

# Aktuelles aus der Forschung

Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

## Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften des Bundesforschungsministeriums und der Deutschen Rentenversicherung 1998-2006 – Ausgewählte Studien mit Psychotherapierelevanz (Teil II)

### Vorwort

Aktuelles aus der Forschung wird in dieser Ausgabe wiederum – wie schon in PTJ 3/2006 berichtet – Ergebnisse psychotherapierelevanter Studien aus dem Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften zusammenfassen. In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) gemeinsam finanzierten Förderschwerpunkt wurden zwischen 1998 und 2006 insgesamt 150 einzelne Forschungsprojekte gefördert. Ziel der Förderung war die Steigerung von Qualität und Umfang anwendungsorientierter

Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation sowie die Stärkung der strukturellen Verankerung der Rehabilitationswissenschaften an Universitäten und Hochschulen.

Die medizinische Rehabilitation stellt traditionell einen für psychische Erkrankungen wichtigen Sektor der Gesundheitsversorgung dar. So werden allein im Indikationsbereich „Psychische und psychosomatische Erkrankungen“ bundesweit jährlich ca. 90.000 Patienten psychotherapeutisch versorgt. Darüber hinaus gewinnen psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen in den somatischen

Indikationsbereichen wegen der hohen psychischen Komorbidität insb. bei orthopädischen, kardiologischen und onkologischen Erkrankungen seit ca. 10 Jahren zunehmend an Bedeutung. Dem trägt auch die Wandlung der Rehakonzepte zu bio-psycho-sozialen Ansätzen Rechnung (vgl. WHO, 2001; Gerdes & Weis, 2000; Gerdes, Jäckel & Bengel, 2000; DRV, 2006).

Im Folgenden werden weitere für die psychotherapeutische Versorgung wesentliche Ergebnisse ausgewählter Forschungsprojekte bzw. Themenbereiche des Förderschwerpunktes vorgestellt. Die Ergebnisse der

Projekte sind vielfach publiziert, weshalb hier an dieser Stelle auch nicht auf einzelne Veröffentlichungen verwiesen wird, sondern nur die Projektautoren und der Projekttitel genannt werden. Interessierte Leser finden weitere Informationen (Literaturangaben, Projektabschlussberichte) in der Forschungsdatenbank der Deutschen Rentenversicherung, auf die hier ausdrücklich verwiesen wird: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/>. Die hier ausgewählten z.T. schon etwas länger zurückliegenden Projekte haben nach wie vor hohe Aktualität.

## Therapieprogramm für somatoforme Störungen

Rief, W., Timmer, B., Bleichhardt, G. (2001). *Entwicklung und Evaluation eines Therapieprogrammes für Personen mit somatoformen Störungen (funktionellen Störungen)*.

Dem Krankheitsbild der somatoformen Störungen kommt eine erhebliche klinische und gesundheitsökonomische Relevanz in der medizinischen Versorgung zu. Patienten mit

somatoformen Störungen nehmen z.B. in einem außerordentlichen Maß somatische Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch und verursachen demzufolge hohe Kosten bei

meist langjähriger Chronifizierung. Demgegenüber finden sich zu dieser Thematik kaum kontrollierte Studien, eine Lücke, die die Studie von Rief et al. zu schließen versucht. Ziel

**MFK**

**Münchner FamilienKolleg**

Programm-Anforderung:  
Blutenburgstr. 57, 80636 München  
Fon: 089 – 22 29 92  
Fax: 08134 – 92 365  
E-mail: [MFK.FamilienKolleg@t-online.de](mailto:MFK.FamilienKolleg@t-online.de)  
Internet: <http://www.mfk-fortbildung.de>

### Fortbildung 2008 (Auswahl)

11. – 12.04. Jim Wilson: Therapie als Theater der Möglichkeiten  
16. – 19.04. Doris Heueck: Multiplikatorenkurs Präventives ElternTraining PET, 1. Teil  
30. – 31.05. Scott Miller: Was wirkt in der Therapie?  
20. – 21.06. Jochen Peichl: Das geteilte Selbst: Einführung in die Ego-State-Therapie  
27. – 28.06. Gerd F. Müller: Stärken betonendes systemisches Interview  
14. – 15.11. Michael Hoyt: Manche Geschichten sind besser als andere

**Masterkurs mit Giorgio Nardone und Arezzo-Team-Mitgliedern:  
10 x 2 Tage 2008 - 2009 „Strategisch-konstruktivistische Kurz-Therapie“**  
Beginn 06. Juni 2008: Curriculum des Centro di Terapia Breve Strategica di Arezzo

*Für alle Seminare gibt es Fortbildungspunkte der Bay. Psychotherapeutenkammer.*

war die Abbildung der kurz- und langfristigen Effektivität eines stationären verhaltensmedizinischen Behandlungsprogramms sowie die Überprüfung der differentiellen Wirksamkeit eines neu entwickelten, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapieprogramms für somatoforme Störungen. Im Rahmen einer experimentellen, randomisierten Therapiestudie wurden insgesamt 191 Patienten einer psychosomatischen Klinik zusätzlich zur Standardtherapie entweder mit Entspannungstraining oder in einer spezifischen Gruppe für Somatisierungsstörungen behandelt. Zu drei Messzeitpunkten wurden neben der somatoformen Symptomatik u.a. allgemeine psychische Störungen, das Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Leistungen, die allgemeine Lebensqualität, subjektive Krankheitsmodelle und dysfunktionale Einstellungen erhoben. Bzgl. der Outcomes zeigten

sich beide Behandlungsbedingungen als statistisch und klinisch erfolgreicher als eine ebenfalls untersuchte Wartegruppe (n=34). Dies betraf sowohl somatisierungsspezifische Variablen (somatoforme Symptomatik: Symptomanzahl und -intensität) und die Depressivität sowie auch Merkmale der allgemeinen Lebensqualität und der Inanspruchnahme medizinischer Dienste. Für die Somatisierungsgruppe waren v.a. auch bei gesundheitsökonomisch relevanten Variablen wie Reduktion der Arztbesuche nach der stationären Behandlung im Vergleich zu den anderen Bedingungen besonders starke Effekte nachweisbar. Die Veränderungen in den primären Zielvariablen erwiesen sich bei der 1-Jahres-Katamnese zudem als langfristig stabil. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse die längerfristige Effektivität des stationären Behandlungsprogramms und betonen die mögliche Bedeutung der Ent-

wicklung störungsspezifischer Therapieansätze.

**Kommentar:** Die Gruppe der Patienten mit somatoformen bzw. früher als „funktionell“ bezeichneten Störungen stellt seit Bestehen der Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen Mitte der 1960er Jahre eine zahlenmäßig sehr bedeutsame, aber auch im stationären Rahmen nicht leicht zu behandelnde Patientengruppe dar. Umso mehr besteht die Notwendigkeit spezifische, auf diese Patientengruppe zugeschnittene Behandlungsprogramme zu entwickeln und diese nicht nur anzuwenden, sondern auch zu evaluieren. Der Forschungsgruppe der Klinik Roseneck (Priem am Chiemsee) kommt das Verdienst zu, dies realisiert zu haben. Interessanterweise zeigte sich das neue Programm wohl der Wartegruppe, nicht aber der alternativ behandelten Patienten überlegen.

Dies legt zunächst nur die Effektivität des allgemeinen Klinikkonzeptes (bei dem ja üblicherweise ein ganzes Bündel von Maßnahmen, u.a. auch Einzelpsychotherapie zur Anwendung kommen) nahe. Trotz RCT-Design zeigt sich hier – wie in allen anderen Studien, die im stationären Setting durchgeführt werden – dass die Überlagerung eines spezifischen Behandlungsprogramms durch unspezifische Faktoren der „Standard“-Behandlung nicht so leicht zu kontrollieren sind, zumal die Patienten in aller Regel in einer therapeutischen Gemeinschaft behandelt werden, in der sie sich nicht unwesentlich gegenseitig („laientherapeutisch“) beeinflussen. Dennoch ist das Ziel, spezifischere störungsbezogene Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation einzuführen, weg von einem „one-size-fits-all“, unbedingt zu begrüßen.

## Behandlungsabbrüche stationärer Rehabilitation psychischer Erkrankungen

*Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Barghaan, D., Koch, U., Schulz, H. (2002). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Formen, Ursachen, Konsequenzen und Optimierungsmöglichkeiten.*

Behandlungsabbrüche stellen ein bedeutendes Qualitätsproblem der Gesundheitsversorgung dar, sowohl für die Patienten selbst, aber auch für die Behandler und Einrichtungsträger. Dies unter unterschiedlichen Perspektiven: Behandlungsabbrüche werden u.a. mit einem schlechteren Outcome, mit höheren Kosten (u.a. wegen der durch weitere

Behandlungsversuche anfallenden Kosten) und auch mit einer höheren Chronifizierung assoziiert. Demgegenüber besteht – sehr wahrscheinlich nicht nur in der stationären Rehabilitation psychischer Erkrankungen – ein als defizitär zu bezeichnender Forschungsstand. Die Autorengruppe des Uni-Klinikums Hamburg-Eppendorf um Projektleiter H. Schulz haben sich im Rahmen eines umfangreichen, mehrere Teilstudien umfassenden Projekts der ersten Förderphase dieses Themas angenommen. Die Projektziele bestanden darin, Fragen nach Häufigkeit, Ursachen und Folgen vorzeitiger Entlassungen in der stationären

psychosomatischen Rehabilitation zu beantworten. Theoretische Grundlage des Vorhabens bildeten sozialkognitive Modelle zum Gesundheitsverhalten. Mit einer eigenen Modellentwicklung wurde angestrebt, Behandlungsabbrüche zu beschreiben und vorherzusagen. Zur Beantwortung der Teilfragestellungen wurden insgesamt acht Teilstudien durchgeführt: Sekundäranalyse von Basisdokumentationen zweier großer Klinikträger, Sekundäranalyse von Daten der Deutschen Rentenversicherung, Expertenbefragung von Chefärzten, halbstrukturierte Interviews mit Abbrechern und Bezugstherapeuten, Entwicklung eines

theoretischen Modells des Behandlungsabbruchs, kontrollierte, retrospektive Fragebogenstudie an Patienten der LVA Westfalen, halbstrukturierte Telefon-Interviews mit 80 vorzeitig bzw. regulär Entlassenen aus der Fragebogenstudie und eine prospektive, quasiexperimentelle Studie anhand einer konsekutiven Stichprobe von Rehabilitanden dreier Rentenversicherungsträger. Aus den Daten von über 30.000 Basisdokumentationen und über 55.000 Entlassungsberichten ergaben sich Abbruchquoten zwischen 7 und 15%, wobei die Entlassungen innerhalb der ersten 14 Behandlungstage einen geringeren Anteil einnahm-

men (2/4%) als bisher in der Literatur berichtet. Hinsichtlich der Outcomes schnitten Abbrecher in diesen Daten deutlich schlechter ab, als regulär entlassene Patienten. Als Risikofaktoren konnten dabei Alter (unter 30 Jahren) und die Diagnose (Persönlichkeitsstörung) identifiziert werden; beide klärten allerdings nur in geringem Maße die Abbrechervarianz auf, was eine multifaktorielle Konzeption des Abbruchgeschehens nahe legte. Auf der Basis des Theoriemodells wurde diese Vermutung im Rahmen einer prospektiven, quasiexperimentellen Studie überprüft. Hier wurden auch motivationale Variablen (Psychotherapiemotivation zum Bewilligungszeitpunkt) erfasst und gemeinsam mit den anderen Prädiktoren (soziodemographische, diagnostische, sozialmedizinische) auf ihren Prognosewert überprüft. Nicht erwartungskonform ließen sich dabei keine Unterschiede zwischen Abbrechern und regulär entlassenen Patienten, weder hinsichtlich ihrer Ausgangsmotivation noch hinsichtlich des Behandlungsergebnisses, nachweisen. Deutliche Differenzen ergaben sich hingegen hinsichtlich der Patientenzufriedenheit (Abbrecher weniger zufrieden) und der Zufriedenheit der Behandler bzw. deren Institutionen (v.a. Unzufriedenheit wegen Mehrbelastung und Imageproblemen). Die Autoren schlussfolgern, dass ein Screening mit Ziel einer frühen Identifikation von abbruchgefährdeten Patienten nach diesen Befunden nicht möglich sei. Sie vermuten, dass sich Ansätze zu ihrer Vermeidung auf den Behandlungsprozess konzentrieren müssten und in systematischen Rückmeldeverfahren von Patienten an Therapeuten

während des Behandlungsverlaufs bestehen könnten. Nach ihrer Auffassung sollte sich Forschung zu Behandlungsmisserfolgen künftig auf Nicht-Anreter von bewilligten Rehabilitationsmaßnahmen, auf sog. „innere Abbrecher“ und auf Patienten mit schlechtem sozialmedizinischen oder psychodiagnostischem Behandlungsergebnis (unabhängig von der Entlassungsart) konzentrieren.

**Kommentar:** Die Hamburger Arbeitsgruppe des Instituts für Medizinische Psychologie (Leiter bis Ende 2007: Prof. Dr. Dr. Uwe Koch) hat bzgl. der Analyse von Behandlungsabbrüchen – wie in vielen anderen Forschungsschwerpunkten – mit dem skizzierten Projekt eine führende Position nicht nur in der medizinischen Rehabilitation übernommen. Über therapeutischen Misserfolg oder (Beziehungs-)Abbruch ist weder in der ambulanten noch stationären Psychotherapieforschung viel zu lesen. Die Autoren haben hier ein „Tabuthema“ aufgegriffen, was per se schon einen großen Verdienst darstellt. Wie v.a. die Ergebnis der prospektiv angelegte Studie zeigten, weisen Therapieabbrecher nicht zwingend schlechtere Outcomes auf als Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung vorzeitig beenden. Möglicherweise werden bei diesen Patienten auch durch eine sehr kurze, vielleicht konfrontative Intervention die Selbstheilungskräfte mobilisiert, möglicherweise hatten Therapieabbrecher auch ein mehr oder weniger gutes Gefühl, ob die „Passung“ für die Behandlung stimmt oder sie auch über nachfolgende ambulante Behandlungen kompensiert.

## 9. Kongress für Partner- und Sexualtherapie



3. bis 5. Oktober 2008  
Universität Würzburg



### Grundlagen und Therapiemethoden für die Arbeit mit Paar- und Sexualproblemen

Vorträge · Workshops · Fortbildungspunkte\*  
Kongressfest · Ausstellung

U.a. mit *Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers*: Therapeutische Primärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch; *Dipl.-Psych. Ingrid Baum*: Heilende Übungen und Rituale für Paare; *Dr. Cordula Löhr*: Verhaltenstherapeutische Interventionen im Rahmen der Paartherapie; *Prof. Dr. Kurt Loewitt*: Einführung in die syndyastische Sexualtherapie (SST); *Dipl.-Psych. Ursula Nuber*: Partnerschaft und Geheimnisse; *Dr. Stefan Oschmann*: Erfolgreich mit Paaren arbeiten – die 7 Nothelfer; *Dr. Johannes Reisch*: Von der Kunst, der Lust eine Bühne zu bereiten – Einführung in die hypnosystemische Sexualtherapie; *Dr. Hildegard Stienen*: Behandlung der weiblichen Lustlosigkeit; *Dipl.-Psych. Bernhard Trenkle*: Geschichten und Metaphern in der Paartherapie; *Dipl.-Psych. Friederike von Tiedemann*: Umgang mit Machtthemen in der Paarberatung; *Dr. Roland Weber*: Systemische Paartherapie. *Peter Gaymann*: Die Paar Probleme (Ausstellung)

\* Die Veranstaltung ist von der Bayerischen Landesärztekammer und der Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten anerkannt.

**Anmeldung und Information:** Institut für Partner- und Sexualtherapie  
Stereustraße 17, 97074 Würzburg, Tel.: 0931/885580, Fax: 0931/880100  
email: info@ips-wuerzburg.de

[www.ips-wuerzburg.de](http://www.ips-wuerzburg.de)

## Diagnostik und Therapie der Progredienzangst

Herschbach, P. et al. (2001). *Diagnostik von Progredienzangst – Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Progredienzangst*; Herschbach, P. et al. (2006). *Entwicklung und Evaluation eines Therapieprogramms zur Bewältigung von Progredienzangst*.

Die Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung – Progredienzangst (im folgenden PA) – gehört zu den stärksten psychosozialen Belastungen chronisch körperlich Kranker, z.B. bei Tumorerkrankungen, Diabetes oder entzündlichen rheumatischen Erkrankungen. Trotz der Bedeutung dieser Angst für die Behandlung sowie die Lebensqualität der betreffenden Patienten stand bislang weder ein Instrument zu deren empirischen Erfassung noch ein (neben den vorhandenen allgemeinen psychotherapeutischen Ansätzen bestehendes) spezifisches Behandlungsangebot zur Verfügung. Im Rahmen von zwei Projekten der ersten und der zweiten Förderphase wurde im Forschungsverbund Bayern ein Assessmentinstrument zur Erfassung von PA sowie einen spezifisches Therapieprogramm zu deren Bewältigung entwickelt. Im Rahmen eines mehrstufigen Vorgehens wurde dabei in der ersten Förderphase auf der Datengrundlage von über 800 Patienten der drei o.g. Indikationsbereiche der 43-Items und 5 Skalen (Angstbewältigung, Affektive Reaktionen, Partnerschaft/Familie, Beruf, Autonomieverlust) umfassende PA-Fragebogen (PA-F) entwickelt, dessen psychometrische Eigenschaften als gut bis sehr gut bezeichnet

werden können (Cronbachs alpha zwischen .70 und .95, Retest-Reliabilität zwischen .77 und .94). Hinsichtlich der zur (ersten) Konstruktvalidierung herangezogenen Instrumente (HADS-D und SCL-90-R) ergaben sich erwartungsgemäß mittlere Zusammenhänge ( $r$  zwischen .51 und .66). In der zweiten Förderphase (2002-2005) wurde drauf aufbauend ein Gruppentherapieprogramm zur Bewältigung der PA entwickelt, angewandt und evaluiert. Die Konzeption des gruppentherapeutischen Angebotes basierte auf der kognitiven Verhaltenstherapie und zielte primär auf eine spezifische Konfrontation mit Progredienzangst sowie deren Bewältigung. Therapieziel war, den Patienten „Werkzeuge“, zur Kontrolle der Angstüberflutung (dysfunktionale PA) in die Hand zu geben. In diesem Sinne handelt es sich um eine lösungsorientierte Fokusgruppe, bei der versucht wurde, die Wahrnehmung und den Umgang mit der Angst zu thematisieren (Selbstwahrnehmung, Angst als Ressource, Angstinhalte, Relativierung der Alltagsbedeutung der Angst an anderen Lebensinhalten, Erlernen psychotherapeutischer Interventionen zur Alltagskontrolle der Angst). Hierbei fanden Techniken der kognitiven Umstrukturierung und der Sorgenexposition Anwendung. Die Evaluierung des Behandlungsmodells erfolgte in einem prospektiven randomisierten Kontrollgruppendesign mit drei Messzeitpunkten (Beginn, Ende, 3 Monate nach Reha), wonach nach differentieller Indikationsstellung auf der Grundlage des PA-F je 164 Patienten per

Zufall den Therapiegruppen zugewiesen wurden. Vergleichsgruppen waren problemorientierte Selbsterfahrungsgruppen auf der Basis themenzentrierter Interaktion gleicher Dauer (zweite Interventionsgruppe) sowie eine Gruppe bzgl. PA unbehandelter Patienten („echte“ Kontrollgruppe). Evaluationsmaße waren neben dem PA-F der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ), die deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), der SF12, somatische Krankheitsmerkmale sowie gesundheitsökonomisch relevante Variablen. Ein Hauptergebnis war, dass sich der PA-Summenwert als zentrale Zielgröße bei beiden Diagnosegruppen signifikant über die Zeit verändert hatte. Die Werte der Patienten aus den beiden Therapiegruppen verbesserten sich dabei gleichermaßen (gegenüber im Schnitt unveränderten Werten der Kontrollgruppe). Bezüglich der weiteren Outcomevariablen zeigte sich, dass beide Interventionsgruppen in gleichem Ausmaß hilfreich sind für Krebspatienten, nicht jedoch für Rheumapatienten (diese profitieren eher von konkreten Hilfestellungen und Beratung in Alltagsfragen). Die Ergebnisse belegen, dass es möglich und besonders für Tumorpatienten nachhaltig hilfreich ist, während einer stationären Rehabilitation an einer spezifischen PA-Behandlung teilzunehmen. Auch die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation legen aus Sicht der Autoren eine Implementierung der PA-Therapie in den Reha-Alltag nahe.

**Kommentar:** Die beiden hier skizzierten, aufeinander aufbauenden Projekte thematisieren einen Bereich, der vor allem für schwere körperliche und v.a. fortschreitende Erkrankungen wie die hier untersuchten (Krebs, Diabetes, Rheuma) aber auch für viele andere (z.B. MS, Parkinson, Alzheimer) eine hohe Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung hat. Die Arbeitsgruppe um P. Herschbach konnte hierfür nicht nur ein reliables und inzwischen validiertes Screeninginstrument bereitstellen, sondern auch ein spezifisches und erfolgreiches Behandlungsprogramm entwickeln, das den Patienten hilft, ihre auf die Erkrankung bezogenen Ängste besser zu bewältigen und damit für die ihnen verbleibende Zeit mehr Lebensqualität für sich zu erreichen. Dass auch die Patienten der zweiten, mit themenzentrierter Interaktion behandelte Interventionsgruppe zu ähnlichen Ergebnissen kommen, schmälert den Erfolg des neuen Behandlungsprogramms nicht. Auch in der Vergleichsgruppe ging es um (eine allgemeinere Form der) Angstbewältigung und das therapeutische Vorgehen war – im Gegensatz zur PA-Gruppe – nondirektiv. Gegenüber der „echten“ Vergleichsgruppe, in der kein psychotherapeutisches Angebot gemacht wurde, sind beide überlegen, was dafür spricht, dass es erst mal wichtig ist, dass die betroffenen Patienten überhaupt die Gelegenheit haben, über ihre Ängste sprechen zu können. Entsprechende Angebote sind vielerorts hierfür nicht oder nicht in ausreichendem Maße vorhanden.

## Traumatisierte Unfallopfer

Lange, C., Burgmer, M. und Heuft, G. (2005). „Prävention und Therapie traumaassoziierter psychischer Störungen von Unfallopfern in der Rehabilitation: eine prospektive Prädiktorstudie“.

Obwohl ca. 10-25% der Unfallverletzten langfristig an schwerwiegenden psychischen Folgen leiden, ist wenig über den Zusammenhang von vorbestehender Persönlichkeit, Coping-Prozesse und Ressourcen im Hinblick auf den Rehabilitationsprozess nach Unfällen bekannt. Demgegenüber haben psychosoziale Folgen von Unfällen eine hohe klinische und volkswirtschaftliche Bedeutung. Die Studie der Autorengruppe Lange et al. ver-

folgte im wesentlichen zwei Ziele: die Erfassung der Auftretenswahrscheinlichkeit und der Art von psychischen Störungen nach Unfällen sowie die Abbildung des postulierten Zusammenhangs zwischen somatischen, sozialen und psychosozialen Parametern. Auf der Grundlage von Prädiktormodellen sollten langfristig Risikopatienten identifiziert werden können, für die ein Programm spezifischer psychosozialer Frühinterventionen entwickelt werden sollte. Die Autoren untersuchten im Rahmen einer prospektiven Studie mit 3 Messzeitpunkten (unmittelbar nach Unfall, 6 und 12 Monate später) konsekutiv alle Patienten einer Klinik für Unfall-, Hand- und Wie-

derherstellungschirurgie eines Universitätsklinikums mittels standardisiertem Interview (SKID) sowie Fragebögen (u.a. Sense-of-Coherence-Scale, Kurzform SOC-13, Brief Symptom Inventory BSI, Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-D). Insgesamt wurden direkt nach dem Unfall 202 (68% der einbezogenen Patienten), 6 Monate nach dem Unfall 169 und 12 Monate nach dem Unfall 163 Unfallopfer ausführlich befragt. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie: 6 Monate nach dem Unfall litten 15% der Patienten unter einer neu aufgetretenen psychischen Störung (neben Posttraumatischer Belastungsstörung v.a. depressive Erkrankungen, Angst- und

Anpassungsstörungen), 12 Monate danach 14 %. Psychisch erkrankte Unfallopfer wiesen längere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf und schätzten ihre Leistungsfähigkeit deutlich schlechter ein als Unfallopfer ohne psychische Symptomatik. Für die Vorhersage der allgemeinen *psychischen Belastung* 12 Monate nach dem Unfall waren die prämorbid Persönlichkeit, die subjektive Todesbedrohung während des Unfalls, die objektive Verletzungsschwere sowie die direkte psychische Belastung nach dem Unfall bedeutsam. Risikofaktoren für lange Arbeitsunfähigkeitszeiten waren die objektive und die subjektiv wahrgenommene Verletzungsschwere sowie die akute Belastungssymptomatik direkt nach



3. Praxissymposium des Universitätsverbundes der Psychologischen Institute der Universitäten Frankfurt, Gießen, Mainz und Marburg

**„Körperliche Beschwerden psychotherapeutisch behandeln“**  
**Samstag, 14. Juni 2008**

9.15-18.15 h im Lindner Congress Hotel in Frankfurt/Höchst

**Programm**  
**Vormittags Vorträge und nachmittags Workshops zu folgenden Themen:**

**Dr. Paul Nilges** „Ich hab’s doch im Rücken und nicht im Kopf“:  
 Von der Schmerzbewältigung zur Schmerzpsychotherapie

**Prof. Paul Salkovskis** How to modify health anxiety

**Prof. Alexandra Martin** Ist Biofeedback auch etwas für die Praxis?

**Dr. Almut Dorn** Psychoonkologie: für wen – von wem am Beispiel der Bonner Semistrukturierten Kurzzeitpsychotherapie (BSKP-ONK)

ergänzender Nachmittagsworkshop:  
**Dr. Gaby Bleichhardt** Therapie bei Krankheitsängsten

Wir freuen uns auf einen anregenden Veranstaltungstag mit Ihnen.  
 Kontakt/Info: IPAM, Gutenbergstr. 18, 35032 Marburg/Lahn,  
 Tel.: 06421/2823581, Fax: 06421/2823707,  
[mail@Ausbildung-in-Psychotherapie.de](mailto:mail@Ausbildung-in-Psychotherapie.de),  
[www.ausbildung-in-psychotherapie.de](http://www.ausbildung-in-psychotherapie.de)

Veranstaltung wird mit 9 Fortbildungseinheiten von der LPPKJP Hessen anerkannt

## DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE (DGH)

### HYPNOTHERAPIEFORTBILDUNG für DiplompsychologInnen, ÄrztInnen

KONSTANZ und WIESBADEN

<b>Referent:</b>	PROF. DR. WALTER BONGARTZ <a href="http://www.hypnose-kikh.de">www.hypnose-kikh.de</a>
<b>Beginn des curriculums:</b>	Konstanz 01.10.2008 Wiesbaden 18.10.2008
<b>Kursinformationen/Anmeldung:</b>	K.I.K.H. (Klingenberger Institut für klinische Hypnose) Bleicherstr. 12 78467 Konstanz Fon: 07531-56711 <a href="mailto:bongartz@hypnose-kikh.de">bongartz@hypnose-kikh.de</a>

#### COESFELD

<b>Referent:</b>	DR. HELGA HÜSKEN-JANSSEN <a href="http://www.dgh-hypnose.de">www.dgh-hypnose.de</a>
<b>Beginn des curriculums:</b>	Coesfeld 20.06.2008
<b>Kursinformationen/Anmeldung:</b>	Westfälisches Institut für Hypnose und Hypnotherapie Druffelsweg 3 48653 Coesfeld Fon: 02541-8260442 <a href="mailto:HHuesken.Janssen@aol.com">HHuesken.Janssen@aol.com</a>

dem Unfall. Zusammenfassend weist die Studie auf die hohe Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung des Unfallereignisses und der Verletzungsschwere hin.

**Kommentar:** Das Projekt der Arbeitsgruppe von G. Heuft befasst sich als eine der ersten mit den psychischen Folgen von Unfällen. Immerhin 15% der untersuchten Unfallopfer haben

in der Zeit nach dem Unfall eine neu auftretende und behandlungsbedürftige psychische Störung, meist posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen und Ängste. Auch in diesem Bereich, wie in vielen anderen, in denen Patienten mit primär körperlichen Erkrankungen oder Schäden in aller Regel nur somatisch behandelt werden, zeigt sich, zumindest für einen nicht unbedeutlichen

Teil, dass zusätzlich psychotherapeutische Hilfen sinnvoll und v.a. auch nötig sind. Hierfür werden nur zögerlich Ressourcen, z.B. an Krankenhäusern, geschaffen. Das Projekt zeigt auf, dass v.a. auch subjektive Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit von der psychosozialen Krankheitsverarbeitung abhängig sind und weist damit auch auf den gesundheitsökonomischen Nutzen solcher An-

sätze hin – neben der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Eine differenzierte gesundheitsökonomische Analyse, die leider noch aussteht, würde möglicherweise zeigen, dass sich in psychosoziale Ressourcen investierte Kosten sehr schnell amortisieren. Bleibt zu hoffen, dass es auch für solche Projekte selbst weitere Finanzierungsmöglichkeiten geben wird.

## Psychosoziale Reha von Patienten mit Kehlkopfkrebs

Schwarz, R., Singer, S. & Meyer, A. (2005). *Psychosoziale Rehabilitation laryngektomierter Karzinompatienten unter besonderer Berücksichtigung der Stimme.*

Der Kehlkopfkrebs ist die häufigste maligne Erkrankung im Bereich der oberen Luftwege.

Die meist mit der Tumorerkrankung verbundene Entfernung des Kehlkopfes (Laryngektomie) stellt für den Patienten wegen des Stimmverlustes eine besondere psychische Belastung dar. Nicht immer kann eine zufriedenstellende Ersatzstimme erlernt werden. Ziel der von der Autorengrup-

pe Schwarz et al. durchgeführten Studie war zunächst die Erhebung der psychosozialen Belastungen und der Sprechqualität von laryngektomierten Patienten. Es wurde darüber hinaus untersucht, welche Art der Rehabilitation – sowohl was unterschiedliche chirurgische Rehabilitationsmethoden,

als auch was verschiedene Heilverfahren betrifft – für das Erlernen einer Ersatzstimme, für die psychische Gesundheit und für die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben am erfolgreichsten ist. Ebenfalls untersucht wurde die psychosoziale Situation der Angehörigen der Kehlkopfflosen. Im ersten



## Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)

Die wichtigsten Veränderungen für Psychotherapeuten auf einen Blick

Herausgegeben von Dr. Ulrich Orłowski, Prof. Dr. Jürgen Wasem und Dieter Best. 2008. 61 Seiten. Kartoniert. € 19,-. ISBN 978-3-938909-32-4

Nach heftigen Auseinandersetzungen in der Politik ist die Gesundheitsreform am 1. April 2007 in Kraft getreten. Die Umsetzung der einzelnen Teile der Reform erfolgt in Stufen, so tritt ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab schon am 1. Januar 2008 in Kraft. Ein Jahr später wird – von Ärzten und Psychotherapeuten lange ersehnt – die gesetzliche Budgetierung aufgehoben. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds erwartet die Politik mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Und mit der Einführung eines einheitlichen Orientierungspunktwertes als Basis der Honorare der Ärzte und Psychotherapeuten wird mit der regionalen Honorarverteilung Schluss sein. Ob dies letztlich zu mehr Honorargerechtigkeit führt, wird sich wohl erst nach einiger Zeit zeigen. Die Psycho-

therapeuten jedenfalls knüpfen hohe Erwartungen an diesen Teil der Gesundheitsreform.

Auch in der privaten Krankenversicherung ändert sich einiges. So müssen die Versicherungen ab 2009 einen Basistarif anbieten und bei Neuverträgen eine Mitgabe der Alterungsrückstellungen bei Wechsel des Versicherungsunternehmens einkalkulieren.

Die vorliegende Broschüre stellt die wichtigsten Bestimmungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Überblick dar. Sie eignet sich deshalb gut als Orientierung über die Veränderungen, die auf Psychotherapeuten in den nächsten Jahren zukommen werden.

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Kundenbetreuung: Bestell-Tel. 089/54852-8178, Bestell-Fax 089/54852-8137, E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de, www.psychotherapeutenverlag.de

**Psychotherapeuten Verlag**

Studienteil wurden alle an vier ostdeutschen HNO-Kliniken während der vergangenen 20 Jahre laryngektomierten Patienten (N = 218) befragt. In einem zweiten Studienteil wurden neu operierte Patienten prospektiv zu vier Messzeitpunkten (Klinikaufnahme, Beginn und Ende der Anschlußheilbehandlung, 12 Monate nach der Operation) untersucht. Erhoben wurden Indikatoren für Sprechqualität, Lebensqualität, Depressivität, Ängstlichkeit, Rehabilitationsmotivation, Gesundheitsverhalten, somatische Krankheitsmerkmale sowie soziodemographische Variablen. Ebenfalls befragt wurden die Angehörigen (zum 4. Messzeitpunkt). Die wichtigsten Ergebnisse: 25% der Laryngektomierten ist auch noch Jahre nach der Operation psychisch stark belastet, von diesen erhält nur ein Bruchteil eine entsprechende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Ca. 33% der Patienten erlernt keine geeignete Ersatzstimme.

In der objektiv gemessenen Sprechverständlichkeit erweist sich die Prothesenstimme den anderen Stimmarten als überlegen. Diese sind allerdings mit Nachteilen verbunden (Pilzbefall, Abhängigkeit vom medizinischen System, Verwendung einer Hand beim Sprechen). Die berufliche Rehabilitation gelingt nur selten und eher bei Selbstständigen und Angestellten als bei den Arbeitern, wohingegen es vielen Laryngektomierten sehr wichtig ist, wieder arbeiten gehen zu können. Auch die Angehörigen bleiben von den Belastungen nicht verschont: 25% leiden ebenfalls unter psychischen Erkrankungen, von denen nur etwa jeder dritte fachgerecht behandelt wird.

**Kommentar:** Wie das o.g. Projekt zu den Unfallopfern, zeigt die Untersuchung der Arbeitsgruppe von R. Schwarz die Bedeutung psychosozialer Faktoren in einem weiteren Bereich schwer körperlich erkrankter Patienten auf. Etwa

ein Viertel der Patienten ist psychisch stark belastet bzw. hat behandlungsbedürftige Störungen und nur ein kleinerer davon wird fachgerecht psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt. Wie

in den anderen Feldern der somatischen Medizin werden auch hier die teilweise eklatanten Versorgungslücken bzgl. bedarfsgerechter psychosozialer Behandlungsmöglichkeiten deutlich.

## Literatur

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2006). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Verfügbar unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de/nn\\_10454/SharedDocs/de/Navigation/Service/Zielgruppen/Sozialmedizin\\_\\_Forschung/konzepte\\_\\_systemfragen/konzepte/rahmenkonzepte\\_\\_med\\_\\_reha\\_\\_node.html\\_nnn=true](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10454/SharedDocs/de/Navigation/Service/Zielgruppen/Sozialmedizin__Forschung/konzepte__systemfragen/konzepte/rahmenkonzepte__med__reha__node.html_nnn=true)

Gerdes, N., Bengel, J. & Jäckel, W.H. (2000). Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung. In J. Bengel & W.H. Jäckel (Hrsg.), *Zielorientierung in*

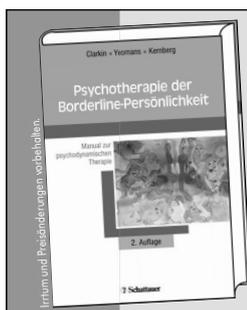
*der Rehabilitation* (S. 12-20). Regensburg: Roderer.

Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 42-68). Berlin: Springer.

WHO (2001). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Verfügbar unter: [www.who.int/icidh](http://www.who.int/icidh).

### Dr. phil. Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg  
Jägerstr. 40  
70174 Stuttgart  
[nuebling@lpk-bw.de](mailto:nuebling@lpk-bw.de)



John F. Clarkin, Frank E. Yeomans, Otto F. Kernberg

## Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit

Manual zur psychodynamischen Therapie

- Praktische Anleitung: Manual mit spezifischen Aufgaben des Therapeuten für jede Behandlungsphase
- Variabler Einstieg: Abgestimmt auf die unterschiedlichen Borderline-Strukturniveaus

- Aus der Praxis: Ausgewählte Stundenprotokolle illustrieren den Behandlungsverlauf
- Neue Kapitel: Grundlagen der Objektbeziehungs- und Affekttheorie; Veränderungsprozesse in der TFP
- Extra-Kapitel Krisenmanagement: typische Problemstellungen und Komplikationen bei Borderline-Patienten

2. Auflage 2008. Ca. 400 Seiten, ca. 15 Abb., ca. 21 Tab., geb.  
€ 59,- (D) / € 60,70 (A) • ISBN 978-3-7945-2579-9



**Schattauer** Mehr WISSEN als andere.

## LANGEOOG 2008 - 16. – 21. Juni

### 37. Psychotherapiewoche

Leitthema:

*Generationen – zwischen Tradition und Innovation*



### 6. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters

Leitthema:

*Adoleszenz*

**Programmanforderung:** [www.aekn.de](http://www.aekn.de) - Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKN, Berliner Allee 20, 30175 Hannover, Tel.: 0511/3802496, FAX: 0511/3802499, E-Mail: [akademie@aekn.de](mailto:akademie@aekn.de)