

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir gehen auf einen schweren Winter zu: Der Krieg in der Ukraine. Eine wachsende soziale Ungleichheit und die Befürchtung vieler Menschen, für Wohnen, Energie und Essen nicht mehr genug Geld zu haben. Ein Sommer, der gezeigt hat, dass aus dem Klimawandel längst eine Klimakrise geworden ist. Unsicherheit, Angst und Krisen können psychisch krank machen. Betroffene brauchen dann Behandlung, meist Psychotherapie. Aber viel besser wäre es, wenn diese Menschen erst gar nicht krank würden. Wir brauchen eine Sozialpolitik, die Armut verhin- dert, und eine Einkommens- und Bildungspolitik, die soziale Ungleichheit mindert. Wir brauchen ein energisches energiepolitisches Umsteuern. Und wir brauchen Frieden. Wir sollten die Hoffnung nicht aufgeben, dass die Politik Lösungen findet und dass wir als Gesellschaft diesen Aufgaben gerecht werden.

Herzlichst



Ihr Dietrich Munz

Mehr Flüchtlinge als 2015 – Versorgung jetzt sichern

Viele Flüchtlinge suchen in Deutschland Schutz vor Krieg, Terror und Verfolgung. Sie fliehen vor dem russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine, den Taliban in Afghanistan oder vor der Unterdrückung durch das iranische Regime. Nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit wird die Zahl der Flüchtlinge bis zum Jahresende höher liegen als 2015, als bisher die meisten Menschen seit der Wiedervereinigung in Deutschland Zuflucht suchten. Der Städtetag rechnet insbesondere damit, dass die Zahl der Flüchtlinge aus der Ukraine zu Beginn der kalten Jahreszeit steigen wird. Gleichzeitig steige die Zahl der Asylbewerber*innen aus anderen Herkunftsländern. Schon

jetzt sind viele Kommunen mit der Versorgung der Flüchtlinge überfordert. Der Präsident des Deutschen Städtetages, Markus Lewe, machte deutlich, dass „im kommenden Winter [...] etliche Städte Geflüchtete wieder in Hotels, Turnhallen oder anderen Einrichtungen [werden] unterbringen müssen“. Die Länder haben den Bund deshalb bereits aufgefordert, „seine Verantwortung bei der Beteiligung an der

Flüchtlingsfinanzierung wahrzunehmen“. Dabei geht es nicht nur darum, Wohnraum, Nahrung und Kleidung zur Verfügung zu stellen, sondern für die häufig traumatisierten Flüchtlinge auch die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung zu gewährleisten.

Psychisch kranke Flüchtlinge ausreichend versorgen

Flüchtlinge leiden häufiger an psychischen Erkrankungen als die Menschen, die sie aufnehmen. Rund 20 Prozent der Flüchtlinge sind an einer posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt, in der deutschen Bevölkerung sind es nur 2,3 Prozent. Doch bisher bleiben psychisch kranke Flüchtlinge ohne die notwendige Hilfe. Denn psychotherapeutische Versorgung steht Flüchtlingen in der Regel erst nach 1,5 Jahren in Deutschland zu. Das führt dazu, dass bei ihnen psychische Erkrankungen oft nicht behandelt werden und sich verschlimmern. Ukrainer*innen haben als Kriegsflüchtlinge in der EU eine Sonderposition: Sie beziehen Leistungen des Jobcenters (ALG II) und sind damit gesetzlich krankenversichert. Ihnen steht damit eine psychotherapeutische Versorgung ab dem ersten Tag in Deutschland zu. De facto stehen auch sie jedoch vor einem bisher nicht gelösten Problem im deutschen Gesundheitssystem: Psychotherapie erfordert sprachliche Verständigung. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen jedoch nicht die Kosten für die Sprachmittlung.



BPTK-Ratgeber für Flüchtlingseltern:

www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/bptk.elternratgeber-fluechtlinge.de_.pdf

Der Ratgeber ist auch als eigenständiges Internetangebot verfügbar:

<https://elternratgeber-fluechtlinge.de>

Inhalt

- Seite 1 Mehr Flüchtlinge als 2015 – Versorgung jetzt sichern
- Seite 2 Serotonin-Hypothese zunehmend in der Kritik
- Seite 3 BPTK-DIALOG „Mehr passgenaue Hilfen für Menschen, die kaum noch über die Runden kommen“
- Seite 4 BPTK-FOKUS Armut gefährdet psychische Gesundheit
- Seite 6 Übernahme von Krankenhausdiensten durch Psychotherapeut*innen
- Seite 7 BPTK-INSIDE Startschuss für die ambulante Komplexbehandlung – Lehren aus dem NRW-Projekt
- Seite 8 BPTK-Fachtag „Gender und Psychotherapie“ am 7. November
- Seite 8 Online-Fortbildungsreihe „Digitalisierung in der Psychotherapie“ gestartet
- Seite 8 BPTK-Ratgeber: Beruf Psychotherapeut*in – Was kommt nach dem Studium?

Sprachmittlung finanzieren

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) fordert deshalb, die Krankenkassen zu verpflichten, die Kosten für eine qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung zu übernehmen, wenn Patient*innen noch nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Das Bundesgesundheitsministerium zeigte bislang jedoch große Zurückhaltung. Bisher unternahm das Ministerium noch keine konkreten gesetzgeberischen Schritte. „Es gilt jetzt zu handeln“, fordert BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz. „Der Bundesgesundheitsminister muss den Koalitionsvertrag umsetzen und die Finanzierung der Sprachmittlung regeln“, fordert Munz. Die Ausgaben für ukrainische Flüchtlinge sollten

aber alle Steuerzahler tragen und nicht im Schwerpunkt die gesetzlich Krankenversicherten. Dafür müsste der Bund seine Zuschüsse an die Krankenkassen erhöhen, wie auch im Koalitionsvertrag vereinbart. Die staatlichen Zuschüsse für Menschen, die ALG II erhalten, müssten so hoch sein, dass sie im Durchschnitt deren Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung decken. Dann ließe sich auch die Behandlung der psychischen Erkrankungen von ukrainischen Flüchtlingen, einschließlich der Sprachmittlung, finanzieren. Die Behandlung von psychischen Erkrankungen ermöglicht häufig erst, dass sie die deutsche Sprache lernen, eine Ausbildung machen und eine Arbeit übernehmen können.

Serotonin-Hypothese zunehmend in der Kritik

Ein hoher oder niedriger Gehalt des Botenstoffs Serotonin im Gehirn hat keinen Effekt darauf, ob eine Depression vorliegt oder nicht. Die Serotonin-Aktivität am Rezeptor ist bei den meisten gesunden und depressiven Menschen gleich, bei einem kleinen Anteil der depressiven Patient*innen sogar höher. Ein künstlich hervorgerufener Serotonin-Mangel, zum Beispiel durch spezielle Diäten, verursacht zudem keine depressiven Symptome. Das sind die Ergebnisse einer neuen Überblicksstudie, die die Ergebnisse von 17 zusammenfassenden Studien auswertete. Danach greift die sogenannte Serotonin- oder auch Monoamin-Hypothese aus den 1960er Jahren zu kurz, die depressive Symptome, wie Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit, vor allem auf einen Mangel an Serotonin sowie weiteren Botenstoffen wie Noradrenalin im Gehirn zurückführt. In den letzten Jahren wurden vermehrt Studien veröffentlicht, die gegen diese Hypothese sprechen, in Fachkreisen ist die Theorie schon länger umstritten. Die neueren Studienbefunde stellen den klinischen Nutzen von Antidepressiva stark infrage. Diese zielen darauf ab, Depressionen durch eine Beeinflussung des Stoffwechsels von Serotonin und anderen Botenstoffen zu behandeln. Antidepressiva wirken bei rund einem

Drittel der Patient*innen nicht oder nur unzureichend, vor allem bei nur leichtgradiger depressiver Symptomatik ist die Wirksamkeit oft nicht gegeben.

Serotonin ist ein Botenstoff, der von einer Nervenzelle zur anderen Informationen weitergibt. Es kann an verschiedene Rezeptoren auf der Oberfläche unterschiedlicher Zellen im Körper binden und beeinflusst eine Vielzahl an Prozessen im Körper. Im zentralen Nervensystem ist das Serotonin ein wichtiger Botenstoff für die Regulation von: Körpertemperatur, Appetit, Emotionen, das Belohnungssystem, Stimmung und Antrieb, Bewusstseinslage und Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Schmerzbewertung.

Die neue Studie bietet keine alternative Erklärung für die Entstehung von Depressionen an. Führende Expert*innen sind sich aber darin einig, dass eine Depression eine komplexe Erkrankung mit mehreren Ursachen ist, die meist auf ein wechselseitiges Zusammenwirken von Genen, negativen Lebensereignissen und veränderten Gehirnfunktionen zurückgeht.

Originalstudie: www.nature.com/articles/s41380-022-01661-0.pdf



BPTK-DIALOG

Prof. Christoph Butterwegge

Prof. Dr. Christoph Butterwegge hat von 1998 bis 2016 Politikwissenschaft an der Universität zu Köln gelehrt und zuletzt das Buch „Die polarisierende Pandemie. Deutschland nach Corona“ veröffentlicht.

„Mehr passgenaue Hilfen für Menschen, die kaum noch über die Runden kommen“

Die gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen der Corona-Pandemie haben nicht alle Menschen in Deutschland gleichermaßen getroffen. Für wen waren die Belastungen besonders groß?

Hauptleidtragende, weil überwiegend einkommens- und immunschwach, waren Wohnungs- und Obdachlose, Migrant*innen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftige, Suchtkranke, Sexarbeiter*innen, Erwerbslose, Geringverdiener*innen, Kleinstrentner*innen und Transferleistungsbezieher*innen (Empfänger*innen von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) sowie die Bewohner*innen von Gemeinschaftsunterkünften, etwa Strafgefangene, Geflüchtete, (süd)osteuropäische Werkvertragsarbeiter*innen der Subunternehmen deutscher Großschlachtereien bzw. Fleischfabriken und Saisonarbeiter*innen.

Aufgrund der massiven Preissteigerung bei den Energiekosten stehen wir unmittelbar vor der nächsten sozialen und ökonomischen Krise. Trifft es die gleichen Menschen erneut besonders hart?

Angesichts des Ukraine-Krieges, der Energiepreiskrise und der Inflation sind über die genannten Bevölkerungsgruppen hinaus inzwischen auch Familien aus der Mittelschicht armutsgefährdet. Rentner*innen wurden in den ersten beiden Entlastungspaketen vernachlässigt und erhalten erst im Dezember 300 Euro als Einmalzahlung, mit der sie vielleicht über den Monat, aber nicht über den Winter kommen. Dabei haben sie einen hohen Bedarf an Heizungsenergie, weil sie viel zu Hause und überdies kälteempfindlicher als junge Menschen sind.

Was muss getan werden, um den Menschen, die jetzt schon in Armut leben oder von Armut bedroht sind, zu helfen?

Anstatt breit streuender Einmalzahlungen nach dem Gießkannenprinzip oder Steuerenkungen, von denen hauptsächlich Besserverdienende profitieren, muss es mehr passgenaue Hilfen für Menschen geben, die kaum noch über die Runden kommen. Hilfen müssten durch Anhebung von Kapital- und Gewinnsteuern finanziert werden, die Menschen zahlen können, denen Preissteigerungen nichts ausmachen, weil sie reich sind. Nötig ist ein in sich schlüssiges und geschlossenes Konzept auf der Grundlage des Robin-Hood-Prinzips: Man sollte durch Umverteilung von oben nach unten dafür sorgen, dass kein Mensch frieren oder auf eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung verzichten muss.

Reichen die geplanten sozialpolitischen Maßnahmen aus? Braucht es stärkere soziale Bewegungen, um den Interessen der unteren Einkommensschichten mehr Nachdruck zu verleihen?

Ich frage mich, ob es Sinn macht, mit weiteren Maßnahmen nach dem bekannten Muster, also den Entlastungspaketen IV, V, VI ff., erneut an Symptomen herumzudoktern, weitere soziale Löcher zu stopfen und wieder nur Trostpflaster an Einkommensschwache zu verteilen, ohne die Ursachen der Misere zu beseitigen. Wirtschaftssanktionen, die den Armen im eigenen Land mehr schaden als den Reichen in Russland, gehören auf den Prüfstand. Unternehmen, die hieran bestens verdienen, sollten mit einer Übergewinnsteuer belegt werden. Sozialproteste unterprivilegierter Bevölkerungsgruppen könnten den Druck auf die etablierten Parteien und die

politisch Verantwortlichen verstärken. Wenn sie von Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden und Kirchen organisiert würden, wären sie auch kaum von Rechtsextremisten und Neonazis zu instrumentalisieren.

Sehen Sie Zusammenhänge zwischen den Krisen Pandemie, Klimakrise und nun die sozial-ökonomische Krise infolge des Ukraine-Krieges?

Offenbar ist das kapitalistische Wirtschafts- und Gesellschaftssystem, in dem wir leben, nicht mehr in der Lage, ohne schwere Friktionen, existenzielle Krisen und gesundheitliche Risiken zu funktionieren. Dass sich die Probleme in letzter Zeit häufen, ist höchstwahrscheinlich kein Zufall, sondern wohl eher systembedingt. Deshalb bleiben Sozialschutz- und Entlastungspakete, die in immer kürzerer Abfolge geschnürt werden, letztlich Flickwerk, sofern man nichts an den bestehenden Wirtschaftsstrukturen, Eigentumsverhältnissen und Verteilungsmechanismen ändert.

Wenn es nicht gelingt gegenzusteuern – droht der Gesellschaft dann eine Vertiefung der sozialen und ökonomischen Spaltung? Mit welchen Konsequenzen?

Ja, die sozioökonomische Ungleichheit dürfte wachsen, wodurch der gesellschaftliche Zusammenhalt schwindet. Damit wächst auch die Gefahr, dass Aggressivität, Drogenabhängigkeit und Kriminalität zunehmen.

BPTK-FOKUS

Armut gefährdet psychische Gesundheit

Globale Krisen wie Klimawandel, Pandemien oder Kriege treffen Menschen mit niedrigen Einkommen besonders hart. Stark steigende Lebensmittel- und Energiepreise als Folge des Ukrainekrieges oder Kurzarbeit und Entlassungen aufgrund der Corona-Pandemie bringen vor allem Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen in existenzielle und psychische Notlagen und verschärfen die soziale Ungleichheit. Es ist ein sich selbst verstärkender Prozess, der Armut verschlimmert: Wer ohnehin schon wenig hat, verliert in Krisenzeiten umso mehr.

Armut macht psychisch krank

Arme Menschen haben eine niedrigere Lebenserwartung, leiden eher unter chronischen Erkrankungen, stecken sich häufiger mit Corona und anderen Infektionskrankheiten an, erleben mehr traumatische Ereignisse, Gewalt und Kriminalität und werden stärker ausgegrenzt als Menschen, die über der Armutsgrenze leben. Arme Menschen leben weniger gesund und nutzen häufiger Alkohol und Drogen, um Stress zu bewältigen. Sie sind vor allem aber auch sehr viel häufiger psychisch krank: Laut Daten des Robert Koch-Instituts haben Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, gemessen anhand von Bildung, Beruf und Einkommen, ein fast doppelt so hohes Risiko (37,9 %) für eine psychische Erkrankung wie Personen mit hohem Sozialstatus (22 %).

Erwerbslose, benachteiligte Familien und Flüchtlinge besonders gefährdet

Arbeitslosigkeit ist die häufigste Ursache für Armut und bedroht die psychische Gesundheit wie kaum ein anderer Faktor: 5,6 Prozent der erwerbsfähigen Menschen in Deutschland, das heißt rund 2,5 Millionen Personen, sind zurzeit arbeitslos. Fast jede zweite Erwerbslose* (47 %) war im vergangenen Jahr in Deutschland armutsgefährdet. Langzeituntersuchungen zeigen, dass mit Beginn der Erwerbslosigkeit psychische Beschwerden neu auftreten oder sich bestehende Beschwerden verschlimmern. Auch der umgekehrte Zusammenhang besteht: Psychische Erkrankungen führen häufiger zu Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und gesundheitsbedingter Frührente. Arbeitslosigkeit und psychische Beschwerden verstärken sich gegenseitig und führen zu einem Teufelskreislauf, den ein Mensch ohne Unterstützung kaum mehr durchbrechen kann.

Armut gefährdet die gesamte Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Jede fünfte unter 18-Jährige* ist in Deutschland von Armut bedroht – das ist eine Zahl, die seit Jahren überdurchschnittlich hoch ist. Armut ist bei

Kindern und Jugendlichen häufig verbunden mit schlechterer Bildung, ungesünderer Ernährung, einer schlechteren allgemeinen Gesundheit sowie sozialer Isolation. Armut schränkt die Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, enorm ein. Chronischer Stress und permanente Geldsorgen der Eltern führen zu vermehrten Konflikten in der Familie, die die Kinder häufig überfordern und psychisch gefährden. In Familien mit geringen sozioökonomischen Ressourcen sind Kinder zweieinhalb Mal so oft psychisch auffällig wie in Familien mit umfangreichen sozioökonomischen Ressourcen. Kindern und Jugendlichen aus armen Familien fehlt emotionale und soziale Unterstützung. Häufig kennen die Eltern aber nicht die psychosozialen Hilfen, die angeboten werden, was wiederum die Entstehung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen begünstigt.

Psychische Erkrankungen sind auch Ausdruck sozialer Ungleichheit, die durch die Corona-Pandemie noch zugenommen hat. Vermehrte Kündigungen und Kurzarbeit im Niedriglohn-Sektor haben die finanzielle Notlage in benachteiligten Familien weiter verschärft. Der Wegfall von Tagesstruktur und weniger Sozialkontakte zum Beispiel durch Lockdowns führten vor allem in Familien mit beengten Wohnverhältnissen häufiger zu Konflikten, Mangel an Bewegung und übermäßiger Mediennutzung. Mit klaren Folgen: Psychische Auffälligkeiten haben im Pandemieverlauf besonders stark bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem niedrigen Einkommen und einer geringen Bildung zugenommen.

Auch Migration setzt der Psyche massiv zu. Migrant*innen sind erhöhten psychosozialen Belastungen ausgesetzt, insbesondere dann, wenn sie aufgrund von existenzieller Not und Hunger, Verfolgung und Diskriminierung oder wie aktuell ukrainische Flüchtlinge vor Krieg und Gewalt fliehen. Flucht mit oftmals traumatischen Erlebnissen, die Trennung von den Angehörigen, aber auch die soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung im Aufnahmeland gefährden die psychische Gesundheit. Rund 30 bis 40 Prozent der Menschen mit Migrationserfahrung erkranken innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung. Das Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung ist bei Flüchtlingen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um circa das Zehnfache erhöht. Experteneinschätzungen nach wird ein Drittel der geflüchteten Menschen aus der Ukraine eine psychische Erkrankung entwickeln. Bereits jetzt zeigt mehr als ein Drittel aller ukrainischen Kinder und Jugendlichen Anzeichen einer Depression, posttraumatischen Belastungsstörung oder hat Suizidgedanken.

Das Leben unter der Armutsgrenze im Ankunftsland belastet vor allem die psychische Gesundheit der zweiten Generation von Migrant*innen. Kinder und Jugendliche aus Einwandererfamilien sind psychisch auffälliger als Kinder und Jugendliche ohne Einwanderungsgeschichte, wenn der sozioökonomische Status der Familie gering ist.

Den Weg zur Beratung und Behandlung ebnen

Obwohl für Menschen der unteren Bildungs- und Einkommenschicht das Risiko für eine psychische Erkrankung deutlich erhöht ist, suchen sie seltener Hilfe. Und obwohl die gesetzlichen Krankenkassen die Psychotherapie bezahlen, nutzen arme Menschen mit psychischen Erkrankungen Psychotherapie deutlich seltener.

Oft fehlt es an Wissen über psychische Erkrankungen, ihre Symptome und die Behandlungsmöglichkeiten. Aus Unwissen, aber auch aus Angst vor Stigmatisierung werden psychische Beschwerden nicht oder zu spät erkannt oder der Weg zur Psychotherapeut*in gescheut. Menschen mit hohem Bildungsniveau lassen sich rund zweibis dreimal häufiger psychotherapeutisch behandeln als Menschen aus der unteren Bildungsschicht.

Doch selbst wenn das notwendige Wissen vorhanden ist, ist es für Menschen in sozialen Brennpunkten oft nicht möglich, psychotherapeutische Hilfe zu bekommen – schlicht, weil es im Viertel viel zu wenige Praxen gibt. Der chronische allgemeine Mangel an psychotherapeutischen Praxen trifft insbesondere Menschen in Armut. Er gefährdet ihre psychische Gesundheit, führt zu mehr Krankenhausbehandlungen und zu chronischen psychischen Erkrankungen.

„Psychotherapie kann in sozialen Brennpunkten viel leisten – wenn sie die Menschen erreicht. Dafür müssen wir den Menschen den Weg ebnen“, fordert BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz. „Psychotherapie darf allerdings nicht zum Heftpflaster für gesellschaftliche Ungleichgewichte werden. Die Prävention von psychischen Erkrankungen verlangt auch eine Bildungs- und Einkommenspolitik, die vor Armut schützt.“

Gesundheitskioske – Sozialkompetenz des Gesundheitssystems verbessern

Trotz alledem müssen psychisch kranke Menschen aber rechtzeitig behandelt und insbesondere Menschen in sozialen Notlagen besser versorgt werden. Ziel muss es sein, den Weg zu Beratung und Behandlung zu ebnen. Dies könnte beispielsweise über Gesundheitskioske gelingen, die die Bundesregierung plant. In sozial benachteiligten Stadtvierteln und Regionen sollen Gesundheitskioske als Anlaufstelle für Fragen rund um die Gesundheit geschaffen werden. Sie sollen dort den Menschen helfen, die Hilfen zu finden, die sie benötigen. Sie sollen Wissen über die eigene Gesundheit vermitteln, aber auch darüber aufklären, wie sie im Dschungel des deutschen Gesundheitssystems die Hilfe finden, die sie benötigen. Dafür müssen die Helfer*innen aber auch die Sprache der Menschen in den sozialen Brennpunkten sprechen, für viele ist Deutsch auch eine Fremdsprache. „Das deutsche Gesundheitssystem muss unbedingt das Problem der Sprachmittlung lösen“, verlangt BPTK-Präsident Munz. „Grundsätzlich benötigen vor allem Menschen in sozialen Notlagen eine Kommunikation auf Augenhöhe, die Vertrauen ermöglicht.“ Und sie brauchen auch mehr soziales Miteinander – notfalls sogar auf Rezept. Und sie brauchen auch mehr soziales Miteinander, um sich auszutauschen und gemeinsam Lösungen und Unterstützung für ihre Probleme zu finden – notfalls sogar auf Rezept. In anderen Ländern ist dies bereits gang und gäbe.¹ „Um den Teufelskreis aus Armut, Arbeitslosigkeit und psychischen Erkrankungen zu durchbrechen, müssen wir das deutsche Gesundheitssystem neu denken und menschenfreundlicher machen“, stellt Munz fest. „Gesundheitsversorgung muss viel besser erläutert und nähergebracht werden. Menschen in Notlagen benötigen Begleiter*innen, die wissen und erklären, welche sozialen und medizinischen Hilfen möglich sind, diese dem Einzelnen anbieten und vermitteln – je nachdem, was er oder sie benötigt.“ Am Ende steht und fällt das Potenzial der Gesundheitskioske jedoch mit dem Ausbau der vorhandenen Versorgungsangebote. Denn die Vermittlung von Hilfsangeboten kann stets nur erfolgen, wenn überhaupt ausreichend Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen. Deshalb müssen die allgemeinen monatelangen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung dringend verkürzt werden.

¹ Für mehr Informationen zum Konzept des „social prescribing“, siehe World Health Organization, 2022:

www.who.int/publications/i/item/9789290619765

Übernahme von Krankenhausdiensten durch Psychotherapeut*innen

In den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern besteht bereits jetzt ein akuter Ärztemangel. Das verändert die Rolle der Psychotherapeut*innen in den Kliniken. Psychotherapeut*innen entwickeln sich zu einer entscheidenden Säule der stationären Versorgung. Dies wird sich durch die neue psychotherapeutische Weiterbildung noch verstärken. Für Psychotherapeut*innen stellt sich bei der Übernahme von Verantwortung im stationären Bereich häufig noch die Frage nach der Einbindung in Bereitschafts- und Notdienste. Die BPTK hat deshalb am 20. September 2022 digital einen Workshop durchgeführt, bei dem bereits existierende Praxismodelle vorgestellt und vor dem Hintergrund der bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen diskutiert wurden.

Praxismodelle

Im Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld entlasten Psychotherapeut*innen bereits seit 2017 ihre ärztlichen Kolleg*innen bei der Aufnahme der Patient*innen und bei Kriseninterventionen nach Ende der regulären Arbeitszeit. Hierfür verschiebt sich die reguläre Arbeitszeit für die diensthabende Psychotherapeut*in circa einmal monatlich auf 13 bis 22 Uhr. Der Dienst für Krisenintervention beginnt dann ab 17 Uhr. Gemeinsam mit der diensthabenden Pflegefachperson und Ärzt*in ist die Psychotherapeut*in dann für alle akuten Anfragen und Aufnahmen zuständig, die ohne Termin von außen kommen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie Riedstadt übernehmen Psychotherapeut*innen 24-stündige Bereitschaftsdienste. In diesem Dienst ist die Psychotherapeut*in für alle Krisen- und Notfälle zuständig. Eine Oberärzt*in ist im Hintergrunddienst jederzeit telefonisch erreichbar und kommt, wenn erforderlich, in die Klinik. Dies kommt aber nur sehr selten vor. Für die Verschreibung von Medikamenten hat die Oberärzt*in auch von außerhalb Zugriff auf das Dokumentationssystem der Klinik. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle lassen sich die Krisensituationen aber psychotherapeutisch auffangen.

Ähnliche Erfahrungen liegen aus der Allgemeinpsychiatrie des St. Elisabeth Krankenhauses Gerolstein vor. In einem Pilotprojekt konnte die Einführung des psychotherapeutischen Bereitschaftsdienstes dort sogar dazu beitragen, Fixierungen und Zwangsmaßnahmen zu verringern. Die Beispiele verdeutlichten, dass Psychotherapeut*innen über die notwendigen Kompetenzen zur Übernahme von Diensten verfügen. Diese Erfahrung machte auch die psychosomatische Sonnenbergklinik in Stuttgart schon seit ihrer Gründung. Dort sind Psycho-

therapeut*innen gleichberechtigt mit ihren ärztlichen Kolleg*innen in den Wochenend-Bereitschaftsdienst eingebunden, unterstützt durch einen oberärztlichen Hintergrunddienst.

Selbstverständnis als „Versorger“

Die Praxismodelle machen deutlich, dass zum Selbstverständnis der Psychotherapeut*innen neben der psychotherapeutischen Behandlung der Patient*innen auch die Verantwortung für die Übernahme von Diensten, zum Beispiel auch in der Nacht zählen kann. Alle Referent*innen sahen sich in der gemeinsamen Verantwortung für die gesamte Versorgung der Patient*innen. Dieses breitere Selbstverständnis unterstützte auch der ärztliche Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen. Für Psychotherapeut*innen, die im Krankenhaus arbeiten, müsste es in Zukunft normal sein, sich an allen Aufgaben eines Krankenhauses zu beteiligen – und hierzu gehöre die Versorgung der Patient*innen 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche.

Entscheidend sind Approbation und Kompetenz

Voraussetzung für die Einbindung von Psychotherapeut*innen in Dienste des Krankenhauses sollten aus fachlichen, aber auch aus rechtlichen Gründen, die Approbation als Psychotherapeut*in und die persönliche Kompetenz sein, so der Syndikusanwalt eines großen Klinikträgers. Der Gesetzgeber lasse dem Krankenhaus weitgehende Spielräume für die fachliche Organisation der Behandlung. Das Krankenhaus sei verpflichtet, den fachlichen Standard jederzeit zu gewährleisten. Für die psychotherapeutische Behandlung sei dieser Standard – auch in Bereitschaftsdiensten – durch eine approbierte Psychotherapeut*in gewährleistet. Das Krankenhaus habe aber dafür Sorge zu tragen, dass die Schnittstelle zur somatischen und psychopharmakologischen Behandlung organisatorisch so gestaltet ist, dass auch hier der fachliche Standard gewährleistet ist. Die Sicherstellung jederzeit verfügbarer fachärztlicher Expertise durch einen Hintergrunddienst könne deshalb ausreichend sein.

Das Fazit des kollegialen Austausches war auch, dass Psychotherapeut*innen in Zukunft eine noch wichtigere Rolle in den Krankenhäusern einnehmen können, wenn dafür auf beiden Seiten die Bereitschaft bestehe. Für die Verhandlung angemessener Arbeitszeit- und Pausenregelungen sowie einer zusätzlichen Vergütung für die Übernahme von Diensten beständen dann gute Ausgangsbedingungen für den Berufsstand.

BPTK-INSIDE

Startschuss für die ambulante Komplexbehandlung – Lehren aus dem NRW-Projekt

Seit dem 1. Oktober ist die neue ambulante Komplexversorgung bundesweit als neues Angebot für schwer psychisch kranke Menschen startklar. Nachdem der Bewertungsausschuss auch die Vergütung der neuen Leistungen beschlossen hat, können sich nun multiprofessionelle Netze gründen, um schwer psychisch kranken Patient*innen zu helfen, selbstständig und stabil zu leben.

Die BPTK hält jedoch für fraglich, ob überhaupt ausreichend solche Versorgungsnetze entstehen, insbesondere weil die Mehrheit der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit halben Praxissitzen von zentralen Koordinationsaufgaben ausgeschlossen wurde, die Vergütung unzureichend ist, aber auch überflüssige Hürden für die Patient*innen geschaffen wurden, zum Beispiel durch Doppeluntersuchungen. „In vielen ländlichen Regionen werden die Patient*innen keine Behandler*innen finden, die ihnen die neue multiprofessionelle und ambulante Versorgung anbieten“, befürchtet BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz.

Welche Voraussetzung erfüllt sein müssen, damit solche Netze erfolgreich arbeiten können, lässt sich anhand der Evaluation eines Innofonds-Projekts in Nordrhein-Westfalen beurteilen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein präsentierten dazu am 27. Juli erste Ergebnisse. Das Projekt, das die neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV-Projekt) verbessern soll, stand Pate bei der Entwicklung der Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung (KSVPsych-Richtlinie), die am 2. September 2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen wurde.

Im NPPV-Projekt wurden insgesamt über 14.000 Patient*innen von einem Netz von rund 400 Ärzt*innen und 300 Psychotherapeut*innen behandelt, vor allem Patient*innen mit schweren depressiven Erkrankungen, Traumafolgestörungen und Schizophrenie. Die Evaluation zeigte, dass für diese häufig unzureichend behandelten Patient*innen im Projekt eine deutlich intensivere und bessere ärztliche und psychotherapeutische Versorgung erreicht werden konnte. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nahmen sie ihre Behandlungstermine regelmäßiger wahr, die Behandlungskontinuität war höher und die Versorgung in Krisensituationen gelang besser als in der Regelversorgung. Auch die medikamentöse Behandlung war stärker an den Leitlinien ausgerichtet.

Die Patient*innen berichteten über eine höhere Lebensqualität und schätzten die Versorgungsqualität besser ein. Auch die Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen schätzten die Versorgungsqualität im Projekt als deutlich besser ein. Positiv wurden insbesondere die multiprofessionelle Vernetzung und die erweiterten Möglichkeiten der therapeutischen Versorgung im Projekt bewertet. Hierzu zählten unter anderem gruppen-psychotherapeutische Angebote, die im Netz organisiert wurden, einschließlich der Vermittlung von Patient*innen in die jeweiligen Gruppen. Insgesamt war die Akzeptanz des Projekts sehr hoch: 92 Prozent würden die Teilnahme an einer solchen verbesserten ambulanten Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen weiterempfehlen.

Die intensivere und bessere Versorgung führte durchschnittlich zu höheren Leistungsausgaben. Auch stationäre Aufenthalte waren tendenziell länger und teilweise häufiger als in der Kontrollgruppe. Krankschreibungen erfolgten zwar seltener, dafür aber durchschnittlich länger. Angesichts der bisherigen Unterversorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen kann dieses Ergebnis aber nicht verwundern. Die Evaluation berücksichtigte dagegen nicht, inwieweit es gelang, die Patient*innen besser in Arbeit und Gesellschaft zu integrieren. Diese zentralen Ziele der neuen Versorgung schlugen sich nicht in den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nieder.

Die NPPV-Evaluation machte auch deutlich, dass neben der Vereinbarung von Behandlungspfaden und der IT-gestützten Kommunikation die professionelle Unterstützung der Netze wichtig war. Diese half, ein breiteres therapeutisches Angebot zu realisieren und die Teilnahme der Patient*innen zum Beispiel an Gruppen- oder Selbsthilfeangeboten sicherzustellen. Wer diese Unterstützung künftig übernimmt und wie diese finanziert werden kann, ist nach der G-BA-Richtlinie noch unklar.

BPTK-Fachtag „Gender und Psychotherapie“ am 7. November

Auf Anregung der Gleichstellungskommission veranstaltet die BPTK am 7. November 2022 den digitalen Fachtag „Gender und Psychotherapie“. In Vorträgen sollen unter anderem die Rolle von Gender in der Psychotherapie und Fragen wie Mutterschaft und Mütterlichkeit, Gewalt gegen Frauen, Digitalisierung und soziale Reproduktion von Geschlecht sowie psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung diskutiert werden. Zwischen Expert*innen und Zuhörer*innen soll der Austausch gesucht werden. In einer Podiumsdiskussion soll mit politischen Akteur*innen

erörtert werden, wie die geschlechtliche Ungleichheit im Gesundheitssystem vermindert werden kann. Anmeldungen sind ab sofort unter der E-Mail-Adresse veranstaltung@bptk.de möglich. Anmeldeschluss ist der 31. Oktober 2022. Eine Zertifizierung der Fortbildung bei der Berliner Psychotherapeutenkammer ist beantragt.

Programm Fachtag „Gender und Psychotherapie“:

www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/05/2022-11-07-Programm-BPTK-Fachtag-Gender-und-Psychotherapie.pdf

Online-Fortbildungsreihe „Digitalisierung in der Psychotherapie“ gestartet

Die Digitalisierung trägt dazu bei, dass auch psychotherapeutisches Wissen für Patient*innen immer leichter zugänglich ist. Räumliche Distanzen zwischen Psychotherapeut*innen und Patient*innen können überwunden, Videobehandlungen auch in Pandemiezeiten durchgeführt und die Virtual-Reality-Umgebungen auch in psychotherapeutischen Behandlungen eingesetzt werden. Dabei sind spezielle Anforderungen an Datensicherheit und Datenschutz zu beachten.

Welche Auswirkungen hat die Digitalisierung auf die psychotherapeutische Versorgung und die Erwartungen und Einstellungen von Patient*innen? Wie können digitale Anwendungen in der psychotherapeutischen

Behandlung sinnvoll eingesetzt werden? Und welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind dabei zu beachten? Unter Federführung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) wurde von den Psychotherapeutenkammern dazu eine Fortbildungsreihe konzipiert, die Grundlagenwissen zu aktuellen Entwicklungen der Digitalisierung, ihren Chancen und Risiken in der Psychotherapie vermittelt. Die Reihe ist bereits im September gestartet. Weitere Informationen sind hier abrufbar: www.gesundheit-nds.de/veranstaltungen/digitalisierung-und-ihre-anwendungen-in-der-psychotherapie-modul-1/.

BPTK-Ratgeber: Beruf Psychotherapeut*in – Was kommt nach dem Studium?

Die Ausbildung zur Psychotherapeut*in ist seit dem 1. September 2020 neu geregelt. Wer künftig eigenverantwortlich als Psychotherapeut*in arbeiten möchte, muss dafür zunächst ein speziell ausgerichtetes Studium abschließen und danach eine fünfjährige Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in absolvieren. Die neue Ausbildung aus Studium und Weiterbildung löst die bisherige Ausbildung aus Studium und postgradualer Ausbildung ab. Wie für das Studium gibt es auch für die Weiterbildung Vorgaben.

Die BPTK hat für Student*innen den Ratgeber „Beruf Psychotherapeut*in – Was kommt nach dem Studium?“ ver-

öffentlicht. Er fasst die wichtigsten Regelungen der neuen Psychotherapeutenausbildung zusammen und informiert insbesondere über die Weiterbildung nach dem Studium.

Student*innen, die mit ihrem Studium vor dem 1. September 2020 angefangen haben, können nach dem Studium noch bis zum 1. September 2032 die bisherige Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in abschließen.

Link zum Ratgeber: www.bptk.de/bptk-ratgeber-beruf-psychotherapeutin

Impressum:

Herausgeber: Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
Klosterstraße 64 | 10179 Berlin | Tel.: 030.278 785 - 0 | Fax: 030.278 785 - 44 | info@bptk.de | www.bptk.de
Vi.S.d.P.: Dr. Dietrich Munz | Redaktion: Kay Funke-Kaiser | Satz und Layout: Proforma GmbH & Co. KG