

## Erste Erfahrungen mit der »Gruppentherapeutischen Grundversorgung«

Seit 01.10.2021 gibt es im Bereich der ambulanten Gruppentherapie wesentliche Neuerungen, die das Angebotsspektrum einer psychosomatischen Facharztpraxis sinnvoll erweitern können, zum Beispiel die »Gruppentherapeutische Grundversorgung«.

Wie kann diese Abrechnungsziffer (3517X) eingesetzt und mit Inhalt gefüllt werden? Für welche Patient\*innen-Gruppe eignet sich dieses Angebot?

Im Folgenden gebe ich einen kurzen Einblick in die Erfahrungen mit meiner »Einstiegs-Gruppe«.

### Ausgangssituation

Ich betreibe seit einigen Jahren eine psychosomatische Facharztpraxis im Zentrum von Osnabrück und kooperiere mit zahlreichen Haus- und Facharztpraxen sowie dem somatischen Akutkrankenhaus vor Ort. Viele Kolleg\*innen weisen mir konsiliarisch Patient\*innen zur Diagnostik und Therapieplanung zu. Einen Tag pro Woche habe ich ausschließlich für Erstgespräche reserviert, um die Wartezeiten nach der Kontaktaufnahme kurz zu halten. Für viele Patient\*innen ist die Vorstellung bei mir der erste Kontakt mit einer Psychosomatikerin/Psychotherapeutin. Häufig dominiert ein rein somatisches Krankheitsverständnis, Reflexions- und Introspektionsprozesse, insbesondere in einer Gruppe, erscheinen ungewohnt bis fremd.

### Konzeptentwicklung und Zielgruppen

Ich habe in meiner Praxis also den Bedarf, zahlreichen Patient\*innen eine psychosomatische Erstversorgung anzubieten, in der sie informiert werden über psychosomatische Zusammenhänge,

Stressmodelle, Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge, Bedeutung von gesundheitsförderlichem Verhalten wie Bewegung und Entspannung, präventiven wie therapeutischen Möglichkeiten und je nach Bedarf symptomorientiert über Ängste, depressive Störungen, Schlafstörungen etc.

Ich starte jede Einheit (90 Minuten) mit einem psychoedukativen Kurzvortrag anhand der Präsentation von Folien, die ich variabel je nach Gruppenkonstellation zusammenstellen kann.

Danach gibt es eine kurze Pause zum »aktiven Szenenwechsel« – aus der edukativ-rezeptiven Anfangssituation die Bewegung zur Kontaktaufnahme. Wir ordnen die Stühle im Kreis an, um in einen ersten interaktionellen Austausch zu kommen. Sich bei den gehörten Inhalten, z. B. den Stresssymptomen, wiedergefunden zu haben und darauf Bezug nehmen zu können, erleichtert vielen Teilnehmenden den Einstieg sehr. Die im Vorfeld manchmal geäußerte skeptische oder ängstliche Grundhaltung weicht meist im ersten Austausch über Erfahrungen mit psychosomatischen Beschwerden einem Kohärenzgefühl. Die zuvor benannten Gruppenregeln (Verschwiegenheit, Ich-Botschaften, Ausredenlassen) werden direkt angewandt und ausprobiert.

Zum Abschluss der Einheit biete ich eine Entspannungsübung (PMR, Meditation etc.) zum Kennenlernen an.

Diese »Einstiegsgruppe« umfasst drei Termine in 14-tägigem Abstand. Es nehmen 6–8 Personen teil, die in der Regel bei einem Erstgespräch einen Info-flyer über das Angebot mitgenommen haben und sich dann telefonisch oder per E-Mail anmelden. Gelegentlich wird auch die Wartezeit bis zum Antritt einer Reha überbrückt und auf die Reha somit vorbereitet.

Nach diesen drei Terminen können Einzelgespräche vereinbart werden, um das weitere therapeutische Procedere zu besprechen. Hier kommen verschiedene Optionen infrage: von der Wahrnehmung

individueller Präventionsangebote (Entspannungsverfahren, Rehasport etc.) über Einzel- oder Gruppen-Richtlinienpsychotherapie bis zur Beantragung einer Rehamaßnahme.

### Rückmeldungen

Die Evaluation dieses Angebots anhand eines Fragebogens ist bislang durchweg positiv.

Viele Teilnehmende fühlen sich informierter und kenntnisreicher, motiviert für einen Veränderungsprozess und einige interessiert an einer längerfristigen Gruppenteilnahme.

Für manche ist diese »Grundversorgung« zunächst ausreichend mit der Option der Wiedervorstellung, dann meist mit einem verbesserten Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge des eigenen Befindens.

### Fazit

Eine »Einstiegsgruppe« ist eine gute Möglichkeit, in einer psychosomatischen Facharztpraxis viele Menschen niedrigschwellig nach einem Erstgespräch anzubinden und ihnen ein Verständnis über ihre Beschwerden und Behandlungsoptionen zu geben. Die individuelle Therapieplanung wird erleichtert.

Der organisatorische Aufwand (Beamer, Folien) ist am Anfang eine kleine Hürde, in der Wiederholung aber gering. Die Honorierung finde ich angemessen. Die Patient\*innenzufriedenheit ist signifikant. Und für mich ist es eine Bereicherung meines Praxisalltags.

Dr. Nicola Blum, Osnabrück

Die nächste **BPM-Jahrestagung** findet am **11./12. November 2022** statt. Mit folgenden Themen werden wir uns voraussichtlich beschäftigen: Epidemiologie psychosomatischer Erkrankungen, Belastungen am Arbeitsplatz, Resilienzfaktoren, Adipositas und Essstörungen, Ernährungsmedizin und Kommunikation

## Psychosomatische Medizin schließt eine diagnostische und therapeutische Lücke

In Anlehnung an meinen Artikel »Wert der Psychosomatischen Medizin in der Gegenwart und der Zukunft« (AEP Heft 2, 2021) möchte ich nun auf die Möglichkeiten einer inhaltlichen und praktischen Neuausrichtung in der ambulanten psychosomatischen Praxis eingehen.

In meinem Verständnis schließt die Psychosomatische Medizin eine diagnostische und therapeutische Lücke neben der Richtlinienpsychotherapie und der Psychopharmakologie und stellt somit eine sinnvolle medizinische Schnittstelle zur Inneren Medizin dar.

Viele unserer ärztlichen Kolleg\*innen leisten im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie einen wichtigen Beitrag in der Patient\*innenversorgung. Der berechtigten Frage nach der inhaltlichen Abgrenzung zur Psychologischen Psychotherapie soll in diesem Artikel Rechnung getragen werden.

Alltäglich werden Patient\*innen zur Psychotherapie überwiesen oder kommen aus eigener Motivation mit dem Wunsch nach Psychotherapie. Zuvor wird häufig lediglich konsiliarisch geklärt, ob somatische Aspekte gegen eine Psychotherapie sprechen. Hierbei wird jedoch häufig keine konsequente somatische Diagnostik zum Ausschluss somatopsychischer Faktoren eingeleitet. Der Wunsch der Patient\*innen reicht in

der Regel aus, um mit den probatorischen Sitzungen und der biographischen Anamnese zu beginnen.

Meine Erfahrungen in den letzten Monaten sollen exemplarisch verdeutlichen, warum die somatische Diagnostik vor und während einer Psychotherapie meines Erachtens so wichtig ist. Bei Patient\*innen mit körperlicher Erschöpfung und Burnout ließen sich bei tieferer Exploration eine Multiple Sklerose oder ein metastasierendes Mammakarzinom als somatische Ursachen der beklagten psychischen Symptome diagnostizieren. Dies kommt leider häufiger vor, als ich zunächst angenommen hatte.

Körperlicher Untersuchungsbefund, Blutentnahme, EKG und craniale Bildgebung sind vom Selbstverständnis her lediglich den klinischen Psychosomatikern vorbehalten.

Durch meine fachärztliche Sozialisierung in Heidelberg und Nürnberg ist mein ärztliches Denken und Handeln seit jeher integrativ, interdisziplinär und biopsychosozial geprägt. Diese langjährigen klinischen Erfahrungen versuche ich nun im Rahmen der ambulanten Praxis anzuwenden. Blutentnahmen, EKG, Sichtung somatischer Befunde, körperlicher Untersuchungsbefund, Bildgebung, konsiliarische Erörterung mit internistisch/neurologischen Kolleg\*innen, HRV-Analyse, HRV-Biofeedback und Medikationen kommen für mich selbstverständlich als Werkzeuge ärztlichen Handelns in meiner Praxis zur Anwendung. Dies schafft Vertrauen und führt dazu, dass wir Psychosomatiker\*innen auch als Ärzt\*innen

wahrgenommen werden und z.B. auch bei der Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes, rheumatoiden Schmerzzuständen etc. unter Zuhilfenahme sprechender Kompetenz eine wichtige diagnostische und therapeutisch-medizinische Lücke schließen und von Somatiker\*innen explizit angefragt werden. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass rhetorisch unzureichend geschulte Mediziner\*innen häufig unwissend zur Progression vieler Erkrankungen beitragen, soll die kommunikative Kompetenz als antihypertensiver, analgetischer etc. Wirkfaktor im Rahmen der psychosomatischen Sprechstunde verstanden werden und somit neben der Richtlinienpsychotherapie ein wichtiges Feld ärztlichen Handelns verdeutlichen.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen und Gesprächsführung für niedergelassene Internist\*innen und Kardiolog\*innen sind aus diesen Gründen ein weiteres ärztliches Tätigkeitsfeld in meiner Praxis.

Darüber hinaus trage ich als Arzt und Kommissionsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer im Rahmen der Entscheidungsfindung zur Lebendspende zwischen Spender und Empfänger beratend bei.

An diesen Beispielen möchte ich für ein moderneres Verständnis unseres ärztlichen Fachgebietes werben und aufzeigen, wie spannend die Psychosomatische Medizin *neben* der Richtlinienpsychotherapie ist.

Dr. Rüdiger Behnisch, Nürnberg

## Die Welle surfen – eine oft sehr hilfreiche »Dritte-Welle«-Übung

Auf den Seiten des BPM in dieser Zeitschrift haben wir Ihnen bereits Achtsamkeitsübungen wie die Count-Down-Atemmeditation (1/21), den Yoga-Walk (4/20) und die Liebende-Güte-Meditation (2/20) vorgestellt und in kurzen Texten über die Erforschung der Achtsamkeitspraxis (2/20, 3/21) und deren Vermittlung an Studierende (2/20 und

Vogelsänger/Herrmann 2/21 S. 79–84) berichtet. Heute wollen wir Sie einladen, eine weitere Übung kennen zu lernen. Das Wellenreiten oder »Urge-Surfing« gehört primär zu den Techniken der »Mindfulness-Based Relapse Prevention« (Bowen, Chawla, Marlatt 2011). Rückfallgefährdete sollen befähigt werden, bei Suchtdruck oder Craving möglichst offen, freundlich und annehmend im Sinne des sogenannten Anfängergeistes zu sein, um ihre Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen wahrzunehmen, ohne auf diese reagieren zu müssen

(Mundle 2018, s. a. Heft 4/19 S. 268 f.). Die Intensität des Verlangens kann dabei wahrgenommen werden, ohne dass eine Vereinnahmung erfolgt. Im MBRP-Programm schließt sich zur inneren Verankerung die Bergmeditation an, die wir Ihnen in einem der nächsten Hefte vorstellen werden. Für andere möglicherweise mildere Stresssituationen kann diese Übung auch modifiziert singular hilfreich sein, wie wir es in der Arbeit mit Studierenden (Lernstress), Kolleg\*innen und Patient\*innen erfuhren. Die Stressbelastung kann hier als eine Welle,

in der Gedanken, Gefühle und Körpersig-  
nale Platz finden, imaginiert werden.

In Gedanken, ggf. unterstützt durch  
unseren Atem, »surfen« wir diese auf  
dem imaginierten Brett bis in das flache  
Gewässer aus. Sollten wir vom Brett

»rutschen«, so »klettern« oder »legen«  
wir uns wieder darauf, bis wir wirk-  
lich in Strandnähe angekommen sind,  
um uns dann als Sonnenanbeter\*in von  
der Sonne oder im (Halb-)Schatten einer  
Palmengruppe, das Brett an den Stamm

einer Palme gelehnt, von der warmem  
Brise trocknen zu lassen und zur Ruhe  
zu kommen.

Dr. Peter Vogelsänger, Berlin

Anzeige

[www.klett-cotta.de/fachbuch](http://www.klett-cotta.de/fachbuch)

NEU

Auch als  
eBook

## Wie wir werden, wer wir sind

Alan Sroufe, einer der weltweit bedeutendsten Entwicklungspsychologen, veranschaulicht eindrucksvoll, wie Bindungserfahrungen lebenslang nachwirken und die Persönlichkeit prägen. Er stellt seine wegweisenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Bindung und Entwicklung immer in Bezug zu seiner eigenen persönlichen Entwicklung, was dieses Buch zu einer höchst spannenden und eindrucksvollen Lektüre macht. Sroufe beantwortet in seinem Werk die großen Fragen, wie wir werden, wer wir sind, warum es so schwer, aber nicht unmöglich ist, sich zu ändern und wie Menschen geholfen werden kann, die in ihrer frühen Kindheit unzureichende Bindungs- und Beziehungserfahrungen gemacht haben.

Alan Sroufe

### Der Weg zur eigenen Persönlichkeit

Wie Bindungserfahrungen uns lebenslang prägen

Aus dem Englischen von Maren Klostermann

216 Seiten, gebunden. € 25,- (D). ISBN 978-3-608-98082-0

Fach-  
buch  
Klett-Cotta

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie im Webshop:

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH