



## Störungen der Selbstkontrolle



### **Smartphone-Nutzung**

*Chancen, Risiken und  
Auswege aus dem Zuviel*

Seite 46

### **Abhängigkeit**

*Neurobiologische Erkenntnisse  
und Therapieimplikationen*

Seite 80

### **Selbstverantwortung**

*Verhaltenssüchte aus  
forensischer Sicht*

Seite 84

*Das schönste Glück des denkenden Menschen ist,  
das Erforschliche erforscht zu haben  
und das Unerforschliche ruhig zu verehren.*

*Johann Wolfgang von Goethe\**

*Editorial*

## **Liebe Leserinnen, liebe Leser,**



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

neulich, in einem brandneuen ICE auf der Fahrt zu einer Herausgebersitzung der PiD, 5 Minuten vor Stuttgart, erschien vor unseren staunenden Augen folgender Bildschirmhinweis:



Ist es nicht schön, wenn uns Unerforschliches und Unerklärliches im Alltag begegnet und uns daran erinnert, dass jeder auch noch so moderne Computer damit rechnet, dass der Mensch denkt? Im weitesten Sinne handelt es sich ja hier um eine Störung der Bildschirmerkontrolle – eine zugegebenermaßen etwas kalauerhafte Überleitung zum Hefthema, das wir Ihnen sehr ans Herz legen wollen.

Mit einem Augenzwinkern und herzlichen Grüßen

Ihr

Michael Broda

*\*Quelle: Maximen und Reflexionen. Aphorismen und Aufzeichnungen.  
Nach den Handschriften des Goethe- und Schiller-Archivs. Hrsg.: Max Hecker.  
Weimar: Verlag der Goethe-Gesellschaft; 1907*

# 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).



**Prof. 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 Facharzt für Psychosomatische Medizin. Er war u. a. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Seit 2015 ist er Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehasentrum Seehof der DRV in Teltow bei Berlin. 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 Psychologische Psychotherapeutin und seit 2005 Leitende Psychologin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg/Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit.



**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 der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Sie leitet die Forschungsgruppe für Psychotherapie- und Familienforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. 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). Nach 11-jähriger Chefärztztätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen ist sie seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis am Standort Querfurt. Ihre Schwerpunkte sind die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung 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 Streeck, Göttingen  
Jochen Schweitzer, Heidelberg

## Leserbeirat

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

## Beirat

Cord Benecke, Kassel  
Ulrike Borst, Zürich  
Michael Brünger, Klingenmünster  
Manfred Cierpka, Heidelberg  
Stephan Doering, Wien  
Ulrike Ehlert, Zürich  
Michael Geyer, Erfurt  
Sabine Hertz, Heidelberg  
Jürgen Hoyer, Dresden  
Johannes Kruse, Gießen  
Hans Lieb, Edenkoben  
Wolfgang Lutz, Trier  
Dietrich Munz, Stuttgart  
Hans Reinecker, Salzburg  
Babette Renneberg, Berlin  
Martin Sack, München  
Silvia Schneider, Bochum  
Gerhard Schüßler, Innsbruck  
Bernhard Strauß, Jena  
Kirsten von Sydow, Berlin  
Kerstin Weidner, Dresden  
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

## Verlag

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

Besuchen Sie die PiD im Internet!  
Private Abonnenten können dort alle bisher veröffentlichten Artikel über das Online-Archiv abrufen.

**Indexiert in:** PSYINDEX

# Inhalt

1 • 2017



## Für Sie gelesen

- 6 Meta-Analysen zur CBT –  
Kann eine Methode besser als die andere sein?
- 7 Posttraumatische Belastungsstörungen –  
EMDR hilft auch ohne Augenbewegungen
- 8 Mammakarzinom –  
Gruppentherapie bietet Paaren gute Unterstützung
- 9 Depressionen –  
Psychotherapie hat (auch) gute Langzeiteffekte

## Alles was Recht ist

- 10 Psychologisch-psychotherapeutische Begutachtung –  
Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen



## Störungen der Selbstkontrolle

Verhaltenssucht, Impulskontrollstörung, Störung der Selbstkontrolle – es gibt verschiedene Bezeichnungen für das Problem, das immer mehr Patienten in die Praxis führt. Bei aller Unterschiedlichkeit der einzelnen Krankheitsbilder, werden doch grundlegende Gemeinsamkeiten deutlich. PiD liefert Hintergrundwissen, den aktuellen Stand der Forschung und Therapieansätze für Verhaltenssuchte generell sowie die einzelnen Unterformen.

### Editorial

- 12 WER SUCHT (,) ERKENNT

### Essentials

#### Standpunkte

- 16 Selbstkontrolle in der Psychotherapie –  
Grundlagen und zentrale Aspekte aus  
verhaltenstherapeutischer Perspektive  
*Hans Reinecker*
- 24 Störungen der Impulskontrolle – Klassifikation,  
Symptomatologie und therapeutische Maßnahmen  
*Arno Deister*
- 28 Psychodynamische Überlegungen zur Abhängigkeit –  
Notwendigkeit und Nutzen der Modelle in der Praxis  
*Thorsten Jakobsen*
- 34 Sucht und System – Theorie und Praxis der Behand-  
lung abhängiger Jugendlicher aus systemischer Sicht  
*Frank M. Fischer, Christoph Möller*

### Aus der Praxis

- 38 Störungsbild Internet- und Computersucht  
*Klaus Wölfling, Kai W. Müller, Manfred E. Beutel*

- 42 Chronischer PC-/Internetgebrauch (Gaming)  
*Holger Feindel*
- 46 Wieviel Smartphone-Nutzung ist normal?  
*Christian Montag*
- 52 Pathologisches Glücksspielen –  
Krankheitsbild und therapeutische Möglichkeiten  
*Monika Vogelgesang*
- 56 Stationäre Glücksspielbehandlung –  
Vorstellung eines Behandlungskonzepts  
*Robert Schöneck, Johannes Lindenmeyer*
- 60 Hypersexuelles Verhalten –  
Aktuelle Trends und therapeutisches Vorgehen  
*Uwe Hartmann, Claudia Hartmann*
- 66 Sportsucht – Theorie, Forschungsstand und  
Gedanken zu Interventionsmöglichkeiten  
*Oliver Stoll*
- 70 Zur Phänomenologie, Diagnostik und Therapie  
der Kaufsucht  
*Ute Andorfer, Michael Musalek*
- 76 Ich arbeite, also bin ich! – Wenn Arbeit zur Sucht wird  
*Raphaella Zeidler, Michael Musalek*
- 80 Neurobiologie der Abhängigkeit und  
Therapieimplikationen  
*Nina Romanczuk-Seiferth*
- 84 Störungen der Selbstkontrolle aus forensischer Sicht  
*Hans-Ludwig Kröber*

88 CME-Fragen



### Über den Tellerrand

- 90 Lösungsresistente mythologische Ansätze in der  
Therapie von suchtartigem Impulskontrollverlust  
*Stefan Joost*

### Dialog Links

- 95 Störungen der Selbstkontrolle – Informationen aus  
dem Netz über die „neuen Süchte“  
*Rebekka Neu*

### Dialog Books

- 99 Störungen der Selbstkontrolle – Bücher zum Thema  
*Anna-Maria Pfaff*

### Resümee

- 104 Wider den erhobenen Zeigefinger

### Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 106 Fallbericht: Depression –  
„Mit mir kann er es machen ...“



### Sehenswert

- 110 The Tree – Wie eine Familie versucht,  
den Verlust des geliebten Vaters zu verarbeiten

### Backflash

- 111 Andere Länder, andere Postämter

- 112 Vorschau

Impressum auf der letzten Seite

# Meta-Analysen zur CBT

## *Kann eine Methode besser als die andere sein?*

*Drei aktuelle Meta-Analysen behaupten, dass die kognitiv-behaviorale Psychotherapie (CBT) wirksamer sei als andere Methoden. Bruce E. Wampold und Kollegen der University of Wisconsin-Madison, USA, haben diese Meta-Analysen nun genau untersucht. Sie stellten dabei zahlreiche Unklarheiten fest, sodass die Aussage, die CBT sei wirksamer als andere Therapien, kaum Gültigkeit haben kann.*

Seit den Anfängen der Psychotherapie gibt es heftige Diskussionen darüber, welche Methode die beste sei. Wampold und Kollegen erinnern an die Ursprünge, als sich Alfred Adler und Carl Jung mit eigenen Wegen von Sigmund Freud entfernten. Versuche, das Beste zu finden, führten dazu, dass es inzwischen über 400 Psychotherapiemethoden gibt.

Sowohl Verhaltenstherapeuten als auch Vertreter psychodynamischer Psychotherapien versuchten, die Vorteile ihrer jeweiligen Richtung in übertriebenem Maße darzustellen, so Wampold et al. Doch die Autoren kritisieren, dass solche Vorgehensweisen die Psychotherapiewelt nur einen Gen würden – zu Lasten von Therapeuten und Patienten.

### Grundsatzfragen bleiben offen

Wampold et al. untersuchten 3 Meta-Analysen zur „Überlegenheit“ der CBT:

- ▶ die Meta-Analysen von David F. Tolin (2010, 2014, korrigiert 2015),
- ▶ von David K. Marcus et al. (2014)
- ▶ sowie von Evan Mayo-Wilson et al. (2014).

Neben zahlreichen statistischen Problemen zeigen sich schon im Ursprung grundsätzliche Fragen: Was ist CBT überhaupt?

In den verschiedenen Studien, die in den Meta-Analysen eingeschlossen sind, wird CBT unterschiedlich definiert: Während Tolin und Kollegen z. B. die PCT (Present-Centered Therapy, Gegenwartszentrierte Therapie) sowie die EMDR (Eye Movement Desensitization And Reprocessing) zur CBT zählen, bezeichnen andere Autoren die EMDR und die PCT als „andere Therapien“. In der Mayo-Wilson-Meta-Analyse wurde eine Studie einbezogen, bei der die sog. „CBT“ in Wirklichkeit eine Kombination von CBT und SST (Social Skills Training) gewesen sei, während eine andere einbezogene Studie die SST nicht als Teil der CBT angesehen habe, so die Autoren.

Des Weiteren ergeben sich zahlreiche Probleme aus der Klassifizierung der Symptome und Erkrankungen. Von den Patienten, die an spezifischen Symptomen für eine Störung litten, wiesen zwischen 84 und 97% zusätzlich die Symptome für mindestens eine weitere Störung auf, so Wampold et al. Da sei es schwierig, das Ansprechen bestimmter Symptome auf eine Therapie außer Acht zu lassen.

Einen weiteren Schwachpunkt der Meta-Analysen sehen die Autoren in der Auswahl der Studien. Zum Beispiel können sie sich nicht erklären, warum in der Mayo-Wilson-Meta-Analyse die wichtige Studie von Finn-Magnus Borge et al. (2008) ausgeschlossen

wurde – diese Studie zeigte, dass die IPT (Interpersonelle Psychotherapie) und die CBT bei sozialer Angst gleich wirksam sind.

### Fazit

Die Autoren erklären, dass sie mit ihrem Beitrag nicht die CBT als Behandlungsform kritisieren wollten. Es gehe ihnen um die grundsätzliche Frage: „Was lässt Psychotherapie wirksam sein?“ Wampold und Kollegen beziehen sich auf den Psychotherapieforscher Alan E. Kazdin (2007, 2009, Yale University, Connecticut), der sagt, dass wir – von wenigen isolierten Ausnahmen abgesehen – noch gar nicht wissen, warum oder wie genau Psychotherapien eine therapeutische Veränderung bewirken. Es seien neue Herangehensweisen notwendig, um diese Frage beantworten zu können. Wampold et al. schließen, dass die Aussage, eine Therapieform sei anderen überlegen, nicht mit der nötigen Evidenz möglich sei. Die Autoren sind der Meinung, dass solche Aussagen andere wichtige Fragen nur verschleiern.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

### Literatur

Wampold BE et al. In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychother Res* 2017; 27: 14–32

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-121702>

# Posttraumatische Belastungsstörungen

## *EMDR hilft auch ohne Augenbewegungen*



Bildnachweis: Styfouphoto / Fotolia.com

*Individuelle traumafokussierte Verhaltenstherapie und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sind die psychotherapeutischen Methoden der 1. Wahl bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Die bilaterale Stimulation durch die Augenbewegungen bei der EMDR soll die Verarbeitung der traumatischen Erinnerung fördern. Diesen Aspekt hat eine deutsche Studie genauer unter die Lupe genommen.*

EMDR konnte in vorangegangenen Studien unter Beweis stellen, dass die mit ihr bearbeiteten Erinnerungen weniger lebendig und belastend erlebt werden, PTBS-Symptome zurückgehen und Flashbacks seltener auftreten. Wie genau das funktioniert, ist jedoch noch unklar – und auch, welche Rolle die Augenbewegungen für den Therapieeffekt spielen. Die Studie der TU München, der Uni Gießen und der Uni Marburg hat sich speziell der Bedeutung der Augenbewegungen gewidmet.

139 Patientinnen und Patienten mit PTBS wurden randomisiert einer von 3 Gruppen zugeteilt und dann unter verschiedenen Bedingungen ihren traumatischen Erinnerungen ausgesetzt: Während ihre Augen die Hand des Therapeuten in Bewegung fixierten (EM), während sie die ruhende Hand des Therapeuten fixierten (EF) oder ohne expliziten visuellen Fokus (EC). Ansonsten folgte die Therapie in allen Gruppen dem EMDR-Handbuch. Die Symptome vor und nach der Behandlung wurden verblindet mit der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) erhoben.

### Die Hand zu fixieren hilft – bewegt oder unbewegt

116 Patienten zogen die Behandlung komplett durch, mit durchschnittlich 4,6 Sitzungen. In allen 3 Gruppen zeigten sich eine messbare Verminderung der PTBS-Symptome und eine hohe Remissionsrate für die PTBS-Diagnose (79,8%). In der EM- und der EF-Gruppe gingen die Symptome noch sehr viel deutlicher zurück als in der Kontrollgruppe (in der CAPS betrug der Unterschied für EM 35,8 Punkte, für EF 40,5, für EC 31,0) und es zeigten sich noch größere Effektstärken (EM:  $d=2,06$ , EF:  $d=2,58$ , EC:  $d=1,44$ ). Die Unterschiede zwischen EM und EF waren hingegen statistisch nicht signifikant.

#### Fazit

Über welche Mechanismen der externe Aufmerksamkeitsfokus dem Therapieeffekt nachhilft, bleibt unklar. Klar ist: Die Fixierung auf einen Gegenstand (hier die Hand des Therapeuten) verstärkt den Effekt der Traumatherapie messbar. Dabei ist es allerdings egal, ob der Gegenstand sich bewegt oder nicht – Augenbewegungen scheinen also keine Rolle für den Effekt zu spielen. Die Effektstärken waren sowohl für die EMDR mit als auch für die EMDR ohne Handbewegung beachtlich hoch und sprechen für eine hohe Effektivität der Methode.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

#### Literatur

Sack M et al. A Comparison of Dual Attention, Eye Movements, and Exposure Only during Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress Disorder: Results from a Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom* 2016; 85: 357–365

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-121700>

# Mammakarzinom

## Gruppentherapie bietet Paaren gute Unterstützung

*Studien zeigen, dass zwischen 12,7 und 42% der Frauen mit nicht metastatiertem Brustkrebs innerhalb eines Jahres nach der Diagnose depressive Symptome aufweisen. Auch bei etwa 20% der Partner liegen klinisch relevante Symptome von Angst und Depression vor. Eine begleitende Paartherapie kann hier unterstützen. Welche Therapieform geeignet ist, haben US-amerikanische Wissenschaftler untersucht.*

S. L. Manne, Rutgers Cancer Institute of New Jersey, USA, und ihre Kollegen verglichen 2 gruppentherapeutische Modelle miteinander:

- ▶ die Enhanced Couple-Focused Group Intervention (ECG)
- ▶ und die Couples' Support Group (SG).

Beide Gruppentherapien wurden jeweils 8-mal durchgeführt, wobei eine Sitzung 90 Minuten dauerte und die Therapie einmal pro Woche stattfand.

### Stark strukturierte Gruppentherapie ...

Die ECG ist stark strukturiert und besteht aus 8 verschiedenen Schwerpunkten: In Sitzung 1 geht es um das Kennenlernen der Gruppenleiter und Mitglieder. Sitzung 2 fokussiert auf die konstruktive Kommunikation. „Wie kann ich negatives Feedback geben?“ ist eines der Themen, die bearbeitet werden. Sitzung 3 bezieht sich auf die Wünsche der Partner. Die Paare erstellen Wunschlisten, aus denen u. a. hervorgeht, was der Ehemann für die erkrankte Frau tun kann. In Sitzung 4 wird die progressive Muskelentspannung eingeübt. Sitzung 5 behandelt die Themen „Stressmanagement“ und „sexuelle Intimität“. Sitzung 6 fokussiert auf Problemlösestrategien, und in Sitzung 7 geht es um die Emotionsre-

gulation. Schließlich sollen die Paare in Sitzung 8 persönliche Prioritäten herausarbeiten. Außerdem geht es um das „Überleben“ nach der Behandlungsphase.

### ... vs. supportive Therapie

Bei der SG handelt es sich um eine personenzentrierte, supportive Gruppentherapie. Die Teilnehmer sprechen ausgiebig über ihre Erfahrungen mit dem Krebs. Auch das Coping mit körperlichen und sexuellen Veränderungen, mit Familien und Freunden steht im Mittelpunkt.

302 Paare wurden auf die beiden Gruppen randomisiert: 151 Paare kamen in die ECG-Gruppe und 151 Paare in die SG-Gruppe. Insgesamt gab es 29 ECG- und 31 SG-Gruppen. Wenn ein Partner nicht teilnehmen konnte, durfte der andere allein an der Sitzung teilnehmen.

Depressionen und Angst wurden u. a. mit den Subskalen des Mental Health Inventory-38 erfasst. Der Krebs-bedingte Stress wurde mithilfe der Impact of Events Scale (IES) ermittelt. Mit der Dyadic Adjustment Scale (DAS) erfragten die Wissenschaftler die Zufriedenheit der Frauen und Männer in ihren Partnerschaften.

Die Paare füllten die Fragebögen zu 4 Zeitpunkten aus: vor der Intervention, eine Woche nach der 8-wöchigen Intervention sowie 6 und 12 Monate nach der Intervention. Die Paare erhielten für die Beantwortung der Fragen und die Teilnahme an der Therapie ein Entgelt in verschiedener Höhe, z. B. 15 \$ für die Teilnahme an der ersten Sitzung und 50 \$ für die Teilnahme an den Sitzungen 1–8.

### Stresslevel entscheidet über Therapieerfolg

Es zeigte sich, dass der anfängliche Stresszustand einen Einfluss darauf hatte, ob die ECG oder die SG wirksamer war: Wenn der krebisbedingte Stress anfangs hoch war, so brachte die SG bessere Effekte als die ECG, war er relativ niedrig, so war das Outcome bei der ECG besser.

#### Fazit

Die Brustkrebsdiagnose führt nicht nur bei der Frau, sondern auch beim Partner zu erheblichem Stress. Bei Paaren mit großen Schwierigkeiten kann eine supportive Gruppentherapie hilfreich sein. Patienten, die weniger Stress empfinden und eine relativ stabile Partnerschaft führen, könnten eher von einer strukturierten, Skill-basierten Paartherapie profitieren, so die Autoren.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

#### Literatur

Manne SL, Siegel SD, Heckman CJ, Kashy DA. A randomized clinical trial of a supportive versus a skill-based couple-focused group intervention for breast cancer patients. *J Consult Clin Psychology* 2016; 84: 668–681

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-116712>

# Depressionen

## Psychotherapie hat (auch) gute Langzeiteffekte



*Dass über Psychotherapie gute Akuteffekte bei der Behandlung von Depressionen erzielt werden können, ist bekannt. Aber wie sieht es mit der Langzeitwirkung aus? Eine niederländisch-belgisch-dänische Meta-Analyse hat sich dieser Frage gewidmet.*

Die Autoren fanden 44 randomisierte kontrollierte Studien mit über 6000 Patienten zu Langzeiteffekten von Psychotherapie bei Depressionen. Angewandte Therapiemethoden waren Behaviorale Aktivierung, Kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, Nichtdirektive Unterstützende Therapie, Problemlösetraining und Psychodynamische Psychotherapie. Im Rahmen einer Behandlung fanden jeweils zwischen 4 und 26 Sitzungen statt.

### Alle untersuchten Therapieformen sind wirksam

Die Ergebnisse waren ermutigend: Mindestens 6 Monate nach der Randomisierung ging es Teilnehmern der Therapiegruppen fast doppelt so häufig gut wie jenen der Kontrollgruppen (Odds Ratio für ein positives Outcome: 1,92). Das galt für alle untersuchten Therapiearten gleichermaßen

– mit Ausnahme der Nichtdirektiven Unterstützenden Therapie, die etwas schlechter abschnitt. Am zuverlässigsten ist das Ergebnis allerdings für die Kognitive Verhaltenstherapie, deren Effekte in der Mehrzahl der Studien untersucht wurden. Wurden nach Therapieende Auffrischungssitzungen angeboten, war der Effekt noch deutlicher. Insgesamt waren für Patienten mit einer Depression die Ergebnisse besser als für jene, bei denen lediglich eine erhöhte Depressivität vorlag – analog zur unterschiedlichen Akutwirksamkeit der Therapie.

### Effekt lässt mit der Zeit etwas nach

Mit zunehmender Follow-up-Dauer nahm allerdings der Unterschied zwischen Therapie- und Kontrollgruppen ab. Das lag z. T. daran, dass Rückfälle in den Therapiegruppen zunahm, wenn der Therapieeffekt

mit der Zeit nachließ. Häufiger aber schmäleren Spontanremissionen in den Kontrollgruppen den Unterschied. Tatsächlich legen Studien nahe, dass etwa die Hälfte der unbehandelten Patienten mit Depression innerhalb eines Jahres eine Spontanremission erleben.

Dies ist die erste Meta-Analyse zu Langzeiteffekten von Akutpsychotherapie bei Depressionen. Ebenso erstmalig wurde die Lebensqualität der Patienten ausgewertet – mit ebenso erfreulichen Ergebnissen: Teilnehmer der Therapiegruppen hatten später im Schnitt eine messbar höhere Lebensqualität.

### Fazit

Bedenkt man die erheblichen Auswirkungen depressiver Erkrankungen auf Einzelne und die Gemeinschaft, sind diese Ergebnisse ermutigend. Die weltweit verbreitete Gabe von Antidepressiva steht wegen ihrer Nebenwirkungen und fraglicher Langzeiteffekte in der Kritik. Psychotherapie könnte nach Ansicht der Autoren der nachhaltigere und nebenwirkungsärmere Ansatz für die Behandlung von Depressionen sein. Patienten sollten deshalb alle Möglichkeiten offen stehen – inklusive alternativer Modelle, wie Erhaltungstherapie oder Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

### Literatur

Karyotaki E, Smit Y, de Beurs DP, Henningsen KH, Robays J, Huibers MJ, Weitz E, Cuijpers P. The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: A meta-analysis of randomized trials. *Depress Anxiety* 2016; 33: 370–383

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-121751>

# Psychologisch-psychotherapeutische Begutachtung

## Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

*Haben Sie sich vielleicht schon selbst einmal überlegt, ob eine gutachterliche Tätigkeit für Sie infrage käme? Dieser Beitrag informiert über Voraussetzungen, verschiedene Arten von Gutachten sowie Hintergründe und Pflichten, die es zu beachten gilt.*

### Wer kann Gutachter werden?

**Voraussetzung Sachkunde** Sachverständige sind Fachpersonen, die aufgrund besonderer Fach- und Sachkenntnisse Befunde über einen bestimmten Sachverhalt ermitteln und beurteilen können.

---

Grundsätzlich kann jeder, der aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung über besondere Kenntnisse auf einem bestimmten Sachgebiet verfügt, Sachverständiger sein. Somit kann grundsätzlich jeder Ärztliche / Psychologische Psychotherapeut Gutachter sein.

---

Eine besondere Sachkunde ist eine wesentliche Voraussetzung für die Tätigkeit als Sachverständiger. Im Bereich der Psychotherapie sollten die während der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen durch wissenschaftliche und / oder praktische Tätigkeit vertieft worden sein, der Therapeut sollte über ausreichend Berufserfahrung und über den neuesten Wissensstand auf seinem Fachgebiet verfügen. Ein medizinischer / psychologischer Gutachter muss zudem selbstverständlich eine Approbation besitzen.

**Einschränkungen durch die Psychotherapie-Vereinbarung** Geht es um die Frage, ob die Voraussetzungen für die Durchführung einer Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind, so werden nur Gutachter beauftragt,

die die Vorgaben der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) erfüllen. Hier werden neben den in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Qualifikationen u. a. Erfahrungen mit Begutachtungen von Psychotherapie im Rahmen einer Tätigkeit für den MDK oder besondere Erfahrungen und / oder Zusatzqualifikation in einem speziellen Fach oder Vertiefungsgebiet (z. B. Gruppentherapie) oder in einem speziellen Aufgabenfeld (z. B. sozialmedizinische Begutachtung) verlangt.

**Entscheidungen über Betreuung** Nach dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) soll vor der Bestellung eines Betreuers oder der Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts ein Gutachten bei einem Arzt für Psychiatrie oder Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie eingeholt werden (§ 280 FamFG).

**Kriterium Unabhängigkeit** Für einen Sachverständigen gilt darüber hinaus das Erfordernis von Neutralität, Objektivität und Unabhängigkeit. Sachverständige können aus denselben Gründen wie Richter von den Verfahrensbeteiligten eines gerichtlichen oder eines Verwaltungsverfahrens als befangen abgelehnt werden. Ein Sachverständigen-gutachten kann auch ohne förmliches Befangenheitsverfahren (§ 406 Zivilprozessordnung – ZPO) als unbrauchbar angesehen werden, wenn Sachverständige die gebotene

Unvoreingenommenheit gegenüber den von ihnen begutachteten Personen und deren Wertvorstellungen vermissen lassen.

### Gutachten über eigene Patienten?

Darum sollte in der Praxis auch nicht der Behandler ein Gutachten über den eigenen Patienten erstellen. Die Berufsordnungen der Psychologischen Psychotherapeuten sehen zudem häufig ein grundsätzliches Verbot der gerichtlichen Begutachtung eigener Patienten vor. Eine Stellungnahme im Rahmen eines Gerichtsverfahrens ist nur möglich, wenn der Patient auf die möglichen Risiken einer Äußerung des Psychotherapeuten in geeigneter Weise hingewiesen wurde und wenn er ihn auf dieser Grundlage von der Schweigepflicht entbunden hat.

### In welchen Bereichen werden Gutachten erstellt?

**Bereiche** Psychologisch-psychotherapeutische und medizinische Gutachten werden in etlichen Bereichen benötigt, z. B. in zivilrechtlichen Streitigkeiten um die Haftung eines Arztes oder Psychotherapeuten, in Strafverfahren, bei der Beurteilung, ob eine Person erwerbs- oder berufsunfähig ist oder ob Arbeits- bzw. (bei Beamten) Dienstunfähigkeit vorliegt, im Schwerbehindertenrecht oder im Bereich der gesetzlichen oder privaten Kranken-, Pflege- oder Unfallversicherung. Die Gutachtertätigkeit erstreckt sich damit auf alle möglichen Rechtsbereiche, wie das Zivilrecht, das Strafrecht, das Verwaltungs- und das Sozialrecht.

**Auftraggeber** Auftraggeber eines Gutachtens kann grundsätzlich jeder sein: private Personen, juristische Personen, Verwaltungsbehörden oder Gerichte.

## Welche Gutachten gibt es?

**Privatgutachten** Privatgutachten sind Gutachten, die von Privatpersonen oder deren Rechtsanwälten zum Nachweis bestimmter Ansprüche in Auftrag gegeben werden, insbesondere gegenüber privaten oder öffentlichen Versicherungen. Solche Gutachten sind teilweise erforderlich, um die Verfahrensbeteiligten und deren Rechtsanwälte als i. d. R. medizinische oder psychotherapeutische Laien auf unterschiedliche Interpretationsansätze des Sachverhalts aufmerksam zu machen. Damit können solche Privatgutachten einen u. U. wesentlichen Beitrag zur Sachverhaltsaufklärung oder zur Überprüfung eines vom Gericht eingeholten Sachverständigengutachtens aus fachlicher Perspektive liefern.

**Unparteilichkeit** Es sollte dem Privatgutachter nicht unterstellt werden, dass dieser, nur weil er von seinem Auftraggeber bezahlt wird, auch ein für seinen Auftraggeber positives Gutachten erstellt. Denn es treffen auch den Privatgutachter im Grundsatz dieselben Pflichten, wie sie bei der Beauftragung durch ein Gericht oder eine Behörde bestehen. Ein Gutachter würde sich deshalb schadensersatzpflichtig oder gar strafbar machen und gegen berufsrechtliche Pflichten verstoßen, wenn er vorsätzlich ein parteiisches Gutachten erstellen würde.

Keinesfalls sollte der Fehler begangen werden, ein Privatgutachten als parteiisches Gutachten anzusehen.

**Gerichtliche Gutachten** Gerichtliche Gutachten werden von Gerichten in Auftrag gegeben. Ein möglicher Beweis in einem gerichtlichen Verfahren ist der Sachverständigenbeweis. Geregelt sind er und sein Verfahren in §§ 402 ff. ZPO, auf die das Sozialgerichtsgesetz und die Verwaltungsgerichtsordnung für das Verfahren vor den Sozial- und Verwaltungsgerichten im Wesentlichen verweisen. Die Strafprozessordnung enthält eigene Regelungen für den Strafprozess.

## Gibt es eine Pflicht zur Erstattung eines Gutachtens?

**Verweigerungsrecht** Wie der Zeuge auch, erfüllt der gerichtliche Sachverständige eine staatsbürgerliche Pflicht. Sofern der Auftrag in sein Fachgebiet fällt, darf der Sachverständige die Erfüllung dieser Pflicht nicht verweigern oder ungebührlich verzögern. Zur Verweigerung eines Gutachtens berechtigen den Sachverständigen i. d. R. nur die Gründe, die auch einen Zeugen zur Zeugnisverweigerung berechtigen. Das sind z. B. Verwandtschaft oder sonstige persönliche Befangenheit.

**Unverzüglichkeit und persönliche Ausführung** Der Sachverständige hat nach Eingang des Gutachtensauftrags unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und von ihm ohne Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Sachverständige das Gericht unverzüglich verständigen. Der Gutachter hat den Gutachtensauftrag persönlich zu erfüllen und darf den Auftrag nicht eigenmächtig auf einen anderen übertragen. Soweit er sich zur Erstellung des Gutachtens eines anderen bedient, hat er diesen namhaft zu machen und den Umfang von dessen Tätigkeit offenzulegen, sofern es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt.

## Was ist weiterhin zu beachten?

**Eigeninitiative** Die Schlussfolgerungen des Sachverständigen müssen auf dem vorhandenen Beweismaterial gründen. Der Sachverständige ist daher grundsätzlich nicht berechtigt, selbst Zeugen zu vernehmen oder etwa Akten von Behörden unmittelbar beizuziehen, um die Beweisfragen des Gerichts zu beantworten. Er sollte, wenn nicht eine ausdrückliche richterliche Anordnung vorliegt, nicht aus eigener Initiative z. B. Befundberichte anderer Ärzte, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen anfordern. Im Zweifel muss der Gutachter das Gericht bitten, weitere Unterlagen

anzufordern und ihm zur Verfügung zu stellen. Die Grenzen sind jedoch bisweilen fließend und je nach Rechtsgebiet verschieden zu ziehen: Im Zivilprozess hat sich der Gutachter generell zurückzuhalten, im sozial-, verwaltungsgerichtlichen und im Strafprozess herrscht der Amtsermittlungsgrundsatz, weshalb der Sachverständige dort eher Eigeninitiative entwickeln kann.

**Vergütung** Die Vergütung des Gutachters wird außerhalb justizförmlicher Verfahren grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)/Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), die des gerichtlichen Sachverständigen nach dem Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten (JVEG) vergütet.

### Zitierte und weiterführende Literatur

Hollo DF, Gaizdik PV. *Rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Beratung und Begutachtung*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2014

Vertiefend Auskunft geben auch die einschlägigen Berufs- und Interessenverbände der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten.



**Jörg Bossenmayer**

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

Jörg Bossenmayer ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht und Partner der Kanzlei HGP.

Er ist seit dem Jahr 2000 als Rechtsanwalt zugelassen und war vor seiner Tätigkeit für die Kanzlei HGP 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 und Autor von Fachartikeln und eines Buches.

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-121699>