

Supervision

Fallsupervision

Wie findet man den passenden Fokus?

Seite 30

Integrative Supervision

Ein mehrperspektivischer Prozess

Seite 46

Konflikte und Verletzungen

Supervisionsprozesse aus Sicht einer Ombudsstelle

Seite 92

Wer selber arbeitet, verliert leicht die Übersicht.

Graffito

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



Dr. phil. Michael Broda,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD

ein neues Jahr hat begonnen und wirft so manchen thematischen Schatten voraus: Versorgungsstärkungsgesetz, Präventionsgesetz, E-Health-Gesetz, Weiterentwicklung der Psychotherapierichtlinien oder die politische Umsetzung der Beschlüsse zur Ausbildungsreform – alles Schlagwörter, die uns im kommenden Jahr häufiger begegnen werden. Wir sind gespannt, welche Vorschläge zur Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden, zur Verringerung der Wartezeiten und zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens in die politische Diskussion und in die Umsetzung gelangen.

Die neue PiD beschäftigt sich inhaltlich im Schwerpunkt mit den Möglichkeiten, sich einen Überblick zu verschaffen – eine Fähigkeit, die nicht nur in unserem therapeutischen Alltag zentral zu sein scheint.

In diesem Sinne wünsche ich allen Leserinnen und Lesern hilfreiche Anregungen bei der Lektüre der neuen PiD.

Ihr

Michael Broda

Psychotherapie im Dialog

Herausbergremium



Prof. Dr. phil. Maria Borcsa, Dipl.-Psych. (*1967)

ist Professorin für Klinische Psychologie an der Hochschule Nordhausen. Nach Ausbildung und Tätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg i.Br. und einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Familientherapeutin tätig. Sie ist Dozentin für Systemische Beratung und Therapie im In- und Ausland und Supervisorin in Verhaltens- und Systemischer Therapie. Seit 2013 ist sie Präsidentin der European Family Therapy Association (EFTA).



Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych. (*1952)
Schriftleitung

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).



PD Dr. phil. Christoph Flückiger, Dipl.-Psych. (*1974)

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Referent an Ausbildungsinstituten für kognitive Verhaltenstherapie in der Schweiz, Deutschland und den USA. Er arbeitet als Forschungsgruppenleiter und Dozent an den Universitäten Zürich und Bern mit Schwerpunkt in klinischer Interventionspsychologie/ Psychotherapie.



Prof. Dr. med. Volker Köllner (*1960)

ist nach Ausbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Tätigkeit als Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden seit 2004 Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin an den Blietal-Kliniken, Blietal. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR).



Prof. Dr. med. Henning Schauenburg (*1954)

ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych. (*1960)

ist nach dem Studium der Psychologie und Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin seit 2005 als Leitende Psychologin an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg tätig. Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit im Bereich der Psychosomatik und Psychologie für im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen.



Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Greife, Dipl.-Psych. (*1964)

ist Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie), Paar- und Familientherapeutin und hat den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Fakultät für Humanwissenschaften der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Dort leitet sie auch das Zentrum für klinisch psychologische Forschung und Familienforschung und die Psychotherapeutische Hochschulambulanz. Außerdem ist sie als Dozentin und Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten tätig.



Dr. med. Bettina Wilms (*1964)

ist Fachärztin für Psychiatrie, und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Seit 2004 arbeitet sie als Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Südharz Klinikum gemeinnützige GmbH, Nordhausen. Ihre Schwerpunkte sind Angsterkrankungen und berufliche Belastungssyndrome.



Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych. (*1957)
Leitung des Redaktionsbüros

ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

Gründungsherausgeber

Wolfgang Senf, Essen
Michael Broda, Dahn

Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Strecek, Göttingen
Jochen Schweitzer, Heidelberg

Beirat

Corina Ahlers, Wien
Brigitte Boothe, Zürich
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenstein
Manfred Cierpka, Heidelberg
Harald J. Freyberger, Stralsund
Alf Gerlach, Saarbrücken
Michael Geyer, Erfurt
Sabine Herpertz, Heidelberg
Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen
Peter Joraschky, Erlangen
Annette Kämmerer, Heidelberg
Jürgen Kriz, Osnabrück
Friedebert Kröger, Heidelberg
Johannes Kruse, Gießen
Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt/M.
Hans Lieb, Edenkoben
Dietrich Munz, Stuttgart
Hans Reinecker, Salzburg
Babette Renneberg, Berlin

Dirk Revenstorf, Tübingen
Wilhelm Rothhaus, Viersen
Martin Sack, München
Günter Schiepek, Salzburg
Gerhard Schüßler, Innsbruck
Bernhard Strauß, Jena
Annette Strecek-Fischer, Göttingen
Kirsten von Sydow, Berlin
Bernhard Trenkle, Rottweil
Kerstin Weidner, Dresden
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

Leserbeirat

Siegfried Hamm, Köln
Karl Mayer, Freren
Heinz-Peter Olm, Wuppertal
Uta Preissing, Stuttgart
Jessica Schadlu, Düsseldorf

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart
Postfach 301120 · 70451 Stuttgart
www.thieme-connect.de/ejournals
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet!
Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

Indexiert in: PSYINDEX

Inhalt

1 • 2015

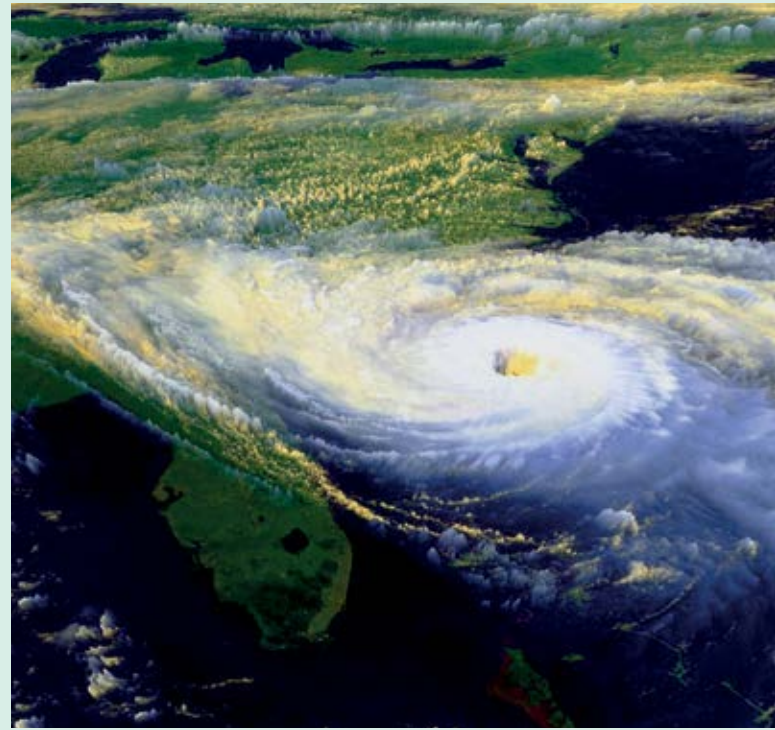


Für Sie gelesen

- 6** Psychotherapieforschung –
Patienten und Psychotherapeuten haben
unterschiedliche Therapieziele
- 7** Körperdysmorphie Störung –
Kognitive Verhaltenstherapie hilft (noch)
besser als Angstmanagement
- 8** Beratungsstellen –
Psychotherapeutische Angebote von
Gemeinden sind effektiv
- 9** Angststörung und Depression –
Vermeidung könnte den Zusammenhang erklären

Alles was Recht ist

- 10** Die eigene Praxis –
Das sollten Sie bei der Praxisgründung beachten



Supervision

Supervision meint die professionelle Beratung von Einzelpersonen, Gruppen oder Teams in beruflichen Kontexten. Die möglichen Ansätze und Verfahren sind dabei unglaublich vielfältig.

Editorial

- 12** Ich sehe was, was Du nicht siehst ...

Essentials

Standpunkte

- 16** Supervision: Past – Present – Future
Heidi Möller, Silja Kotte

Aus der Praxis

- 26** Klientenzentrierte Supervision –
Selbstverständnis und Stärken
Anna Auckenthaler
- 30** Fallsupervision –
Ein Konzept in Haupt- und Unterprogrammen
Hans Lieb
- 36** Systemische Supervision –
Ein ressourcen- und lösungsorientierter Ansatz
Andrea Ebbecke-Nohlen

- 42 Gruppenanalytische Supervision
Rolf Haubl
- 46 Integrative Supervision
Brigitte Schigl
- 51 Schematherapeutische Supervision
Christine Zens, Gitta Jacob
- 56 Katathyme Bilder und konkrete Symbole
in der Supervision
Ulrike Linke-Stillger
- 61 Supervision im Krankenhaus
Andrea Wittich
- 66 Supervision – ein notwendiger Baustein
für Betriebliches Gesundheitsmanagement
Marianne Engelhardt-Schagen
- 70 Online-Supervision
Emily Engelhardt
- 75 Psychodynamische Supervision in der Praxis
Annette Kunde, Doris Normann
- 80 Diversitykompetente Supervision
Monika Steinböck

85 **CME-Fragen**



Über den Tellerrand

- 87 Supervision in Europa
Wolfgang Knopf

Gespräch

- 92 Offene Konflikte und Verletzungen in
Supervisionsprozessen –
Innenansichten einer Ombudsstelle

Dialog Links

- 96 Supervision im Internet
Carola Teichmann

Dialog Books

- 100 Supervision – Bücher zum Thema
Katharina M. Gladisch

Resümee

- 104 Supervision –
Jung, facettenreich und mit Perspektive

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 106 Zwangsstörung – „Es ist kaum zu ertragen,
wenn jemand etwas gegen mich hat ...“



Sehenswert

- 110 Boyhood - Wie das Leben so spielt ...

Backflash

- 111 Moderne Zeiten

- 3 Herausbergremium

- 112 Vorschau: Das nächste Heft

Impressum auf der letzten Seite

Psychotherapieforschung

Patienten und Psychotherapeuten haben unterschiedliche Therapieziele

Welche Ziele haben Patienten, wenn sie eine Psychotherapie beginnen? Und welche Vorstellungen ihre Therapeuten?

Henning Schöttke und Kollegen vom Psychologischen Institut der Universität Osnabrück haben diese Fragen anhand von 473 Patienten und 103 Therapeuten untersucht – und festgestellt, dass die Ziele von Patienten, Verhaltenstherapeuten und psychodynamischen Psychotherapeuten oft divergieren.

Die Autoren konnten 473 ambulante Psychotherapiepatienten für ihre Studie gewinnen. Diese Patienten begannen ihre Therapie zwischen den Jahren 2002 und 2010 in einer Poliklinik in Osnabrück. Zum Zeitpunkt der Datenaufbereitung hatten 388 Patienten ihre Therapie beendet. Das Durchschnittsalter lag bei 39,8 Jahren; 66% der Patienten waren weiblich. Die Patienten wiesen nach ICD-10 durchschnittlich 1,78 (SD=0,91) Diagnosen auf. Affektive Störungen waren am häufigsten vertreten (52,9% der Patienten), von einer Angststörung waren 19,7%, von einer psychosomatischen Störung 10,6% und von einer Persönlichkeitsstörung 6,8% der Patienten betroffen.

Die Patienten erhielten entweder eine kognitiv-behaviorale Psychotherapie (CBT) oder eine psychodynamische Psychotherapie (PDT). Die 58 teilnehmenden Verhaltenstherapeuten und die 45 psychodynamischen Therapeuten waren durchschnittlich knapp 34 Jahre alt und befanden sich in fortgeschrittener Psychotherapieausbildung. 78% der Therapeuten waren weiblich.

Therapeuten wollen mehr ...

Die Patienten und Therapeuten formulierten ihre Therapieziele frei. Die Ziele wurden dann

von wissenschaftlichen Mitarbeitern nach dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT-T, Grosse Holtforth 2001) kodiert. Der Erfolg der Therapie wurde mithilfe des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP, Lutz et al. 2009) erfasst. Die Therapeuten nannten dabei mehr als doppelt so viele Therapieziele wie die Patienten (8,7 vs. 3,8).

Die CBT-Patienten erhielten deutlich mehr Diagnosen als die PDT-Patienten. Die Therapie der CBT-Patienten erstreckte sich über durchschnittlich 46 Sitzungen, wohingegen die PDT-Patienten rund 59 Sitzungen erhielten ($p < 0,001$). Insgesamt beendeten 67 Patienten (14,7%) die Therapie vorzeitig, wobei deutlich mehr PDT- als CBT-Patienten die Therapie abbrachen (19 vs. 11% der jeweiligen Gruppen).

... Verhaltenstherapeuten noch mehr

Während die Psychotherapeuten insgesamt eher problem- und symptomfokussiert waren, wünschten sich die Patienten eher eine Verbesserung ihrer Beziehungen, ihres Wohlbefindens und ihrer existenziellen Probleme. Dabei wiesen die CBT- und PDT-Patienten in ihrer Zielsetzung viele Gemeinsamkeiten auf.

Zwischen den Therapeuten der beiden Richtungen kristallisierten sich dagegen deutliche Unterschiede heraus: Die CBT-Therapeuten nannten mehr Ziele als die PDT-Therapeuten ($p < 0,001$) und hatten eher das Coping von Symptomen und Problemen im Blick, während die PDT-Therapeuten sich auf wenige Ziele beschränkten und sich dabei auf die Beziehungsgestaltung und das persönliche Wachstum fokussierten.

Insgesamt könne die Effektivität der Therapie als sehr gut bezeichnet werden, so die Autoren. Dabei unterschieden sich die beiden Therapierichtungen in ihrer Effektivität nicht signifikant: Die Effektgröße „d“ betrug 1,35 für die CBT und 1,11 für die PDT.

Fazit

Patienten, die eine Psychotherapie beginnen, haben möglicherweise ganz andere Zielvorstellungen als ihre Therapeuten. Die Zielvorstellungen der Therapeuten hängen stark von ihrer Ausrichtung ab. Die aktuelle Studie zeigt: Verhaltenstherapeuten setzen den Akzent auf Coping-Strategien, während psychodynamische Psychotherapeuten eher die Beziehungsregulation und das persönliche Wachstum fördern wollen. Es lohnt sich, der Erforschung von Therapiezielen in der Psychotherapieforschung mehr Raum zu geben, so die Autoren.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Schöttke H et al. Relevance of therapy goals in outpatient cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res* 2014; 24: 711–723

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-100385>

Körperdysmorphie Störung

Kognitive Verhaltenstherapie hilft (noch) besser als Angstmanagement



Nicht immer gefällt uns, was wir im Spiegel sehen. Bei der körperdysmorphen Störung ist die Beschäftigung mit vermeintlichen optischen Makeln extrem ausgeprägt und quälend für die Betroffenen.

Die körperdysmorphie Störung (Body Dysmorphic Disorder, BDD) ist gekennzeichnet durch die Beschäftigung mit wahrgenommenen körperlichen Defekten oder Makeln, die für andere gar nicht oder nur minimal wahrnehmbar sind. Die erste randomisierte, kontrollierte Vergleichsstudie für psychotherapeutische Behandlung der BDD zeigt gute Ergebnisse für die kognitive Verhaltenstherapie.

Mit einer Prävalenz von 2% ist die BDD häufiger als früher angenommen. Studien zur Behandlung deuten auf die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern sowie auf ein Ansprechen auf kognitive Verhaltenstherapie hin. Letztere war auch Gegenstand einer randomisierten, kontrollierten Studie aus London mit 64 BDD-Patienten. Sie verglich BDD-spezifische kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit einer Angstmanagement-Therapie, die sich speziell Angstsymptomen in Zusammenhang mit der körperlichen Erscheinung widmete.

Nach 12 Wochen zeigten BDD-YBOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for BDD), BABS (Brown Assessment of Beliefs Scale), AAI (Appearance Anxiety Inventory) und BIQLI (Body Image Quality of Life Inventory) allesamt deutlich bessere Ergebnisse für die KVT-Patienten – obwohl auch die andere Gruppe deutlich besser abschnitt als zu Studienbeginn. Dabei profitierten Patienten mit Wahnvorstellungen oder Depression genauso wie solche ohne diese zusätzlichen Anteile. Die KVT-Patienten erhielten weitere 4 Wochen Therapie – und konnten ihr Befinden nochmals deutlich verbessern.

Stetige Verbesserung während der Therapie

Wie genau die Therapie wirkt, lässt sich anhand der Studienergebnisse nicht belegen – wohl aber, dass die Fortschritte kontinuierlich stattfinden. Der AAI wurde nämlich wöchentlich angewendet, um Veränderungen in der Häufigkeit kognitiver Prozesse und nach Sicherheit suchender Verhaltensweisen (die als Indikatoren für die Beschäftigung mit der äußeren Erscheinung, Stress und Handicap angesehen werden) zu dokumentieren. Sie nahmen in beiden Gruppen stetig ab (in der KVT-Gruppe noch deutlicher als in der Angstmanagement-Gruppe) und gingen mit einer Abnahme der BDD-Symptome einher.

Fazit

Die erste Vergleichsstudie für kognitive Verhaltenstherapie versus Angstmanagement bei körperdysmorpher Störung zeigt erfreuliche Effekte für beide Therapiearten – mit deutlichem Vorsprung für die verhaltenstherapeutische Intervention, auch für Patienten mit Wahnvorstellungen und depressiven Symptomen. Die optimale Therapiedauer scheint bei mindestens 16 Wochen zu liegen, manche Patienten profitieren möglicherweise von einer noch längeren Therapie.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Veale D et al. Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: A randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014; 83: 341–353

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-100386>

Beratungsstellen

Psychotherapeutische Angebote von Gemeinden sind effektiv

Psychotherapie findet nicht nur unter kontrollierten Bedingungen in Praxen und Kliniken statt: Viele Beratungsstellen bieten Psychotherapie für sozial schwache Menschen an – mit hoher Effektivität, wie US-amerikanische Forscher jetzt zeigen konnten.

Auch in den USA bieten Städte und Gemeinden Psychotherapie in Gesundheitszentren (Community Mental Health Centers, CMHC) an. Robert Reese (University of Kentucky, USA) et al. interessierten sich für die Qualität dieser Angebote. In ihrer Studie erwähnen sie das „good enough principle“: Auch wenn die Angebote nicht die hohe Qualität von Psychotherapien aus Praxen und Studien erreichen, sind die Behandlungen, welche die Patienten erhalten, effektiv genug, um Veränderungen herbeizuführen. Die statistisch zwar signifikanten Unterschiede in der Effektivität von Psychotherapien aus randomisiert-kontrollierten Studien und den Angeboten der Gemeinde seien klinisch oft trivial.

Die Autoren untersuchten das Outcome bei Patienten, die das psychotherapeutische Angebot einer großen Einrichtung in den USA in Anspruch genommen hatten: Die Southwest Behavioral Health Services (SBHS) versorgen Menschen in Maricopa (Phoenix), Mohave, Yavapa, Coconino und Gila in Arizona. Die Klienten leben an oder unter der Armutsgrenze. Zu den Angeboten zählen auch Suchtbehandlungen.

An der Studie namen 5186 Klienten teil, 60% von ihnen waren weiblich. Im Durchschnitt erhielten die Klienten 8,86 Sitzungen (Median=5 Sitzungen, Standardabweichung [SD]=10,85). Die untersuchten Patienten beendeten ihre Behandlung in den Jahren 2007 bis 2011. Zu den häufigsten Diagnosen

zählten Depressionen und Angststörungen (46% der Patienten); bei 18,8% der Patienten lag ein Substanzmittelmissbrauch vor, 14,4% litten an einer bipolaren Störung oder Schizophrenie. Das Durchschnittsalter der Klienten lag bei 36,7 Jahren. Die Therapie wurde von 86 Therapeuten durchgeführt, 84% davon weiblich.

Ein einfaches Feedbacksystem misst den Fortschritt

Die Wissenschaftler nutzten das Feedback-System Outcome Rating Scale (ORS): Vor jeder Stunde markierten die Patienten an 4 jeweils 10 cm langen Linien, wie es ihnen erging. Die Linien repräsentieren 4 Dimensionen:

1. das individuelle Wohlbefinden bzw. der Stress infolge der Symptomatik (individueller Aspekt)
2. die Zufriedenheit mit der Beziehung zu nahestehenden Personen (interpersoneller Aspekt)
3. die Zufriedenheit mit der Arbeit / der Schule und den Beziehungen außerhalb der Familie (sozialer Aspekt)
4. das Wohlbefinden insgesamt

Insgesamt können 40 Punkte erreicht werden, wobei niedrigere Skalenwerte ein schlechteres Befinden widerspiegeln.

Bei 65,6% der Studienteilnehmer konnten die Autoren eine Veränderung feststellen, wobei 42,9% der Patienten klinisch sig-

nifikante Veränderungen erreichten. Die 1589 Teilnehmer mit einer Depression begannen ihre Therapie mit ORS-Scores von durchschnittlich 14,73 (SD=5,86). Am Ende der Behandlung war der Score auf 22,59 (SD=8,86) gestiegen; dies entspricht einer standardisierten Effektgröße von $d = 1,34$.

Die Wissenschaftler verglichen dieses Ergebnis mit Prä-Post-Untersuchungen aus randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) mit depressiven Patienten und kamen zu dem Schluss, dass die Outcomes vergleichbar sind. Die Ergebnisse, die mit den Behandlungsangeboten der Gemeinde erreicht werden, ließen sich also durchaus sehen und seien mit anderen randomisiert-kontrollierten Feedback-Studien vergleichbar. Außerdem seien sie den Standardbehandlungen (TAU=treatment as usual) einiger RCTs überlegen, so die Autoren.

Fazit

Psychotherapeutische Angebote von Beratungsstellen für sozial schwache Menschen können genauso effektiv sein wie die in randomisiert-kontrollierten Studien untersuchten Psychotherapien. Mithilfe eines kontinuierlichen Feedbacks der Patienten lasse sich das Outcome verbessern und die Lücke zwischen Forschung und Praxis schließen, so die Autoren.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Reese RJ et al. Benchmarking outcomes in a public behavioral health setting: feedback as a quality improvement strategy. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82; 731–742

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-100387>

Angststörung und Depression

Vermeidung könnte den Zusammenhang erklären



Angststörungen und Depression – wo liegt der kausale Zusammenhang?

73 % der Patienten mit Depression haben auch eine Angststörung, 27–77% der Angstpatienten entwickeln im Laufe ihres Lebens auch eine Depression – aber wo liegt der kausale Zusammenhang? Eine Langzeitstudie aus Pennsylvania gibt Hinweise darauf, dass Vermeidung zumindest einer der Schlüssel sein könnte.

In einer Langzeitstudie füllten 6504 Jugendliche zum Start Selbsteinschätzungsbögen zu Angst- und depressiven Symptomen aus, ein Jahr später einen Fragebogen zu Vermeidungsverhalten, 6–8 Jahre später einen Fragebogen zu traumatischen Erlebnissen – und in einer 4. Erhebungswelle nach 12–14 Jahren einen Bogen zu depressiven Symptomen.

Die Ergebnisse zeigen, wie in vorangegangenen Studien, dass Jugendliche mit einer Angststörung mehr als ein Jahrzehnt später häufiger unter depressiven Symptomen leiden als Menschen ohne Angststörung. Genauer: Angstsymptome zum ersten Erhebungszeitpunkt erklärten etwa 23% der Varianz depressiver Symptome in der 4. Erhebungswelle.

Mehr Angst, mehr Vermeidung – und mehr depressive Symptome

Auch die 2. Hypothese der Autoren, dass Vermeidung das verbindende Glied zwischen beiden ist, wurde bestätigt: Angst erhöhte das Risiko für Vermeidung, Vermeidung wiederum erhöhte das Risiko für depressive Symptome. Und: Wer Vermeidungsverhalten zeigte, hatte stärker ausgeprägte depressive Symptome.

Möglicherweise, so die Autoren, verringert Vermeidung die Wahrscheinlichkeit auch für positive Ereignisse und Aktivitäten – was wiederum die Entstehung depressiver Symptome begünstigt. Der Zusammenhang zwischen Angst, Vermeidung und depressi-

ven Symptomen ließ sich in der Studie übrigens sowohl für psychisch Kranke nachweisen als auch für Personen, deren Symptome kein Krankheitsniveau erreichten.

Trauma spielt keine Rolle

Die 3. Ausgangshypothese, dass auch traumatische Ereignisse bei der Entstehung von Vermeidung und Depression eine Rolle spielen, konnte die Studie nicht bestätigen: Es war kein deutlicher Unterschied zwischen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern mit traumatischen Erfahrungen und solchen ohne traumatische Erlebnisse festzustellen.

Fazit

Interventionen gegen Angstsymptome in jungen Jahren könnten helfen, Vermeidungsverhalten und spätere Depressionen zu vermeiden – sowohl bei psychiatrisch auffälligen Symptomen als auch bei subklinisch ausgeprägter Symptomatik.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Jacobson NC, Newman MG. Avoidance mediates the relationship between anxiety and depression over a decade later. *J Anxiety Disord* 2014; 28: 437–445

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-100388>

Die eigene Praxis

Das sollten Sie bei der Praxisgründung beachten

Die Gründung oder Übernahme einer Praxis will gut überlegt und geplant sein – denn dieser Schritt ist mit Auswirkungen auf das berufliche, soziale und familiäre Leben von erheblicher Bedeutung.

Fallbeispiel

Yvonne S., 29 Jahre alt, hat ihr Psychologiestudium gut bestanden. Im Anschluss daran hat sie eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin erfolgreich abgeschlossen und die Approbation erworben. Eine Kassenzulassung möchte sie noch erhalten. Yvonne S. ist verheiratet und hat einen 2-jährigen Sohn. Sie trägt sich schon seit einiger Zeit mit dem Gedanken, sich in eigener Praxis niederzulassen. “

Frühe Planung Yvonne S. sollte nichts überstürzen. Etwa ein Jahr vor dem anvisierten Start sollte mit der Planung begonnen werden. U. a. muss überlegt werden, wo die Praxis liegen, ob sie neu gegründet oder eine bestehende übernommen werden soll, ob sie alleine oder mit Kollegen betrieben werden, ob Praxisräume gekauft oder gemietet und wie die Praxisgründung oder -übernahme finanziert werden soll. In gesperrten Gebieten muss auch die Wartezeit und das Nachbesetzungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss (§ 103 SGB V) mit einberechnet werden. Nähere Informationen zum recht komplexen Nachbesetzungsverfahren können z. B. die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) oder Psychotherapeutenkammer geben.

Individuelles Konzept Vor der Gründung sollte ein individuell erarbeitetes Konzept für die Praxis erstellt werden, ein „Business-Plan“. Denn die Umsätze werden sich nicht gleich über Nacht einstellen – die Kosten

sind aber von Anfang an da. Das Konzept sollte kundenorientiert sein, und auch der Internetauftritt sollte gut geplant werden.

Nur mit Spezialisten Der Weg in die Selbständigkeit sollte nur mit Unterstützung von Spezialisten gewagt werden: Jeder Niederlassungswillige sollte einen guten Steuerberater, Rechtsanwalt und Berater in finanziellen Fragen haben. Denn in den meisten Fällen muss die Praxisgründung oder der Praxiskauf fremdfinanziert werden. Und dass der Weg in die Selbständigkeit vertraglich und steuer(recht)lich abgesichert werden sollte bzw. muss, versteht sich von selbst. Auch der enge Kontakt zur KV oder Psychotherapeutenkammer schadet keinesfalls.

Nicht ohne die Familie Nicht zu unterschätzen ist auch der Faktor „Familie“. Will der Niederlassungswillige heiraten, will oder hat er Kinder? Wenn er, wie Yvonne S., verheiratet ist und ein kleines Kind hat, muss der höhere finanzielle Bedarf einer 3-köpfigen Familie bedacht werden. Die Eheleute sollten auch offen über einen Ehevertrag zur „Absicherung“ des Ehegatten des Selbständigen sprechen, denn ohne entsprechende ehevertragliche Regelungen kann der andere Ehegatte im Falle der Insolvenz der Praxis u. U. in die Pleite mit hineingezogen werden.

Wichtig ist eine gute, individuelle Planung mithilfe von Spezialisten.

Praxisgründung oder Praxisübernahme?

Praxisübernahme In gesperrten Planbereichen ermöglicht es oft nur eine Übernahme, überhaupt eine Praxis zu betreiben. Und manchmal kann ein Patientenstamm übernommen werden. Wird Praxispersonal gewünscht, kann dieses vom Abgeber u. U. ebenfalls übernommen werden.

- Eine Praxis kann sofort oder „gestaffelt“ übernommen werden. Die sofortige Übernahme hat den Vorteil, dass der Nachfolger die volle Gestaltungsfreiheit über den Betrieb hat, die gestaffelte, dass der Übernehmer Praxisbetrieb und Patienten nach und nach kennenlernen kann. Bis zur endgültigen Übernahme wird der Übernehmer in diesem Fall als Angestellter beschäftigt oder ist schon Partner.
- Bei einer Praxisübernahme ist ein Vertrag zwischen Übernehmer und Übergeber zu schließen. Darin sollten zumindest Vertragsgegenstand, Kaufpreis, Inventar, Patientenkartei, Personal, Räumlichkeiten, Honorarforderung, Haftungsabgrenzung, Konkurrenzschutz / Vertragsstrafe, Schriftform und Kosten des Vertrags geregelt sein.

Praxisneugründung Auch eine Neugründung bietet Vorteile, denn der Gründer kann sich den Standort aussuchen. Dieser Aspekt ist von großer Bedeutung, denn der wirtschaftliche Erfolg der Praxis wird durch ihren Standort erheblich mitbestimmt. Da der Ruf einer Praxis und auch die Wege der Zuweisung stark personenabhängig sind, und angesichts der langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz bei guter Planung die volle Auslastung recht schnell erreicht sein kann, ist die Neugründung eine echte Option.

Allein oder mit anderen?

Einzelpraxis Der Vorteil einer Einzelpraxis liegt auf der Hand: Keiner redet einem hinein! Man hat freie Hand bei der Gestaltung der Praxis, der Abläufe etc. Andererseits ist der „Einzelkämpfer“ bei allen fachlichen und unternehmerischen Entscheidungen ganz auf sich gestellt.

Praxisgemeinschaft Bei einer Praxisgemeinschaft bestehen rechtlich mehrere (konkurrierende) Praxen nebeneinander. Die Praxisinhaber teilen sich aber die Kosten für gemeinsam genutztes Personal (soweit vorhanden), gemeinsam genutzte Räumlichkeiten und Geräte (Computer, EDV) etc.

Berufsausübungsgemeinschaft Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG, früher: Gemeinschaftspraxis) schließen sich mehrere Psychotherapeuten zu einer Praxis, einer Gesellschaft, zusammen. Die Rechtsform ist dann zu wählen.

- ▶ Ein Nachteil der BAG kann die zwischenmenschliche und wirtschaftliche Verflechtung der Partner sein. Zwischenmenschliche Probleme können eine Praxis lähmen und zu deren Auflösung führen – trotz bester Regelungen in einem Gesellschaftsvertrag.
- ▶ Andererseits bietet die BAG Vorteile: So kann sich etwa ein unerfahrener Psychotherapeut auf kurzem Wege fachlichen Rat von Kollegen holen. Der einzelne Psychotherapeut kann leichter Urlaub machen, Fortbildungen besuchen oder Nebentätigkeiten ausüben, denn er kann auf Vertreter zurückgreifen. Und der Kostendruck der Praxis wird auf mehrere Köpfe verteilt, Geräte und Räumlichkeiten werden rationeller genutzt und Anschaffungen sind wirtschaftlicher.

Sowohl die Einzelpraxis als auch die Berufsausübung gemeinsam mit Kollegen haben Vor- und Nachteile. Welches Modell das „richtige“ ist, muss jeder für sich anhand der konkreten Gegebenheiten entscheiden.

Mieten oder kaufen?

Mieten Mietverträge haben häufig eine lange Laufzeit. Sie binden den Psychotherapeuten und erschweren u.U. eine räumliche Vergrößerung oder einen Verkauf der Praxis. Wichtig beim Anmieten von Räumlichkeiten: In manchen Bundesländern sollten sie für Nutzung als Gewerbe zugelassen sein. Der Vermieter müsste die gewerbliche Nutzung i. d. R. auch genehmigen und kann sie nur ausnahmsweise verweigern. Die gewerbliche Nutzung muss bei der zuständigen Stelle (Stadt, Gemeinde etc.) beantragt werden.

Kaufen Eine Praxis kann z.T. mit Immobilie oder Grundstück übernommen werden. In diesem Fall ist ein notarieller Kaufvertrag abzuschließen. Befindet sich die Immobilie im Betriebsvermögen und kommt es zu einer Wertsteigerung, ist diese bei Auflösung der Praxis zu versteuern.

Anforderungen an die Räume Die Anforderungen an die Praxisräume sind in den Berufsordnungen (BO) der Landespsychotherapeutenkammern geregelt. Werden keine Mitarbeiter beschäftigt, existieren i. d. R. keine festen Bestimmungen für die räumliche Ausstattung. Ansonsten ist die Arbeitsstättenverordnung zu beachten. Die Berufsordnungen schreiben eine klare Trennung von Privat- und Behandlungsräumen vor; sie dürfen aber i. d. R. im gleichen Gebäude sein.

Organisatorisches

Sitzverlegung Will sich der Psychotherapeut an einem anderen Ort niederlassen als dem bisherigen Praxissitz, muss er in manchen KV-Bezirken bereits bei der Bewerbung um einen Praxissitz Räumlichkeiten nachweisen. Der Antrag auf Verlegung des Sitzes ist gebührenpflichtig, i. d. R. unabhängig davon, ob der Psychotherapeut den Sitz erhält. Nähere Auskünfte gibt die jeweils zuständige KV.

Versicherungsschutz Der Niederlassungswillige sollte auch seinen Versiche-

rungsschutz prüfen. Eine Berufshaftpflichtversicherung ist Pflicht, eine Krankentagegeld- und eventuell eine Betriebsausfallversicherung sind ratsam.

EDV-Ausstattung Auch die Frage nach der EDV-Ausstattung, also dem Abrechnungsprogramm, dem Kartenlesegerät, Terminplaner etc., sollte mit einem Spezialisten besprochen werden.

Formalitäten U.a. sind bei Praxisgründung die Ärzte- bzw. die Psychotherapeutenkammer, das Versorgungswerk und – teilweise – das Gesundheitsamt zu informieren. Personal muss bei der Krankenkasse und der Berufsgenossenschaft gemeldet werden. Die Eintragung ins Telefonbuch sowie die Anmeldung der selbstständigen Tätigkeit beim Finanzamt sind vorzunehmen. Für die Zulassung zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter ist die Eintragung in das Arzt-/Psychotherapeutenregister nötig und die Zulassung beim zuständigen Zulassungsausschuss zu beantragen. Letzteres gilt auch für eine BAG.

- ▶ Nähere Informationen erhält der Psychotherapeut bei den KVen und den Psychotherapeutenkammern.



Jörg Bossenmayer

Kanzlei Hartmann Gallus und Partner
Hummelbergstr. 7
70195 Stuttgart
info@kanzlei-hgp.de

Jörg Bossenmayer ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht. Er ist seit dem Jahr 2000

als Rechtsanwalt zugelassen und war zunächst im sozial-, krankenversicherungs- und verwaltungsrechtlichen Referat einer größeren Stuttgarter Anwaltssozietät, dann in ausschließlich medizinrechtlich ausgerichteten Kanzleien in Sindelfingen und Stuttgart tätig. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind das Arzthaftungsrecht, Arztstrafrecht und das (zahn-) ärztliche Vertragsrecht sowie das Vertrags- (zahn-) arztrecht (Kassenarztrecht), Zulassungsrecht und das Berufsrecht der Ärzte, Zahnärzte und der sonstigen Heilberufe. Er ist Referent von Vorträgen, Seminaren und Fortbildungsveranstaltungen.

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-100263>