



Postgraduale Weiterbildung in systemischer und kognitiv-behavioraler
Psychotherapie mit Schwerpunkt für Kinder und Jugendliche

Merkblatt «Fallberichte» (bis WB21, Kursabschluss Dezember 2025) Struktur, inhaltliche Schwerpunkte und Beurteilungskriterien

Ab dem Weiterbildungsgang WB22 sind die Merkblätter «Dokumentation der Fallverläufe und Erstellen der Fallberichte» und «Richtlinien für eine Falldokumentation» massgebend, sie sind unter <http://www.ipkj-schweiz.ch/index.php/relevante-kursinformationen/merkblaetter-jd> zu finden.

Wer die Weiterbildung bis zum 31.12.2025 (bis Kursgang WB21) abschliesst verfasst folgende Fallberichte:

Während der 4 Weiterbildungsjahre reichen Psycholog*innen 4 und Ärzt*innen 2 Fallberichte ein.

Die Supervisor*innen und die Kursleitung beurteilen die Fallberichte nach folgenden Kriterien:

Die Fallberichte der Psycholog*innen müssen für das vorangegangene Jahr bis zum 31.03. des aktuellen Ausbildungsjahres 31.03. und der erste Fallbericht der Ärzt*innen muss bis zum 31.12. des zweiten Ausbildungsjahres abgegeben werden. Der jeweils letzte Fallbericht von Psycholog*innen und Ärzt*innen muss bis einen Monat vor Kursabschluss eingereicht werden. Bei einem Fallbericht für das IPKJ handelt es sich um ein öffentliches Dokument, weshalb es wichtig ist, dass Orthographie und Interpunktion beachtet werden. **Verzögerungen der Abgabe sind nicht vorgesehen und bedürfen einer guten schriftlichen Begründung.** Die den Fall begleitende Supervisor*in nimmt den Fallbericht ab. Im Idealfall erfolgt ein kurzes persönliches Rückgabegespräch am Rande einer Supervisionssitzung. In der Regel erfolgt im Anschluss die Einarbeitung der Verbesserungsvorschläge der Supervisor*in. Nach einer Korrekturschleife wird der Fallbericht angenommen. Der Fallbericht wird von der Supervisor*in bewertet, unterschrieben (s.u.) und dann als **PDF-Datei per E-Mail über das Kurssekretariat bis zum oben erwähnten, jeweiligen Termin** bei der Kursleitung eingereicht. Sollte ein Fallbericht von der Supervisor*in abgelehnt werden, muss das Original der Beurteilung zwingend per Post beim Kurssekretariat eingereicht werden. Es wird darum gebeten, die Abgabe der Fallberichte mit den Supervisor*innen gut abzusprechen, um diesen ausreichend Zeit für eine qualifizierte Rückmeldung zu lassen.

Beurteilung

Die Fallberichte werden nicht benotet. Besonders gute Fallberichte werden gegebenenfalls mit Einverständnis der Verfasser*in an andere Ausbildungsteilnehmer*innen als Beispiel weitergegeben und können dafür von der Supervisor*in empfohlen werden. Falls ein Fallbericht auch nach einer ersten Rückmeldung und entsprechender Überarbeitung die Mindestanforderung (äussere Form, inhaltliche Konzeption, Fachlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Stringenz im Aufbau und sprachlicher Ausdruck) nicht erfüllt und daher nicht angenommen wird, erfolgt ein Gespräch zwischen der Supervisor*in, der Ausbildungskandidat*in und der regionalen Kursleiter*in. Damit soll der langfristige Lernerfolg der Ausbildungskandidat*innen sichergestellt werden.

Aspekte:



Der Richtwert für die Länge eines Fallberichtes **beträgt ca. 12 bis maximal 20 Seiten, excl. Anhänge und Literaturverzeichnis**. Abweichungen vom Richtwert des Seitenumfanges können nur in Absprache mit der Supervisor*in erfolgen. Die Schriftart ist Arial, die Schriftgrösse beträgt 11, der Zeilenabstand 1.15 bis 1.5 Zeilen, Tabellen und Grafiken werden beschriftet. Für die Ausarbeitung der Fallberichte steht ein Word-Formular zur Verfügung, welches die Formatierungsarbeiten abnimmt und eine sinnvolle Struktur vorgibt. Falls Interventionen oder ätiologische Modelle aus Büchern, Artikeln oder Manualen angewendet werden, müssen diese korrekt nach APA Richtlinien <https://www.apa.org/pubs/journals/resources/manuscript-submission-guidelines> zitiert und in ein Literaturverzeichnis aufgenommen werden. Die Fälle müssen anonymisiert werden: Patient*innen, sowie auch Dritte, z.B. Vorbehandler*innen, Institutionen und Firmen, dürfen nicht identifizierbar sein. Es können kürzere und längere Therapien für einen Fallbericht verwendet werden. Hierfür gibt es keine Vorgabe, lediglich, dass der Fall in der Supervision besprochen wurde. Es wird jedoch empfohlen, Therapien auszuwählen, die häufiger als einmal in der Supervision thematisiert wurden.

Vorbemerkung zu den inhaltlichen Aspekten:

Die nachfolgende Auflistung der verschiedenen Aspekte, die in einem Fallbericht aufgeführt werden können, ist eine Strukturierungshilfe. Es ist unserer Meinung nach sinnvoll, diese Aspekte bei der Reflexion eines Falles zu berücksichtigen und bei der Fallkonzeption zu bedenken. Jeder Fall ist allerdings anders und benötigt eine andere Schwerpunktsetzung und Vertiefung: Es ist möglich, einzelne Aspekte wegzulassen oder sehr kurz abzuhandeln, wenn diese für das Fallverständnis nicht relevant waren und in der Supervision nicht oder wenig thematisiert wurden. Selbstverständlich wird sich Ihre Art, Fälle zu betrachten und zu behandeln, im Laufe Ihrer Ausbildung verändern. Durch die Schwerpunktsetzung ist zu erwarten, dass Sie die Patient*innen im Ausbildungsverlauf immer integrativer und mit einem immer breiteren Spektrum von Methoden behandeln. Durch den zeitlichen Ablauf mit einer unterschiedlichen Schwerpunktsetzung in jedem Jahr (Grundlagen, kognitiv-verhaltenstherapeutisch, systemisch, methodenintegrativ) ist zu erwarten, dass sich diese Schwerpunkte auch in den Fallberichten widerspiegeln, allerdings ist die Ausbildung und die Supervision von Beginn an integrativ ausgerichtet, so dass es immer möglich sein sollte, in den Fallberichten alle Interventionen und therapeutischen Strategien abzubilden. Diesem Umstand wollten wir Rechnung tragen, indem bei der Reflexion der Fälle alle Therapieschulen berücksichtigt werden können, aber **nicht müssen**. Wichtig ist aber, dass sich ein roter Faden aus einem ätiologischen Modell und den von Ihnen gewählten Interventionen ableiten lässt. Stets sollte aus dem ätiologischen Modell und der Fallbeschreibung hervorgehen, warum Sie bestimmte Interventionen zum Einsatz bringen. Es sollte z.B. nicht so sein, dass Sie in der Therapie mit Verstärkerplänen gearbeitet haben, diese jedoch nie bei den Überlegungen zur Symptombildung auftauchen, oder dass systemische Interventionen beschrieben werden, jedoch nicht ersichtlich ist, mit welchem Ziel diese angewendet wurden.

Inhaltliche Aspekte

1. Setting / Formalia

- 1.1. Verfasser*in / Setting der Arbeitsstelle (ambulant, teilstationär, stationär, aufsuchend)
- 1.2. Ausbildungsjahr



- 1.3. Therapiedauer, Anzahl der Therapiestunden mit der Patient*in / Bezugspersonen
- 1.4. Geschlecht und Alter der Patient*in
- 1.5. Bisherige Anzahl Supervisionsstunden mit der Patient*in

2. Ausgangssituation / Aktuelle Problemlage

- 2.1. Art der Zuweisung
- 2.2. Anmeldungsgrund
- 2.3. Problemdarstellung aus Sicht der Patient*in und der Eltern / Bezugsperson
- 2.4. Aktuelle Lebenssituation der Familie
- 2.5. Erste Vereinbarungen zur Vorgehensweise

3. Anamnese und Biographie

- 3.1. Anamnese der wichtigsten Probleme inkl. bisherige Therapien, Lösungsversuche, Medikamente und somatische Erkrankungen
- 3.2. Anamnese des Kindes/ Jugendlichen
- 3.3. Familienanamnese und Genogramm (Genogramm optional, kann auch in den Anhang genommen werden)

4. Überlegungen zur interaktionellen Beziehungsgestaltung, Bildung einer therapeutischen Allianz

- 4.1. Therapeutische Beziehung
- 4.2. Beschreibung der therapeutischen Beziehung mit Innensicht des*der Therapeut*in (Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse)
- 4.3. Möglichkeiten des gezielten Beziehungsaufbaus, Hindernisse beim Aufbau einer therapeutischen Allianz
- 4.4. Aufbau von Therapiemotivation, Offenheit, Arbeitsorientierung und Eigenaktivität

5. Diagnostik

- 5.1. Diagnostische und psychopathologische Befunde
- 5.2. Störungsspezifische Diagnose
- 5.3. Differentialdiagnostische Überlegungen



6. Klinisches Fallverständnis – Perspektive der KVT

- 6.1. Funktionales Bedingungsmodell – S-O-R-C-K-Schema / auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen
- 6.2. Vertikale und horizontale Verhaltensanalyse / Psychosoziale Lerngeschichte / Welche Entwicklungsaufgaben stehen an? Warum entwickelt sich die Symptomatik gerade jetzt?
- 6.3. Analyse von kognitiven Verzerrungen und Schemata

7. Klinisches Fallverständnis – Systemische Perspektive

- 7.1 Analyse der familiären Kommunikationsmuster → Reflexion
- 7.2 Strukturelle Analyse des Systems (Konflikte, Ressourcen, Generationengrenzen, Ausgrenzungen, Koalitionen, Triangulationen, Delegationen, Strukturen; gegebenenfalls ist ein Genogramm oder Ecomap ein sinnvolles Hilfsmittel)
- 7.3 Mehrgenerationenperspektive
- 7.4 Narrative des relevanten Bezugssystems (ggfs. Umgang mit Geheimnissen)
- 7.5 Symptomverständnis der Familie

8. Integratives Fallverständnis

- 8.1 Verbindung der Perspektiven (nach aktuellem Ausbildungsstand)
- 8.2 Ggfs. Ergänzung um Aspekte aus andere Therapieschulen

9. Therapeutische Ziele

- 9.1. Anliegen der Patient*in / der Eltern / relevanter Dritter
- 9.2. Motivationsanalyse
- 9.3. Mit der Familie / den Bezugspersonen und dem Kind / Jugendlichen definierte therapeutische Ziele
- 9.4. Reflexion des Prozesses, der Vereinbarung der Therapieziele und des Motivationsaufbaus: Was ist gut gelungen? Was würde man heute anders machen?

10. Therapieplanung, Auswahl und Durchführung spezifischer Methoden

- 10.1. Indikationsstellung
- 10.2. Darstellung und Begründung geplanter Massnahmen inkl. Beschreibung des Therapieplans



10.3 Tabelle mit Beschwerden bzw. Problemverhalten, Therapiezielen, Intervention, Evaluation (siehe Anhang)

10.4 Reflexion der Therapieplanung und der Priorisierung der Ziele – Konflikte zwischen einzelnen Therapiezielen

11. Therapieverlauf

11.1. Reflexion des Therapieverlaufs

11.2. Exemplarische Beschreibung von a) einer besonders gut gelungenen und b) einer schwierigen Therapiesitzung und der eingesetzten psychotherapeutischen Interventionen

11.3. Hervorhebung und Beschreibung verschiedener Therapiephasen entscheidender Interventionen und Schlüsselsituationen

11.4. Abweichungen vom ursprünglichen Therapieplan / Hürden und Hindernisse

12. Endphase, Therapieabschluss und -evaluation

12.1. Inhalt und Struktur der Abschlussphase

12.2. Veränderungen im Familiensystem

12.3 Welche Therapieziele wurden erreicht? Wie zufrieden sind die Beteiligten damit?

12.4 Wie ging es weiter? Ggf. weitere Informationen zum Verlauf des Falles nach Therapieende

13. Selbstreflexion des Therapieverlaufs

13.1 Kritische Reflexion des Therapieverlaufs: Was ist mir gut gelungen? Was würde ich heute anders machen? Welche Interventionen waren für den Therapieverlauf besonders bedeutsam?

13.2 Wie wurden die Wirkfaktoren nach Grawe (Ressourcenorientierung, motivationale Klärung, therapeutische Beziehung/ Allianz, Problemaktualisierung und Unterstützung bei der Problembewältigung) im Therapieverlauf adressiert?

13.3. Reflexion des Supervisionsprozesses: **Wie habe ich die Supervision genutzt? Was war hilfreich? Was war weniger hilfreich? Was würden Sie heute anders machen?**

14. Eigener therapeutischer Stil / Entwicklung der Therapeut*innen Persönlichkeit

15. Literaturverzeichnis