

# 13 Die Ausbildung, Weiterbildung und Supervision von Psychotherapeuten unter der Risikovermeidungsperspektive

Serge K.D. Sulz

## 13.1 Einleitung

Psychotherapie ohne Ausbildung, wie sie z.B. nach dem Heilpraktikergesetz in Deutschland möglich ist, hat nur das Strafgesetzbuch als Instrument der Risikovermeidung. Es ist erstaunlich, dass trotz Berufsbildungsgesetz eine so komplexe berufliche Tätigkeit ohne Ausbildung stattfinden darf. Dieses Gesetz gibt Folgendes vor:

*„Die Berufsausbildung hat die für die Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendigen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit) in einem geordneten Ausbildungsgang zu vermitteln. Sie hat ferner den Erwerb der erforderlichen Berufserfahrungen zu ermöglichen.“*  
(Berufsbildungsgesetz § 1, Absatz 3).

Über den Beruf des Psychotherapeuten schreibt das Psychotherapeutengesetz (§ 1, Absatz 3):

*„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen.“*

Bei Ärzten steht statt dem Begriff Ausbildung das Wort Weiterbildung, die unter Aufsicht der regionalen Ärztekammer steht. In der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Bayern (2004) steht zunächst allgemein für alle Facharzt-Weiterbildungen (§ 1, Absatz 1):

*„Ärztliche Weiterbildung bezweckt im Interesse der bestmöglichen medizinischen Versorgung der Patienten und der Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung das Erlernen besonderer ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach Erteilung der Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes. Kennzeichnend für die Weiterbildung ist die praktische Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung der Patienten.“*

Demnach soll die Ausbildung die Befähigung herstellen, die durch den Beruf (hier Heilberuf) gegebenen Aufgaben (hier Linderung oder Heilung von Störungen von Krankheitswert) im zugehörigen Anwendungsbereich (hier psychische und psychosomatische Störungen und Erkrankungen) qualifiziert zu erfüllen. Im Weiteren bezieht sich dieser Beitrag auch bei Ärzten auf den psychotherapeutischen Teil der Berufsausübung. Der Einfachheit halber soll im Folgenden statt von *Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztlichem Psychotherapeut oder psychologischem Psychotherapeut* der Oberbegriff *Psychotherapeut* (im generischen Maskulinum) verwendet werden. Ebenso wird unter Weglassung der Differenzierungen zwischen Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung oder Supervision nur zusammenfassend von Ausbildung gesprochen.

Wer durch seine Ausbildung das für seinen Beruf notwendige Wissen, die Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat, übt diesen so aus, dass für den Patienten das erreichbare Ausmaß an Nutzen entsteht (Hauptwirkung als Linderung oder Heilung) und dieser ein Mindestmaß an behandlungsbedingtem vorübergehenden Schaden zu erleiden hat (Nebenwirkung). Die Ausbildung soll erreichen, dass vermeidbare Reduktionen der Hauptwirkung und Erhöhungen der Nebenwirkungen möglichst selten auftreten. Sie muss sich also mit diesem Thema befassen, auch unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung (Sulz 2001). Es gibt inzwischen umfangreiche Literatur zu diesem Thema: Dulz (2010), Fäh (2002), Frohburg (2002), Hilgers (2009), Holzbecher (1996), Karasu (1990), Kowarowsky (2005), Noyon und Heidenreich (2009), Rüger (2009).

Die Aussage des ehemaligen Präsidenten der Bundesärztekammer Professor Hoppe im damaligen Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer trifft auch auf die Psychotherapeuten zu:

*„Es soll das Bewusstsein gestärkt werden, dass Fehler – auch in der Medizin – nicht in jedem Fall vermeidbar sind und deshalb das Augenmerk auf der Ursachenanalyse und auf Maßnahmen zur prospektiven Fehlervermeidung liegen muss.“ (Bundesärztekammer 2009, S. 175)*

Der Lernprozess besteht darin, dass sich der in Ausbildung befindliche Psychotherapeut von seinem Startpunkt, an dem er noch nichts kann, in Richtung eines virtuellen Zielpunktes weiterbewegt, an dem er alles richtig macht. Dabei sind die vielen kleinen Fehler während des Lernens, die bald erkannt und korrigiert werden, sehr wertvolle Erfahrungen. Diese Fehler sind Hinweise, wie Psychotherapie besser gemacht werden kann. Es darf beim Lernen aber nicht primär um das Ziel der Fehlerfreiheit gehen. Zu erfolgreichem Lernen gehört eine Kultur der Fehlerfreundlichkeit – innerhalb der Grenzen, die dadurch gesteckt sind, dass der Patient keinen Schaden nimmt.

Große oder anhaltende Fehler können zu Behandlungsfehlern werden, wie sie juristisch definiert sind, und zivil- und strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (Wolfslast 1987; Neubauer 1991; Kletecka-Pulker 2000; Rothärmel u. Fegert 2000; Weber 2002). Während der Ausbildung befindet sich der lernende Psychotherapeut diesbezüglich in einem teils geschützten Raum. Er behandelt unter Anleitung und Super-

vision Störungen bzw. Erkrankungen, die seinem aktuellen Können entsprechen. Die Verantwortung dafür tragen Chef- und Oberärzte, Instituts- und Ambulanzleiter oder Supervisoren.

Risiken und Nebenwirkungen gehören zu jedem Therapieverfahren. Ihre Art, ihre Häufigkeit, ihr Schweregrad und ihr Verlauf sollten dem ausgebildeten Psychotherapeuten bekannt sein. Der Supervisor vermittelt dieses Wissen dem lernenden Psychotherapeuten bei der Fallvorbereitung und Fallbesprechung. Er sucht in den Therapieprotokollen bzw. mündlichen Berichten nach Hinweisen auf Nebenwirkungen.

Zu den Risiken gehört auch die ausbleibende Hauptwirkung. Das rechtzeitige Erkennen, dass ein Verfahren, eine Methode oder eine Intervention bei einem bestimmten Patienten nicht zu wirken beginnt, ist in der Ausbildung ebenfalls ein zentrales Supervisionsthema. Insofern sichert der Supervisor einerseits als Lehrer die Qualität des individuellen Lernprozesses seines Supervisanden, andererseits die Qualität der gerade stattfindenden Therapie.

Diese doppelte Aufgabe der Qualitätssicherung, die das Ausbildungsinstitut bzw. die Klinik an den Supervisor delegiert, führt zurück zum Thema der Risiko- und Fehlervermeidung.

## 13.2 Risiken und Nebenwirkungen unter Ausbildungs- und Fortbildungsbedingungen

Es stellen sich drei Fragen:

1. Mit welchen Risiken, welchen Nebenwirkungen muss vor allem in Ausbildungstherapien gerechnet werden?
2. Wie kann und muss die Psychotherapie-Ausbildung Risiken und Nebenwirkungen in der Ausübung des Berufs nach Abschluss der Ausbildung minimieren?
3. Wie können Psychotherapeuten über Nebenwirkungen informiert und ihnen eine Nebenwirkungsorientierung vermittelt werden?

### 13.2.1 Vermeidung von Nebenwirkungen bei Behandlungen durch Anfänger

Laienhaftigkeit, Unerfahrenheit und unzureichende Reife der Persönlichkeit unterscheiden den Anfänger eventuell am meisten vom ausgebildeten Psychotherapeuten, neben dem noch fehlenden Wissen, den fehlenden Kenntnissen und Fähigkeiten bezüglich der Ausbildungsinhalte. Da Psychotherapeuten in Ausbildung schon sehr früh mit Patienten arbeiten, hat diese Frage einen sehr hohen Stellenwert. Wie kann mit einem jungen, unerfahrenen Therapeuten die Qualität der Krankenversorgung erbracht werden, die der Patient und seine Krankenversicherung beanspruchen können?

Professionalität, therapeutische Erfahrung und Entwicklung und Reifung der Therapeutenpersönlichkeit sind neben den konkreteren fachlichen Kompetenzen wichtige Entwicklungslinien der Ausbildung. Bis diese das erforderliche Niveau erreicht haben, können sich bestimmte Fehler mehr häufen als bei ausgebildeten Therapeuten. So gibt es eine Reihe von Selbstüberschätzungen, für die insbesondere Anfänger anfällig sind:

- „Normalität ist, wie mein Leben bisher war, wie die Menschen in meinem Lebensbereich sind. Da kann ich mich auf mein Gefühl verlassen.“
- „Meine Art, Probleme zu lösen, ist für meine Patienten zu empfehlen. Ich habe da schließlich sehr gute Erfahrungen gemacht.“
- „Gründliche Exploration und Anamnese stehlen nur die Zeit für Therapie. Es zeigt sich schon noch, was wichtig ist.“
- „Dem Patienten geht es so schlecht, ich muss ihm sofort helfen und darf keine Zeit mit Diagnostik verlieren.“
- „Ich sehe dem Patienten an, was ihm fehlt, da sind Symptom-Fragebögen und strukturierte Interviews zur Befunderhebung nicht nötig.“
- „Die Persönlichkeit des Patienten erkenne ich auch durch unser Gespräch. Fragebogen und Interview erübrigen sich.“
- „Differenzialdiagnostik ist übertriebene Gründlichkeit.“
- „Wann genau eine Störung bzw. Erkrankung begann, muss ich nicht wissen. Da kann es höchstens um oberflächliche Anlässe gehen. Ursache ist ja doch die Kindheit.“
- „Die meisten Symptome entstehen, weil der Patient dadurch Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommt.“
- „Welche Art von Stress zur Symptombildung führte, ist nicht so wichtig.“
- „Warum sollte ich die Therapiesitzung protokollieren? Ich habe ja ein gutes Gedächtnis.“
- „Dem Patienten geht es so schlecht, da muss ich einfach 15 Minuten überziehen.“
- „Die Patientin ist so verzweifelt und traurig, die muss ich jetzt fest umarmen.“
- „Mir gefällt meine junge Patientin, ich lade sie ins Café ein.“
- „Wenn ich mich in meine Patientin verliebe, sind das ja authentische Gefühle. Dann ist erotischer Kontakt kein Missbrauch.“
- „Wenn ich zehn bis fünfzehn Minuten zu spät komme, brauche ich mich dafür nicht beim Patienten zu entschuldigen. Schließlich habe ich ja so viel zu tun.“
- „Was ich von Patienten höre, ist so spannend, dass ich das gern Freunden im Vertrauen erzähle.“
- „Wenn ein Patient nicht kommt, ohne abzusagen, ist das für mich kein Thema. Da bin ich großzügig.“
- „Wenn ein Patient zu mir kommt, weiß er schon, weshalb. Da brauche ich ihn nicht über alternative Therapiemöglichkeiten aufzuklären.“
- „Bei meinen Therapien gibt es keine Risiken, über die ich meinen Patienten aufklären könnte.“
- „Nebenwirkungen hat meine Therapie nicht. Ich wüsste nicht welche.“
- „Therapieverträge sind was für Spießbürger. Wir kommen auch so miteinander klar.“
- „Ziele muss ich doch nicht extra formulieren. Die sind doch klar, sobald ich das Problem verstanden habe.“
- „Es reicht, wenn ich die Ziele im Kopf habe. Die muss ich doch nicht mit dem Patienten aushandeln.“
- „Den Therapieplan schreibe ich nach der Therapie. Dann steht wenigstens drin, was ich gemacht habe.“
- „Therapien mache ich spontan auf meine Weise. Therapieschulen sind sowieso out.“
- „Ich gebe dem Patienten viele Ratschläge, das hilft ihm ganz konkret.“

- „Ich muss doch nicht begründen, was ich mit dem Patienten mache. Das ist meine Intuition.“
- „Die beste Therapie ist, wenn es dem Patienten nach der Sitzung gut geht.“
- „Mit dem Lebenspartner meiner Patientin rede ich nicht. Es ist besser, wenn sie sich von ihm trennt.“
- „Ich bin der wichtigste Mensch im Leben meiner Patientin. Das hilft ihr.“
- „Suizidankündigungen überhöre ich. Sonst verstärke ich die appellative Neigung des Patienten.“
- „Wenn es in der Therapie nicht weitergeht, dann hat der Patient eine Persönlichkeitsstörung.“
- „Wenn ich dem Patienten nicht helfen kann, kann es niemand. Schließlich habe ich alles versucht.“

Einige dieser Irrtümer verlieren sich rasch, andere halten sich beharrlicher und bleiben damit Supervisionsthema. Gerade sie stellen Risiken der Therapie dar und gerade sie erzeugen Nebenwirkungen. Doch auch die gegenteiligen Aussagen aus einer unsicher-zögerlichen Haltung heraus kommen nicht selten vor. Falsche Grundhaltungen und spontane unreflektierte Aktionen des Therapeuten nehmen mithilfe der Supervision rasch ab.

Hier spielt zudem die Selbsterfahrung eine sehr große Rolle, die dazu führt, dass sich der Therapeut im Umgang mit dem Patienten frühzeitig dabei ertappt, eine unprofessionelle Transaktion zu beginnen. Er kennt sich selbst inzwischen so gut, dass er weiß, dass er bestimmte Eigenschaften des Patienten aus seiner eigenen Geschichte heraus nicht gut akzeptieren kann (z.B. dessen Genauigkeit oder Schlampigkeit), dass er bestimmte Interaktionsangebote des Patienten überinterpretiert (z.B. mürrisch verschlossen), dass er auf bestimmte Verhaltensweisen des Patienten übermäßig reagiert (z.B. Kritik oder ausgiebiges Klagen), dass er dazu neigt, etwas zu tun, wovon er schon vorher weiß, dass es zum Gegenteil des gewünschten Ergebnisses führt (z.B. einen ängstlichen Patienten drängeln). Er lernt aber auch, die motivationale Funktion von Interaktionsangeboten des Patienten zu erkennen (z.B. viel Reden als Versuch, die Aufmerksamkeit und damit die Anwesenheit des Therapeuten zu sichern). Er macht rasch sehr große Fortschritte hinsichtlich seiner Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und damit zu echter Empathie (z.B. Erspüren der großen Not, die hinter aggressivem Verhalten stecken kann). Die supervisorische Arbeit ist sehr viel leichter, wenn bereits Selbsterfahrung stattgefunden hat, der Supervisand weiß aus eigener Erfahrung sofort, wovon der Supervisor spricht.

Bei Ausbildungstherapien fällt auf,

- dass bei einigen Psychotherapeuten häufiger Therapieabbrüche vorkommen,
- dass sich Therapeuten überfordert fühlen und die Patienten sich als Belastung empfinden,
- dass Patienten sich nicht sicher aufgehoben fühlen (z.B. bei größerem Altersunterschied oder sichtbarer Unsicherheit des Therapeuten),
- dass bei Eskalation der Symptomatik der Therapeut panisch und kopflos reagiert und der Patient auf sich allein gestellt ist,
- dass die Therapeutin sich zu rasch bedroht fühlt und der Patient keine sichere Begrenzung erfährt.

Psychotherapeuten in Ausbildung haben noch kein sicheres Gefühl dafür, wie invasiv ihre Intervention allgemein oder bei bestimmten Patienten wirkt. Umgekehrt

haben sie noch kein Gefühl, wie invasiv in bestimmten Momenten ihre Intervention sein muss, dass sie beim Patienten ankommen und wirken kann. Das Schwanken zwischen zu wenig und zu viel ist typisch für die Ausbildungssituation, was durch Supervision in ihren Auswirkungen auf den Patienten abgemildert wird.

Falsche Überzeugungen und Grundhaltungen junger Therapeuten können die Lebensbezüge des Patienten nachhaltig schädigen, z.B. wenn bei den Therapeuten eine zu starke Änderungsmotivation vorliegt, davon ausgehend, dass die momentanen Verhältnisse dem Patienten schaden, nicht das Richtige für ihn sind und nur durch ihre Änderung die Therapie weiterkommen kann:

- Der Patient bricht eine Ausbildung ab.
- Der Patient wechselt das Studium.
- Der Patient wechselt die Arbeitsstelle.
- Der Patient wechselt den Beruf.
- Der Patient wechselt die Partnerin.

Später zeigt sich evtl., dass sich dort sein Unglück wiederholt, er nichts gewonnen, nur verloren hat. Bedenkt man wie groß die Vielfalt möglicher Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie ist, so wird deutlich, dass die gesetzlich vorgeschriebene sehr aufwändige und gründliche Ausbildung eine unverzichtbare Notwendigkeit ist.

### 13.2.2 Nebenwirkungsbewusstsein bei erfahrenen Therapeuten

Aus dem Ausbildungsprozess entsteht die professionelle Struktur des Therapeuten. Etwas, was nicht mehr verloren geht oder verloren gehen sollte. Etwas, auf dem aufgebaut werden kann. Etwas, womit Patient und Gesundheitssystem zuverlässig rechnen können. Drei Jahren Ausbildung stehen dreißig Jahre Berufstätigkeit gegenüber. Lebenslange Fortbildung hilft, dieses Versprechen einzuhalten. Es gibt leider keine empirischen Studien im psychotherapeutischen Bereich, die die berufliche Kompetenz unmittelbar nach der Ausbildung und fünf sowie zehn Jahre später vergleichen, sodass Wissen bestehen würde, dass dieser Aspekt der Strukturqualität auch wirklich von Dauer ist.

Es gibt eine Reihe von Fehlverhaltensweisen auch bei langjährig tätigen Psychotherapeuten:

- Therapie im Wohnzimmer
- private Freundschaft mit dem Patienten
- Benutzen des Patienten für kostenlose Hilfsdienste
- erotische Kontakte
- unvollständige Befunderhebung
- fehlende Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- fehlende somatische Abklärung
- fehlende biografische Anamnese
- Überschätzung der eigenen Kompetenz
- Unterschätzung des Schweregrads einer Störung
- fehlende Differenzialindikation
- falsche Indikationsstellung
- nicht erkennen eines Notfalls

- unterlassene Hilfe im Notfall
- Absetzen dringend benötigter Medikamente
- zu späte oder unterlassene Einweisung ins Krankenhaus
- fehlende Orientierung an Leitlinien und Evidenzbasierung
- ineffektive Qualitätssicherung
- fehlendes Wissen über Nebenwirkungen psychotherapeutischer Interventionen
- fehlendes Erkennen von Nebenwirkungen
- fehlende Kompetenz in der Minimierung von Nebenwirkungen

Diese Liste ließe sich fortsetzen, vor allem um therapieprozessbedingte Risiken und Nebenwirkungen. Schädliche Wirkungen können Interventionen z.B. dann haben, wenn der Therapeut nicht darauf achtet,

- dass der Patient seine Aufklärung und Instruktion wirklich verstanden hat,
- dass der Patient trotz Zustimmung nicht wirklich einverstanden und bereit ist,
- dass der Patient sein Interaktionsangebot falsch interpretiert,
- dass starke Emotionen den Patienten hindern, ihm weiter zu folgen,
- dass traumatische Erinnerungen plötzlich bewusst werden,
- dass seine Intervention eine Panikattacke auslösen kann,
- dass die Patientin sich längst in ihn verliebt hat und woanders mit ihren Gefühlen ist,
- dass er Widerstand aufbaut, statt abzubauen,
- dass es ein Geheimnis gibt, das alles unter einem anderen Licht erscheinen ließe,
- dass er viel zu kühl und sachlich bleibt, um glaubhaft empathisch wirken zu können,
- dass er die kritische Nähe-Distanz-Grenze des Patienten überschreitet,
- dass der Patient nicht zugänglich ist für Esoterik oder Religionen,
- dass ein religiöser Patient ein Problem hat mit dem expliziten Atheismus des Therapeuten,
- dass die betont weibliche Bekleidung der Therapeutin ein zu starker Anreiz für den Patienten ist,
- dass er schon lange nicht mehr richtig hinhört, weil er vorher schon weiß, was der Patient sagen will,
- dass der Patient sich im Lauf der Therapie entwickelt hat und weniger Fürsorge möchte,
- dass der Patient gar nichts unternimmt, um vereinbarte Änderungen zu bewirken,
- dass der Patient schon viel zu lange keine nennenswerten Fortschritte macht.

Wer nicht regelmäßig einen Qualitätszirkel, eine Interventionsgruppe, eine IFA-Gruppe oder Balintgruppe besucht oder sich in größeren Abständen eine Einzelsupervision nimmt, läuft Gefahr, solche Skotome beizubehalten. Wer nicht ausgebildet ist, hat keinen Sinn für diese Fehlermöglichkeiten, nimmt diese nicht wahr und kann sie auch nicht in der Intervention thematisieren. In der Ausbildung hilft vor allem Video-Supervision, diese Prozessfehler zu entdecken und eine Sensibilität dafür zu entwickeln.

### 13.3 Risikovermeidung und Nebenwirkungsminimierung durch Ausbildung und Supervision

Risikovermeidung steht Chancennutzung entgegen, Nebenwirkungsminimierung steht Hauptwirkungsmaximierung entgegen, obwohl das nicht Pole einer Skala sind. Heilungschancen nutzen ohne vermeidbare Risiken einzugehen, große Hauptwirkung erzielen, ohne dass nennenswerte Nebenwirkungen entstehen, ist bei schwierigeren Therapiefällen ein Balanceakt, auf dessen Meisterung durch die Ausbildung hingeführt wird.

Gelernt wird zuerst an einfacheren Fällen und mit dichter supervisorischer Begleitung. Der praktischen Ausübung der Psychotherapie liegt das Wissen über die heute äußerst umfangreichen wissenschaftlichen Erkenntnisse der Diagnostik und Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen und Erkrankungen zugrunde.

#### 13.3.1 Theoretische Ausbildung: Wissen ist Risikovermeidung

Weder das Psychologiestudium noch das Medizinstudium bieten das für die Psychotherapie notwendige Wissen, obgleich beide sehr wichtige Beiträge leisten (Klinische Psychologie auf der einen und Psychiatrie und Psychosomatische Medizin auf der anderen Seite). Deshalb ist der Katalog der Facharzt-Weiterbildung sehr umfangreich. Und deshalb verlangt das Psychotherapeutengesetz 600 Stunden Theorie-Seminare und Vorlesungen, davon 200 Stunden wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie (Hiller et al. 2004). Es kommen weitere 400 Stunden im gewählten vertiefenden Psychotherapie-Verfahren hinzu, z.B. in der Verhaltenstherapie bei Erwachsenen (Leibing et al. 2003). Es kann reflektiert werden, welches Risiko besteht, wenn Wissen nicht verfügbar ist, z.B.:

- wenn kein Wissen über Zweck, Vorgehensweise und Urteilsbildung in der Diagnostik vorliegt,
- wenn keine Zusammenschau des Fallverständnisses, der daraus abgeleiteten Zielanalyse und der Therapieplanung erfolgt,
- wenn die Bedeutung der Rahmenbedingungen nicht bekannt ist,
- wenn die Notwendigkeit wichtiger Settingparameter nicht verstanden wurde,
- wenn die Patient-Therapeut-Interaktion als wesentlicher Wirkfaktor nicht reflektiert werden kann,
- wenn Konzepte und Techniken nicht verfügbar sind,
- wenn nicht bekannt ist, wie spezifische Störungen zu behandeln sind und worauf zu achten ist.

#### 13.3.2 Supervision: Können ist Risikovermeidung

Der Qualifizierungsprozess von Psychotherapeuten verlangt selbst durchgeführte Psychotherapien unter Supervision. Dies ist ein intensiver Lernprozess, in dem alle bisher besprochenen Themen Platz haben.

Gegenstand der Supervision ist dabei (Sulz 2007, S. 81):

- die praktische Ausbildung eines Therapeuten, ausgehend von den von ihm durchgeführten Behandlungen

Die Ziele der Supervision lassen sich allgemein so formulieren:

- Qualifizierung der psychotherapeutischen Behandlung konkreter Fälle mit psychischen oder psychosomatischen Störungen
- Aufbau der Fähigkeit, Psychotherapien professionell und selbstständig durchzuführen.

Die Aufgabe des Supervisors ist, dem Therapeuten zu helfen,

- sein theoretisches Wissen und die gelernten Fertigkeiten auf den konkreten Fall anzuwenden und
- diese Umsetzung zu einer bleibenden Fähigkeit zu machen.

Der Psychotherapeut lernt an seinem Patienten mit seinem Supervisor den State of the art der Psychotherapie in seiner gewählten Vertiefung, z.B. Verhaltenstherapie. Das beginnt mit dem Einrichten des Behandlungsraums, der Sitzcke, der Vorbereitung der Videoanlage, dem Bereitlegen des Therapieprotokollbogens, der Fragebögen und Ratingskalen, geht über das Zeitmanagement, die Terminierungen, Gesprächsführung, Aufklärung, Vereinbarung der gemeinsamen Therapieziele, Besprechen des Therapievertrags, Monitoring und Nutzen der therapeutischen Beziehung, gezieltes Einsetzen therapeutischer Wirkfaktoren über Empathie, Emotionswahrnehmung, metakognitive Reflektion des Therapieprozesses, Anwendung von Interventionen bis zum regulären Beenden der Therapie und zu Katamnesegesprächen.

Der Supervisor hat dabei folgende möglichen Therapeuten-Fehler im Auge (Sulz 2007):

- Hat der Therapeut ein ausreichend stabile Persönlichkeit?
- Ist der Therapeut in der Lage, die Bedingungsvariablen aus der Lebensgeschichte und der Gegenwart zu explorieren und sie zu einer funktionalen Verhaltensanalyse zusammensetzen?
- Ist der Therapeut motiviert und in der Lage, aus der Verhaltens- und Bedingungsanalyse eine Fallkonzeption mit Zielanalyse und Therapieplan zu erstellen?
- Ist der Therapeut bereit und fähig, eine strukturierte zielorientierte Therapie durchzuführen?
- Ist der Therapeut ausreichend empathisch?
- Setzt der Therapeut dem Patienten ausreichend Grenzen?
- Ist der Therapeut ausreichend warmherzig?
- Ist der Therapeut ausreichend konfrontativ?
- Verfolgt der Therapeut ausreichend momentan auftretende Gefühle des Patienten und formuliert sie als S-R-Einheiten (Tracking)?
- Validiert der Therapeut den Patienten ausreichend?
- Unterlässt der Therapeut invalidierende Interpretationen von gedanklichen und emotionalen Reaktionen des Patienten?
- Lenkt er die Aufmerksamkeit ausreichend von kurzfristigen auf langfristige Folgen des Verhaltens?
- Lehrt der Therapeut ausreichend neue Fertigkeiten im Umgang mit schwierigen Situationen?
- Setzt der Therapeut ausreichend Modelllernen ein?
- Verwendet der Therapeut ausreichend Achtsamkeitsstrategien, Akzeptanzstrategien, Expositionsstrategien oder Änderungsstrategien?
- Gelingt es dem Therapeuten, die Balance zwischen Nachgeben und Grenzen setzen zu finden, zwischen Akzeptanz- und Änderungsstrategien, Emotions-

und kognitiver Problemlösungsfokussierung, Flexibilität und Beharrlichkeit, Wahrnehmung von Gefahren- und von Sicherheitssignalen?

- Überlässt der Therapeut dem Patienten genügend Raum für eigenes Entdecken (Selbstbeobachtung), das Einnehmen einer eigenen Werthaltung (Selbstbewertung), das Finden eigener Ziele (Selbstmanagement)?

Jeder Aspekt birgt Risiken und Nebenwirkungen, die der Supervisor im Blick hat. Die Ausbildung führt durch jahrelanges Einüben therapeutischen Reflektierens und Handelns mit anschließender Nachbearbeitung in der Supervisionssitzung dazu, dass die Relation von Haupt- zu Nebenwirkung und von Chance zu Risiko günstiger wird, soweit das Therapeutenverhalten direkten Einfluss darauf hat.

Insgesamt dient die psychotherapeutische Ausbildung dazu, ein sicheres und stabiles Qualifikationsniveau zu erreichen, das befähigt, psychische und psychosomatische Störungen und Erkrankungen so zu diagnostizieren und zu behandeln, dass Linderung bzw. Heilung ohne vermeidbare Risiken und Nebenwirkungen erfolgen kann. Dieser Aufgabe kann die Ausbildung gerecht werden, wenn sie selbst Qualifikationskriterien einhält (Sulz 1999).

## 13.4 Kontinuierliche Qualitätssicherung

Bislang wurden nur Ausbilder und Supervisoren als Akteure betrachtet, nur ihre Verantwortung betont. Spätestens mit Abschluss der Ausbildung ist ihre Arbeit getan. Der Psychotherapeut ist sich selbst überlassen und sollte sich selbst um die Aufrechterhaltung dieses und anderer Aspekte der Qualitätssicherung kümmern. Deshalb ist die Vermittlung von Qualitätsmanagement eine prominente Aufgabe der Ausbildung. Sehr früh sollte der Psychotherapeut in Ausbildung in das Wesen des Qualitätsmanagements eingeführt werden, sodass er selbst die bislang besprochenen Aufgaben übernimmt (Sulz et al. 2003; Sulz 2006, 2008).

### 13.4.1 Qualitätsmanagement

Das Sozialgesetzbuch V macht sehr klare Vorgaben für das Qualitätsmanagement in Praxis und Klinik und hat die Umsetzung dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen übertragen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2005). Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Aufgabe, die Einhaltung dieser Vorgaben zu prüfen. Es werden verschiedene Qualitätsmanagementsysteme (QM) angeboten. Für die Psychotherapie eignen sich QUEP (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006) und VDS QM-R (Sulz 2005, 2008).

Im Zentrum des QM steht die Qualitätsschleife (s. Abb. 1), die festlegt, wie Risikovermeidung erfolgen kann. Der Therapeut hat das Wissen um mögliche Fehler. Er hat diesbezüglich eine aufmerksame Haltung, ein Monitoring, das einer Fehlersuche „aus den Augenwinkeln“ entspricht. Diese aufmerksame Haltung führt zu einer frühen Fehlererkennung, die in einem Ereignisprotokoll dokumentiert wird (der Empfehlung folgend, den Begriff des Fehlers so oft wie möglich durch das Wort Ereignis zu ersetzen). Dabei wird wie bei einer Situations- und Verhaltensanalyse festgehalten, in welcher Situation wer was und wie machte oder unterließ. Auf der Basis der so vorhandenen Daten wird eine Fehleranalyse durchgeführt, sodass genau verstan-

den werden kann, wie der Fehler zustande kommen konnte. Dieses Verständnis führt dazu, dass ein guter Weg gefunden wird, den Fehler zu beheben. Das QM ist so eingerichtet, dass geprüft wird, ob der Fehler wirklich behoben wurde und ob die Maßnahme zur Behebung des Fehlers ausreichend wirksam war. Ist zu erwarten, dass der betreffende Fehler wieder vorkommt, oder hat dieser so schwerwiegende Folgen, dass er nicht mehr vorkommen darf, werden vorbeugende Maßnahmen geplant und installiert, die verhindern, dass der Fehler wieder auftritt (Risikovermeidung).

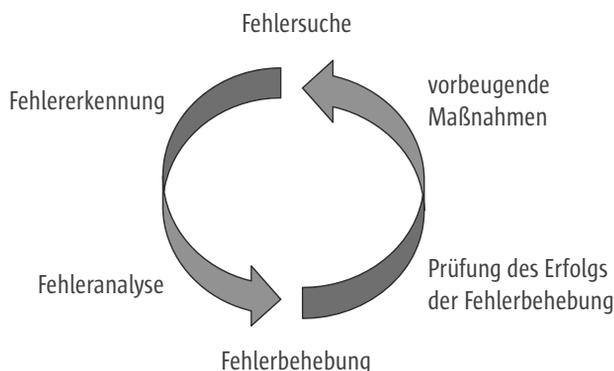


Abb. 1 Fehler-Management: die Qualitätsschleife (aus Sulz 2001, S. 34, mit freundlicher Genehmigung von CIP-Medien)

Das QM-Ereignis- bzw. Fehlerprotokoll (Sulz 2006, S. 56) stellt folgende Fragen, die der Risikovermeidung dienen. Bis zur Erledigung bleibt das Ereignisprotokoll vorn auf dem Therapieprotokollheft fixiert.

### Ereignissuche

- Wann wurde das Ereignis entdeckt (Datum, Situation)?
- Wie wurde das Ereignis entdeckt?

### Ereignisanalyse

- Worin genau bestand das Ereignis?
- Welche Auswirkungen hatte das Ereignis?
- Welche Situation hat der Therapeut nicht oder falsch wahrgenommen bzw. falsch eingeschätzt?
- Welche diagnostischen oder therapeutischen Interventionen wurden nicht oder ineffektiv durchgeführt?
- Was hinderte den Therapeuten daran?
- Wie kann der Therapeut dies ändern, was muss er konkret wie tun?

### Ereignisbearbeitung

- Worin besteht die Ereignisbearbeitung?
- Wann ist die Ereignisbearbeitung vorgesehen?
- Wurde die Ereignisbearbeitung eingeleitet?

### Prüfung des Erfolgs der Ereignisbearbeitung

- Wie wird geprüft, ob das Ereignis behoben ist?
- Woran ist erkennbar, dass die Ereignisbearbeitung erfolgreich war?
- War die Ereignisbearbeitung erfolgreich und ist sie abgeschlossen?

### Ereignisvorbeugung

- Kam das Ereignis in letzter Zeit wiederholt vor?
- Wenn ja, welche Maßnahmen können dem Ereignis zukünftig vorbeugen?
- Welche vorbeugende Maßnahme wird durchgeführt?
- Woran ist erkennbar, dass die vorbeugenden Maßnahmen durchgeführt werden und greifen?
- Sind die Maßnahmen zur Ereignisvorbeugung effektiv etabliert worden?
- Wurde das Ereignis im Qualitätszirkel vorgetragen?

### 13.4.2 Intravision

Die fehlerfreundliche Atmosphäre in der Supervision hilft dem Psychotherapeuten in Ausbildung, die Fähigkeit zu erwerben, selbstständig sein Therapeutenverhalten zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Dies ist ein Prozess der Selbst-Supervision oder „Intravision“ (Sulz 2007). Ohne Schulung dieser Befähigung ist die Ausbildung nicht ausreichend abgeschlossen. Denn sie stellt einen wesentlichen Aspekt der dauerhaften Erhaltung der therapeutischen Qualifikation dar. Therapeuten tun das stets, haben dem Vorgang aber bislang keinen Namen gegeben. Sie versuchen, sich auf die Finger zu schauen, den Umgang mit ihren Patienten zu beobachten, in sich hineinzuhören, welche Gefühle und Motive ihr therapeutisches Handeln begleiten oder steuern. Therapeuten achten auf prozessuale Momente in der Begegnung mit dem Patienten. Diese Beobachtungen greifen sie auf und versuchen, sie hinsichtlich ihrer Förderlichkeit oder ihrer hemmenden Einflüsse auf einen optimalen Therapiefortgang zu reflektieren und zu bewerten. Dadurch wird ein größeres Bewusstsein bezüglich subtiler Begleitprozesse geschaffen, die therapeutisch zu nutzen versucht wird. Therapeuten schauen sich einmal aus der Vogelperspektive zu, einmal geht ihre Wahrnehmung nach innen.

Insofern ist Intravision das bestmögliche verfügbare Monitoring mangels Dialogpartner (Intervision und Supervision) zur Erhaltung und Erhöhung der Qualität der therapeutischen Arbeit. Es gleicht dem Supervisions- und Intervisionsprozess. Statt des Dialogs mit einer anderen Person führt der Therapeut einen gedanklichen Dialog mit sich selbst, einen inneren Dialog – demnach nach innen verlagerte Inter- und Supervision. Diese ist in ihren Möglichkeiten begrenzt durch den blinden Fleck für das eigene System, durch das Fehlen der Anregungen, die sich erst im externen Dialog ergeben können, analog zum Brainstorming. Statt auf den nächsten Intervisions- oder Supervisionstermin zu warten, übt sich der Therapeut einseitig in Intravision.

### 13.4.3 Intervision

Arbeitsgruppen während der Ausbildung, in denen ohne Anwesenheit eines Supervisors Fälle besprochen werden, leiten mit Abschluss der Ausbildung in eine Kultur

der Interventionsgruppen über: Von der Supervision zur Intervention. Intervention ist die gegenseitige Supervision von praktizierenden Psychotherapeuten. Während einer Interventionssitzung nehmen einige Gruppenteilnehmer spontan die Supervisorenperspektive ein, andere gehen in die Perspektive des berichtenden Therapeuten.

In einigen Interventionsgruppen gleicht der Ablauf zu Beginn eher einer Interaktiven Fallarbeitsgruppe mit oder ohne Moderator und in der zweiten Hälfte einer Supervisionsgruppe ohne Supervisor. Ab fünf Teilnehmern lohnt es sich, einen Moderator zu wählen, damit die Struktur des zeitlichen und kommunikativen Ablaufs eingehalten werden kann, die zuvor vereinbart wurde. Treffen sich nur zwei Therapeuten, so ergibt sich deutlicher die Rollenverteilung zwischen Supervisand und Supervisor. Wichtig erscheint, dass der Referent sich nicht gezwungen fühlt, die Vorschläge der anderen aufzugreifen und umzusetzen. Er erhält einen Warenkorb von Impulsen, wählt bereits in der Sitzung aus, welche er mitnehmen möchte und entscheidet sich erst später, welche von diesen er auch umsetzt.

Meistens geht das ohne Supervisor recht gut. Die Impulse aus der Gruppe reichen gut aus, die Rückversicherung durch die Gruppe gibt neuen Schwung und Optimismus. Oder sie helfen im nötigen Ausmaß die eigenen Aktivitäten zu bremsen.

Jede Interventionsgruppe weiß, dass nicht für jeden Fall bzw. jedes Problem eine Lösung in der Sitzung erarbeitet werden kann. Und fast alle haben die Erfahrung gemacht, dass nicht die in der Interventionssitzung erarbeitete Lösung das war, was die Therapie wieder in Gang gebracht hat, sondern einfach die Möglichkeit, in der gemeinsamen Betrachtung des Therapieproblems aus seiner festgefahrenen Perspektive herauskommen zu können. Fast wie durch ein Wunder läuft auch ohne Patentrezept die Therapie wieder gut. Manchmal fühlt sich der Referent freier und besser, wenn es zu keiner expliziten „richtigen“ Lösung in der Supervisionssitzung kam.

#### 13.4.4 Qualitätszirkel

Eine andere Art der Intervention sind Qualitätszirkel nach der Qualitätssicherungsvorgabe des SGB V (Haerter et al. 1999; Sulz et al. 2003). Nach der Ausbildung werden Gruppen gebildet werden, die sich beispielsweise monatlich treffen. Sie sind zugleich Qualitätszirkel (QZ) und Interventionsgruppe (Sulz 2006). Der QZ-Abend besteht aus drei Abschnitten:

- Berichte aus den Praxen – aktuelle Probleme und deren Lösung
- Bearbeitung eines Qualitätsaspektes – Wissensvermittlung, Schulung, Diskussion, Konsentierung
- Intervention mit Vorstellung eines Falles

Im ersten Teil der Sitzungen wird so vorgegangen, dass zuerst eine kürzere Runde mit Berichten aus den Praxen erfolgt, dann auf genannte Probleme eingegangen wird und anschließend möglichst gemeinsame Problemlösungsvorschläge erarbeitet werden. Vorgehensweisen im Mittelteil der QZ-Sitzungen ist jeweils Vortrag, Demonstration mit Videoaufnahmen von Therapiesitzungen, Rollenspiel, Diskussion, Konsenssuche bezüglich des Vorgehens in den Praxen. Der dritte Teil besteht aus einer Fallvorstellung eines Therapeuten unter Berücksichtigung der Ergebnisse und Erfahrungen mit dem internen QM. Ergebnis ist ein vertieftes Fallverständnis mit Feedback der anderen Teilnehmer, Explikation des weiteren Vorgehens in der Therapie durch den The-

rapeuten und Einüben in der Einnahme der QM-Perspektive bei der Fallbetrachtung. Das stärkste Motiv zum regelmäßigen Besuch ist dabei oft die Fallbesprechung.

### 13.4.5 IFA-Gruppe und Balintgruppe

Ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung, das sich Psychotherapeuten bereits in der Ausbildung aneignen können, ist die IFA-Gruppe (Interaktionelle Fallarbeitsgruppe, Sulz 2003) oder die Balintgruppe. Diese beiden Instrumente entstammen der Tradition der ärztlichen Psychotherapie. Die Evaluationskriterien der IFA-Gruppe (Knickenberg u. Sulz 2003) zeigen, in welcher Weise diese ein Instrument der Risikovermeidung sein kann und in welchem Ausmaß sie supervisorische Zwecke verfolgt:

#### Interaktionsverhalten – kurzfristig

- Erkennt der Therapeut bereits in der Therapiesitzung ein dysfunktionales steuerndes Interaktionsangebot des Patienten?
- Kann der Therapeut seine eigenen situativen Gefühle, Bedürfnisse und Ängste als Diagnostikum einsetzen, um das Interaktionsangebot des Patienten rechtzeitig zu identifizieren?
- Kann der Therapeut eine Funktionsanalyse des dysfunktionalen Angebotes des Patienten durchführen?
- Kann der Therapeut die Funktion des Interaktionsverhaltens des Patienten in ein erweitertes Fallverständnis einordnen?
- Kann der Therapeut dieses diagnostische Erkennen therapeutisch nutzen?

#### Therapeutenvariable – langfristig

- Hat der Therapeut langfristig seine Selbstwahrnehmung so erweitert, dass er mehr auf seine Gefühle und Bedürfnisse in der Interaktion achtet, um die laufende Interaktion besser diagnostisch und therapeutisch nutzen zu können?
- Hat der Therapeut langfristig seine Selbstreflexion so erweitert, dass er seine Neigung, unreflektiert auf solche Interaktionsangebote einzugehen, benennen kann?
- Hat der Therapeut langfristig seine Beziehungswahrnehmung so erweitert, dass er die Rolle der zentralen Verstärker und Vermeidungstendenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen erkennt?
- Hat der Therapeut langfristig seine Beziehungsreflexion so erweitert, dass er sich von seinen Problem-Gefühlen distanzieren kann, um empathisch das Emotionale des Patienten zu verstehen und zu akzeptieren?
- Hat der Therapeut langfristig seine funktionsanalytische Kompetenz so erweitert, dass er von der konkreten Interaktion zu einer Gesamtschau des Falles übergehen kann, die Lerngeschichte, Gegenwartskontext, Persönlichkeit mit vorherrschenden dysfunktionalen Interaktionsmustern und Beziehungsgestaltungstendenzen mit der Symptombildung und -aufrechterhaltung in Zusammenhang bringen kann?
- Hat der Therapeut langfristig seine Therapie-Kompetenz so erweitert, dass er aktiv Interaktions- und Beziehungsmuster inner- und außerhalb der Therapie in sein therapeutisches Konzept einbezieht und zu neuen wirksamen Interventionen findet?

Da IFA-Gruppe und Balintgruppe eindeutig Selbsterfahrungsanteile enthalten, dürfen diese Gruppen nicht von einem Vorgesetzten geleitet werden.

Die Ausbildung beginnt im praktischen Teil mit der Supervision, um aber deren zentralen Gewinn nicht sofort nach der Ausbildung verschwinden zu lassen, ist es Aufgabe der Ausbildung, solche Instrumente zu implementieren, die auch nach Abschluss der Ausbildung weiter eingesetzt werden:

- Intravision,
- Intervision,
- IFA-Gruppe oder Balintgruppe und
- Qualitätszirkel.

## Zusammenfassung und Schussfolgerungen

Psychotherapie-Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung stellen die notwendige Qualifikation her, um beruflich psychotherapeutisch selbstständig in der Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen tätig werden zu können. Die Forschung hat sich bisher auf den Nachweis der Wirksamkeit konzentriert. Da heute der gesundheitliche und ökonomische Nutzen der Psychotherapie nicht mehr bestritten wird, gehen die Betrachtungen auch auf den möglichen Schaden durch Psychotherapie über. Bezüglich der Wechselwirkung von Ausbildung und Supervision mit Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie gibt es noch keine empirischen Daten. Implizit ist dieses Thema jedoch umfänglich in Ausbildungskonzepten und in der Ausbildungspraxis enthalten. Nicht anders als in anderen Berufen wird therapeutisches Handeln so gelernt, dass eine Intervention gelingt. Dabei wird vermittelt, wie vorgegangen werden muss und wie nicht, damit es nicht schief geht. Wenn eine Intervention nicht gelingt, kann einfach die Hauptwirkung ausbleiben oder es kann eine vermeidbare Nebenwirkung entstehen oder eine unvermeidliche Nebenwirkung nimmt (vermeidbar) eine zu große Intensität an. Der Dozent und der Supervisor vermitteln, was passieren kann, welches Risiko also besteht. Allerdings geschieht dies oft im Nebensatz und keineswegs auf der Basis empirisch gesicherten Wissens. Solange dieses Thema keine ausreichende wissenschaftliche Grundlage hat, muss die klinische Erfahrung des Supervisors als Orientierung dienen. Dies mag auch der Grund sein, weshalb Risikovermeidung und Minimierung von Nebenwirkungen bislang in den Curricula nicht explizit zu finden ist und es kaum Vorlesungen und Seminare gibt, in denen Instrumente zum Umgang damit so vermittelt werden, dass eine bleibende Kompetenz resultiert. Neben der Forderung nach empirischer Forschung ist an die Ausbildungsinstitutionen zu appellieren, explizit Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln, die Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Risikovermeidungsmanagement und Umgang mit Nebenwirkungen zum Inhalt haben. Bereits vorhandene Instrumente müssten schon in der Ausbildung erlernt und routinemäßig angewandt werden. Das kann neben QM-Tools der Erwerb von Intravisionskompetenz sein bzw. eine Kultur des Besuchs von Intervisionsgruppen, IFA- oder Balintgruppen und Qualitätszirkeln. Über diese Instrumente gibt es umfangreiche wissenschaftliche Literatur. Zugleich ist es von großer Bedeutung, dass in Selbsterfahrung und Supervision eine möglichst große Sensibilität dafür entwickelt wird.

## Literatur

Berufsbildungsgesetz BBiG (2005) Bundesgesetzblatt Teil I S. 931. Zuletzt durch Artikel 15 Absatz 90 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert

Bundesärztekammer (2009) Tätigkeitsbericht 2008 der Bundesärztekammer. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Taetigkeit2008.pdf> (zuletzt abgerufen am 06.09.2012)

- Dulz B (2010) Sexualität in der Psychiatrie: gestern, heute und morgen. *Persönlichkeitsstörungen* 14, 154–160
- Fäh M (2002) Wenn Analyse krank macht: Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg.) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. 109–147. Grünewald Verlag Mainz
- Frohburg I (2002) Untersuchungen zum Schadensverständnis von GesprächspsychotherapeutInnen. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg.) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. 72–88. Grünewald Verlag Mainz
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2005) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. Bekanntmachung im Bundesanzeiger am 18. Oktober 2005
- Haerter M, Groß-Hardt M, Berger M (Hrsg.) (1999) *Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie*. Hogrefe Göttingen
- Hilgers M (2009) Schäden und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. *Persönlichkeitsstörungen* 13, 15–30
- Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, Sulz SKD (Hrsg.) (2004) *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie*. CIP-Medien München
- Holzbecher M (1996) Sexuelle Grenzüberschreitungen in der Therapie: Macht und Abwehr im gesellschaftlichen Umgang mit sexueller Gewalt. *GwG-Zeitschrift* 103, 19–25
- Karasu TB (1990) Psychotherapy and Malpractice. *Psychologie in Österreich* 10, 16–19
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006) QEP-Einführungseminar Curriculum Version 2.2 pth. Nicht veröffentlicht.
- Kletecka-Pulker M (2000) Haftungsrechtliche Fragen der Psychotherapie. In: Firlei K, Kierein M, Kletecka-Pulker M (Hrsg.) *Jahrbuch für Psychotherapie und Recht*. 122–138. Facultas Wien
- Knickenberg R, Sulz SKD (2003) Interaktionsbezogene Fallarbeit in der verhaltenstherapeutischen Fort- und Weiterbildung. In: Sulz SKD (Hrsg.) *Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit (IFA). Patientenzentrierte Selbsterfahrung zur Aus- und Weiterbildung und als Qualitätssicherung*. 183–196. CIP-Medien München
- Kowarowsky G (2005) Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag. Kohlhammer Stuttgart
- Leibing E, Hiller W, Sulz SKD (Hrsg.) (2003) *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Band 3: Verhaltenstherapie*. CIP-Medien München
- Neubauer H (1991) Juristisch-medizinische Aspekte bei Behandlungsfehlern in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 41, 336–3342
- Noyon A, Heidenreich T (2009) *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung: 24 Probleme und Lösungsvorschläge*. Beltz Weinheim
- Psychotherapeutengesetz PsychThG (1998) Bundesgesetzblatt Teil I S. 1311. Zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert
- Rothärmel S, Fegert JM (2000) Zur rechtlichen Verbindlichkeit von Leitlinien. *Z. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie* 28, 275–284
- Rüger U (2009) Über unreflektiertes Funktionalisieren von Patienten in der Psychotherapie und seine schädlichen Auswirkungen. *Persönlichkeitsstörungen* 13, 31–41
- Sozialgesetzbuch (SGB) (2004) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung. Bundesgesetzblatt Teil I S. 1791
- Sulz SKD (1999) Qualitätskriterien der Psychotherapie-Ausbildung. *Psychotherapie* 3, 8–15
- Sulz SKD (2001) Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis. *Psychotherapie* 6, 30–56
- Sulz SKD (Hrsg.) (2003) *Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit (IFA). Patientenzentrierte Selbsterfahrung zur Aus- und Weiterbildung und als Qualitätssicherung*. CIP-Medien München
- Sulz SKD (2005) Internes Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis. *Psychotherapie* 10(1), 32–37
- Sulz SKD (2006) Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz. Etablierung, Erweiterung und Kombination mit Qualitätszirkeln. Mit Qualitätsmanagement-Handbuch nach DIN EN ISO 9001. CIP Medien München
- Sulz SKD (2007) *Supervision, Intervision, Intravision in Ambulanz, Klinik und Praxis*. CIP-Medien München
- Sulz SKD (2008) *Qualitätsmanagement VDS QM-R in der psychotherapeutischen Praxis und Ambulanz*. Lose-Blatt-Sammlung nach den GBÄ-Richtlinien. CIP-Medien München

- Sulz SKD, Herrmann M, Kammerl B, Wollenhaupt S (2003) Qualitätssicherung der Zukunft? Kombination von praxisinternem Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel – eine Pilotstudie. *Psychotherapie* 8(2), 226–243
- Weber MM (2002) Rechtliche Aspekte bei der Psychotherapie Suizidaler. In: Bronisch T (Hrsg.) *Psychotherapie der Suizidalität. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – erklärungspezifisch und schulenübergreifend*. 108–119. Enke Stuttgart
- Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 in der Fassung der Beschlüsse vom 17. Oktober 2010 (gültig ab 1. April 2011)
- Wolfsast G (1987) Die Haftung des Psychotherapeuten. *GwG-Zeitschrift* 69, 16–198.2 Die Bedeutung psychotherapeutischer Behandlungen für sozialmedizinische Begutachtungen