

# Problemlösetraining in der Primärversorgung – eine evidenzbasierte Methode für den Versorgungsalltag

## *Problem-Solving Treatment in Primary Care – an Evidence-Based Method for Everyday Healthcare*

Lars P. Hölzel<sup>1,2</sup>, Fabian Frank<sup>1</sup>, Frederike Bjerregaard<sup>1</sup>, Patricia A. Areán<sup>3</sup>, Wilhelm Niebling<sup>4</sup>, Mathias Berger<sup>1</sup>, Isaac Bermejo<sup>5</sup>

**Zusammenfassung:** Zur Behandlung psychischer Störungen in der hausärztlichen Praxis stellt das aus der Problemlösetherapie hervorgegangene „Problemlösetraining für die Primärversorgung“ (PLT-PV) eine ökonomisch umsetzbare evidenzbasierte Maßnahme dar. Das PLT-PV zielt auf die Reduktion von psychischen Belastungen, indem Patienten zum Erlernen und Anwenden einer Methode zur aktiven Problemlösung angeleitet werden. Dies soll zu einer verbesserten allgemeinen Problemlösefähigkeit der Patienten führen. Einem festen Schema folgend, wird die PLT-PV in vier bis acht Sitzungen umgesetzt. In Sitzung 1 werden zentrale Annahmen des PLT-PV – wie der Zusammenhang von Problemen und psychischen Störungen, körperlichen Symptomen und psychischen Belastungen sowie funktionale Problemlösestile und Problemlöseorientierung – erläutert und die sieben Ablaufschritte des PLT-PV eingeführt. Anschließend werden in der ersten sowie in allen weiteren Sitzungen die sieben Ablaufschritte des PLT-PV anhand konkreter Probleme der Patientinnen und Patienten umgesetzt und eingeübt. Schritt 1: Auswahl eines Problems; Schritt 2: Setzen eines realistischen und erreichbaren Zieles; Schritt 3: Entwickeln verschiedener Lösungswege; Schritt 4: Bewertung der Lösungswege; Schritt 5: Auswählen eines Lösungsweges; Schritt 6: Erstellen eines Handlungsplanes; Schritt 7: Bewerten des Lösungsversuches. Mit dem PLT-PV liegt eine einfach umsetzbare und leicht erlernbare effektive psychosoziale Intervention für die hausärztliche Versorgung vor, mit der leichte psychische Störungen vielversprechend behandelt werden können.

*Schlüsselwörter:* Problemlösetraining; Psychotherapie; Psychische Störungen; Primärversorgung

**Summary:** Problem-solving training is an economical and evidence-based intervention for the treatment of mental disorders, which is adapted from problem-solving therapy for the primary care setting. Problem-solving training should reduce psychological burdens in patients by guiding them to learn and apply a method for active problem solving. The aim is to improve patients' ability to solve problems by using this approach independently in everyday life. Following a fixed schedule, the problem-solving training can be executed in four to eight sessions. In session 1, central assumptions in the problem-solving training are introduced, e.g. the relationship between problems and mental disorders as well as between physical symptoms and psychological burdens. Furthermore, functional problem-solving styles and orientation are explained and the seven steps of the problem-solving training are introduced. These steps are implemented and practiced in every session using the patients' current problems. In step 1, an accurate formulation of the problem is developed. In step 2, a realistic and achievable goal is determined. In step 3, different solutions are developed using brainstorming techniques. In step 4, the developed solutions are systematically evaluated, before – based on this evaluation – a practical solution is selected in step 5. Step 6 serves for developing a detailed plan of action for the application and implementation of the selected solution. In step 7, the success of the plan of action is evaluated during the subsequent session. Problem-solving training is an easy-to-learn and effective psychosocial intervention for treating mild mental disorders in primary care.

*Keywords:* problem-solving treatment; psychotherapy; mental disorders; primary care

<sup>1</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

<sup>2</sup> Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad

<sup>3</sup> Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

<sup>4</sup> Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

<sup>5</sup> Supervisions- und Coachingdienst, Universitätsklinikum Freiburg

**Peer reviewed article** eingereicht: 07.07.2016, akzeptiert: 26.10.2016

**DOI** 10.3238/zfa.2017.0260-0265

## Hintergrund

In der hausärztlichen Praxis gehören psychische Störungen zu den häufigsten Diagnosen, oft in Verbindung mit körperlichen Symptomen [1]. Körperliche Symptome können infolge psychischer Probleme auftreten oder diese wiederum durch körperliche Grundproblematiken ausgelöst werden. Eine Überweisung in die Sekundärversorgung ist in Ermangelung von Behandlungspätzen oft nicht möglich [2, 3], von Patientenseite nicht erwünscht oder aufgrund einer gering ausgeprägten psychischen Problematik nicht indiziert [4]. Eine niederschwellige psychosoziale Behandlungsoption für die hausärztliche Versorgung wird deshalb benötigt.

Die Problemlösetherapie hat sich in den 1970er Jahren aus psychologischen Theorien zum Lernen, Problemlösen und zur Entscheidungsfindung entwickelt [5]. Sie wird in Deutschland der kognitiven Verhaltenstherapie zugeordnet [6], international aber oft als eigenständiger therapeutischer Ansatz verstanden [7]. Für die Problemlösetherapie als alleiniges Verfahren oder als Teil eines komplexeren Behandlungsplanes liegen Untersuchungen bspw. für Depression [8] sowie zur Sekundärprävention von Kreuzschmerz [9] und zur Rückfallprävention bei Adipositas [10] vor. Dabei hat sich die Problemlösetherapie sowohl bei psychischen Störungen als auch bei körperlichen Erkrankungen bewährt [11]. Bei der Behandlung der Altersdepression, die häufig durch vielfältige somatische Komorbiditäten gekennzeichnet ist, zählt sie zu den Verfahren mit der besten Evidenz [4]. Speziell für Gesundheitsberufe ohne psychotherapeutischen Hintergrund wurde eine Adaptation der Problemlösetherapie entwickelt, welche im Folgenden als „Problemlösetraining für die Primärversorgung“ (PLT-PV) bezeichnet wird [12]. Das PLT-PV wurde insbesondere zur Behandlung depressiver Störungen wiederholt erfolgreich bei Hausarztpatienten\* eingesetzt, wobei die Intervention häufig durch Psychiater oder Psychotherapeuten erfolg-

te [13, 14]. Doch auch der Einsatz durch Hausärzte weist eine gute Evidenzlage auf [15]. Dementsprechend werden Problemlöseansätze in der „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression“ an mehreren Stellen als Behandlungsoption empfohlen [4]. Für die hausärztliche Behandlung von besonderem Interesse ist die Empfehlung, das PLT-PV bei leichten depressiven Störungen zur Intensivierung der Behandlung nach dem sogenannten beobachtenden Abwarten und vor der Überweisung in die Sekundärversorgung einzusetzen [4].

## Voraussetzungen zur Durchführung

Im PLT-PV wurde die Problemlösetherapie so adaptiert, dass sie von Hausärzten erfolgreich erlernt und angewendet werden kann und eine Durchführung unter den Rahmenbedingungen der Primärversorgung in Deutschland möglich ist [12]. Im Vergleich zu den Richtlinienpsychotherapien sind Zeit- und Ressourcenumfang des PLT-PV deutlich reduziert. Die Durchführung des PLT-PV umfasst vier bis acht Sitzungen. In Sitzung 1 wird für die Einführung des Patienten in die Methode ca. eine Zeitstunde benötigt. Die weiteren Sitzungen dauern etwa 30 Minuten. Die Anwendung des PLT-PV setzt die Teilnahme an einem achtstündigen Workshop unter Anleitung eines qualifizierten PLT-PV-Trainers (Psychotherapeut oder vergleichbare Qualifikation) voraus. Zudem sollten mindestens zwei Ausbildungsfälle supervidiert werden, bevor das Verfahren in der Routine eingesetzt wird (Informationen zum Training sind beim Erstautor erhältlich). Das Curriculum orientiert sich an internationalen Standards [12].

## Rationale des Problemlösetrainings in der Primärversorgung

Die dem Patienten zu vermittelnde Rationale ist, dass Probleme psychische Belastungen bedingen können. Dies beeinträchtigt wiederum die Fähigkeit zur Problemlösung. Hierdurch können sich ungelöste Probleme kumulieren, was die Belastung weiter erhöht. Dieser Teufelskreis

kann bis hin zu klinisch relevanten und insbesondere depressiven Störungen führen. Durch die Verbesserung der Problemlösefähigkeit werden Probleme abgebaut und dadurch Belastungen reduziert. Dieser Effekt wirkt sich dann wiederum positiv auf die Problemlösefähigkeit aus.

Das Grundprinzip des PLT-PV besteht darin, Patienten anhand eines festen Schemas zu aktivem Problemlösen anzuleiten, wodurch psychische Belastungen reduziert und das Gesundheitsverhalten verbessert werden. Dabei ist es nicht ausreichend, ausschließlich aktuell vorliegende Probleme zu bearbeiten. Da Probleme ein natürlicher und wiederkehrender Teil des Lebens sind, sollen dem Patienten funktionale Problemlösefähigkeiten vermittelt werden, um auch neuen Problemlagen adäquat begegnen zu können. Im PLT-PV steht deshalb die Vermittlung von Problemlösefertigkeiten – auch „Technik des planvollen Problemlösens“ (TPP) genannt – im Vordergrund, mit welcher passende Lösungswege für individuelle Problemlagen entwickelt werden können. Ziel des PLT-PV ist es, dass Patienten die TPP anhand der Bearbeitung konkreter Probleme erlernen und sie zukünftig selbstständig anwenden können.

## Ablauf in der Primärversorgung

Im Zentrum des PLT-PV steht also die Vermittlung der TPP als strukturiertes Vorgehen zur Problemlösung. Hierfür müssen Grundannahmen und Techniken der PLT-PV vermittelt sowie individuelle Probleme aufgegriffen und exemplarisch bearbeitet werden.

In der ersten Sitzung wird die **Struktur** des PLT-PV erläutert, ein Verständnis für den **Zusammenhang von körperlichen Symptomen und psychischen Problemen** bzw. Belastungen vermittelt, der **Zusammenhang zwischen Problemen und psychischen Störungen** aufgezeigt und eine **positive Problemlöseorientierung** thematisiert. Außerdem werden die **sieben Schritte der TPP** dargestellt. Anschließend wird mit dem Patienten eine **Problemliste** erstellt und schließlich die TPP bereits in der ersten Sitzung anhand konkreter Probleme des Patienten **angewendet**. Auf der Webseite der Zeitschrift für Allgemein-

\* Aus Gründen der Lesbarkeit und in Ermangelung einer befriedigenden Sprachregelung wird die männliche Sprachform benutzt. Es sind damit jedoch immer auch die entsprechenden weiblichen Personen gemeint.

medizin sind als Online-Anlagen zur vorliegenden Arbeit eine Fallvignette sowie eine auf diese bezogene Tabelle zur Illustration der einzelnen Schritte zur Einführung der PLT-PV sowie zur Durchführung der TPP zu finden.

### Struktur

Zu Beginn von Sitzung 1 wird der Patient über formale Aspekte informiert. Hierzu gehören Anzahl und Dauer der Sitzungen sowie die Erläuterung des Ablaufplans für den ersten und alle weiteren Termine. Durch den Hinweis auf die „Arbeit“ zwischen den Sitzungen wird der Patient von Beginn an mit in die Verantwortung genommen. Wichtig ist auch das explizite Eingehen auf die Rollen von Arzt (strukturierend-begleitend) und Patient (aktive Problemlösung). Ziel des PLT-PV ist es nicht, dass die Probleme gelöst sind, sondern dass der Patient die TPP erlernt. Hierfür ist es notwendig, dass der Patient die Methode unter Anleitung auf eigene Probleme anwendet sowie regelmäßig im Alltag einübt. Aufgabe des Arztes ist es, auf die Einhaltung von Struktur und zeitlichem Rahmen zu achten.

### Körperliche Symptome und psychische Belastung

In diesem Teil soll dem Patienten vermittelt werden, dass es keine „rein körperlichen“ und „rein psychischen“ Krankheiten gibt. Es wird aufgezeigt, dass auch körperliche Funktionen und Gefühle vom Gehirn mitgesteuert werden. Psychische Empfindungen sind mit körperlichen Reaktionen verbunden. Als Beispiele können negative Emotionen wie Angst (Zittern, Druckgefühl in der Magengegend) oder positive Emotionen wie Verliebtsein (Schmetterlinge im Bauch, weiche Knie) genannt werden. Andersherum wirkt sich auch das körperliche Befinden auf die Stimmung aus, bspw. Niedergeschlagenheit bei Erkältung.

### Probleme und psychische Störungen

Das gehäufte Auftreten von nicht bewältigten Problemen kann zu psychischen Symptomen führen. Im Rahmen des PLT-PV sind Probleme von Tatsachen und Aufgaben abzugrenzen. Probleme, Tatsachen und Aufgaben werden im PLT-PV wie folgt verstanden:

- Probleme bezeichnen jede Lebenssituation, die eine Reaktion erfordert um negative Auswirkungen abzuwenden, in der eine angemessene Reaktion jedoch nicht unmittelbar ersichtlich oder aufgrund von Barrieren und Hindernissen nicht unmittelbar zugänglich ist.
- Tatsachen hingegen sind nicht veränderbar bzw. der Patient besitzt keinen Einfluss auf diese Lebenssituationen. Eine Lösung ist durch den Patient selbst bzw. alleine nicht möglich.
- Aufgaben bezeichnen Situationen, bei welchen die angemessene Reaktion offensichtlich ist bzw. der Lösungsweg bereits klar ist und nur vollzogen werden muss.

Bspw. ist das von einem Patienten beklagte Alter eine Tatsache und nicht für die PLT-PV geeignet. Die Auswirkungen des Alterns (bspw. geringere körperliche Belastbarkeit, Fehlen einer sinnstiftenden Aufgabe) können sich dagegen gut für die PLT-PV eignen. Weiterhin ist bspw. das Anmelden zur Rückenschule kein Problem, sondern eine Aufgabe. Das Vorgehen bei der Umsetzung ist offensichtlich. Allerdings kann sich hinter nicht erledigten Aufgaben ein Problem verbergen, dass in diesem Beispiel mit der Rückenschule gelöst werden soll. So könnte hier bspw. mangelnde körperliche Fitness ein Problem darstellen, mit dem sich im Rahmen der PLT-PV gut arbeiten lässt.

Festzuhalten ist, dass es nicht immer die „großen Probleme“ sind, die den Einzelnen überfordern. Häufig kumulieren alltägliche Probleme bzw. „daily hassles“ bei inadäquater Problemlösung und führen zu einer Überlastung. Psychische Symptome wiederum verschlechtern die Problemlösefähigkeit. Dieser Teufelskreis kann zu einer voll ausgeprägten psychischen Störung führen. Planvolles Problemlösen, wie es im PLT-PV vermittelt wird, führt hingegen zu einer Verringerung der Probleme und Belastungen.

### Positive Problemlöseorientierung

Impulsive oder vermeidende Problemlösestile, bei denen der erstbeste Lösungsansatz verfolgt bzw. die Auseinandersetzung mit dem Problem vermieden wird, sind ineffektiv und führen zu vermehrten Belastungen. Dem PLT-PV hingegen liegt eine positive Problemlöseorientie-

rung zu Grunde. Hilfreiche Annahmen und Einstellungen, die im Sinne einer positiven Problemlöseorientierung vermittelt werden sollen, sind:

- Probleme sind ein normaler, berechenbarer und beeinflussbarer Teil des Lebens und kein Beweis für persönliche Defizite, eigenes Verschulden oder Schicksal.
- Stress, Belastung, Konflikte oder Niedergeschlagenheit sind Hinweise auf die Existenz von Problemen und können dabei helfen, diese zu identifizieren.
- Probleme sind Herausforderungen, denen nicht impulsiv oder vermeidend, sondern planvoll und bewusst begegnet werden sollte.
- Probleme können gelöst werden.

In diesem Teil ist es wichtig, den Patienten die Einstellung zu vermitteln, dass eine positive Problemlöseorientierung und planvolles Problemlösen erlernt werden können und zu einer besseren Problemlösung und verringerter Belastung führen.

### Sieben Schritte der Technik des planvollen Problemlösens (TPP)

Kernelement des PLT-PV ist das Erlernen eines festen Schemas – der TPP – zum Umgang mit Problemen, das folgende Schritte beinhaltet:

- Schritt 1 – Auswahl eines Problems
- Schritt 2 – Setzen eines realistischen und erreichbaren Zieles
- Schritt 3 – Entwickeln verschiedener Lösungswege
- Schritt 4 – Bewertung der Lösungswege
- Schritt 5 – Auswählen eines Lösungsweges
- Schritt 6 – Erstellen eines Handlungsplanes
- Schritt 7 – Bewerten des Lösungsversuches

Dieses Schema stellt ein zentrales Element der PLT-PV dar, beinhaltet es doch die Einführung des elementaren Vorgehens bei der adäquaten Lösung von Problemen (s. Absatz „Technik des planvollen Problemlösens“). Dabei muss neben dem Vorstellen der Schritte, das systematische Vorgehen hervorgehoben und dem Patienten eine aktive Rolle zugewiesen werden. Ein fallbezogenes Beispiel zur Anwendung der einzelnen Schritte der TPP ist als Online-Anlage zur vorliegenden Arbeit auf der Webseite der Zeitschrift für Allgemeinmedizin zu finden.

## Liste von Problemen erstellen

Eine Übersicht über die Problembereiche des Patienten soll erlangt werden. Es ist wichtig, dass die Probleme noch nicht genauer exploriert werden. Diese Zielsetzung sollte explizit mitgeteilt und Ausführungen des Patienten ggf. begrenzt werden.

Zum Ende der ersten Sitzung wird die TPP anhand eines konkreten Problems mit dem Patient umgesetzt.

## Technik des planvollen Problemlösens

Der im Folgenden dargestellte Ablauf zur Umsetzung der TPP wird in allen weiteren Sitzungen mit dem Patienten geübt.

### Schritt 1 – Auswahl eines Problems

Ziel ist die Erarbeitung einer genauen Problemformulierung. Hierfür wird das Problem zunächst exploriert. In dieser Phase tritt eine Veränderung des Problemfokus häufig auf. Folgende Leitfragen dienen als Heuristik, um zu prüfen, ob das Problem gut gewählt und geeignet ist:

- „Ist das Problem innerhalb von zwei Wochen veränderbar?“
- „Haben Sie es selbst in der Hand, etwas daran zu verändern?“
- „Können wir eindeutig feststellen, ob sich etwas verändert hat?“

Bei der Problemexploration sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass der Patient ein konkretes Problem auswählt, das auch von ihm beeinflussbar und überprüfbar ist. Die Spezifizierung und Konkretisierung des Problems kann über die Sammlung wichtiger Fakten durch die „W-Fragen“: „Wer?“, „Was?“, „Wann?“, „Wo?“ und „Wie?“ unterstützt werden. Es ist zu beachten, dass immer nur ein Problem auf einmal bearbeitet werden kann, weshalb große Probleme ggf. in kleinere Unterprobleme zu unterteilen sind. Haben Probleme mehrere Ursachen, muss eine Ursache ausgewählt werden, da nur eine Ursache auf einmal angegangen werden kann. Weiterhin müssen Probleme von Tatsachen unterschieden werden (s.o.). Es können nur durch den Patienten selbst beeinflussbare Probleme bearbeitet werden (Beeinflussbarkeit). Das Pro-

### Dr. phil. Lars P. Hölzel ...



... ist Leiter der Arbeitsgruppe Psychotherapie und Versorgungsforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg und Leitender Psychologe an der Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad. Kern seiner wissenschaftlichen Tätigkeit ist die Weiterentwicklung von Ansätzen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Depression. Aktuell leitet er mehrere wissenschaftliche Studien in denen Problemlösungen bei Menschen mit Depression untersucht werden.

blem soll eindeutig und objektiv formuliert werden, es sollen also keine Annahmen, sondern ausschließlich Fakten Eingang finden. Das Problem soll – im Idealfall auf Verhaltensebene – messbar bzw. beobachtbar sein (Überprüfbarkeit). Bei der Erstanwendung der TPP sind leichte Problemstellungen zu bevorzugen, bei denen eine erfolgreiche Bewältigung wahrscheinlich erscheint. Welches Problem letztendlich bearbeitet wird, entscheidet jedoch der Patient.

### Schritt 2 – Setzen eines realistischen und erreichbaren Ziels

Nach der Problemdefinition wird nun eine Zieldefinition formuliert. Zur Bestimmung des Ziels sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden: Das Ziel ergibt sich aus der Problemdefinition und soll klar formuliert, realistisch, erreichbar und messbar sein, sodass die Zielerreichung überprüft werden kann. Erreichbar bedeutet, dass das Ziel in kleinen Zeiträumen – idealerweise bis zur nächsten Sitzung – erfüllbar ist. Die Zielerreichung muss der eigenen Kontrolle unterliegen, also so wenig wie möglich von externen Umständen abhängig sein. Ist dies nicht gegeben, ist das Ziel nicht geeignet und es muss ein neues ausgewählt werden. Um neue und kreative Möglichkeiten der Zielerreichung zuzulassen, sollte das Ziel nicht bereits die Lösung enthalten, denn dann wäre es eine Aufgabe (s.o.).

### Schritt 3 – Entwickeln verschiedener Lösungswege

Bei diesem Schritt sollte der Arzt besonders darauf achten, dass in einem Brainstorming möglichst viele und unterschiedliche Lösungswege durch den Patienten entwickelt werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, auf min-

destens eine gute Lösung zu kommen. Falls Patienten Probleme bei der Vorstellung möglicher Lösungswege haben, kann der Arzt den Patienten durch Vorschläge offensichtlich absurder Alternativen ermutigen, auch unüberlegte Gedanken zu äußern und dadurch die Kreativität des Patienten anregen. Er darf aber in keinem Fall die Arbeit des Patienten übernehmen. An dieser Stelle dürfen die Lösungsmöglichkeiten nicht bewertet werden, da dies die Kreativität beeinträchtigt.

### Schritt 4 – Bewerten der Lösungswege

Erst in diesem Schritt werden die gesammelten Lösungswege vom Patienten systematisch abgewogen und bewertet. Beim Bewerten der Nachteile ist es wichtig, Grenzen und Hindernisse zu betrachten wie bspw. Aufwand, Zeit, Kosten, Belastungen, die Beteiligung Dritter oder sonstige Nachteile. Beim Bewerten der Vorteile wird in Betracht gezogen, was an dem jeweiligen Lösungsweg einzigartig ist, was den Lösungsweg zu einem guten Lösungsweg macht, und was positive emotionale Folgen der Umsetzung sein könnten. Zudem ist es wichtig, dass kurz- und langfristige potenziell positive sowie potenziell negative Folgen sowohl für den Patienten selbst als auch für Dritte berücksichtigt werden. Dem Arzt kommt dabei eine rein strukturierende Funktion zu. Die Bewertung liegt beim Patienten. Es sollte nur eingegriffen werden, wenn durch den Lösungsweg ein schwerer Konflikt (bspw. Paarkonflikt) oder eine Gefährdung des Patienten (bspw. akut gesundheitsgefährdendes Verhalten) zu befürchten sind. Hier ist es wichtig, den Patienten explizit darauf aufmerksam zu machen und auf mögliche negative Folgen hinzuweisen.

### Schritt 5 – Auswählen eines Lösungsweges

Anhand der systematischen Bewertung der Vor- und Nachteile sowie der Eignung zur Zielerreichung soll vom Patienten nun ein praktikabler Lösungsweg gewählt werden. Dabei sollte der Lösungsweg nicht zu schnell gewählt, sondern die zur Umsetzung notwendigen Ressourcen/Möglichkeiten sowie negative Folgen bedacht werden. Mehrere Lösungswege können miteinander kombiniert werden. Es können auch mehrere Lösungswege ausgewählt werden, zunächst sollte jedoch auf einen Lösungsweg fokussiert und weitere nur als Optionen betrachtet werden.

### Schritt 6 – Erstellen eines Handlungsplanes

Es wird ein Handlungsplan zur Umsetzung bzw. Anwendung des Lösungsweges entwickelt. Hierbei sollte der Arzt den Patienten bei einer strukturierten und zeitlich konkreten Ablaufplanung beratend unterstützen. Während der Arzt in den vorherigen Schritten zwar strikt auf die Einhaltung der Schritte und die korrekte Umsetzung des Vorgehens achtete, wurden die Inhalte allein vom Patienten bestimmt. Nun kommt dem Arzt hingegen eine aktiv beratende Funktion zu. Zunächst sollen Maßnahmen bzw. Handlungsschritte und potenzielle Hindernisse der Umsetzung identifiziert sowie ggf. Ideen zum Umgang mit Hindernissen entwickelt werden. Bei komplexeren Lösungen müssen Schritte des Handlungsplanes ggf. in mehrere Unterschritte unterteilt werden. Diese sollten so detailliert wie möglich und schriftlich festgehalten werden. Die Planung sollte möglichst konkret sein, da hierdurch die Umsetzungswahrscheinlichkeit steigt. Auf Basis des erarbeiteten Handlungsplans wird der Patient schließlich aufgefordert, diesen umzusetzen.

### Schritt 7 – Bewerten des Lösungsversuches

In der jeweils folgenden Sitzung (Schritt 7 entfällt in Sitzung 1) werden

die vom Patienten auf Basis des Handlungsplanes zwischen den Sitzungen durchgeführten Aktivitäten analysiert und bewertet. Wichtig ist auch die Erfassung der Auswirkungen auf die psychischen Symptome durch die Einschätzung des Patienten. Dabei sollte der Arzt darauf hinweisen, dass sich Symptome zumeist erst nach einiger Zeit verbessern und auch bei erfolgreicher Problemlösung nicht direkt nachlassen. Unabhängig vom Erfolg sollte der Einsatz des Patienten zur Lösung des Problems bzw. zur Durchführung des Lösungsweges beachtet und gelobt werden. Die Zielerreichung sollte überprüft werden. Hierbei sollten auch eventuell eingetretene unerwünschte Ereignisse beachtet werden. Anschließend entscheidet der Patient, ob das Problem zufriedenstellend gelöst ist. War die Problemlösung noch nicht erfolgreich, wird reflektiert, warum der gewählte Lösungsweg nicht zum Erfolg geführt hat. Anschließend werden die Schritte der TPP erneut und unter Berücksichtigung der neuen Erkenntnisse durchgeführt. Bei einer Teillösung kann das Vorgehen erneut auf das gleiche Problem angewendet werden. Ansonsten wird ein neues Problem ausgewählt und der Prozess erneut durchlaufen. Diese sieben Schritte sollten so lange eingeübt werden, bis der Patient die TPP eigenständig einsetzen und durchführen kann.

### Fazit

Mit dem PLT-PV liegt eine einfache und effektive psychosoziale Intervention vor, mit der hausärztlich tätige Ärzte leichte psychische Störungen behandeln können. Aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung [16] kommt einer effizienten Behandlung psychischer Störungen eine hohe Bedeutung für die Gesundheitsversorgung zu. Hierbei besitzt der Hausarzt als erster Ansprechpartner im Gesundheitssystem einen hohen Stellenwert beim Erkennen und der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. Aufgrund einer in

vielen Regionen kritischen Dichte an Angeboten der Sekundärversorgung und oft langer Wartezeiten [2] ist eine Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen in der hausärztlichen Praxis unumgänglich.

Für die unipolare Depression – eine der häufigsten psychischen Störungen – ist deshalb in der aktuellen „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression“ ein gestuftes Vorgehen vorgesehen [4]. Für leichte depressive Störungen wird zunächst ein „beobachtendes Abwarten“ für zwei Wochen vorgeschlagen. Sollte sich keine Besserung einstellen, wird das PLT-PV als Option zur Intensivierung der Behandlung empfohlen. Auch bei möglichen Disease-Management-Programmen für depressive Störungen könnte das PLT-PV eine wichtige Komponente darstellen.

Das PLT-PV bietet sich als effektives und effizientes Verfahren an. Durch den relativ geringen zeitlichen Aufwand stellt es eine Alternative zur Versorgung von Patienten mit leichten bis mittelgradigen psychischen Störungen dar [4]. Das Verfahren kann mit der EBM-Nummer 35110 abgerechnet werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings die Anerkennung „Psychosomatische Grundversorgung“. Aufgrund der Kürze, der Flexibilität, der leichten Erlernbarkeit und der hohen Evidenzbasierung stellt das PLT-PV auch für die hausärztliche Praxis einen hoch relevanten Ansatz dar.

**Interessenkonflikte:** Mathias Berger gibt an, Beratungshonorare von der Rhein-Jura-Klinik Bad Säckingen erhalten zu haben. Die weiteren Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

#### Korrespondenzadresse

Dr. phil. Lars P. Hölzel, Dipl.-Psych.  
Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad  
Rheingauer Straße 47  
65388 Schlangenbad  
Tel.: 06129 4883451  
hoelzel@parkklinik-schlangenbad.de  
www.parkklinik-schlangenbad.de/

## Literatur

1. Becker N, Abholz HH. Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen – eine systematische Literaturübersicht. *Z Allg Med* 2005; 81: 474–481
2. Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. [www.bptk.de/uploads/media/110622\\_BPtK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie\\_01.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf) (letzter Zugriff am 02.01.2017)
3. Berger M. Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland. *Nervenarzt* 2004; 75: 195–204
4. DGPPN, BÄK, KBV, et al (Hrsg.). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2015. Version 4. [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-0051\\_Unipolare\\_Depression\\_2016-11.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_Unipolare_Depression_2016-11.pdf) (letzter Zugriff am 03.01.2017)
5. D’Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 1971; 78: 107–126
6. Buhic-Bergner A, Linden M. Spektrum der störungsspezifischen verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätze bei depressiven Störungen. *Verhaltensther* 2013; 23: 267–279
7. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 909–922
8. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 9–15
9. van den Hout JHC, Vlaeyen JWS, Heuts PHTG, Zijlema JHL, Wijnen JAG. Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. *Clin J Pain* 2003; 19: 87–96
10. Perri MG, Nezu AM, McKelvey WE, Shermer RL, Renjilian DA, Viegner BJ. Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 722–726
11. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 46–57
12. Hegel M, Barrett J, Oxman T, Mynors-Wallis L, Gath D. Problem-solving treatment for primary care (PST-PC): a treatment manual for depression. Hanover, NH: Dartmouth University, 1999
13. Linde K, Sigterman K, Kriston L, et al. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2015; 13: 56–68
14. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ* 1995; 310: 441–445
15. Huibers MJH, Beurskens A, Blijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3: CD003494
16. Busch DMA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2013; 56: 733–739

## Einladung zur Mitgliederversammlung der DEGAM

### Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie ganz herzlich zur jährlichen Mitgliederversammlung der DEGAM einladen (entspr. § 6, Abs. 1 der DEGAM-Satzung). Diese findet statt am **Donnerstag, 21. September 2017 um 18.30 Uhr** (Ende ca. 20.00 Uhr) im Gebäude 23 der Heinrich-Heine-Universität, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf

Die Mitgliederversammlung ist wie jedes Jahr in unseren wissenschaftlichen Kongress eingebunden.

### Bitte beachten Sie:

Da die Dauer der Versammlung durch das Kongressprogramm begrenzt ist, werden die Berichte sehr kurz gefasst, liegen aber in schriftlicher Form und ebenfalls auf der DEGAM-Homepage (interner Bereich) vor.

### Tagesordnung (Stand 22. April 2017)

1. Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit, Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung, Genehmigung der Tagesordnung
2. Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
3. Bericht der Präsidentin und des Geschäftsführers
4. Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer
5. Masterplan 2020 und seine Konsequenzen
6. Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
7. Leitlinien
8. Bericht der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DESAM)
9. Sonstiges

Prof. Dr. Erika Baum, Präsidentin

PD. Dr. Anne Simmenroth, Schriftführerin

