und empfohlenen Psychotherapiemethoden/ psychologischen Behandlungen (inkl. Evidenzbasis)	32
Tabelle 3.3-1: Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden im deutschsprachigen Raum – Überblick.....	48
Tabelle 6.1-1: Überblick zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie.....	68
Tabelle 6.2-1: Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden in Österreich entlang der vier übergeordneten Psychotherapieorientierungen.....	70

Abkürzungsverzeichnis

AP.....	Analytische Psychologie
aQua-Institut.....	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASP.....	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
ATP.....	Autogene Psychotherapie
BMGF.....	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
DA.....	Daseinsanalyse
DG.....	Dynamische Gruppenpsychotherapie
DMP.....	Disease-Management-Programm
DSM-5.....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
DUK.....	Donau-Universität Krems
EL.....	Existenzanalyse und Logotherapie
EMDR.....	Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing
G-BA.....	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV.....	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG.....	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
GÖG.....	Gesundheit Österreich GmbH
GP.....	Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie
GTP.....	Gestalttheoretische Psychotherapie
HVB.....	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
HY.....	Hypnosepsychotherapie
ICD-10.....	International Classification of Diseases, 10. Revision (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe)
IG.....	Integrative Gestalttherapie
IP.....	Individualpsychologie
IQTIG.....	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
IQWiG.....	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IT.....	Integrative Therapie
KBT.....	Konzentrierte Bewegungstherapie

Inhalt

KIP	Katathym Imaginative Psychotherapie
KP	Klientenzentrierte Psychotherapie
MedBG	Medizinalberufegesetz
NLPt	Neuro-Linguistische Psychotherapie
PA	Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie
PD	Psychodrama
PoP	Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie
PP	Person(en)zentrierte Psychotherapie
PsthG	Psychotherapiegesetz (AT)
PsychThG	Psychotherapeutengesetz (DE)
PsyG	Psychologieberufegesetz (CH)
PT	Psychotherapie
PT-RL	Psychotherapie-Richtlinie
RET	Rational Emotive Therapy
SF	Systemische Familientherapie
TA	Transaktionsanalytische Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie
WBP	Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

Zusammenfassung

Hintergrund

Psychische Erkrankungen sind zunehmend ein gesamtgesellschaftliches Thema und zählen nach Angaben der Global Burden of Disease Study der WHO zu den führenden Ursachen krankheitsbedingter Beeinträchtigungen. Besonders häufig davon betroffen sind Personen im Alter von 15 bis 44 Jahren – depressive Störungen, Suchterkrankungen (z. B. Alkohol) und demenzielle Erkrankungen treten dabei tendenziell am häufigsten auf.

Bei der Versorgung von Personen mit psychischen Störungen kommt der Psychotherapie eine zentrale Bedeutung zu. Psychotherapie wird als wissenschaftlich fundiertes Heilverfahren beschrieben, welches zur Behandlung von psychosozial bedingten psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen, Störungen und Leidenszuständen dienen soll, sowie auch eine präventive bzw. entwicklungs- und gesundheitsfördernde Funktion hat. Das Ziel der Psychotherapie ist demnach die Minderung oder Heilung psychischer Leiden sowie Verhaltensstörungen angesehen.

Methode

Im Rahmen dieses Berichts wurde eine narrativ-deskriptive Synthese der Literatur für den Ergebnisteil durchgeführt. Zu Beginn wurde eine systematische Literatursuche hinsichtlich Wirkfaktoren in der Psychotherapie durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte eine Handsuche nach 2 Schlüsselpublikationen, die anschließend mittels einer Suche in den Referenzen auf weiterführende Quellen überprüft wurden. Ergänzt wurden diese Recherchen mit gezielten Handsuchen nach relevanter und rezenter Literatur auf den Webseiten von Institutionen und Fachgesellschaften. Des Weiteren wurde ein semi-strukturiertes Interview mit drei Expertinnen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchgeführt.

Ergebnisse

Zu Beginn wurde aufgezeigt, dass im thematischen Kontext Psychotherapie sowohl in der Fachliteratur als auch in Policy-Dokumenten mitunter unterschiedliche Begriffe (z. B. Psychotherapieverfahren, -methoden, -schulen, -orientierungen oder -techniken) verwendet werden. Deshalb wurde zunächst eine Begriffsklärung bzw. eine Unterscheidung vorgestellt, die die Unterschiede im deutschsprachigen Raum verdeutlichen.

Hinsichtlich der Wirkfaktoren ist in der Psychotherapie die grundsätzliche Unterscheidung zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren zu beachten, die mit (positiven) Therapieeffekten assoziiert sind. Unter allgemeinen Wirkfaktoren werden all jene Therapievariablen zusammengefasst, die über alle Psychotherapiemethoden hinweg vorhanden sind und die zu Therapieerfolgen bei PatientInnen führen. In Ergänzung dazu werden spezifische Wirkfaktoren als explizite Therapietechniken angesehen, die in einer Psychotherapiemethode verankert sind und die einer bestimmten Zielerreichung (z. B. Reduktion von Angststörungen) im Psychotherapieprozess dienen. Prinzipiell formulieren alle gesetzlich anerkannten Therapiemethoden diverse Grundvoraussetzungen, die in der Psychotherapie erfüllt sein müssen, damit erwünschte Wirkungen für PatientInnen erzielt werden können.

psychische Erkrankungen zählen europaweit zu den führenden Ursachen krankheitsbedingter Beeinträchtigungen

Psychotherapie hat eine wesentliche Bedeutung für die Versorgung von Personen mit psychischen Störungen

narrativ-deskriptive Synthese der Literatur → systematische Literatursuche, Suche nach Schlüsselpublikationen, weiterführende umfassende und gezielte Handsuchen, zusätzlich semi-strukturiertes Interview mit 3 Expertinnen des G-BA

unterschiedliche Begriffe im Kontext Psychotherapie

Unterscheidung zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren

Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren für Therapieeffekte wird als entscheidend eingeschätzt

in AT & CH Kriterien für die Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden, in DE strengere Reglementierungen
→ DE:
3 Therapieverfahren, AT & CH: jeweils 23 Therapiemethoden

unterschiedliche Voraussetzungen für eine Berufsausübung (z. B. Hochschulabschluss in DE & CH vs. Hochschulreife in AT)

Bedeutung von allgemeinen Wirkfaktoren wird für Therapieeffekte als hoch eingeschätzt (z. B. Therapieallianz)

verschränkte Sichtweise von allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren empfohlen

heterogene Gesetzgebung im deutschsprachigen Raum

Gesetzgebungen beinhalten Voraussetzungen, wodurch eigenständige Berufsausübung gewährleistet werden kann

Hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen und den Voraussetzungen für die staatliche Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden konnten zahlreiche Unterschiede aufgezeigt werden: In Österreich und der Schweiz gibt es beispielsweise in Richtlinien enthaltene Kriterien, die für eine Anerkennung von neuen Psychotherapiemethoden zu erfüllen sind. In Deutschland wiederum wird die Anerkennung durch ein Nutzenbewertungsverfahren anhand der Verfahrensordnung des G-BA reglementiert. Daraus ergibt sich, dass es im deutschsprachigen Raum unterschiedlich viele Psychotherapiemethoden gibt, die eine gesetzlich anerkannte Kassenleistung für den ambulanten Bereich darstellen. In Deutschland können drei Psychotherapieverfahren als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung ambulant erbracht werden, während in Österreich und der Schweiz jeweils 23, teilweise disruierte Psychotherapiemethoden gesetzlich anerkannt sind. Die Voraussetzungen zur beruflichen Ausübung von Psychotherapie sind im deutschsprachigen Raum ebenfalls unterschiedlich geregelt. Unterschiede gibt es beispielsweise in den Ausbildungsvoraussetzungen, der Dauer der Ausbildung und der Zugangsvoraussetzungen in Deutschland, der Schweiz sowie in Österreich (z. B. Hochschulabschluss in Medizin/Psychologie in Deutschland und der Schweiz, während in Österreich die Hochschulreife als wesentliche Voraussetzung gilt).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Im Verlauf der Bearbeitung des Berichts hat sich hinsichtlich der Wirkfaktoren gezeigt, dass vor dem Hintergrund der identifizierten Literatur für allgemeine Wirkfaktoren mitunter eine größere Bedeutung für die Erzielung von Therapieeffekten angenommen wird als für spezifische Wirkfaktoren. In diesem Kontext finden sich Hinweise, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung (Therapieallianz) auf der Interaktionsebene einer Psychotherapie einen zentralen allgemeinen Wirkfaktor darstellt. Spezifische Wirkfaktoren hingegen ergeben sich v. a. vor dem Hintergrund unterschiedlicher Theorien zu psychischer Störung und Gesundheit. Aus diesem Grund wird die gemeinsame Berücksichtigung von allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren bei der Feststellung von Therapieeffekten empfohlen.

Die Ergebnisse zur Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden zeigen, dass die Gesetzgebungen im deutschsprachigen Raum sehr heterogen gestaltet sind. Die Anerkennung neuer Therapiemethoden ist deshalb unterschiedlichen Anforderungen unterworfen.

Die Zulassungsvoraussetzungen für eine psychotherapeutische Berufsausübung bzw. Ausbildung differieren ebenfalls im deutschsprachigen Raum. Allerdings umfassen die länderspezifischen Gesetzgebungen zu erfüllende Voraussetzungen für die Aus- und Fortbildung, wovon ausgegangen werden kann, dass diese zu einer eigenständigen und qualitätsgesicherten Berufsausübung befähigen.

Summary

Background

Mental illness is an increasingly macrosocial issue and is, according to the WHO Global Burden of Disease Study, among the leading causes of illness-related impairments. Particularly affected are people between the age of 15 and 44 years. Depressive disorders, addictions (e.g., alcohol) and dementia tend to be the most prevalent of mental illnesses.

In the treatment of people with mental disorders, psychotherapy is of central importance. The aim of psychotherapy is the reduction or cure of mental and behavioural disorders. Psychotherapy is described as a procedure based on scientific evidence, which can be effective for the treatment of psychosocial or psychosomatic illness, disorders and conditions of suffering. Furthermore, psychotherapy has preventive or developmental and health promoting functions.

mental illnesses are among the leading causes of illness-related impairments in Europe

psychotherapy is of central importance in the treatment of persons with mental disorders

Methods

In the context of this report, a narrative-descriptive synthesis of the literature for the section of results was performed. At the beginning, a systematic literature search with regard to effect factors in psychotherapy was carried out. In addition, a manual search was carried out for 2 key publications, which were subsequently checked for further sources by means of a search in references. These searches were supplemented with targeted manual searches for relevant and recent literature (systematic reviews, project reports and publications) on the websites of institutions and expert associations. Furthermore, a semi-structured interview was conducted with three experts from the Federal Joint Committee (G-BA).

narrative-descriptive synthesis of literature → systematic literature search, search for key publications, pursuing comprehensive and focused manual searches, semi-structured interview with 3 experts from the G-BA

Results

At the beginning it was shown that different terms such as psychotherapy procedures, methods, schools, orientations or techniques are used in professional literature as well as in policy documents in the thematic context of psychotherapy. To clarify the differences for the German-speaking area, an explanation of terms or a distinction was presented at first.

different terms in the context of psychotherapy

With regard to the effect factors in psychotherapy, it should be noted that it is differentiated between common and specific effect factors that are associated with (positive) therapeutic effects. Common effect factors summarize all therapeutic variables, that are presented across all psychotherapeutic methods and that lead to therapeutic success in patients. In addition, specific effect factors are understood to be explicit theoretic techniques that are anchored in psychotherapeutic methods and that serve a specific goal achievement in the psychotherapy process (e.g., reduction of anxiety disorders). In general, all legally recognized therapy methods formulate various basic requirements that must be fulfilled in psychotherapies so that desired effects can be achieved for patients. The significance of the common effect factors for positive therapeutic effects is considered decisive (e.g., for the therapeutic alliance between patient and psychotherapist).

distinction between common and specific effect factors

significance of common effect factors for therapeutic effects is considered decisive

in AT & CH guideline criteria for the state recognition of new psychotherapy methods, in DE increased regulation → 3 therapy procedures in Germany due to stricter regulations, 23 psychotherapy methods in Switzerland & Austria

differences in vocational qualification/training (e.g., university degree in DE & CH vs. university entrance qualification in AT)

importance of common effect factors is considered high for therapeutic effects (e.g. therapeutic alliance)

entangled perspective of common and specific effect factors is recommended

heterogeneous legislation in the recognition of new therapeutic methods

respective legislations includes certain conditions, whereby independent professional practice can be guaranteed

When presenting the results regarding the legal regulations and the requirements for the state recognition of new psychotherapy methods, numerous differences were shown: In Austria and Switzerland, for example, there are criteria in guidelines that have to be met for the recognition of new psychotherapeutic methods. In Germany, on the other hand, the recognition is regulated by a benefit assessment procedure based on the Rules of Procedure of the Federal Joint Committee. As a result, there are different numbers of legally recognized psychotherapeutic methods in German-speaking countries, which can be reimbursed by state insurance for the outpatient sector. In Germany three psychotherapy procedures can be performed on an outpatient basis as a service of the statutory health insurance. In comparison, 23 partly different psychotherapy methods are currently legally recognized in Austria as well as in Switzerland. The requirements for the professional practice of psychotherapy are also regulated differently in the German-speaking countries. For example, differences exist in terms of educational requirements, duration of education and entry requirements in Germany, Switzerland and Austria (for example, a university degree in medicine/psychology is obligatory in Germany and Switzerland, while in Austria the university entrance qualification is considered to be essential).

Discussion and Conclusions

During the working progress of this report, it has been shown that against the background of the identified literature common effect factors can be attributed greater importance for achieving therapeutic effects than specific effect factors. In this context, there is evidence that the quality of the therapeutic relationship (therapeutic alliance) at the interaction level of a psychotherapy represents a central common effect factor. However, specific effect factors arise, above all, against the background of various theories of mental disorder and health. For this reason, the collective consideration of common and specific effect factors is recommended when determining therapeutic effects.

The results of the recognition of new psychotherapeutic methods show that the legislation in German-speaking countries is very heterogeneous. The recognition of new therapeutic methods is therefore subject to different requirements.

The admission requirements for a psychotherapeutic professional practice or vocational training also differ in the German-speaking area. However, the country-specific legislation includes prerequisites for education and training, which can be assumed to enable psychotherapists to practice their profession independently and in a quality-assured manner.

1 Hintergrund

1.1 Psychische Gesundheit

Als psychische Gesundheit wird der „Zustand seelischen Wohlbefindens und Wohlergehens aufgrund des Überwiegens schützender und ausgleichender Anteile (z. B. Vertrauen, Gelassenheit, Humor, Optimismus, Realitätssinn) gegenüber destabilisierenden Einflüssen“ bezeichnet [1]. Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der Begriff der psychischen oder mentalen Gesundheit (mental health) folgendermaßen erläutert: „*Mental health ermöglicht es Menschen, ihre Fähigkeiten auszuschöpfen und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft zu leisten*“ [2].

Psychische Gesundheit zeigt sich u. a. darin, dass die eigenen Ressourcen genutzt und Anforderungen bewältigt werden können, um beispielsweise den Umgang mit Belastungen und Konflikten zu erleichtern. Psychische Gesundheit ist durch biopsychosoziale Faktoren (biopsychosoziales Modell) beeinflusst, sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht. Die Stärke der Einflüsse auf eine Person können dabei sehr individuell und unterschiedlich sein [2]. Unter biopsychosozialen Einflussfaktoren gelten beispielsweise die folgenden Punkte:

- ✿ Selbstvertrauen,
- ✿ Sicherheit,
- ✿ Soziale Kompetenz,
- ✿ Arbeitsbedingungen,
- ✿ Umgang mit problematischen Situationen,
- ✿ Wahrnehmung von körperlichen und seelischen Bedürfnissen und auch deren Umsetzung,
- ✿ Verantwortungsbewusstsein etc.

Psychische Gesundheit kann darüber hinaus auch durch zahlreiche andere Faktoren – wie z. B. Krankheiten, Medikamente, Drogen oder die sozio-ökonomische Situation – beeinträchtigt werden [2].

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind in der International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10) – ein Kodex von der WHO – klassifiziert, wo sie unter den F-Diagnosen zu finden sind (F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen) [3].

Das auf gleicher Ebene mit der ICD-10 Klassifizierung stehende „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5)¹“ definiert psychische Störungen „als Syndrom, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störun-

psychische Gesundheit = Zustand seelischen Wohlbefindens und Wohlergehens

Nutzung der eigenen Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen (z. B. Belastungen & Konflikte)

biopsychosoziale Faktoren haben einen Einfluss auf die psychische Gesundheit einer Person

zusätzlich kann psychische Gesundheit durch Krankheit, Medikamente etc. beeinflusst werden

psychische Erkrankungen sind in der ICD-10 Klassifikation unter den F-Diagnosen zu finden

¹ Klassifikationssystem, das v. a. in Nordamerika Verwendung findet.

gen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten“ [4].

Störungen der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Verarbeitung von Erlebnissen, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen können unter seelischen Problemen subsumiert werden [5]. Häufige in der Literatur genannte Störungsbilder, bei denen Psychotherapie eine Wirkung erzielen kann, sind:

**häufige Störungsbilder,
bei denen
Psychotherapie eine
Wirkung erzielen kann:**
- Depression,
- Angststörungen,
- Verhaltensstörungen,
- Traumata,
- Stressbedingte
Erkrankungen,
- Lebenskrisen, etc.

- ✧ Depression
- ✧ Angststörungen, wie z. B. soziale Angst, Phobien,
- ✧ Essstörungen (Bulimie, Magersucht, Übergewicht),
- ✧ Suchtverhalten (Alkohol, Nikotin, Drogen, Tabletten),
- ✧ Zwänge,
- ✧ Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen,
- ✧ Seelisch bedingte Störungen von körperlichen Funktionen (Sexuelle Störungen, Bluthochdruck, Schlafstörungen),
- ✧ Psychosomatische Erkrankungen – Körperliche Erkrankungen, die durch seelische Faktoren ausgelöst und aufrechterhalten werden,
- ✧ Traumata (Vergewaltigung, Missbrauch, Unfall),
- ✧ Nachsorge, Rehabilitation und Begleitung bei schweren körperlichen oder chronischen Erkrankungen,
- ✧ Persönlichkeitsstörungen,
- ✧ Stressbedingte Erkrankungen – Burnout,
- ✧ Lebenskrisen – persönliche Probleme wie Mobbing, Eifersucht, Trennung, Trauer, u. a. [5].

Epidemiologie

**psychische
Erkrankungen zählen
europaweit zu den
führenden Ursachen
krankheitsbedingter
Beeinträchtigungen**

**Mikrozensus-
Zusatzbefragung 2015:
19,3 % der
österreichischen
Bevölkerung waren
gesundheitlich
beeinträchtigt, davon
waren 3,7 % von
nervlichen oder
psychischen Problemen
betroffen**

**Jahresprävalenzen in
DE & CH: rund ein
Drittel der Bevölkerung
von psychischen
Erkrankungen betroffen**

Psychische Erkrankungen sind zunehmend ein gesamtgesellschaftliches Thema und zählen nach Angaben der Global Burden of Disease Study der WHO zu den führenden Ursachen krankheitsbedingter Beeinträchtigungen. Besonders häufig davon betroffen zu sein scheinen Personen im Alter von 15 bis 44 Jahren – depressive Störungen, Suchterkrankungen (Alkohol) und demenzielle Erkrankungen treten tendenziell am häufigsten auf [6, 7].

In der Mikrozensus-Zusatzbefragung aus dem Jahr 2015 wird berichtet, dass 19,3 % der österreichischen Wohnbevölkerung (ab 15 Jahren in Privathaushalten) gesundheitlich beeinträchtigt waren. Am dritthäufigsten waren Personen (rund 270.000, 3,7 %) durch nervliche oder psychische Probleme dauerhaft (länger als sechs Monate) eingeschränkt. Ein Anstieg psychischer Erkrankungen zeigt sich auf der Grundlage von Versorgungsdaten bereits bei Personen ab einem Alter von 20 Jahren. Ein vergleichsweise starker Anstieg konnte insbesondere in der Gruppe der Personen über 40 Jahre festgestellt werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen, dass Frauen häufiger als Männer von psychischen Belastungen betroffen waren (4,4 % vs. 3,0 %) [6, 8]. Valide Jahresprävalenzen für Österreich konnten jedoch nicht identifiziert werden, da es derzeit noch keine epidemiologischen Studien zu psychischen Erkrankungen gibt. Eine erste epidemiologische Studie zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in der Altersgruppe der zehn- bis 18-Jährigen in Österreich ermittelte das Ergebnis, dass rund 24 % der Jugendlichen von einer psychischen Erkrankung betroffen sind [9]. Epidemiologische Daten aus Deutschland oder der Schweiz weisen ähnliche Ergebnisse aus: Studien aus

der Schweiz deuten darauf hin, dass im Verlauf eines Jahres, über alle Altersgruppen hinweg, bis zu einem Drittel der Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen ist, wovon sich weniger als die Hälfte behandeln lässt [10]. Auch für Deutschland wird die Jahresprävalenz der psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung mit 27,7° % angegeben [11].

Im Jahr 2015 waren in Österreich 29,9 Krankenstandsfälle auf 1.000 Erwerbstätige auf psychische und Verhaltensstörungen zurück zu führen. Somit lagen psychische und Verhaltensstörungen als Auslöser für einen Krankenstand an siebter Stelle [12]. Für das Jahr 2014 wurden in Österreich 107.630,5 abgerechnete Leistungen von PsychotherapeutInnen verzeichnet [13]. Zusätzlich erhöhten sich die Fehlzeiten und Berufsunfähigkeitspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus kam es in den letzten Jahren zu einer stärkeren Wahrnehmung von psychischen Beeinträchtigungen in der Öffentlichkeit [6, 7].

Nationales Gesundheitsziel: Psychosoziale Gesundheit fördern

Zur Aufrechterhaltung und Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung wurde im Jahr 1998 von der WHO das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region erarbeitet. Insgesamt wurden dafür 21 Gesundheitsziele formuliert, die einen Handlungsrahmen für die Gesundheitspolitik darstellen und spezifische Gesundheitsprobleme aufgreifen sollen, die in dieser Region bestehen [14].

Die nationalen Gesundheitsziele beabsichtigen, die Gesundheit der Bevölkerung unabhängig von sozioökonomischen Faktoren sowie individuellen Lebensumständen aufrecht zu erhalten. In Österreich wurden deshalb im Jahr 2012 zehn Gesundheitsziele durch den Ministerrat und die Bundesgesundheitskommission beschlossen. Diese bilden seitdem die Grundlage der aktuellen Gesundheitsreform und sind ebenfalls in das derzeitige Regierungsprogramm inkludiert. Bis zum Jahr 2032 sollen die nationalen Gesundheitsziele eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik unterstützen [15].

Eines der zehn Gesundheitsziele fokussiert auf die Förderung der psychosozialen Gesundheit: „Zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität und des Wohlbefindens eines jeden Menschen ist auch die psychosoziale Gesundheit von wesentlicher Bedeutung“. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) und über 40 andere Organisationen und Institutionen haben im Rahmen des Gesundheitsziels in einer Arbeitsgruppe Ziele und Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit erarbeitet [16].

Sind Personen durch psychosoziale Belastungen beeinträchtigt, kann dies zur Entwicklung von akuten und chronischen Erkrankungen beitragen oder sogar einen Auslöser dafür darstellen. Eine Verringerung von psychosozialen Belastungen und Stress durch eine Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit in allen Lebensbereichen und -phasen, ist anzustreben [15, 17]. Die Förderung der Lebenskompetenzen sowie Maßnahmen zur Prävention von Gewalt, Essstörungen und Abhängigkeiten von z. B. Medikamenten, Alkohol und illegalen Drogen stehen im Fokus dieses Gesundheitszieles. Zusätzlich soll das Gesundheitsziel dabei unterstützen, das Bewusstsein für psychosoziale Gesundheit und Erkrankungen zu steigern, um einer Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen entgegen zu wirken und mögliche Ausgrenzungen vorzubeugen – eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung von Personen mit psychosozialen Beeinträchtigungen kann dabei eine Unterstützung darstellen [17].

2015 lagen psychische und Verhaltensstörungen als Auslöser für einen Krankenstand an 7. Stelle

1998 wurde das WHO-Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ mit 21 Gesundheitszielen erarbeitet

Fokus der nationalen Gesundheitsziele liegt in der Aufrechterhaltung der Bevölkerungsgesundheit unabhängig von sozioökonomischen Faktoren sowie individuellen Lebensumständen

10 Gesundheitsziele für Österreich → ein Ziel fokussiert auf die Förderung der psychosozialen Gesundheit der Bevölkerung

DE: 9 Gesundheitsziele
→ Ziel „depressive
Erkrankungen:
verhindern,
früh erkennen,
nachhaltig behandeln“
bereits 2006
veröffentlicht

Auch in Deutschland und der Schweiz wird psychische Gesundheit in den nationalen Gesundheitszielen festgehalten. Deutschland hat neun nationale Gesundheitsziele entwickelt. Bereits im Jahr 2006 wurde das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ veröffentlicht und seit 2014 wird an einer (möglichen) Aktualisierung gearbeitet. Empfohlene Startermaßnahmen dieses Gesundheitsziels umfassen beispielsweise die Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten sowie Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes um Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen [18]. Darüber hinaus befindet sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) derzeit in den Beratungen zu einem neuen Disease-Management-Programm (DMP) für Depressionen [19].

Die Schweiz hat insgesamt 21 Gesundheitsziele definiert, von diesen ist das Ziel 6 mit der Verbesserung der psychischen Gesundheit betraut, das folgendermaßen definiert wird: „Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern, und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein. In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

CH: 21 Gesundheitsziele
→ Ziel 6 „Verbesserung
der psychischen
Gesundheit“ sollte bis
2020 realisiert werden

- 6.1 Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern, und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen.
- 6.2 Die Suizidraten sollten um mindestens [ein] Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten“ [20].

1.2 Psychotherapie

Psychotherapie hat eine
wesentliche Bedeutung
für die Versorgung von
psychischen Störungen

Psychotherapie =
Oberbegriff für alle
Behandlungsformen von
Störungen, Krankheiten
und Leidenszuständen
mit psychologischen
Mitteln (ohne
pharmako-
therapeutische oder
chirurgische Methoden)

Für die Versorgung psychischer Störungen und einer Wiedererlangung psychischer Gesundheit kommt der Psychotherapie (neben anderen Behandlungsformen) eine wesentliche Bedeutung zu. Psychotherapie ist der „Oberbegriff für alle Formen der Behandlung von Störungen, Krankheiten und Leidenszuständen mit psychologischen Mitteln und ohne pharmakotherapeutische oder chirurgische Methoden“ [21]. Als Psychotherapie wird die zwischenmenschliche Behandlung auf der Grundlage psychologischer Prinzipien betrachtet. Die Therapie wird individuell der Patientin/dem Patienten angepasst, um ihr oder ihm mit einer psychiatrischen Störung, einem Problem oder einem ungünstigen Umstand zu helfen [22]. Als Ziel der Psychotherapie wird die Minderung oder Heilung psychischer Leiden sowie Verhaltensstörungen angesehen [23].

Psychotherapie wird als wissenschaftlich fundiertes Heilverfahren beschrieben, welches zur Behandlung von psychosozial bedingten psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen, Störungen und Leidenszuständen sowie auch eine präventive bzw. entwicklungs- und gesundheitsfördernde Funktion hat [24]. Psychotherapie geht davon aus, dass Körper und Seele eine Einheit bilden. Die Ursache oder Ausdruck eines seelischen Ungleichgewichts kön-

nen demnach Krankheiten, Symptome oder Leidenszustände darstellen. Wesentlich für eine Heilung bzw. Linderung von Leidenszuständen ist die Entfaltung persönlicher Ressourcen sowie ein dynamisches Gleichgewicht zwischen der Selbstbestimmtheit und Anpassungsfähigkeit zu schaffen [25].

Die Psychotherapie basiert auf den Grundlagen verschiedener Wissenschaften – wie Medizin, Psychologie, Pädagogik, Philosophie, Kommunikations- und Interaktionsforschung etc. – und entwickelte sich zu einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin mit spezifischen Methoden. Die Berufsausübung kann nur auf der Grundlage einer methodenspezifischen Ausbildung und Befähigung, einer entsprechenden Indikation, einer wissenschaftlichen Methode, im Rahmen einer professionellen Therapiebeziehung zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen sowie mit einer spezifischen Zielsetzung (z. B. Symptomminderung, Verhaltensänderung, Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität etc.) erfolgen. Der Beziehung zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen kommt dabei eine wesentliche Rolle zu [24].

Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie, Anwendungsbereiche und Setting-spezifische Faktoren in der Psychotherapie, sowie Psychotherapie im deutschsprachigen Raum werden in Kapitel 3 ausführlich beschrieben.

Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie

Am 01.01.1991 wurde in Österreich das Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz [PsthG]), BGBl. Nr. 361/1990, verabschiedet. Seitdem ist in Österreich die psychotherapeutische Berufstätigkeit gesetzlich festgelegt [23, 26].

Darin wird festgehalten, dass es sich bei der „Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes [um eine] nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ handelt [26].

Die wesentlichen Inhalte des Bundesgesetzes umfassen u. a. die Ausbildung zum/zur PsychotherapeutIn, Voraussetzungen für die Ausbildung zum/zur PsychotherapeutIn, Voraussetzungen für die selbständige Ausübung der Psychotherapie, Berufspflichten der PsychotherapeutInnen, Dokumentationspflicht sowie das Erlöschen der Berufsberechtigung [26]. Weiterführende Informationen zur gesetzlichen Regelung und der staatlichen Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden sowie zur Psychotherapieausbildung finden sich im Ergebnisteil in Kapitel 3.3.

Psychotherapie basiert auf unterschiedlichen Wissenschaften (z. B. Medizin, Psychologie, Pädagogik)

Ausübung auf Grundlage methodenspezifischer Ausbildung, entsprechender Indikation, wissenschaftlicher Methode und professioneller Therapiebeziehung

psychotherapeutische Berufstätigkeit ist in Österreich seit 01.01.1991 gesetzlich festgelegt (Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie [PsthG])

im PsthG geregelt ist:

- Psychotherapieausbildung,
- Voraussetzungen für die Ausbildung,
- Voraussetzungen für die selbständige Arbeit als PsychotherapeutIn,
- Berufspflichten, etc.

2 Methode

2.1 Projektziel und Fragestellungen

Der vorliegende Projektbericht hat zum Ziel allgemeine (generische) und spezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie, Indikationsbereiche in denen Psychotherapie zum Einsatz kommen kann sowie Setting-spezifische Faktoren darzustellen. Darüber hinaus wird ein Überblick über die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Psychotherapie im deutschsprachigen Raum erarbeitet, wodurch ein Vergleich der unterschiedlichen gesetzlichen Voraussetzungen in der Psychotherapie dargestellt werden soll. Die folgenden Fragestellungen sollen im Verlauf des Berichts bearbeitet werden:

1. Lassen sich Psychotherapiemethoden spezifischen Indikationen bzw. Störungsbildern, Krankheiten und Leidenszuständen zuordnen?
2. Haben einzelne Psychotherapiemethoden unterschiedliche (spezifische) Wirkfaktoren bzw. welche generischen (allgemeinen) Wirkfaktoren werden in der Literatur genannt? Welche unerwünschten Effekte können im Zuge von Psychotherapien auftreten?
3. Welche Wirkfaktoren der einzelnen Psychotherapiemethoden erschließen sich für welche Indikation(en)/Population(en)?
4. Welche Unterschiede zeigen sich im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Schweiz, Österreich) im Hinblick auf die gesetzliche Regelung und die staatliche Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden sowie in der Psychotherapieausbildung?

Ausdrücklich **nicht** Inhalt des Berichts war die Erstellung einer systematischen Evidenzanalyse zur Wirksamkeit einzelner Psychotherapiemethoden bei einzelnen Indikationen (Wirksamkeit jeder einzelnen Therapiemethode) sowie ein Vergleich von Wirkfaktoren einzelner Psychotherapiemethoden.

Ziel: Beschreibung von Wirkfaktoren, Indikationen, Setting-spezifischen Faktoren sowie gesetzlichen Rahmenbedingung im deutschsprachigen Raum

NICHT Inhalt des Berichts war die Erstellung von Wirksamkeitsanalysen

2.2 Literatursuche und -auswahl

Im Rahmen dieses Berichts wurde eine narrativ-deskriptive Synthese der Literatur für den Ergebnisteil durchgeführt – basierend auf den oben dargestellten Fragestellungen. Aus diesem Grund wird im Kapitel der Methoden die explizite Literatursuche (*PRISMA Flow Diagram*) nicht beschrieben. Grundsätzlich folgte sowohl die Literatursuche, -auswahl als auch die -aufbereitung immer einem konsensgeleiteten Prozess, in den zwei Personen (KR, RW) eingebunden waren. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens gelöst.

Zur Beantwortung der Fragestellungen (2, 3) hinsichtlich der Wirkfaktoren von Psychotherapie wurde vom 1. Juni bis 8. Juni 2017 in einem ersten Schritt eine umfassende systematische Literatursuche nach rezenter Literatur mithilfe der Keywords „effect factor*“ AND „psychotherap*“ in den folgenden Datenbanken mit der Eingrenzung auf deutsch- und englischsprachige Literatur sowie den Publikationszeitraum 2012-2017 durchgeführt:

- ✿ Embase,
- ✿ Pubmed,

keine Darstellung der Literatursuche, da narrativ-deskriptive Synthese der Literatur in Ergebnissen

umfassende systematische Literatursuche zu Wirkfaktoren der Psychotherapie

lediglich 2 relevante Zitate aus systematischer Suche	<ul style="list-style-type: none"> ✿ PSYCInfo, ✿ PSYINDEX, ✿ PubPsych, ✿ Ovid (Medline), ✿ Cochrane Library.²
Suche nach 2 Schlüsselpublikationen → dadurch konnten 3 weitere Zitate eingeschlossen werden	<p>199 Literaturzitate konnten mit der systematischen Literatursuche identifiziert werden, die anschließend (vor dem Hintergrund der leitenden Forschungsfragen) auf ihre Relevanz überprüft wurden. Es stellte sich jedoch heraus, dass es sich bei den identifizierten Zitaten zumeist um Literatur handelte, die die Wirkung bestimmter Psychotherapiemethoden im Kontext spezifischer psychologischer Indikationen beschrieben und somit wenig Relevanz für diesen Bericht aufwiesen. Aus diesem Grund konnten lediglich zwei Zitate als Ergebnis der systematischen Literatursuche in diesen Bericht eingeschlossen werden.</p> <p>In einem zweiten Schritt wurde hinsichtlich der Wirkfaktoren eine Handsuche nach 2 Schlüsselpublikationen durchgeführt [27, 28], die anschließend mittels Schneeballsystem (Suche in Referenzen) auf weiterführende Quellen überprüft wurden. Die Auswahl der Schlüsselpublikationen erfolgte vor dem Hintergrund der Forschungsfragen im Sinne von Plausibilität, Relevanz und Aktualität der Literatur. Dadurch konnten 30 weitere Zitate identifiziert werden, von denen drei als relevante Quellen in den Bericht eingeschlossen wurden. Darüber hinaus konnten aus diesen zwei Schlüsselpublikationen relevante Informationen hinsichtlich der allgemeinen Wirkfaktoren extrahiert werden (siehe Tabelle 6.1-1 im Anhang).</p>
gezielte Handsuchen auf Webseiten von Institutionen & Fachgesellschaften	<p>Zur Beantwortung der Fragestellungen (1, 4) hinsichtlich der Unterschiede der gesetzlichen Rahmenbedingungen im deutschsprachigen Raum, zu Setting-spezifischen Faktoren sowie zu den Indikationen der Psychotherapie wurden gezielte Handsuchen nach relevanter und rezenter Literatur (systematischen Übersichtsarbeiten, Projektberichten und Publikationen) auf den Webseiten der folgenden Institutionen und Fachgesellschaften durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), ✿ Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), ✿ Donau-Universität Krems (DUK), ✿ Fachgesellschaften der einzelnen Psychotherapiemethoden in Österreich, Deutschland und der Schweiz, ✿ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), ✿ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), ✿ Bundesministerium für Gesundheit (BMG), ✿ Schweizer Charta für Psychotherapie, ✿ Bundesamt für Gesundheit (BAG), etc.
semi-strukturiertes Interview mit G-BA bzgl. anerkannter Richtlinienverfahren in DE	<p>In einem nächsten Schritt erfolgte eine Kontaktaufnahme mit dem G-BA hinsichtlich bereits bearbeiteter Projekte im Themenbereich der Psychotherapie sowie über anerkannte Richtlinienverfahren in Deutschland und den Unterschieden zu Österreich. Diesbezüglich wurde ein persönliches semi-strukturiertes Interview mit drei Referentinnen der Geschäftsstelle des G-BA am</p>

² Die gesamten Suchstrategien können auf Anfrage beim LBI-HTA bezogen werden.

5. Oktober 2017 in Berlin durchgeführt. Das Gespräch diente einem Austausch zur Verständnisklärung hinsichtlich Begriffsverwendungen, Voraussetzungen für die Anerkennung von Psychotherapierichtungen und den jeweiligen Unterschieden zwischen Deutschland und Österreich.

2.3 Datenextraktion

Ergänzend zu den Literaturrecherchen wurde in einem weiteren Schritt eine Übersicht über die vier anerkannten Psychotherapieorientierungen, die die 23 in Österreich gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden umfassen, anhand ihrer wichtigsten Charakteristika wie z. B. Zielgruppen (Kinder, Erwachsene), Setting-spezifische Faktoren (z. B. Einzel-, Gruppensetting), sowie Wirkfaktoren erarbeitet.

Für diese Übersicht wurden zu den einzelnen Methoden nach einem vorab festgelegten Schema Daten recherchiert. Extrahiert wurden Inhalte zum theoretischen Hintergrund, zur Population, Wirkfaktoren (allgemeine und spezifische), Setting-spezifische Faktoren, Psychotherapieindikationen sowie zur Frequenz von Psychotherapie(-Sitzungen). Die entsprechenden Inhalte wurden mittels einer Selektion von Literaturzitat und über entsprechende psychotherapeutische Ausbildungsvereine sowie Psychotherapiefachgesellschaften gewonnen und mit Inhalten aus Lehrbüchern zur Psychotherapie ergänzt. Dieser Überblick ist im Anhang in Kapitel 6.2 zu finden.

**zusätzlich:
Übersicht über die 23
gesetzlich anerkannten
Psychotherapiemethoden
in Österreich**

**vorab festgelegtes
Schema dient dem
Überblick über die
gesetzlich anerkannten
Psychotherapie-
methoden**

**Schema wurde mit
selektiven Inhalten
gefüllt und ist im
Anhang ersichtlich**

2.4 Qualitätssicherung

Der vorliegende Bericht wurde einem internen und externen Review unterzogen. Hierbei standen in erster Linie folgende Qualitätskriterien im Vordergrund:

- ✿ „fachliche Korrektheit“ (*Stimmen die Informationen?*)
- ✿ „Adäquatheit und Transparenz der Methode“ (*Wird die Methode richtig eingesetzt?*)
- ✿ „logischer Aufbau der Arbeit und Konsistenz in der Struktur“ (*Sind die Ergebnisse nachvollziehbar?*)
- ✿ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (*Haben die Ergebnisse Relevanz für AnwenderInnen?*)
- ✿ „formale Korrektheit“
- ✿ „Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands“.

Das LBI-HTA betrachtet die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Fachbereichen als Methode der Qualitätssicherung von wissenschaftlichen Arbeiten. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts liegt beim LBI-HTA.

**interner und externer
Review ...**

**... als Methode der
Qualitätssicherung**

2.5 Berichtsstruktur

- Aufbau der Ergebnisse:**
- **allgemeine Wirkfaktoren und Setting-spezifischer Faktoren**
 - **spezifische Wirkfaktoren**
 - **Wirkmodell**
 - **unerwünschte Effekte**
 - **Psychotherapie im deutschsprachigen Raum**

Das Kapitel der Ergebnisse ist folgendermaßen aufgebaut: zu Beginn werden Wirkfaktoren (allgemeine und spezifische), ein Wirkmodell der Psychotherapie als auch unerwünschte Effekte von Psychotherapie dargestellt. In weiteren Unterkapiteln erfolgen die Beschreibungen eines allgemeinen Wirkfaktors (Therapieallianz als Beispiel), Setting-spezifischer Faktoren der allgemeinen Wirkfaktoren sowie spezifische Wirkfaktoren im Kontext von Psychotherapieorientierungen als auch im Kontext von Indikationen. Anschließend wird Psychotherapie im deutschsprachigen Raum im Hinblick auf Unterschiede in den gesetzlichen Regelungen und der staatlichen Anerkennungen von Psychotherapiemethoden, der gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden sowie in der Psychotherapieausbildung dargestellt.

3 Ergebnisse

3.1 Begriffsbestimmungen

Im thematischen Kontext Psychotherapie werden sowohl in der Fachliteratur als auch in Policy-Dokumenten (wie z. B. in Mitteilungen des BMGF [23] oder des G-BA [29]) mitunter unterschiedliche Begriffe, wie etwa Psychotherapieverfahren, -methoden, -schulen, -orientierungen oder -techniken verwendet. Aus diesem Grund wird nachstehend zunächst eine Begriffsklärung bzw. eine Unterscheidung vorgestellt, die sich an den Definitionen des G-BA (gemäß der Psychotherapie-Richtlinie [PT-RL]) in Deutschland orientiert. Hierbei handelt es sich um klare, begriffliche Abgrenzungen, die die Unterschiede zwischen Psychotherapieverfahren, -methode und -technik verdeutlichen [29]. Analog dazu werden die in Österreich üblichen Richtlinienbegriffe beschrieben (wie z. B. vom BMGF formuliert [23]).

Psychotherapieverfahren

In Deutschland muss ein Psychotherapieverfahren grundsätzliche Bedingungen aufweisen, um für eine ambulante Krankenbehandlung zugelassen zu werden. Demzufolge muss das Verfahren

- ❖ eine (eigene) umfassende Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung aufweisen oder verschiedene Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen zusammenfassen.
- ❖ eine oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen aufweisen.
- ❖ darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung formulieren.

In der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erbringbare Psychotherapieverfahren in Deutschland sind die *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*, die *Analytische Psychotherapie* sowie die *Verhaltenstherapie*.

In Österreich kommt der Begriff *Psychotherapieverfahren* in diesem Verständnis nicht zur Anwendung, allerdings lassen sich einige Kriterien der deutschen PT-RL in den Beschreibungen zur Psychotherapiemethode wiederfinden.

Psychotherapiemethode

Eine Psychotherapiemethode findet in Deutschland störungsspezifische Anwendung. Als Beispiel für eine im Rahmen der ambulanten Versorgung erbringbaren, nach Beratung durch den G-BA, Psychotherapiemethode gilt in Deutschland etwa das „Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)³“, bei Posttraumatischen Belastungsstörungen [30]. Für die Anwen-

unterschiedliche Begriffe im Kontext Psychotherapie

umfassende Theorie(n) zu psychischem Krankheitsgeschehen als Grundvoraussetzung für die Anerkennung als Psychotherapieverfahren in Deutschland sowie

... breit angelegte Strategien zur Behandlung von psychischen Störungen und spezifische Indikationskonzepte

Begriff ist in Österreich nicht ausdrücklich geregelt – allerdings Analogien zum Methodenbegriff

Begriff der *Methode* wird in Deutschland störungsbezogen verwendet

³ Hierbei handelt es sich um eine Methode zur Behandlung von Traumafolgestörungen, die auf Erkenntnissen aus der Neuropsychologie basiert (für weitere Infos siehe etwa <http://www.emdr-institut.de/>).

**Psychotherapie-
methoden müssen
(sowohl in Deutschland
als auch in Österreich)
theoriegeleitet sein**

**in Österreich
23 gesetzlich anerkannte
Psychotherapie-
methoden (-schulen)**

**Anerkennung erfolgt
in Österreich auf Basis
„praktischer Erprobung“
und „wissenschaftlicher
Fundierung“**

**in Österreich werden
die gesetzlich
anerkannten Methoden
4 Orientierungen
zugeordnet**

**in Deutschland eher als
Psychotherapieverfahren
beschrieben**

**Einsatz bestimmter
Techniken zur
Zielerreichung in einer
Psychotherapie**

**begriffliches Verständnis
entspricht auch dem
Österreich-Kontext**

derung der Psychotherapiemethode im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen folgende Grundvoraussetzungen erfüllt sein:

- ✱ Die Methode muss auf einer Theorie basieren, die die Entstehung und die Aufrechterhaltung dieser Störung(en) erklärt und auf einer Theorie zur Behandlung der Störung(en) basieren.
- ✱ Es müssen Indikationskriterien (einschließlich der diagnostischen Erfassung), Beschreibungen zur therapeutischen Vorgehensweise sowie Beschreibungen zu den angestrebten Behandlungseffekten vorliegen.

In Österreich findet der Begriff umfassendere Anwendung als in Deutschland und beinhaltet die derzeit 23 gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden (gemäß dem österreichischen PsthG, BGBl.Nr. 361/1990 [23]).

Hinsichtlich der detaillierten Anerkennungskriterien, die in Österreich für Psychotherapiemethoden gelten, wird auf das Kapitel 3.3.1 in diesem Bericht verwiesen. Grundsätzlich ist jedoch in der „Richtlinie für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990“ festgelegt, dass Psychotherapiemethoden eine genügende praktische Erprobung haben, wissenschaftlich fundiert sind sowie internationalen Standards entsprechen [31].

Psychotherapieorientierung

In Österreich ergibt sich aufgrund der historischen Entwicklung eine Einteilung der 23 anerkannten psychotherapeutischen Methoden in vier Orientierungen, die in einer PatientInneninformation des BMGF aufgelistet sind (siehe Anhang 6.2) [23]. Die vier Orientierungen erklären sich entlang von Meta-Theorien zu psychischer Gesundheit und Krankheit sowie spezifischen Behandlungskonzepten, unter denen die 23 Psychotherapiemethoden subsumiert sind. Bei den vier Psychotherapieorientierungen handelt es sich um die

1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung,
2. Humanistisch-existenzielle Orientierung,
3. Systemische Orientierung und
4. Verhaltenstherapeutische Orientierung.

In Deutschland kommt der Begriff *Psychotherapieorientierung* in diesem Verständnis nicht zur Anwendung, am ehesten sind hierbei Übereinstimmungen mit den Psychotherapieverfahren gegeben.

Psychotherapietechnik

Dieser Begriff beschreibt laut der PT-RL in Deutschland eine konkrete Vorgehensweise, mit der die Ziele in einer Psychotherapie durch entsprechende Techniken und Interventionen erreicht werden sollen. Als Beispiel gilt hierfür etwa *Autogenes Training*.

In Österreich kommt dieser Begriff ebenso zur Anwendung, wie etwa im Zusammenhang mit aktivierenden Techniken bei bestimmten Psychotherapiemethoden (z. B. Rollenspiele in der *Integrativen Gestalttherapie* oder in der *Transaktionsanalytischen Psychotherapie* etc.) [23].

3.2 Wirkfaktoren und -modell der Psychotherapie

Grundsätzlich wird in der Psychotherapie zwischen allgemeinen (generischen) und spezifischen Wirkfaktoren unterschieden, die mit (positiven) Therapieeffekten assoziiert sind. Der Begriff Wirkfaktor bzw. das Spektrum an Wirkfaktoren wird mitunter inkonsistent verwendet und so finden sich in der Literatur auch Bezeichnungen, wie z. B. Wirkprinzip, unspezifischer oder universeller Wirkfaktor [28].

Eine umfassende Definition zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie existiert nicht, jedoch wird von einem grundsätzlichen Verständnis darüber berichtet: Allgemeine Wirkfaktoren vereinen demnach all jene Therapievariablen, die über alle Psychotherapiemethoden hinweg vorhanden/feststellbar sind und die (neben anderen Faktoren) zu therapeutischen Veränderungen (Therapieerfolgen) bei PatientInnen führen [28, 32].

In Ergänzung dazu werden unter spezifischen Wirkfaktoren explizite Therapietechniken verstanden, die in einer Psychotherapiemethode ausgeübt werden bzw. verankert sind und die einer bestimmten Zielerreichung (z. B. Reduktion von Angstzuständen) im Psychotherapieprozess dienen [28].

Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren gemeinsam bedingen schließlich die jeweiligen Endpunkte (z. B. verbesserte Lebensqualität, Symptomremission bzw. -linderung, Selbstregulation etc.) in einer Psychotherapie [28].

3.2.1 Allgemeine (generische) Wirkfaktoren

Prinzipiell formulieren alle (gesetzlich anerkannten) Therapiemethoden Grundvoraussetzungen, die in Psychotherapien erfüllt sein müssen, damit (positive/erwünschte) Wirkungen für PatientInnen erzielt werden können. Für bedeutsame Fortschritte in Psychotherapien (v. a. in Hinblick auf nachhaltige Persönlichkeitsveränderungen) und den Aufbau funktionierender Kooperationen zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen werden in der Literatur zur Psychotherapieforschung unterschiedliche Faktoren genannt.

Nachstehend werden beispielhaft Einteilungen von allgemeinen Wirkfaktoren dargestellt, die mehrfach in der Fachliteratur zitiert werden und aufgrund des breiten Spektrums an (empirisch überprüften) Wirkfaktoren für eine Darstellung ausgewählt wurden. Ein weiterführender, zusammenfassender Überblick kann zudem im Anhang in Tabelle 6.1-1 nachgelesen werden.

Dreiteilung von allgemeinen Wirkfaktoren (nach Lambert & Ogles [33])

Ausgehend von einer sequentiellen Abfolge an Therapieschritten, die in den meisten Psychotherapieprozessen festzustellen ist, können allgemeine Wirkfaktoren („common factors“) der folgenden Dreiteilung zugeordnet werden (siehe nachstehende Tabelle 3.2-1) [34]:

- ✧ Unterstützende Faktoren,
- ✧ Lernfaktoren und
- ✧ Handlungsfaktoren.

Unterscheidung zwischen *allgemeinen* und *spezifischen* Wirkfaktoren

allgemeine Wirkfaktoren lassen sich über alle Methoden hinweg feststellen

spezifische Wirkfaktoren beziehen sich auf bestimmte Psychotherapietechniken

allgemeine und spezifische Wirkfaktoren bedingen gemeinsam Ergebnisse

in allen Methoden finden sich Prämissen, die letztlich die Wirkung von Psychotherapie(n) bedingen

bewährte Kategorisierungen von allgemeinen Wirkfaktoren in der Fachliteratur

Dreiteilung von allgemeinen Wirkfaktoren in *unterstützende, Lern- und Handlungsfaktoren*

Sequenzabfolge in einer Therapie: PatientInnen gelangen ausgehend von einem unterstützenden Umfeld auf die Lern- und Aktionsebene allgemeine Wirkfaktoren ergeben gemeinsam ein Umfeld, in dem PatientInnen u. a. Selbstwirksamkeit lernen

Dieser Abfolge liegt die Annahme und empirische Beobachtung zugrunde, dass unterstützende Funktionen bzw. Faktoren den Veränderungen in Überzeugungen und Einstellungen vorausgehen, die letztlich PatientInnen im Zuge des begleitenden Therapieprozesses dazu ermutigen, Aktionen und Handlungen zum Zwecke der Erreichung ihrer Therapieziele zu setzen.

Die unterschiedlichen allgemeinen Wirkfaktoren bilden in ihrer Gesamtheit die Grundlage für eine kooperative Arbeitsbemühung, in der es zu erhöhten Empfindungen der PatientInnen für Vertrauen, Gewissheit und Sicherheit kommt bei gleichzeitiger Abnahme von Anspannungen, Belastungen, Bedrohungen und Angst. Diese Dynamik bereitet PatientInnen letztlich darauf vor, ihr Verhalten schrittweise zu ändern und (neue) Erfahrungen hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit und -regulation zu machen [34].

Tabelle 3.2-1: Dreiteilung allgemeiner Wirkfaktoren

Unterstützende Faktoren	Lernfaktoren	Handlungsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> ✦ psychische Entlastung (Reduktion psychischer Belastungen); ✦ Verminderung von sozialer Isolation; ✦ konstruktive Identifikation mit TherapeutIn (Beziehungsaufbau); ✦ Bestätigung des/r PatientIn durch TherapeutIn (Akzeptanz); ✦ Therapie per se ist ein strukturgebender Rahmen (z. B. durch Regelmäßigkeit der Frequenz/Termine, Ort); ✦ therapeutische Allianz (Festigung der Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn); ✦ Echtheit, Empathie, professionelle Zuwendung durch TherapeutIn; ✦ vertrauensvolle Basis in der Therapie; ✦ aktive Teilnahme des/r PatientIn am Therapiegeschehen. 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Kognitives Lernen; ✦ psychische Integration von problematischen Erfahrungen; ✦ emotionale Beteiligung in therapeutischen Aufarbeitungsprozessen; ✦ korrigierende, emotionale Erfahrungen durch die/in der therapeutischen Beziehung; ✦ Rückmeldungen seitens der TherapeutInnen an PatientInnen (z. B. hinsichtlich Therapiefortschritte); ✦ Erklärungen/rationale Darstellungen durch TherapeutIn (z. B. Psychoedukation); ✦ Exploration des inneren Bezugs- und Werterahmens; ✦ Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung; ✦ Rat (suchen/holen). 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Verhaltensregulation; ✦ kognitive Bewältigung; ✦ Ermutigung, sich Emotionen (z. B. Ängsten) zu stellen; ✦ Anstrengungen/Bemühungen zur Problembewältigung; ✦ durcharbeiten von (gegenwärtigen/vergangenen) Alltagserfahrungen; ✦ Übungen für die Alltagswelt(en) der PatientInnen (in Familien, PartnerInnenbeziehungen, Arbeitswelt etc.); ✦ (kontrollierbare) Risiken eingehen/Handlungsspektrum schrittweise erweitern.

Quelle: [33] und eigene Ergänzungen.

Allgemeine Wirkfaktoren (nach Grawe [35])

fünf allgemeine Wirkfaktoren auf Basis umfassender Meta-Analyse (frühe 1990er Jahre)

Zu einer weiteren bedeutsamen Konzeptualisierung von allgemeinen Wirkfaktoren kam Klaus Grawe Anfang der 1990er Jahre. Das Standardwerk „Psychotherapie im Wandel“ [35] basiert u. a. auf einer umfassenden Meta-Analyse (auf Basis von 897 Wirksamkeitsstudien) und beschreibt zusammenfassend allgemeine Wirkfaktoren in Psychotherapien. Vor diesem Hintergrund werden folgende fünf Wirkfaktoren genannt [36]:

innere und äußere Ressourcen der PatientInnen fördern

- ✦ *Ressourcenaktivierung*: Die Wirkung von Psychotherapien wird auf die therapeutische Aktivierung von *internalen* und *externalen Ressourcen* bei PatientInnen zurückgeführt. Hierbei kann es sich etwa um die Förderung individueller Fähigkeiten und Möglichkeiten der Patien-

tInnen handeln (internale Ressourcen) oder auch um die (Re-)Aktivierung von sozialen Netzwerken (externale Ressourcen) mit dem Ziel positive Veränderungsverläufe einzuleiten.

- ❖ *Problemaktualisierung*: PatientInnen erlangen in der Psychotherapie in Form von bestimmten Techniken (z. B. Aufstellungen, Rollenspielen etc.) einen Zugang zu ihren (aktuellen und/oder vergangenen) Problemlagen.
- ❖ *Problembewältigung*: Die Psychotherapie eröffnet einen geschützten Raum für die Bewältigung von psychischen Belastungen und ermöglicht das Erfahren von korrigierenden Erfahrungen (Coping-Lernerfahrungen) u. a. durch die therapeutische Beziehung.
- ❖ *Motivationale Klärung*: Das psychotherapeutische Setting ermöglicht PatientInnen auch Einsichten in ihr Problemverhalten (Introspektion).
- ❖ *Therapeutische Allianz*: Die Qualität der Beziehung zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn wirkt auf das Therapieergebnis.

Grundsätzlich wird die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren für Therapieeffekte (im Sinne von positiven Verbesserungen) als hoch und entscheidend eingeschätzt. Eine wesentliche Gemeinsamkeit über unterschiedliche Systematisierungen und Konzeptualisierungen hinweg ist die Beschreibung eines übergeordneten Wirkungsrahmens – d. h. ein Therapieeffekt bzw. -erfolg ergibt sich u. a. aus der Summe einzelner (allgemeiner) Wirkfaktoren.

Hinsichtlich des Anteils allgemeiner Wirkfaktoren an Therapieerfolgen, zeigt etwa die nachstehende Abbildung (Abbildung 3.2-1), dass rund ein Drittel den allgemeinen Wirkfaktoren zugerechnet wird. Weitere entscheidende Faktoren für die Wirkung von Psychotherapien sind laut dieser Abbildung das Ausmaß der jeweiligen Lebens- und Belastungshintergründe der PatientInnen (40 %), die Erwartungshaltungen von PatientInnen an Psychotherapien (15 %) sowie die entsprechenden Therapietechniken (= spezifische Wirkfaktoren) (15 %). Obgleich es sich hierbei um Schätzungen handelt, die empirisch nicht eindeutig gesichert sind (da keine große Zahl an Untersuchungen existiert, die all diese Faktoren in ihrer Gesamtheit berücksichtigt), scheinen spezifische Therapietechniken einen vergleichsweise geringen Anteil am Therapieerfolg einzunehmen.

(inneren) Zugang zu Problemen ermöglichen, um in Folge ...

... in strukturiertem Setting psychische Belastungen aufarbeiten zu können

Förderung von Introspektion ermöglichen

Qualität der therapeutischen Beziehung sichern

übergeordneter Wirkungsrahmen ergibt einen Therapieerfolg

allgemeine Wirkfaktoren tragen zu rund einem Drittel zu Therapieerfolg bei; größter Anteil ergibt sich aus Problemlagen der PatientInnen; Einfluss von Therapietechniken wird vergleichsweise gering eingeschätzt

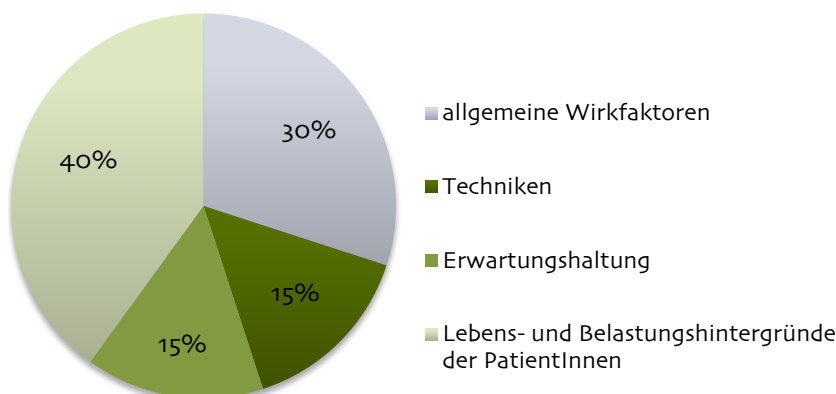


Abbildung 3.2-1: Anteil unterschiedlicher Therapiefaktoren (in %) an der Wirkung von Psychotherapien (Quelle: [34, 37])

Therapieallianz und Setting als Beispiele für allgemeine Wirkfaktoren

die *therapeutische Beziehung* (Therapieallianz) wird als ein Schlüsselfaktor bei der Beurteilung eines Therapieergebnisses beschrieben

Definition von Therapieallianz

Therapieallianz schafft die Basis zwischen PatientIn und TherapeutIn für den gesamten Therapieprozess

grundlegende Voraussetzungen für Etablierung einer Therapieallianz seitens der PatientInnen- und TherapeutInnen

PatientInnen: Beziehungsfähigkeit und Erarbeiten von Therapiezielen

TherapeutInnen: Empathie, Wertschätzung, Authentizität bzgl. Kommunikation, sozialem Umgang etc.

Im Folgenden werden die Therapieallianz sowie Setting-spezifische Faktoren als Beispiele für allgemeine Wirkfaktoren (für die Interaktionsebene bzw. die organisatorische Ebene in einer Psychotherapie) dargestellt.

Therapeutische Allianz

Die Therapieallianz scheint v. a. aufgrund ihrer zentralen, inhaltlichen Bedeutung in der Fachliteratur wiederholt als Determinante für Therapieerfolge auf. In der Psychotherapieforschung (v. a. in mehreren Meta-Analysen⁴) wurde kein anderer Befund so häufig bestätigt, wie jener hinsichtlich eines positiven Zusammenhangs zwischen diesem allgemeinen Wirkfaktor und dem Therapieergebnis [27]. Die Qualität der Therapieallianz manifestiert sich v. a. auf der Interaktionsebene zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn.

Die therapeutische Allianz bzw. Beziehung lässt sich folgendermaßen definieren: „Alliance, defined as the client and therapist sharing common tasks and goals, with client’s sense of safety and trust in the therapy process and in the therapist, is a well-established predictor of continuation and good outcome of psychotherapy“ [38].

Vor dem Hintergrund, dass PatientInnen im Zuge einer psychotherapeutischen Behandlung im Denken, Fühlen, Handeln eine Neuorientierung erfahren sollen, bedarf es einer vertrauensvollen und tragfähigen Basis bzw. Beziehung zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn [39]. Eine wesentliche gemeinsame Grundvoraussetzung besteht zunächst im Einvernehmen zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn hinsichtlich der Therapieziele und -aufgaben.

Darüber hinaus können sowohl auf PatientInnen- als auch auf TherapeutInnenseite weitere Prämissen identifiziert werden, die eine gute (im Sinne von vertrauensvolle, tragfähige) Therapieallianz ausmachen.

Hierzu werden für die PatientInnen- und TherapeutInnen- seite folgende zwei Faktoren genannt [33, 40]:

- ✧ die Therapiefähigkeit bzw. die Fähigkeit der PatientInnen zu einer affektiven Beziehung (im Sinne einer guten emotionalen Bindung) mit ihren PsychotherapeutInnen;
- ✧ die Arbeit an Therapiezielen und das Erledigen von Aufgaben, d. h. PatientInnen bringen die Fähigkeit mit, in der Psychotherapie vorsätzlich an ihren Therapiezielen zu arbeiten.

Auf der TherapeutInnen- seite können ebenso Faktoren festgestellt werden, die die Qualität einer therapeutischen Beziehung beeinflussen. Hierzu zählen:

- ✧ das empathische Verstehen im Sinne einer konstruktiven Involvierung;
- ✧ eine positive Wertschätzung gegenüber den PatientInnen;
- ✧ eine nicht-vereinnahmende emotionale Wärme und
- ✧ Kongruenz/Echtheit in der Kommunikation und Begegnung mit den PatientInnen [33].

Ebenso wie die Therapieallianz als ein integraler, allgemeiner Wirkfaktor beschrieben wird, gilt das Setting einer Psychotherapie als ein wichtiger, allgemeiner Wirkfaktor, der v. a. die organisatorische Ebene eines Psychotherapieprozesses betrifft und nachstehend detaillierter beschrieben wird.

⁴ Für weiterführende Literaturhinweise siehe hierzu [24].

Setting-spezifische Faktoren

Setting bedeutet im Zusammenhang mit Psychotherapien in erster Linie strukturelle Übereinkünfte zwischen PatientInnen und PsychotherapeutInnen. Setting beschreibt im Detail „das Setzen, die Szene, die Umgebung, Umrahmung, Richtung“ der Therapie [24]. Zudem zeigen sich in der Gestaltung der Therapie wichtige Unterscheidungsmerkmale verschiedener Psychotherapiemethoden (z. B. Psychotherapie im „Liegen auf der Couch“ in einer Psychoanalyse mehrmals pro Woche vs. z. B. Psychotherapie im „Sitzen“ in einer systemischen Familientherapie alle 14 Tage).

Das Setting betrifft im Detail folgende Fragen:

- ❖ Wie viele Personen sind an der/in der Psychotherapie beteiligt?
 - ❖ z. B. Einzelpersonen; Paare; Familien; Gruppen von Personen; reflektierendes Team; PsychotherapeutIn (eventuell plus Co-TherapeutIn).
- ❖ Welche Therapieanordnung ist vorgegeben bzw. wird gewählt?
 - ❖ Psychotherapie im Sitzen; im Liegen; im Bewegen;
 - ❖ Ambulante; stationäre oder teilstationäre Psychotherapien.
- ❖ Welche Sitzungsfrequenz (Häufigkeiten) und welche Dauer ist vorgegeben bzw. wird gewählt?
 - ❖ Niederfrequent vs. hochfrequent;
 - ❖ Zeitliche Vereinbarungen (z. B. Sitzungen à 50 min/60 min/90 min etc.).

Anzahl der Personen

In der Psychotherapie wird grundsätzlich zwischen Einzel- und Mehrpersonen-Setting unterschieden. Im Einzelsetting (PatientIn und PsychotherapeutIn) lässt sich zumeist eine hohe Beziehungsintensität feststellen, während etwa in einem Gruppensetting stärker der Vergleich zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmungen im Vordergrund steht. Zudem erfordert eine Gruppentherapie ein hohes Engagement der TeilnehmerInnen und das direkte Erfahren von Interaktions- und Kommunikationsprozessen steht im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens. In Paar-, Familien- und Gruppentherapien arbeiten PsychotherapeutInnen oftmals auch mit einem/r Co-TherapeutIn, um bei Bedarf Ausgewogenheit (v. a. bei Paaren) herzustellen, unterschiedliche Perspektiven bzw. therapeutische Interventionen einfließen zu lassen. Eine besondere Form stellt noch das „reflektierende Team“ (v. a. in der systemischen Therapie) dar, wo Psychotherapie-KollegInnen dem/r behandelnden PsychotherapeutIn Feedback geben (oft unter Anwesenheit der PatientInnen) und gemeinsam eine Therapiesitzung reflektiert wird.

Therapieanordnung

Je nach Psychotherapiemethode können sich behandlungsimmanente Anordnungen ergeben. In einer „klassischen“ Psychoanalyse befindet sich der/die PatientIn oftmals liegend auf einer Couch, um das freie Assoziieren (als wesentliche Behandlungstechnik) zu fördern. Der/die PsychotherapeutIn sitzt dabei hinter dem/der PatientIn. Körperorientierte Psychotherapien (wie etwa die *Konzentrierte Bewegungstherapie*) finden hingegen auch auf Matten, am Boden in Bewegungsabläufen statt. Schließlich werden Psychotherapien in unterschiedlichen Kontexten angeboten.

Setting einer Psychotherapie ist ein wichtiger (allgemeiner) Wirkfaktor auf der Organisationsebene

Setting-Fragen beziehen sich etwa auf

... Umfang der beteiligten Personen am Psychotherapieprozess

... die Gestaltung des Therapieablaufs und den Ort der Psychotherapie

... die Häufigkeit/Regelmäßigkeit und die Dauer der Therapiesitzungen

Varianten von Psychotherapien: Einzel- und Mehrpersonen-Setting

unterschiedliche Herausforderungen je nach beteiligten Personen

Psychotherapiemethoden bieten unterschiedliche Möglichkeiten hinsichtlich der Therapieanordnung, wie z. B. Therapie „im Liegen“, „im Sitzen“ etc.

Therapien im stationären, ambulanten bzw. teilstationären Setting

Je nach psychischem Störungsbild oder dem Ausmaß einer psychischen Belastungssituation kann eine Psychotherapie im Zuge eines stationären Aufenthalts notwendig sein – aber auch ambulant (z. B. in einer Praxis, einer therapeutischen Ambulanz) oder teilstationär (z. B. in einer Tagesklinik) erfolgen.

Diagnose ist (mit)entscheidend für die Häufigkeit und Dauer als auch für die allgemeine Anzahl an Sitzungen

Frequenz und Dauer

Schließlich umfasst das Setting einer Psychotherapie auch die Häufigkeit an Sitzungen und deren Dauer. Hierbei spielt die jeweilige Diagnose ebenso eine entscheidende Rolle wie die eingesetzte Psychotherapiemethode. Zudem sind äußere Umstände und Möglichkeiten der PatientInnen (Leistungsfähigkeit von Psychotherapie, örtliche Erreichbarkeit, zeitliche Verfügbarkeiten etc.) bedeutsame Parameter. Niederfrequente Psychotherapien im Einzelsetting (in der Regel eine Sitzung à 50 min einmal pro Woche) finden überwiegend in allen Psychotherapiemethoden statt, die der verhaltenstherapeutischen, humanistisch-existentiellen und systemischen Psychotherapieorientierung zugerechnet werden. In Deutschland gilt dies auch für die tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie. Abweichungen bzw. hochfrequente Sitzungen lassen sich allerdings auch hier (etwa in Krisensituationen) vorfinden. Grundsätzlich sind hochfrequente Sitzungsabfolgen v. a. in der „klassischen“ Psychoanalyse anzutreffen – wobei prinzipiell auch hier niederfrequente Psychotherapieangebote möglich sind [24, 41]. Die Dauer von Paar-, Familien- oder Gruppentherapiesitzungen beträgt in der Regel meist 90 min.

in Deutschland werden für ambulante Psychotherapien probatorische Sitzungen angeboten, die sowohl den TherapeutInnen als auch den PatientInnen der Klärung inhaltlicher Fragen als auch der Überprüfung hinsichtlich der Passung zwischen den AkteurInnen dienen sollen

Eine Setting-Besonderheit findet sich in Deutschland im Zusammenhang mit dem Beginn von ambulanten Psychotherapien, die von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Demnach zählen etwa die ersten zwei bis vier Sitzungen bei Erwachsenen noch nicht zum eigentlichen Psychotherapieprozess bzw. haben diese eine Sonderstellung und werden als *probatorische Sitzungen* geführt. Bei Kindern und Jugendlichen können gemäß der PT-RL zwei zusätzliche probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Laut G-BA dienen diese Sitzungen (gemäß der deutschen PT-RL)

... den PsychotherapeutInnen bei

- ✦ der differenzialdiagnostischen Abgrenzung,
- ✦ der Prognose vor dem Hintergrund des jeweiligen psychischen Störungsbildes,
- ✦ der Erhebung und Einschätzung der Therapiemotivation, Kooperationsbereitschaft und Beziehungsfähigkeit der PatientInnen.

... den PatientInnen für

- ✦ die Einschätzung, ob ein Vertrauensverhältnis zum/r PsychotherapeutIn aufgebaut werden kann [42].

Settingforschung

eine Reihe von noch offenen Forschungsfragen hinsichtlich Setting-relevanter Faktoren, wie z. B. Frequenz von Psychotherapien bei bestimmten psychischen Störungsbildern

Generell wird hinsichtlich einer differenzierten Untersuchung von einzelnen Setting-Variablen (wie z. B. „optimale Länge psychotherapeutischer Behandlung“ bzw. „günstige Frequenz therapeutischer Sitzungen bezüglich spezifischer Störungsbilder“ [24]) von einem unzureichenden Wissensstand in der Psychotherapieforschung berichtet. Forschungen zur Kurzzeitgruppenpsychotherapie deuten auf spezifische Eignungen für das gruppentherapeutische Setting hin, wobei hier v. a. interpersonelle Ressourcen, Gruppenvorbereitungstrainings, eine homogene Gruppenzusammensetzung im Hinblick auf ein gemeinsames Problem (z. B. pathologische Trauerreaktionen) und die Haltung

der Gruppenleitung (z. B. fokussierend auf das Gruppenthema, die Zeitbegrenzung der Therapie etc.) für die jeweiligen Outcome-Ergebnisse (wie Symptomminderung) entscheidend sind [24].

Darüber hinaus lassen sich weitere allgemeine Einflussfaktoren auf Psychotherapie identifizieren, wie etwa gesellschaftliche Rahmenbedingungen in denen Psychotherapien stattfinden/angeboten werden (z. B. hinsichtlich der Akzeptanz/Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen), persönliche und störungsbezogene Erlebens- und Verhaltensweisen der PatientInnen (d. h. eigene „Health Beliefs“ bzw. eigene Erklärungsmodelle zu Gesundheit/Krankheit seitens der PatientInnen) oder auch die Qualität der Psychotherapieausbildung und das Spektrum an Kompetenzen der PsychotherapeutInnen.

Im Folgenden wird nun die zweite Kategorie an Wirkfaktoren dargestellt, die eher einer bestimmten Therapiemethode oder einer bestimmten Therapieorientierung zugerechnet werden. In diesem Zusammenhang spricht man von *spezifischen Wirkfaktoren*.

weitere Einflussfaktoren, wie Stellenwert von Psychotherapie, PatientInnen-Erklärungen von und Umgang mit psychischen Störungen

spezifische Wirkfaktoren im Kontext von Therapiemethoden

3.2.2 Spezifische Wirkfaktoren

Spezifische Wirkfaktoren sind im allgemeinen mit bestimmten Techniken (Interventionen) assoziiert, die in einer/mehreren Therapiemethode/n eingesetzt werden [28]. Beispielsweise gibt es spezifische Techniken, wie etwa das Rollenspiel, das zwar in mehreren humanistisch-orientierten Therapiemethoden (wie Psychodrama, Integrative Gestalttherapie etc.) eingesetzt wird, jedoch nicht als Technik/Intervention in psychoanalytischen Therapiemethoden vorgesehen ist. Spezifische Wirkfaktoren sind demzufolge Träger eines therapeutischen Veränderungsprozesses, die sich in ihrer Wirkungstheorie von anderen spezifischen Wirkfaktoren unterscheiden.

Assoziation zwischen Wirkfaktor und einer bestimmten Therapietechnik, wie etwa Rollenspiel in humanistisch-orientierten Methoden etc.

... im Kontext von Psychotherapieorientierungen

Hinsichtlich einer empirischen Zusammenschau von spezifischen Wirkfaktoren wurde 2012 in Deutschland ein Projekt (das „Taxonomie-Projekt“⁵) durchgeführt, das auf Basis einer umfassenden Literaturlauswertung (zunächst zu allgemeinen Wirkfaktoren), repräsentative Therapietechniken für verschiedene psychische Störungen identifizierte und den vier psychotherapeutischen Orientierungen zuteilte. Hierbei wurden (im Zuge einer Befragung von PsychotherapeutInnen (n=140; Teilnehmerate: 49 %) Standardtechniken in Psychotherapiemethoden genannt, wie etwa Übertragungs- und Widerstandsdeutungen (z. B. in der *Psychoanalyse*), die Technik des „leeren Stuhls“ (als Aufstellungsintervention in *humanistischen Therapiemethoden*) oder Expositionsinterventionen (wie z. B. in der *kognitiven Verhaltenstherapie*) [43].

Einteilung von spezifischen Wirkfaktoren entlang der vier Therapieorientierungen – Ergebnisse einer Befragung unter deutschen PsychotherapeutInnen

⁵ Taxonomie bezeichnete in diesem Zusammenhang *Klassifikation*.

Tabelle 3.2-2: Ausgewählte Psychotherapietechniken nach den vier zentralen Psychotherapierichtungen

Tiefenpsychologisch- psychodynamische Orientierung	Humanistische Orientierung	Systemische Orientierung	Verhaltenstherapeutische Orientierung
<ul style="list-style-type: none"> ✿ freie Assoziation; ✿ therapeutische Abstinenz; ✿ Übertragungsdeutungen; ✿ Widerstandsanalyse. 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ verbalisieren von Erlebnisinhalten; ✿ Ressourcenarbeit⁶; ✿ Fokussierung/Achtsamkeit; ✿ Leer-Stuhl-/Zwei-Stühle-Technik⁷; ✿ kreative Medien⁸. 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ zirkuläres Fragen⁹; ✿ Skulpturarbeit¹⁰; ✿ paradoxe Intervention¹¹; ✿ „Verschreibung“ von Ritualen; ✿ reflektierendes Team¹². 	<ul style="list-style-type: none"> ✿ positive Verstärkung; ✿ Exposition bei Reaktionsverhinderung; ✿ Rollenspiel; ✿ Problemlösetraining; ✿ Realitätstest; ✿ progressive Muskelentspannung; ✿ Biofeedbacktraining.

Quelle: [27]

... im Kontext von Indikationen

**spezifische
Wirkfaktoren
bei bestimmten
psychischen Störungen
(z. B. Depressionen)**

Darüber hinaus werden störungsspezifische, psychotherapeutische Vorgehensweisen, wie z. B. „Ressourcenarbeit bei depressiven Störungen“, als spezifische Wirkfaktoren definiert [28]. Für den vorliegenden Bericht wurde vom Versuch einer Evidenzübersicht hinsichtlich spezifischer Wirkfaktoren bei bestimmten Indikationen Abstand genommen.

⁶ Ressourcen sind in PatientInnen liegende Fähigkeiten, aber auch Wahrnehmungs-, Denk- und Erlebnisweisen, Eigenschaften, Haltungen, Einstellungen und Erfahrungen, die für eine Problemlösung oder die Erreichung eines therapeutischen Zieles genutzt werden. Ressourcen werden dabei den „gesunden Anteilen“ der PatientInnen zugerechnet [24].

⁷ Gestalttherapeutisches Verfahren, bei dem ein „leerer Stuhl“ bereitgestellt wird, auf dem der/die PatientIn seine/ihre DialogpartnerIn (z. B. einen Elternteil) „setzt“. Im Gespräch nimmt der/die KlientIn selbst dessen Rolle ein und wechselt so ständig zwischen seinem/ihrer ursprünglichen Platz und dem „leerem Stuhl“ [24].

⁸ Hierzu zählen etwa Malen, Zeichnen, Arbeiten mit Ton, Masken, Arbeit mit Musikinstrumenten etc.

⁹ Mit den Fragen seitens des/r PsychotherapeutIn ist eine explorative Orientierungsabsicht verbunden: Damit wird der Versuch unternommen, etwas über Muster und Zusammenhänge, die Personen, Handlungen, Wahrnehmungen, Gefühle, Ereignisse miteinander verknüpfen, herauszufinden [24].

¹⁰ Eine diagnostische und therapeutische Methode (aus der Familientherapie), bei der die spezifischen (familiären) Beziehungsmuster im Therapieraum dargestellt und erlebbar werden [24].

¹¹ PatientInnen werden mit einem kontradiktorischen Handlungs- oder Ideenmuster konfrontiert, um damit die bislang als belastend wahrgenommenen und erlebten Interaktionsmuster zu verändern [24].

¹² Das reflektierende Team aus zwei oder drei TherapeutInnen, die im Hintergrund des Therapieraums (oder hinter dem Einwegspiegel) den Gesprächsprozess verfolgen und dann vor dem/r PatientIn miteinander über ihre Beobachtungen, über den Gesprächsverlauf, Inhalte, alternative Wahrnehmungen des Problems und mögliche Lösungen reflektieren. Danach wendet sich der/die PsychotherapeutIn wieder dem/r PatientIn zu und fragt nach, was an der Reflexion anregend war, was dadurch anders wird etc. [24].

Dies begründet sich v. a. darin, dass (in Österreich)

- ❖ grundsätzlich alle Therapiemethoden für die Behandlung des gesamten Spektrums an psychischen Störungen (lt. Kategorie F im ICD-10) in Betracht kommen und Einzelbewertungen (aus Ressourcengründen) im Rahmen dieses Berichts nicht durchführbar waren (siehe Kapitel 2.1) und
- ❖ in der Fachliteratur (Psychotherapieforschung) eine hinreichende Darstellung von (allgemeinen und spezifischen) Wirkfaktoren und ihrer Bedeutung (siehe z. B. therapeutische Allianz) existiert.
- ❖ Zudem erfolgte bzw. gelang der Nachweis spezifischer Wirkfaktoren bisher nur eher bei Therapien mit einem geringen Komplexitätsgrad und die isolierte Betrachtung von einzelnen Faktoren wird in der Fachliteratur hinsichtlich ihrer empirischen Aussagekraft angezweifelt (siehe etwa Literaturhinweise in [24]).

Eine Übersicht zu einer Auswahl an Indikationen und Psychotherapiemethoden bzw. psychologische Behandlungen findet sich allerdings im Department „Klinische Psychologie“ der „Amerikanischen Vereinigung für Psychologie“ [44] (siehe Tabelle 3.2-3). Hierbei ist allerdings wichtig festzuhalten, dass

- ❖ zum einen die Konformität der in der Übersichtstabelle beschriebenen Psychotherapiemethoden bzw. psychologische Behandlungen mit den in Österreich gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden nicht gewährleistet werden kann und
- ❖ zum anderen in Österreich neben inhaltlichen, auch berufsrechtliche und ausbildungsrelevante Unterschiede zwischen den behandelnden Berufsgruppen (Klinische PsychologInnen und PsychotherapeutInnen) bestehen. Die von der „Amerikanischen Vereinigung für Psychologie“ beschriebenen Methoden sollen daher nur als Orientierung ohne Anspruch auf Vollständigkeit (und vor dem Hintergrund des US-amerikanischen Gesundheitswesens) verstanden werden.

Im Zusammenhang mit spezifischen Wirkfaktoren werden hierzu etwa für die Indikation „Depression“ psychotherapeutische bzw. psychologische Interventionen (ohne exakter Nennung der Techniken) aus den Bereichen „Behavior Therapy“, „Cognitive Therapy“, „Interpersonal Therapy“, „Short-Term Psychodynamic Therapy“ etc. (mit unterschiedlichen Evidenznachweisen) empfohlen.

Detaillierte Beschreibungen zu den spezifischen Wirkfaktoren der in Österreich gesetzlich anerkannten 23 Psychotherapiemethoden finden sich zudem im Anhang (Kapitel 6.2). Hierbei handelt es sich vorrangig um Nennungen bzw. Beschreibungen u. a. von AutorInnen/VertreterInnen bzw. Psychotherapievereinigungen der jeweiligen Therapiemethoden – Ergebnisse zur Evidenzlage der jeweiligen spezifischen Wirkfaktoren können nicht explizit ausgewiesen werden.

Zusammenfassend wird nachstehend noch auf ein zentrales Wirkmodell der Psychotherapieforschung verwiesen, welches das Zusammenwirken von allgemeinen *und* spezifischen Wirkfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen eines psychotherapeutischen Prozesses modellhaft darstellt. Die Bedeutung des Modells ergibt sich insofern durch die verschränkte Sichtweise, die für das Verständnis von Psychotherapie, als ein komplexes, dynamisches Bedingungsgefüge, notwendig ist [28].

keine Evidenzanalyse auf Mikroebene (Methodenebene) aus Ressourcengründen

Resümee bzw. umfassende Darstellung in der Fachliteratur Einzelbetrachtungen generell angezweifelt bzw. kritisch betrachtet

Zuteilung von Interventionen zu psychischen Störungen seitens klinischer Psychologie (USA) – allerdings Einschränkungen hinsichtlich Psychotherapieverständnis in Österreich

inhaltliche und (berufs)rechtliche Unterschiede zwischen Berufsgruppen beachten

US-Beispiele zu „psychologischen“ Interventionen nach psychischen Störungen

Deskription spezifischer Wirkfaktoren der in Ö anerkannten Therapiemethoden (siehe Anhang 6.2)

Psychotherapie als vielschichtiges Bedingungsgefüge allgemeiner und spezifischer Wirkfaktoren

Tabelle 3.2-3: Übersicht der ‚American Psychological Association‘ (Department ‚Klinische Psychologie‘) zu ausgewählten Therapieindikationen und empfohlenen Psychotherapiemethoden/psychologischen Behandlungen (inkl. Evidenzbasis)

Indikation	Psychotherapiemethode	Evidenzbasis
Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	Cognitive Behavioral Therapy	strong research support
Bipolar disorder (mania & depression)	Psychoeducation	Strong Research Support (Mania); Modest Research Support (Depression)
	Systematic Care	Strong Research Support (Mania); No Research Support (Depression)
	Cognitive Therapy (CT)	Modest Research Support (Mania); Modest Research Support (Depression)
	Family-Focused Therapy (FFT)	No Research Support (Mania); Strong Research Support (Depression)
	Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)	No Research Support (Mania); Modest Research Support (Depression)
Borderline personality disorder	Dialectical Behavior Therapy (NEW)	strong research support
	Mentalization-Based Treatment	modest research support
	Schema-Focused Therapy	modest research support
	Transference-Focused Therapy	strong/controversial research support
Chronic or Persistent Pain	Multi-Component Cognitive Behavioral Therapy for Fibromyalgia	strong research support
	Behavioral and Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Low Back Pain	strong research support
	Multi-Component Cognitive Behavioral Therapy for Rheumatologic Pain	strong research support
	Cognitive-behavioral treatment for Chronic Headaches	strong research support
	Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain (NEW)	strong research support
Depression	Behavior Therapy/Behavioral Activation (NEW)	strong research support
	Cognitive Therapy (NEW)	strong research support
	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy	strong research support
	Interpersonal Therapy (NEW)	strong research support
	Problem-Solving Therapy	strong research support
	Self-Management/Self-Control Therapy	strong research support
	Acceptance and Commitment Therapy	modest research support
	Behavioral Couple Therapy	modest research support
	Emotion-Focused Therapy (Process-Experiential)	modest research support
	Rational Emotive Behavioral Therapy	modest research support
	Reminiscence/Life Review Therapy	modest research support
	Self-System Therapy	modest research support

Indikation	Psychotherapiemethode	Evidenzbasis
	Short-Term Psychodynamic Therapy	modest research support
Eating Disorders and Obesity	Family-Based Treatment for Anorexia nervosa (NEW) Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia nervosa	strong research support modest/controversial research support
	Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia nervosa Interpersonal Psychotherapy for Bulimia nervosa Family-Based Treatment for Bulimia nervosa Healthy-Weight Program for Bulimia nervosa	strong research support strong research support modest research support controversial research support
	Cognitive Behavioral Therapy for Binge eating disorder (NEW) Interpersonal Psychotherapy for Binge eating disorder	strong research support strong research support
	Behavioral Weight Loss Treatment for Obesity (NEW)	strong research support
Generalized Anxiety Disorder	Cognitive and Behavioral Therapies	strong research support
Insomnia	Cognitive Behavior Therapy (NEW)	strong research support
	Sleep Restriction Therapy	strong research support
	Stimulus Control Therapy	strong research support
	Relaxation Training	strong research support
	Paradoxical Intention	strong research support
	Electromyograph (EMG) Biofeedback	modest research support
Mixed Anxiety	Acceptance and Commitment Therapy for Mixed Anxiety Conditions	Modest Research Support
Obsessive-Compulsive Disorder	Exposure and Response Prevention (NEW)	strong research support
	Cognitive Therapy	strong research support
	Acceptance and Commitment Therapy	modest research support
Panic Disorder	Cognitive Behavioral Therapy (NEW)	strong research support
	Applied Relaxation	modest research support
	Psychoanalytic Treatment	modest research support/controversial
Posttraumatic Stress Disorder	Prolonged Exposure (NEW)	strong research support
	Present-Centered Therapy	strong research support
	Cognitive Processing Therapy (NEW)	strong research support
	Seeking Safety (for PTSD with co-morbid Substance Use Disorder)	strong research support
	Stress Inoculation Therapy	modest research support
	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	strong research support/controversial
	Psychological Debriefing	no research support/potentially harmful

Indikation	Psychotherapiemethode	Evidenzbasis
Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses	Social Skills Training (SST)	strong research support
	Cognitive Behavioral Therapy (CBT)	strong research support
	Assertive Community Treatment (ACT)	strong research support
	Family Psychoeducation	strong research support
	Supported Employment	strong research support
	Social Learning/Token Economy Programs	strong research support
	Cognitive Remediation	strong research support
	Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Psychosis	modest research support
	Cognitive Adaptation Training (CAT)	modest research support
	Illness Management and Recovery (IMR)	modest research support
Social Phobia and Public Speaking Anxiety	Cognitive and Behavioral Therapies (NEW)	strong research support
Specific Phobias (e.g., animals, heights, blood, needles, dental)	Exposure Therapies	strong research support
Substance and Alcohol Use Disorders	Motivational Interviewing, Motivational Enhancement Therapy (MET), and MET plus Cognitive Behavior Therapy for Mixed Substance Abuse/Dependence	strong research support
	Prize-Based Contingency Management for Mixed Substance Abuse/Dependence	strong research support
	Seeking Safety for Mixed Substance Abuse/Dependence	strong research support for adults, modest research support for adolescents
	Friends Care for Mixed Substance Abuse/Dependence	modest research support
	Guided Self-Change for Mixed Substance Abuse/Dependence	modest research support
	Behavioral Couples Therapy for Alcohol Use Disorders	strong research support
	Moderate Drinking for Alcohol Use Disorders	modest research support
	Prize-Based Contingency Management for Alcohol Use Disorders	modest research support
	Prize-Based Contingency Management for Cocaine Use Disorders	modest research support
Smoking Cessation with Weight Gain Prevention	modest research support	

Note: Other psychological treatments may also be effective, but they have not been evaluated with the same scientific rigor as the treatments above.

Quelle: [44]

3.2.3 *Generic Model of Psychotherapy* – Beispiel für ein Psychotherapie-Wirkmodell

Beim „Generic Model of Psychotherapy“ (von Orlinsky und Howard, 1987) handelt es sich um ein allgemeines Prozessmodell, das auf empirischen Ergebnissen aus der Prozess-Ergebnis-Forschung basiert. Das Modell liefert ein methodenübergreifendes Raster und zeigt, welche allgemeinen aber auch spezifischen Wirkfaktoren in Psychotherapieprozessen zur Anwendung kommen können.

Im Rahmen dieses Modells werden sechs Therapieebenen definiert. Demnach lässt sich der allgemeine Wirkfaktor „Therapieallianz“ beispielsweise der interpersonalen Ebene eines Therapieprozesses zuordnen, während „Besserungserwartungen“ oder die „aktive Teilnahme der PatientInnen“ als intrapersonale Aspekte klassifiziert werden können. Im Vergleich dazu werden im „Generic Model of Psychotherapy“ spezifische Wirkfaktoren als therapeutische „Operationen“ angesehen, die v. a. dem „technischen Aspekt“ eines Therapieprozesses zugeordnet werden. Gemäß diesem Modell ergibt sich die Wirkung einer Psychotherapie aus der Gesamtheit der allgemeinen und spezifische Faktoren, die eng mit einander verwoben sind und die sich auf den unterschiedlichen Ebenen des Therapieprozesses manifestieren [28].

Nachstehend findet sich eine Darstellung und genauere Beschreibung der sechs Prozessebenen gemäß dem „Generic Model of Psychotherapy“:

- ❖ *Organisatorische Ebene* (z. B. in Form eines Therapievertrags): Klärung zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn hinsichtlich organisatorischer Belange (wie z. B. Absageregulungen bei verabsäumten Therapiestunden; Therapiesetting und -frequenz; Anzahl vereinbarter Therapiestunden; Festlegung von konsensual vereinbarten Therapiezielen etc. (siehe hierzu ergänzend die Ausführungen zum Setting/allgemeine Wirkfaktoren, Kapitel 3.2.1).
- ❖ *Intrapersonale Ebene* (z. B. Selbsterleben von PatientInnen und TherapeutInnen in ihren jeweiligen Akteursrollen): Hierbei wird die Wirkung von Psychotherapie etwa im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Selbstaufmerksamkeit, Selbstregulation (z. B. von Affekten, wie Verzweiflung, Wut, Freude etc.), aber auch dem Selbstwertgefühl der PatientInnen bewertet.
- ❖ *Interpersonale Ebene* (z. B. therapeutische Allianz bzw. Beziehung): Hierbei handelt es sich um einen zentralen Wirkfaktor, der die Kommunikations- und Beziehungsqualität in Psychotherapien in den Mittelpunkt stellt und der auch mit gegenseitigem *Commitment* zur therapeutischen (Mit)Arbeit assoziiert ist (siehe hierzu ergänzend die Ausführungen zur Therapieallianz/allgemeine Wirkfaktoren, Kapitel 3.2.1).
- ❖ *Technische Ebene* (z. B. therapeutische „Operationen“ und Interventionen): Hierbei kommen eher methodenspezifische Wirkfaktoren zum Tragen. Ausgehend von Schilderungen der PatientInnen zu Symptomen, Belastungen, Krisen etc. kommt es auf Basis der diagnostischen Einschätzung zur Anwendung (klinischer) Behandlungsmodelle. Dabei können je nach Problemlage unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen eingesetzt werden.

Modell zeigt allgemeine und spezifische Wirkfaktoren entlang verschiedener Therapieebenen

Wirkfaktoren auf 6 Therapieebenen: Organisatorische, intrapersonale, interpersonale, technische, klinische und zeitliche Ebene – spezifische Wirkfaktoren werden etwa der „technischen Ebene“ zugeordnet

Klärung organisatorischer Belange → schafft Rahmen und Struktur – allgemeiner Wirkfaktor

Selbstwahrnehmung, z. B. zur Ermöglichung von Selbstregulation – allgemeiner Wirkfaktor

Therapieallianz, u. a. zur Erreichung von Therapiezielen – allgemeiner Wirkfaktor

gezielter Einsatz von psychotherapeutischen Interventionen – spezifischer Wirkfaktor

(unmittelbarer) Einfluss von Interventionen auf psychisches Befinden von PatientInnen – allgemeiner Wirkfaktor

zeitliche Sequenzen in einer Psychotherapie, z. B. im Kontext von Techniken (Entlastung zu Therapiebeginn) – allgemeiner Wirkfaktor

spezifische Wirkfaktoren unterstützen bei der Entfaltung allgemeiner Wirkfaktoren ... und vice versa

Psychotherapie kann (wie andere Interventionen) auch zu unerwünschten Effekten führen

Umfang an unerwünschten Effekten in Psychotherapien liegt zwischen 5 – 10 %

unerwünschte Nebenwirkungen in Folge von Therapie vs. unerwünschte Ereignisse im Kontext von Lebensumständen

✿ *Klinische Ebene* (z. B. „in-session impacts“ – darunter werden unmittelbare Auswirkungen des therapeutischen Prozesses verstanden): Damit sind alle unmittelbaren Einflüsse im Psychotherapiegeschehen gemeint, die von den AkteurInnen wahrgenommen werden (wie z. B. psychische Entlastung oder Ermutigung und Zuspruch in einer Krisensituation).

✿ *Zeitliche Ebene* (z. B. sequenzieller Verlauf des Therapiegeschehens): Hier wird die Wirkung von Psychotherapien in einem zeitlichen Prozessgeschehen analysiert (z. B. positive Entwicklungen, die eher zu Behandlungsbeginn oder erst gegen -ende auftreten oder Therapieeffekte in Abhängigkeit von der Gesamtanzahl an Therapiesitzungen etc.) [28].

Im Kontext der therapeutischen Interaktion können sich die allgemeinen Wirkfaktoren entfalten; die therapeutische Interaktion wiederum wird wesentlich vom spezifischen Veränderungs- und Therapiekonzept und den daraus abgeleiteten technischen Vorgehensweisen der TherapeutInnen geprägt. Aus diesem Grund stellen spezifische Wirkfaktoren einen wichtigen Aspekt zur Aktivierung allgemeiner Wirkfaktoren dar [24]. Umgekehrt ist auch das spezifische technische (methodenspezifische) Vorgehen mit den allgemeinen therapeutischen Beziehungsaspekten verbunden und kann nicht separiert werden. Aus diesem Grund sind Psychotherapieprozesse von der synergetischen Wirkung spezifischer und allgemeiner Wirkfaktoren geprägt [28].

Zudem gilt es neben den Faktoren, die zur erwünschten Wirkung von Psychotherapie führen sollen, auch jene zu beachten, die unter Umständen unerwünschte Nebenwirkungen bewirken können. Dies ist insofern von Bedeutung, um die Effekte von Psychotherapie nicht zu überschätzen bzw. eine balancierte Sichtweise herzustellen [45].

3.2.4 Unerwünschte Effekte von Psychotherapien

In der Psychotherapie gilt als unerwünschter Effekt bzw. als Nebenwirkung alles „[...] was kein Therapieziel darstellt und was wünschenswerter Weise aus Sicht des Patienten, des Behandlers oder der Umwelt zu vermeiden wäre“ [46]. Der Umfang an negativen Effekten in der Psychotherapie wird mit 5-10 % als empirisch gesichert beziffert [34, 47].

Wichtig ist bei der Analyse bzw. Berücksichtigung von auslösenden Faktoren, dass nicht jeder negative Effekt bzw. jede Konsequenz unmittelbare Folge eines Psychotherapiegeschehens sein muss [48]. Daher wird auch eine Unterscheidung zwischen unerwünschten Effekten und Ereignissen vorgeschlagen, die im Zuge von Psychotherapien auftreten (können). Unerwünschte Effekte sind Nebenwirkungen, die eine direkte Folge von Psychotherapien darstellen, während zu unerwünschten Ereignissen etwa Entwicklungen gezählt werden, die mitten im Leben der PatientInnen stattfinden, wie z. B. negative Veränderungen im familiären oder beruflichen Umfeld [49].

Formen unerwünschter Effekte

Unerwünschte Effekte oder auch Schäden können sich in Psychotherapien sehr unterschiedlich manifestieren. Hierzu zählen etwa,

- ✿ die Ablehnung eines Psychotherapieangebots durch PatientInnen;
- ✿ ein vorzeitiger/frühzeitiger Therapieabbruch während eines laufenden Therapieprozesses (*dropouts*);
- ✿ das Nicht-Ansprechen einer Psychotherapie (*non-responders*);
- ✿ die Verschlechterung eines Zustandsbildes während einer laufenden oder nach einer absolvierten Psychotherapie;
- ✿ Rückfälle nach einer erfolgten Symptombesserung [40].

Darüber hinaus lassen sich unerwünschte Effekte in Psychotherapien in vier übergeordnete Kategorien zusammenfassen [50]:

- ✿ „Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen einer angemessenen Therapie“: Sowohl die Therapieindikation als auch die Anwendung therapeutischer Interventionen sind adäquat bzw. richtig ausgeführt. Trotzdem stellt sich kein Therapieerfolg ein und es tauchen Nebenwirkungen (etwa in Form von Symptomverschlechterungen) auf.
- ✿ „Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung“: Sowohl die Therapieindikation als auch die Auswahl therapeutischer Interventionen sind adäquat bzw. richtig ausgewählt. Der/die TherapeutIn leitet jedoch (unbeabsichtigt) einen Therapieverlauf ein (etwa durch falsche Anwendung von Interventionen), der PatientInnen negativ beeinträchtigt.
- ✿ „Mangelnde Passung (*mismatching*) zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn“: Der/die PatientIn bringt für eine psychotherapeutische Behandlung die notwendigen Voraussetzungen mit, die Therapiemethode ist geeignet und der/die TherapeutIn ist für die Ausübung auch qualifiziert. Dennoch ist die Passung zwischen den AkteurInnen nicht befriedigend und es stellt sich kein erwünschter Therapieerfolg ein. Durch diese Inkompatibilität entsteht keine tragfähige Therapieallianz, die auch (vor allem während der Anfangsphase) zu frühzeitigen Therapieabbrüchen führen kann.
- ✿ „Schädigung durch unethisches Verhalten des Therapeuten“: Der/die TherapeutIn verstößt gegen allgemeine und/oder spezielle ethische Prinzipien und Grundsätze psychotherapeutischer Behandlung. Hierbei kann es mitunter zu strafrechtlichen Tatbeständen kommen, die angezeigt und gesetzlich verfolgt werden.

breites Spektrum an unerwünschten Effekten, die sich in 4 übergeordnete Kategorien zusammenfassen lassen ...

... Nebenwirkungen trotz adäquater Behandlung

... Nebenwirkungen aufgrund falscher Anwendung therapeutischer Interventionen ...

... Nebenwirkungen aufgrund mangelnder Passung zwischen PatientIn und TherapeutIn – Ausbleiben einer stabilen Therapieallianz

... Nebenwirkungen infolge von unethischem Verhalten durch TherapeutIn

Forschungsstand zu unerwünschten Effekten in Österreich

Zu unerwünschten Nebenwirkungen, Risiken und Schäden von Psychotherapien wurde in Österreich 2012 eine Studie (mit einem qualitativen und quantitativen Methodendesign) von der Donau-Universität Krems (DUK) veröffentlicht. Darin wurde zum einen auf bisheriges (international verfügbares) Wissen zu negativen Effekten in Psychotherapien Bezug genommen, zum anderen wurde in einer Primärdatenerhebung (Befragung von PatientInnen von niedergelassenen PsychotherapeutInnen in NÖ durch die landeszuständige Gebietskrankenkasse) gezielt nach Faktoren gesucht, die Nebenwirkungen bedingen können. Die direkte Messung von negativen Outcomes stand dabei nicht im Zentrum der DUK-Studie [51].

DUK-Studie zu unerwünschten Nebenwirkungen in der Psychotherapie

insgesamt positive Rückmeldungen der befragten PatientInnen – Ausmaß der berichteten unerwünschten Rückmeldungen allgemein gering

In der PatientInnen-Befragung (n=1.676 Personen) zeigte sich etwa, dass Belastungen für die TeilnehmerInnen (n=562/Rücklaufquote: 33,5 %) im Zuge der Psychotherapien keine häufigen negativen Therapieeffekte darstellten. Die Beziehungsqualität wurde von den teilnehmenden Befragten generell als sehr gut bewertet und knapp 20 % berichteten über eine adäquate Aufklärung hinsichtlich möglicher unerwünschter Effekte seitens ihrer PsychotherapeutInnen. Eine einhergehende soziale Isolation als eine möglicherweise unerwünschte Folgewirkung einer Psychotherapie wurde von den (männlichen) Patienten tendenziell häufiger genannt als von Patientinnen. Zusammenfassend berichteten die StudienautorInnen, dass die PatientInnenbefragung in NÖ ein positives Bild hinsichtlich der Bewertung von Psychotherapie ergab. Dies zeigte sich u. a. in der Frage nach den erwünschten Wirkungen von Psychotherapie, die 63 % der TeilnehmerInnen mit „ausreichend positiv“ bewerteten – 37 % hatten allerdings nur wenig positive bzw. negative Wirkungen rückzumelden [52].

Limitation: keine Informationen von jenen (67 %), die nicht an der Befragung teilnahmen

Insgesamt blieb bzw. bleibt die Frage nach den Bewertungen und Einschätzungen jener knapp 67 % der PatientInnen, die an der Befragung nicht teilgenommen hatten, unbeantwortet [51].

3.3 Psychotherapie im deutschsprachigen Raum

Beschreibung der gesetzlichen Rahmenbedingungen von DE, CH und AT

Im nun folgenden Kapitel werden für den deutschsprachigen Raum die gesetzlichen Regelungen und die staatlichen Anerkennungsvoraussetzungen von Psychotherapiemethoden, die bereits anerkannten Psychotherapiemethoden sowie die Voraussetzungen für die Psychotherapieausbildung umfassend dargestellt.

3.3.1 Gesetzliche Regelung und staatliche Anerkennung von Psychotherapiemethoden

Deutschland

Ausübung der Psychotherapie im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und in der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) geregelt und ist ÄrztInnen, psychologischen PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gestattet

In Deutschland wird die Ausübung der Psychotherapie sowohl im Psychotherapeutengesetz (PsychThG; seit 1999) gesetzlich geregelt, als auch in einer untergesetzlichen Norm, der sogenannten PT-RL (Inkrafttreten der PT-RL 1967, Neufassung der PT-RL seit 1976), festgelegt. Vor der Einführung des PsychThG war die Durchführung einer Psychotherapie lediglich ÄrztInnen gestattet bzw. den psychologischen PsychotherapeutInnen mittels der Delegation durch ÄrztInnen ermöglicht. Mit dem PsychThG wurde 1999 dieses Delegationsprinzip aufgehoben – die Versicherten können sich seitdem ohne Überweisung von ÄrztInnen direkt an psychologische PsychotherapeutInnen wenden [29, 53]. Durch diese Gesetzesinitiative wurde zwei neuen Heilberufen, den psychologischen PsychotherapeutInnen und den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, ermöglicht, im Bereich der Psychotherapie eigenverantwortlich und selbständig tätig zu sein. Als PsychotherapeutInnen gelten nunmehr ärztliche PsychotherapeutInnen, ärztliche Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen, psychologische PsychotherapeutInnen oder Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die gemäß der Psychotherapie-

Vereinbarung über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen [29, 41].

Anerkennung von Psychotherapieverfahren

„Das Ziel des Anerkennungsverfahrens in Deutschland ist die Feststellung der wissenschaftlichen Anerkennung auf der Grundlage eines strukturierten und transparenten Beurteilungsprozesses, der für alle in Frage kommenden Psychotherapieverfahren und -methoden in vergleichbarer Weise durchzuführen ist“ [54].

Zur Anerkennung von Psychotherapieverfahren wird im PsychThG festgehalten, dass die sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren („Richtlinienverfahren“) zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PsychThG von den jeweiligen Behörden der Länder als wissenschaftlich anerkannte Verfahren im Sinne des PsychThG betrachtet wurden (in Bezug auf die PT-RL). Diese drei Psychotherapieverfahren (*analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie*) basieren auf einem umfassenden Theoriesystem der Krankheitsentstehung und deren spezifische Behandlungsmethoden gelten als wissenschaftlich anerkannt [29, 54].

Für die Anerkennung – und somit die Integration in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – eines neuen Psychotherapieverfahrens als sogenanntes Richtlinienverfahren ist gemäß PT-RL und seit Inkrafttretens des PsychThG sowohl die wissenschaftliche Anerkennung als auch eine Nutzenbewertung entsprechend der Verfahrensordnung des G-BA erforderlich [55]. Eine neue Methode kann, nach Maßgabe der PT-RL des G-BA, erst nach Erfüllung der folgenden Voraussetzungen eine indikationsbezogene Anwendung finden:

- ❖ Eine vorangegangene Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP, siehe Methodenpapier [54]). Der WBP legt in diesem Methodenpapier fest, dass eine wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens dann in Betracht zu ziehen ist, wenn das Psychotherapieverfahren aus Sicht der Wissenschaft bei der Ausübung in der Praxis zu einer Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert führt [54].
- ❖ Für Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen ist der Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens (siehe nachfolgender Exkurs hinsichtlich der Schwellenkriterien), der medizinischen Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit für mindestens die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“ und „Angst- und Zwangsstörungen“ sowie zusätzlich mindestens einen weiteren Anwendungsbereich erforderlich (vgl. Exkurs zu Schwellenkriterium) (siehe PT-RL [29]).
- ❖ Für Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen ist der Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit für mindestens die Anwendungsbereiche „Affektive Störungen“ und „Angst- und Zwangsstörungen“ und für „Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens“ oder für zwei der letztgenannten Anwendungsbereiche sowie zusätzlich mindestens zwei weitere Anwendungsbereiche der PT-RL erforderlich (vgl. Exkurs zu Schwellenkriterium) [29].

Ziel des Anerkennungsverfahrens ist strukturierter und transparenter Beurteilungsprozess

sozialrechtlich anerkannte Psychotherapieverfahren galten zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PsychThG als wissenschaftlich anerkannte Verfahren

für eine Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren ist wissenschaftliche Anerkennung sowie Nutzenbewertung erforderlich

Voraussetzungen für indikationsbezogene Anwendung:

- **Anerkennung durch wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie,**
- **Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens, medizinischer Notwendigkeit sowie Wirtschaftlichkeit**

**2014 letzte
Nutzenbewertung zu
systemischer Therapie
bei Erwachsenen**

Zuletzt wurde im Jahr 2014 vor diesem Hintergrund das IQWiG mit der Bewertung des Nutzens und Schadens der *systemischen Therapie* bei Erwachsenen vom G-BA beauftragt. Der Endbericht wurde im Juli 2017 veröffentlicht mit dem vorläufigen Ergebnis, dass eine Gesamtabwägung zu Nutzen und Schaden der systemischen Therapie bei Erwachsenen nicht möglich sei, da Daten zu unerwünschten Ereignissen fehlen [56]. Eine Letztentscheidung hinsichtlich der Anerkennung der *systemischen Therapie* als viertes Richtlinienverfahren in Deutschland ist aktuell noch ausständig.

Exkurs: Sogenanntes „Schwellenkriterium“ für den Nachweis des indikationsbezogenen Nutzens bei der Anerkennung von Psychotherapieverfahren (§19 Absatz 1 Nr. 2 PT-RL)

**Schwellenkriterium
definiert
Mindestkriterien für
Indikationsbereiche**

Das „Schwellenkriterium“ legt fest, in welchen wesentlichen Anwendungsbereichen in Deutschland ein Psychotherapieverfahren Wirksamkeits- und Nutzensnachweise erbringen muss, um eine möglichst große Indikationsbreite abzudecken. Zielsetzung bei der Konstruktion des Schwellenkriteriums war es, *„dass die Summe der Indikationen, welche das Schwellenkriterium bilden, mindestens zwei Drittel der psychischen Störungsbilder, die in der Bevölkerung vorkommen bzw. die ein Therapeut in seiner Praxis zu behandeln hat, abbilden sollen [57].“* Somit muss für mindestens zwei Drittel derjenigen psychischen Krankheiten, die am häufigsten in den ambulanten Praxen behandelt werden, nämlich affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie mindestens einen weiteren Anwendungsbereich, auf jeden Fall ein Nutzenbeleg vorliegen. Damit soll u. a. gewährleistet sein, dass den Versicherten psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung stehen, die eine möglichst umfassende Versorgung garantieren. Weitere Gründe für die Einführung des Schwellenkriteriums liegen laut G-BA in

**Ziel: u. a. breite
Abdeckung an
Indikationen und breite
Versorgung von
Versicherten
gewährleisten**

- ❖ der großen Zahl an Komorbiditäten in der Versorgung,
- ❖ den schutzwürdigen Interessen der PatientInnen, von einem/r in einem Verfahren mit ausreichender Indikationsbreite ausgebildeten TherapeutIn behandelt zu werden, und
- ❖ in der Struktur der ambulanten Versorgung, die keine Entscheidungs- und Zuweisungsinstanz von PatientInnen zu TherapeutInnen je nach Indikation vorsieht [41].

**unterschiedliche
Anwendungsbereiche
für Erwachsene bzw.
für Kinder und
Jugendliche für das
„Schwellenkriterium“**

Im Folgenden wird nun dargelegt, wie das Schwellenkriterium bei der Prüfung auf Anerkennung als Psychotherapieverfahren in Deutschland zur Anwendung kommt. Dabei werden die Kriterien für die Anwendungsbereiche für erwachsene PatientInnen vorgestellt (für die Kriterien für Indikationsbereiche im Kindes- und Jugendalter siehe § 19 in der PT-RL) [29].

**Auswahl aus 13
Anwendungsbereichen
bei der Prüfung auf
Anerkennung als
Psychotherapie-
verfahren**

Grundsätzlich stehen folgende 13 Anwendungsbereiche (die sich im Wesentlichen am Kapitel V des ICD-10, Kategorie F „Psychische und Verhaltensstörungen“ orientieren) für eine Klassifikation zur Verfügung.

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;
2. Angststörungen und Zwangsstörungen;
3. Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);
4. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;
5. Störungen durch psychotrope Substanzen;
6. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
7. Essstörungen;

8. Nichtorganische Schlafstörungen;
9. Sexuelle Funktionsstörungen;
10. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend;
11. Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen;
12. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe;
13. Schizophrene und affektive psychotische Störungen.

Um in Folge als eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt zu werden, stehen zwei Varianten zur Kombinationen von unterschiedlichen Anwendungsbereichen zur Verfügung.

In beiden Fällen müssen *jedenfalls* Nachweise zum Nutzen, zur medizinischen Notwendigkeit und zur Wirtschaftlichkeit für die Bereiche

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;
2. Angststörungen und Zwangsstörungen gegeben sein.

Bei der Variante 1 müssen nun zusätzlich ergänzend Nutznachweise *für einen* der Anwendungsbereiche

3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen oder
4. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen oder
5. „Störungen durch psychotrope Substanzen“ erbracht werden.

Bei der Variante 2 müssen nun zusätzlich ergänzend Nutznachweise für *mindestens zwei* der Anwendungsbereiche 6 bis 13, ggf. gemischte Störungen erbracht werden.

Qualitätssicherung

Seit dem Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 1989 hat die Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen eine zunehmende Bedeutung. Ebenso in der Psychotherapie, wo gewährleistet werden muss, dass PatientInnen richtig diagnostiziert werden und eine adäquate Behandlung erhalten. Die Qualitätssicherung unterscheidet grundsätzlich zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität [58].

Ein bedeutendes Instrument der Prozessqualität in der Psychotherapie im ambulanten Bereich ist das Gutachterverfahren. Voraussetzung für eine Psychotherapiebehandlung ist ein Antrag, der Anamnese, Diagnostik, Krankheitsgenesemodell und eine umfangreiche Therapieplanung umfasst. Qualifizierte externe GutachterInnen prüfen diesen Antrag daraufhin, ob die in der PT-RL genannten Voraussetzungen für eine Richtlinien-Therapie erfüllt sind. Wird dies durch die GutachterInnen bestätigt, werden die Gesamtkosten für eine Psychotherapiebehandlung von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen [58].

Die Definition von Qualifikationsvoraussetzungen für die Erbringung einzelner psychotherapeutischer Leistungen ist ein wichtiger Teil der Strukturqualität. Psychotherapeutische Praxen in der gesetzlichen Krankenversicherung müssen seit 1. Januar 2006 ein Qualitätsmanagement verpflichtend durchführen. Seit 2004 gelten ähnliche Regelungen auch für den Krankenhaussektor. Im Bereich der stationären Psychotherapieversorgung wurde 1994 ein Qualitätssicherungsprogramm inklusive einer externen Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert und kontinuierlich weiterentwickelt [58].

zwei Varianten bei der Kombination von Anwendungsbereichen zur Auswahl

Nutznachweise zu Anwendungsbereichen 1 und 2 *müssen* erfüllt sein

Variante 1: zusätzlich ergänzende Nutznachweise zu einem der Indikationsbereiche 3-5

Variante 2: zusätzlich ergänzende Nutznachweise für mind. 2 der Anwendungsbereiche 6-13

Gutachterverfahren ist wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie (Prozessqualität)

Qualitätsmanagement seit 2006 in psychotherapeutischen Praxen verpflichtend

Einführung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Der Grundsatz einer einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wurde im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG; 2007) eingeführt. Der G-BA hat im Anschluss das aQua-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) mit der Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung einrichtungsübergreifender Qualitätssicherung beauftragt. Des Weiteren erfolgte eine Beteiligung des aQua-Instituts an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung u. a. im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie – beispielsweise wurde eine „Konzeptskizze für ein einrichtungsübergreifendes sektorspezifisches Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter“ erarbeitet [58, 59]. Seit 2015 führt das zentrale Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG, § 136ff SGB V), die Fortführung und Weiterentwicklung der bereits existierenden Verfahren der Qualitätssicherung durch und erarbeitet im Auftrag des G-BA Instrumente der Qualitätssicherung, die Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und wirkt an deren Umsetzung mit [60].

Schweiz

aufgrund der Kantonalisierung des Gesundheitswesens bestand jahrelang keine bundesweite Regelung für Psychotherapie

Das Schweizer Gesundheitswesen ist kantonalisiert und somit bestand für die nichtärztliche Psychotherapie über viele Jahre hinweg keine bundesweite Regelung – während die ärztliche Psychotherapie bereits durch das Medizinalberufegesetz (MedBG) geregelt war. Dies ging so weit, dass in jedem Kanton Psychotherapie hinsichtlich der Erlaubnis zur Berufstätigkeit, anerkannter Therapierichtungen, dem geforderten Umfang an Weiterbildungen etc. anders geregelt wurde. Die maßgebenden Berufsverbände forderten zusätzlich unterschiedliche Kriterien bezüglich Grundberuf und Umfang der Weiterbildungen. Darüber hinaus gibt es nach wie vor kein Psychotherapiegesetz, welches Psychotherapie als eigenständigen Beruf gesetzlich regelt [61].

2013 Inkrafttreten des Psychologieberufegesetz (PsyG), welches die kantonalen Unterschiede ausgleicht und die Ausbildung in Psychotherapie auf bestimmte Studienabschlüsse begrenzt (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialwissenschaften)

Aus diesen Gründen wurde im Jahr 2011 ein bundesweites Psychologieberufegesetz (PsyG) verabschiedet, welches am 1. April 2013 in Kraft trat und die kantonalen Unterschiede somit ausgleicht. Bis dahin konnte Psychotherapie auch von Personen aus anderen Berufen bzw. mit anderen Studienabschlüssen, wie z. B. in Pädagogik oder in anderen Sozialwissenschaften, sowie mit einschlägiger Weiterbildung in einer Psychotherapiemethode, praktiziert werden. Nach der Einführung des PsyG ist die Ausübung der Psychotherapie von bereits berufstätigen PsychotherapeutInnen im Rahmen der Übergangsbestimmungen nach wie vor gestattet [61].

Seitdem hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass die nichtärztliche Psychotherapie als Psychologieberuf anerkannt wird, wobei zwingend ein (klinisches) Psychologiestudium vorausgesetzt wird. Psychotherapie wird im PsyG als einziger Psychologieberuf ausführlicher geregelt und als Anwendungsgebiet der Medizin und Psychologie betrachtet [61, 62]. Die Schweizer Charta für Psychotherapie fordert allerdings die Anerkennung der Psychotherapie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin [39].

unterschieden wird zwischen ärztlicher und psychologischer Psychotherapie

Unterschieden wird seitdem zwischen einer von ÄrztInnen ausgeübten Psychotherapie (ärztliche Psychotherapie), welche durch das MedBG geregelt ist und einer von PsychologInnen ausgeübten Psychotherapie (psychologische Psychotherapie), welche durch das PsyG geregelt ist [61].

Anerkennung von Psychotherapiemethoden

Das PsyG umfasst allerdings keine gesonderte Regelung zur Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden. Die Schweizer Charta für Psychotherapie beschreibt in ihrer Deklaration hinsichtlich der Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapiemethoden die folgenden Voraussetzungen, die für eine Anerkennung einer eigenständigen Psychotherapierichtung essenziell sind. Eine Psychotherapiemethode muss folglich

- ❖ eine in sich konsistente Theorie ausweisen,
- ❖ den Theorie-Praxis-Bezug thematisieren,
- ❖ Aussagen und Geltungsansprüche in wissenschaftlich überprüfbarer Weise, d. h. objektivierbar und intersubjektiv nachvollziehbar, formulieren,
- ❖ über eine systematische Form der Dokumentation und Evaluation von Therapieverläufen verfügen,
- ❖ ihre Praxis mit mindestens zwei für sie geeigneten Forschungsdesigns erforschen [25, 63].

Zusätzlich wird die Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden durch die Mitgliedschaft in einem anerkannten Verband geregelt. Die Anerkennung einer neuen Methode basiert somit zusätzlich auf den Aufnahmekriterien der folgenden Verbände:

- ❖ Schweizer CHARTA für Psychotherapie (Charta-Anerkennung),
- ❖ Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie (SBAP),
- ❖ Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten/Schweizer Psychotherapeutenverband (ASP/SPV),
- ❖ Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) [39].

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass auch in der Schweiz zur Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Weitere Ausführungen sowie Informationen wie die einzelnen Aspekte erfüllt werden können, gehen jedoch weder aus dem PsyG, der Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie noch auf den Seiten des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hervor.

Qualitätssicherung

Hohe qualitative Standards in der Psychotherapieausbildung, der Berufs- und Ausbildungsethik und der Wissenschaftlichkeit werden von der Schweizer Charta für Psychotherapie gefördert [64]. Darüber hinaus unterstützt sie die wissenschaftliche Weiterentwicklung zu einer integrativen Psychotherapiewissenschaft, wodurch ein Direktstudium der Psychotherapie eingerichtet werden könnte. Dadurch soll von der Charta eine hohe Qualität in der Psychotherapieausbildung gewährleistet werden [61]. In diesem Zusammenhang wurde auch ein methodenübergreifendes Konzept (ASP Integral) von acht Institutionen mit provisorisch akkreditierten Weiterbildungsgängen gemeinsam mit der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) entwickelt, um im Hinblick auf Qualitätssicherung und gemeinsamen Lehrangeboten in methodenübergreifenden Fächern eine enge Kooperation zu ermöglichen. Ziel dieses Konzepts ist es, den Fokus auf die Psychotherapie an sich und ihre kontinuierliche Weiterentwicklung als Profession zu legen und dadurch neue Standards in der Weiterbildung setzen zu können [65].

**keine gesonderte
Regelung in PsyG zur
Anerkennung neuer
Psychotherapiemethoden**

**Deklaration der
Schweizer Charta für
Psychotherapie definiert
Voraussetzungen für
eine Anerkennung neuer
Psychotherapiemethoden**

**zusätzlich basiert
die Anerkennung auf
Aufnahmekriterien
der Schweizer
Psychotherapieverbände**

**Förderung
qualitativer Standards
in Psychotherapie-
ausbildung, Berufs- und
Ausbildungsethik sowie
Wissenschaftlichkeit
durch Schweizer Charta
für Psychotherapie**

Österreich

Berufsausübung seit 1990 durch PsthG gesetzlich geregelt – Beachtung von Voraussetzungen für Zulassung zur Ausbildung und für die Berufsausübung

In Österreich werden die Voraussetzungen für eine eigenständige Berufsausübung der Psychotherapie seit 1990 durch das PsthG gesetzlich geregelt. Eine der Voraussetzungen für die Ausübung von Psychotherapie ist eine abgeschlossene Ausbildung in einer der gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden bei einem akkreditierten Ausbildungsverein. Die Berufsausübung ist nicht ausschließlich ÄrztInnen oder PsychologInnen vorbehalten, es gelten allerdings allgemeine formale Voraussetzungen (wie z. B. Vorbildungen, Studienabschlüsse, Altersgrenzen etc.), die erfüllt sein müssen, um sowohl für eine Psychotherapieausbildung zugelassen zu werden als auch den Beruf des/r PsychotherapeutIn ausüben zu können [66].

Anerkennung von Psychotherapiemethoden

keine explizite Richtlinie für eine Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden

Die gesetzliche Psychotherapieregung umfasst in Österreich keine explizite Richtlinie für die Anerkennung einer neuen Psychotherapiemethode. Verfügbar ist auf den Seiten des BMGF lediglich eine Richtlinie für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 PsthG, BGBl. Nr. 361/1990 (siehe [31]).

in der Richtlinie für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung können Kriterien für die Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden abgeleitet werden, die drei Aspekte umfassen ...

Zusammenfassend geht es in dieser Richtlinie neben der Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung um die Ermittlung von psychotherapeutischen Methoden, die eine genügende praktische Erprobung haben, wissenschaftlich fundiert sind sowie internationalen Standards entsprechen. „Ferner geht es um die Ermittlung von privat- und öffentlich-rechtlichen Einrichtungen, die ausreichende „Entwicklungsarbeit“ für die wissenschaftliche Fundierung und praktische Erprobung einer psychotherapeutischen Methode geleistet haben und organisatorisch, personell und kompetenzmäßig in der Lage sind, eine Ausbildung in dieser Methode anzubieten und durchzuführen.“ Eine Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung hängt somit eng mit der wissenschaftlichen „Bewährung“ einer Psychotherapiemethode zusammen. Die Voraussetzung der „Bewährung“ der Methode, Ausbildung und Ausbildungseinrichtung liegt auf der wissenschaftlichen Ebene [31].

Aus dieser Anerkennungsrichtlinie können Kriterien für die Anerkennung einer neuen Psychotherapiemethode abgeleitet werden. Diese umfassen drei Aspekte:

1. Ausgangslage
2. methodenspezifische Ausrichtung (Mindestkriterien)
3. wissenschaftlich-psychotherapeutische Theorie des menschlichen Handelns

- ✿ die Ausgangslage – Definition wissenschaftlicher Psychotherapie,
- ✿ die methodenspezifische Ausrichtung – Mindestkriterien und
- ✿ die wissenschaftlich-psychotherapeutische Theorie des menschlichen Handelns.

Die Ausgangslage (Aspekt 1) beschreibt die kommunikativen Vorgänge und unverzichtbaren verbalen Austauschprozesse auf denen jede Psychotherapiemethode aufbaut. Diese führen durch die Beeinflussung der psychischen Ebene (z. B. Motivationsprozesse) zu einer Veränderung, Linderung oder Befreiung von Symptomen und Leidenszuständen sowie zu einer Neuorganisation des Verhaltens und Erlebens.

Als Mindestkriterien (Aspekt 2) für eine methodenspezifische Ausrichtung („Psychotherapieschule“) werden die folgenden Punkte angesehen:

- ✿ der ausreichende wissenschaftliche Nachweis einer zusammenhängenden Theorie und einer sich daraus ergebenden Praxis (Konsistenz von philosophischen Grundannahmen, theoretischen Vorstellungen und praktischer Anwendung) muss vorliegen,

- ❖ die Nachvollziehbarkeit der problemgeschichtlichen Entwicklung von Theorie und praktischer Anwendung („Schulentradiation“) muss gegeben sein,
- ❖ die Dokumentation der Selbständigkeit der Psychotherapiemethode muss gewährleistet werden [31].

Aus diesem Zusammenhang wird ersichtlich, dass eine eigenständige Psychotherapiemethode eine theoretische Fundierung und praktische Anwendung umfassen sollte, die in einem Kontrast zu bereits bestehenden Methoden stehen oder eine theoretisch-begründete und praktisch nachvollziehbare Weiterentwicklung oder Differenzierung zu einer bestehenden Methode vorlegen [31].

Der Aspekt 3 – die wissenschaftlich-psychotherapeutische Theorie des menschlichen Handelns – umfasst die folgenden drei Punkte:

- ❖ eigenständige methodenspezifische Theorieentwicklung (z. B. Theorie der Persönlichkeit, Ätiologiemodell, Theorie der praktischen Anwendung, Technik, Wirkweise),
- ❖ Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Praxis (z. B. Vorhandensein von Publikationen, Dokumentation der Methode durch Fallstudien, Anwendbarkeit bei unterschiedlichen PatientInnen sowie Symptomatik),
- ❖ Publikation und Diskussion der psychotherapeutischen Methode in der Fachliteratur (z. B. Anregung fachwissenschaftlicher Diskussion und Forschung, wissenschaftliche Auseinandersetzung mit facheinschlägigen Standardwerken, psychotherapeutische Methode muss durch Wirksamkeitsforschung ausreichend gestützt sein, eine zumindest minimale Verbreitung der Methode muss bestehen) [31].

Darüber hinaus findet sich in dieser Anerkennungsrichtlinie eine Handlungsanleitung für die Mitglieder des Psychotherapiebeirates in Anerkennungsverfahren gemäß § 7 Psychotherapiegesetz (psychotherapeutische Ausbildungseinrichtungen) bei der fachlichen Beurteilung nach dem Vorliegen einer wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methode, die die folgenden Fragestellungen umfasst [31]:

- ❖ Liegt der fachspezifischen Methode eine wissenschaftlich-psychotherapeutische Theorie des menschlichen Handelns zugrunde?
- ❖ Handelt es sich um eine eigenständige Methodik?
- ❖ Ist diese fachspezifische Methode in der praktischen Anwendung mehrjährig erprobt?
- ❖ Handelt es sich um eine hinsichtlich der Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen und gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern, sowie Förderung der Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten wirksame fachspezifische Methode?
- ❖ Ist das Curriculum methodenspezifisch ausgerichtet? Ist die Erreichung der Ausbildungsziele (§ 6 leg.cit. ausgenommen das Praktikum gemäß § 6 Abs. 2 Z 2 leg.cit.) durch Inhalt und Umfang des Curriculums gewährleistet?
- ❖ Ist die Erreichung der Ausbildungsziele (§ 6 leg.cit. ausgenommen das Praktikum gemäß § 6 Abs. 2 Z 2 leg.cit.) durch die Kenntnisse und Fähigkeiten des Lehrpersonals gewährleistet?

**neue
Psychotherapiemethode
muss Kontrast zu bereits
anerkannten Methoden
darstellen oder
nachvollziehbare
Weiterentwicklung
vorlegen**

**aus
Anerkennungsrichtlinie
geht
Handlungsanleitung
für die fachliche
Beurteilung einer
wissenschaftlich-
psychotherapeutischen
Methode hervor ...**

**... diese Vorgaben der
Handlungsanleitung
sollten für eine
Anerkennung als
psychotherapeutische
Ausbildungseinrichtung
erfüllt sein**

Um eine positive Beurteilung der Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung zu erreichen, sollten diese Vorgaben erfüllt sein. Weiterführende Informationen können der Richtlinie für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990 entnommen werden (siehe [31]).

Qualitätssicherung

mit der Gesundheitsreform 2005 wurde „Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ geschaffen

In Österreich wurde im Jahr 2005 mit der Gesundheitsreform ein „Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ geschaffen (BGBl. I Nr. 179/2004). Dadurch wurde durch den Bund ein rechtlicher Rahmen geschaffen, der es ermöglicht, diverse Qualitätsthemen zu strukturieren, weiter zu entwickeln und somit eine gezielte Qualitätsstrategie umzusetzen. Das Gesetz umfasst vier Grundprinzipien:

- ✦ PatientInnenorientierung,
- ✦ Transparenz,
- ✦ Effizienz,
- ✦ Effektivität und Sicherheit für PatientInnen [67].

Fokus liegt in Qualitätsvorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der Entwicklung von Standards

Nationale Vorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen können mithilfe des Gesetzes entwickelt und umgesetzt werden. Des Weiteren ist das Gesetz sektorenübergreifend angelegt – privat als auch öffentliche Krankenanstalten, ÄrztInnen und alle anderen Gesundheitsberufe etc. tragen zur Umsetzung bei. Der Fokus des Gesetzes liegt in den Qualitätsvorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit zusammenhängenden Entwicklung von Standards zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Diese werden als Dimensionen der Qualitätsarbeit und des gesamtösterreichischen Qualitätssystems angesehen. Darüber hinaus sind Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen im Gesetz festgehalten, um eine Verbesserung und Sicherung der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Das BMGF wird in diesen Belangen vom speziell dafür aufgebauten Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) unterstützt [67].

alle Gesundheitsberufe tragen zur Umsetzung bei

in der Psychotherapie wird im Rahmen der Qualitätssicherung die Angemessenheit der Weiterbildung mittels Überprüfungen der Weiterbildungsträger durchgeführt

Im Bereich der Psychotherapie findet Qualitätssicherung im Rahmen der Gesundheitsreform statt, indem beispielsweise der Psychotherapiebeirat stichprobenartige Überprüfungen der Weiterbildungsträger in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durchführt, um die Angemessenheit der Weiterbildung zu evaluieren. Zudem soll eine berufsbegleitende verpflichtende Fortbildung für PsychotherapeutInnen dazu dienen, eine reflektierte Auseinandersetzung mit den Weiterentwicklungen (z. B. Fortschreiten der Professionalisierung, Weiterentwicklung der Psychotherapie parallel zur Veränderung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen) im Sinne der Qualitätssicherung zu erreichen [68].

3.3.2 Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden

Deutschland

Im deutschsprachigen Raum sind unterschiedlich viele psychotherapeutische Verfahren gesetzlich anerkannt (siehe Tabelle 3.3-1). In Deutschland können drei Psychotherapieverfahren (Richtlinienverfahren) als Leistung der GKV ambulant erbracht werden: die *analytische Psychotherapie (AP)*, die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* und die *Verhaltenstherapie (VT)* [29].¹³ Die *systemische Therapie* ist derzeit als viertes Richtlinienverfahren in Beratung.

Zusätzlich können die nachfolgenden Psychotherapiemethoden und -techniken angewandt werden:

- ❖ *Katathymes Bilderleben* kann im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzepts angewendet werden;
- ❖ *Rational Emotive Therapy (RET)* kann als Methode der kognitiven Umstrukturierung im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts angewendet werden;
- ❖ *Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)* kann mit fachlicher Befähigung bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der analytischen Psychotherapie angewendet werden
- ❖ Darüber hinaus können *autogenes Training*, *Jacobsonsche Relaxationstherapie* und *Hypnose* im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung zum Einsatz kommen [29].

Die Erfordernisse der PT-RL konnten bei den folgenden Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken nicht erfüllt werden und können aus diesem Grund in Deutschland im ambulanten Setting keine Anwendung finden:

- ❖ Gesprächspsychotherapie
- ❖ Gestalttherapie
- ❖ Logotherapie
- ❖ Psychodrama
- ❖ Respiratorisches Biofeedback
- ❖ Transaktionsanalyse [29].

Schweiz und Österreich

In anderen europäischen Ländern sind die Psychotherapiemethoden weniger reglementiert – so auch in der Schweiz und in Österreich wo es beispielsweise eine große psychotherapeutische Methodenvielfalt gibt. Sowohl in der Schweiz als auch in Österreich sind 23, teilweise disgrunte, psychotherapeutische Methoden gesetzlich anerkannt (Tabelle 3.3-1).

drei Richtlinienverfahren können als Leistung der GKV ambulant erbracht werden:

- *analytische Psychotherapie*,
- *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*
- *Verhaltenstherapie*

zusätzlich können weitere Methoden & Techniken im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts angewendet werden (z. B. katathymes Bilderleben, EMDR)

keine Anwendung im ambulanten Setting, aufgrund Nichterfüllens der Erfordernisse der PT-RL z. B.:

- Gestalttherapie,
- Logotherapie,
- Psychodrama etc.

psychotherapeutische Methodenvielfalt → 23 Psychotherapiemethoden in CH & AT anerkannt

¹³ Im Unterschied zu Deutschland sind in Österreich und der Schweiz nicht Verfahren („Methodenfamilien“), sondern einzelne Psychotherapiemethoden („Schulen“) anerkannt.

körperorientierte Methoden sowie Kunst- & Ausdrucksorientierte Therapien nur in CH anerkannt

6 Psychotherapiemethoden im Vergleich zu DE & CH lediglich in AT anerkannt

In der Schweiz wurden die einzelnen Methoden von unterschiedlichen Institutionen evaluiert und aufgenommen. Die *körperorientierten Methoden* sowie die *Kunst- und Ausdrucksorientierten Therapien* sind lediglich in der Schweiz anerkannt.

Im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz sind die folgenden Psychotherapiemethoden nur in Österreich anerkannt:

- ✧ *psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP),*
- ✧ *autogene Psychotherapie (ATP),*
- ✧ *konzentrierte Bewegungstherapie (KBT),*
- ✧ *Existenzanalyse,*
- ✧ *gestalttheoretische Psychotherapie (GTP),*
- ✧ *klientenzentrierte Psychotherapie (KP),*
- ✧ *Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT).*

Eine detaillierte Übersicht zu den 23 anerkannten Psychotherapiemethoden in Österreich hinsichtlich des theoretischen Hintergrunds, Population, Frequenz, Wirkfaktoren etc. findet sich im Anhang in Kapitel 6.2.

Die nachstehende Tabelle 3.3-1 bietet einen Gesamtüberblick über die gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden im deutschsprachigen Raum.

Tabelle 3.3-1: Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden im deutschsprachigen Raum – Überblick

Österreich	Deutschland	Schweiz
<p>Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ Psychoanalytische Methoden Analytische Psychologie (AP) Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (GP) Individualpsychologie (IP) Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA) Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP) ✧ Tiefenpsychologisch fundierte Methoden Autogene Psychotherapie (ATP) Daseinsanalyse (DA) Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG) Hypnosepsychotherapie (HY) Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA) 	<p>Psychoanalytisch begründete Verfahren</p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</p> <p>Analytische Psychotherapie</p>	<p>Tiefenpsychologische Verfahren</p> <p>Analytische Psychologie (AP)</p> <p>Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (GP)</p> <p>Individualpsychologie (IP)</p> <p>Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)</p> <p>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</p> <p>Daseinsanalyse (DA)</p> <p>Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)</p> <p>Hypnosepsychotherapie (HY)</p> <p>Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)</p> <p>Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)</p>
<p>Humanistisch-existenzielle Orientierung</p> <p>Existenzanalyse (E)</p> <p>Existenzanalyse und Logotherapie (EL)</p> <p>Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)</p> <p>Integrative Gestalttherapie (IG)</p> <p>Integrative Therapie (IT)</p> <p>Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)</p> <p>Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)</p> <p>Psychodrama (PD)</p>		<p>Humanistische Verfahren</p> <p>Existenzanalyse und Logotherapie (EL)</p> <p>Integrative Gestalttherapie (IG)</p> <p>Integrative Therapie (IT)</p> <p>Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)</p> <p>Psychodrama (PD)</p>
<p>Systemische Orientierung</p> <p>Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)</p> <p>Systemische Familientherapie (SF)</p>		<p>Systemische Verfahren</p> <p>Systemische Familientherapie (SF)</p>

Österreich	Deutschland	Schweiz
Verhaltenstherapeutische Orientierung Verhaltenstherapie (VT)	Verhaltenstherapeutische Verfahren Verhaltenstherapie (VT)	Verhaltenstherapeutische Verfahren Verhaltenstherapie (VT)
		Körperpsychotherapeutische Verfahren* Bioenergetische Analyse und Therapie Biosynthese Integrative Körperpsychotherapie Klientenzentrierte Gesprächs- (s. o.) und Körperpsychotherapie Körperorientierte Psychotherapie
		Kunst- und Ausdrucksorientierte Verfahren* Kunst- und Ausdrucksorientierte Therapie

* Zusätzliche Orientierung, die lediglich in der Schweiz Anwendung findet.

Quellen: [23, 56, 64]

3.3.3 Ausbildung in der Psychotherapie

Deutschland

Das PsychThG regelt seit 1. Januar 1999 den Beruf der psychologischen PsychotherapeutInnen. Darüber hinaus wird mittels des Gesetzes die Berufsbezeichnung „PsychotherapeutIn“ rechtlich für diejenigen geschützt, die eine Approbation im Rahmen des PsychThG oder als ÄrztInnen mit entsprechender Zusatzausbildung aufweisen [69].

In Deutschland kann Psychotherapie von PsychologInnen („Psychologische PsychotherapeutInnen“) oder ÄrztInnen („Ärztliche PsychotherapeutInnen“) – beide können grundsätzlich sowohl Kinder, Jugendliche (mit entsprechender Zusatzqualifikation) als auch Erwachsene behandeln – sowie PädagogInnen und PsychologInnen, die eine spezielle Ausbildung für die Therapie von Kindern und Jugendlichen haben („Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen“) ausgeübt werden. Zusätzlich zu ihrem jeweiligen „Grundberuf“ muss eine psychotherapeutische Zusatzausbildung, die als Voraussetzung für die Berufsausübung gilt, absolviert werden [69].

Ein abgeschlossenes Psychologie- oder Medizinstudium und eine mindestens dreijährige PsychotherapeutInnenausbildung gilt in Deutschland als Voraussetzung, um als psychologische oder ärztliche PsychotherapeutInnen berufsberechtigt zu sein und somit PatientInnen eigenverantwortlich psychotherapeutisch behandeln zu können. Eine mindestens einjährige praktische Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung sowie eine umfassende theoretische und praktische Ausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte, in der ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren erworben wird, sind die wesentlichen Ausbildungsschwerpunkte. Darüber hinaus müssen psychologische und ärztliche PsychotherapeutInnen zusätzlich eine Zusatzqualifikation für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie abgeschlossen haben, um auch Kinder und Jugendliche behandeln zu können [58].

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen müssen ein Studium der Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik abgeschlossen haben, um anschließend eine psychotherapeutische Ausbildung absolvieren zu können, die auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert ist. Nach der Ausbildung muss eine staatliche Abschlussprüfung absolviert werden, die als

PsychThG regelt seit 1999 den Beruf der psychologischen PsychotherapeutInnen

Berufsausübung ist PsychologInnen, ÄrztInnen sowie PädagogInnen und PsychologInnen mit spezieller Ausbildung für die Therapie von Kindern und Jugendlichen möglich

Voraussetzung für die eigenverantwortliche Ausübung ist:

- abgeschlossenes Medizin- oder Psychologiestudium, (Pädagogik oder Sozialpädagogikstudium für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen)
- mindestens dreijährige Ausbildung in Psychotherapie

Grundlage für die Approbation als psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gilt. Zusätzlich erfolgt durch die Approbation eine verpflichtende Mitgliedschaft in einer Psychotherapeutenkammer [58].

berufsrechtliche Pflicht der Fort- und Weiterbildung → innerhalb von 5 Jahren sind 250 Fortbildungspunkte zu erbringen

Fort- und Weiterbildungen werden von den Psychotherapeutenkammern geregelt. Berufstätige PsychotherapeutInnen haben eine berufsrechtliche Pflicht sich regelmäßig fortzubilden. Eine sozialrechtlich normierte Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung besteht darüber hinaus für VertragspsychotherapeutInnen (in der GKV zugelassene PsychotherapeutInnen) sowie für PsychotherapeutInnen, die in einem Krankenhaus tätig sind. Grundsätzlich müssen innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen fünf Jahre mindestens 250 Fortbildungspunkte erbracht werden [58].

Schweiz

Ausbildung setzt sich zusammen aus:
 - Grundausbildung,
 - Weiterbildung und
 - Fortbildung

In der aktuellen Gesetzgebung durch das PsyG und das MedBG besteht die Ausbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten in der Schweiz aus folgenden Elementen:

- ✿ Grundausbildung,
- ✿ Weiterbildung und
- ✿ Fortbildung [39].

Grundausbildung in Psychologie oder Medizin auf Masterniveau ist Voraussetzung für psychotherapeutische Weiterbildung

Die Berufsausbildung in Psychotherapie findet im Rahmen einer Weiterbildung statt. Die Voraussetzung für diese psychotherapeutische Weiterbildung und Berufstätigkeit ist eine wissenschaftliche Grundausbildung in Psychologie oder Medizin auf Masterniveau an einer anerkannten Universität oder Fachhochschule. Dadurch wird es zwei Gruppen von HochschulabsolventInnen mit gesonderter Rechtsgrundlage (PsyG bzw. MedBG) ermöglicht, eine Spezialisierung in Psychotherapie zu erwerben. Studierende eines Psychologiestudiums müssen darüber hinaus während der Ausbildung eine genügende Studienleistung in klinischer Psychologie und Psychopathologie erbringen. Erst danach kann die berufsqualifizierende psychotherapeutische Fachausbildung abgeschlossen werden, die zur selbständigen Berufsausübung berechtigt. Neben der Grundausbildung (Hochschulabschluss) wird die persönliche Eignung als zentrale Voraussetzung für die Zulassung zur Weiterbildung angesehen [39, 61, 62].

psychotherapeutische Weiterbildung besteht aus vierjährigem integralen Curriculum

Die Weiterbildung besteht aus einem mindestens vier Jahre dauernden, integralen Curriculum. Diese wird als umfangreich, eigenständig und „integral“ angesehen. Integral bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Weiterbildungselemente (Selbsterfahrung in der Eigetherapie, Theorie, eigene psychotherapeutische Praxis und Supervision durch erfahrene LehrtherapeutInnen) im Rahmen einer wissenschaftlich anerkannten und klinisch bewährten Psychotherapiemethode aufeinander angepasst sind [39, 62].

integrale Weiterbildung umfasst vier Ausbildungselemente,

Der Begriff der integralen Weiterbildung wird wie folgt definiert:

- ✿ „Die Weiterbildung beinhaltet vier Ausbildungselemente: Theorie, Selbsterfahrung (eigene Analyse etc.), Kontrolle resp. Supervision und eigene psychotherapeutische Praxis mit PatientInnen, die während der Weiterbildung aufeinander abgestimmt sind und ein ganzheitliches Lehrgebäude bilden.

- ❖ Die psychotherapeutischen Behandlungstechniken und Vorgehensweisen sind in ein ganzheitliches therapeutisches Prozessmodell resp. Behandlungskonzept sowohl theoretisch wie auch in der Durchführung (Praxis) eingebaut und werden laufend reflektiert.
- ❖ Die vier Bereiche der Weiterbildung werden in ihrer Beziehung zueinander vermittelt. Das Verständnis dieser Bereiche und ihrer Beziehung zueinander muss sowohl in der Lehre als auch in der Forschung überprüft werden.
- ❖ Die Weiterbildung erfolgt in einer wissenschaftlich anerkannten Psychotherapiemethode, unter ständigem Bezug zur eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit. Ihre Wirksamkeit muss ein breites Anwendungsgebiet umfassen, das sich nicht nur auf einzelne KlientInnen- oder PatientInnengruppen erstreckt“ [39].

Der Abschluss einer Weiterbildung in Psychotherapie wird anschließend durch einen schweizerischen Verband (CHARTA, SPV, SBAP oder FSP) anerkannt [39].

Im Rahmen von Fortbildungen können sich PsychotherapeutInnen ergänzendes Wissen aneignen, um eine Verbesserung und Vertiefung der beruflichen Fähigkeiten zu erreichen (z. B. spezielle Methoden). Ausgebildete PsychotherapeutInnen haben eine individuelle Fortbildungspflicht von 400 Stunden, die innerhalb von fünf Jahren bei Vollzeittätigkeit erbracht werden müssen. Die Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) führt in ihrem „Fortbildungsreglement“ die spezifischen Anforderungen auf, welche die folgenden zentralen Elemente umfassen:

- ❖ Theorie,
- ❖ Selbsterfahrung, sowie
- ❖ Supervision der eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit [39].

Österreich

Im österreichischen PsthG, BGBl. Nr. 361/1990, ist die Psychotherapieausbildung gesetzlich geregelt. Essentiell für die Eintragung als PsychotherapeutIn ist die Absolvierung einer zweistufigen Ausbildung, die mindestens fünf Jahre umfasst:

- ❖ dem psychotherapeutischen Propädeutikum (allgemeiner [theoretischer] Teil) und
- ❖ dem daran anschließenden psychotherapeutischen Fachspezifikum (besonderer [praktischer] Teil) [26, 66].

Die Ausbildung für das psychotherapeutische Propädeutikum wird derzeit von 18 Institutionen angeboten. Darüber hinaus gibt es vier Einrichtungen, die aber mit Stand Dezember 2016 nicht ausbilden. In den vergangenen fünf Jahren haben zwischen 759 und 839 Personen jährlich das psychotherapeutische Propädeutikum abgeschlossen. Die Ausbildung für das psychotherapeutische Fachspezifikum wird aktuell von 39 Institutionen angeboten. Als ruhendgestellt gelten zwei weitere Institutionen mit Stand Dezember 2016. Zwischen 263 und 406 Personen jährlich konnten in den vergangenen fünf Jahren das Fachspezifikum erfolgreich abschließen. Der Großteil der 23 gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden kann in einer oder zwei (in seltenen Fällen auch in mehreren) dieser Institutionen ausgebildet werden. Die Psychotherapiemethode mit den meisten AusbildungskandidatInnen ist die

ist in ganzheitlichem therapeutischen Prozessmodell verankert,

Weiterbildung erfolgt in wissenschaftlich anerkannter Psychotherapiemethode

Abschluss der Weiterbildung wird durch schweizerischen Verband anerkannt

Fortbildungspflicht für ausgebildete PsychotherapeutInnen: innerhalb von fünf Jahren sind 400 Stunden zu absolvieren

zweistufiges Ausbildungssystem (Dauer mind. 5 Jahre) als Voraussetzung für die Berufstätigkeit:
- Propädeutikum und
- Fachspezifikum

18 Institutionen bieten Ausbildung für das Propädeutikum an und 39 Institutionen das Fachspezifikum

Großteil der 23 Methoden kann in diesen Institutionen ausgebildet werden

systemische Familientherapie, gefolgt von der *Verhaltenstherapie*, *Psychoanalyse/ psychoanalytischer Psychotherapie*, *Existenzanalyse* sowie *integrativer Gestalttherapie* [70].¹⁴

Voraussetzungen für das Propädeutikum (z. B. Hochschulreife)

Neben der Eigenberechtigung als grundlegende Voraussetzung ist für das psychotherapeutische Propädeutikum eine der folgenden Voraussetzungen erforderlich:

- ✧ Reifeprüfung einer allgemeinbildenden oder berufsbildenden höheren Schule oder Studienberechtigungsprüfung,
- ✧ Abschluss im Krankenpflegefachdienst oder in einem medizinisch-technischen Dienst,
- ✧ individuelle Eignung einer besonders motivierten Persönlichkeit, welche durch ein Gutachten des Psychotherapiebeirates festgestellt und anschließend durch einen Zulassungsbescheid durch das BMGF bestätigt werden kann [26, 66].

Voraussetzungen für das Fachspezifikum (z. B. Eigenberechtigung und erfolgreicher Abschluss des Propädeutikums)

Für das psychotherapeutische Fachspezifikum gelten die Eigenberechtigung, die Vollendung des 24. Lebensjahres sowie der erfolgreiche Abschluss des Propädeutikums als entscheidende Voraussetzungen. Darüber hinaus ist eine der folgenden Vorbildungen bzw. Studienabschlüsse nachzuweisen:

- ✧ Akademie für Sozialarbeit,
- ✧ ehemalige Lehranstalt für gehobene Sozialberufe,
- ✧ pädagogische Akademie (Pädagogische Hochschule),
- ✧ eine mit Öffentlichkeitsrecht ausgestatteten Lehranstalt für Ehe- und Familienberatung,
- ✧ (Kurz-)Studium Musiktherapie,
- ✧ Hochschullehrgang Musiktherapie (Bachelorstudium Musiktherapie),
- ✧ Ausbildung im diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst oder gehobenen medizinisch-technischen Dienst,
- ✧ Studium der Medizin, Pädagogik, Philosophie, Psychologie, Publizistik- und Kommunikationswissenschaft oder Theologie,
- ✧ Studium für das Lehramt an höheren Schulen,
- ✧ bei fehlender Vorbildung bzw. Studienabschluss kann die persönliche Eignung durch ein Gutachten des Psychotherapiebeirates festgestellt und anschließend durch einen Zulassungsbescheid durch das BMGF bestätigt werden [26, 66].

Voraussetzungen für die selbständige Ausübung der Psychotherapie:
 - Absolvierung des Propädeutikums und Fachspezifikums,
 - Eigenberechtigung,
 - >28 Jahre,
 - Nachweis der gesundheitlichen Eignung & Vertrauenswürdigkeit,
 - Eintragung in Berufsliste

Als Berufsberechtigung für die selbständige Ausübung der Psychotherapie gelten in Österreich die folgenden Voraussetzungen:

- ✧ erfolgreiche Absolvierung des psychotherapeutischen Propädeutikums und Fachspezifikums,
- ✧ Eigenberechtigung,
- ✧ Vollendung des 28. Lebensjahres,
- ✧ Nachweis der zur Erfüllung der Berufspflichten erforderlichen gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit,
- ✧ Eintragung in die Berufsliste.

¹⁴ Weiterführende Informationen sind in der *Ausbildungsstatistik 2016* ersichtlich (siehe [70]).

Darüber hinaus ist der regelmäßige Besuch von in- oder ausländischen Fortbildungsveranstaltungen grundlegend, um die Ausübung der Psychotherapie unter Beachtung der Entwicklung der Erkenntnisse der Wissenschaft und Qualität zu gewährleisten (Fortbildungspflicht). Als allgemein akzeptierter Richtwert kann ein regelmäßiger Besuch von Fortbildungen mit einem Umfang von mindestens 90 Einheiten á 45-50 Minuten im Zeitraum von drei Jahren angesehen werden. Fortbildungsveranstaltungen können methodenspezifische, methodenerweiternde sowie besondere Schwerpunkte (z. B. Diagnostik, Fachliteratur, rechtliche Fragen, Psychiatrie) umfassen [66, 68].

**Fortbildungspflicht
mit einem Umfang von
mindestens 90 Einheiten
innerhalb von 3 Jahren**

4 Zusammenfassung und Diskussion

Der vorliegende Projektbericht verfolgte das Ziel

- ✿ allgemeine und spezifische Wirkfaktoren von Psychotherapie sowie
- ✿ die länderspezifischen Voraussetzungen für die gesetzliche Anerkennung (als eine Kassenleistung für den ambulanten Bereich) im deutschsprachigen Raum (Österreich, Deutschland und Schweiz) zusammenzufassen.

Ganz allgemein lässt sich festhalten, dass sich eine unterschiedliche Begriffsverwendung (etwa zum Begriff der Psychotherapiemethode) im Kontext von Psychotherapieforschung aber auch von rechtlichen Regelungen vorfinden lässt. Insofern zeigen sich solche Unterschiede (etwa zwischen Österreich und Deutschland) v. a. in Policy-Dokumenten, die die Anerkennung von Psychotherapiemethoden als gesetzliche Kassenleistung (für den ambulanten Bereich) regeln. Eine genaue Darstellung der relevanten Begriffe findet sich hierzu in Kapitel 3.1.

Zusammenfassend sollen hier nochmals jene Begriffe dargestellt werden, die v. a. im Österreich-Kontext bedeutsam sind: Unter *Psychotherapieorientierungen* werden die vier zentralen Meta-Orientierungen verstanden (Tiefenpsychologische/humanistische/systemische und verhaltenstherapeutische Orientierung) unter die etwa die 23 in Österreich (!) gesetzlich anerkannten *Psychotherapiemethoden* (z. B. Psychodrama/Existenzanalyse und Logotherapie/Personenzentrierte Psychotherapie etc.) subsumiert werden können. Innerhalb der Psychotherapiemethoden kommen wiederum bestimmte *Psychotherapie-techniken/-interventionen* (wie etwa das *Rollenspiel*, *kreativer Medieneinsatz*, *Aufstellungen* etc.) bei der Bewältigung psychischer Störungen und Belastungen zum Einsatz.

Vor dem Hintergrund der Projektziele wurden spezifische Forschungsfragen (siehe Kapitel 2.1) formuliert, die wie folgt Beantwortung finden sollen:

Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Prinzipiell sind mit allgemeinen (generischen) Wirkfaktoren jene gemeint, die unabhängig von einzelnen Psychotherapiemethoden bzw. -techniken mit Therapieeffekten assoziiert werden. Hierbei werden in der Fachliteratur unterschiedliche Möglichkeiten der Darstellung genannt. Für den vorliegenden Bericht wurde u. a. auf die Darstellung einer *Dreiteilung von allgemeinen Wirkfaktoren* ...

- ✿ auf der Ebene der therapeutischen Unterstützung,
- ✿ der Ebene des Erlebens und Lernens innerhalb der Psychotherapie und
- ✿ der Umsetzungsebene von Lernerfahrungen in den Alltagswelten der PatientInnen

... Bezug genommen, da hiermit anschaulich die Sequenzabfolge einer Psychotherapie dargestellt wird.

**Zielsetzungen:
Erhebung von
Wirkfaktoren sowie
Voraussetzungen für
die gesetzliche
Anerkennung von
Psychotherapiemethoden**

**unterschiedliche
Begriffe in Policy-
Dokumenten in
Deutschland und
Österreich**

**in Österreich 4 „große“
Psychotherapieorientierungen,
die allesamt 23
gesetzlich anerkannte
Psychotherapiemethoden
vereinen – Methoden
unterscheiden sich
u. a. in der Anwendung
von Psychotherapie-
techniken**

**allgemeine
Wirkfaktoren finden
sich in Psychotherapien
unabhängig von
einzelnen
Psychotherapiemethoden
...**

... und zeigen sich etwa entlang der „Unterstützungs-“, „Lern- und Handlungsebene“

weitere allgemeine Wirkfaktoren sind in der Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung und -bewältigung, der motivationalen Klärung in der Therapieallianz zu finden

Therapieallianz wird als Schlüsselfaktor (auf der Interaktionsebene) beschrieben

Setting von Psychotherapie gilt von Schlüsselfaktor (auf der Organisationsebene)

weiterer Forschungsbedarf zu Setting-Anforderungen bei bestimmten PatientInnen

Zuordnung von Wirkfaktoren zu bestimmten Methoden/Techniken

Methoden der einzelnen Psychotherapieorientierungen verweisen auf potentielle unterschiedliche, spezifische Wirkfaktoren

Demzufolge können allgemeine Wirkfaktoren im Zuge eines Psychotherapieprozesses (modellhaft) in Faktoren unterschieden werden, die in einer (akuten) psychischen Belastungssituation zunächst *unterstützend* wirken (z. B. durch die psychische Entlastung in einer Therapiesitzung). Darauf aufbauend (nach Abschluss bzw. nach Wiedererlangen von psychischer Stabilität) werden bei PatientInnen *Lernprozesse* initiiert, die in Folge in Alltagshandlungen Umsetzung finden. Im Zuge solcher Lernprozesse kommen (je nach psychischem Störungsbild der PatientInnen) allgemeine Wirkfaktoren (wie z. B. kognitives Lernen/Psychoedukation) zum Einsatz, die wiederum auf der Handlungsebene etwa in der Verhaltensregulation oder in der emotionalen Bewältigung Niederschlag finden.

Darüber hinaus gibt es Konzeptualisierungen zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie, die (mit unterschiedlicher Gewichtung) der *Ressourcenaktivierung* (Nutzung von inneren und äußeren Ressourcen der PatientInnen), der *Aktualisierung und Bewältigung von psychischen Belastungen* in einem strukturierten und geschützten Therapierahmen, der *Förderung von Problemeinsicht* bei PatientInnen und der *Therapieallianz* integrale Bedeutung für die Erreichung von Psychotherapiezielen beimessen.

Letzterer wird in der Psychotherapieforschung als einer der zentralsten allgemeinen Wirkfaktoren identifiziert, zumal es sich bei der Psychotherapie um ein beziehungsintensives Verfahren handelt, das ganz zentral auf den Interaktionen zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn beruht. Die Qualität der Therapieallianz nimmt daher eine prominente Stellung unter den allgemeinen Wirkfaktoren ein.

Da sich für Psychotherapie ganz unterschiedliche Settings ergeben können, ist der strukturelle Rahmen ein wesentliches Kriterium im Zusammenhang mit allgemeinen Wirkfaktoren. Hierbei sind v. a. Wirkfaktoren von Bedeutung, die organisatorische Faktoren von Psychotherapien betreffen. Das Spektrum umfasst hier Einzel- und Mehrpersonen-Settings (z. B. TherapeutInnen mit Paaren, Familien, Gruppen), das therapeutische Angebot im ambulanten vs. im (teil-)stationären Bereich, die unterschiedlichen Therapieanordnungen (Therapie im „Sitzen“, „Liegen“ etc.) sowie Fragen nach der Häufigkeit von Psychotherapiesitzungen. Wichtig ist hierbei v. a. (zu Therapiebeginn) die Klärung solcher Setting-Fragen zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn. In der Literatur findet sich allerdings auch ein klarer Forschungsauftrag, der in diesem Zusammenhang formuliert wird. Demnach besteht Bedarf an soliden bzw. empirisch belastbaren Befunden hinsichtlich der Frage, welche PatientInnen mit welchen Störungen, in welchem Behandlungssetting und mit welcher Behandlungsdauer bzw. -frequenz am ehesten von Psychotherapie profitieren und in welchem Setting nicht [24].

Spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Unter spezifischen Wirkfaktoren werden all jene Faktoren verstanden, die eine Assoziation zwischen einer Psychotherapientechnik und einem Therapieeffekt annehmen bzw. bei bestimmten Psychotherapiemethoden vorzufinden sind.

Auf einer Meta-Ebene konnte beispielhaft gezeigt werden, welche spezifischen Wirkfaktoren für welche Psychotherapieorientierungen festgehalten werden können. Demzufolge wird etwa die *freie Assoziation* als ein spezifischer Wirkfaktor für die Methoden der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Orientierung angenommen, während *Expositionstechniken* eher in Psychotherapien zu finden sind, die der verhaltenstherapeutischen Orientierung zugerechnet werden.

... im Kontext von Indikationen

Spezifische Wirkfaktoren, die bei der Behandlung von bestimmten psychischen Störungsbildern Relevanz besitzen, konnten im Rahmen dieses Berichts nicht identifiziert werden. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass in Österreich grundsätzlich *alle* Psychotherapiemethoden für die Behandlung *aller* psychischen Erkrankungen in Betracht kommen. Auch in Deutschland stellt die Abdeckung vieler Indikationen bei der Anerkennung neuer Therapieverfahren/-methoden eine Voraussetzung dar.

Die Diskussion rund um die Frage nach dem geeigneten Wirkfaktor je nach Indikation/psychischer Belastung ist aus gesundheitspolitischer Perspektive nachvollziehbar. In Österreich bedarf es u. a. etwa klarer theoretischer Annahmen, die eine Psychotherapiemethode erfüllen muss, um zugelassen zu werden. In Deutschland gibt es ebenfalls klare Vorgaben hinsichtlich der Anforderungen, die eine Psychotherapiemethode für die Anerkennung als gesetzliche Kassenleistung erfüllen muss. Hierzu zählen (neben fundierten theoretischen Annahmen) etwa auch Wirksamkeitsnachweise für bestimmte Störungsgruppen bzw. Indikationsbereiche (siehe Darstellung und Ausführungen zu „Schwellenkriterien“ lt. deutscher PT-RL, Kapitel 3.3.1). Allerdings handelt es sich bei der Prüfung dieser Voraussetzungen vielmehr um generelle Nutznachweise von einzelnen Psychotherapiemethoden als um die Identifikation von (einzelnen) spezifischen Wirkfaktoren.

Rezente Literatur im Bereich der Psychotherapieforschung (z. B. [28]) weist auf eine verschränkte Sichtweise von allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren hin – v. a. um die Komplexität von psychotherapeutischen Prozessen entsprechend abzubilden. Eine einseitige Fokussierung auf bzw. die „Extrahierung“ von spezifischen Wirkfaktoren würde dem nicht gerecht werden. Die Empfehlung besteht daher in umfassenderen Untersuchungen, die die Interaktionen zwischen Psychotherapietechniken, allgemeinen Wirkfaktoren, Störungscharakteristika von PatientInnen und individuellen PatientInnen- und TherapeutInnenmerkmalen (wie z. B. Kompetenzen, Erfahrungshintergründe, Ausbildung etc.) berücksichtigen.

Unerwünschte Effekte von Psychotherapien

Schließlich wurden in der Ergebnisanalyse auch noch unerwünschte Effekte, die im Zuge von Psychotherapien auftreten können, dargestellt. Dies erfolgte v. a. vor dem Hintergrund einer balancierten Sichtweise auf psychotherapeutische Methoden, die, wie auch medizinische Interventionen, unerwünschte Nebenwirkungen mit sich bringen können. Das Spektrum umfasst dabei u. a. Symptomverschlechterungen, Therapieabbrüche, unpassender Einsatz von Therapietechniken, Ausbleiben einer stabilen, therapeutischen Beziehung etc. Eine Studie an der Donau-Universität Krems beschäftigte sich 2012 ausführlich mit unerwünschten Nebenwirkungen, Risiken und Schäden von ambulanten Psychotherapien. Zusammenfassend wurde berichtet, dass der Anteil an PatientInnen-Rückmeldungen mit negativen Wirkungen relativ hoch ausfiel (37 %).

keine Zuordnung von spezifischen Wirkfaktoren zu bestimmten psychischen Störungsbildern, jedoch

gesundheitspolitische Relevanz der Frage gegeben – in Deutschland: allgemeine Nutznachweise für bestimmte Indikationen erforderlich

separierte Betrachtung ist nicht zielführend – Gesamtheit von Wirkfaktoren, PatientInnen-Hintergründen und -Merkmalen sowie TherapeutInnen-Charakteristika im Blick behalten

Berücksichtigung von unerwünschten Effekten von Psychotherapien

DUK-Studie berichtete über geringen Anteil an negativen Wirkungen in PatientInnen-Feedback

Psychotherapie im deutschsprachigen Raum

Gesetzliche Regelung und Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden

<p>Unterschiede in gesetzlichen Rahmenbedingungen → heterogene Gesetzgebungen</p>	<p>Bei Betrachtung der Ergebnisse der gesetzlichen Regelungen im deutschsprachigen Raum bedingen die aufgezeigten Unterschiede, dass die Anforderungen und Voraussetzungen für eine Anerkennung einer neuen Psychotherapiemethode ganz wesentlich differieren, was auf die heterogenen Gesetzgebungen zurückgeführt werden kann.</p>
<p>in DE wissenschaftliche Anerkennung sowie Nutzenbewertung erforderlich</p>	<p>In Deutschland wird beispielsweise definiert, dass neben einer wissenschaftlichen Anerkennung auch eine Nutzenbewertung entsprechend der Verfahrensordnung des G-BA erforderlich ist, siehe Kapitel 3.3.1. Wesentlich ähnlicher in den gesetzlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich einer Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden sind sich Österreich und die Schweiz: Im österreichischen PsthG bzw. in der Schweizer Deklaration für Psychotherapie bestehen Anforderungen/Voraussetzungen hinsichtlich der Anerkennung einer Psychotherapiemethode. Diese Kriterien (z. B. klare theoretische Annahmen, wissenschaftliche Fundierung) müssen zwingend erfüllt sein, um eine Zulassung als neue Psychotherapiemethode zu erhalten. Jedoch besteht kein expliziter Anerkennungsprozess. Dies lässt darauf schließen, dass aufgrund der klaren Regelung in Deutschland und der daraus resultierenden umfangreicheren Prozesse und wesentlichen Voraussetzungen, weniger Psychotherapieverfahren und -methoden gesetzlich anerkannt sind als beispielsweise in Österreich und der Schweiz.</p>
<p>in AT/CH bestehen Kriterien, die für eine Anerkennung erfüllt sein müssen (z. B. wissenschaftliche Fundierung)</p>	<p>An dieser Stelle soll auch auf das Kapitel 3.3 dieses Projektberichts verwiesen werden, in dem die gesetzlichen Regelungen und die staatliche Anerkennung neuer Psychotherapiemethoden, bereits anerkannte Psychotherapiemethoden sowie Ausbildungserfordernisse für PsychotherapeutInnen im deutschsprachigen Raum vergleichend beschrieben werden.</p>
<p>ausführliche Beschreibungen in Kapitel 3.3,</p>	<p>Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden</p> <p>Im deutschsprachigen Raum gibt es unterschiedlich viele Psychotherapiemethoden, die eine gesetzlich anerkannte Kassenleistung für den ambulanten Bereich darstellen: In Deutschland können drei Psychotherapieverfahren (Richtlinienverfahren), als Leistung der GKV ambulant erbracht werden (siehe Kapitel 3.3.1) – bei einem vierten Verfahren (<i>systemische Therapie</i>) steht die Letztentscheidung hinsichtlich der Anerkennung noch aus. Zusätzlich können noch sechs weitere Therapiemethoden bzw. -techniken im Rahmen eines umfassenden Therapie- und Behandlungskonzepts Anwendung finden (z. B. EMDR).</p>
<p>Beschränkung auf 3 Psychotherapieverfahren in DE → bestimmte Zulassungsvoraussetzungen</p>	<p>Generell lassen sich in anderen europäischen Staaten die geltenden Regelungen von Deutschland nicht finden. Psychotherapie wird im Hinblick auf die Anerkennung von Methoden weniger stark reglementiert wodurch es etwa in der Schweiz und in Österreich eine große psychotherapeutische Methodenvielfalt gibt.</p>
<p>weniger starke Reglementierung in AT und CH → jeweils 23 anerkannte Psychotherapiemethoden</p>	<p>Sowohl in Österreich als auch in der Schweiz sind jeweils 23, teilweise disjunkte, Psychotherapiemethoden gesetzlich anerkannt. Lediglich in Österreich anerkannt sind sieben Therapiemethoden (NLPt, KP, GTP, KBT, ATP, PoP sowie Existenzanalyse) – im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz. Körperorientierte Methoden sowie Kunst- und Ausdrucksorientierte Therapien sind im deutschsprachigen Raum dagegen allein in der Schweiz anerkannt.</p>
<p>7 Methoden lediglich in AT (z. B. NLPt & KBT), körperorientierte Methoden & Kunst-/Ausdrucksorientierte Therapien nur in CH anerkannt</p>	

Ausbildung und berufliche Ausübung der Psychotherapie

Die Voraussetzungen zur beruflichen Ausübung von Psychotherapie sind im deutschsprachigen Raum ebenfalls unterschiedlich geregelt. So unterscheiden sich die Ausbildungsvoraussetzungen, die Dauer der Ausbildung und die Zugangsvoraussetzungen in Deutschland, der Schweiz sowie in Österreich.

Das österreichische PsthG sieht seit 1990 einen sehr offenen Zugang für die Berufstätigkeit von PsychotherapeutInnen vor: Alle Personen mit Hochschulreife können nach erfolgreichem Abschluss des Propädeutikums eine psychotherapeutische Ausbildung machen – ein Hochschulabschluss ist dafür nicht erforderlich. Zusätzlich kann die Ausbildung von HochschulabsolventInnen aller Fachrichtungen absolviert werden [26]. Im Gegensatz dazu ist in Deutschland die Ausbildung zum/r PsychotherapeutIn auf einige wenige Studienabschlüsse beschränkt (Medizin, Psychologie, Pädagogik). In der Schweiz ist es seit der Einführung des PsyG (2013) ebenfalls nur ÄrztInnen und PsychologInnen mit entsprechender Ausbildung möglich, eigenständig als PsychotherapeutInnen tätig zu sein. Vor der Einführung des PsyG war es auch Personen aus anderen Berufen bzw. mit anderen Studienabschlüssen (z. B. andere Sozialwissenschaften) möglich, eine weiterführende Psychotherapieausbildung zu absolvieren.

Ferner definieren die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen vorschriftsmäßige, inhaltliche und zeitliche Ausbildungs- sowie Fortbildungsvoraussetzungen (siehe Kapitel 3.3.3). Sowohl in Deutschland als auch der Schweiz müssen angehende PsychotherapeutInnen eine mindestens vierjährige Ausbildung absolvieren. In Österreich definiert die gesetzliche Regelung eine zweistufige Ausbildung, die mindestens fünf Jahre umfasst (psychotherapeutisches Propädeutikum und psychotherapeutisches Fachspezifikum). Deshalb kann grundsätzlich angenommen werden, dass eine in ihrem Umfang und Inhalten gesetzlich definierte Ausbildung an einer akkreditierten Ausbildungseinrichtung zur eigenständigen Berufsausübung befähigt. Ohne psychotherapeutische Ausbildung ist die selbständige Arbeit mit PatientInnen sowohl in Deutschland, der Schweiz als auch in Österreich nicht möglich. Darüber hinaus haben berufstätige PsychotherapeutInnen eine berufsrechtliche Fortbildungspflicht, die innerhalb von drei Jahren (Österreich) bzw. fünf Jahren (Deutschland und Schweiz) erbracht werden muss.

unterschiedliche Anforderungen an die Psychotherapieausbildung im deutschsprachigen Raum → Hochschulabschluss in Medizin/Psychologie etc. in DE & CH vs. Hochschulreife in AT

die unterschiedlichen länderspezifischen gesetzlichen Regelungen definieren vorschriftsmäßige, inhaltliche und zeitliche Ausbildungs- sowie Fortbildungsvoraussetzungen

4.1 Limitationen

keine Evidenzübersicht zur Wirksamkeit sowie zu Wirkfaktoren der 23 Psychotherapiemethoden in Österreich – stattdessen narrative Analyse der Literatur

Der vorliegende Bericht umfasst keine systematische Evidenzanalyse zur Wirksamkeit von einzelnen gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden bei einzelnen Indikationen sowie keinen systematischen Vergleich von Wirkfaktoren der 23 in Österreich gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden. Dafür müssten für die einzelnen Indikationsbereiche systematische Reviews zur Wirksamkeit durchgeführt werden, die jedoch über die Forschungsfragen und den Rahmen dieses Projekts hinausgegangen wären – bei 13 Indikationsbereichen (laut Psychotherapie-Richtlinie; orientieren sich an Kapitel V des ICD-10, Kategorie F) und 23 psychotherapeutischen Methoden müssten 299 Evidenzsynthesen durchgeführt werden, was ein mehr-jähriges Unterfangen wäre.

Viel eher wurde ausgehend von einer systematischen Literatursuche, einer Handsuche nach Schlüsselpublikationen [27, 28], sowie weiterführende Handsuchen und ExpertInneninterviews eine deskriptive, narrative Literaturanalyse durchgeführt. Damit wurden zentrale Ergebnisse hinsichtlich allgemeiner und spezifischer Wirkfaktoren (z. B. entlang von Psychotherapieorientierungen), Indikationen, Setting-spezifischen Faktoren sowie ein Vergleich der gesetzlichen Regelungen in Deutschland, der Schweiz und Österreich erarbeitet.

systematische Literatursuche mit zeitlicher Einschränkung auf die letzten 5 Jahre

Eine weitere Limitation dieses Projektberichts besteht in der zeitlichen Eingrenzung der systematischen Literatursuche auf die vergangenen fünf Jahre (2012-2017). Dadurch wurden unter Umständen relevante ältere Literaturquellen nicht berücksichtigt.

Deskription von länderspezifischen Hintergründen – vorwiegend für ambulanten Bereich bzw. Psychotherapien mit Erwachsenen

Der Ländervergleich (Österreich, Deutschland und Schweiz) bedarf der ausdrücklichen Berücksichtigung der unterschiedlichen gesetzlichen Hintergründe, die eine gesetzliche Anerkennung von Psychotherapie für den ambulanten Bereich formieren (wie z. B. Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen etc.). Generell beziehen sich die Angaben überwiegend auf den ambulanten Bereich und auf Psychotherapien mit erwachsenen Populationen. Psychotherapien im stationären Bereich wurden nicht explizit recherchiert bzw. berücksichtigt. Ebenso wenig wurden spezielle Regelungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen erhoben. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass historisch bedingte/kulturelle und Berufsgruppen-relevante Unterschiede, woraus sich unterschiedliche Voraussetzungen entwickelten, die Anerkennungsmodi von Psychotherapiemethoden in den ausgewählten (deutschsprachigen) Ländern mitbeeinflussen.

Detailinformationen zu den in Österreich anerkannten Psychotherapiemethoden stammen überwiegend von Fachgesellschaften (möglicher Bias)

Im Anhang finden sich detaillierte Darstellungen und Beschreibungen der 23 in Österreich gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden (siehe Kapitel 6.2). Hierbei handelt es sich Großteils um Informationen, die den jeweiligen Psychotherapiefachgesellschaften (diese sind oftmals auch AnbieterInnen von Psychotherapieausbildungen) entnommen wurden. Diese Informationen wurden nicht auf ihren Evidenzgehalt hin überprüft. Zudem variiert die „Breite und Tiefe“ dieser Informationen teils sehr stark, sodass nicht für alle Psychotherapiemethoden der gleiche Umfang an Informationen zur Verfügung steht (etwa im Hinblick auf die empfohlene Frequenz an Therapiesitzungen, Setting-spezifische Faktoren, Indikationen etc.).

4.2 Schlussfolgerungen

Folgende Schlussfolgerungen können vor dem Hintergrund der Ergebnisdarstellung in diesem Bericht formuliert werden:

- ❖ Hinsichtlich allgemeiner Wirkfaktoren zeigt sich, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung (Therapieallianz) auf der Interaktionsebene einer Psychotherapie einen zentralen allgemeinen Wirkfaktor darstellt.
- ❖ Dies gilt beispielsweise auch für den organisatorischen Rahmen einer Psychotherapie. Klare Therapiestrukturen (wie etwa in Form von Therapievereinbarungen zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn) sind demnach wesentliche allgemeine Wirkfaktoren, die auf der Organisationsebene von Psychotherapie zum Einsatz kommen.
- ❖ Für allgemeine Wirkfaktoren wird (auf Basis der hier verwendeten Literatur) eine größere Bedeutung für die Erzielung von Therapieeffekten vermutet als etwa für spezifische Therapietechniken.
- ❖ Spezifische Wirkfaktoren ergeben sich v. a. vor dem Hintergrund unterschiedlicher Theorien zu psychischer Störung und Gesundheit (wie etwa das Arbeiten mit/am Widerstand der PatientInnen in einer Psychotherapie/Psychoanalyse). Die Identifikation einzelner, spezifischer Wirkfaktoren erschwert die Berücksichtigung komplexer Hintergründe, die zu psychischer Störung führen können (siehe etwa das „biopsychosoziale Erklärungsmodell“ – Kapitel 1.2) und jener, die sich etwa durch die Interaktionen zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn in einer Therapie einstellen. Viel eher bedarf es daher der gemeinsamen Berücksichtigung von allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren bei der Feststellung von Therapieeffekten.
- ❖ Das Zusammenspiel von allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren lässt sich etwa anschaulich im „Generic Model of Psychotherapy“ (einem Wirkmodell zur Psychotherapie) nachlesen (siehe Kapitel 0).
- ❖ Hinsichtlich der gesetzlichen Rahmenbedingungen im deutschsprachigen Ländervergleich unterscheiden sich die Anforderungen und Voraussetzungen für eine Anerkennung einer neuen Psychotherapiemethode aufgrund der heterogenen Gesetzgebungen der einzelnen Länder ganz wesentlich. In Deutschland können drei Psychotherapieverfahren (aktueller Stand) als Leistung der GKV ambulant erbracht werden. In Österreich als auch der Schweiz sind derzeit 23 teilweise disgruente Psychotherapiemethoden gesetzlich anerkannt (siehe Kapitel 3.3).
- ❖ Die Zulassungsvoraussetzungen für eine psychotherapeutische Berufsausübung bzw. Ausbildung differieren ebenfalls im deutschsprachigen Raum (z. B. Hochschulabschluss in Medizin/Psychologie in Deutschland und der Schweiz, während in Österreich die Hochschulreife als wesentliche Voraussetzung gilt). Allerdings umfassen die länderspezifischen Gesetzgebungen zu erfüllende Voraussetzungen in Aus- und Fortbildung, wovon ausgegangen werden kann, dass diese zu einer eigenständigen und qualitätsgesicherten Berufsausübung befähigen.

Kooperation bzw. eine tragfähige Beziehung zwischen PatientInnen und

PsychotherapeutInnen sind für den Erfolg von Psychotherapie von wesentlicher Bedeutung

Bedeutung von allgemeinen Wirkfaktoren wird für Therapieeffekte als hoch eingeschätzt

verschränkte Sichtweise von allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren erforderlich

„Generic Model of Psychotherapy“ führt Wirkfaktoren zusammen
heterogene Gesetzgebung in der Anerkennung neuer Therapiemethoden → DE: 3 Therapieverfahren aufgrund strengerer Reglementierungen, AT & CH: jeweils 23 Therapiemethoden
Unterschiede in Berufsbefähigung/ Ausbildung, allerdings beinhalten jeweilige Gesetzgebungen bestimmte Voraussetzungen, wodurch eigenständige Berufsausübung gewährleistet werden kann

5 Literatur

- [1] Pschyrembel klinisches Wörterbuch – Online. Psychische Gesundheit. Walter de Gruyter GmbH; 2017 [cited 14.07.2017]; Available from: <http://pschyrembel.de/psychische%20Gesundheit/To1TL/doc/>.
- [2] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Einflussfaktoren auf die Psyche. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF); 2017 [cited 14.07.2017]; Available from: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/gesundheits/einflussfaktoren-psyche>.
- [3] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). ICD-10-GM, Version 2017 – Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification. 2017 [cited 20.07.2017]; Available from: <http://www.icd-code.de/>.
- [4] Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, et al., editors. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-5. Göttingen: Hogrefe; 2015.
- [5] Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP). Psychische Erkrankungen – Psychotherapie hilft bei seelischen Problemen. [cited 20.07.2017]; Available from: <https://www.psychotherapie.at/patientinnen/psychische-erkrankungen>.
- [6] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. 2013 [cited 20.07.2017]; Available from: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/o/8/8/CH1452/CMS1383641380655/nationale_strategie_f_psyges.pdf.
- [7] Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. 2015 [cited 03.11.2017]; Available from: <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>.
- [8] Statistik Austria. Gesundheitliche Beeinträchtigungen. Bundesanstalt Statistik Österreich 2017 [cited 14.07.2017]; Available from: http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitszustand/gesundheitsliche_beeintraechtigungen/index.html.
- [9] Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, et al. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(12):1483–99.
- [10] Bundesamt für Gesundheit (BAG). Themenschwerpunkte im Bereich psychische Gesundheit. 2016 [cited 03.11.2017]; Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/themenschwerpunkte-im-bereich-psychische-gesundheit.html?organization=317>.
- [11] Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt. 2014;85(1):77-87.
- [12] Statistik Austria. Krankenstandstage. Bundesanstalt Statistik Österreich 2017 [cited 14.07.2017]; Available from: http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitszustand/krankenstandstage/index.html.
- [13] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit hinsichtlich der Versorgungsaufträge. 2017 [cited 20.07.2017]; Available from: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.639509&version=1490704124>.
- [14] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). WHO-Gesundheitsziele. 2017 [cited 13.07.2017]; Available from: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitsfoerderung/who-ziele>.
- [15] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Gesundheitsziele Österreich. Weiter denken. Weiter kommen. 2017 [cited 05.07.2017]; Available from: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>.

- [16] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Rendi-Wagner: Psychische Gesundheit genauso ernst nehmen wie körperliche Gesundheit. 2017 [cited 03.11.2017]; Available from: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20171010_OTSo109/rendi-wagner-psychische-gesundheit-genauso-ernst-nehmen-wie-koerperliche-gesundheit.
- [17] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Gesundheitsziele Österreich. Psychosoziale Gesundheit fördern. 2017 [cited 05.07.2017]; Available from: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/psychosoziale-gesundheit-foerdern/>.
- [18] GVG Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. [cited 11.07.2017]; Available from: http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=nationale_gz/depressive_erkrankungen.
- [19] Gemeinsamer Bundesausschuss. Beauftragung des IQWiG: Leitlinienrecherchen zu der Diagnose Depressionen. [cited 01.12.2017]; Available from: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2308/>.
- [20] Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG). Gesundheitsziele für die Schweiz – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa). 2002 [cited 05.09.2017]; Available from: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Gesundheitsziele_CH.pdf.
- [21] Pschyrembel klinisches Wörterbuch – Online. Psychotherapie. Walter de Gruyter GmbH; 2017 [cited 02.06.2017]; Available from: <http://pschyrembel.de/psychotherapie/KoJ2B/doc/>.
- [22] Lebow J. Overview of psychotherapies. In: Skodol A, Schwenk T, Hermann R, editors. UpToDate. Waltham, MA. (cited 11.07.2017): UpToDate; 2015.
- [23] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Patientinnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Methoden. 2014 [cited 02.06.2017]; Available from: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/5/CH1452/CMS1143559577254/patienteninformation_psychotherapiemethoden_20141204.pdf.
- [24] Stumm G, Pritz A, editors. Wörterbuch der Psychotherapie. 2. ed. Wien: Springer-Verlag; 2009.
- [25] Schweizer Charta für Psychotherapie. Definition der Psychotherapie, Ausbildung in Psychotherapie, Kriterien für die Mitgliedschaft. 2014 [cited 09.10.2017]; Available from: <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/fdownloads/Neueste%20Downloads/Neue%20Downloads/2014-schweizer-charta-fuer-psychotherapie.pdf>.
- [26] Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Psychotherapiegesetz BGBl.Nr. 361/1990 ST0151 – 361. Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie – Fassung vom 05.07.2017. 1990 [cited 04.07.2017]; Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620&ShowPrintPreview=True>.
- [27] Pfammatter M, Junghan UM, Tschacher W. Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. Psychotherapie. 2012;17(1):17-31.
- [28] Pfammatter M, Tschacher W. Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 2015;60:067-76.
- [29] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). 2017 [cited 15.09.2017]; Available from: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf.
- [30] Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode im Rahmen von Einzelpsychotherapie bei Erwachsenen im Anwendungsbereich Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Abschlussbericht. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen; 2015 [cited 04.12.2017]; Available from: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2987/2014-10-16_PT-RL_EMDR_Umstrukturierung-Anlage1_ZD.pdf.

- [31] Bundesministerium für Gesundheit. Anerkennungsrichtlinie – Kriterien für die Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990. [cited 16.10.2017]; Available from: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/anerkennungsrichtlinie_formatiert_fuer_homepage.pdf.
- [32] Hofmann SG, Weinberger JL, editors. The art and science of psychotherapy. New York: Routledge; 2007.
- [33] Lambert MJ, Ogles BM. Die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. In: Lambert MJ, editor. Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation. Tübingen: DGVT; 2013. p. 243-328.
- [34] Lambert MJ, editor. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th ed. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons; 2013.
- [35] Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 5. ed. Göttingen: Hogrefe; 2001. 885 p.
- [36] Mander J. Typische Phasen des therapeutischen Prozesses unter der Perspektive von Prochaskas Transtheoretischem Modell und Grawes Allgemeiner Psychotherapie In: Sammet I, Dammann G, Schiepek G, editors. Der psychotherapeutische Prozess Forschung für die Praxis. 1. ed. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2015. p. 224-8.
- [37] Hau C, Huber D, Klug G, Benecke C, Löffler-Stastka H. Vergleich therapeutenspezifischer Wirkfaktoren im psychoanalytischen, psychoanalytisch orientierten und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprozess der Depression. Psychotherapie Forum. 2015;20(38).
- [38] Roos J, Werbart A. Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: a literature review. Psychotherapy Research. 2013;23(4):394-418.
- [39] Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie – Ansprüche, Herausforderungen und Voraussetzungen ihrer Qualitätssicherung und Weiterentwicklung. 2016 [cited 09.10.2017]; Available from: <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/fdownloads/2016/charta-text-def-d.pdf>.
- [40] Cinkaya F. Die Vielfalt von Abbrüchen in der Psychotherapie. Eine Metaanalyse. Hamburg: Verlag Dr. Kovač; 2016. 297 p.
- [41] Rüger U, Dahm A, Dieckmann M, Neher M. Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 10. ed. München: Elsevier GmbH; Urban & Fischer; 2015. 232 p.
- [42] Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsames Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie. Berlin: G-BA; 2016 [cited 29.10.2017]; Available from: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3842/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_TrG.pdf.
- [43] Pfammatter M. Vorlesung: Wirkfaktoren der Psychotherapie. 2014 [cited 24.10.2017]; Available from: http://www.upd.unibe.ch/research/seminarthemen/Vorlesung_Pfammatter_Wirkfaktoren_31_3_14.pdf.
- [44] Division 12 of the American Psychological Association. List of psychological disorders. Atlanta, GA: Society of Clinical Psychology; 2016 [cited 23.10.2017]; Available from: <https://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/>.
- [45] Rieß G, Braakmann D, Hochgerner M, Korunka C, Laireiter A-R, Löffler-Stastka H, et al. Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Tagungsband zum Workshop 2012. Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; 2013 [cited 29.10.2017]; Available from: <https://repository.publisso.de/resource/fri:6399363/data>.
- [46] Haupt M-L, Linden M, Strauß B. Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In: Linden M, Strauß B, editors. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2012. p. 1-15.
- [47] Ladwig I, Rief W, Nestoriuc Y. What are the risks and side effects of psychotherapy? – Development of an inventory for the assessment of negative effects of psychotherapy (INEP). Verhaltenstherapie. 2014;24(4):252-64.

- [48] Lambert MJ. Effectiveness of Psychological Treatment. Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. 2015;3(2):87-100.
- [49] Kaczmarek S, Strauß B. Empirische Befunde zum Spektrum und zur Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie In: Linden M, Strauß B, editors. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2012. p. 15-33.
- [50] Hoffmann S, Rudolf G, Strauß B. Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut. 2008;53:4-16.
- [51] Leitner A, Märtens M, Höfner C, Koschier A, Gerlich K, Hinterwallner H, et al. Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht. Krems an der Donau: Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit. Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin; 2012 [cited 12.10.2017]; Available from: https://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_11.09.2013.pdf.
- [52] Frank C. Was sagen PatientInnen in Niederösterreich zur Qualität ihrer therapeutischen Behandlung? Quantitative Resultate aus der RISK-Studie. In: Leitner A, Schigl B, Märtens M, editors. Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen. Wien: Facultas; 2014. p. 30-8.
- [53] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG). 2016 [cited 15.09.2017]; Available from: <http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/PsychThG.pdf>.
- [54] Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. 2010 [cited 20.10.2017]; Available from: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/methodenpapier28.pdf>.
- [55] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. 2017 [cited 15.09.2017]; Available from: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1436/VerfO_2017-04-20_iK-2017-08-05.pdf.
- [56] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren. 2017 [cited 15.09.2017]; Available from: https://www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-o.pdf.
- [57] Gemeinsamer Bundesausschuss. Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Einführung eines Schwellenkriteriums. 2007 [cited 01.12.2017]; Available from: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-492/2007-12-20-Psycho-Schwellenkriterium_TrG.pdf.
- [58] Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Themen – Aus-, Fort- und Weiterbildung. 2017 [cited 04.10.2017]; Available from: <http://www.bptk.de/themen.html>.
- [59] AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter – Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. 2015 [cited 09.11.2017]; Available from: <https://www.aqua-institut.de/projekte/ambulante-psychotherapeutische-versorgung/>.
- [60] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Das IQTIG. 2017 [cited 01.12.2017]; Available from: <https://www.iqtig.org/das-iqtig/>.
- [61] Schweizer Charta für Psychotherapie. Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S). 2015 [cited 06.10.2017]; Available from: <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/fdownloads/2016/2015-02-21-Gesamt-Abschlussbericht.pdf>.
- [62] Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG). 2011 [cited 06.10.2017]; Available from: <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2011/2707.pdf>.

- [63] Schweizer Charta für Psychotherapie. Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren. 2002 [cited 23.10.2017]; Available from: <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/fdownloads/Charta%20Dokumente/deklaration-d.pdf>.
- [64] Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie Charta. [cited 08.09.2017]; Available from: <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/de>.
- [65] Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP). ASP Integral – Psychotherapie nach Mass. [cited 05.10.2017]; Available from: <http://www.psychotherapie.ch/content/d/text/index.php?N1=ASP%20Integral>.
- [66] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Psychotherapeutin, Psychotherapeut. [cited 02.10.2017]; Available from: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Berufe/Berufe_A-Z/Psychotherapeutin_Psychotherapeut.
- [67] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Qualitätsentwicklung im österreichischen Gesundheitswesen. [cited 20.10.2017]; Available from: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsentwicklung_im_oesterreichischen_Gesundheitswesen.
- [68] Bundesministerium für Gesundheit. Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten. 2014 [cited 17.10.2017]; Available from: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/0/5/CH1002/CMS1415709133783/fort-_und_weiterbildungsrichtlinie_-_stand_20_01_2015.pdf.
- [69] Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP-Verband). Was ist Psychotherapie? [cited 05.10.2017]; Available from: <http://www.bdp-verband.de/psychologie/psytherapie.shtml>.
- [70] Sagerschnig S, Tanios A. Ausbildungsstatistik 2016. Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG); 2016 [cited 03.11.2017]; Available from: <https://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/bildung/Bildung-OEBIG-Ausbildungsstatistik-Psychotherapie-2016.pdf>.

6 Anhang

6.1 Allgemeine Wirkfaktoren – ein Überblick

Tabelle 6.1-1: Überblick zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Kategorien allgemeiner Wirkfaktoren		Allgemeine Wirkfaktoren – Beschreibung und Beispiele
Korchin (1976)	Basale therapeutische Rahmenbedingungen	Bsp.: Klinische Strategien der TherapeutInnen.
	Therapeutische Prozesse	Bsp.: Therapeutische Ereignisse während des Therapieverlaufs.
Cornsweet (1983)	Therapiebeziehung ¹⁵	
	Kognitive Faktoren ¹⁵	
	TherapeutInnenmerkmale ¹⁵	
Karasu (1986)	Affektives Erleben („Affective Experiencing“)	Durch bestimmte Techniken erzeugtes Erleben oder Ausdruck von Gefühlen, die auf die inneren Konflikte verweisen. Die Aktivierung erfolgt durch Reizüberflutung, freie Assoziation, vertiefende Exploration oder über Rollenspiele und verweist auf Widerstände, Abwehrmechanismen oder Konflikte der PatientInnen.
	Kognitive Bewältigung („Cognitive Mastery“)	Bezieht sich auf die Klärung von Motiven und Bedeutungen, die Korrektur verzerrter Denkstile, dysfunktionaler Einstellungen oder irrationaler Überzeugungen sowie den Aufbau und die Integration neuer Perspektiven, Wahrnehmungen und Denkmuster. Die kognitive Bewältigung wird über die Vermittlung von Informationen, über die Analyse von Übertragungs- und Widerstandsphänomenen, über paradoxe Intention oder kognitive Therapietechniken wie Verhaltensexperimente und Reattribution erreicht. Bsp.: empathisches Verstehen, paradoxe Intention, Interpretation, Konfrontation oder kognitive Therapietechniken (z. B. Hinterfragen irrationaler Überzeugungen).
	Verhaltensregulation („Behavioral Regulation“)	Die PatientInnen erlangen neue instrumentelle und soziale Verhaltensweisen und erreichen dadurch eine höhere Handlungskompetenz. Bsp.: kontingente Verstärkung, Instruktionen, Modellernen, Rollenspiele, Rückmeldungen oder Training von Problemlöse- und Bewältigungsstrategien.
	Umstrukturierungsprozesse („Reorganising factors“)	Bsp.: Klärung problematischer Sichtweisen, Vermittlung neuer Problemperspektiven, Entwicklung funktionaler Denkmuster.
	Einflüsse auf die therapeutische Wirkung einer Intervention („Therapeutic impact“)	Bsp.: Veränderungsbereitschaft, affektives Erleben, Erregungsniveau der PatientInnen und deren Beteiligung.
Grencavage und Norcross (1990)	PatientInnencharakteristika	Bsp.: Positive Therapieerwartungen, aktives Hilfesuchen.
	TherapeutInnenmerkmale	Darunter fallen Wirkfaktoren, die mit den Eigenschaften und Verhaltenskompetenzen von TherapeutInnen assoziiert sind. Bsp.: Wertschätzung, Empathie, Status als sozial anerkannte „HeilerInnen“, Aufbau positiver Therapieerwartungen bei PatientInnen.
	Veränderungsprozesse	Die PatientInnen entwickeln die Bereitschaft die individuelle Situation und das Verhalten zu verändern. Bsp.: Desensibilisierung, Aufbau von Verhaltenskompetenzen, Katharsis, Einsicht.

¹⁵ Keine Angaben verfügbar.

Kategorien allgemeiner Wirkfaktoren		Allgemeine Wirkfaktoren – Beschreibung und Beispiele
Grencavage und Norcross (1990) <i>(Fortsetzung)</i>	Behandlungsstruktur	Bsp.: Therapiesetting und Orientierung an einer Therapietheorie.
	Beziehungsaspekte	Bsp.: therapeutische Zusammenarbeit zwischen PatientInnen und TherapeutInnen (Therapieallianz), Bearbeitung von Übertragungsprozessen.
Grawe (1995)	Therapeutische Beziehung	PatientIn und TherapeutIn haben eine vertrauensvolle, kooperative Therapiebeziehung, die gekennzeichnet ist durch gegenseitige Verbundenheit, Übereinstimmung in den Therapiezielen und therapeutischen Aufgaben sowie, auf Seite der TherapeutInnen, durch Wertschätzung und emotionale Wärme für die PatientInnen, wohlwollende Zuwendung und aufrichtiges Interesse für seine Probleme.
	Ressourcenaktivierung	In der Therapie soll versucht werden, die Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen der PatientInnen anzusprechen und zu aktivieren.
	Problemaktualisierung oder prozessuale Aktivierung	Die PatientInnen werden im Rahmen der Therapie mit ihren individuellen Problemen konfrontiert, erleben diese und setzen sich damit auseinander.
	Motivationale Klärung oder Intensionsveränderung	Die Therapieprozesse sollen den PatientInnen dabei unterstützen, sich über die Bedeutungen ihres Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf ihre bewussten und unbewussten Ziele und Werte klar zu werden.
	Problembewältigung (Coping) oder Intensionsrealisierung	Darunter wird die Ausrichtung der therapeutischen Hilfe auf die aktive Bewältigung der Schwierigkeiten und konkreten Problemlösungen der PatientInnen verstanden.
	Attribuierung des Therapieerfolgs	Darunter wird die Selbstwirksamkeitserwartung welche durch die PatientInnen auf sich selbst hervorgerufen wird verstanden.
Lambert und Ogles (2004)	unterstützende Faktoren („Supportive factors“)	Bsp.: Behandlungsstruktur, Überwindung der sozialen Isolation der PatientInnen und positive Therapiebeziehung.
	Lernfaktoren („Learning factors“)	Bsp.: kognitives Lernen, Assimilation problematischer Erfahrungen, Einsichtsgewinn.
	handlungsbezogene Faktoren („Action factors“)	Bsp.: Realitätstests, Verhaltensregulierung, Problemkonfrontation, Problembewältigung, Selbstwirksamkeitserleben, Erfolgserfahrungen.
Jorgensen (2004)	Emotionales Abreagieren	Darunter wird die kathartische Freisetzung der blockierten oder unterdrückten negativen Emotionen der KlientInnen verstanden.
	Exposition und Desensibilisierung	Beschreibt die systemische Auseinandersetzung der PatientInnen mit Angst- oder anderen Problemsituationen und eine dadurch erzielte Abschwächung der physiologischen, kognitiven und/oder verhaltensbezogenen Reaktionen darauf. Die PatientInnen erleben durch Habituation einen stärkeren Rückgang, eine Abschwächung aversiver Gefühlsreaktionen in problematischen Situationen.
	Korrektive emotionale Erfahrung und Internalisierung	Die PatientInnen machen Erfahrungen, die den bisherigen negativen Erfahrungen in problematischen Situationen und den damit verbundenen Erwartungen/Befürchtungen widersprechen. Die Internalisierung bewirkt das Erlernen der neuen emotionalen Strategien sowie deren Eingliederung in das Denk- und Verhaltensmuster.
	Emotionsregulation	Dies wird als Prozess der Einflussnahme darauf, welche Emotionen wann wie erlebt werden verstanden.
	Mentalisierung („Theory of mind“)	Die PatientInnen entwickeln eine übergreifende und unabdingbare Fähigkeit um die Selbst- sowie Fremdwahrnehmung in einer Interaktion in Bezug auf Verhaltensweisen, mentale und emotionale Zustände angemessener wahrzunehmen und einzuschätzen.
	Neue Selbstnarration	Die PatientInnen entwickeln dabei eine neue, kohärente Wahrnehmung der eigenen Person in Bezug auf die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sowie in Beziehung zu ihrer Umwelt.

Quellen: [27, 28]

6.2 Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden in Österreich

Tabelle 6.2-1: Gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden in Österreich entlang der vier übergeordneten Psychotherapieorientierungen

Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung	Humanistisch-existenzielle Orientierung	Systemische Orientierung	Verhaltenstherapeutische Orientierung
Psychoanalytische Methoden	Existenzanalyse (E)	Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)	Verhaltenstherapie (VT)
Analytische Psychologie (AP)	Existenzanalyse und Logotherapie (EL)	Systemische Familientherapie (SF)	
Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (GP)	Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)		
Individualpsychologie (IP)	Integrative Gestalttherapie (IG)		
Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)	Integrative Therapie (IT)		
Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP)	Klientenzentrierte Psychotherapie (KP) ¹⁶		
Tiefenpsychologisch fundierte Methoden	Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP) ¹⁶		
Autogene Psychotherapie (ATP)	Psychodrama (PD)		
Daseinsanalyse (DA)			
Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)			
Hypnosepsychotherapie (HY)			
Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)			
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)			
Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)			

¹⁶ Die Person(en)zentrierte und Klientenzentrierte Psychotherapie sind in Österreich zwei gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden, die jedoch auf dem gleichen Wirkkonzept basieren und von gemeinsamen Psychotherapiefachgesellschaften vertreten werden.

6.2.1 Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung

Psychoanalytische Methoden

Analytische Psychologie (AP)

Theoretischer Hintergrund

Begründet wurde die analytische Psychologie (AP) von Carl Gustav Jung (1875-1961) und ist ein Oberbegriff für alle analytisch orientierten Langzeit-Psychotherapieformen. Der Fokus liegt auf der Persönlichkeitsentwicklung und der Ganzheit des Menschen (= Individuation). Diese Dynamik der Reifung und Selbstwerdung ist tief in jedem Individuum verankert und ein Fehlen kann als Mangel, Erstarrung und Selbstentfremdung erlebt werden. Ein seelisches Leiden tritt dann auf, wenn der Prozess der Individuation behindert oder blockiert ist. Es gibt keine einheitliche Symptomatik, vielmehr wird in symbolischer Sprache unbewusst Konflikthafes hervorgerufen, das angenommen, verstanden und gelöst werden will.

Die AP umfasst ein integratives und ressourcenorientiertes Behandlungskonzept, in dem neben dem analytischen Aufarbeiten unbewusster (traumatischer) Erfahrungen und Konflikte, die Förderung der kreativen Entfaltung und selbstverantwortlichen Lebensgestaltung von großer Bedeutung ist. Die KlientInnen werden nicht aktiv beeinflusst, sondern die Therapie soll zu einer Besserung und Heilung ihrer aktuellen Krankheitssymptome und einer autonomen, bewussteren und selbstverantwortlicheren Lebensführung helfen, die es ihnen ermöglicht, auch zukünftigen Krisen und Konflikten besser zu begegnen. Dies soll zu einer langfristigen Erhaltung des physischen und psychischen Wohlbefindens beitragen.

Bei bestehenden Entwicklungsstörungen von Kindern und Jugendlichen kann mithilfe einer spielerischen Bearbeitung die psychische Entwicklung wieder aktiviert werden.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Keine Angaben verfügbar.¹⁷

Setting

Einzeltherapie

Frequenz

Nieder- bis hochfrequente Intervalle (ein bis >2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Zentraler Bestandteil der AP ist die Auseinandersetzung mit unbewussten Aspekten der Psyche wie sie z. B. in psychischen und somatischen Krankheitssymptomen, inneren und äußeren Konflikten und Komplexen, der therapeutischen Beziehung oder in Träumen, Assoziationen, Fantasien und Symbolen zum Ausdruck kommen. Dadurch wird eine Verbindung des persönlichen und kollektiven Unbewussten hergestellt. Zusätzlich können gestaltende Ausdrucksmöglichkeiten wie Malen, Zeichnen etc. als Zugänge zum Unbewussten den Therapieprozess unterstützen.

Voraussetzung und Gegenstand der gemeinsamen Arbeit zwischen AnalysandIn und AnalytikerIn ist die therapeutische Beziehung als eine dialogisch-dialektische Auseinandersetzung.

Quellen (Zugriff am 04.07.2017)

<http://www.cgjung.at/index.php/gesellschaft/analyt-psychologie>,

<https://www.cgjung.de/ap>,

<https://www.sgap.ch/>.

¹⁷ Diese Aussage trifft zu, wenn in den Literaturquellen keine expliziten Indikationen genannt werden. Grundsätzlich kommen alle Therapiemethoden für die Behandlung des gesamten Spektrums an psychischen Störungen (lt. Kategorie F im ICD-10) in Betracht.

Gruppenpsychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (GP)

Theoretischer Hintergrund

Die Gruppenpsychoanalyse (GP) ist ein Zweig der psychoanalytischen Psychotherapie, die in Gruppen durchgeführt wird. Die theoretischen Grundlagen sind überwiegend auf der Freud'schen Psychoanalyse sowie sozialwissenschaftlichen Theorien aufgebaut. Die psychoanalytische Regel der freien Assoziation als freies Kommunikationselement zwischen den Gruppenmitgliedern gilt auch in der Gruppenpsychoanalyse. Durch freies Sprechen in der Gruppe sollen die unbewussten Motive der eigenen Sicht- und Verhaltensweisen, Wünsche und Vorstellungen in der Interaktion mit anderen an die Oberfläche gebracht und bearbeitet werden.

In der psychoanalytischen Psychotherapie geht es um die Bearbeitung der verdrängten Konflikte. Die Analyse der Übertragung und des Widerstands nimmt dabei eine tragende Rolle ein.

Population

Keine Einschränkung hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Paar- und Familienauseinandersetzungen; in modifizierter Form kann die Gruppenpsychoanalyse bei schweren Persönlichkeitsstörungen sowie Psychosen angewandt werden.

Setting

Gruppen- und Paarssetting; Einzeltherapien

Gruppensetting: 7-12 TeilnehmerInnen; ambulanter sowie stationärer Bereich.

Einzeltherapie wird im Sitzen durchgeführt.

Frequenz

Gruppensetting: Nieder- bis hochfrequente Intervalle (ein bis > 2-mal wöchentlich oder geblockt)

Einzeltherapie: Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Die GruppenpsychoanalytikerInnen unterstützen die Äußerung von Träumen, Gefühlen, Phantasien und Empfindungen der KlientInnen. Es werden jedoch keine Themen vorgegeben. Die Aufgabe der GruppenpsychoanalytikerInnen ist es auf die Deutung der Prozesse innerhalb der Gruppe zu achten, insbesondere auf deren latente und unbewusste Wichtigkeit. In der GP verhalten sich die TherapeutInnen abstinente, was deren Zurücknahme bei den Wertungen und expliziten Gefühlsausdrücken gegen die KlientInnen impliziert.

In der Einzelpsychotherapie wird im gemeinsamen Dialog ein intimer seelischer Raum für die Persönlichkeitsentwicklung geschaffen. Die Persönlichkeitsentwicklung kommt mithilfe des Verstehens der innerpsychischen Prozesse zustande. Somit können die KlientInnen dabei unterstützt werden, Bewältigungskompetenzen zu entwickeln.

Quellen (Zugriff am 04.07.2017)

<https://www.oegg.at/site/ausbildung/psychotherapie/gruppenpsychoanalyse/article/202.html>,

<http://www.psyonline.at/contents/13409/gruppenpsychoanalyse-gp->,

<http://www.gruppenanalyse.info/index2.html>,

<http://www.d3g.org/>,

<http://www.sgaz.ch/das-seminar/gruppenanalyse.html>.

Individualpsychologie (IP)

Theoretischer Hintergrund (kurz)

Die Individualpsychologie (IP) ist das Ergebnis von Unstimmigkeiten zwischen Sigmund Freud und Alfred Adler. Wie auch die Freud'sche Analyse unterliegt auch die Individualpsychologie dem Kausalitätsprinzip. Ihrer Auffassung nach liegt der Grundstein des Lebensverlaufes in der Kindheit sowie in der Annahme, dass das bewusste Erleben, Handeln und die Denkweise eines Individuums von unbewussten Prozessen geleitet wird. D. h., dass die IP in der Kindheit nach Ursachen in gegenwärtigen Konflikten und Defiziten sucht. Ein wesentlicher Teil der individualpsychologischen Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie ist die wechselseitige Abhängigkeit zwischen Minderwertigkeitsgefühl und dem Wunsch nach sozialer Gleichwertigkeit. Durch das Minderwertigkeitsgefühl entsteht die Handlungsmotivation. Das Kind wird durch das Minderwertigkeitsgefühl zum Handeln und Streben motiviert um im erwachsenen Leben ein gewisses Maß an Sicherheit zu erlangen.

Bei einer gesunden Entwicklung ist ein Kind in der Lage das Minderwertigkeitsgefühl in prosozialer Form zu kompensieren. Das Kind lernt nicht nur eigene Bedürfnisse sondern auch die der anderen zu respektieren und zu berücksichtigen. In der IP wird dies auch als Entwicklung des Gemeinschaftsgefühls genannt.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Keine Angaben verfügbar

Setting

Einzel- sowie Gruppen-Setting; Familien- und Paar-Setting. Institutionelles Setting; Sessel-Sessel-Setting im Gegenüber-Sitzen; Sessel-Couch-Setting.

Frequenz

Nieder- bis hochfrequente Intervalle (ein bis > 2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Das Individuum ist in jeder Situation mit seiner Vergangenheit, Gegenwart sowie Zukunft konfrontiert. Alle Entscheidungen werden auf der Basis der vergangenen Ereignisse getroffen sowie unter der Berücksichtigung der gegenwärtigen Umstände und der Annahme was in der Zukunft erreicht werden kann. Nachdem die Therapeutin/der Therapeut zusammen mit der Klientin/dem Klienten das Problem, welches mithilfe der Therapie bearbeitet werden soll, erarbeitet und dessen Stellenwert sowie Ausdruck im Leben der Klientin/des Klienten festgestellt wurde, soll die TherapeutIn/der Therapeut die Geschwisterbeziehung, die Kindheitserfahrungen, Träume, die gegenwärtigen Konflikte und ebenfalls die therapeutische Beziehung analysieren. Die IP Methodik ähnelt im Wesentlichen der Analyse – es werden die freie Assoziation, die Klärung, die Deutung sowie die Übertragung in der therapeutischen Arbeit angewandt. Das Menschenbild in der IP beschreibt den Menschen als ganzheitliche, individuelle, zielgerichtete und ins soziale Netzwerk eingebundene Persönlichkeit. Während des therapeutischen Verfahrens kommen die Übertragungsgefühle zur Geltung sodass die Klientin/der Klient gegenüber der Therapeutin/dem Therapeuten ähnliche Gefühle zeigt wie den bedeutsamen Protagonisten der Kindheit. Das Ziel der Therapie soll darin bestehen, die neurotischen Persönlichkeitszüge und ein störendes Problemverhalten durch erarbeitete neue Strategien zu beseitigen oder zu mindern.

Quellen (Zugriff am 06.07.2017)

<https://www.sfu.ac.at/wp-content/uploads/Was-ist-Individualpsychologie.pdf>,
<https://ptw.sfu.ac.at/de/studienangebot-ptw/individualpsychologie/>,
<http://www.individualpsychologie.at/>,
<http://www.oevip.at/>,
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/5/CH1452/CMS1143559577254/patienteninformation_psychotherapiemethoden_20141204.pdf,

(Zugriff am 07.08.2017)

<http://www.psychotherapie-netzwerk.de/infobuero/therapie/tiefenpsychologie/individualpsychologie/individualpsychologie.htm>,

<http://www.iaipwebsite.org/alfred-adler/theory.html>,

<https://www.oevip.at/psychotherapie/individualpsychologie/>,

<http://www.iaipwebsite.org/association/history.html>,

<https://www.dgip.de/index.php/was-ist-ip>,

<http://www.aaid.org/ueber-uns/das-institut/index.html>,

<https://www.disziplin.ch/files/diszi/download/artikel/schule-konkret/grundlagenwissen-typeofskosconcept-propertyrdfslabel-skospreflabel/a//2016-07-individualpsychologie-alfred-adlers-ihre-fortsetzung-schweiz.pdf>.

Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie (PA)

Theoretischer Hintergrund

Die Psychoanalyse (PA) entstand im Jahr 1896 durch Sigmund Freud als eine Wissenschaft von den unbewussten Vorgängen im Seelenleben. In seiner Arbeit zu Psychoanalyse und Libidotheorie im Jahr 1923 hat er eine Definition entwickelt, die seitdem international anerkannt ist. Die PA wurde von Freud u. a. anhand den nachstehenden Punkte beschrieben:

- ❖ Die PA ist ein Verfahren zur Untersuchung seelischer Vorgänge, welche sonst kaum zugänglich sind, aber sich im Reden, in Handlungen, Träumen, Phantasien u.v. a.m. manifestieren.
- ❖ Die PA ist eine Behandlungsmethode neurotischer Störungen, die sich durch Deutung des Widerstandes, der Übertragung und der unbewussten Phantasie auszeichnet.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Bei Kindern ist eine Modifikation der Methodik erforderlich.

Indikation(en)

Angst, Depression, Zwang, sexuelle Störungen, Insuffizienzgefühle, psychisch bedingte körperliche Beschwerden, Trauer, Verlust, Scham, Schuldgefühle, Essstörungen, Beziehungs- und Arbeitsschwierigkeiten.

Setting

Das analytische Setting wird vom Analytiker/der Analytikerin zur Verfügung gestellt. Der Klient/die Klientin befindet sich zumeist liegend auf der Couch – der/die AnalytikerIn in sitzender Position hinter der Couch.

Allerdings besteht auch die Möglichkeit für ein Setting im Sitzen (KlientIn gegenüber von AnalytikerIn). Die Aufgabe der AnalytikerInnen u. a. darin, aufkommende Gedanken und Gefühle zu reflektieren, frei aufkommende Assoziationen der Klientin/des Klienten zu verstehen und über Deutungen an die KlientInnen weiterzugeben.

Frequenz

Hochfrequente Intervalle in Langzeittherapiesetting (> 2-mal wöchentlich)

Dauer: fünf und mehr Jahre

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Zentrale Themen der Psychoanalyse: Bearbeitung konfliktbehafteter Inhalte mittels Übertragung (psychischer Vorgang bei dem unbewusste Wünsche, zumindest aus der Kindheit, in der Psychoanalyse aktualisiert werden), Äußerung von Träumen, Wiederholungen von Verhaltensweisen etc.

Bei Kindern und Jugendlichen sind Variationen der angewandten Methodik notwendig. Neben der verbalen Sprache werden kreative Medien (wie z. B. Spiele, Zeichnen, Malen etc.) eingesetzt. Durch intellektuelles aber vor allem emotionales Wiedererleben der unbewussten psychischen Vorgänge sowie Problemfelder in der therapeutischen Beziehung, können diese in das Bewusstsein der Klientin/des Klienten gerufen werden. Die Intensität der Behandlung, die Frequenz der Sitzungen, die Gesamtdauer der Maßnahme sowie das Setting (liegende Position) sind integrale Faktoren in der psychoanalytischen Therapie.

Quellen (Zugriff am 06.07.2017)

<http://www.freud-institut.ch/de/was-ist-psa/>,

<http://www.wpv.at/was-ist-psychoanalyse/>,

<https://www.dpv-psa.de/service/infos-fuer-patienten/was-ist-psychoanalyse/>.

Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP)

Theoretischer Hintergrund

Die psychoanalytische Psychotherapie oder psychoanalytisch orientierte Psychotherapie (PoP) basiert auf den klassischen Konzepten von Sigmund Freud und von VertreterInnen der Objektbeziehungstheorie (wie z. B. Klein, Bion, Winnicott, Balint, Kernberg u.a).

Die therapeutische Arbeit bezieht sich auf aktuelle spezifische Beschwerden des innerpsychischen Erlebens, Verhaltens und der sozialen Beziehungen. Es werden zwar auch bei diesem Verfahren die bisherigen Lebenserfahrungen als Ursprung der aktuellen Probleme gesehen, deren Aufarbeitung ist jedoch nicht der primäre Gegenstand der therapeutischen Arbeit. Das Ergebnis der Therapie besteht darin die Klientin/den Klienten dabei zu unterstützen das eigene Leben autonom zu gestalten. Ziel ist es eine Verminderung der Beschwerden zu erwirken sowie eine Stabilisierung der Persönlichkeit zu erreichen.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.
Bei Kindern ist eine Modifikation der Methodik erforderlich.

Indikation(en)

Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen, Beziehungsstörungen, Arbeitsstörungen, Sexualstörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Depressionen, Ängste, Panikzustände, Schlafstörungen, Burnout, Erschöpfung, Zwänge, seelische Belastungen/Störungen als Folge einer körperlichen Erkrankung, körperliche Beschwerden ohne physiologische Ursache, Trauma. Außerdem eignet sich PoP für diejenigen PatientInnen, die eine höherfrequentierte analytische Psychotherapie nicht annehmen wollen oder können. Ebenfalls eignet sich PoP für PatientInnen mit psychotischen Störungen oder gemilderter Intelligenz, da die PoP über hierfür geeignete Elemente verfügt.

Setting

PoP wird im Sitzen durchgeführt und kann sowohl in freier Praxis als auch institutionell angeboten werden.

Frequenz

Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Das Hauptmerkmal der PoP ist (wie auch bei anderen psychoanalytisch geprägten Methoden) die Bearbeitung der unbewussten Konflikte und Störungen der Persönlichkeitsentwicklung in einer Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn samt Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. In der PoP finden Konfrontation und Klärung bei der Rekonstruktion der lebensgeschichtlichen Ereignissen mehr Beachtung als in der PA. Die Deutungen umfassen die augenblickliche Übertragung zwischen KlientIn und TherapeutIn und betonen den Rahmen der Behandlung.

Quellen (Zugriff am 06.07.2017)

<http://sap.or.at/was-ist-psychoanalyse/>,

http://sap.or.at/wp-content/uploads/2016/08/Kirchner_Zeitung_Nr27.pdf,

<http://www.pop.psy-akademie.at/pop-methode>.

Tiefenpsychologisch fundierte Methoden

Autogene Psychotherapie (ATP)

Theoretischer Hintergrund

Die Autogene Psychotherapie (ATP) oder Autogenes Training (AT), welches als psychotherapeutische Methode angewandt wird, wurde von Johannes Heinrich Schultz (in den 1920er-Jahren entwickelt. Autogen bedeutet „aus eigenen Kräften, von innen heraus erfolgend“, was auch das Ziel dieser Methode impliziert – die Stärkung der psychischen und physischen Selbstheilungskräfte und somit Unterstützung der inneren Entwicklung des Ausführenden. Autogenes Training ist eine autosuggestive Methode, die sich aus verschiedenen Übungen zusammensetzt die wiederum in drei Stufen gegliedert sind.

In dieser Therapierichtung wird davon ausgegangen, dass der Mensch dazu fähig ist nur durch seine Vorstellungskraft einen Zustand der tiefen Entspannung zu erreichen. Die bewusste Steuerung von unbewussten Körperfunktionen geschieht durch das Loslassen und nicht durch den Willen mithilfe von Auto-Suggestion, was auch als Selbsthypnose bezeichnet wird. Diese Methode wurde anfangs nur im therapeutischen Setting angewendet, mittlerweile wird es jedoch auch im Alltag von gesunden Menschen durchgeführt um sich zu entspannen und um eine bessere Lebensqualität zu erreichen.

Population: Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Depressionen und Ängste, Schmerzbehandlung, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Suchtbehandlung, ebenfalls dient es zur Selbsterkenntnis, Problembewältigung und Persönlichkeitsbildung.

Setting

AT wird i.d.R. in einer Gruppe erlernt, es kann aber auch als Einzelsitzung durchgeführt werden.

Frequenz

Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Die Durchführung der Entspannungsübungen in der Psychotherapie ist in drei Phasen gegliedert und wird als Grund-, Mittel- und Oberstufe bezeichnet.

Die Grundstufe als Basis des AT dient dafür den Körper in einen Ruhezustand zu versetzen und so die seelische Entspannung hervorzurufen. Dies geschieht über die Reduzierung des Informationsflusses an das Vegetativum mithilfe von beeinflussbaren Informationskanälen. Es werden sechs unterschiedliche Trainingseinheiten mit Übungen zur Schwere, Wärme, für das Herz, den Atem, den Solarplexus und die Stirn bzw. den Kopf eingeübt. Die in der Grundstufe erlernten Übungen sollen heilend wirken bzw. präventiv bei psychosomatischen Störungen und sollen die Körper-Seele-Regulationsfähigkeiten fördern.

In der Mittelstufe wird die autogen erlangte Ruhe für die Reduzierung der individuellen und spezifischen Problemfelder der KlientInnen mittels Vorsatzformeln genützt.

In der Oberstufe geht es um die Sammlung und Bearbeitung der inneren Bilder und Symbole, deren Technik einer Tagtraumtechnik ähneln. Besonderer Fokus liegt auch hier auf den Übertragungs- und Widerstandsphänomenen.

Quellen (Zugriff am 06.07.2017)

http://www.oegatap.at/autogene_psychotherapie,
<https://www.psychotherapie-tirol.at/content/autogene-psychotherapie>,
<http://www.vlp.or.at/pages/methoden>,
<http://www.heilpraxisnet.de/naturheilverfahren/autogenes-training.php>,
<https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/alternative-heilmethoden/autogenes-training/>,
<https://www.tk.de/tk/life-balance/aktiv-entspannen/autogenes-training/36254>,
http://www.oegatap.at/sites/default/files/atp-curr_2016.pdf,
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/5/CH1452/CMS1143559577254/patienteninformation_psychotherapiemethoden_20141204.pdf.

Daseinsanalyse (DA)

Theoretischer Hintergrund

Die Daseinsanalyse (DA) ist eine Form der Psychoanalyse mit gemeinsamer Entstehungsgeschichte. So werden die Traumdeutung (als Hilfsinstrument zum Zugang des Unbewussten), die Übertragung und das Durcharbeiten der Lebensgeschichte von den psychoanalytischen Techniken übernommen. Ein Unterschied liegt dabei in der Methodik, da die DA einen anderen theoretischen, philosophischen Hintergrund mit sich bringt. Das Dasein wird hier als Synonym für die Menschenseele gesehen, somit fokussiert die DA mehr auf die menschlichen Vorgänge und nicht auf naturwissenschaftliche Aspekte. Es werden Schwerpunkte wie Sprache und Phänomenologie hervorgehoben. Der philosophische Hintergrund der Daseinsanalytik ist auf Martin Heidegger zurückzuführen und umfasst die existentielle Erkenntnis über den Menschen.

Eine wesentliche Behandlungsvoraussetzung ist die Fähigkeit der KlientInnen sich mit Existenz- und Konfliktfragen motiviert auseinanderzusetzen.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Schizophrenien, Störungen aus dem affektiven Formenkreis, Borderlinestörungen, Angst- und Zwangsstörungen, psychosomatische Krankheitsbilder, funktionelle Symptomatik, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten, Essstörungen, Sterbebegleitung, neurotische Entwicklungen, Depressionssymptomatik, Beziehungsprobleme privater oder beruflicher Natur.

Setting

Einzeltherapie, Paar oder Familientherapie, Gruppentherapie.

Frequenz

Hochfrequente Intervalle (> 2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Durch ihre Methode der phänomenologischen Hermeneutik und des philosophischen Hintergrunds werden die ressourcenorientierten Ziele und Fähigkeiten der KlientInnen herauskristallisiert, bestätigt und unterstützt. Die Methode der Phänomenologie zielt auf den Kern des Gegenstands, deutet es jedoch nicht um. Die **Ressourcenaktivierung** greift auf die Lebensgeschichte zurück. Dabei wird die populäre daseinsanalytische Frage „Warum eigentlich nicht (anders)?“ und die Beantwortung der Frage als Instrument für die Durcharbeitung verwendet.

Durch das Aufarbeiten der Lebensgeschichte wird die **Problemaktualisierung** angeregt. Dies geschieht über die Auslegung der Sprache und den mit ihr zusammenhängenden metaphorischen Handlungs- und Selbstkompetenzen, welche wiederum in Träumen und im Skizzieren der psychosomatischen Symptome zu finden sind.

In den Sitzungen wird durch Auslegen und auch Aufbringen von Alternativen eine verständlichere Basis geschaffen, die als **motivationale Klärung** bezeichnet wird. Die KlientInnen sind in der Lage zu erkennen, warum sie auf eine bestimmte Weise etwas empfinden. Die neu errungene Klarheit soll die Selbstakzeptanz erhöhen.

Durch die **Problembewältigung** sollen die KlientInnen Strategien entwickeln um mit gewissen Schwierigkeiten erfolgreicher umzugehen und gewohnte Verhaltensweisen im Leben außerhalb des geschützten Therapierahmens zu ändern.

Quellen (Zugriff am 06.07.2017)

<http://www.daseinsanalyse.eu/index.php/therapieangebot/daseinsanalyse>,

<http://www.daseinsanalyse.com/dai/methode.html>,

<https://www.portal-der-psyche.de/behandlungen/psychotherapie/daseinsanalyse/daseinsanalyse-alternativen-hinweise.html>.

Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)

Theoretischer Hintergrund

Anhand der klinischen Arbeit mit psychotischen PatientInnen hat Raoul Schindler 1952 die bifokale Gruppen- und Familientherapie und 1956 das Modell der Rangdynamik entwickelt. Die dynamische Gruppenpsychotherapie (DG) ist somit ein Produkt der sozial- und tiefenpsychologischen Theorien, welches sich zur eigenständigen, interpersonellen psychotherapeutischen Methode entwickelte. Darüber hinaus sind auch andere psychodynamischen, interaktionell ausgerichteten Gruppenmethoden an die inhaltlichen Aspekte der DG angelehnt.

Die DG geht dem Ansatz nach, dass das Individuum stetig in und von Gruppen (Familie, Peergroup, Institution etc.) umgeben ist. Somit findet auch seine Entwicklung, die bewussten und unbewussten Bedürfnisse und Konflikte, in einem sozialen Gegenüber der Gruppe statt. Das Prinzip der sozialen Eingebundenheit bleibt lebenslang aufrechterhalten, und ist auch dann wirksam, wenn das Individuum einsam oder isoliert ist. Genau dieses Prinzip ist das Therapieinstrument der DG.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Keine Angaben verfügbar

Setting

Einzelpersonen, Paare, Gruppen

Kurztherapie oder Langzeittherapie

Frequenz

Niederfrequente Intervalle in Gruppensetting (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Die Gruppe als Therapieinstrument bietet Möglichkeiten zur Übertragung und Rollengestaltung im aktuellen Beziehungsgeflecht. Sie wird zur Re-Inszenierung der Konfliktdynamik der einzelnen Personen im Hier und Jetzt in einem Gruppenprozess genutzt, um einen Prozess der psychosozialen Reifung anzuregen.

Das Bewusstwerden von Abwehrmechanismen, Widerständen sowie inter- und intrapersonellen Konflikten, die zu den Störungen geführt haben und die die seelische Genesung behindern, ist der zentrale Wirkfaktor der DG. DG setzt sich mit der Wechselbeziehung zwischen Personen und sozialen Systemen.

Quellen (Zugriff am 06.07.2017)

http://www.gddg.at/dl/tOqnJKmNnJqx4KJK/DG_Majce-Egger_2014.pdf,

<http://www.gddg.at/gddg/methode/dynamischegruppenpsychoth>,

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/5/CH1452/CMS1143559577254/patienteninformation Psychotherapiemethoden_20141204.pdf,

<https://www.psychotherapie-tirol.at/content/dynamische-gruppentherapie>.

Hypnosepsychotherapie (HY)

Theoretischer Hintergrund

Hypnose ist eine der ältesten Methoden in der Medizin, die auch in der Psychotherapie angewendet wird. Hypnosepsychotherapie (HY) ist ein Psychotherapieverfahren, das Einfluss auf das Bewusstsein, die Psyche und den Körper der Menschen nimmt. Durch die bestimmte Methodik wird in der Zusammenarbeit von TherapeutInnen und KlientInnen ein besonderer Bewusstseinszustand (veränderter und verändernder Bewusstseinszustand), der auch als Trance bezeichnet wird, erreicht. Hypnotische Trance kann unterschiedliche Tiefengrade erreichen indem die/der TherapeutIn die Trancezustände mittels verbaler und nonverbaler Kommunikation und/oder durch direkte/indirekte Suggestionen induziert. Die Hauptmerkmale der Hypnose sind: veränderte Wahrnehmung, Imagination (bildhaftes Denken), Fokussierung der Aufmerksamkeit und primärprozesshaftes Denken und Erleben (die sog. „Trancelogik“).

Hypnosepsychotherapie intendiert die Auflösung von Fehlhaltungen und festgefahrenen Verhaltensmuster sowie die Förderung allgemeiner Problemlösungskompetenz, der persönlichen Weiterentwicklung und innerer Potenziale und Erfahrungen.

Es werden drei Arbeitsansätze unterschieden: ressourcenorientiert, hypnoanalytisch und lösungsorientiert. Die Tiefendimension wird durch die Behandlung der unbewussten Konflikte und Defizite die durch frühere Beziehungen und Erfahrungen zustande gekommen sind, wirksam. Die psychische Weiterentwicklung und Reifung wird durch die therapeutische Beziehung sowie Arbeit an Übertragung und Widerstand unterstützt.

HY wird u. a. zur allgemeinen Persönlichkeitsentfaltung mit dem Ziel zukunftsgerichtete Lebensperspektiven und Lebensfreude zu entwickeln erfolgreich eingesetzt.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

psychische und psychosomatische Störungen

Setting

Einzel-, Paar- und Gruppensetting

Kurztherapie, Langzeittherapie oder fokussierte Krisenintervention.

In der Kinder- und Jugendtherapie wird ressourcenorientiert gearbeitet indem die modifizierten Techniken an das Alter und die Sprache der Kinder angepasst werden und die kindliche Trance von eigenen Regeln geleitet wird. Diese modifizierte Methode ist in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen vor allem für Kurzinterventionen und Kurztherapien geeignet.

Frequenz

Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Die auf Vertrauen aufbauende therapeutische Beziehung und das Einbeziehen der unbewussten Inhalte und Prozesse in das therapeutische Verfahren sind wesentliche Elemente dieser Methode.

Die ressourcenorientierte HY und Selbsthypnose soll innere Gelassenheit ermöglichen, sowie den KlientInnen Sicherheit und Kraft geben, um Lösungsstrategien entwickeln und erproben zu können.

Quellen (Zugriff am 10.07.2017)

<http://www.oegatap.at/hypnosepsychotherapie>,
http://www.oegatap.at/sites/default/files/hy-curr_2016.pdf,
<http://www.hypno-mega.at/klinische-hypnose-2/>,
<http://www.mei-innsbruck.at/>,

(Zugriff am 08.08.2017)

<http://dgh-hypnose.de/dgh---eine-interdisziplinaere-fachgesellschaft.html>,

<http://www.hypnose-verband.de/>,

<https://www.hypnos.ch/index.php>,

<http://hypnose-therapie-schweiz.ch/>,

<http://www.hypnosetherapie-schweiz.com/>.

Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)

Theoretischer Hintergrund

1955 wurde die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) von Hanscarl Leuner als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapiemethode ins Leben gerufen. Die psychoanalytischen Konzepte umfassen dabei die wissenschaftlichen und die psychodynamischen Grundlagen von Übertragung, Gegenübertragung, Abwehr sowie Widerstand und stellen eine Orientierung für das Verständnis und die Aufarbeitung der Imaginationen im Therapieverlauf dar. Die Imaginationen nehmen einen zentralen Stellenwert im therapeutischen Prozess ein.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Neurosen, Depressionen, strukturelle Störungen (Entwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen wie Borderline), psychosomatische Erkrankungen.

Krisenintervention, Trauma Behandlung, in modifizierter Form zur Förderung der kreativen Prozesse (Schreibblockaden, in Projektleitungen, Coaching und Supervision).

Setting

Einzel-, Paar, Familien- und Gruppenpsychotherapie. Mehrgenerationensetting

KIP wird als Langzeitbehandlung eingesetzt, kann jedoch auch als Kurzzeitpsychotherapie und als fokussierte Krisenintervention angewandt werden. Mit Hilfe von Malen wird ein durch Imagination angeregter Prozess zu Hause zwischen den Therapiestunden vergegenwärtigt und fortgesetzt.

Frequenz

Keine Angaben verfügbar.

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Da die KIP ein dialogisches Verfahren ist, kommt der KlientIn-TherapeutIn Beziehung eine tragende Bedeutung zu. Der/die TherapeutIn haben die Aufgabe den/die PatientIn während der Imagination zu begleiten und dabei verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten anzuregen. In weiterer Folge wird das bildhaft Erlebte durch zeichnen, malen, o. ä. kreativ ausgedrückt, durch Gespräche assoziativ angereichert und auf diese Weise dem Bewusstsein angenähert.

Die KIP wird in drei Wirkdimensionen unterteilt. Die erste Wirkdimension bezieht sich auf die Arbeit am Symbol, die eine Bearbeitung von unbewussten Konflikten ermöglicht. Die zweite Wirkdimension umfasst das Auffüllen der in Vergangenheit entstandenen Defizite und in der dritten Wirkdimension findet die spontane Entfaltung der Kreativität statt.

Die Behandlungstechnik wird von der Therapeutin/dem Therapeuten einzelfallabhängig der Klientin/dem Klienten angepasst. Das imaginative Erlebnis hilft bei der Suche nach neuen Konfliktlösungsstrategien oder kann sich auch als eine hilfreiche Beziehung, die in der Kindheit (Zeitpunkt der Traumatisierung) nicht vorhanden war, auswirken.

Quellen (Zugriff am 17.07.2017)

http://www.oegatap.at/katathym_imaginative_psychotherapie,

http://www.oegatap.at/sites/default/files/kip-curr_2016_o.pdf,

<http://www.agkb.de/kip>,

<https://www.sagkb.ch/de/Imagination-1/Imagination>.

Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)

Theoretischer Hintergrund

Die konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) ist eine von Helmuth Stolze im Jahr 1958 eingeführte, körperorientierte psychotherapeutische Methode. Die KBT sieht den Körper als einen Ort des gesamten seelischen Ablaufes und steht für die psychoanalytisch orientierte Bearbeitung der direkten Sinneserfahrungen. Die Grundlage hierfür bieten die entwicklungspsychologischen, lerntheoretischen und tiefenpsychologischen Denkmodelle. Durch die fokussierte Aufmerksamkeit auf das eigene Erleben, werden die Erinnerungen ins Hier und Jetzt gerufen und in körperlicher Haltung, Bewegung und Verhalten ausgedrückt. Mit dieser Methode soll es den KlientInnen möglich gemacht werden, an die nonverbale Periode (im frühkindlichen Stadium) anzuschließen.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Psychosomatische Beschwerden, Neurosen, frühe Störungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Panikstörungen, Phobien, Zwänge, Essstörungen, Schlafstörungen, Suchtprobleme, chronische Schmerzen, Traumafolgestörungen, Belastungsstörungen, Beratung bei Lebenskrisen und Paarkonflikten, Coaching bei beruflichen Entscheidungsfragen, Supervision für therapeutisch Tätige, betriebliche Gesundheitsförderung.

Setting

Einzel- und Gruppensetting; ambulanter und institutioneller Bereich (psychosomatisch/psychiatrische Kliniken), Beratungsstellen, Supervision, Erwachsenenbildung, Prävention, Selbsterfahrung, Sonder- und Heilpädagogik.

Frequenz

Keine Angaben verfügbar.

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Die Grundlage der KBT besteht in der Verbindung von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen. Somit besteht die therapeutische Arbeit in der Versprachlichung von unmittelbar Erlebtem (z. B. während einer körpertherapeutischen Intervention)

Quellen (Zugriff am 17.07.2017)

<http://www.kbt.at/>,

http://www.kbt.at/media/files/OEAKBT_NEU_2015_Folder_final_Web.pdf,

<http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/oeakbt/>,

<https://www.dakbt.de/>,

<http://www.chkbt.ch/ueber-kbt/methode.html>.

Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)

Theoretischer Hintergrund

Die transaktionsanalytische Psychotherapie (TA) wurde von Eric Berne im Jahr 1950 in Anlehnung an die Psychoanalyse als eine sozialpsychiatrische Weiterentwicklung konzipiert. Sie umfasst psychodynamische und phänomenologische Standpunkte des menschlichen Verhaltens, des Denkens und Fühlens und macht sich die Unterstützung der Entwicklung sowie die Veränderung der Persönlichkeit zum Ziel.

Aus der Sicht der TA ist die Subjektivität jedes Individuums in eine Ganzheit höherer Ordnung eingebunden (wie z. B. in das Beziehungsgefüge einer Familie), wobei die Beziehung zwischen zwei Menschen die kleinste psychosoziale Ganzheit bildet.

Die TA betont (wie viele andere Psychotherapierichtungen) den Respekt, die Wertschätzung und die Würde des Individuums. Das TA-Menschenbild hebt die Eigenverantwortlichkeit und individuelle Fähigkeit zur Veränderung und Weiterentwicklung hervor.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Psychosen (affektive und schizophrene Störungen); Psychosomatische Erkrankungen; Angststörungen; Zwangsstörungen; Suchterkrankungen; Verhaltensauffälligkeiten; verschiedene Formen der Depression, Burnout; Neurotische Störungen; Lebens- und Beziehungskrisen.

Setting

Einzelpersonen, Paar- und Familiensetting

Supervision, Beratung, Coaching

Frequenz

Nieder- bis hochfrequente Intervalle (ein bis > 2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Der transaktionale Austausch ist eine bewusste und unbewusste, verbale und nonverbale Kommunikation zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, welche das Geschehen im Hier und Jetzt bestimmt. Aus der Grundannahme, dass die Beziehungserfahrungen in der Psyche gespeichert werden und in den neu auftretenden Situationen bewusst oder aber auch unbewusst wieder hervorgerufen werden, hat TA verschiedene zentrale Methoden konzipiert:

- ✧ *Beziehungsanalyse*, die den Fragen *warum* und *wie* Menschen miteinander kommunizieren nachgehen und wie es sich auf die Gestaltung der Beziehung auswirkt.
- ✧ *Skriptanalyse*, die einen Umriss des Selbst- und Weltbildes liefert und in weiterer Folge eine Veränderung ermöglicht.
- ✧ *Dynamik und Struktur der Persönlichkeit* erklärt die Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen des Menschen. Beziehungserfahrungen kommen im transaktionalen Geschehen entweder als der Realität entsprechende Erwachsenen- oder aber auch als pathologische Kind- oder Eltern-Ich-Befindlichkeiten zur Geltung.

Das Theoriemodell der TA beschreibt die drei möglichen Zustände des Ichs. Das Kindheits-Ich bezieht sich auf die gespeicherten frühkindlichen Erfahrungen, die neu aktiviert werden, das Erwachsenen-Ich ist für die autonome Wahrnehmung der eigenen Subjektivität im Hier und Jetzt zuständig und das Eltern-Ich bezieht sich auf die Nachahmung der Gefühle, der Denk- und Verhaltensweisen von anderen.

Quellen (Zugriff am 17.07.2017)

<https://www.itap.at/erfahren-sie-mehr/>,

<http://oeata.at/was-ist-transaktionsanalyse/>,

<https://www.dgta.de/der-verband/fachgruppen/psychotherapie/ta-psychotherapie/>,

(Zugriff am 08.08.2017)

<https://www.ta-wita.at/transaktion>,

<https://www.ta-wita.at/assets/Uploads/curriculum.pdf>,

<http://www.transaktionsanalyse.at/ta-im-bereich-psychotherapie/>,

<http://www.ebi-zuerich.ch/bildungsangebot.htm>,

<http://www.sgta-asat.ch/>,

<http://itaaworld.org/>.

6.2.2 Humanistisch-existenzielle Orientierung

Existenzanalyse

Theoretischer Hintergrund

In den 1930er Jahren gründete Viktor Emil Frankl die sogenannte „Dritte Wiener Schule der Psychotherapie“. Darüber hinaus gründete er im Jahr 1983 in Wien eine Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) sowie eines der ersten Logotherapie-Institute weltweit. 1991 distanzierte sich Frankl jedoch von GLE mit der Begründung, dass mehrere therapeutische Methoden dem logotherapeutischen Sinnkonzept im herkömmlichen Sinn nicht entsprächen. Ebenfalls akzeptierte Frankl die Arbeitsweise, die die Biografie, Emotionalität, Phänomenologie sowie dafür nötige Selbsterfahrung beinhaltet, nicht. Nach der Meinung Frankls läge der Zentralaspekt der Logotherapie bei der zukunftsorientierten Sinneslehre. Seitdem existieren zwei Therapieverfahren – die „originäre Logotherapie“ von Frankl und die Existenzanalyse.

Die Existenzanalyse als eigenständige Therapiemethode hat zu ihrer Arbeitsweise die „Methode der Personalen Existenzanalyse“, die „Biografiearbeit“ und „Psychodynamik“ sowie viele anderen Methoden hinzugefügt.

Laut Viktor Frankl Institut zählt die „personale Existenzanalyse“ nicht zur „Dritten Wiener Richtung der Psychotherapie“, obwohl der Gründer Alfred Längle gewisse Aspekte von Frankl übernommen hat.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Persönlichkeitsstörungen, Traumatherapie, alle psychischen, psychosomatischen, psychosozialen Störungen, Gefühle der Lebenshemmung, Sinnlosigkeitsgefühle, Krisensituationen, Persönlichkeitsentwicklung.

Setting

Kindertherapie, Mediation, Supervision, Coaching/Management, Gruppentherapie (selten)
Einzelgespräch im Sitzen.

Frequenz

Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Die Existenzanalyse pflegt eine phänomenologische und dialogische Arbeitsweise, in der die Logotherapie nur eine beratende und prophylaktische Rolle einnimmt. Die Therapeutin/der Therapeut soll als DialogpartnerIn zum Tragen kommen. Die Arbeitsweise findet den Ursprung im existenzanalytischen Vorwissen, seine Einfälle und Eindrücke werden im therapeutischen Geschehen ausgesprochen. Die Klientin/der Klient findet sich bei dieser Methode in der Annahme, dass er/sie alles für ihn/sie Wichtige im Leben selbst ermöglichen kann, wieder. Mit der Existenzanalyse öffnet sich die Klientin/der Klient der neu gestaltbaren Möglichkeiten seines/ihrer Lebens indem sie/er der Frage, welche Blockierungen, Fixierungen, Traumatisierungen sowie Verzerrungen sie/ihn am Erreichen einer erfüllten Existenz hindert.

Quellen (Zugriff am 28.07.2017)

<http://www.existenzanalyse.at/inhalt.php?kat=101&id=83>,

<http://www.universitaetslehrgang-existenzanalyse.at>,

http://www.universitaetslehrgang-existenzanalyse.at/medialibrary/downloads/x_curriculum_uebersicht.pdf,

<http://www.webaholics.at/userfile/doc/EA-in-Stumm-Psth---Schulen-u-Methoden---Falter-Verl-2011.pdf>,

<https://www.gle-d.de/existenzanalyse/existenzanalyse-logotherapie/>, Zugriff am 28.07.2017

<http://logotherapy.univie.ac.at/d/logotherapie.html>.

Existenzanalyse und Logotherapie (EL)

Theoretischer Hintergrund

Der Doppelbegriff „Logotherapie und Existenzanalyse (EL)“ wurde in den frühen 1930er Jahren vom Psychiater und Neurologen Viktor Emil Frankl in Anlehnung an die Psychoanalyse und Individualpsychologie als eigenständiger Psychotherapie-Ansatz gegründet und als „Dritte Wiener Richtung der Psychotherapie“ bezeichnet.

Frankl fasst drei philosophische und psychologische Grundgedanken als wichtigste Leitlinien für sein Psychotherapie-Konzept zusammen: *Freiheit des Willens*, *Wille zum Sinn* und *Sinn im Leben*.

Der Begriff „Logos“ bezieht sich auf eine zielorientierte und methodische Vorgehensweise bei der Sinnfindungs-Frage. Der Begriff „Existenzanalyse“ steht für eine Analyse der Existenz, die ein selbstgestaltetes, eigenverantwortliches und menschenwürdiges Leben impliziert. An dieser Stelle erfolgt eine Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezieller Existenzanalyse. Die allgemeine Existenzanalyse geht dem Sinnbedürfnis des Menschen nach, welches als Grundmotivation und Tor zur Sinnfindung bezeichnet wird. Infolgedessen wird die spezielle Existenzanalyse als Instrument bei der Suche nach seelischen Erkrankungen der KlientInnen (Gruppe) herangezogen. Die daraus resultierenden Erkenntnisse dienen als Grundlage für eine Logotherapie. Somit sei die selbständige Sinnfindung ein therapeutischer Aspekt der Existenzanalyse.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Zwangs- und Angststörungen, vegetative Syndrome, Sexual- und Schlafstörungen, Neurosen, Angst- und Trauergefühle.

Setting

Einzel-, Gruppen- Familiensetting

Kurzzeit- oder Langzeittherapie

Frequenz

Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Vier Techniken finden im therapeutischen Verfahren der EL Anwendung: *paradoxe Intention*, *Dereflexion*, *Einstellungsänderung* und *sokratischer Dialog*.

Um die Angst- und Zwangsgedanken zu bekämpfen bezieht sich die *paradoxe Intention* auf die Distanz und Ironie der KlientInnen selbst. Mit dieser Technik kann der Symptom- sowie Symptomverstärkungskreis unterbrochen werden.

Die übersteigerte Aufmerksamkeit verstärkt auch die schwachen Symptome und damit gewinnen sie noch mehr an Bedeutung. Dies ist eine neurotisierende und ausweglose Situation, die mit Hilfe von *Dereflexion* durchbrochen werden kann und somit ein natürlicher Vorgang oder ein Symptom in deren autonomen Ablauf vonstattengehen kann (z. B. bei Sexual- und Schlafstörungen oder Angststörungen).

Bei der *Einstellungsänderung* sollen die unrealistischen oder lebensfeindlichen Einstellungen überprüft werden, um neue Einsichten zu gewinnen und damit neue Grundhaltungen eines gelingenden Lebens entwickelt werden können.

Der *sokratische Dialog* ist als Gesprächsführungsmethode für die Bewusstmachung der Einsichten in Freiheiten und Gestaltungsmöglichkeiten der KlientInnen zuständig. Die Aufgabe der Therapeutin/des Therapeuten ist es, die Klientin/den Klienten dabei zu unterstützen.

Quellen (Zugriff am 28.07.2017)

<http://www.logotherapie.ch/>,

<http://www.existenzanalyse.ch/>,

<http://www.logotherapie.de/>,

<http://logotherapy.univie.ac.at/d/logotherapie.html>,

<http://www.existenzanalyse.net/>,

<https://www.gle-d.de/>,

<http://www.psychotherapie-existenzanalyse.at/de/methoden/index.asp?dat=Existenzanalyse>,

<http://www.existenzanalyse.at/>,

<http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/abile/>,

<https://www.franklzentrum.org/zentrum/viktor-frankl-leben-und-lehre.html>,

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/5/CH1452/CMS1143559577254/patienteninformation_psychotherapiemethoden_20141204.pdf.

Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)

Theoretischer Hintergrund

Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP) ist eine erlebnisorientierte tiefenpsychologische, ganzheitliche und systemtheoretische Methode, die auf die Theorie der Gestalttherapie der Berliner Schule (Wertheimer, Köhler, Koffka, Lewin, Goldstein) und auf das humanistische Menschenbild aufbaut. Trotz der Ähnlichkeit mit der Gestalttherapie von Fritz Perls u. a., ist die GTP eine eigenständige Therapieschule. Die GTP umfasst alleinig die wissenschaftliche Grundlage der Methode, bezeichnet jedoch nicht deren praktische Umsetzung.

Die praktische Anwendung findet in der GTP mithilfe von erprobten Techniken und Erkenntnissen verschiedener Therapiemethoden, die in das Therapieverfahren miteinfließen und an jede Klientin/jeden Klienten sowie die jeweilige Therapiesituation angepasst werden. Die GTP weist kein im Voraus festgelegtes und einheitliches Schema des Therapieverlaufes sowie Arbeitstechnik auf.

Population: Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en): Psychosomatische Störungen, Suchttherapie, Psychosentherapie

Setting

Einzel-, Paar-, Familien- sowie Gruppensetting (mit allen Populationsgruppen).

Beratung, Supervision

Frequenz

Keine Angaben verfügbar.

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Trotz der flexiblen Therapiesituation sowie der KlientInnen-orientierten Methodik, lassen sich grundlegende Gemeinsamkeiten und Ausgangspunkte der GTP festlegen:

- ❖ Die Aufgabe der Therapie ist es, die für die Problembewältigung nötigen Kräfte und Fähigkeiten der KlientInnen freizulegen, wiederzuentdecken oder zu entwickeln.
- ❖ GTP geht der Frage nach, welche Faktoren die derzeitige Situation bestimmen, einschließlich der Erinnerungen und Bindungen an die Vergangenheit, die weiterhin eine Rolle im Heute einnehmen sowie die Vorstellungen an die Zukunft. Hier handelt es sich um das *Hier-und-Jetzt* Prinzip.
- ❖ GTP unterstützt, Fähigkeiten wie Denken, Gefühle, Intuitionen sowie Körperempfindungen und Handeln zu erlangen oder wiederzugewinnen um ein erfülltes Leben führen zu können bzw. um den Selbstheilungswillen oder Krisen erfolgreich bewältigen zu können.
- ❖ Als erlebnisaktivierendes Psychotherapieverfahren holt GTP in der Vergangenheit oder der Zukunft liegende und zur Sprache gebrachte Fakten, Gedanken, Erinnerungen, Nacherzählungen, Wünsche und Erwartungen in die Gegenwart. Dieser Aspekt der Methode verhilft auf neue Einsichten und Lösungsansätze zu stoßen.
- ❖ Träume, Phantasien, Vorstellungen und Wünsche sind in der GTP real und werden gleichwertig behandelt wie auch andere greifbare Fakten, aus denen sich die Erlebniswelt der KlientInnen zusammensetzt und bestimmt wird.
- ❖ Als einsichtsförderndes und unterstützendes Verfahren ist die GTP für die praktische Erprobung und Umsetzung neu gewonnener Erkenntnisse und Einsichten sowie zur Förderung der Selbstverantwortung zuständig.
- ❖ Um einen Therapieerfolg zu erzielen, sucht die GTP nach einer passenden Form der Zusammenarbeit. Dies kann durch den Persönlichkeitsausdruck mithilfe von Zeichnung oder Modellieren zustande kommen, oder durch die Wahrnehmung des eigenen Körpers oder der eigenen Stimme, es kann aber auch die Inszenierung einer Situation oder das therapeutische Gespräch sein. GTP ist eine an die Individualität der Therapiesituation sowie der Klientin/des Klienten angepasste Therapiemethode.

Quellen (Zugriff am 31.07.2017)

<http://www.oeagp.at/cms/>.

Integrative Gestalttherapie (IG)

Theoretischer Hintergrund

Die integrative Gestalttherapie (IG) basiert auf der Theorie des ganzheitlichen Weltbildes. Dabei wird der Mensch als Einheit von Körper, Seele und Geist betrachtet, der in ein soziales und ökologisches Umfeld eingebunden ist. Die Annahme der Theorie ist, dass nur durch die Interaktion mit dem Umfeld ein Wachstum, Entwicklung und Sinnfindung möglich seien.

Die Gestalttherapie wurde in den 1950er Jahren von Frederick Salomon Perls, Laura Perls und dem Sozialphilosophen und Schriftsteller Paul Goodman als eigene Therapierichtung entwickelt und in Europa in der 1970er Jahren eingeführt. Die Theorie der Gestalt steht für eine Lebensphilosophie und Haltung und wurde bis heute weiterentwickelt. Der Ursprung der IG liegt in der Psychoanalyse, der Gestaltpsychologie, dem Existentialismus, der Phänomenologie und in der Theorie der dialogischen Beziehung.

Die IG steht für die Erweiterung der gestalttherapeutischen Theorie und Praxis durch Bestandteile aus dem Psychodrama, der Integrativen Therapie, der Hermeneutik, des systemischen Ansatzes und der Feldtheorie. Außerdem wurden gestaltpsychologische und existenzphilosophische Grundsätze und klinische Ansätze berücksichtigt. Die IG ist ganzheitlich orientiert, offen für eine mehrperspektivische Entwicklung und basiert auf dem Grundgedanken des Dialogs.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Keine Angaben verfügbar

Setting

Einzeltherapie, Gruppentherapie, Paar- und Familientherapie.

Psychotherapeutische Praxen, Einrichtungen der Suchttherapie, pädagogische Kontexte, Beratungsstellen, Kliniken, Supervision, Teamarbeit, Organisationen im Profit- und Non-Profit-Bereich

Frequenz

Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Ein wesentlicher Aspekt der therapeutischen Arbeit ist die Phänomenologie. Dies bedeutet, dass die Klientin/der Klient ganzheitlich samt all ihren/seinen offensichtlichen Phänomenen (Sprache, Stimme, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Bewegungsmuster, Kleidung) wahrgenommen wird und dies als ein Instrument für das Verständnis und die Entwicklung der Lebenswelt der Klientin/des Klienten dient.

Mithilfe der IG soll der Ausdruck der Gefühle und Impulse der KlientInnen gefördert werden. Durch die begleitete und einfühlsame Arbeit an Erinnerungen können die Erfahrungen verarbeitet und überwunden werden, was zu neuen Handlungsspielräumen führt. Dabei werden verschiedene Techniken, wie Körperarbeit, Arbeit mit kreativen Medien (Malen, Arbeit mit Ton und anderen Hilfsmitteln), die die Arbeit der Symbolisierung vergegenwärtigen, darüber hinaus die Technik des leeren Stuhls und die Traumarbeit hinzugezogen. Diese Interventionen tragen dazu bei „offene Gestalten“ zu schließen sowie Blockaden zu überwinden um den Heilungs- und Entwicklungsprozess zu unterstützen.

Quellen (Zugriff am 01.08.2017)

http://www.gestalttherapie.at/gestalttherapie_methode.html,

<https://www.gestalttherapie.ch/was-ist-gestalt/>,

<https://www.gestalttherapie.ch/therapieformen/anwendungsfelder/>,

<http://www.igw-gestalttherapie.de/gestalttherapie.html>,

<https://ptw.sfu.ac.at/de/studienangebot-ptw/integrative-gestalttherapie/>,

<http://www.igwien.at/fachspezifikum/startphase/>,

<https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/>

[Psychische_Gesundheit/In_Oesterreich_anerkannte_Psychotherapiemethoden.](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Psychische_Gesundheit/In_Oesterreich_anerkannte_Psychotherapiemethoden.)

Integrative Therapie (IT)

Theoretischer Hintergrund

Die Integrative Therapie (IT) wurde in den 1960er Jahren von Hilarion Petzold, Johanna Sieper und Ilse Orth in Anlehnung an das biopsychosoziale Menschenbild mit humantherapeutischem sowie schulen- und methodenübergreifendem Ansatz entwickelt und etabliert. Die miteinbezogenen Elemente stammen aus der aktiven und elastischen Psychoanalyse von Ferenczi, aus der Gestalttherapie von Perls, aus dem Psychodrama von Moreno, aus dem therapeutischen Theater von Iljine und aus der Verhaltensmodifikation von Kanfer.

Die IT geht davon aus, dass der Mensch ein biologisches und gesellschaftliches Wesen ist, das sich aus körperlichen, emotionalen und kognitiven Bestandteilen zusammensetzt und auch dementsprechend samt seinen sozialen und mikroökologischen Kontexten wahrgenommen und behandelt werden muss (nicht nur die Psyche). Das Leitmotiv der IT ist die Personwerdung durch die Interaktion mit anderen Mitmenschen. Aus diesem Grund wird in der IT der ganze Lebensverlauf samt Gegenwart, Vergangenheit/Erinnerungen und Zukunftsplanung zentral angesehen. Der Fokus liegt also nicht nur auf der Kindheit, sondern auch auf der Psychologie des Alters und insbesondere des höheren Alters. Außerdem hat die IT die gemeinsamen Grundlagen aller Therapieschulen zu einem Lernkonzept erarbeitet. Diese umfassen neurobiologische sowie entwicklungspsychologische und sozialisationsbedingte Einflüsse und Ursachen des Störungsbildes.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Psychische, psychosomatische und psychosoziale Leidenszustände

Setting

Einzel-, Paar, Familien- und Gruppensetting; Supervision

Frequenz

Keine Angaben verfügbar.

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Die Besonderheit der IT ist die Methodenfülle – die Techniken und Medien – die ein prozessorientiertes Therapieverfahren und die Förderung der Entwicklung umfassen.

Die ganzheitliche und differenzielle Ausrichtung der IT arbeitet mit erlebnisaktivierenden (in Anlehnung an Gestalt-, Psychodrama- und Kreativtherapie), einübenden (aus der verhaltenorientierten Therapieschule) und biographisch-aufarbeitenden (psychodynamische Methodik) Methoden. Einen besonderen Stellenwert in der integrativtherapeutischen Arbeit haben die kreativen Medien, die je nach Therapie-situation, Entwicklungsaufgabe oder Indikation zum Einsatz kommen. Mittels Fingerfarben, Ton, Handpuppen, Collagen, Masken, Texten, dramatischem Spiel oder Tanz erschließen und beeinflussen diese die unterschiedlichen Persönlichkeitsebenen. Das projektive Potenzial der kreativen Medien aktiviert das Unbewusste und ermöglicht somit deren Bearbeitung sowie die Sinnfindung. Darüber hinaus fördern diese die kreativen Potenziale der Menschen und die Realisierung der Daseinsbewältigung.

Quellen (Zugriff am 01.08.2017)

<http://www.integrative-therapie-seag.ch/>,

<http://www.integrative-therapie.ch/>,

<https://www.integrativetherapie-schweiz.ch/>,

<https://www.eag-fpi.com/langzeitausbildungen/psychotherapie/>,

<http://www.oegit.at/>,

<http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/integrativetherapie/>,

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Psychische_Gesundheit/

In_Oesterreich_anerkannte_Psychotherapiemethoden%20Zugriff%20am%2001.08.2017.

Person(en)zentrierte Psychotherapie (PP)**Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)¹⁸*****Theoretischer Hintergrund***

Die Personenzentrierte Psychotherapie (PP) wurde von Carl Ransom Rogers Anfang der 1940er Jahre entwickelt. Der Therapie- und Beratungsansatz war mehreren Entwicklungsphasen ausgesetzt. Es fallen in diesem Zusammenhang die Konzeptnamen wie „Nicht-direktive Psychotherapie und Beratung“, „Rogeanische Psychotherapie“, „Klientenzentrierte Therapie“ und „Personenzentrierter Ansatz“. In den 1960er Jahren wurde die Therapie nach Rogers von Reinhard und Annemarie Tausch unter dem Namen „Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“ im deutschsprachigen Raum etabliert. International wird die Therapieschule am häufigsten als „Personenzentrierte Psychotherapie“ bezeichnet.

Der Ursprung der personenzentrierten Psychotherapie liegt in der Beratung psychoneurotischer Personen. Erst in weiterer Folge hat diese Behandlungsart eine Anwendung auch bei anderen KlientInnengruppen gefunden, wie z. B. bei stationär aufgenommenen Schizophrenie-PatientInnen sowie bei KlientInnen, die die Therapie „nur“ wegen der Selbstfindung und Persönlichkeitsentwicklung aufsuchten. Des Weiteren fand der personenzentrierte Ansatz seine Anwendung im präventiven Bereich von psychischen Erkrankungen sowie in unterschiedlichen sozialen Settings, wie Erziehungs- und Unterrichtsbereichen.

Die Konzepte von Rogers wurden in mehrere Sprachen übersetzt und finden vor allem in den USA, im deutschsprachigen Raum sowie in Belgien, den Niederlanden und England Anwendung.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Keine Angaben verfügbar

Setting

Einzeltherapie (am häufigsten), Gruppen-, Paar- und Familientherapie

Ambulantes und stationäres Setting; wirtschaftlicher Bereich – personenzentriertes Management, personenzentriertes Coaching (Personalberatung, MitarbeiterInnenmotivation); Beratung und Supervision; Erwachsenenbildung; pädagogischer Bereich; Elternbetreuung; sonder- und heilpädagogischer Bereich; medizinisch-pflegerischer Bereich; Wellness-Bereich (personenzentriertes Gespräch)

Frequenz

Hochfrequente Intervalle (> 2-mal wöchentlich).

Kurz- sowie Langzeittherapie. Einige hunderte Stunden über mehrere Jahre; aber auch 8-20 Sitzungen sollen bereits eine Wirkung zeigen.

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Das Menschenbild der PP geht von einem Individuum aus, das zwar ständig dem Prozess der Veränderung ausgesetzt ist, weist jedoch eine Selbstverwirklichungstendenz auf. Des Weiteren impliziert das Menschenbild von Rogers die Selbstverantwortlichkeit und Eigenaktivität, emotionale sowie soziale Intelligenz und ebenfalls ist der Mensch in der Lage Selbstregulierungs- und Selbstheilungstendenzen zu entwickeln.

Die humanistisch geprägte PP geht also von den Ressourcen und kreativen Möglichkeiten jedes einzelnen Individuums aus, die zur Entfaltung der Persönlichkeit und zur Entwicklung der Problemlösungsstrategien beitragen.

Der Kern der PP besteht aus der „sozialen Feinfühligkeit“, Wertschätzung und Aufrichtigkeit im therapeutischen Geschehen und kann zum seelischen Wachstum wesentlich beitragen und den ressourcenhaften Zugang zu Krisen und Kränkungen einleiten.

¹⁸ Die Person(en)zentrierte und die Klientenzentrierte Psychotherapie sind in Österreich zwei gesetzlich anerkannte Psychotherapiemethoden, die jedoch auf dem gleichen Wirkkonzept basieren und von gemeinsamen Psychotherapiefachgesellschaften vertreten werden.

Quellen (Zugriff am 01.08.2017)

<http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/oegwg/index.php>,

<http://www.oegwg.at/>,

<http://www.vrp.at/node/70>,

<https://www.gwg-ev.org/personzentrierte-psychotherapie>,

<https://www.pca-acp.ch/index.html?id=35>,

https://www.praxis-im-blickwinkel.ch/tl_files/pdf/Klientenzentrierte%20Psychotherapie.pdf.

Psychodrama (PD)

Theoretischer Hintergrund

Psychodrama (PD) wurde vom Psychiater, Psychotherapeuten, Soziologen und Philosophen Jakob Levy Moreno im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts in Wien konzipiert und nach 1925 in den USA weiterentwickelt und etabliert. Die große Leidenschaft Morenos war Theater, Kunst, Philosophie und insbesondere zwischenmenschliche Beziehungen worauf er seine Triadische Methode (Psychodrama, Soziometrie und Gruppentherapie) aufbaute.

Zu Beginn seiner beruflichen Laufbahn gründete Morena das Stegreiftheater in Wien, das neue Erkenntnisse brachte. Daraufhin begann er Theatertechnik bei psychisch kranken Personen, Flüchtlingen und Prostituierten anzuwenden. Seine Beobachtung war, dass das vorhandene Wissen in einer Gruppe und die gegenseitige Unterstützung eine heilende Wirkung mit sich bringen könne. In seiner psychiatrischen Tätigkeit im New Yorker Gefängnis wendete Moreno seine Erkenntnisse bei der Zusammenlegung der Wohneinheiten anhand der soziometrischen Merkmale an. Dies war der Grundstein für die Gruppenpsychotherapie. Im weiteren Verlauf ließ er ein Mädchenerziehungsheim auf der Grundlage von Sympathie bzw. sogenannten soziometrischen Wahlen umstrukturieren. Als Konfliktlösungsstrategie unter den Mädchen und zur Überwindung der persönlichen Schwierigkeiten wendete Moreno das Rollenspiel an und bezeichnete diese Methode als Psychodrama. Der ebenfalls in diesem Zusammenhang entstandene Fachbegriff „Therapeutische Gemeinschaft“ revolutionierte die Umgestaltung der psychiatrischen Einrichtungen und Kliniken.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Keine Angaben verfügbar

Setting

Einzelsetting (Monodrama), Paar-, Familiensetting, Klassengemeinschaften, Arbeitsteams, Not- und Dorfgemeinschaften, Organisationsentwicklung, Nationen.

Prävention, Supervision, Diagnostik, Therapie, Konfliktberatung, Erziehungsberatung, Coaching, Sozialarbeit.

Frequenz

Keine Angaben verfügbar.

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Der Grundgedanke des PDs ist die Aktion. Darunter wird in diesem Zusammenhang das Erleben der Fragestellungen, Probleme oder Themen mithilfe der szenischen Darstellung verstanden. Die Technik kann sich dabei auf ein Rollenspiel, eine soziometrische Übung oder psychodramatische Aufstellung (Skulptur) beziehen. Die Aktionsmethoden des PDs tragen dazu bei, einen Abstand zum eigenen Erleben und Handeln zu erlangen. Die Distanz zum eigenen Denken, Handeln und Fühlen und zu dem der Anderen unterstützt dabei, die Resonanzinteraktion zwischen Gehirn, Organismus und Umwelt zu unterbinden. Die kritische Überprüfung und Selektion der eigenen Wahrnehmungen, Empfindungen und Gedanken verschaffen neue Räume und Möglichkeiten für neues (Er)Leben.

Durch die ganzheitliche Ausrichtung umfasst Psychodrama mehrere Sinne. Die spielerischen Methoden bestehen aus Bewegung, implizieren das Sehen und Hören, sowie das Fühlen von Nähe und Distanz. Die Kreativität, Spontaneität und Simulation bilden das Konzept des PDs.

Das Rollenkonzept ist ein zentraler Begriff, weil der Mensch in jeder Situation einer Rolle ausgesetzt ist – sei es im privaten oder beruflichen Leben. Das Rollenkonzept besagt, dass die Störungen durch eine inadäquate Rollenwahl sowie deren Anwendung zustande kämen. Das Ziel des psychodramatischen Verfahrens bestehe darin, die Rollenflexibilität einzuleiten und somit die Handlungskompetenz zu erhöhen.

Die Triadische Methode – die Psychodrama, Soziometrie und Gruppenpsychotherapie beinhaltet – wird international als PD bezeichnet.

Quellen (Zugriff am 01.08.2017)

<http://psychotherapie.psychodrama-austria.at/>,
<http://www.psychodramazentrum.at/psychodrama.html>,
<http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/oeaggpd/>,
<http://www.phoenix-zentrum.at/methoden/psychodrama>,
<http://www.psychodrama-deutschland.de/>,
<http://www.moreno-psychodrama.de/Psychodrama.htm>,
<http://www.pdh.ch/de/Psychodrama>,
<https://www.psychodrama.ch/methodik/>,
<http://www.ipsr.ch/index.php>.

6.2.3 Systemische Orientierung

Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT)

Theoretischer Hintergrund

Die Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPT) ist eine Weiterentwicklung des neurolinguistischen Programmierens (*Neuro* = jeder Mensch nimmt seine Umwelt mit den Sinnen wahr; *Linguistisch* = drückt die sprachliche Artikulation der Erfahrungen aus; Programmieren impliziert mögliche Veränderung der bewussten sowie unbewussten Verhaltensweisen). Ihren Ursprung hat NLPT in den 1970er Jahren in den USA: der Informatiker Richard Bandler, Sprachwissenschaftler John Grinder u. a. haben sich mit der Frage des Unterschieds zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Menschen auseinandergesetzt und suchten den methodischen Weg, um diesen Unterschied darzulegen.

Auf Basis der Erkenntnisse der Gestalt-, Familien- und Hypnosetherapie wurde das Konzept für das Neurolinguistische Programmieren erstellt. Die Begründer studierten die Arbeits- und Verhaltensweisen, Vorstellungen und Wahrnehmungen der erfolgreichen TherapeutInnen Fritz Perls, Virginia Satir und Milton Erickson. Der Fokus der Beobachtungen lag bei dem Phänomen, das die zuvor genannten Psychotherapierichtungen mit sich brachten: die kreativen Potenziale der KlientInnen sollen innerhalb kurzer Zeit entdeckt und erfolgreich eingesetzt werden. Infolgedessen konzipierten Bandler und Grinder ein Kommunikationsmodell zur Entfaltung und Verwirklichung menschlicher Ressourcen und zur Verbesserung der Kommunikation. Dies fand primär Anwendung in Kommunikations- sowie Persönlichkeitsentwicklungstrainings und Coachings.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Keine Angaben verfügbar.

Setting

Einzel-, Paar-, Gruppensetting.

Frequenz

Keine Angaben verfügbar.

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Der zentrale Aspekt der NLPT besteht aus der zielorientierten Arbeit mit Sinnessystemen, Metaphern und Beziehungsmatrizen der KlientInnen. NLPT ist ein systemisch-imaginatives Therapieverfahren mit integrativ-kognitiven Elementen.

Quellen (Zugriff am 01.08.2017)

<https://nlpt.at/>,

<https://www.swissnlp.ch/wasistnlp.htm>,

<https://www.nlpt.de/was-ist-nlpt/>,

<https://heilpraktiker-psychotherapie-hessen.de/heilpraktiker-lexikon/neuro-linguistische-psychotherapie/>,

<http://www.nlpzentrum.at/was-ist-nlp.html>,

<https://nlp-trainings-tille.de/ausbildung/was-ist-nlp/>.

Systemische Familientherapie (SF)

Theoretischer Hintergrund

Die systemische Familientherapie (SF) hat sich in den 1950er Jahren in den USA und in den 1960er Jahren in Europa (im Speziellen in Deutschland und Italien) entwickelt. In den USA prägten die SF insbesondere Virginia Satir, Paul Watzlawick, Gregory Bateson, Salvador Minuchin u. a.; in Deutschland Horst-Eberhard Richter und Helm Stierlin; Italiens Vorreiterin war Mara Selvini Palazzoli.

Anhand der Beobachtungen von PatientInnen mit Psychosen (vor allem der Jugendlichen), sind die BegründerInnen der neuen psychotherapeutischen Strömung zu der Annahme gelangt, dass das Krankheitsbild nicht einfach ein Ausdruck der innerseelischen Konflikte war, sondern im Zusammenhang mit den Beziehungsstrukturen der nahen Umwelt, also der Familie stand. Die Beobachtung wurde dem Phänomen entnommen, dass die Familienangehörigen in das Geschehen und auch in den Krankheitsablauf der erkrankten Familienmitglieder stark eingebettet waren aber die PatientInnen vorzeitig von der Therapie entzogen.

Die SF vertritt die Annahme, dass die Störungen nicht die Eigenschaften einzelner Personen seien, sondern vielmehr ein Ausdruck aktueller Kommunikations- und Beziehungsmuster in einem System oder einer Systemumweltanpassung. Die Symptome werden als Störungsanzeichen der Entwicklungsmöglichkeiten verstanden.

In den letzten Jahren wurde das Konzept der SF auf weitere Systeme, von denen die Familie umgeben ist (wie Arbeits- und Lebenswelt) sowie auf die Kontexte, in denen eine Therapie oder Beratung stattfindet, erweitert.

Als systemische Therapie wird das therapeutische Verfahren bezeichnet, in dem die SF vor allem im deutschsprachigen Raum eine Subkategorie darstellt.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikation(en)

Keine Angaben verfügbar.

Setting

Einzel-, Paar-, Familientherapiesetting

Helfersysteme; Organisationsberatung, Beratung, Supervision; Fort- und Weiterbildung

Ambulant, stationär, Rehabilitation, Prävention

Frequenz

Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

In Abhängigkeit vom Setting (oft in Doppelsitzungen von einigen Monaten über mehrere Jahre oder als Kurzzeit- oder Langzeittherapien – von einigen Monaten bis hin zu mehreren Jahren).

Es bestehen unterschiedliche Formate der SF:

- ✧ Systemische Konsultation (1-2 Sitzungen, oft als Doppeleinheit);
- ✧ Systemische Krisenintervention (ca. fünf Gesprächstermine, meistens als Doppelsitzungseinheit in kürzeren Zeitabständen);
- ✧ Systemische Kurzzeittherapie (ca. 10 Doppeleinheiten oder 20 Einzelsitzungen innerhalb von 6-9 Monaten);
- ✧ Systemische Langzeittherapie bei schweren und/oder chronischen Krankheitsbildern (ca. 20-30 Doppeleinheiten, bzw. 40-60 Einzelsitzungen im Laufe mehrerer Jahre);
- ✧ Psychiatrische Institutsambulanzen berechnen die therapeutisch notwendige Arbeit mit bis zu 30 Doppeleinheiten über mehrere Jahre;
- ✧ Tagesklinische Multifamilientherapie umfasst die Arbeit mit fünf bis acht PatientInnen und ihren Familienangehörigen in ähnlichem Zeitrahmen wie psychiatrische Institutsambulanzen.

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Das Ziel der SF ist es, in einer kooperativen Zusammenarbeit eine Erweiterung der Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten für die einzelne(n) KlientInnen und für das Familiensystem zu finden. Die gewohnten und festgefahrenen Muster sollen in der therapeutischen Arbeit in Frage gestellt und mithilfe von verschiedenen Techniken neue Sichtweisen für die Selbstveränderung der Einzelnen und des Systems angeregt werden.

Das Hauptwerkzeug der SF ist der öffnende Dialog; der Ausgangspunkt ist das Gleichgewicht zwischen den Erwartungen und Wünschen der KlientInnen und den Möglichkeiten der TherapeutInnen. Auf die einseitige diagnostische Beurteilung soll nicht eingegangen werden. Die Methodik der SF ist breit und reicht von der Fragentechnik, wie zirkuläres Fragen, oder dem Umdeuten, visualisierende Technik, wie z. B. eine Familienskulptur, bis hin zum Einsatz von Bildern und Metaphern.

Quellen (Zugriff am 01.08.2017)

<http://www.lasf.at/ausbildung/>,

<http://www.oegas.at/therapie/systemische-familientherapie.html>,

https://www.systemis.ch/wp-content/uploads/2016/10/2010_05_04_Argumentarium_FtST.pdf,

<https://systemische-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2013/09/Essentials-Systemischer-Therapie.pdf>,

<https://systemische-gesellschaft.de/systemischer-ansatz/was-ist-systemisch/>,

<http://www.familientherapie.org>,

<https://www.dgsf.org/service/was-heisst-systemisch/was-heisst-systemisch-noch>,

<https://www.dgsf.org/service/was-heisst-systemisch/historisches.html>,

https://www.dgsf.org/service/was-heisst-systemisch/familientherapie-systemische_therapie.html,

<http://www.ist.or.at/bin-ich-hier-richtig/dauer-und-setting>.

6.2.4 Verhaltenstherapeutische Orientierung

Verhaltenstherapie (VT)

Theoretischer Hintergrund

Die Verhaltenstherapie (VT) hat sich aus den lerntheoretischen Konzepten in den 1940er Jahren entwickelt. Diese Konzepte beinhalteten die Annahme, dass die meisten psychischen Störungen erlernt wären und daher auch wieder verlernt werden könnten. Als Technik sollen dabei die systemischen Lernprinzipien Anwendung finden.

Die VT war stetig unterschiedlichen Strömungen ausgesetzt; die Bekannteste war die „kognitive Wende“ der 1960-70er Jahre. In den 1980er Jahren folgte die sozialpsychologische Erweiterung und in den 1990er Jahren entwickelte sich die klinische Integration der VT. Sozialpsychologische Konzepte und systemische Elemente fanden fortan mehr Berücksichtigung. Somit ist die VT ein sehr breites psychotherapeutisches Verfahren, das die Gefühle, Gedanken, vergangene sowie aktuelle Erfahrungen und beobachtbares Verhalten umfasst.

Im internationalen Kontext wird die VT häufig auch als kognitive Verhaltenstherapie bezeichnet.

Population

Keine Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Populationsgruppen bekannt.

Indikationen

Soziale Ängste, Zwangsstörungen, Essstörungen, Drogensucht, Verhaltensmedizin (körperliche oder psychosomatische Beschwerden)

Setting

Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppensetting

Einbeziehen der Familienangehörigen ist möglich. Die therapeutischen Interventionen finden bei Bedarf im natürlichen Umfeld statt bzw. dort wo die Klientin/der Klient mit der Problematik konfrontiert sind (erlebbar → veränderbar)

Frequenz

Niederfrequente Intervalle (1-2-mal wöchentlich)

Zentrale Behandlungsaspekte (z. B. Wirkfaktoren)

Die VT vertritt die Annahme, dass ein Problem durch die individuelle Lerngeschichte zumindest mitbeeinflusst werden kann und soll daher ein individuelles Erklärungsmodell konzipieren. Daraus werden die therapeutischen Ziele und eine strukturierte Vorgehensweise abgeleitet. Die Vorgehensweisen bzw. Interventionen sind standardisierte Methoden, die auch in Kombination angewendet werden können. Im Therapieverlauf soll die Klientin/der Klient zu einer aktiven Mitarbeit animiert werden. Ein wichtiges therapeutisches Ziel in der VT ist die Stärkung des Selbsthilfepotenzials der Klientin/des Klienten, somit ist das sich Einlassen auf Veränderungs- und Lernprozesse sowie die Übernahme der Eigenverantwortung unabdingbar.

Quellen (Zugriff am 04.08.2017)

<http://www.verhaltenstherapie.de/verhaltenstherapie/was-ist-verhaltenstherapie/>,

<https://ptw.sfu.ac.at/de/studienangebot-ptw/verhaltenstherapie/>,

<http://www.institut-avm.at/ratgeber/allgemein/psychotherapie1.html>,

<http://www.oegvt.at/default.aspx?pid=2>,

(Zugriff am 08.08.2017)

<https://www.moodpath.de/de/psychotherapie-verfahren/>.



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment