



Psychotherapie **Aktuell**

- ❏ Die Chancen nutzen: Das Versorgungsgesetz
- ❏ Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010
- ❏ Festlegung des Kaufpreises beim Praxisübergang durch den Zulassungsausschuss

Beate Hofmeister, Daniela Doege, Liesa Büche, Matthias Backenstraß

Wieviel Psychotherapie hilft?

Versorgungsforschung zu Inanspruchnahme und Effektivität niederfrequenter Psychotherapie in einer ambulanten Praxis

Die Inanspruchnahme und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie (PT) wurde als Beitrag zur Versorgungsforschung am Beispiel einer niedergelassenen Praxis untersucht (Hofmeister, 2009, Hofmeister & Backenstraß, 2010). Nach einer Analyse der behandelten Klientinnen¹ erfolgte eine Evaluation der Therapieeffekte, die auf ein erfolgreiches Vorgehen verweist, das unabhängig von Störung und Alter erscheint. Überraschenderweise erwies sich die Therapiedauer als unabhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn.

Untersuchungsgegenstand

Epidemiologische Forschungsergebnisse verweisen auf eine deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland. Im ambulanten Bereich zeigt sich das nach Erhebungen gesetzlicher Krankenkassen (GEK-Report 2007) in einem Anstieg der psychotherapeutischen Behandlungen von 61% bei 1,5 Mio. untersuchten Versicherten 2000 bis 2006 (vergleichbar TK-Report, 2006), wobei sich der im GEK-Report beschriebene Anstieg auf eine Veränderung von 5,5 zu 8,8 Betroffene je 1.000 Versicherte bezieht, was einem sehr niedrigem Ausgangsniveau entspricht.

¹ Da in der PT überwiegend Frauen von Frauen behandelt werden, sollen diese durch die gewählte weibliche Sprachform sichtbar erscheinen.

Diese Zunahme an Behandlungen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass nur ein geringer Anteil psychisch Kranker überhaupt irgendeine Behandlung erhält (1/4, Wittchen, 2006; 36,4%, Wittchen & Jacobi, 2002), geschweige denn eine adäquate (Wittchen 2006), d.h. die Behandlungsraten bleiben deutlich hinter den Prävalenzraten zurück. Vom Beginn psychischer Störungen, die in fast der Hälfte der Fälle komorbide auftreten, bis zum ersten Kontakt mit einem Spezialisten vergehen bis zu 15 Jahre (Eckert, 2006; Bühring, 2007).

In der Kohorte gegenwärtig tätiger Behandlerinnen wurden durch Untersuchungen von Berufs- und Therapieverbänden (GPT-Verbände, 2006; Hentze, 2006, 2007; Frohburg, 2007) Mehrfachqualifikationen als state of the art nachgewiesen. Die Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1998 schränkte jedoch im ambulanten Setting die historisch gewachsene Realität vielfältiger Methodenkompetenzen der Behandlerinnen, auch solcher der humanistischen Psychotherapie (Hofmeister, 2010), auf drei „Richtlinienverfahren“ ein. Zum Wirksamkeitsnachweis weiterer Verfahren akzeptiert der Wissenschaftliche Beirat RCT-Studien. Diese sind jedoch in der Realität ambulanter Behandlungen nicht durchführbar. Die Effektivität ambulanter Psychotherapie wird jedoch zukünftig

wissenschaftlich auch zur Rechtfertigung ihrer Kosten zu belegen sein. Eine ausreichende Versorgungsforschung, die das tatsächliche multimodale Behandlungsangebot an ein vorwiegend komorbides Klientel evaluiert, existiert bisher nicht. Unabhängig von diesen gesundheitspolitischen Gegebenheiten zählt heute die therapeutische Beziehung als wichtigster untersuchter Wirkfaktor (Lambert & Bergin, 1994; Beutler et al., 1994; Henry et al., 1994; Orlinsky et al., 1994; Orlinsky et al., 2005; Beutler et al., 2005; Clarkin & Levy, 2005): Ohne eine hinreichend gute therapeutische Allianz ist Veränderung nicht zu erwarten, und zwar unabhängig von der angewandten Therapiemethode oder -theorie (Grawe, Donati & Bernauer, 1995).

Die geschilderten gesellschaftlichen Gegebenheiten spiegelt die vorliegende Pilotstudie wieder, die unter den realistischen Bedingungen einer niedergelassenen Praxis Therapieeffekte bei einem methodenintegrativen multimodalen Vorgehen wissenschaftlich überprüft. Berichtet werden zunächst Merkmale der untersuchten Praxis und der Stichprobe, sodann Aussagen zur Effektivität der durchgeführten Behandlungen.

Die Praxis befindet sich in einem Mehrfamilienhaus im Vorort einer süddeutschen Universitätsstadt und kann aus

dem angrenzenden Landkreis erreicht werden (Radius ca. 30 km). Sie umfasst eine Wartezone, Küche, Bad, einen großen Therapie- und Gruppenraum sowie ein Büro, zwei Balkone und ein Archiv im Keller. Die Klientinnen können nach ihren Wünschen bereitgestellte kreative Materialien, Musik oder Bücher verwenden und bestimmen selbst über ihre Nutzung der Räumlichkeiten.

Die Therapeutin ist nach langjährigen Weiterbildungen in Verhaltens-, Gesprächs- und Familientherapie verhaltenstherapeutisch niedergelassen und arbeitet an zehn Monaten im Jahr. Dann ist die Praxis ganztätig ausgelastet, d.h. das vorgegebene maximale Kontingent von 38 Stunden pro Woche wird ausgeschöpft. Die Arbeitszeit erhöht sich auf etwa 60 Wochenstunden durch den erheblichen bürokratischen Aufwand, Fortbildung und die Leitung eines Qualitätszirkels. Lehrtätigkeiten in Klientenzentrierter Psychotherapie und externe Seminare sowie ehrenamtliche berufsständische Tätigkeiten kommen hinzu. Kooperiert wird im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit drei Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie. Die Praxis unterstützt regelmäßig zukünftige Kolleginnen durch psychologische Praktika und beschäftigt drei freiberufliche Mitarbeiterinnen als wissenschaftliche Hilfskräfte oder für die Büroorganisation.

Im Untersuchungszeitraum 2001 bis 2006 wurden durchschnittlich pro Quartal 66 gesetzlich und 12 privat versicherte Klientinnen behandelt. Die Praxisorganisation erfordert eine persönliche Anmeldung der potentiellen Klientin. Probatorik wird nur durchgeführt, wenn ein Therapieplatz zu vergeben ist. Eine Warteliste besteht nicht. Nicht behandelt werden akut Suchtkranke, da diesen keine kontrollierende Struktur angeboten werden kann.

Bei einem Erstgespräch erhalten die Klientinnen schriftliche Informationen über die Praxis, das therapeutische Vorgehen und die an sie bestehenden Erwartungen hinsichtlich der Erfüllung von Formalitäten sowie über die Durchführung von Qualitätskontrollmaßnahmen wie Supervision. Ein ärztliches Konsil sowie umfangreiche psychometrische und störungsspezifische Daten werden erhoben, z.B. LHQ (Lazarus, 1978); FDS (Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999); BDI (Beck et al., 1961; dt. Hautzinger et al., 1995). Therapeutin und Klientin entscheiden gemeinsam, ob ein Therapieantrag gestellt wird, unterstützt durch zusätz-

liche Ratingskalen zur therapeutischen Allianz (z. B. CALPAS, Gaston & Marmer, 1994; dt. Geider, 1997). Nach einer biographischen Anamnese wird eine Verhaltensanalyse erstellt, aus der ein Antrag auf genehmigungspflichtige Leistungen an den zuständigen Kostenträger erfolgt. Gesetzliche Krankenkassen (in der Regel auch Privatversicherungen) bewilligen nach einer Befürwortung durch einen akkreditierten Gutachter als Kurzzeittherapie 25 Stunden Einzeltherapie. Langzeittherapie umfasst 45 Stunden und kann auf 60 bzw. 80 Stunden verlängert werden. Bei Komorbidität oder Chronifizierung kann allerdings selbst ein Kontingent von 80 Stunden nicht ausreichend für einen Therapieerfolg sein. Bei solchen Patientinnen können Langzeittherapien mit deutlich mehr Stunden erforderlich sein, deren Genehmigung sich bisweilen schwierig gestaltet.

Untersuchungsdesign

Untersucht wurde eine anfallende Stichprobe von N = 184 Klientinnen, die im Zeitraum 2001 bis 2006 eine Therapie abgeschlossen oder abgebrochen haben. Nicht untersucht wurden

aktuell laufende Therapieprozesse derjenigen, die nach 2006 ihre Therapie fortsetzten. Ebenfalls ausgeschlossen wurden 96 Probandinnen, die lediglich 1 bis 3 Erstgespräche beanspruchten.

Die Untersuchung wurde als Prä-Post-Design konzipiert. Bei den Prätests konnte dabei auf die vorliegenden Eingangserhebungen zurückgegriffen werden: Aus dem LHQ (Lazarus, 1978) wurden eine Eigenschaftswörterliste (EWL), eine Beschwerdeliste (BL) sowie die Einschätzung der Schwere des Problems und der Anzahl der beeinträchtigten Lebensbereiche verwendet, ebenso die Ergebnisse des FPI-R (Fahrenberg et al., 1989).

Die Katamneseuntersuchung fand im Herbst/Winter 2006 statt, unabhängig vom Zeitpunkt der Beendigung der Therapie (unmittelbar oder bis zu fünf Jahre danach). Für die Posttests wurden die Prätest-Fragebögen erneut appliziert. Zusätzlich schätzten die Klientinnen auf fünfstufigen Skalen ihre Zufriedenheit mit der Psychotherapie, die Notwendigkeit weiterer Psychotherapie, ihre Veränderung durch die

Psychotherapie und ihre gegenwärtige Alltagsbewältigung ein. Die Therapeutin bewertete zum Katamnesezeitpunkt den Therapieerfolg auf einer fünfstufigen Skala für N = 184 Probandinnen.

Eigenschaften des behandelten Klientels

Diese Pilotstudie kann keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben. In den Merkmalen der herangezogenen anfallenden Stichprobe zeigte sich der Standort der Praxis in einer Universitätsstadt und die Zuweisungsgegebenheiten durch Frauennetzwerke: Frauen waren mit 81% deutlich überrepräsentiert. Die „Durchschnittsklientin“ wies Abitur oder Studium als Bildungsabschluss auf (62%), befand sich in den mittleren Erwachsenenjahren (Ende 30), lebte in einer Partnerschaft und/oder mit Kindern (61%) und hatte bereits eine oder mehrere Vorbehandlungen erhalten (58%).

Die ICD-10-Diagnosen verwiesen auf ein heterogenes Klientel, das sich den bundesweiten Psychotherapiepatientinnen einer Ersatzkasse (GEK-Report, 2007) als weitgehend vergleichbar er-



DPV Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Wissenswertes zu Approbation und Berufspraxis

VPP im BDP e.V. (Hrsg.)
Marcus Rautenberg

Jetzt bin ich Psychotherapeut

Wissenswertes zu Approbation und Berufspraxis

2011, 126 Seiten, Broschur, mit Zusatzmaterial zum Download, ISBN 978-3-942761-01-7, Bestellnr. 221, 19,80 EUR

„Jetzt bin ich Psychotherapeut“ bezieht sich im Wesentlichen auf die Zeit nach erfolgreichem Abschluss der staatlichen Prüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Das Buch liefert neben Informationen zum rechtlichen Hintergrund der beruflichen Tätigkeit zahlreiche Tipps und Hinweise zu ganz konkreten Aufgaben, die vor Ihnen liegen, wenn Sie Ihr Abschluszeugnis in den Händen halten und Ihre Tätigkeit als Psychotherapeut aufnehmen möchten.

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

110803

Deutscher Psychologen Verlag GmbH · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin · Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413 · verlag@psychologenverlag.de

DIE WEBSITE ZUM BUCH: WWW.PSYCHOTHERAPEUT-JETZT.DE



Dr. Beate Hofmeister

Psychologische Psychotherapeutin, Direktorin des Instituts für Personenzentrierte Psychologie (IPP) Heidelberg, Ausbilderin der GwG, Verhaltenstherapeutin.



Daniela Doege

Diplom-Psychologin, in Therapieausbildung im Personenzentrierten Ansatz und zur Approbation mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Heidelberg.

weist. Mit epidemiologischen Studien (z.B. Meyer et al., 2000; Jacobi et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen, 2006) ist eine Übereinstimmung hinsichtlich der Komorbiditätsraten (40 bzw. 37% vs. hier 45%) und der Altersstruktur festzustellen. Analog erscheint auch die sehr hohe Prävalenz depressiver Störungen, die bei uns mit 60% sogar noch höher ausfällt (erhoben wurden Mehrfachdiagnosen). Die weitere epidemiologische Verteilungsstruktur erweist sich jedoch als nicht vergleichbar: Persönlichkeitsstörungen (28%) sowie posttraumatische Belastungsreaktionen (37%) wurden dort beispielsweise nicht als eigene Kategorie angeführt. Der hohe Anteil von Klientinnen mit PTSD kann durch eine Spezialisierung der Therapeutin und deren Zuweiserinnensystem erklärt werden.

Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2008) lässt einen mittleren Stundenumfang von 50 bis 70 Stunden erwarten. Beachtlicherweise dauerten die hier durchgeführten Therapien nur durchschnittlich 35 Stunden (SD = 30), dabei zu 52% bis 25 Stunden, zu 22% bis 45 Stunden, zu 10% bis 60 Stunden, zu 8% bis 80 Stunden und zu 8% über 80 Stunden. Die Therapiedauer erwies sich als unabhängig von der Anzahl der Sitzungen. Es schlossen 33% der Klientinnen innerhalb eines Jahres, 23,5% innerhalb von zwei Jahren ab. Die Therapieabbrecher (16%) verzerrten die durchschnittliche Therapiedauer nach unten (11 vs. 36 Monate).

Die Überprüfung eines Zusammenhangs von Störungsbildern/Komorbidität mit Sitzungsanzahl und Therapiedauer zeigte, dass Depressive mit vier Jahren die längsten Therapiedauern

benötigten. Posttraumatisch belastete Klientinnen (oder solche mit einer Angst- oder Zwangsstörung) benötigten entgegen Annahmen, nach denen diese Klientinnen oder solche mit Persönlichkeitsstörungen höhere Stundenkontingente aufweisen, nur zwei Jahre, bei einer geringeren Stundenanzahl. Allerdings könnte es sich dabei um einen Artefakt aufgrund der Diagnosezuweisung handeln (23 Personen hatten diese Diagnose als Zweitdiagnose und gingen aufgrund anderer Erstdiagnosen in die Berechnungen ein).

Klientinnen mit Einzeldiagnosen beendeten zu 60% nach 25 Stunden ihre Therapie und zu 82% nach 45 Stunden. Komorbide Klientinnen benötigten dagegen zu 41% 25 Stunden und zu 64% 45 Stunden. Wir interpretieren, dass es sich bei den Kurzzeittherapien (52%) um Klientinnen mit konkreten Problemmanifestationen handelt. Bei längerfristigen Therapien scheint es dagegen eher um Persönlichkeitsveränderungen mit komorbider Symptomatik zu gehen, die eines existentiellen Entwicklungsprozesses bedürfen.

Aussagen zur Therapiefrequenz weisen darauf, dass diese störungsunabhängig und niedrig war. Es ist anzunehmen, dass sie sich ab einer mittleren Therapiephase verringerte (GEK, 2007, Best, 2008) und zunehmend hohe Anforderungen an die Selbststrukturierung der Klientinnen stellte.

Prüfung der Therapieeffekte

Bei der Effektivitätsuntersuchung ist eine Rücklaufquote von 41,3% (N=76) bei dem Katamnesezeitraum von bis zu sechs Jahren und der personenbezogenen Datenerhebung als ausreichend hoch einzuschätzen. Non-Responder (39,7%; inkl. Verzogener (N=27) und (N=4) Verstorbener) zeigten keine Selektionseffekte hinsichtlich Soziodemographika und der in Anspruch genommenen Sitzungen. Allerdings bewertete die Therapeutin die Therapieerfolge von Respondern positiver und legte damit

grund der Testkonzeption weniger drastische Effekte. Die klinische Bedeutung der gefundenen Signifikanzen wurde durch die ermittelten Effektstärken ebenso bestätigt, wie durch die Klientinnenurteile und die Therapeutinnen-Einschätzung.

Bei der Bewertung des Therapieerfolgs zeigten sich höchstsignifikante mittlere Korrelationen zwischen der Outcome-Schätzung der Therapeutin und der Qualität der Alltagsbewältigung sowie der Einschätzung ihrer Veränderung durch die Klientinnen. Das Ausmaß, in dem Klientinnen weitere Therapie benötigten, und ihre Zufriedenheit mit der Psychotherapie korrelierten jedoch nur gering mit der Therapeutinnen-Einschätzung. Eine mehrdimensionale Outcome-Schätzung durch die Therapeutin hätte hier genauere Aussagen ermöglicht.

Die Therapieerfolgsaussichten der Klientinnen erwiesen sich als unabhängig von dem Störungsbild bei Therapiebeginn. Auch schätzten Klientinnen mit Kurz- und Langzeittherapien ihren Therapieerfolg gleichermaßen gut ein. Allerdings wurden Langzeittherapien (> 25 Std.) durch die Therapeutin als effektiver bewertet. Insbesondere bei komplexer Komorbidität könnten längere Therapiedauern tatsächlich von Vorteil sein, um kleine, nachhaltige Schritte zu erreichen.

Der Therapieerfolg wurde von verschiedenen Altersgruppen und beiden Geschlechtern gleichermaßen gut bewertet, wobei Männer ihre Veränderung signifikant höher einschätzten. Allerdings waren Klientinnen mit höherem Bildungsgrad zufriedener mit ihrer Psychotherapie und berichteten eine funktionalere Alltagsbewältigung. Dies bestätigte die Einschätzung der

Deutlich positive Therapieeffekte sprechen für die Wirksamkeit und Effizienz eines multimodalen Vorgehens mit personenzentrierten Elementen.

eine bessere therapeutische Allianz mit diesen nahe. Non-Responder könnten mit dem Therapieerfolg unzufriedener gewesen sein, denn sie stellten sich zu Therapiebeginn signifikant belasteter, lebensunzufriedener und neurotischer dar. Im FPI-R erschienen sie aber auch offener, im Sinne eines unkonventionelleren Antwortverhaltens (geringere soziale Erwünschtheit), das sich in der Verweigerung einer Teilnahme an der Katamneseuntersuchung zeigen könnte.

Die erhobenen Daten belegen einen hohen Therapieerfolg bei der untersuchten Stichprobe. Klientinnen erlebten sich nach ihrer Therapie emotional stabiler, zufriedener und zuversichtlicher, sind weniger belastet und angespannt, während sich ihre körperlichen Beschwerden verringert haben. Fast alle Faktoren der BL und EWL veränderten sich in die erwartete Richtung, beim FPI-R zeigten sich auf-

**Liesa
Büche**

Diplom-Psychologin, in Therapieausbildung im Personenzentrierten Ansatz und zur Approbation mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim.

**PD Dr. Matthias
Backenstraß**

Psychologischer Psychotherapeut, Leiter des Instituts für Klinische Psychologie, Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart, Supervisor, zertifizierter CBASP-Therapeut.



Therapeutin. Möglicherweise standen diesen Personen vermehrte Ressourcen zur Verfügung, die durch die Psychotherapie (re-)aktiviert werden konnten oder deren Wirkung verstärkten. Auch könnten sie sich realistischer über mögliche Konsequenzen einer Psychotherapie informiert haben, oder sie wurden tatsächlich besser verstanden.

Das Ausmaß der Beeinträchtigung, wie es Klientinnen zu Therapiebeginn einschätzten, hatte keine Auswirkungen auf deren Therapiedauer oder Sitzungsanzahl. Dieses Ergebnis widerspricht Annahmen, dass subjektiv

stark beeinträchtigte Klientinnen stets aufwändige Therapien benötigen und belegt den geringen Zusammenhang zwischen Diagnose und Therapieaufwand. Eine Einschätzung der Komplexität der Störung durch die Therapeutin zu Therapiebeginn findet sich in deren Bewertung einer Störung als komorbide. Diese stellte hier einen valideren Prädiktor für die Therapiedauer und die Anzahl der therapeutischen Sitzungen dar.

Fazit

Die vorliegende Untersuchung stellt ein Novum in der Versorgungsfor-

schung dar. Prä-Post-Messungen sowie Outcome-Schätzungen von Klientinnen und Therapeutin wiesen in der untersuchten Stichprobe deutlich positive Therapieeffekte bei Katamnesen von bis zu sechs Jahren nach Therapieende nach. Diese Erfolge waren auch bei schwerer Symptomatik in vergleichsweise kurzen Zeiträumen mit wenigen Sitzungen zu erreichen (56,5% in bis zu zwei Jahren, durchschnittlich 35 Sitzungen). Dies spricht für die Wirksamkeit und Effizienz des durchgeführten multimodalen verhaltenstherapeutischen Vorgehens mit personenzentrierten Elementen, jedoch

nicht gegen die Durchführung von Langzeittherapien, die sich bei komorbiden Störungen als angebracht und wirksam erwiesen. Die Generalisierbarkeit der hier erhobenen Befunde wird aufgrund der Eigenschaften einer anfallenden Stichprobe anhand weiterer Untersuchungen zu prüfen sein, um die gefundenen Therapieeffekte zu bestätigen. Dadurch könnte die externe Validität und damit die Aussagekraft von RCT-Studien ergänzt werden (Bühning, 2008). Allerdings bedarf es eines politischen Willens, um Versorgungsforschung wie diese zu finanzieren (Best, 2010). ■

Für unsere MEDICLIN KLINIK AM VOGELSANG, eine Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin in Donaueschingen suchen wir ab sofort

**Psychologische Psychotherapeuten (m/w)**

mit abgeschlossener oder in fortgeschrittener Ausbildung.

WER WIR SIND?

In unserer Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin werden schwerpunktmäßig Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Stressfolgeerkrankungen sowie Anpassungsstörungen im beruflichen und sozialen Bereich auf der Grundlage moderner Therapiekonzepte interdisziplinär behandelt. Der Behandlungsansatz ist verhaltenstherapeutisch orientiert und stützt sich auf die langjährige Erfahrung der MediClin in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. Neben der ärztlichen bzw. psychosomatischen Betreuung kommen verschiedene wissenschaftlich fundierte Therapieangebote aus den Bereichen Physiotherapie, Sporttherapie, physikalische Therapie, Körpertherapie, Kreativ- und Ergotherapie sowie Sozialberatung zum Einsatz.

WAS WIR IHNEN BIETEN?

- Angenehmes Betriebsklima
- Attraktive Vergütung
- vielseitige und herausfordernde Aufgaben innerhalb der Teamarbeit
- Möglichkeit zur persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung
- regelmäßige Supervision (intern und extern)

- großzügige Förderung von Fort- und Weiterbildung (finanzielle Unterstützung und Bildungsurlaub)
- familienfreundliche Arbeitszeiten
- eine langfristige Perspektive
- Unterstützung bei der Wohnungssuche

WAS BIETET DIE REGION?

Donaueschingen liegt im Südwesten von Baden-Württemberg nahe der Schweizer Grenze auf der als Baar bekannten Hochfläche zwischen Schwarzwald und Bodensee. Die landschaftlich reizvolle Lage bietet eine Vielzahl an Freizeitmöglichkeiten. Die Städte Freiburg und Konstanz liegen in gut erreichbarer Nähe.

HABEN WIR IHR INTERESSE GEWECKT?

Dann senden Sie Ihre Bewerbung bitte an:

**MediClin Klinik am Vogelsang**

Gabriele Scholz (Personal)
Alte Wolterdinger Straße 68, 78166 Donaueschingen
Tel. 0771/851-234
E-Mail: gabriele.scholz@mediclin.de

www.mediclin.de/donaueschingen