

Barrieren bei der Anwendung expositionsbasierter Verfahren in der niedergelassenen Praxis:

Bericht zu einem Symposium im Rahmen des 30. DGVT-Kongresses für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung.

Elena Rumin, Andre Pittig & Jürgen Hoyer

Die Behandlung von Angststörungen bildet einen Schwerpunkt in der psychotherapeutischen Praxis. In der Verhaltenstherapie haben sich dabei besonders Expositionsverfahren als wirksam erwiesen. Allerdings zeigen gegenwärtige Befunde, dass diese Verfahren nur eingeschränkt eingesetzt werden und im klinischen Alltag schwierig umsetzbar sind. Im Rahmen des 30. DGVT Kongresses für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung („Free Your Mind: Psychotherapie im Wandel“) an der Freien Universität Berlin fand zu diesem Thema das Symposium „Barrieren bei der Anwendung expositionsbasierter Verfahren in der niedergelassenen Praxis“ statt. Ziel des Symposiums war, bei der Verbesserung der Behandlungsbedingungen neben wissenschaftlichen Erkenntnissen auch die Erfahrungen und Arbeitsbedingungen der behandelnden Psychotherapeut*innen zu berücksichtigen und mit den anwesenden Praktikern zu diskutieren.

Vorgestellte Ergebnisse einer Befragung niedergelassener

Verhaltenstherapeut*innen zur Anwendung und Barrieren von Exposition

Eröffnet wurde das Symposium mit einem Vortrag von Herrn **Dr. Andre Pittig** (JMU Würzburg) zu den Ergebnissen einer Befragung niedergelassener Therapeut*innen über die *Anwendungshäufigkeit* und *Barrieren bei der Durchführung* expositionsbasierter Verfahren (N=684) (Pittig & Hoyer, 2017; Pittig, Kotter & Hoyer, in press).

Einsatz expositionsbasierter Verfahren

In der Befragung gaben die teilnehmenden Verhaltenstherapeut*innen an, dass sie durchschnittlich bei weniger als der Hälfte (46.8%) der Behandlungen mit Fokus auf Angststörungen eine Form der Exposition einsetzen. Die Anwendungshäufigkeit variierte stark zwischen den Therapeut*innen (Abb.1). 40% der Befragten setzten Exposition bei weniger als 25% ihrer Behandlungen mit Fokus auf Angststörungen ein. Hingegen gaben ca. 33,3% der Befragten an, bei 75% oder mehr Behandlungen

mit Fokus auf Angststörungen Exposition einzusetzen. Ein geringerer Einsatz von Expositionsbehandlungen war auf Therapeut*innen-Seite mit höherem Alter, mehr Berufsjahren und einem geringeren Anteil expositionsspezifischer Aus- und Weiterbildungsstunden assoziiert.

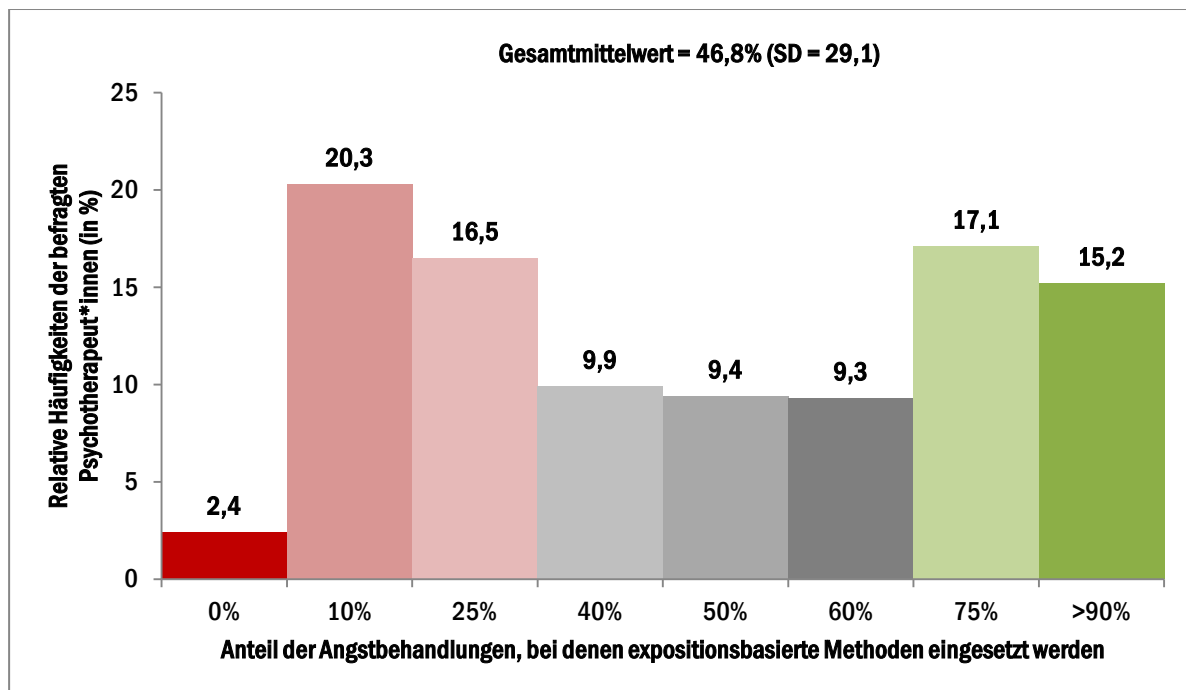


Abbildung 1

Barrieren bei der Durchführung von Expositionsintervention

Des Weiteren wurden in der vorgestellten Studie Barrieren bei der Durchführung von Expositionsintervention auf verschiedenen Ebenen erfasst.

Die *Barrieren im gesundheitlichen Versorgungssystem* sowie die dazugehörigen *Verbesserungsvorschläge* fanden die stärkste Zustimmung bei den befragten Psychotherapeut*innen (Abb.2). Die Aussagen mit den höchsten Zustimmungsraten bezogen sich auf ein ungünstiges Aufwand-Vergütungs-Verhältnis (ca. 52-80%), fehlende Kostenerstattung auf Seiten der Therapeut*innen und der Patient*innen (ca. 50-70%), einen unklaren rechtlichen Rahmen und Versicherungsschutz bei Übungen außerhalb der Praxisräume (ca. 65-75%) sowie auf das begrenzte Stundenkontingent (ca. 65%).

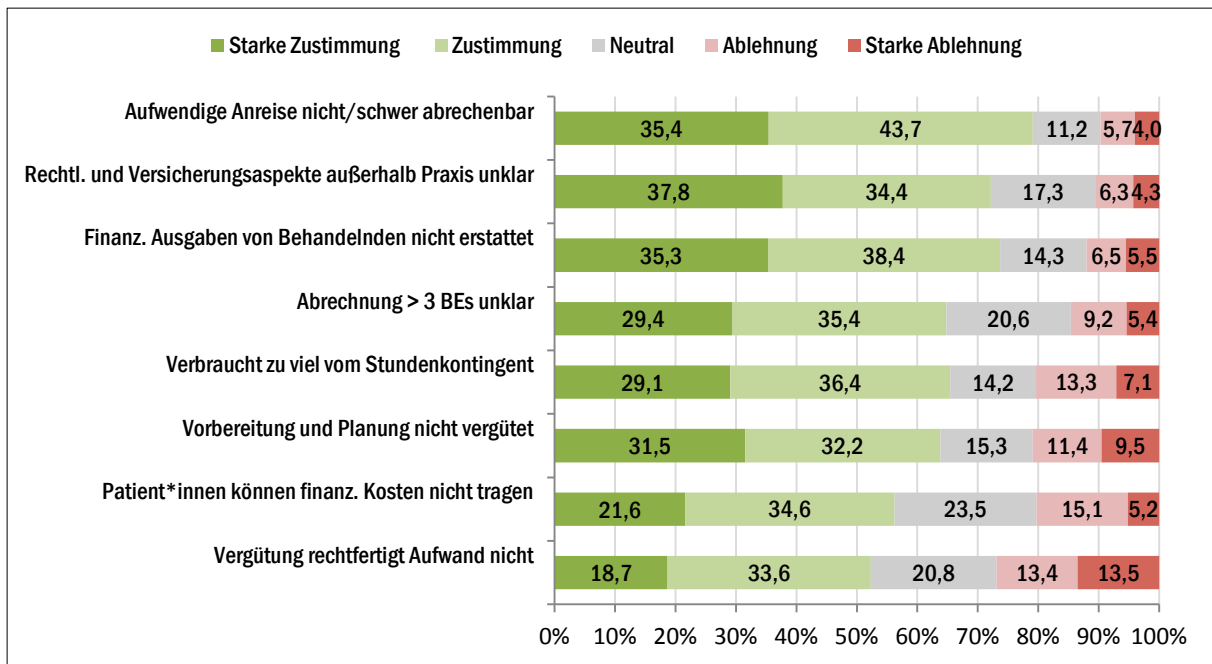


Abbildung 1. Systemische Barrieren beim Einsatz von Exposition: Aussagen mit höchsten Zustimmungsraten (in %)

Die Möglichkeit, expositionsspezifische Sitzungen zusätzlich zum üblichen Stundenkontingent zu beantragen, würden rund 93% der Befragten begrüßen. Weitere *Verbesserungen im Versorgungssystem*, die aus der Sicht der befragten niedergelassenen Therapeut*innen den Einsatz expositionsbasierter Verfahren erleichtern würden, waren eine Erleichterung der Beantragung von Expositionsblöcken (ca. 82%) und die Möglichkeit der Krankschreibung der Patient*innen für längere Expositionsblöcke (ca. 52%).

Eine weitere Barriere-Kategorie mit hoher Zustimmung betraf die *ambulante Durchführbarkeit* von expositionsbasierten Interventionen (Abb. 3). Die Aussagen mit den höchsten Zustimmungsraten in dieser Kategorie bezogen sich auf ein unvorhersehbares Zeitmanagement bei der Durchführung von Expositionsübungen (ca. 70%), auf dadurch bedingten Sitzungsausfall anderen Patient*innen (ca. 66%) und auf das Risiko kurzfristiger Absagen ohne Vergütungsausgleich (ca. 50%).

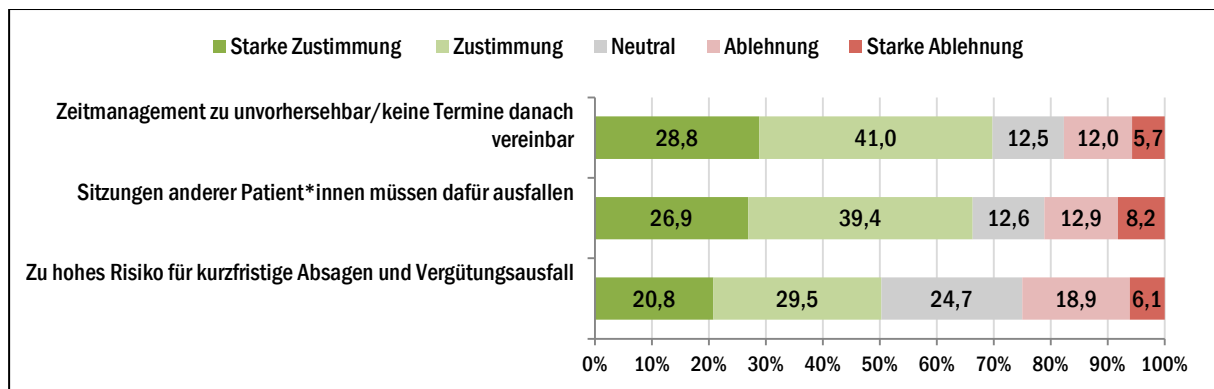


Abbildung 2. Klinische Durchführung von Exposition: Aussagen mit höchsten Zustimmungsraten (in %)

Weniger Zustimmung als die Barrieren im Versorgungssystem und bei der ambulanten Durchführung von Exposition fanden die Barrieren auf Seiten der Therapeut*innen. Erfasst wurden dabei negative Einstellungen der Therapeut*innen gegenüber der Exposition sowie Unsicherheiten und Belastungen bei der Durchführung von Expositionsübungen.

Ca. 40% der Befragten stimmten der Aussage zu, die Exposition sei für die Therapeut*innen sehr anstrengend. Anderen *Belastungen und Unsicherheiten* bei der Expositionstherapie stimmten rund 3-15% der Teilnehmer*innen zu (Abb. 4).

Negative Einstellungen gegenüber der Expositionsintervention (Abb. 4) bezogen sich insbesondere auf Angst vor zu hoher Belastung des*der Patient*in sowie auf Notwendigkeit von Entlastungstechniken, z.B. Entspannungsverfahren (ca. 30-50%). Ca. 34-38% der Befragten stimmten den Aussagen zu, die Exposition wirke nur oberflächlich und sei nicht für komplexe Fälle geeignet.

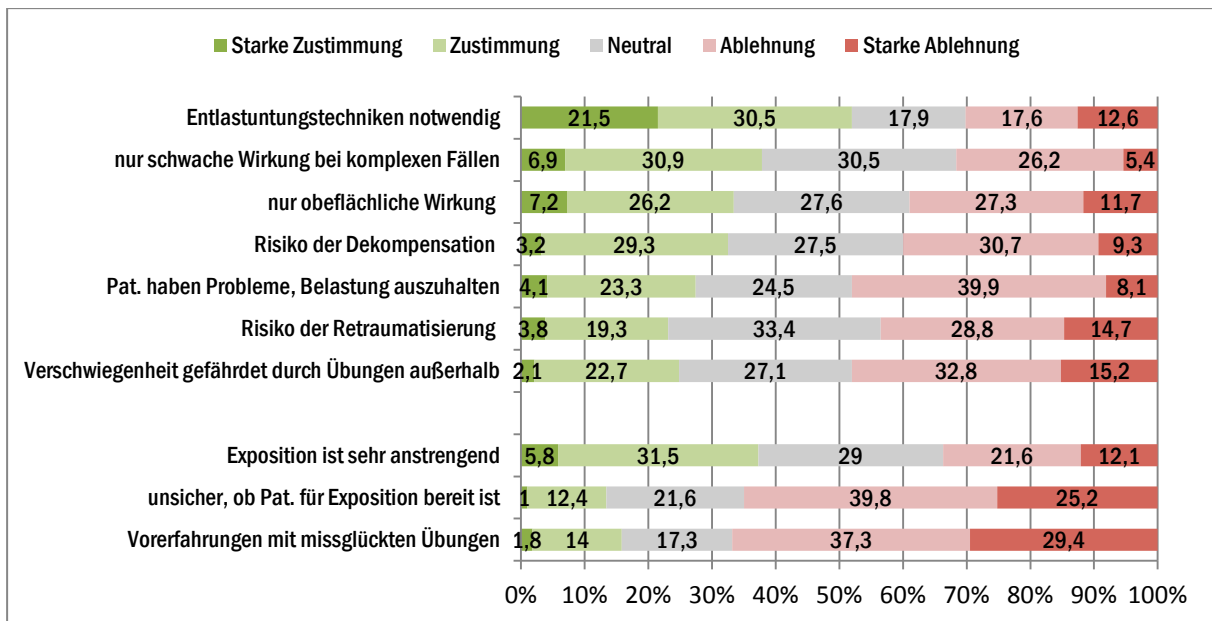


Abbildung 4. Negative Einstellungen ggü. Exposition (oben) und Belastung auf Therapeut*innen-Seite (unten): Aussagen mit höchsten Zustimmungsraten (in %)

Podiumsdiskussion zu den vorgestellten Ergebnissen

An der anschließenden Podiumsdiskussion nahmen Vertreter verschiedener Interessensgruppen teil: Als niedergelassener Praktiker **Dr. Peter Neudeck**, Leiter der Praxis für Verhaltenstherapie in Köln und Ausbilder im Bereich der Verhaltenstherapie; **Dr. Gregor Peikert**, leitender psychologischer Psychotherapeut an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Uniklinikum Jena und Vorstandsmitglied der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK); **Timo Harfst** als Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer; **Dr. Thomas Uhlemann** für den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Leiter des Referats Bedarfsplanung, Psychotherapie und Neue Versorgungsformen beim GKV-Spitzenverband. Als Patientenvertreter nahm **Jürgen Matzat**, Sprecher der Patientenvertretung im Unterausschuss Psychotherapie des G-BA, aus dem Publikum an der Diskussion teil. **Dr. Andre Pittig** nahm als Wissenschaftsvertreter teil. **Prof. Dr. Jürgen Hoyer**, Leiter der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie der TU Dresden, moderierte die Podiumsdiskussion.

Diskussion zum Einsatz von Exposition in der ambulanten Praxis

Die ersten Eindrücke über den Anteil niedergelassener Therapeut*innen, die eine expositionsbasierte Therapie anbieten, gingen auseinander. Die Praktiker, Herr Dr.

Neudeck und Herr Dr. Peikert, waren von der nur mittleren Anwendungshäufigkeit nicht überrascht, vermuteten vorher sogar, dass noch weniger Kolleg*innen Expositionstherapie in der klinischen Praxis durchführen. Herr Matzat als Patientenvertreter empfand die angegebene Einsatzrate überraschend hoch, da seiner Meinung nach sowohl auf Patient*innen- als auch auf Behandelnden-Seite Widerstände gegen Expositionsverfahren bestünden. Herr Dr. Uhlemann dagegen wunderte sich über den nach seiner Ansicht niedrigen berichteten Einsatz von Exposition in der ambulanten Verhaltenstherapie, da die Expositionsbehandlung als Methode von den Krankenkassen nicht in Frage gestellt werde.

In der vorgestellten Studie war eine höhere Anzahl von Ausbildungsstunden in den expositionsbasierten Verfahren mit einer höheren Anwendungshäufigkeit dieser Verfahren assoziiert. Auch die Experten auf dem Podium vermuteten in der im zeitlichen Umfang eher knapp bemessenen und kaum trainingsorientierten *Aus- und Weiterbildung in den expositionsbasierten Verfahren* einen Grund für die nur mittleren Anwendungszahlen. An vielen Ausbildungsinstituten würden die Expositionsverfahren entweder nicht gründlich gelehrt oder hauptsächlich theoretisch angeleitet, so dass bei der selbstständigen Anwendung in der Praxis viele Unsicherheiten bei den Behandelnden auftreten könnten. Diese Vermutung wurde durch eine Ausbildungskandidatin im Publikum unterstützt, da an ihrem Institut keine wirklich *praktische* Anleitung erfolge. Andererseits sei es für viele jüngeren Therapeut*innen selbstverständlich Expositionsübungen zu machen, so Herr Prof. Dr. Hoyer.

Tatsächlich zeigen auch die Befragungsergebnisse eine Assoziation zwischen einem jüngeren Alter sowie einer geringeren Anzahl von Berufsjahren und einer höheren Anwendung der expositionsbasierten Verfahren. Herr Dr. Neudeck vermutete, dass es mit dem steigenden Alter schwerer sein könne, aufwändige, mehrstündige begleitete Expositionen durchzuführen. Im Verlauf der Diskussion ging Herr Prof. Dr. Hoyer darauf ein, dass bei manchen älteren Kolleg*innen noch die Haltung bestehe, die Expositionstherapie müsse immer massiert erfolgen, d.h. eine Übung dürfe niemals vorzeitig beendet oder unterbrochen werden, sonst hätte die Exposition keinen Effekt. Solche massierte Exposition erfordert einen höheren zeitlichen und personellen Aufwand. Wenn gerade deswegen ältere Therapeut*innen auf die Expositionstherapie verzichten, könnte diese Annahme die gefundene Assoziation

zwischen dem höheren Alter sowie mehr Berufsjahren und der Anwendungshäufigkeit der Exposition zumindest teilweise erklären.

Die Frage von Herrn Prof. Dr. Hoyer, ob die niedrigen Anwendungszahlen an der fehlenden *Indikation* zur Exposition liegen, haben die Experten nur teilweise bejaht. Tatsächlich sei die Expositionstherapie nicht für alle Patient*innen geeignet, bei einigen wirke sie auch nicht. Trotzdem sei die Exposition bei ca. 2/3 der Angstpatienten indiziert, so Herr Dr. Peikert. Auch Behandelte würden Expositionstherapie teilweise ablehnen. Dem entgegen wirke eine professionelle Aufklärung samt einer guten kognitiven Vorbereitung des*der Patient*in inkl. detaillierter Erklärung des Rationals sowie eine individuelle Vorgehensweise. Um das zu gewährleisten, müssten sich die Behandler*innen sicher in der Methode fühlen und selbst keine negativen Einstellungen gegenüber Exposition haben.

Die kognitive Vorbereitung des*der Patient*in sei auch für das *Zeitmanagement* der Expositionsbehandlung wichtig. Die Diskussionsteilnehmer empfahlen, die Expositionstherapie am Anfang immer begleitet in einem Umfang von mind. 1-2 Sitzungen je mind. 100 min durchzuführen, damit der*die Patient*in die Methode lerne. Außerdem könnten die Behandelnden so besser das Sicherheitsverhalten identifizieren, so dass dieses möglichst schnell ausgeschlichen werde. Danach seien unbegleitete Exposition oder Expositionsübungen als Hausaufgaben möglich. Dabei müsse die Exposition durchaus nicht immer massiert erfolgen. Es sei möglich, eine Übung auch mit hohem Angstlevel zu beenden, wenn dies in der Vorbereitung der Übung vereinbart werde. Entscheidend sei ein Erfolgserlebnis am Sitzungsende, das auch mit einer kleinen Übung im Anschluss an die abgebrochene erreicht werden könne, so Herr Dr. Neudeck. Aus der stationären Praxis berichtete Herr Dr. Peikert, dass die Exposition oft auch vom gut geschulten Personal, z.B. von Pflegekräften, begleitet werde. Eine Assistenzperson für die eigene Praxis könnte eine alternative Lösung sein.

Diskussion zu Einstellungen gegenüber Exposition

Einen weiteren Grund für die nur mittleren Anwendungshäufigkeiten von Exposition in der ambulanten Praxis sahen die Experten in der *niedrigen Popularität* der Expositionstherapie und der fehlenden Attraktivität dieser Verfahren. Dies liege daran, dass die Expositionsbehandlung viel Kraft und Arbeit auf beiden Seiten

erfordere, so Dr. Peikert. Im Einklang damit zeigte sich in der vorgestellten Befragung eine hohe Zustimmung für die Aussage „Expositionsbehandlungen sind für den*die Therapeut*in sehr anstrengend“. Diese Aussage wurde von Experten sowie vom Publikum kontrovers diskutiert.

Einige wissenschaftliche Studien, so Herr Dr. Pittig, zeigten ein hohes Stresslevel bei den Therapeut*innen während der Exposition, v. a. bei Psychotherapeut*innen in Ausbildung sei der Cortisolspiegel teilweise höher als bei Patient*innen selbst gewesen. Besonders am Anfang sei die Exposition für die Behandelnden sehr anstrengend. Herr Prof. Dr. Hoyer gab zu bedenken, dass das Stresserleben auch mit dem Idealismus und dem Engagement des*der Therapeut*in bei der Übung sowie mit seiner*ihrer Angst vor Misserfolgen zusammenhänge.

Die Praktiker auf dem Podium bezeichneten die Aussage, Expositionsbehandlung sei anstrengend als ungeeignet, um sie abzulehnen, ohne darüber zu reflektieren (Herr Dr. Peikert). Tatsächlich sei die Exposition für Therapeut*innen oft entspannter als z. B. die Exploration von traumatischen Ereignissen oder eine kognitive Therapie.

Die Praktiker*innen aus dem Publikum widersprachen energisch, die vorhandenen Barrieren als „Ausrede“ für das Nicht-Anwenden von Exposition zu benutzen. Die Expositionstherapie sei tatsächlich anstrengend und mit einem hohen Aufwand verbunden. Die Anstrengung allein sei aber nicht ausschlaggebend für die Entscheidung gegen eine Expositionstherapie, sondern eher ein Zusammenspiel mit den anderen in der Studie genannten persönlichen und systemischen Barrieren. Ebenfalls habe die Befragung deutlich gezeigt, dass die höchsten Zustimmungsraten organisatorische Barrieren und die Praktikabilität von Exposition in der niedergelassenen Praxis erzielt haben.

Diskussion systemischer Barrieren bei der Durchführung von Exposition

Die im Vortrag genannten *systemischen Barrieren* konnten die Praktiker*innen sowohl auf dem Podium als auch aus dem Publikum gut nachvollziehen.

Nach Herrn Dr. Neudeck gäbe es bei der Abrechnung sowie bei den rechtlichen Therapieaspekten große Unsicherheiten. Es sollte ein Regularium geben, das den Kollegen*innen die Unsicherheit in rechtlichen Fragen nimmt und angibt, wie viele Stunden bezahlt werden. Aus dem Publikum kam der Wunsch nach mehr Informationen und Hilfestellungen zur Abrechnung sowie nach mehr Flexibilität

bezüglich der Therapielaufzeiten bei Patient*innen mit starker Chronifizierung. Herr Dr. Uhlmann ermutigte, in solchen individuellen Fällen den direkten Kontakt zu den Krankenkassen zu suchen. Die Krankenkassen arbeiteten weiter an den Verbesserungen, so sei bereits der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) dahingehend verändert worden, dass Viererblöcke sowohl in Einzel- als auch in der Gruppentherapie abgerechnet werden könnten. Ebenfalls könnten Fahrkosten pauschal bis zu einem gewissen Maße übernommen werden. Außerdem gebe es die Möglichkeit einer Patientenbeteiligung an den Kosten, z.B. für Bus- und Bahntickets. Dies müsse im Einzelfall in direkter Absprache mit den Krankenkassen besprochen werden.

Als eine weitere Barriere seitens des Versorgungssystems fanden die *Unsicherheiten in Bezug auf die rechtlichen und versicherungstechnischen Aspekte* bei Exposition außerhalb der eigenen Praxis eine hohe Zustimmung bei den Befragten (ca. 72%). Dies wurde auch bei der Podiumsdiskussion angesprochen. Normalerweise entstehe allein durch die Exposition kein gesondertes Risiko, denn die Konfrontation solle in Situationen ohne objektive Gefährdung stattfinden, und es gebe eine Reihe von Expositionen, die versicherungsrechtlich nicht relevant seien. Für alle versicherungsrelevanten Fälle (z.B. bei einem Verkehrsunfall bei einer Autofahr-Exposition) empfahlen die Experten, eine zusätzliche Unfallversicherung, die die therapeutische Tätigkeit abdecke, abzuschließen. Die Patient*innen müssten dabei nicht abgesichert werden.

Literatur

Pittig, A. & Hoyer, J. (2017). Exposition aus Sicht niedergelassener Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten: Anwendung und systemische Barrieren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46 (4), 223–235. doi: <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000441>

Pittig, A., Kotter, R. & Hoyer, J. (in press). The Struggle of Behavioral Therapists With Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. *Behavior Therapy*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003>