



Standpunkt

Psychiatrie

Mehr Zeit für Psychotherapie

Impressum

Herausgeber: Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785-0
Fax: 030. 278 785-44
info@bptk.de | www.bptk.de

Gestaltung: Andreas Faust,
www.andreasfaust.de

Illustrationen: Marie Schwab

Druck: Online-Druck GmbH & Co. KG

Stand: April 2021

Auflage: 500 Exemplare

Inhalt

Einleitung

Zu wenig Personal in der
Psychiatrie

6

BPtK-Positionen

**Von der Verwehrpsychiatrie
zur Behandlungspsychiatrie**

14

**Leitlinienempfehlungen
und PPP-Richtlinie**

22

**Die Reform der PPP-Richtlinie:
Mehr Zeit für Gespräche und
Behandlung**

32

**BPtK-Forderungen:
Mehr Zeit für Gespräche und
mehr Psychotherapie**

52

Aus der Praxis

10

Menschen mit Psychosen

Wie gute psychotherapeutische
Versorgung aussehen könnte

Gespräch mit Dr. Klaus Hesse vom
Universitätsklinikum Tübingen

16

Menschen mit Angststörungen

»Eine unspezifische Behandlung
muss sich mit dem Vorwurf eines
Kunstfehlers auseinandersetzen.«

Gespräch mit Dr. Stefan Koch von der
Schön Klinik Roseneck

24

Behandlung von psychischen Krisen und Suizidgedanken

Gespräch mit Svenja Papenbrock und
Miriam Santel vom Evangelischen
Klinikum Bethel in Bielefeld

28

Psychotherapeutische Versorgung auf einer Privatstation

Gespräch mit Prof. Dr. Matthias
Backenstraß vom Klinikum Stuttgart

Patientenberichte

Judith S. 40

»Für mich als traumatisierte Person war das eine schier nicht auszuhalten-
de Unsicherheit.«

Rainer Höflacher 42

»Patient*innen, die sich zurückziehen,
wird oft aus Zeitnot zu wenig Hilfe
angeboten.«

Cordt Winkler 44

Die Zeit-ist-Geld-Psychiatrie
Die Klinik mit dem offenen Ohr

Bericht einer Angehörigen 46

»Das gesamte Prozedere und auch die
Station, auf welcher ich zu Besuch war,
wirkten auf mich chaotisch, hektisch
und überlastet.«

**Behandlung in einem psycho-
somatischen Krankenhaus** 48

»Das Wochenprogramm bestand leider
aus sehr viel Leerlauf; ebenso die na-
hezu programmfreien Wochenenden.«

Jutta W. 50

»Die geschlossene Station war dann
»die Hölle.««

Andere Perspektiven

**»Nicht nur optimierter
Reparaturbetrieb der
Ressource Mensch sein.«** 34

Interview mit Grit Genster, Bereichs-
leiterin Gesundheitspolitik, ver.di

**»Der Weiterentwicklung
der psychotherapeutischen
Versorgung kommt ein
besonderer Stellenwert zu.«** 36

Interview mit Prof. Dr. med. Peter
Zwanzger, Ärztlicher Direktor am
Inn-Salzach-Klinikum im Bezirk
Oberbayern



Zu wenig Personal in der Psychiatrie

Seit dem 1. Januar 2020 regelt die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses, wie viel Personal es in Kliniken für psychisch kranke Menschen mindestens geben muss. Ziel ist es, allen Patient*innen, egal in welche Klinik sie gehen, eine leitlinienorientierte Versorgung sichern zu können. Weniger Personal darf es nun in keiner Klinik mehr sein. Hält ein Krankenhaus die Vorgaben nicht ein, bekommt es seine Vergütung gekürzt.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält eine Reform der psychiatrischen Krankenhäuser für überfällig. Sie sollte fortsetzen, was mit der Enquête-Kommission des Bundestages 1975 begann. Diese forderte damals eine Abkehr von der überholten Verwahropsychiatrie, in der die Patient*innen häufig mehr als zwei Jahre verbrachten. Es hat sich seither viel ver-

bessert, aber noch heute werden die Patient*innen in psychiatrischen Kliniken viel zu wenig spezifisch und häufig nicht leitliniengerecht behandelt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen führen dazu, dass den Kliniken das dafür notwendige Personal fehlt.

Vorgaben der PPP-Richtlinie bescheiden

Eine stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen erfolgt dann, wenn die ambulante Versorgung nicht ausreicht. Psychiatrische Krankenhäuser sollten ihren Patient*innen daher neben Schutz und Ruhe auch eine intensivere oder spezifischere Behandlung anbieten können, als sie ambulant möglich ist. Aber insbesondere bei der Psychotherapie gelingt dies mangels Personals bis heute häufig nicht.

Die PPP-Richtlinie ist nach fünfjähriger Beratungszeit 2020 in Kraft getreten. Das Ergebnis ist gemessen an der Beratungszeit bescheiden: Die PPP-Richtlinie übernimmt mit geringen Änderungen nur die alten Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) aus den 1990er-Jahren. Sie bleibt damit noch weit hinter dem gesteckten Ziel zurück, eine leitliniengerechte Versorgung in den Krankenhäusern für psychisch kranke Menschen sicherzustellen.

Das psychotherapeutische Einzelgespräch

Im Kern geht es bei der Reform der psychiatrischen Krankenhäuser um mehr Zeit für die Patient*innen. Mehr Zeit für Gespräche, mehr Zeit für den Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung. Mehr Zeit für Kriseninterventionen. Mehr Zeit für all die Ereignisse auf einer psychiatrischen Krankenstation, die nicht geplant sind, aber dort zum Alltag gehören. Die Vorgaben der PPP-Richtlinie reichen für all dies bisher nicht aus.

Nur mit ausreichend Personal für Psychotherapie ist eine wirksame und nachhaltige Behandlung möglich. Zusätzlich sind Medikamente für viele Patient*innen wichtig und oft auch die Voraussetzung für psychotherapeutische Gespräche. Sie haben allerdings häufig nicht unerhebliche Nebenwirkungen.

Für die psychische Gesundheit ist es oft entscheidend, dass eine Patient*in ihre Krankheit akzeptiert und selbst eine Behandlung für notwendig hält. Das psychotherapeutische Einzel-

gespräch ist dafür eine sehr wichtige Brücke. Eine tragfähige Beziehung ist die Basis für die nicht immer einfache, häufig sehr anstrengende Arbeit an der psychischen Erkrankung. Psychotherapeutische Behandlungen haben deshalb zum Ziel, dass die Patient*in lernt, ihre Erkrankung zu verstehen, ihre Anzeichen zu erkennen und selbst gegenzusteuern oder sich rechtzeitig Hilfe zu holen. Ohne dies ist eine Rückkehr in das Leben außerhalb einer psychiatrischen Klinik kaum zu bewältigen. Für diesen Prozess sollte Psychotherapie ausreichend, spezifisch und manchmal sogar hoch dosiert werden. Und weil Behandlungen von schweren psychischen Erkrankungen selten gradlinig verlaufen, weil es immer wieder Rückschläge und psychische Krisen gibt, brauchen die Patient*innen auch im Krankenhaus eine sie begleitende Psychotherapeut*in.

50 Minuten in der Woche reichen häufig nicht aus

Nach der PPP-Richtlinie kann eine Patient*in – rein rechnerisch* – 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten. Das sind mehr als die 29 Minuten pro Woche, die laut Psych-PV in der Regelbehandlung früher möglich waren. Doch die 50 Minuten in der Woche reichen häufig nicht einmal dafür aus, die dringenden Fragen und Behandlungsprobleme mit der Psychotherapeut*in zu besprechen: Was ist seit dem letzten Gespräch passiert? Warum möchte diese Patient*in nicht in die Ergotherapie? Was genau ist ihr zu anstrengend? Oder:

Im Kern geht es bei der Reform der psychiatrischen Krankenhäuser um mehr Zeit für die Patient*innen. Mehr Zeit für Gespräche, mehr Zeit für den Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung. Mehr Zeit für Kriseninterventionen.

Warum wirken die Medikamente nicht so, wie sie sollen? Wie lässt sich eine Übernachtung zuhause planen? Meist ist seit dem vorigen Gespräch so viel vorgefallen, dass kaum mehr Zeit für die psychotherapeutischen Kerngespräche bleibt. 50 Minuten Einzelgespräch sind häufig nicht einmal das notwendige Minimum.

Auch der Gesetzgeber hält die PPP-Richtlinie nicht für ausreichend. Er hat den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, sie bis zum 1. Januar 2022 um Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen zu ergänzen. Auch der Gesetzgeber will die psychotherapeutische Versorgung insbesondere in den psychiatrischen Krankenhäusern verbessern, weil das strukturelle Defizit an Psychotherapie in den Kliniken bisher nicht beseitigt ist. Patient*innen haben ein Anrecht auf eine wirksame Behandlung nach dem allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand (§ 2 Absatz 1 SGB V).

Hierzu gehört insbesondere auch Psychotherapie, ausreichend dosiert und spezifisch je nach psychischer Erkrankung eingesetzt. Dazu gehört auch, dass Krankenkassen den Krankenhäusern die dafür notwendigen Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen finanzieren. Die Kassen sollten im Gegenzug kontrollieren dürfen, ob die Mittel tatsächlich dafür eingesetzt wurden. ●

* Rein rechnerisch deshalb, weil die in den Mindestvorgaben vorgegebenen Minuten pro Patient*in und Woche alle Tätigkeiten der jeweiligen Berufsgruppe umfassen. Das heißt, nicht nur die Behandlungszeiten an der Patient*in, sondern auch die Zeiten, die für organisatorische Aufgaben, Dokumentation sowie anteilig für Visiten, Teambesprechungen, Supervision u. a. anfallen.



Menschen mit Psychosen

Wie gute psychotherapeutische Versorgung aussehen könnte

Gespräch mit Dr. Klaus Hesse
vom Universitätsklinikum Tübingen

Psychotische Erkrankungen sind gar nicht so selten, wie die meisten meinen. Etwa drei von 100 Erwachsenen erkranken in ihrem Leben an einer Psychose. In Deutschland leiden aktuell rund 800.000 Menschen an einer Schizophrenie, einer Art der Psychose, bei der Patient*innen zum Beispiel Stimmen hören oder Dinge sehen, die kein anderer hört oder sieht. Häufig fühlen sie sich verfolgt oder fremdgesteuert, was zu einer existenziellen Angst führen kann.

Nachdem erkannt wurde, dass Menschen, die sich so unverständlich und anders verhielten, psychisch krank sind, entstanden psychiatrische Krankenhäuser. Mehr als Depressionen und Angststörungen prägten psychotische Erkrankungen die Vorstellung einer psychiatrischen Klinik, die ihre Patient*innen vor allem vor sich selbst und anderen schützte. Aber auch

die Gesellschaft vermied so den Kontakt zu diesen Patient*innen. In der Anfangsphase fielen Behandlungsentscheidungen oft nicht gemeinsam, sondern über die Köpfe der Patient*innen hinweg. Psychotherapeutische Gespräche wurden als wenig nützlich oder sogar schädlich und kontraindiziert für die Behandlung von Psychosen angesehen. Die Behandlung war zu stark geprägt durch die juristische Begründung, eine akute Gefährdung für sich oder andere nicht anders abwenden zu können.

Die Patient*in in ihrem Erleben ernst nehmen

Die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages brachte 1975 die Wende. Deutlich mehr Personal, mehr Behandlung und weniger Verwahrspsychiatrie waren die Konsequenz. Mit

den sozialpsychiatrischen Reformen zog nach und nach auch Psychotherapie in die Kliniken ein. Psychotherapeut*innen legten den Fokus auf das Erleben der Patient*innen. Als Expert*innen für das Mentale und Imaginäre führten sie mit ihnen Gespräche – auch über Wahn und Halluzinationen. Sie gingen nicht davon aus, dass eine Patient*in sich schlicht und einfach irrt, wenn sie sich in einer schrecklichen Angst vor Verfolgung verliert. Es ging darum, die Patient*in in ihrem Erleben ernst zu nehmen. Es bedeutete auch, das Gemeinsame zu suchen und ein Gespräch zu führen, in dem beide um die Odysseen der Psyche wissen, bei denen manchmal das Imaginierte mit dem Realen verschwimmt.

Wahnhafte Vorstellung sind normaler als wir meinen

Psychotherapeut*innen wissen auch, dass die Patient*innen Zeit brauchen, um wieder ins Gleichgewicht zu kommen und das Eigene von dem Anderen unterscheiden zu lernen. »Viele Patient*innen wissen in ruhigeren Momenten, dass es auch andere Sichtweisen gibt als den Wahn, der sie immer wieder beherrscht«, erklärt Dr. Klaus Hesse vom Universitätsklinikum Tübingen. »Wenn sie mit einer Psychotherapeut*in oder Ärzt*in sprechen, spielen oft Scham und Angst eine wichtige Rolle.« Gespräche über den Wahn bieten den Patient*innen die Möglichkeit, mit erhobenem Kopf aus der eingefahrenen Situation herauszukommen. Der Psychologische Psychotherapeut Hesse lässt sich die Vorstellung

gen seiner Patient*innen genau schildern. Ein Wahn ist für ihn erst einmal nichts anderes als eine felsenfeste Überzeugung, die ein Mensch auch nicht aufgibt, wenn alle anderen es anders sehen. »Wahnhafte Vorstellungen sind normaler, als wir meinen, eigentlich kennt sie jeder«, schildert Hesse seine Sicht der psychotischen Erkrankung. »Wenn ich nachts im Dunkeln eine Gestalt sehe, die hinter mir herläuft, fühle auch ich mich verfolgt. Wenn ich etwas nicht wiederfinde und annehme, dass es gestohlen wurde, bin ich auch nahe an einem Verfolgungswahn. Und wenn ich dann noch annehme, alle Kolleg*innen und Nachbar*innen stecken unter einer Decke und haben etwas gegen mich, dann wird dieser Glaube zu einer abgeschlossenen Welt, aus der nur schwer ein Weg zurückführt.« Auch bei krankhaften Wahnvorstellungen muss nicht alles eingebildet sein. Viele Beobachtungen können durchaus zutreffen.

Klaus Hesse gesteht dies jeder seiner Patient*innen zu. Er stellt ihre Vorstellung, beobachtet und verfolgt zu werden, nicht grundsätzlich in Frage, sondern beginnt ein Gespräch, in dem Psychotherapeut und Patient*in gemeinsam prüfen, was real ist und was nicht. Dafür untersucht er auch gemeinsam mit einer Patient*in einen Spiegel, um zu sehen, ob der Spiegel von der anderen Seite durchsichtig ist. So kann die Patient*in Schritt für Schritt und mit der Unterstützung ihres Psychotherapeuten lernen, ihre Vorstellung selbst besser einzuschätzen und zu überprüfen. Felsenfeste Überzeugungen zu verändern, ist nicht einfach und braucht Zeit. Vor allem dann, wenn sie so be-

Ein erster wichtiger Schritt wäre bereits, wenn diese Gespräche tatsächlich über die Vorstellung von Beobachtet- und Verfolgt-Werden geführt werden könnten. Viel zu häufig müssen aber in ihnen andere dringende Alltagsprobleme gelöst werden.

drohlich und ängstigend sind wie bei vielen psychotischen Erkrankungen. Aber mit der Zeit und den Gesprächen lernt die Patient*in auch, sich selbst besser zu verstehen und zu akzeptieren, dass sie krank ist.

Der Kern der Behandlung sind psychotherapeutische Einzelgespräche

Bisher kann Klaus Hesse seinen Patient*innen pro Woche zwei psychotherapeutische Einzelgespräche à 25 Minuten anbieten, insgesamt nicht mehr als 50 Minuten je Woche. So viel Zeit nimmt sich auch mindestens eine niedergelassene Psychotherapeut*in einer Praxis für jede ihrer Patient*innen. 50 Minuten – das ist nicht gerade eine Intensivbehandlung. In der Uniklinik Tübingen kommen noch fünfmal 60 Minuten Gruppentherapie hinzu. Doch in den Gruppen stehen andere Themen und Übungen

im Mittelpunkt. Dazu gehören zum Beispiel psychoedukative Gruppen, in denen über Psychosen, die Wirkung von Medikamenten oder das Verhalten in Krisen gesprochen wird. Dazu gehören soziales Kompetenztraining, in dem gemeinsam geübt wird, Gefühle besser zu erkennen und auszudrücken und wie es möglich ist, schwierige Situationen mit anderen zu meistern. Dazu gehören zusätzlich Bewegungs-, Ergo- und Musiktherapie. Das ist weit mehr, als in vielen anderen psychiatrischen Kliniken möglich ist, jedoch nicht genug, um eine leitliniengerechte Behandlung durchzuführen.

Der Kern der Behandlung sind die psychotherapeutischen Einzelgespräche. Müssten diese Gespräche über den Wahn nicht viel häufiger möglich sein, um größere Behandlungserfolge zu erzielen? Klaus Hesse überlegt. Ein erster wichtiger Schritt wäre bereits, wenn diese Gespräche tatsächlich über die Vorstellung von Beobachtet- und Verfolgt-Werden geführt werden

könnten. Viel zu häufig müssen aber in ihnen andere dringende Alltagsprobleme gelöst werden. Warum möchte diese Patient*in nicht in die Ergotherapie? Was genau ist ihr zu anstrengend? Oder: Warum wirken die Medikamente nicht so, wie sie sollen, wie plant man die Übernachtung zuhause? Meist ist seit dem vorigen

Gespräch so viel vorgefallen, dass kaum mehr Zeit für die psychotherapeutischen Kerngespräche bleibt. Darum führt Klaus Hesse auch lieber zwei Gespräche à 25 Minuten pro Woche, anstatt ein Gespräch à 50 Minuten, was auch möglich wäre. Doch dann wäre die Zeit zwischen den Gesprächen zu lang.

Von der Verwahrpsychiatrie zur Behandlungspsychiatrie

Der Bericht über die »Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« der Enquête-Kommission des Bundestages war 1975 ein Wendepunkt in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Es hat sich seither vieles verbessert. Die ehemaligen Heil- und Pflegeanstalten, in denen 60 Prozent der Patient*innen damals mehr als zwei Jahre ihres Lebens verbrachten, wurden modernisiert, verkleinert und professionalisiert. Aus einer Verwahr- wurde im Laufe der Zeit eine Behandlungspsychiatrie. Mit der Psychiatrie-Personalverordnung, die am 1. Januar 1991 in Kraft trat, wurden erstmals Maßstäbe für eine Personalausstattung, die sich aus den diagnostischen und therapeutischen Bedarfen der Patient*innen ableitet, in den psychiatrischen Krankenhäusern festgelegt. Dabei bezieht sich die Psych-PV allerdings

noch im Schwerpunkt auf die pharmakologischen Behandlungsmethoden der 1980er-Jahre. Seitdem hat sich wissenschaftlich und auch in der Praxis viel getan. Die Konzepte und Mittel zur Behandlung psychischer Erkrankungen haben sich in den vergangenen 25 Jahren erheblich weiterentwickelt. Inzwischen ist die Wirksamkeit von Psychotherapie bei allen psychischen Erkrankungen einschließlich Psychosen gut belegt, auch bei schweren und chronischen Erkrankungen. Doch die Personalausstattung in den psychiatrischen Kliniken hinkt der aktuellen wissenschaftlichen Forschung hinterher. Psychotherapie gehört nach wie vor nicht ausreichend zur Routinebehandlung in der stationären Psychiatrie, weil die Kliniken dafür nach der veralteten Psych-PV und auch heute nach der PPP-Richtlinie noch nicht über ausreichend Personal verfügen. ●

Dabei wäre es zunächst einmal wichtig, in den Einzelgesprächen mit den Patient*innen gerade über ihre Erkrankung und ihre Wahnvorstellungen sprechen zu können. Dafür bräuchte es aber mehr Zeit für Patientengespräche. »Hätte ich mehr Zeit für die psychotherapeutischen Kerngespräche, könnte ich vor allem vorsichtiger vorgehen, weniger konfrontativ«, erklärt Klaus Hesse. »Es gäbe mehr Zeit für ein vorsichtiges Abtasten und gemeinsames Entdecken.« Praktisch geht diese Zeit viel zu oft im Klinikalltag unter. Das »Fallmanagement« verschlingt die psychotherapeutische Arbeit. »Es wäre deshalb ein Riesenschritt, in der Woche überhaupt mindestens 50 Minuten echte Psychotherapie je Patient*in machen zu können«, stellt Klaus Hesse fest.

Viel zu enge finanzielle Grenzen

In der ersten Phase der Behandlung sei »viel und nah dran« nicht für jede Patient*in das Richtige. Zur Behandlung gehöre auch Ruhe, um zu sich selbst zu kommen und eine eigene Struktur zu finden. Sobald eine Patient*in stabil genug sei, um eine intensivere Behandlung auszuhalten, seien deutlich mehr psychotherapeutische Einzelgespräche allerdings sehr wichtig, um mit der Patient*in auch hinaus in das reale Leben zu können. Das Überprüfen ginge dann an den Orten weiter, an denen sich die Patient*in bedroht und verfolgt fühlte. Sie sollte auch die Menschen mit einbeziehen, die mit der Patient*in zusammenleben. Später könne diese

Behandlung auch ambulant fortgesetzt werden. Eine psychiatrische Standardbehandlung mit ein bis zwei Terminen pro Quartal sei allerdings nicht ausreichend.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Psychosen gelinge, so Hesse, umso besser, je mehr sie auf die Einzelne* ausgerichtet werden könne. Der Arbeit in der Klinik seien jedoch viel zu enge finanzielle Grenzen gezogen. Die Mindeststandards der neuen Richtlinie für Psychiatrie und Psychosomatik böten hierbei noch keine Verbesserung. Um flexibler und patientenorientierter arbeiten zu können, müsse der Kern der psychotherapeutischen Arbeit besser gesichert werden. »Ein Minimum von 50 Minuten Psychotherapie pro Patient*in und Woche müsste regelmäßig möglich gemacht werden«, fordert Klaus Hesse. Diese Zeit müsse tatsächlich für den Kern der therapeutischen Arbeit, das individuelle Gespräch mit der Patient*in, zur Verfügung stehen und dürfe auch nicht aufgrund von Krankheit oder Urlaub ausfallen. Doch dies sei immer noch das Ringen darum, ein Minimum zu sichern. Wichtig sei »Spielraum für mehr Psychotherapie«, wenn es notwendig sei. Die Bundespsychotherapeutenkammer forderte deshalb mindestens 100 Minuten für psychotherapeutische Kernarbeit. ●



Menschen mit Angststörungen

»Eine unspezifische Behandlung muss sich mit dem Vorwurf eines Kunstfehlers auseinandersetzen.«

Gespräch mit Dr. Stefan Koch von der Schön Klinik Roseneck

Das psychotherapeutische Angebot in psychiatrischen Kliniken war schon immer begrenzt. Ihr Behandlungsspektrum ist stark dadurch geprägt, dass sie auch Patient*innen in Krisen aufnehmen müssen. Ihre Schwerpunkte sind deshalb bis heute Psychosen, Suchterkrankungen, schwere Depressionen und Demenzen. Damit decken sie aber oft nicht das gesamte Spektrum der psychischen Erkrankungen ab. Es fehlt bis heute in der Regel ein intensives oder spezielles Behandlungsangebot zum Beispiel für die häufigste psychische Erkrankung, für

Angststörungen. Mehr als 20 Prozent der Menschen erkranken jährlich an einer Angststörung, sie machen aber nur ein Prozent der Patient*innen in psychiatrischen Krankenhäusern aus. Wenn jedoch bei Angststörungen die ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft sind, benötigen diese Patient*innen eine intensive und spezialisierte Psychotherapie in einer Klinik.

Ein Grundsatz aller wissenschaftlichen Leitlinien ist, dass jede psychische Erkrankung eine spezifische Behandlung benötigt, die auf sie abgestimmt ist. Die Empfehlungen für Angststörungen gehören zu den konkretesten und praktischsten, die es überhaupt gibt. Dass aus ihnen auch ein spezifisches stationäres Angebot für schwere und chronische Angststörungen konzipiert werden kann, zeigt zum Beispiel die Schön Klinik Roseneck. »Eine unspezifische Behandlung von Angststörungen muss sich nach aktuellem Stand der Wissenschaft mit

dem Vorwurf eines Kunstfehlers auseinanderzusetzen«, erklärt Dr. Stefan Koch, Leitender Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut an der psychosomatischen Klinik. »Die Leitlinien für Angststörungen sind eindeutig: Zu ihren wirksamen Behandlungen gehört eine spezifische Psychotherapie.«

Patient*innen, die unter starken Ängsten leiden, wagen es manchmal kaum mehr, überhaupt das Haus zu verlassen. Sie meiden Menschenansammlungen, weite Plätze oder geschlossene Räume. Sie haben Angst, einen sicheren Ort zu verlassen und bekommen Herzrasen, Brustschmerzen oder Schwindel. Sie schwitzen oder haben Angst zu ersticken. Sie fürchten, die Kontrolle zu verlieren, zu sterben oder verrückt zu werden. Solche Panikattacken treten immer und immer wieder auf und diese Patient*innen entwickeln eine »Angst vor der Angst«, die ihr ganzes Leben lähmt.

Die Empfehlungen gehören zu den konkretesten und praktischsten, die es überhaupt gibt

Patient*innen, die an der Schön Klinik Roseneck wegen schwerer Angststörungen behandelt werden, sind meist schon jahrelang, manchmal sogar jahrzehntelang krank. Sie sind in der Regel bereits ambulant oder stationär behandelt worden. Ihre Erkrankungen sind vielfach bereits chronisch. Sie können sich manchmal gar nicht mehr vorstellen, dass noch irgendetwas gegen die wiederkehrenden Ängste hilft

oder dass sie sogar wieder ein Leben ohne Angst führen könnten.

Was nicht nur akut, sondern wirklich nachhaltig hilft, ist eigentlich klar und steht auch in den Leitlinien. »Kern der Behandlung ist die Konfrontation mit der Angst in der Situation, die sie auslöst, verbunden mit der Erfahrung, dass die befürchtete Katastrophe ausbleibt«, erklärt der Psychotherapeut Stefan Koch. Doch diese Konfrontation mit der Angst will vorbereitet sein. In der Schön Klinik Roseneck bekommen die Patient*innen deshalb zunächst eine intensive und spezifische Schulung in Angstbewältigung in einer Gruppe. Die »Dosis« dieser Therapie beträgt mindestens zweimal 100 Minuten pro Woche. So viel ist nach dem Konzept der Klinik notwendig, damit die Behandlung tatsächlich wirkt.

In diesem spezifischen Training zur Angstbewältigung erfahren die Patient*innen, was ihre Angst auslöst und aufrechterhält und wie sie wirksam behandelt werden kann – und sie simulieren Panikattacken. Sie atmen schnell und tief ein und aus und steigern physiologisch betrachtet den Sauerstoffgehalt im Blut, was zu Angstsymptomen wie Schwindel, Zittern oder Herzrasen führen kann. Oder sie atmen durch einen Strohhalm und erzeugen bewusst das Gefühl, keine Luft mehr zu kriegen und zu ersticken. Oder sie drehen sich so lange auf einem Drehstuhl, bis ihnen schwindelig wird. »Dieser bewusst herbeigeführte Kontrollverlust ermöglicht die paradoxe Erfahrung, dass es bei einer Panikattacke gar nicht dazu kommt, was sie immer befürchten«, erläutert Stefan Koch.

»Wir wollen, dass die Angst auftritt, so wie im Alltag auch, damit die Patient*innen überprüfen können, was wirklich passiert.«

»Ihnen ist schwindelig und ihr Herz schlägt rasend, aber sie sterben nicht, sie bekommen keinen Herzinfarkt. Der bewusst herbeigeführte Kontrollverlust ermöglicht die Erfahrung, die Situation unter Kontrolle zu behalten: Ich höre mit dem hektischen Ein- und Ausatmen auf und nach kurzer Zeit ist alles wieder normal.«

Angstauslösende Situationen erleben

Nach dieser ersten vorbereitenden Phase beginnt die entscheidende Phase der Behandlung: die Angstprovokation im realen Leben, die Konfrontation mit der Situation, die bisher unkontrollierbar schien und deshalb gemieden wurde. Es geht für zwei volle Behandlungstage raus aus der Klinik, wieder in einer spezifischen Gruppe, in der alle unter Ängsten leiden. Die Patient*innen fahren zum Beispiel mit einer Lore in ein Salzbergwerk ein, in die Tiefe, in die Enge, dorthin, wo es vermeintlich kein Entkommen gibt.

»Wir wollen, dass die Angst auftritt, so wie im Alltag auch, damit die Patient*innen überprüfen können, was wirklich passiert«, erklärt Psychotherapeut Koch. Die Patient*innen sollen die angstauslösenden Situationen erleben. In der Regel zeigen Angstpatient*innen ein ausgeprägtes Sicherheits- und Vermeidungsverhalten, welches letztlich dafür verantwortlich ist, dass die Angst immer schlimmer wird (»Wie komme ich hier raus? Wo ist die Rettungstreppe? Wo sind meine Notfalltropfen?«). Aufgabe der Therapeut*in ist es dabei, solche Verhaltensweisen während der begleiteten Angstkonfrontationen zu erkennen und der Patient*in dabei zu helfen, darauf zu verzichten. Dadurch kann sie die Erfahrung machen, die Angst anders als bisher zu überwinden.

Es ist für die Patient*innen nicht einfach, sich auf einen solchen Tag im Bergwerk einzulassen. Oder auf einen Tag im Gewimmel der Münchner Einkaufsstraßen und Plätze. Oder für die Patient*innen mit Höhenangst eine Klet-

terwand zu erklimmen. Aber die Erleichterung nach diesen abenteuerlichen Erfahrungen ist groß. Auch der Stolz, es endlich geschafft zu haben. Die entscheidende Erfahrung aber ist, die Angst überwunden zu haben. Erlebt zu haben, dass es hilft, die Angst zuzulassen, und sich gerade dadurch die Atmung wieder beruhigt. »Die Angst vor der Angst hatte sich im Gehirn der Patient*innen fest verankert, sie war zu einem Automatismus geworden, gegen den kein Satz der Beruhigung half«, stellt der Psychotherapeut fest. »Es hilft nicht, dass die Patient*innen gesagt bekommen, dass kein erhöhtes Infarktrisiko besteht. Sie müssen es erleben, und zwar in einer ausreichenden Dosis und im realen Leben. Gespräche und Entspannungstrainings allein reichen dafür sicher nicht aus.«

In der richtigen Dosierung

Bei schweren psychischen Erkrankungen ist es häufig wichtig, die richtigen Medikamente mit der richtigen Dosierung zu finden, die bei der jeweiligen Patient*in wirken. Bei Angststörungen sind zwar auch Medikamente (zum Beispiel Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) kurzfristig wirksam. Langfristig erweist sich aber spezifische Verhaltenstherapie als überlegen, gerade wenn man berücksichtigt, dass Probleme beim Absetzen dieser Medikamente zunehmend kritisch diskutiert werden. Doch auch Psychotherapie muss in der richtigen Dosierung erfolgen können. Das heißt vor allem: Die Konfrontation der Patient*in mit ihrer Angst im realen Leben ist im Regelfall unumgänglich, damit

sie ihre Ängste dauerhaft überwinden kann. Auf diese »Exposition« darf nicht verzichtet werden. »Aus den praktischen Erfahrungen und den wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, dass es bei Angst- und Zwangsstörungen einen Zusammenhang zwischen der Dosis spezifischer Expositionen und der Wirksamkeit der Behandlung gibt«, stellt Prof. Dr. Ulrich Vorderholzer, Ärztlicher Direktor an der Schön Klinik Roseneck, fest. »Der häufigste Fehler, der in ihrer Behandlung gemacht wird, ist, den spezifisch übenden Anteil der Psychotherapie zu gering zu dosieren.« Mit einer Exposition steigt auch die Anzahl der Stunden, die jede Patient*in erhält. Für diese Konfrontation mit der Angst sind die Patient*innen 16 Stunden mit ihrer Psychotherapeut*in in der Gruppe unterwegs.

Völlig unzureichende Personalvorgaben

Was für eine Erleichterung aber ist es für die Patient*innen, wenn sie die Konfrontation auch in den Situationen geschafft haben, in denen sie zuvor manchmal jahrelang immer wieder eskaliert ist. Wie viel Zuspruch von den anderen Patient*innen und Partner*innen kommt. Selbst depressive Stimmungen, die neben der Angst entstanden waren, weil die Patient*innen sich nichts mehr traute und dadurch jegliche Erfolgserlebnisse verlustig gingen, sind hierdurch manchmal gleich mittherapiert.

Ohne eine spezifische Psychotherapie sind solche Erfolge nicht zu erzielen – das ist die noch allgemeinere Botschaft aus der psycho-

»Der häufigste Fehler, der in ihrer Behandlung gemacht wird, ist, den spezifisch übenden Anteil der Psychotherapie zu gering zu dosieren.«

somatischen Klinik Roseneck. Eine Klinik, die nicht spezifische Angebote je nach der psychischen Erkrankung macht, kann nicht wirksam genug behandeln. Dass solche spezifischen psychotherapeutischen Angebote für Angst- und Zwangsstörungen in der stationären Psychiatrie die Ausnahme und nicht die Regel sind, ist eines ihrer größten Defizite. Ursache sind die völlig unzureichenden Personalvorgaben in der Psychiatrie-Personalverordnung, aber auch in der neuen Richtlinie für die Personalausstattung in der Psychiatrie. Und noch zu guter Letzt: Spezielle Psychotherapie wie bei den Angststörungen ist auch nicht durch psychiatrische Pflege zu ersetzen. Angstpatient*innen brauchen nicht in erster Linie einen Ort, der sie vor ihren Panikattacken schützt, sondern professionelle Unterstützung bei der Konfrontation mit ihren Ängsten. ●

Leitlinienempfehlungen und PPP-Richtlinie

Bei allen psychischen Erkrankungen, die in der stationären Psychiatrie behandelt werden, empfehlen hochwertige S3-Leitlinien Psychotherapie oder ein intensives (psycho-)therapeutisches Beziehungsangebot als zentrales Behandlungsmittel allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie. Dazu gehören Depressionen, psychotische Erkrankungen, aber auch schwere Angst- und Zwangsstörungen (siehe NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression, S3-LL-Schizophrenie, S3-LL-Angststörungen, S3-LL-Zwangsstörungen). Auch zur Krisenintervention bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, die einen häufigen Grund für eine stationäre psychiatrische Aufnahme darstellt, sind therapeutische Gesprächsangebote unerlässlich.

Die aktuellen Mindestvorgaben der PPP-Richtlinie können jedoch nicht sicherstellen, dass solche Gesprächs- und Beziehungsangebote regelhaft und flächendeckend von den psychiatrischen Kliniken angeboten werden.

Nach den Vorgaben der PPP-Richtlinie sollen für einzels psychotherapeutische Gespräche mindestens 50 Minuten pro Patient*in und Woche in allen Behandlungsbereichen zur Verfüg-

ung stehen. Dabei können diese sowohl von Ärzt*innen als auch von Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen erbracht werden.

50 Minuten Einzels psycho- therapie pro Woche

Zum einen ist dies weitaus weniger, als von Fachexpert*innen für notwendig gehalten wird. Selbst in der ambulanten Behandlung erhalten Patient*innen in der Regel mindestens 50 Minuten Einzels psychotherapie pro Woche. In einem Krankenhaus, in dem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen behandelt werden, weil das ambulante Versorgungsangebot nicht ausreicht, sollte die Behandlung aber deutlich intensiver sein. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer müssen die Personalvorgaben deshalb durchschnittlich mindestens 100 Minuten Einzels psychotherapie pro Patient*in und Woche ermöglichen. Dies können je nach Patient*in und ihrem Bedarf psychotherapeutische Kurzkontakte, Kriseninterventionen oder strukturierte Einzelgespräche sein. Hinzu müssen durchschnittlich 180 Minuten Gruppenpsychotherapie pro Patient*in und Woche kommen.

Zum anderen muss sichergestellt werden, dass das Mehr an Minuten auch wirklich als Psychotherapie zur Verfügung steht. In der PPP-Richtlinie werden pro Berufsgruppe die Minuten für alle Tätigkeiten pro Woche und Patient*in vorgegeben. Dazu gehören aber nicht nur die Behandlungszeiten mit der Patient*in, sondern auch die Zeiten, die unter anderem für Dokumentation, organisatorische Aufgaben sowie anteilig für Visiten, Teambesprechungen und Supervision anfallen. Diese Aufgaben haben seit der Zeit der Entwicklung der Psych-PV zugenommen. Während nach den Psych-PV-Minuten noch 80 Prozent der Arbeitszeit der Psycholog*innen auf die unmittelbare Patientenversorgung entfallen, sind dies heute nur noch rund 43 Prozent der Arbeitszeit in der Erwachsenenpsychiatrie. Deshalb müssen die Minuten für andere Tätigkeiten ebenfalls erhöht werden.

Spielraum schaffen

Schließlich erfordern manche Leitlinien auch intensivere Psychotherapie, als mit den Mindest-Personalstandards der PPP-Richtlinie möglich sind. Patient*innen mit Angststörun-

Aus Sicht der BPTK müssen die Personalvorgaben deshalb durchschnittlich mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Patient*in und Woche ermöglichen.

gen benötigen beispielsweise die Konfrontation mit ihren Ängsten außerhalb der Klinik. Mit einer begleiteten Exposition steigt aber auch deutlich die Anzahl der Psychotherapie-Stunden, die notwendig sind. Patient*innen sprechen auch je nach Krankheitsverlauf sehr unterschiedlich auf Psychotherapie an. Je nach Bedarf sollte zum Beispiel auch bei depressiv erkrankten Patient*innen eine intensive Psychotherapie mit mehreren Stunden in der Woche möglich sein. Für solch spezielle oder intensive Psychotherapie muss die PPP-Richtlinie den notwendigen Spielraum schaffen und die Kliniken müssen mit den Krankenkassen die dafür notwendigen Mittel verhandeln können. ●



Behandlung von psychischen Krisen und Suizidgedanken

Gespräch mit Svenja Papenbrock und Miriam Santel
vom Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld

Das Evangelische Klinikum Bethel gehört zu den großen sozialpsychiatrischen Krankenhäusern, die auf Zeit für Gespräche und Psychotherapie Wert legen. Dazu gehört auch eine gemeinsame Verantwortung von Ärzt*in und Psychotherapeut*in für die Behandlung einer Patient*in. Auch die Psychotherapeut*in kann die Aufnahme übernehmen, den Behandlungsplan mit der Patient*in absprechen, die Therapie durchführen und die Entlassung vorbereiten.

Ein weiterer Grundsatz ist die Behandlungskontinuität: Die Patient*in soll, wenn sie erneut zur Behandlung in die Klinik kommt, möglichst von denselben Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Pflegekräften versorgt werden, wie bei ihren vorigen Aufenthalten. Eine vertraute Beziehung gilt als wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung. Das gilt umso mehr,

da viele Patient*innen in psychischen Krisen in die Klinik kommen, nicht selten sogar als Notfall, weil sie suizidal gefährdet sind.

Vertrauensvolle Beziehung

Bei fast jeder psychischen Erkrankung können die Patient*innen an den Punkt kommen: »Das halte ich nicht mehr aus.« »So geht es nicht mehr weiter.« »Mir ist alles zu viel.« Meist ist es der erste Schritt, sich psychotherapeutische oder ärztliche Hilfe zu holen. Der Punkt »Das halte ich nicht mehr aus« ist meist auch der Anfang einer Psychotherapie. Doch eine solche Krise kann auch unkontrolliert eskalieren. Dann beherrschen die Erkrankten Gedanken wie »Das macht alles keinen Sinn mehr.« »Ich will nicht mehr weiterleben.« »Ich bringe mich jetzt um.« Claudia F. (Name geändert) stand schon an den Bahngleisen, bereit, sich vor den Zug zu werfen.

Kurz vorher schickte sie noch eine Nachricht an eine Freundin und informierte sie darüber, wo sie ist und was sie vorhat. Die Polizei, von der Freundin alarmiert, traf rechtzeitig ein und brachte sie in das Evangelische Klinikum Bethel in Bielefeld. In der Nacht war die Patientin noch wenig gesprächsbereit und äußerte weiter Suizidgedanken und -absichten. Freiwillig war sie zu keiner Behandlung im Krankenhaus bereit, sodass eine Aufnahme gegen ihren Willen notwendig war.

Aus dem Gegeneinander ein praktisches Nebeneinander

Die 34-jährige ledige Frau war der Klinik schon aus mehreren früheren Behandlungen bekannt. Am nächsten Morgen hatte sich an dem Gedanken, ihr Leben zu beenden, nicht wesentlich etwas geändert. Alle Behandlungen hätten »bisher nichts genutzt«, ihre Ausbildung zur Erzieherin sei »so gut wie verloren«, da sie mehrfach zu spät gekommen sei und aufgrund ihrer psychischen Instabilität oft gefehlt habe. Zu ihren Eltern habe sie den »Kontakt erneut abgebrochen«, da sie ihr vorwerfen würden, selbst Schuld an ihrer Situation zu sein. Sie fühle sich einsam und alleingelassen, könne nicht schlafen und kreise ständig in Gedanken um traumatische Erlebnisse. Sie wolle nicht mehr und komme einfach nicht klar.

In einem solchen Gespräch mit einer Patient*in, die eine Behandlung und sogar ein Weiterleben ablehnt, kann schnell eine »generische Dynamik« entstehen, stellt die Psy-

chologische Psychotherapeutin Miriam Santel fest, die am Klinikum Bethel ein spezielles Programm für Patient*innen mit suizidalen Gedanken und Plänen erprobt. Aus dem Gegeneinander macht sie zunächst ein praktisches Nebeneinander. Sie setzte sich neben die Patientin und erklärte ihr, dass sie ihre Situation »durch ihre Augen sehen« und ihre Gründe für einen Suizid verstehen möchte. Sie bat die Patientin dafür, mit ihr gemeinsam einen Fragebogen zu bearbeiten. Die Patientin sollte ihren psychischen Schmerz beschreiben, ihre innere Unruhe, ihren Druck, etwas tun zu müssen, ihre Hoffnungslosigkeit, ihr Gefühl, sich selbst nicht zu mögen. »Psychotherapeut*in und Patient*in besprechen gemeinsam und so fokussiert wie möglich die Gründe für einen Suizid«, erklärt Miriam Santel. Schon dadurch, dass sie die Fragebögen selbst ausfüllt, übernimmt die Patient*in einen aktiven Part. »Ziel ist es, zügig eine gute und vertrauensvolle Beziehung zur Patient*in aufzubauen und sie für eine Behandlung zu motivieren, um so eine sichere Basis für weitere Auseinandersetzungen zu schaffen.«

Manchmal muss jedoch noch viel schneller entschieden werden, wie suizidale Gedanken einzuschätzen sind: zum Beispiel in der Notaufnahme des Klinikums Bethel. In der Zeit von 17 bis 22 Uhr wird der ärztliche Bereitschaftsdienst dort durch eine Psychotherapeut*in ergänzt. Zwei Ärzt*innen befinden sich zeitgleich im Bereitschaftsdienst. Rita T. (Name geändert) hatte sich telefonisch mit ihrem Betreuer angemeldet. Rita T. wohnt in einer Wohngruppe und war vor-

her schon in der Klinik behandelt worden. Sie hatte eine Essstörung und den Verdacht auf eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Seit langer Zeit beschäftigen sie allerdings auch Gedanken, ihrem Leben ein Ende zu bereiten. »In Gesprächen gelang es ihr schon in der Vergangenheit, sich rasch von suizidalen Gedanken zu distanzieren«, berichtet die Psychologische Psychotherapeutin Svenja Papenbrock, die an diesem Abend Dienst in der Notaufnahme hatte. »Die Patientin hatte grundsätzlich die Tendenz, Verantwortung abzugeben.«

Zusätzliche Zeit macht den entscheidenden Unterschied

Bei dieser Patientin bestand eine chronische Suizidalität, die immer wieder zu Krisen führte. Sie schilderte, dass es ihr »schon immer schlecht« ginge, sie »hilflos« sei und es »nicht besser« werde. Seit »vielen Jahren« sei dies so. »Die Überlegung war«, schildert die Psychotherapeutin die Situation, »ob es nicht möglich war, der Patientin selbst eine bewusste Entscheidung zu ermöglichen, die den Kreislauf suizidaler Gedanken durchbricht und ihr so mehr Kontrolle auch in kritischen Phasen ihrer Erkrankung verschafft«. Svenja Papenbrock besprach ausführlich mit der Patientin und ihrem Betreuer die Situation und die Alternativen. Die Patientin beruhigte sich sichtbar während des Gesprächs und kam zu der Entscheidung, mit einem detaillierten Notfallplan mit dem Betreuer in die Wohngruppe zurückzukehren, um am nächsten Vormittag mit ihrer niedergelassenen

Psychotherapeutin die Krise aufzuarbeiten. Der Patientin wurde versichert, jederzeit wieder in die Klinik kommen zu können, wenn sich ihre Situation erneut zuspitzt. Mit diesem Gefühl der Sicherheit konnte sie einer Rückkehr in die Wohngruppe zustimmen. Damit konnte auch ein erneutes Erlebnis »Ich habe es wieder nicht geschafft« und »Ich bin wieder im Krankenhaus gelandet« vermieden werden. »Am Ende hat die Patientin sogar zufrieden über ihre Entscheidung gelächelt«, berichtet die Psychotherapeutin. Auch der Betreuer stimmte der gefundenen Lösung ohne Notaufnahme zu.

»Oft fehlen in der Notaufnahme die notwendigen Informationen, um eine Patient*in ausreichend einschätzen zu können«, beschreibt Svenja Papenbrock ihre Arbeit in der Notaufnahme des Klinikums. »Wenn die Patient*in nicht schon in unserer Klinik war, müssen wir ihre psychische Krise unmittelbar und mit sehr wenig Informationen beurteilen. Häufig liegt kein Arztbrief vor. Manchmal wird die Patient*in auch von der Polizei gebracht, weil sie sich selbst oder andere gefährdet.« Ein wesentlicher Bestandteil der Aufnahme am Klinikum Bethel ist jedoch das psychotherapeutische Gespräch, über das eine tragfähige Beziehung zur Patient*in gesucht wird. Die zusätzliche Zeit für Gespräche und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung macht den entscheidenden Unterschied. Damit lassen sich selbst psychische Krisen, in denen die Patient*innen panisch und nicht ansprechbar sind oder in denen sie keinen Sinn mehr in Leben sehen, besser auffangen. ●



Psychotherapeutische Versorgung auf einer Privatstation

Gespräch mit Prof. Dr. Matthias Backenstraß
vom Klinikum Stuttgart

Für Gespräche und Psychotherapie ist in psychiatrischen Kliniken noch immer zu wenig Zeit. Das psychotherapeutische Einzelgespräch fristet dort seit langer Zeit ein Kümmerdasein. Es dominieren kurze Gespräche, in denen die Wirkung der Medikamente besprochen und ihre Dosierung überprüft wird. Für ausführliche Gespräche darüber, wie Patient*innen ihre Erkrankungen erleben, was sie beschäftigt und was sich seit dem letzten Gespräch verändert hat, fehlt meist die Zeit. Bis vor kurzem blieben dafür je Patient*in nicht mehr als eine halbe Stunde je Woche. Seit 2020 müssen es immerhin 50 Minuten je Woche sein.

Damit erreichen die psychotherapeutischen Einzelgespräche in einem psychiatrischen Krankenhaus erstmals die Intensität, die in ambulanten Praxen seit Jahrzehnten Standard ist. Selbst 50 Minuten sind jedoch schnell vorbei, wenn das Gespräch über die psychische Erkrankung gelingt und die Patient*in endlich die Worte für ihr Leiden findet. Psychotherapeut*innen in Praxen bieten deshalb, wenn notwendig, sogar drei bis fünf Stunden Einzeltherapie je Woche an. Was die Frage aufwirft: Sollte in einer psychiatrischen Klinik nicht mindestens eine genauso intensive oder spezielle Behandlung möglich sein wie in der ambulanten Versorgung?

Die Realität in der Regelversorgung ist allerdings bisher: Der Puffer für psychotherapeutische Gespräche ist immer noch viel zu gering. Selbst das Minimum von 50 Minuten kann im Alltag der psychiatrischen Kliniken viel zu oft nicht sichergestellt werden, weil selbst Engpässe durch Krankheit und Urlaub nicht ausgeglichen werden können. Darüber hinaus fehlt es jedoch auch noch an Zeit für Beziehungsaufbau, Krisengespräche und Teamaustausch. Die Personaldecke auf einer psychiatrischen Station ist häufig so knapp bemessen, dass eine Patient*in ein, zwei Wochen lang überhaupt kein psychotherapeutisches Einzelgespräch bekommt.

Mehr budgetärer Spielraum

Die Stärke der psychiatrischen Krankenhäuser sind seit jeher ihre vielfältigen Gruppenangebote. Die Behandlung im Austausch mit anderen Patient*innen ist in den Kliniken anders als in der ambulanten Versorgung Standard. Doch diese Gruppenangebote sind häufig für alle Patient*innen da, unabhängig davon, an welcher psychischen Erkrankung sie leiden. Spezifische Gruppenpsychotherapien, die auf eine psychische Erkrankung zugeschnitten sind, sind noch nicht überall die Regel.

Mehr budgetärer Spielraum ermöglicht mehr fachlich qualifizierte Behandlungsangebote. Dies zeigt die Privatstation am Klinikum Stuttgart, die somit als Vorbild für die Regelversorgung dienen könnte. Tägliche Visiten ermöglichen eine genaue Abstimmung der pharmakologischen Behandlung und die eng-

maschige Überprüfung des Befundes. Die psychotherapeutischen Angebote werden an den Behandlungsverlauf angepasst. »In der ersten Phase der stationären Behandlung bieten wir vor allem eine supportive Therapie an«, erklärt Institutsleiter Prof. Dr. Matthias Backenstraß. In dieser Zeit werden einer Patient*in zwei- bis dreimal je Woche psychotherapeutische Gespräche von 25 Minuten angeboten. Noch geht es vor allem um Fragen: »Wie geht es? Was bewegt Sie? Wie wirken die Medikamente?«. Die Psychotherapeut*in erklärt die Beschwerden und hilft der Patient*in, ihre psychische Erkrankung zu akzeptieren. Nicht alle Patient*innen sind schon ausreichend für eine Behandlung motiviert, manche auch von Angehörigen gedrängt, weil es sonst nicht mehr anders ging. Einige haben unausgesprochen die Einstellung: »Ich will gar nicht hier sein«. »Diese Eingewöhnung und Akzeptanz der Erkrankungen kann drei, vier, fünf Wochen dauern«, erklärt der Psychologische Psychotherapeut Backenstraß, »das ist sehr von der einzelnen Patient*in abhängig.«

Störungsspezifische Gruppentherapie

Sind die Patient*innen ausreichend stabilisiert, kann die Dosis an Psychotherapie erhöht werden. Die Patient*innen erhalten dann zusätzlich zweimal die Woche psychotherapeutische Gruppentherapien von 50 Minuten. Diese Gruppen haben eine zusätzliche positive Wirkung, die Einzeltherapien nicht haben. Sie ermöglichen Gespräche mit anderen, die an der

gleichen Erkrankung leiden, und eine gegenseitige Unterstützung durch andere Patient*innen, durch die sich die Einzelne* aufgehoben und verstanden fühlt. Das Entscheidende an den psychotherapeutischen Gruppenangeboten am Stuttgarter Klinikum ist jedoch: Sie sind »störungsspezifisch«, sie bieten nicht eine Behandlung für das gesamte Spektrum der psychischen Erkrankungen an, sondern eine Psychotherapie, die spezifisch auf eine psychische Erkrankung zugeschnitten ist und sich in der Forschung als besonders wirksam erwiesen hat.

Acht bis zwölf Wochen Klinikbehandlung

Die psychotherapeutischen Gruppenangebote werden ergänzt um Einzelgespräche. Manches, was die Patient*innen beschäftigt, besprechen sie weiterhin lieber unter vier Augen. Solche persönlicheren Gespräche ermöglichen auch, sich auf Erinnerungen und Erlebnisse einzulassen, die stark mit Scham besetzt sind. Die Einzelgespräche können auf zweimal 50 Minuten gesteigert werden, wenn die Patient*innen auf Psychotherapie gut ansprechen. »Bei depressiven Patient*innen beginnen wir dann vorsichtig mit der Aktivierung«, erläutert Prof. Backenstraß. »Die Patient*in soll wieder mehr unternehmen und feste Tagesabläufe planen. Sie soll dann insbesondere lernen, Grübeln und Kreisen negativer Gedanken zu identifizieren und in andere Bahnen zu lenken.« Dabei ist eine sehr feine Abstimmung mit der Patient*in notwendig. »Wir dürfen in dieser Phase auch nicht

zu viel Veränderungsdruck machen«, erläutert der Psychotherapeut. »Die meisten depressiven Patient*innen sind allzu schnell bereit, sich zu überfordern.«

Schritt für Schritt prüfen die Psychotherapeut*innen, ob den Patient*innen noch weitere Angebote gemacht werden können. Dazu gehören neben den störungsspezifischen Gruppen weitere Gruppentrainings, um das bewusste Erleben (»Achtsamkeit«) zu üben, um Kontakte und Konflikte zufriedener zu gestalten (»soziale Kompetenzen«) oder sich mit seinen Schwächen, Stärken und Fähigkeiten (»Selbstwert«) besser annehmen zu lernen. Gegen Ende der Behandlung benötigen die meisten Patient*innen auch beratende Gespräche darüber, wie sie nach ihrer Entlassung in ihrem Alltag zurechtkommen, welche Weiterbehandlung sie benötigen oder wie sie den beruflichen Wiedereinstieg schaffen. Im Durchschnitt sind schließlich rund acht bis zwölf Wochen Klinikbehandlung notwendig, um wieder ein möglichst selbstständiges Leben führen zu können.

Die Behandlung auf der Privatstation am Stuttgarter Klinikum bietet günstige Voraussetzungen für adäquate Psychotherapie in der Gruppe und im Einzelgespräch, die als Anspruch auch in der Breite gelten sollten. ●



Die Reform der PPP-Richtlinie: Mehr Zeit für Gespräche und Behandlung

Die Reform der psychiatrischen Krankenhäuser ist mit der PPP-Richtlinie kaum von der Stelle gekommen. Nach fünf Jahren Beratungen beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss eine PPP-Richtlinie, die die Behandlung von schwer psychisch kranken Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern kaum verbessert. Er übernahm entgegen den Empfehlungen von Experten mit nur wenigen Änderungen die alten Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung, die noch auf den pharmakologischen Therapie-Konzepten der 1980er-Jahre beruhen. Auch dem Gesetzgeber reichte dieser Stillstand nicht aus. Er erteilte dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag, die PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen zu ergänzen.

Damit besteht die Chance, endlich ausreichend Zeit für Gespräche und Behandlung zu erreichen. Die Mindeststandards für das Personal in psychiatrischen Krankenhäusern müssen eine wirksame Behandlung nach dem heutigen Stand des Wissens ermöglichen. Dafür ist mehr Personal notwendig, als es die PPP-Richtlinie

bisher festlegt. Die Zeitvorgaben für Psychotherapie, durchgeführt von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, müssen eine leitlinienorientierte Behandlung erlauben. Sie müssen auch spezielle oder intensive Behandlungsprogramme mit mehreren Stunden Einzeltherapie, wie sie je nach psychischer Erkrankung oder Patient*in notwendig sein können, ermöglichen. Sie müssen es schließlich auch erlauben, Standards in der Behandlung von psychischen Krisen und Suizidgedanken, die zu den häufigsten Gründen für eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus gehören, einzuhalten. Ausreichend personelle Reserven sind notwendig, um Traumatisierungen bei Aufnahme gegen den Willen der Patient*in und Zwangsmedikation aufgrund von psychischen Krisen zu verringern. Mehr Humanität und mehr Selbstbestimmung der Patient*innen erfordern mehr Personal in den Kliniken. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass Ausfallzeiten (Urlaub, Krankheit, Fortbildung etc.), Leitungsaufgaben, Nacht- und Bereitschaftsdienste sowie strukturelle und organisatorische Besonderheiten von den Krankenkassen finanziert werden. ●

»Nicht nur optimierter Reparaturbetrieb der Ressource Mensch sein.«

Interview mit Grit Genster,
Bereichsleiterin Gesundheitspolitik, ver.di

Wo sehen Sie den größten Reformbedarf in der Psychiatrie?

Eines der größten Probleme sehen wir darin, dass eine bedarfsgerechte Finanzierung häufig nicht abgesichert ist. Das PEPP-System für die stationäre Psychiatrie mit seiner dokumentationsaufwändigen Zerteilung einer ganzheitlichen Behandlung in Einzelleistungsschritte ist eine Fehlentwicklung und gehört wieder abgeschafft. In der Gemeindepsychiatrie ist gute Behandlung durch die Vielzahl der Finanzierungsquellen oftmals durch überkomplexe Antrags- und Abrechnungswege erschwert. Hier bedarf es eines großen Wurfes, um Versorgungsverläufe integriert und damit bedarfsgerecht zu gestalten.

Fachlich gibt es großes Potenzial für eine weitere Ambulantisierung der Versorgung, auch für schwer psychisch Kranke – die muss dann

auch ausreichend finanziert und mit genügend dafür qualifiziertem Personal und guten Arbeitsbedingungen ausgestattet sein.

Wo bestehen aus Ihrer Sicht die größten personellen Engpässe?

Die meisten psychiatrischen Kliniken suchen zurzeit in fast allen Berufsgruppen von der Pflege bis hin zu den Spezialtherapeut*innen nach Fachpersonal, weil die Umsetzung der neuen Personalausstattungsrichtlinie (PPP-RL) zeigt, dass dafür deutlich mehr Beschäftigte gebraucht werden – obwohl es sich lediglich um Mindeststandards handelt. Aber auch für die psychotherapeutische Versorgung in den Kliniken fehlt Personal.

Die Versorgung in den psychiatrischen Kliniken ist eine multiprofessionelle Aufgabe.

Wie gelingt eine gute Kooperation zwischen den Berufsgruppen?

Dazu gehört natürlich in erster Linie die Akzeptanz des Beitrags jeder Berufsgruppe: Alle sind wichtig für das Versorgungsziel. Damit kann eine Kooperation auf Augenhöhe gelingen. Ein ganzheitlicher Ansatz ist dabei wichtig – der wird durch Einzelleistungsdokumentation z. B. im PEPP-System konterkariert. Leitungen müssen die Fähigkeit haben und darauf qualifiziert werden, den Überblick zu bewahren und die Stärken und Kompetenzen jedes einzelnen Teammitgliedes einzubinden. Und die multiprofessionellen Teams müssen darin geschult werden, kooperativ Verantwortung zu übernehmen und fachliche Entscheidungen zu treffen. Für alle diese Dinge braucht es Zeit. Die muss dafür auch da sein. Dabei dürfen wir nicht aus den Augen verlieren: Teamarbeit ist ein Mittel zum Zweck guter Patientenversorgung, kein Selbstzweck.

Welche Arbeitsbedingungen müssen in der Psychiatrie vorherrschen, um ausreichend Personal für eine Tätigkeit in der Psychiatrie zu gewinnen und längerfristig zu halten?

Ganz viel dreht sich um eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Damit und mit entsprechend guten Konzepten kann auch Deeskalation gelingen, als Beitrag, um möglichst weitgehenden Schutz vor verbalen und körperlichen Übergriffen zu bieten, ein zweiter wichtiger Punkt. Die Personalausstattung ist auch entscheidend dafür, stabile Dienstpläne gewährleisten zu können, gerade für Schichtarbeitende. Und ge-

nügend Zeit bietet die Möglichkeit für die Umsetzung der eigenen Ansprüche, damit man mit der eigenen Arbeit zufrieden sein kann. Menschen in der psychiatrischen Versorgung wollen anderen zu (wieder) mehr Lebensglück verhelfen und nicht nur optimierter Reparaturbetrieb der Ressource Mensch sein. Dafür müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Nicht zuletzt, wie in jedem anderen Berufsfeld: Respekt, der sich in demokratischer Mitbestimmung und Spielräumen für Eigenverantwortung niederschlägt, aber auch in einer angemessenen Bezahlung – das heißt, mindestens auf dem Niveau des Tarifvertrages des öffentlichen Dienstes. Wer das nicht bereit ist zu zahlen, darf nicht über Fachkräftemangel klagen.

Wie sehen Sie den gesetzlichen Auftrag, die PPP-Richtlinie um Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen zu ergänzen? Ist dies ein Schritt in die richtige Richtung?

Die Psychotherapeut*innen gehören längst fest zum Personalportfolio in der Psychiatrie. Von daher war dieser Schritt längst überfällig. Spannend wird die Ausgestaltung: Welche Regelaufgaben werden den Psychotherapeut*innen zugeordnet, welche Minutenwerte werden dafür hinterlegt? Was noch völlig fehlt ist eine Regelung, wie zukünftig das Verhältnis von approbierten bzw. weitergebildeten Psychotherapeut*innen sein soll, z. B. eine Quote für Weitergebildete. Ähnlich ist es bei den (Fach)Ärzt*innen und fachweitergebildeten oder akademisierten Pflegekräften. ●

»Der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung kommt ein besonderer Stellenwert zu.«

Interview mit Prof. Dr. med. Peter Zwanzger,
Ärztlicher Direktor am Inn-Salzach-Klinikum im Bezirk Oberbayern, Vorsitzender der ständigen Konferenz Ärztlicher Direktoren der Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Bayern

Wo sehen Sie den größten Reformbedarf in der stationären Psychiatrie?

In kaum einer anderen medizinischen Disziplin hat sich in den letzten Jahrzehnten die Versorgung so gewandelt wie in der stationären Psychiatrie. Wir verzeichnen die Abkehr von der Verwahrspsychiatrie, die Abschaffung von Bettensälen, die Schaffung von Abteilungen an Versorgungskrankenhäusern, die Entwicklung der differenzierten Psychopharmakotherapie sowie die Einführung von diagnosespezifischen stationären Versorgungskonzepten. Der Facharzt Psychiatrie hat sich weiterentwickelt

zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit entsprechender psychotherapeutischer Qualifikation. Ebenso gibt es in den Kliniken heute eine Vielzahl qualifizierter psychologischer Psychotherapeut*innen. Zudem unterstützen heute auch das Pflegepersonal und Sozialarbeiter*innen das therapeutische Programm.

Dennoch gibt es selbstverständlich weiterhin umfassenden Entwicklungsbedarf. Der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung im stationären Setting kommt dabei sicher ein besonderer Stellenwert zu.

Die Personaldecke in den Kliniken reicht häufig nicht aus, um jeder Patient*in Psychotherapie anbieten zu können. Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit von mehr Psychotherapie in der Psychiatrie?

Alle Beteiligten sind sich einig, dass für die flächendeckende Versorgung stationärer Patient*innen mit leitliniengerechter psychotherapeutischer Behandlung entsprechend ausreichend Personal zur Verfügung stehen muss. Hier sind gleichermaßen ausreichend Stellen für ärztliche Psychotherapeut*innen wie auch für Psychotherapeut*innen aus der Berufsgruppe der Psycholog*innen notwendig. Studien zeigen, dass eine angemessene Behandlung wöchentlich 100 Minuten Einzelpsychotherapie sowie 180 Minuten Gruppenpsychotherapie umfasst. Dieses Ziel ist bisher nicht erreicht.

Muss es nicht auch möglich sein, Patient*innen in akuten Krisen regelhaft mehr Psychotherapie anbieten zu können?

Ich würde nicht sagen, dass Patient*innen in akuten Krisen in der stationären Versorgung weniger Psychotherapie zuteil wird als anderen Patientengruppen. Dies trifft meines Erachtens vielmehr auf die ambulante Versorgung zu, im Rahmen derer Patient*innen nur selten ad-hoc einen Therapieplatz bekommen. Aber Sie haben natürlich insofern recht, als psychotherapeutische Interventionen selbstverständlich auch in akuten Krisen wichtig sind. Die Erfahrung in den Kliniken zeigt, dass an dieser Stelle die Einbeziehung aller Berufsgruppen wichtig und sinnvoll ist, auch und gerade der Sozialdienst

»Studien zeigen, dass eine angemessene Behandlung wöchentlich 100 Minuten Einzelpsychotherapie sowie 180 Minuten Gruppenpsychotherapie umfasst.«

und die Pflege. Nicht selten werden nämlich diese Mitarbeitenden von den Patient*innen in Krisensituationen als erstes angesprochen.

Gibt es zudem Patientengruppen, denen eine besonders intensive Psychotherapie angeboten werden müsste, zum Beispiel Patient*innen, die besonders gut auf Psychotherapie reagieren?

In der Tat haben Sie Recht, dass nicht alle Patient*innen gleichermaßen gut auf Psychotherapie ansprechen. Das heißt aber nicht, dass Patient*innen, die nicht so gut ansprechen,

»Insofern müssen wir aufpassen, dass wir uns nicht verleiten lassen, gerade die Schwerkranken diesbezüglich zu benachteiligen.«

nicht von Psychotherapie profitieren. Natürlich ist es mühsamer, eine kognitive Umstrukturierung bei einem schwer depressiven Patienten mit psychotischen Symptomen vorzunehmen als eine Patientin mit Agoraphobie bei einer Exposition zu begleiten. Insofern müssen wir eher aufpassen, dass wir uns nicht verleiten lassen, gerade die Schwerkranken diesbezüglich zu benachteiligen.

Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund den gesetzlichen Auftrag zu Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen in der PPP-Richtlinie, mit dem Ziel, die Psychotherapie zu stärken? Ist dies ein Schritt in die richtige Richtung?

Der gesetzliche Auftrag, die Behandlungsmethode Psychotherapie in den Kliniken zu stärken, geht in eine gute Richtung. Ob die aktuelle Fassung der PPP-RL eine moderne und leitliniengerechte Behandlung ermöglicht, stelle ich allerdings infrage. Hier hätte es bessere Modelle

gegeben, nicht zuletzt das Plattformmodell der DGPPN. In jedem Fall benötigen wir mehr Psychotherapeut*innen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen gleichermaßen. Ebenso müssen psychiatrische Fachpflege und sozialpädagogisches Personal in die Durchführung von Psychotherapie eingebunden werden. Betrachten wir die aktuell zur Verfügung stehenden Minutenwerte pro Woche und Patient*in gibt es je nach Patientengruppe bezogen auf die Psych-PV Steigerungsbedarf von bis zu 100 Prozent.

Zusammenfassend wird es darauf ankommen, inwieweit die beteiligten Akteure in der Lage sind, die psychotherapeutischen Kompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen so zu integrieren, dass schlussendlich eine sowohl medizinisch wie psychotherapeutisch hochwertige Versorgung gewährleistet ist. ●



Judith S.

»Für mich als traumatisierte Person war das eine schier nicht auszuhaltende Unsicherheit.«

Ich bin an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt. 2018 hatte ich meinen letzten und bisher herausforderndsten Aufenthalt auf einer Krisen-/ Akutstation einer Psychiatrie in Oberbayern. Ich wurde damals eigentlich in einer psychosomatischen Klinik stationär behandelt und aufgrund von psychotischen Symptomen und einer allgemeinen Symptomverschlechterung auf die Krisenstation dieser Psychiatrie verlegt.

Ich war in einem 3-Bett-Zimmer mit einem Badezimmer, das sich nicht schließen ließ. Ich kannte es aus anderen Psychiatrien, dass das Personal einen bestimmten Schlüssel hat, um Türen jederzeit öffnen zu können. Da auch die Zimmertüren stets offen waren, gab es auch Patient*innen, die in die Zimmer anderer marschierten. Für mich als traumatisierte Person war das eine schier nicht auszuhaltende Unsicherheit.

Der »Aufenthaltsraum« waren ein paar Bänke auf dem Gang. Keine gemütliche Atmosphäre, um ein Buch zu lesen oder einmal durchzuatmen, wenn im eigenen Zimmer die Patient*innen ihren Teil zu einer unruhigen Atmosphäre beigetragen haben. Der Lärm auf dem Gang durch Personal und Patient*innen, die umherschrien. Ein Stationszimmer, wie ich es aus so vielen anderen Psychiatrie- und Psychosomatik-Stationen kannte, gab es nicht. Wenn man ein Anliegen hatte, Hilfe brauchte, wurde nicht für einen vertrauenswürdigen, beschützten Rahmen gesorgt, sondern die Gespräche mussten vor allen Menschen in diesem Gang an einer kleinen Theke geführt werden. Schon datenschutztechnisch war das eine Katastrophe und vor allem emotional fiel es mir sehr schwer, irgendetwas zu äußern, wenn alle mithören konnten.

Während den sechs Tagen, die ich mich auf der Krisen-/Akutstation befand, hatte ich lediglich ein therapeutisches Gespräch mit einer Ärztin. Es gab eine Morgenrunde nach dem Frühstück, in dem jede* geschildert hat, wie suizidal man doch im Moment wäre, was ich aus anderen Kliniken behutsamer gewohnt bin (Es gibt meist eher die Regel, dass triggernde Gedanken nicht mit der Gruppe geteilt werden, wenn man nicht weiß, in welcher Verfassung sich die anderen befinden.). Mehr Angebote gab es nicht. Durch den fehlenden Aufenthaltsraum, in denen sich sonst oft Spiele oder ähnliches befinden, gab es auch kaum Beschäftigung.

Ein Haufen Pillen

Viermal pro Tag gab es die Medikamentenausgabe. An meinem ersten Tag gab man mir einen Haufen Pillen, die ich nicht zuordnen konnte. Als ich fragte, um was es sich da handeln würde, wurde mir nur geantwortet: »Das ist eine Anordnung, nehmen Sie es einfach.« Nachfragen waren wirklich nicht gern gesehen. Im Endeffekt erfuhr ich (nachdem ich gesagt habe, ich möchte doch bitte einfach wissen, was ich da nehmen muss), dass sie meine Medikation auf einen Schlag verdoppelt und bei einem Medikament auf die vierfache Dosis erhöht hatten! Gespräche mit Mitpatient*innen zu führen, war aufgrund extrem hoher Medikamentendosen überhaupt nicht möglich. ●

»Während den sechs Tagen, die ich mich auf der Krisen-/Akutstation befand, hatte ich lediglich ein therapeutisches Gespräch mit einer Ärztin.«

Rainer Höflacher

»Patient*innen, die sich zurückziehen, wird oft aus Zeitnot zu wenig Hilfe angeboten.«

Ich bin 59 Jahre alt und blicke inzwischen mit der Diagnose schizoaffektive Störung auf genau 30 Jahre Psychiatrie zurück. Ich war 18-mal in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung; meist auf der geschützten Station. Mein letzter stationärer Aufenthalt war im Juli 2019, trotz relativ schwerer Psychose allerdings nur 14 Tage.

Ich habe den Eindruck, dass es gegenüber früher weniger psychotherapeutische Unterstützung in der Psychiatrie gibt. Dafür hat sich wohl die Qualität erhöht. Ich erinnere mich, dass es damals etliche doch sehr eigene Psycholog*innen gab. In meinen letzten Klinikaufenthalten hatte ich keine psychotherapeutischen Einzelgespräche, was aber durchaus seine medizinische und psychosoziale Berechtigung haben könnte.

Ein für psychisch belastete Menschen zentrales Thema sind die Psychopharmaka. Die Medikamente gegen Psychosen wurden in den letzten 20 Jahren erheblich weiterentwickelt. Waren früher diese Medikamente aufgrund ih-

rer starken Nebenwirkungen teilweise schwerer zu ertragen als die eigentlichen Symptome, so schränken sie heute bei der richtigen Dosierung die Lebensqualität weniger ein, können aber besonders im somatischen Bereich weiterhin sehr schädlich wirken. Inzwischen sind doch etliche Psychiater*innen sensibilisiert, was die übermäßige Gabe von Psychopharmaka angeht. Trotzdem wird aus Patientensicht und aus der Sicht kritischer Psychiater*innen in den Kliniken immer noch häufig zu hoch dosiert. Viele Patient*innen setzen nach dem Klinikaufenthalt ihre Medikamente wieder ab. Einerseits wegen den Nebenwirkungen, aber auch, weil es generell großen Widerstand erzeugt, Medikamente nehmen zu müssen, die die Psyche verändern, selbst wenn diese die Alltagsbewältigung objektiv gesehen verbessern.

Ebenfalls sehr bedeutsam sind die Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen, die auf psychiatrischen Klinikstationen unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt sind. Neben den möglichen körperlichen Gefährdun-

gen, können dabei die psychischen Schäden bei den Patient*innen enorm sein. Manche Betroffene klagen noch nach Jahren über die erlittenen Traumata. Vielmals ist durch die Anwendung von Zwang und Gewalt eine sinnvolle therapeutische Beziehung nicht mehr möglich. Die Hürden für eine Zwangsbehandlung oder eine Fixierung sind heutzutage hoch. Früher war nach dem Unterbringungsgesetz in Baden-Württemberg allein die richterliche Unterbringung Grund genug, um in entsprechenden Situationen Gewalt gegenüber der Patient*in anwenden zu dürfen. Es gab damals dafür keine detaillierten Regelungen und erst recht keinen Richtervorbehalt. Heute ist zum Beispiel eine angebotene Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit dem Klinikpersonal gesetzlicher Standard in Baden-Württemberg. Vor 20 Jahren dachten viele nicht einmal daran. Die heutige Gesetzgebung setzt vermehrt auf Selbstbestimmung und Freiheitsrechte, was es den Ärzt*innen und Pflegenden nicht immer leicht macht. Inzwischen gibt es Stationen, auf denen Security-Firmen für Ruhe und Sicherheit sorgen.

Auch heutzutage gibt es auf den psychiatrischen Stationen noch viele Entwicklungsmöglichkeiten. Die Anzahl der Zwangsmaßnahmen ist immer noch viel zu hoch, die Grundhaltung des Personals ist nicht selten verbesserungswürdig und die Personalnot verhindert den möglichen Fortschritt in besonderem Maße. Es finden sich allerdings immer weniger Menschen, die bereit sind, die schwere, schlecht bezahlte und anstrengende Arbeit in einer psychiatrischen Klinik zu übernehmen.

Es liegt vielleicht in der Natur der Sache, dass Patient*innen, die ihren Hilfebedarf weniger sichtbar machen, häufig vom Personal übersehen werden. Den Patient*innen, die sich zurückziehen oder einfach weniger laut sind, wird oft aus Zeitnot der Ärzt*innen und Pflegenden zu wenig Hilfe angeboten.

Ebenso kritisch ist das sogenannte Entlassmanagement der Kliniken zu betrachten. Viel früher und viel besser vernetzt sollten Überlegungen angestellt werden, wie es nach der Entlassung mit den Patient*innen weiter geht. Oft ist es so, dass wenn man aus der Sonderwelt Klinik entlassen wird, man den alten Problemen unverändert gegenübersteht. Vielleicht ist das aber auch ein zu hoher Anspruch, dass dabei die Kliniken mit ihren oft kurzen Aufenthaltsdauern etwas ändern können und sich die ambulanten Hilfen hier besser engagieren müssten.

Trotz allem gewinnt man in den letzten Jahren den Eindruck, dass sich in den Kliniken etwas bewegt. Hilfreiche Konzepte wie zum Beispiel Recovery oder Safewards werden vermehrt eingesetzt und vielerorts werden sogenannte EX-IN-Genesungsbegleiter bzw. Peers eingestellt. Das sind Menschen mit überwundenen psychischen Krisen, die dazu qualifiziert sind, in der Psychiatrie zu arbeiten.

Schon seit längerer Zeit kann man sagen, dass die Psychiatrie als Ganzes auf einem guten Weg ist, dass dieser aber noch sehr lang ist und es teilweise sehr langsam vorangeht, bis die Psychiatrie ihrem Auftrag gerecht wird und das System mehr genesene Patient*innen wieder frei gibt wie bisher. ●

Cordt Winkler

Die Zeit-ist-Geld-Psychiatrie

Ich bemühe mich, trotz der körperlichen Unruhe, verursacht durch Psychopharmaka, auf diesem Flur zu verharren. Eine Dreiviertelstunde warte ich bereits, gemeinsam mit all den anderen Patient*innen der Station. Noch ist nicht klar, in welcher Reihenfolge wir aufgerufen werden, daher kann ich nicht einfach auf mein Zimmer gehen, sondern muss mich bereithalten. Oder aber ich gehe das Risiko ein, in dieser Woche mit gar keiner Ärzt*in sprechen zu können.

Ich höre meinen Namen, habe es also geschafft. Man hört mir für kostbare fünf bis zehn Minuten zu. Ich habe zahlreiche Ängste, die ich niemandem anvertrauen kann. Mein Gedankenchaos schreit danach, eingeordnet zu werden. Die Psychologin tippt im Hintergrund auf eine Tastatur ein, während mir die Ärzt*innen eine Frage nach der anderen stellen. Sie ist die Einzige, die meinem Blick nicht ausweicht, obwohl sie zeitgleich mit dem Tippen befasst ist. Der Blick der Ärzt*innen wirkt auf mich hingegen distanziert.

Ich fühle mich wie in einer mündlichen Prüfung. Ich fasse mir ein Herz und traue mich, in einem Anflug von Klarheit, meine vielen Fragen, die ungeordnet durch meinen Kopf schwir-

ren, auszusprechen, während die Psychologin weiter tippt. Was wird aus meiner Wohnung, wenn ich die Miete nicht zahlen kann? Finde ich einen neuen Job nach diesem Psychriaufenthalt? Zudem wird mir jetzt, wo der Wahn langsam abklingt, auch die Trauer über den Tod meiner Mutter bewusster.

Schließlich nutze ich den Moment, als die Psychologin aufhört zu tippen, und mir wieder in die Augen sieht, für eine direkte Frage. »Haben Sie Zeit für ein Gespräch in den nächsten Tagen?« Sie fragt zurück: »Haben Sie manchmal Gedanken, die darum kreisen, sich umzubringen?« Ich bin erstaunt und höre, wie ein Nein aus meinem Mund entweicht. »Dann habe ich leider keine Zeit für Sie.« Schon finde ich mich auf der anderen Seite der Tür wieder. Es vergehen weitere quälende Wochen bis zu meiner Entlassung.

Die Klinik mit dem offenen Ohr

Es ist ein warmer Herbsttag. Ich sitze im Garten der Klinik und schaue in die Sonne, als sich die junge Frau zu mir setzt. Sie wippt auf der Hollen-schaukel und stellt sich mir als Praktikantin vor. Ich könnte mich jederzeit an sie wenden.

Dank meiner vielen Wahnvorstellungen und Paranoia, bin ich erst einmal misstrauisch, frage mich, was sie wohl im Schilde führt und spiele lieber mit dem Therapiehund.

Am nächsten Tag werfe ich einen Blick in die Stationsküche, wo die Praktikantin damit beschäftigt ist, frisches Obst zu schnippeln. Sie winkt mich zu sich und fragt, ob ich ihr helfen möchte. Es ist eine schöne Abwechslung etwas Frisches zuzubereiten. Wir schnippeln gemeinsam Äpfel, Birnen und Bananen. Aus der Situation ergibt sich ein Gespräch. Es ist eine ungezwungene, natürliche Situation.

Eine Woche später habe ich bereits das Vertrauen, um in einer Gruppe ausführlich über meine Erlebnisse zu sprechen. Ich werde mir selbst bewusst, was in den vergangenen Wochen passiert ist. Während ich mich sprechen höre, lasse ich die Geschehnisse an mich heran und bekomme gleichzeitig Distanz zu ihnen. Als die Praktikantin auf die Uhr schaut, sind fast zwei Stunden vergangen. Beim Verlassen der Klinik werde ich unterstützt bei der Therapeutensuche und man versichert mir, dass man in einem Notfall immer einen freien Platz für mich findet.

Zur Sprache zu finden ist gerade in einer akuten Krisensituation existenziell. Sich anvertrauen können, zuhören und die notwendige Zeit zu nehmen, kann die Genesung um ein Vielfaches beschleunigen. Einsparungen in diesem Bereich führen nur zu einem Teufelskreis und erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Drehtüreffekts. Ich spreche aus Erfahrung. Worte haben eine ungeheure Macht. Besonders in Zeiten der Sprachlosigkeit. ●

»Zur Sprache zu finden ist gerade in einer akuten Krisensituation existenziell. Sich anvertrauen können, zuhören und die notwendige Zeit zu nehmen, kann die Genesung um ein Vielfaches beschleunigen.«

Cordt Winkler ist Erfahrungsexperte und Genesungsbegleiter, YouTuber, Schreibtrainer und Buchautor des autobiografischen Erfahrungsberichts »ICH ist manchmal ein anderer – Mein Leben mit Schizophrenie«.

Bericht einer Angehörigen

»Das gesamte Prozedere und auch die Station, auf welcher ich zu Besuch war, wirkten auf mich chaotisch, hektisch und überlastet.«

Im Rahmen der psychischen Erkrankung meiner Mutter kam es zu einer Krisenbehandlung in der psychiatrischen Klinik. Leider gab es hierbei aufgrund von personellen Engpässen in der Klinik vor allem Probleme in der Kommunikation mit mir als Angehörige.

Zu Beginn der damaligen Woche wurde meine Mutter aufgrund einer Intoxikation aus mutmaßlich suizidaler Absicht in der Uniklinik somatisch behandelt. Im Anschluss sollte sie stationär aufgenommen werden, kam entgegen dieser Aussage jedoch nach sehr kurzer Zeit nach Hause. Am Wochenende, also nur wenige Tage später, verschlechterte sich ihr Zustand wieder. Meine Mutter nahm verschiedene Tabletten mit Alkohol, sodass eine erneute Einweisung notwendig wurde. Da ich zu diesem Zeitpunkt noch minderjährig gewesen bin und wir ländlich wohnten, alarmierte ich den Rettungs-

dienst, welcher eine Aufnahme in die Psychiatrie bewirken wollte. Diese verweigerte jedoch trotz Versorgungspflicht mit Verweis auf ausgeschöpfte Kapazitäten zunächst die Aufnahme, sodass zusätzlich eine Einweisung über den Hausarzt veranlasst werden musste.

Keine Ansprechpartner*in

Nachdem die Aufnahme endlich geregelt war, begleitete ich meine Mutter im Krankenwagen in die Klinik, wo sie bereits erwartet und in Empfang genommen wurde. Trotz Bemühungen konnte ich selbst keine Ansprechpartner*in finden, welche mich über die Lage oder das weitere Vorgehen aufgeklärt hätten, und ging somit ohne eine Einschätzung über die Situation und den Zustand meiner Mutter nach Hause. Nach etwa drei Tagen konnte ich nach telefonischer

Auskunft gemeinsam mit einer Freundin der Familie meine Mutter besuchen. Innerhalb dieser drei Tage gab es keinerlei Informationen oder Erreichbarkeit. Auch beim Besuch war für mich weder das Pflegepersonal noch eine Ärzt*in zu sprechen. Sogar mein persönliches Vorsprechen im Zimmer des Oberarztes brachte keine Klärung, ich wurde nur kurz abgewimmelt. Der Freundin meiner Mutter sagte man, dass meine Mutter »zehn Tage zum Entzug in der Klinik bleiben würde«. Nach etwa einer Woche kam sie ohne vorherige Absprache nach Hause.

Keinerlei Information oder Erreichbarkeit

Das gesamte Prozedere und auch die Station, auf welcher ich zu Besuch war, wirkten auf mich chaotisch, hektisch und überlastet. Erfreulicherweise war die Behandlung trotzdem soweit möglich erfolgreich und stabilisierend und es wurden nach der Entlassung weiterführende Termine in der Ambulanz angeboten.

Ich würde mir wünschen, dass in Zukunft mehr Zeit bleibt, um zumindest grundlegende Informationen zur gegenwärtigen Situation, gegebenenfalls der Erkrankung und dem geplanten Vorgehen an Angehörige zu übermitteln und kurze Gespräche zu führen. Meine Mutter selbst wusste auch nicht wirklich Bescheid. Ich kann jedoch nicht sagen, ob dies an ihrer psychischen Verfassung oder der ebenso fehlenden Information lag. Zusätzlich halte ich es für wichtig, dass das behandelnde Personal die Möglichkeit hat, sich einen Überblick über die Lebenssituation

»Meiner Einschätzung nach waren die Defizite im Umgang mit mir als Angehörige nicht einer mangelnden Kompetenz, sondern viel mehr der Überlastung des Personals geschuldet.«

der Patient*in zu verschaffen, insbesondere ob Kinder zu versorgen sind, damit gegebenenfalls notwendige Maßnahmen veranlasst werden können. Meine Mutter war zum damaligen Zeitpunkt alleinerziehend, ich konnte mit 16 Jahren schon gut mit der Situation umgehen. Dessen hat sich jedoch niemand versichert und jüngere Kinder wären vermutlich in dieser sie überfordernden Situation einfach vergessen gegangen.

Meiner Einschätzung nach waren die Defizite im Umgang mit mir als Angehörige nicht einer mangelnden Kompetenz, sondern viel mehr der Überlastung des Personals geschuldet. ●

Behandlung in einem psychosomatischen Krankenhaus

»Das Wochenprogramm bestand leider aus sehr viel Leerlauf; ebenso die nahezu programmfreien Wochenenden.«

Ich war an einer Zwangserkrankung erkrankt und möchte Ihnen gerne kurz meine Erfahrungen aus über drei Monaten Klinikaufenthalt in einer psychosomatischen Klinik berichten:

Zurückblickend hätte ich mir eine intensivere Betreuung gewünscht. Eine ambulante Versorgung ist sicherlich nicht vergleichbar mit einem stationären Aufenthalt. Dennoch lassen sich die 50 Minuten Einzeltherapie (pro Woche bei stationärem Aufenthalt) ebenso ambulant realisieren. Zwei betreute Expos und danach nur »Betreuung« durch die Co-Therapeut*innen, die gefühlt nicht wirklich für einen da waren.

Das Wochenprogramm bestand leider aus sehr viel Leerlauf; ebenso die nahezu programmfreien Wochenenden. An einigen Tagen bestand das Programm tatsächlich nur aus einer einzigen Veranstaltung (zum Beispiel 90 Mi-

nuten Walking). Interessante und sehr begehrte Kurse waren regelmäßig »überbucht« und daher mit langen Wartezeiten verbunden. Insgesamt ein sehr dünnes Kursangebot für einen stationären Aufenthalt.

Die wöchentliche »Gruppenvisite« (circa 30 Patient*innen) empfand ich eher unfreiwillig komisch als wirklich hilfreich. Es erinnerte mich an eine große Party, in der man alle Gäste schnell in einem Abwasch abfertigen wollte.

Am Wochenende keinerlei Personal

Es gab abends, nachts und am Wochenende keinerlei Personal auf den Stationen. Nur eine einzige Ärzt*in betreute abends, nachts und am Wochenende die gesamte Klinik mit knapp 400 Patient*innen. So mancher »Hilferuf« konn-

te aufgrund von diesem Personalmangel nicht wirklich zeitnah bearbeitet werden. Konflikte, Belästigungen und Übergriffe hätten mit einer Besetzung der Kanzel (pro Station) nachts sicherlich verhindert werden können. Es ist schon erstaunlich, wie viel Risiko Kliniken in Kauf nehmen, um anscheinend nur wirtschaftlich zu sein. Das habe ich mir definitiv anders vorgestellt.

Außerdem fand ich schade, wie dann mit solchen Themen umgegangen wird, wenn man seine Erfahrungen intern vorträgt. Verharmlosung, Verniedlichung oder Relativierung von solchen Vorfällen fand ich nicht zielführend. Der interne Druck muss ziemlich hoch sein, nur damit solche Beschwerden im Keim erstickt werden oder auf dem kleinen Dienstweg unter den Teppich gekehrt werden. Manche Kliniken sind eben primär Wirtschaftsunternehmen und nicht wirklich die erste Anlaufstelle für Hilfesuchende.

Nichtsdestotrotz: Viele Angestellte in der Klinik waren freundlich, kompetent und verhielten sich professionell. Ich bin dankbar für die dort verbrachte Zeit und den Versuchen, mir zu helfen. Die Rahmenbedingungen sind jedoch ausbaufähig. ●

»Nichtsdestotrotz: Viele Angestellte in der Klinik waren freundlich, kompetent und verhielten sich professionell.«

Jutta W.

»Die geschlossene Station war dann ›die Hölle‹.«

Nach sechs Wochen saß Jutta W. wieder bei ihrer Hausärztin und es ging ihr kaum besser als zuvor. Wieder war sie in Tränen aufgelöst, wieder litt sie unter Panikattacken, wieder war ihr alles zu viel. Dazwischen lag eine sechswöchige Irrfahrt durch verschiedene psychiatrische Stationen, die sie als traumatisierend erlebte. Der behandelnde Arzt hatte sie mit den Worten »Das sieht doch wieder ganz gut aus« entlassen.

Ihr Zusammenbruch war völlig unerwartet gekommen. Zunächst war sie aufgrund großer Erschöpfung krankgeschrieben. Als sie wieder zu arbeiten versuchte, erbrach sie sich. Weinend und am Ende ihrer Kräfte saß sie danach bei ihrer Hausärztin: »Ich habe keine Kraft mehr.« »Ich kann gar nichts mehr.« »Ich bin ungeeignet für meine Arbeit.«

In der Tagesklinik diagnostizierte die Ärztin eine schwere Depression und empfahl ihr die Aufnahme auf eine psychiatrische Station.

Die vielen Termine in einer tagesklinischen Behandlung seien zu viel für sie. Dies kam ihrem starken Bedürfnis, »Ruhe zu haben« sehr entgegen. In der Klinik erhielt sie verschiedene Medikamente, auch psychotherapeutische Einzelgespräche, doch sie litt unter »schwersten Schlafstörungen«. Eines Nachts trieben sie ihre »düsteren Gedanken« so weit, dass sie sich eine Plastiktüte über den Kopf zog und einen Suizidversuch unternahm. Der Versuch misslang und als sie der Psychotherapeutin nach dem Wochenende davon berichtete, wurde Jutta W. umgehend in eine geschlossene Station eines anderen Klinikstandortes verlegt.

Zwei Tage lang nichts gegessen

Die geschlossene Station war dann »die Hölle«. Eine Mitpatientin im überwachten 3-Bett-Zimmer war Kettenraucherin. Ihr Bett war »verdreckt«, »überall lagen Kippen herum«, selbst

auf dem Tisch, der für die Mahlzeiten gedacht war. »Aus Ekel« war Jutta W. nur noch in ihrem Bett. Zwei Tage lang konnte sie nichts essen. Vom Personal wurde sie nur gefragt, wie lange sie das noch »durchziehen« wolle. Eine Psychotherapeutin sah sie auf dieser Station nicht.

Erneut in Tränen aufgelöst

Nach einigen Tagen erfolgte eine Verlegung auf eine halboffene Station. Gegen die Schlaflosigkeit sollten weitere Medikamente sowie Gespräche mit dem Stationsarzt helfen: »Sie sind eine taffe Frau. Wir sollten überlegen, wie Sie ihren Job wieder aufnehmen können. Das kriegen sie wieder hin.« Jutta W. strengte sich an, dies zu glauben. Die therapeutischen Angebote bestanden aus: Einmal die Woche Sport. Zweimal in sechs Wochen Ergotherapie in einer Gruppe. Einmal die Woche eine Stationsrunde mit anderen Patient*innen, die ihr Stress und Angst bereitete: »Ich kann nicht mit Fremden über mich

»Sie sind eine taffe Frau. Wir sollten überlegen, wie Sie ihren Job wieder aufnehmen können. Das kriegen sie wieder hin.«

sprechen und hatte auch keine Kraft, die Sorgen anderer Menschen anzuhören.« Eine Psychotherapeutin bot ihr auf Nachfrage Einzelgespräche an, gern mit Einarbeitung einer neuen Kollegin, was Jutta W. nicht gestattete. Unterstützend erhielt sie neurologische Behandlung, die ihr half. Nach sechs Wochen dann die Aussage des Stationsarztes: »Das sieht doch wieder gut aus!« Tage später saß sie wieder beim Hausarzt, erneut in Tränen aufgelöst.

PS: Jutta W. hat inzwischen eine psychosomatische Reha mit »guten Gesprächen« hinter sich. Die »düsteren Gedanken«, das ständige Grübeln sind noch nicht vorbei, aber deutlich weniger. Sie hat mit ambulanter Psychotherapie begonnen. ●



BPTK-Forderungen: Mehr Zeit für Gespräche und mehr Psychotherapie

1 **Substanzielle Verbesserungen der stationären Psychiatrie erreichen**

Substanzielle Verbesserungen der stationären Psychiatrie erfordern mehr Zeit für Gespräche und Psychotherapie. Die Zeit für Psychotherapie muss so erhöht werden, dass jede Patient*in pro Woche im Durchschnitt rund 100 Minuten Psychotherapie erhalten kann. Je nach Patient*in und deren Bedarf können diese als geplante 25- bis 50-minütige Einzelgespräche, als psychotherapeutische Krisenintervention oder auch als mehrmals täglich stattfindende psychotherapeutische Kurzkontakte, zum Beispiel zum Beziehungsaufbau und zur Etablierung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, erbracht werden. Darin sind keine anderen Tätigkeiten, zum Beispiel Dokumentation und Qualitätssicherung, Teambesprechungen und Koordinationsaufgaben, enthalten. Auch die Zeiten, die dafür zur Verfügung stehen sollen, müssen entsprechend der heutigen Anforderungen deutlich erhöht werden. Hinzu kommen 180 Minu-

ten Gruppenpsychotherapie pro Patient*in und Woche. Krankenhausversorgung ist Teamarbeit. Auch die Minutenwerte für Ärzt*innen, Pflegende und die anderen therapeutischen Berufe müssen angepasst werden.

2 **Psychotherapeutische Kompetenzen in allen Bereichen nutzen**

Für eine gute Versorgung in den Kliniken müssen Psychotherapeut*innen in allen Behandlungsbereichen, das heißt, für alle Patient*innen und in allen Behandlungsphasen zur Verfügung stehen. Psychotherapeutische Kompetenzen sind zum Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zu den Patient*innen als Grundlage jeder Behandlung ebenso erforderlich wie für Kriseninterventionen und strukturierte psychotherapeutische Gespräche. Psychotherapeut*innen tragen mit ihren Kompetenzen zudem maßgeblich zur Gestaltung eines guten Behandlungsmilieus, das auf Deeskalation und die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen aus-

gerichtet ist, bei. Damit dies in allen Krankenhäusern Realität wird, brauchen diese deutlich mehr Psychotherapeut*innen.

3 Psychotherapeut*innen gemäß ihres heutigen Kompetenzprofils verankern

Psychotherapeut*innen werden in der PPP-Richtlinie unter die Berufsgruppe der Psycholog*innen eingeordnet. Das Kompetenz- und Aufgabenprofil der Psychotherapeut*innen unterscheidet sich jedoch grundlegend vom dem der »Psycholog*innen«, das noch aus den Anfängen der Psych-PV stammt und unverändert in die PPP-Richtlinie übernommen wurde. Psychotherapeut*innen erwerben im Gegensatz zu Psycholog*innen nach einer drei- bis fünfjährigen Ausbildung eine Approbation und sind Angehörige eines akademischen Heilberufs. Psychotherapeut*innen werden während ihrer Ausbildung umfassend für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen qualifiziert. In der ambulanten Versorgung haben sie Facharztstatus und übernehmen eigenverantwortlich die Behandlung ihrer Patient*in-

nen. Sie haben die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie, medizinischer Rehabilitation, Ergotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege sowie zur Verordnung von Krankenfahrten und zur Einweisung in das Krankenhaus. Die Übertragung dieser Aufgaben an die Vertragspsychotherapeut*innen zeigt das umfassende Kompetenzprofil dieser Berufsgruppe. Die Übernahme der Behandlungsführung und -verantwortung – und damit auch von Leitungsaufgaben – durch Psychotherapeut*innen muss nach zwei Jahrzehnten auch in der stationären Versorgung nachvollzogen und in den Tätigkeitsprofilen dieser Berufsgruppe kodifiziert werden.

4 Stations-psychotherapeut*innen etablieren

Psychotherapeut*innen sollten künftig viel häufiger Leitungsfunktionen übernehmen und als Stations- oder Bezugspsychotherapeut*innen die Behandlung der Patient*innen verantworten dürfen. Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen können Leitungsfunktionen kooperativ wahrnehmen. ●

bptk.de