

# Ärztliche Psychotherapie - Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin

Epidemiologische Bedeutung, historische Perspektive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten  
und Ärzten

Bearbeitet von  
Gereon Heuft, Harald J. Freyberger, Renate Schepker

1. Auflage 2014. Taschenbuch. 254 S. Paperback  
ISBN 978 3 7945 3060 1  
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

nation mit fachspezifischer Medikation und indizierten nichtärztlichen Interventionen.

- Weiterhin wird erwartet, mit neuen theoretischen Entwicklungen auch in den originär gelernten eigenen Verfahren umzugehen und diese in die eigene Praxis zu integrieren sowie sich entsprechend psychotherapeutisch weiterzubilden.
- Es wird die Fähigkeit erwartet, Teams und nichtärztliche Berufsgruppen im Umgang mit komplex gestörten Patienten anleiten zu können.
- Es wird erwartet, die somatischen und psychischen Ursachen von Störungen innerhalb des Fachgebietes zu erkennen, diagnostisch abzuklären und (mit-) behandeln zu können, einen ärztlichen Gesamtbehandlungsplan aufstellen und evaluieren zu können.
- Ferner wird eine umfassende Fähigkeit erwartet, eine gemeinsame Fallsicht in Kooperation mit anderen beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln (ambulante und stationäre Pflege, Ergotherapie, Arbeitstherapie, Rehabilitation, Schule usw.).
- Ein Facharzt muss gutachterliche Stellungnahmen bis hin zu Interventionen auf juristischer Ebene verantworten können (freiheitsentziehende Maßnahmen; Betreuung; familienrechtliche Entscheidungshilfen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).
- Nicht zuletzt wird eine umfassende Fähigkeit erwartet, psychotherapeutisch in Krisensituationen Akutversorgung zu leisten (z. B. bei Trauma; Suizidalität; Suchtrückfall u. a. m.).

## Die ambulante fachärztliche Psychotherapie

Die Autoren der Expertise sehen keinen grundsätzlichen Unterschied darin, welcher Psych-Facharzt psychotherapeutisch tätig wird – mit der Ausnahme, dass Kinder von „Kinder-Experten“ behandelt werden sollten und dass Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in aller Regel keine Zulassung für die Behandlung von Erwachsenen jenseits des 21. Lebensjahres erhalten. Die entscheidende Frage ist somit, welcher der drei Psych-Fachärzte schwerpunktmäßig über welche Expertise für welche Patientengruppen verfügt.

Da grundsätzlich alle psychischen Störungen, die das Kapitel F der ICD-10 (Dilling et al. 2011) aufführt, einen je spezifischen psychotherapeutischen Zugang auf der Basis der vom WBP definierten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden benötigen, ist zugleich evident, dass in einer fünfjährigen ärztlichen Weiterbildung in einem der drei Psych-Fachgebiete nicht „alle“ psychotherapeutischen Kompetenzen im gleichen Umfang für alle Störungsbilder erworben werden können.

Es muss jedoch von einem Psych-Facharzt erwartet werden, dass er eine komplette, von ihm zu verantwortende Differentialdiagnostik und Behand-

lungsempfehlung unter Nutzung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und aktuellen Leitlinien, soweit verfügbar, treffen, (in einem Arztbrief) fixieren und verantworten kann – oder seine eigenen Grenzen gegenüber dem Patienten offen legt und die Expertise des benachbarten Psych-Faches oder weiterer Fächer einzuholen empfiehlt. Darüber hinaus sollte es selbstverständlich sein, dass bei einer komplexen Komorbidität Vertreter der drei Psych-Fachgebiete über die gesamte Behandlung hinweg zur Kooperation i. S. des Patienten ebenso in der Lage sind wie zur Kooperation mit Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen etc.

Ein eklatantes Beispiel für eine anhaltende Unterversorgung fachärztlicher Psychotherapie (und vermutlich auch auf den Ebenen 2 und 3 der Ärztlichen Psychotherapie) sind die mit dem zunehmenden Alter stark abfallenden Anträge für ambulante und stationäre psychotherapeutische Behandlungen Älterer (>60 Jahre) (Imai et al. 2008) bei oft sehr guter Prognose, wenn die Symptomatik erst relativ neu im Alter aufgetreten ist. Nicht das Alter des Patienten ist für die Prognose entscheidend, sondern das Alter der Störung (Heuft et al. 2006).

Das Desiderat einer rasch verfügbaren kompetenten Differentialdiagnostik und differentiellen Therapieempfehlung sei am folgenden Beispiel verdeutlicht:

### Beispiel

Ein 58-jähriger Beamter hatte ein Jahr vor dem Erstgespräch einen Mediainfarkt rechts in Folge von spontan auftretendem Vorhofflimmern erlitten – nach einem sehr guten Ergebnis seiner neurologischen Rehabilitation bestand zum aktuellen Zeitpunkt noch eine diskrete Spastik im Bereich des linken Beines, eine herabgesetzte Oberflächensensibilität in der gesamten linken Körperhälfte sowie ein Schwindel beim Gehen („Gangunsicherheit“). Die berufliche Eingliederung war zum Zeitpunkt der Erstvorstellung bei einer arbeitstäglich halbschichtigen Arbeitsfähigkeit angelangt, wobei der Patient über eine stärkere Ermüdbarkeit nach dem halben Arbeitstag klagte, als er es vor dem Ereignis nach einem ganzen Arbeitstag gewohnt gewesen sei.

Vordergründig litt der Patient unter Ängsten vor einem Rezidiv sowohl des Vorhofflimmerns als auch eines erneuten Infarktereignisses. Drei Monate nach dem Ereignis hatte er zunächst acht Stunden einer Behandlung mit Hypnose wahrgenommen mit dem Ziel, diese Rezidivängste zu reduzieren. Die Hypnosebehandlung habe keinerlei positiven Effekt erbracht. Daher sei er zu einem zweiten Therapeuten (Berufsgruppe und eingesetztes Behandlungsverfahren sind ihm nicht bekannt; einen Bericht gibt es nicht) gewechselt, dort habe er insgesamt 15 Behandlungsstunden wahrgenommen. Der Therapeut habe schon ziemlich zu Beginn zu ihm gesagt: „Was für einen Gang haben Sie denn – Sie gehen ja wie ein Bauer?!“ Der Therapeut habe ihm mitgeteilt, dass er selber auch Vorhofflimmern habe und er habe wohl unter

ähnlichen Ängsten gelitten. Da er in der Behandlung nicht weitergekommen sei, sei er schließlich nicht mehr hingegangen.

Aktuell sei er seit drei Monaten einmal/Woche bei einer Psychotherapeutin (Berufsgruppe unbekannt; ein schriftlicher Bericht ist nicht greifbar), die vermute, er sei durch das Infarktereignis traumatisiert. Sie plane mit ihm eine EMDR-Behandlung. Er komme jetzt in die Hochschulambulanz, um sich eine zweite Meinung einzuholen, ob diese Behandlungsstrategie für ihn geeignet sei.

Im Rahmen einer umfassenden Anamnese lässt sich mit dem offenen, kooperationsbereiten Patienten bereits innerhalb des Erstgespräches herausarbeiten, dass er schon seit Erreichen des Erwachsenenalters unter einer Ängstlichkeit gelitten habe, die sich gelegentlich bis zur hypochondrischen Ängsten gesteigert habe. Außerdem habe er eine ausgeprägte Tendenz, die Dinge unter Kontrolle halten zu müssen. Da sich dieses Macht- und Kontrollmotiv über mehrere Lebensbereiche hin (auch in seiner Partnerschaft; am Arbeitsplatz und gegenüber seinem Körper) erkennen ließ, waren die Kriterien für einen sehr bedeutsamen Unterwerfungs- versus Kontrollkonflikt im überwiegend aktiven Modus gemäß Achse III der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-2 (2006) bei einem gleichzeitig gut bis mäßig integrierten Strukturniveau (Achse IV der OPD) erfüllt. Diese genannten Faktoren hätten in den bisherigen ambulanten Behandlungsversuchen keinerlei Rolle gespielt. Der Patient wurde umfassend über seine psychische bzw. somato-psychische Störung aufgeklärt, Anhaltspunkte für eine Traumatisierung ließen sich nicht erkennen

Dieses nach unserer Erfahrung eher „alltägliche“ Beispiel zeigt einige wesentliche Problembereiche auf, die durch die Weiterentwicklung des Spezifischen in der Ärztlichen Psychotherapie zumindest abgemildert werden könnten:

1. Es mangelt vor einer Indikationsstellung oft an jeder suffizienten Differentialdiagnostik, die ja keinen Selbstzweck hat, sondern dem Ziel dient, eine differentielle Therapieindikation zu fundieren. Bei diesem vorgestellten Patienten wurde eine vorbestehende diskrete hypochondrische Störung und ein manifester neurotischer Konflikt, für den das aktuelle somatische Krankheitsgeschehen eine „Auslösesituation“ im Hinblick auf die verstärkten Ängste darstellte („Es gerät mir etwas außer Kontrolle!“) übersehen.
2. Den Patienten wird nach Abschluss der Diagnostik viel zu häufig ein Brief mit den differentialdiagnostischen Überlegungen und den Therapieempfehlungen vorenthalten. Für jeden Ärztlichen Psychotherapeuten sollte es selbstverständlich sein, den Patienten nicht nur umfassend über das Vorliegen seiner Störung (und ggf. auch der Komorbiditäten) zu unterrichten, sondern sich auch schriftlich festzulegen, um darüber sowohl den Patienten zu informieren als auch ggf. das Arbeitsbündnis im Hinblick auf spezifische Therapieziele mit dem Patienten zu stärken. Vorgehensweisen, die im Sinne eines „informed consent“ bei einer psychopharmakologischen Behandlung mitt-

lerweise selbstverständlich sind, sollten bei den psychotherapeutischen Behandlungen für alle Facharztgruppen selbstverständlich sein und sind analog aus dem neuen Patientenrechtegesetz (2013) ableitbar. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie richten sich die Berichte – selbstverständlich unter Wahrung des Vertrauensschutzes gegenüber dem einzelnen Kind oder Jugendlichen im Detail – in der Regel auch an die sorgeberechtigten Eltern.

3. Der Patient erhält bisher kaum je einen Abschlussbericht aus der Behandlung, aus dem zumindest das eingesetzte Behandlungsverfahren, ggf. die Behandlungsmethoden, die Behandlungsfrequenz und die Gesamtbehandlungsdauer (Dosis) sowie das Behandlungsergebnis im Hinblick auf die ursprüngliche Zielsetzung hervorgeht. So haben nach einer eigenen Erhebung bei jährlich 1500 Neuuntersuchungen in der Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster rund 50 % aller Patienten zum Zeitpunkt der Erstvorstellung mindestens eine bis mehrere ambulante oder/und stationäre Vorbehandlungen bzw. entsprechende Versuche in der Anamnese. Sie sind zumeist unverschuldet außer Stande, Auskünfte über das eingesetzte Therapieverfahren, die Diagnose, unter der sie behandelt worden sind, oder die Gesamttherapiedosis anzugeben. Bitten darum, diese Vorbefunde anfordern zu dürfen, laufen regelmäßig bei Vormals Behandelnden ins Leere. Damit lassen sich weder die Effekte von Vorbehandlungen noch die weitere Behandlungsplanung im Hinblick auf die Aussichten, die evtl. ein Verfahrens- oder Methodenwechsel mit sich bringen könnte, fundiert beantworten.

In den letzten Jahren sind zunehmende Bemühungen vor allem durch in der Psychiatrie tätige Psychotherapieforscher erkennbar, störungsspezifische Therapiemanuale zu entwickeln (vgl. Herpertz et al. 2012). Solche störungsspezifischen Therapieansätze sind zweifellos hilfreich:

1. in der Lehre, Anleitung und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses,
2. bei Patienten ohne relevante Komorbiditäten (sonst: Welches Manual ist das Richtige?) und
3. zur selbstkritischen Unterstützung bei der Stringenz der eingesetzten Methoden und Techniken, bezogen auf das vorher sorgfältig diagnostizierte Störungsbild.

Störungsspezifische Therapieansätze dürfen jedoch nicht dazu führen, die Weiterbildung in mindestens einem der beiden Grundverfahren als nachrangig zu erachten. Andernfalls droht durch eine rein „Methoden- oder Techniken-bezogene Psychotherapie-Weiterbildung“ entlang einzelner Manuale, dass der Weiterbildungsteilnehmer z. B. zehn verschiedene, ggf. störungsspezifische Methoden erlernt haben müsste. Er ist damit aber noch nicht in der Lage, Patienten mit einer oft komplexen psychischen Komorbidität auf dem Hintergrund eines Psychotherapieverfahrens umfassend diagnostizieren und behandeln zu können.