

Projekt Psychotherapie

03/2017

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



**Wir
müssen
reden!**

Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Dialog

Psychotherapie im Wahlprogramm

Was die Parteien planen

Telematik-Infrastruktur

Vernetzung mit Hindernissen

Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **kalkulierbare Beiträge** für bis zu 10 Jahre
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Geburtstag möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 100,--
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,--
Jahresbeitrag:	€ 531,36
Beitrag pro Monat:	€ 44,28



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4
82008 Unterhaching
Tel.: +49 (0)89 96057490 • www.dr-rinner.de



**Sechs Wochen
Praxisstillstand?
Kein Problem!
Dank meiner P.U.V**



**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser!**

Auf dem Kongress der DGPPN im November 2016 wurde heftig darüber diskutiert, ob Psychopharmaka überhaupt die gewünschte Wirkung haben oder am Ende sogar mehr schaden als nutzen. So setzten sich schon 1966 die Rolling Stones – ihrerseits keine Kinder von Traurigkeit, was psychoaktive Drogen betrifft – in ihrem Song „Mother’s Little Helper“ kritisch mit Tranquilizern auseinander.

Die Studienlage zum Einsatz von Psychopharmaka ist widersprüchlich und scheint auch je nach psychotherapeutischer Grundorientierung des Therapeuten sehr unterschiedlich eingeschätzt zu werden. Jeder niedergelassene Psychotherapeut kann sicherlich über vielfältigste Erfahrungen zur Wirkung von Psychopharmaka bei seinen Patienten berichten.

Die Positionen schwanken dabei oft zwischen Abwertung der Pharmakotherapie und Abwertung der Psychotherapie. Eine Auseinandersetzung mit diesem Thema, den verschiedenen Aspekten im Zusammenspiel von Pharmakotherapie und Psychotherapie, erschien uns interessant. Wir konnten Autoren mit unterschiedlichen Hintergründen dafür gewinnen, ihre Sicht der Dinge zu diesem kontrovers diskutierten Thema darzulegen. In den Artikeln können Sie einiges nachlesen über die Geschichte der Pharmakotherapie, ihren Stellenwert heute, über ihre Schwierigkeiten der Weiterentwicklung, ihr Zusammenspiel mit Psychotherapie und die beachtenswerten psychodynamischen Wechselwirkungen dabei. Ein Augenmerk wird dabei auch auf die Pharmakotherapie von Kindern am Beispiel von ADHS gelegt: Die unkritische Verschreibung von Ritalin (benannt nach der Frau Rita des Erfinders) scheint einfacher zu sein als die Auseinandersetzung damit, was Kindern wirklich fehlt. Nebenbei wird Ritalin als beliebte Droge zur Leistungssteigerung unter Studenten benutzt. Ein zunehmend wichtiger werdendes Thema besteht in der rasanten Entwicklung von Leitlinien: Warum hat die Psychopharmakotherapie bei den Behandlungsempfehlungen einen so hohen Stellenwert? Diese Schiefelage und deren Hintergründe werden ebenfalls in einem Artikel behandelt.

Sicher: Das Thema Psychopharmaka wäre mühelos noch aus weiteren Perspektiven zu beleuchten. Die kurz- und langfristigen Kosten von Pharmakotherapie und Psychotherapie kommen in den Sinn oder die Rolle der Pharmaindustrie bei gefälschten Studien zur Wirkung von Antidepressiva in den USA, bei der Verharmlosung von Nebenwirkungen und Langzeitschäden und beim Rückruf von in Indien produzierten Generika (darunter auch einige Psychopharmaka). Eine umfassende Darstellung aller Aspekte dieser Materie kann im Rahmen eines Schwerpunktthemas jedoch nicht geleistet werden. Wir hoffen, dass die abgedruckten Artikel dennoch auf Ihr Interesse stoßen und zum weiteren Nachdenken anregen.

Neben unserem Schwerpunktthema haben uns in den letzten Wochen und Monaten auch die durch die neue Psychotherapie-Richtlinie bzw. die neuen Psychotherapievereinbarungen bedingten Veränderungen in unserem Praxisalltag beschäftigt. Die ersten Erfahrungen sind durchaus unterschiedlich. Auf der einen Seite zeigen sich viele KollegInnen erleichtert, dass sie weniger Berichte an den Gutachter schreiben müssen. Andererseits erreichen uns zunehmend Klagen darüber, dass einige Gutachter die beantragten Kontingente kürzen, was von vielen KollegInnen als Schikane und Konterkarierung der eben erst geschaffenen Erleichterungen im Gutachterverfahren erlebt wird. Die zunächst beklagte Ungleichheit der Honorierung der neuen Leistungen wurde inzwischen korrigiert, was zumindest ein Schritt in die richtige Richtung darstellt. Für einige Aufregung gesorgt haben auch die neuen EBM-Ziffern, da die verschiedenen Praxisverwaltungs- und Abrechnungsprogramme es ihren Benutzern zum Teil schwermacht haben, die neuen Ziffern fehlerfrei zu implementieren. Inzwischen scheinen aber die meisten Anlaufschwierigkeiten überwunden.

Wir möchten uns bei den für den Schwerpunkt gewonnenen Autoren für ihre interessanten Texte bedanken und wünschen unseren Lesern eine erkenntnisreiche Lektüre!

Herzliche Grüße,

Ulrike Böker, 1. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp-Bundesverbandes

Martin Klett, 2. Stellvertretender Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

Foto: Privat



Foto: Privat



Projekt Psychotherapie

03/2017

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.



Impressum

Herausgeber: Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin
Tel.: 030/88 72 59 54 · Fax: 030/88 72 59 53
bvvp@bvvp.de · www.bvvp.de

Redaktionsleitung: Martin Klett (V. i. S. d. P.)

Verantwortlich für den Schwerpunkt:
Angelika Haun, Martin Klett und Ariadne Sartorius

Autoren: Ulrike Böker, Norbert Bowe, Jürgen
Doebert, Gerhard Gründer, Angelika Haun,
Mathias Heinicke, Martin Klett, Reinhard Martens,
Michael Paulzen, Ariadne Sartorius, Juliane Sim,
Peter Stimpfle

Verlag: Medienanker Marketing & Kommunikation e.K.
Chausseestraße 11 · 10115 Berlin
Fon: 030.39 835 188-0 · Fax: 030.39 835 188-5

Textchef: Jens Wiesner

Projektleitung: Nicole Suchier

Artredaktion/Illustration: Lesprenger

Anzeigen: anzeigen@projekt-psychotherapie.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2015

ISSN: 2193-3766

Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand (4 Ausgaben).
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer
Mitgliedschaft kostenfrei.

Info und Bestellung:

bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de

Periodizität: Quartal

Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit
Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung
der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete
Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des
Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei
Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht
anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffent-
lichung vorausgesetzt.

Meinung & Wissen

- 05 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 08 **Wahlprogramme im Blick**
Wie die Politik die Psychotherapie verändern will
- 16 **Bin ich schon drin?**
Die Telematik-Infrastruktur kommt
- 19 **Im Osten viel Neues**
Wie ein neuer Landesverband in Thüringen entstand

Schwerpunkt Streitthema Psychopharmaka

- 21 **Streitthema Psychopharmaka**
Eintritt in einen Dialog
- 22 **Versuch einer Integration**
Ein psychodynamischer Blick auf die
Psychopharmakotherapie in der Psychotherapie
- 25 **Psychopharmakologie in der Krise?**
Warum echte Innovationen ausbleiben
- 28 **Aus der Schwäche eine Stärke machen**
Warum Medikamente bei Kindern mit ADHS nicht ausreichen
- 32 **Unsere Stimme fehlt!**
Psychopharmaka und Psychotherapie in Leitlinien
- 34 **Literatur**
- 35 **Ausblick auf Heft 04/2017, Termine**

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

GLOSSE

von **Jürgen Doebert**

Das neue Spiel der KBV: Wer fehlt auf diesem Bild? Überrascht mussten die Mitglieder der Vertreterversammlung feststellen, dass nach mehr als 15 Jahren eine Person nicht mehr auf dem Podium saß: Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer, der Justiziar der KBV. Dies wurde zunächst mit keinem Wort kommentiert. Eingeweihte aber wussten: Regina Feldmann, die 2. Vorsitzende der KBV, hatte die Gelegenheit genutzt, dass der 1. Vorsitzende im Urlaub war, und in einem Überraschungscoup den langjährigen und verdienten Justiziar zum Rücktritt veranlasst. Plötzlich war sein Platz leer. Fadenscheinige Begründungen mussten dafür herhalten. Am Ende musste dann zwar doch Frau Feldmann auf die Fortsetzung ihrer Tätigkeit verzichten, aber der Schaden war angerichtet. Bei der letzten VV in Freiburg gab es wieder so eine Änderung im Bild, die aber dadurch nicht so auffiel, dass das Podium kleiner war. Bisher saßen die beiden stellvertretenden Vorsitzenden der VV neben dem Vorsitzenden. Sie trugen zur Organisation der Sitzung bei, informierten über Themen, die sie übernommen hatten, übernahmen auch zeitweise die Sitzungsleitung. Nun sitzt dort nur noch die Vorsitzende. Wo sind die Stellvertreter geblieben? Was hat da hinter den Kulissen stattgefunden? Braucht man sie nicht mehr? Wuppt die Vorsitzende alles allein? Schließlich ist sie Hausärztin. War der PP als Vorsitzender einfach zu schwächlich, dass er gleich zwei Eskorten brauchte? Oder musste man auf ihn besonders aufpassen, weil kein Arzt?! Nun ist alles wieder gut. Bald wird man vergessen haben, wer die Stellvertreter sind. Damit das nicht passiert: Die Stellvertreter sind Dipl.-Psych. Barbara Lubisch (PP) und Dr. med. Rolf Englisch (Gynäkologe)!

Bewertungsausschuss korrigiert Beschluss

Es kommt nicht alle Tage vor, dass der Bewertungsausschuss seinen eigenen Beschluss ohne vorherige Auflage oder Beanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit korrigiert. Insofern stellt der Beschluss vom 21. Juni eine Besonderheit dar, die umso deutlicher macht, wie inakzeptabel der vorherige Beschluss vom 29. März zur Vergütung der neuen Leistungen „psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“ war. Entgegen der Forderung von KBV und Psychotherapeuten, die für die neuen Leistungen einen deutlichen Anreiz von 120 Euro forderten, hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss den neuen Leistungen einen geringeren zeitlichen Aufwand und damit eine geringere Bewertung im Vergleich zur genehmigungspflichtigen Psychotherapie bescheinigt. Die KBV hatte gegen den Beschluss Klage erhoben, und die Verbände der Psychotherapeuten und die Bundespsychotherapeutenkammer waren Sturm gelaufen. Die Argumente scheinen auch das BMG erreicht zu haben, denn nicht umsonst wurde die Beanstandungsfrist verlängert, um der Selbstverwaltung die Möglichkeit einer Korrektur zu geben. Diese wurde nun vorgenommen – mit rückwirkender Gültigkeit ab dem 1. April: Sprechstunde und

Akutbehandlung erhalten nun immerhin dieselbe Bewertung wie genehmigungspflichtige Leistungen. Des Weiteren korrigierte der Bewertungsausschuss eine Regelung, die von den Psychotherapeuten als weitere Hürde für die Erbringung der neuen Leistung „Sprechstunde“ angesehen wurde. Die für fachärztliche Grundleistungen vorgesehene Förderpauschale (PFG, 22216/23216 + 22218/23218) sollte ausgerechnet dann nicht gezahlt werden, wenn eine Sprechstunde mit dem Patienten erbracht wurde. Nun verhindert eine Sprechstunde den Anspruch auf die Förderpauschale nicht mehr. Auch diese Änderung gilt rückwirkend zum 1. April 2017. Es wird damit ein weiteres Zeichen gesetzt, dass Krankenkassen und KBV ein Interesse daran haben, dass die Psychotherapeuten die schnellen klärenden Erstgespräche in großem Umfang erbringen. Die KBV zieht nun ihre Klage zurück. Der dort geforderten Anhebung der probatorischen Sitzungen auf Vergütungsniveau der antragspflichtigen Leistungen wurde nur insofern entsprochen, als der neue Beschluss eine Beobachtung dieser nun verpflichtenden Leistungen bezüglich der Patientenversorgung und der Vergütung der Psychotherapeuten vorsieht.

Rücktritt von Frau Dr. med. Erika Goez-Erdmann

Die neu gewählte erste Vorsitzende des bvvp, Frau Dr. med. Erika Goez-Erdmann, ist leider nach nur sehr kurzer Zeit von ihrem neuen Amt zurückgetreten. Der Bundesvorstand bedauert dies sehr und wünscht ihr alles Gute. Auf der Delegiertenversammlung im Herbst wird ein neuer Vorstand gewählt werden.

Korrekturen EBM-Ausschlüsse

Im neuen EBM wurde ursprünglich die Nebeneinanderberechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen und der Hypnose sowie übender Verfahren ausgeschlossen. Dies wurde nun rückwirkend zum 1. April korrigiert. Für die psychodynamischen Verfahren gilt weiterhin, dass diese Interventionen grundsätzlich nicht während einer laufenden Therapie angewendet werden dürfen.

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Konnektoren

Der Gesetzgeber macht Druck auf die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die Telematik-Infrastruktur (TI) in den Praxen umzusetzen. Leider ist es in der IT-Branche so, dass bei einem gewissen zeitlichen Abstand von der Produktentwicklung bis zur Installation diese Produkte in der Regel schon wieder völlig veraltet sind. Dies ist auch bei den Konnektoren der Fall. Man darf also gespannt sein, was sich in den nächsten Monaten bezüglich der Umsetzung der TI noch alles bewegen wird.

Evaluation Sprechstunde durch BPtK

Die neue Psychotherapie-Richtlinie fordert eine Evaluation der psychotherapeutischen Sprechstunde fünf Jahre nach deren Einführung, also 2022. Das dauert der Bundespsychotherapeutenkammer viel zu lang, weshalb gerade in Zusammenarbeit mit einigen Landespsychotherapeutenkammern eine eigene Evaluation erarbeitet wird. Die Fragebögen werden voraussichtlich im vierten Quartal den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zugeschickt. Spannende Fragen sind die Zugangswege zur psychotherapeutischen Sprechstunde, die dort gestellten Indikationen und die Möglichkeiten der Weiterbehandlung in derselben Praxis oder die erfolgreiche Vermittlung an andere Behandler oder andere Angebote des Versorgungssystems.

Neue Besetzung des Bewertungsausschusses

Die KBV ernennt neue Mitglieder und stellvertretende Mitglieder für den Bewertungsausschuss. Die drei Mitglieder mit Stimmberechtigung sind auf KBV-Seite die drei Vorstände der KBV. Hinter ihnen gibt es jeweils vier Stellvertreter, die im Vertretungsfall auch stimmberechtigt sind. Der KBV-Vorstand hat – wie in der vorigen Amtsperiode – auch wieder zwei Psychologische Psychotherapeuten als vierte Stellvertreter ernannt. Nach einer Übereinkunft mit den Krankenkassen dürfen allerdings nur die ersten drei Stellvertreter an den Sitzungen teilnehmen. Nur wenn eines der Mitglieder oder stellvertretenden Mitglieder in der Reihe fehlt, kann also ein Psychotherapeut an der Sitzung teilnehmen. Um aber sicherzustellen, dass auf jeden Fall ein Psychotherapeut in der Sitzung anwesend sein kann, ist gleichzeitig immer eine/r von beiden als Sachverständige/r eingeladen. Der Einfluss im Bewertungsausschuss erfolgt also nicht durch Stimmabgabe der Psychotherapeuten, sondern durch Diskussionen in den Vorbesprechungen und durch Unterstützung der Verhandlungsführer mit Argumenten. Ulrike Böker (bvvp) und Gerhard Henschel (DPtV) sind die beiden ernannten Psychologischen Psychotherapeuten.

BSG-Urteil vom 28. Juni 2017

Vom Bundessozialgericht wurden die bvvp-Musterklageverfahren für 2007/2008 gegen die KVen Nordrhein und Bayern sowie für 2011 gegen die KV Schleswig-Holstein verhandelt. Sowohl die Revision gegen das bayerische LSG-Urteil als auch die Klage gegen die KV Nordrhein zum Vergütungszeitraum 2008 wurden abgewiesen. Der Klage gegen die KV Nordrhein zum Vergütungszeitraum 2007 wurde stattgegeben, und das Verfahren aus Schleswig-Holstein für den Vergütungszeitraum 2011 wurde wegen der kurzfristigen Verhinderung unseres Rechtsanwalts Michael Kleine-Cosack auf den 11. Oktober 2017 vertagt. Das BSG hielt das Zustandekommen der Betriebskosten auf der Datengrundlage des ZI von 2003 bis 2005 für plausibel, sodass die KBV diese für die Ermittlung des Betriebskostenansatzes ab 2008 heranziehen durfte. Beanstandet wurde vom BSG, dass dieselbe Datengrundlage, obwohl sie schon bekannt war, nicht für die Festlegung der Betriebskostenhöhe auch für 2007 herangezogen wurde. Somit muss der Bewertungsausschuss einen korrigierenden Beschluss fassen. Daraus folgt, dass es für Widerspruchs- und Klageführer des Vergütungszeitraums 2007 Nachvergütungen geben wird. Für den Vergütungszeitraum 2011 stehen die von der KBV herangezogene Datengrundlage und das Zustandekommen der EBM-Punktzahlen für genehmigungspflichtige PT-Leistungen ab 2009 nochmals auf dem Prüfstand der Kasseler Bundesrichter.

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Treffen des GK II

Der GK II – Gesprächskreis psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände – traf sich dieses Mal unter Moderation der VAKJP am 10. Juni in Berlin in den Räumen der International Psychoanalytic University (IPU). Im Rahmen der Berichte aus den Verbänden erläuterte Heinrich Bertram vom VPP im BDP (der Sektion Psychologischer Psychotherapeuten im Berufsverband der deutschen Psychologinnen und Psychologen) die Situation des Verbandes: Wegen jahrzehntelanger Querelen mit dem BDP, die sich letztendlich auch auf die Finanzsituation des VPP auswirken, tritt der Bundesvorstand des VPP geschlossen zum 30. Juni zurück. Der BDP strebe eine neue Organisationsstruktur an. Dafür werde am 24. Juni ein Übergangsvorstand gewählt. Der VPP sei derzeit nicht existent. Ob es in Zukunft einen Ansprechpartner gebe, sei offen. Er bezweifle das. Herr Bertram wurde spontan noch mit einem Blumenstrauß und anerkennenden Worten verabschiedet. Er war einer der Mitbegründer des GK II. Diskutiert wurde dann der Stand der Ausbildungsreform, hier vor allem die unterschiedlichen Vorstellungen der Verbände zur Bedeutung der Praxis im Studium. Der bvvp vertritt hier die Auffassung, dass möglichst umfangreiche Praxis im Studium unerlässlich ist, im Unterschied zur DGPs, die mehr die Wissenschaftlichkeit im Studium betont. Ebenfalls debattiert wurden die Erfahrungen mit der Richtlinienreform einschließlich der Auswirkungen auf die Kostenerstattung. Heiner Vogel (DGVT) berichtete aus der Fachkommission bei Ver.di, die eine Höhergruppierung der angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fordert. Ariadne Sartorius (bvvp) berichtete von den aktuellen Entwicklungen und Problemen bei der Leitlinie ADHS. Hier wurde Unterstützung durch den GK II angeregt, um notwendige psycho-

therapeutische Inhalte in der Leitlinienkommission, die hauptsächlich psychiatrisch besetzt ist, durchzusetzen. Die Aufnahme eines neuen Verbandes wurde befürwortet. Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) möchte vor allem die Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen unterstützen.

Deutscher Psychotherapeutentag

Am 12. und 13. Mai fand der 30. Deutsche Psychotherapeutentag in Hannover statt. Auf der Tagesordnung standen neben der Reform der Psychotherapieausbildung auch mehrere Resolutionen, zum Beispiel zur bedarfsgerechten Versorgung, zum Schutz von psychotherapeutischen Gesprächen im Rahmen des BKA-Gesetzes und zum Erhalt eines pluralistischen Wissenschaftsverständnisses. Zudem hat der DPT beschlossen, die Zahl der Delegierten auf 140 zu begrenzen, nachdem der DPT in den letzten Jahren aufgrund des Wachstums der Berufsgruppe immer größer geworden war. Zudem ist nun in die Musterweiterbildungsordnung der Bereich „Psychotherapie bei Diabetes“ aufgenommen worden. Dies wird in den Ländern zu weiteren Diskussionen führen, ob die einzelnen Landeskammern diesen neuen Weiterbildungsbereich tatsächlich in ihre Weiterbildungsordnungen aufnehmen werden.

PiA-Themen

Katharina von Bronswijk, bvvp-Mitglied in Hamburg, hat für das PiA-Politik-Treffen eine Resolution zur Reform der Psychotherapieausbildung initiiert, die bereits mehr Unterschriften als alle anderen Resolutionen bekam. Sie wird inzwischen auch von Maria Klein-Schmeink, Grünenpolitikerin im Gesundheitsausschuss des Bundestags, auf Facebook geteilt. Ziel ist, der neuen Koalition nach der Bundestagswahl zu verdeutlichen, dass nun vorrangig die Probleme in der Psychotherapieausbildung behoben werden müssen. Die Petition kann noch unterschrieben werden unter:

bit.ly/reformPTausbildung

Wie die Politik die Psychotherapie verändern will

Im September ist Bundestagswahl, wir befinden uns mitten im Wahlkampf. Ein guter Zeitpunkt, um bei den fünf großen Parteien nachzufragen, wie sie die Zukunft der Psychotherapie mitgestalten wollen

Welche Überlegungen hat Ihre Partei bezüglich der Bedarfsplanung im Bereich der ambulanten Psychotherapie in der nächsten Zeit?

CDU/CSU: Für die CDU und CSU sind die Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowie deren Vergütung wichtige Anliegen. Ziel der Bedarfsplanung ist es, in überversorgten Gebieten Sitze abzubauen und damit Kapazitäten zu schaffen, um in unterversorgten Gebieten neue Sitze für Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufzubauen. Die Bedarfsplanung wird regional von den Selbstverwaltungspartnern nach den Richtlinien des G-BA erstellt und weist aus, wo und wie viele Zulassungen für eine gute flächendeckende Versorgung gebraucht werden. Unabhängig von den von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarten Lösungen werden auch wir das Thema kritisch im Blick behalten.

Die Linke: DIE LINKE ist für eine grundsätzliche Überarbeitung der Bedarfsplanung. Sie soll alle Bereiche der gesund-

heitlichen und pflegerischen Versorgung umfassen. Das bezieht auch die Leistungen der Psychotherapie ein. Die Bedarfsplanung spiegelt insbesondere in der Psychotherapie nicht den Behandlungsbedarf wider. Der Geburtsfehler der Bedarfsplanung, auf eine wenigstens näherungsweise Feststellung des regionalen Behandlungsbedarfs zu verzichten, hat in der Psychotherapie besonders gravierende Auswirkungen. Dass die Zahl der zugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten nicht ausreicht, spiegeln nicht nur die langen Wartezeiten, sondern auch die hohe Zahl an Kostenerstattungsanträgen und die – wenn auch unzureichenden – Bemühungen der Bundesregierung wider, den Zugang zu verbessern. Eine begrüßenswerte Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, aber auch pathogenetische Faktoren, die auch politisch hervorgerufen wurden, machen erhebliche Änderungen in den Soll-Zahlen der psychotherapeutischen Versorgung notwendig.

Bündnis 90/Die Grünen: Die in der ambulanten Psychotherapie zugrunde gelegten Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung spiegeln nicht den Versorgungsbedarf

Wie wurde gefragt?

Die fünf Fragen wurden im Bundesvorstand des bvvp gemeinsam entwickelt und per E-Mail den fünf Parteien übersandt. Ihre Antworten, die die offizielle Parteilinie wiedergeben, drucken wir hier unverändert und ungekürzt ab.

wider. Es gibt zahlreiche Regionen, in denen der rechnerisch ermittelte Versorgungsgrad weit über 100 Prozent liegt, Menschen aber tatsächlich monatelang auf einen Therapieplatz warten müssen. Damit Menschen in Krisen die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, muss das psychotherapeutische Angebot bedarfsgerecht ausgebaut und hierfür die Bedarfsplanung grundlegend reformiert werden. Wir treten dafür ein, Sonderbedarfszulassungen für spezielle Versorgungssituationen zu erleichtern, wie für fremdsprachliche Psychotherapeut*innen oder besondere Erkrankungsformen. Ermächtigungen sollten regelhaft ausgesprochen werden, wenn Zugang zur Psychotherapie nicht im direkten Anschluss an eine Akutversorgung gewährleistet ist.

FDP: Die Versorgung psychisch kranker Patienten ist bei Weitem noch nicht ausreichend. Insbesondere im ländlichen Raum und in strukturschwachen Regionen herrscht weiterhin akuter Handlungsbedarf. Neben der Notwendigkeit einer verstärkt getrennten Bedarfsplanung für die Behandlung Erwachsener sowie Kinder und Jugendlicher fordern wir die Schaffung eines entsprechenden Anreizsystems, um gerade in den ländlichen Regionen junge Therapeutinnen und Therapeuten für die dortige Arbeit gewinnen zu können.

SPD: Die Sicherung der medizinischen Versorgung durch die Bedarfsplanung ist kein alleiniges Patentrezept! Zur Versorgungssicherung müssen vielmehr verschiedenste Maßnahmen an unterschiedlichen Ansatzpunkten ergriffen werden. Hierfür braucht es zudem einen langen Atem!

Seit Jahren haben wir Sozialdemokraten verschiedene Vorschläge unterbreitet, von denen in der 18. Wahlperiode auch zahlreiche im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes umgesetzt werden konnten. Wir erinnern beispielhaft an die Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erarbeitung einer neuen Bedarfsplanungsrichtlinie, was jedoch noch Zeit in Anspruch nehmen wird. Wir haben den klaren Auftrag erteilt, dass die Bedarfsplanung noch kleinräumiger und stärker an den konkreten Bedarfen der Bevölkerung

ausgerichtet werden muss. Es werden zukünftig neben den Auswirkungen des demografischen Wandels auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung zugrunde gelegt, um den tatsächlichen Versorgungsbedarf auch zu erfassen.

Wir erinnern auch an die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie mit der Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden. Außerdem haben wir die Anreize zur Niederlassung in ländlichen Regionen deutlich verbessert, Kooperationsformen von Leistungserbringern flexibilisiert und gezielt gefördert. All diese Maßnahmen müssen nunmehr ihre Wirkungen entfalten. Wir geben uns keinen Illusionen hin, dass damit der gordische Knoten bereits durchschlagen ist. Auch in der 19. Wahlperiode wird es mit Sicherheit weiteren Anpassungsbedarf geben.

Welche Vorstellungen hat Ihre Partei bezüglich der Vergütung von psychotherapeutischen Gesprächsleistungen sowohl bei gesetzlich als auch bei privat versicherten Patienten?

CDU/CSU: Wir halten am Prinzip des subsidiär organisierten Gesundheitssystems fest. Demnach erfolgt die vertragsärztliche Vergütung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab in Punktwerten, die auf regionaler Ebene von den Kassenärztlichen Vereinigungen nochmals spezifiziert werden. Nach wie vor soll es eigenverantwortliche Aufgabe der Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss bleiben, die Bewertung von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorzunehmen. Die am 21. Juni 2017 angepasste Bewertung der psychotherapeutischen Sprechstunde im EBM durch den Bewertungsausschuss zeigt einmal mehr, wie wichtig und richtig es ist, dass die Selbstverwaltung die Anpassungen übernimmt. Vor allem ist es Ausdruck der Wertschätzung gegenüber der (gemeinsamen) Selbstverwaltung. Als Grundlage für die Vergütung von ärztlichen Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung dient die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Bündnis 90/Die Grünen:
„Wir treten dafür ein, Sonderbedarfszulassungen für spezielle Versorgungssituationen zu erleichtern, wie für fremdsprachliche Psychotherapeut*innen oder besondere Erkrankungsformen“

FDP:
„Für eine bessere Vergütung wollen wir die Budgetierung im Gesundheitswesen vollständig abschaffen“

PIA – WILLKOMMEN IM BVVP!

Wir unterstützen Sie während der Ausbildung und des Berufseinstiegs, setzen uns für bessere Ausbildungsbedingungen sowie die Angleichung an die Ausbildungsstrukturen der anderen akademischen Heilberufe ein und kämpfen für eine gerechte Vergütung.

WIR BIETEN IHNEN

- Regelmäßige PIA-Newsletter
- Individuelle Unterstützung und Beratung
- Praxisorientierte Angebote – von Musterbehandlungsverträgen bis zum Qualitätsmanagementprogramm
- Spannende regionale Seminare
- Stammtische zum Austausch und zur Vernetzung
- Günstige Gruppenverträge bei Versicherungen
- Unser vierteljährlich erscheinendes Magazin „Projekt Psychotherapie“

WERDEN SIE MITGLIED!

Im bvvp haben sich rund 5.000 Ärztliche PsychotherapeutInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen aller anerkannten Richtlinienverfahren zusammengeschlossen. Wir sind der einzige Verband, der sich berufsgruppen- und verfahrensübergreifend dafür einsetzt, die Wirtschaftlichkeit der Praxen, die Qualität der Versorgung und die Vielfalt der Praxisstrukturen zu erhalten und zu verbessern.

Gemeinsam sind wir stark!

www.bvvp.de

(GOP). Vertreter der Ärzteschaft und die private Krankenversicherung sind derzeit im Gespräch, eine fachliche Grundlage für eine neue GOÄ zu schaffen. Wir hoffen hier auf eine baldige Einigung.

Die Linke: Die Vergütung wird innerhalb der Selbstverwaltung ausgehandelt. Auch für Privatversicherte wird die Gebührenordnung auf Basis einer Einigung mit der privaten Krankenversicherung festgelegt. DIE LINKE befürwortet grundsätzlich die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem. Gleichwohl können wir den Unmut verstehen, der bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bezüglich eines Vergleichs mit dem Betriebsergebnis einer Arztpraxis entsteht. Daher sind wir für Vorschläge und Gespräche offen.

Bündnis 90/Die Grünen: Wir sehen die gesetzlich vorgesehenen neuen Vergütungsregeln für psychotherapeutische Leistungen im Grundsatz positiv. Sie können dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten schneller die benötigte Behandlung bekommen. Allerdings werden sich die Engpässe in schlechter versorgten Regionen zuspitzen, wenn wegen der neuen Angebote noch weniger Zeit für die klassische Therapie bleibt. Eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung ist daher genauso unumgänglich wie eine angemessene Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen. Perspektivisch wollen wir eine Zusammenführung der getrennten gesetzlichen und privaten Vergütungssysteme. Dabei werden wir sicherstellen, dass die bislang höheren privaten Honorarsummen nicht verloren gehen und für die Versorgung erhalten bleiben.

FDP: Für eine bessere Vergütung wollen wir Freie Demokraten die Budgetierung im Gesundheitswesen abschaffen. Sie hat zu einer Unterfinanzierung der Versorgung sowie zu einem Ausbluten der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum und in strukturschwachen Regionen geführt. Derzeit leisten die Bürgerinnen und Bürger Zusatzbeiträge, ohne damit direkt Einfluss auf Art und Qualität der Behandlung nehmen zu können. Gleichzeitig werden ihnen Untersuchungen und Therapien

durch Budgetierung und versteckte Zwangsrationierung vorenthalten. Das schafft bei Patientinnen und Patienten Unzufriedenheit und Unsicherheit und ist eine drastische Form von Ungerechtigkeit. Das wollen wir durch die vollständige Abschaffung der Budgetierung ändern.

SPD: Die Höhe der Vergütung für die ambulante Psychotherapie liegt im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung aus gutem Grund in den Händen der Selbstverwaltung bzw. der Vertragspartner. Wir erachten diesen Aushandlungsprozess von Kassen und Leistungserbringern als sachgerecht, zumal für den Fall des Konflikts Lösungsmechanismen vorgesehen sind, die eine Einigung herbeiführen.

Die private Gebührenordnung wird ohne parlamentarische Beteiligung mittels Verordnung direkt durch die Bundesregierung erlassen. Grundlage bildet in der Regel ein Vorschlag für Anpassungen von PKV und Leistungserbringern. Eine Novelle steht derzeit aus, wird jedoch für die kommende Legislaturperiode erwartet.

Die SPD streitet weiter für die Einführung eines einheitlichen Versicherungsmarktes unter Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger. Maßgeblich bei der Finanzierung ist dabei die individuelle Leistungsfähigkeit. Die paritätische Bürgerversicherung muss aus unserer Sicht wieder zwingend zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert werden.

Wir sehen grundsätzlich die Notwendigkeit der Zusammenführung von vertragsärztlicher und privater Honorarordnung. Wir haben wiederholt betont, dass eine Zusammenführung von gesetzlichem und privatem Honorar ausdrücklich nicht zu Einkommenseinbußen für die Leistungserbringer führen soll. Für uns Sozialdemokraten ist diese Frage zentral für die Akzeptanz einer Reform zur Einführung einer paritätischen Bürgerversicherung.

Wie wollen Sie die Aus- und Weiterbildung für die zukünftigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gestalten?

CDU/CSU: Wir streben an, das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraus-

CDU/CSU:

„Fernbehandlungen und internetbasierte Interventionen können kein Ersatz für eine Therapie bei Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sein, sondern sind ein ergänzendes Angebot“

Die Linke:
„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung sind analog zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zu honorieren“

setzungen zur Ausbildung zu überarbeiten. Derzeit entwickelt das Bundesgesundheitsministerium ein umfassendes Konzept zur Novellierung des Gesetzes. Bereits in dieser Wahlperiode hat es hierzu Gespräche zwischen dem Bund und den Ländern sowie Berufsverbänden gegeben. Konkret diskutieren die Beteiligten derzeit darüber, die bisherige Struktur – Hochschulstudium mit anschließender kostenpflichtiger Ausbildung – abzulösen und das Hochschulstudium gezielt auf die berufliche Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie zuzuschneiden. Dabei könnte es sich nach derzeitigem Stand beispielsweise um ein fünfjähriges Hochschulstudium handeln, das sich am Bachelor/Masterstudiengang orientiert und mit einer staatlichen Prüfung (Staatsexamen) abschließt, die dann zur Berufszulassung (Approbation) führen soll. Zum Erwerb des Fachkundenachweises, der die Möglichkeit eröffnet, einen Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu stellen, könnte dann eine verfahrensorientierte und altersgruppenspezifische Vertiefung im Rahmen einer Weiterbildung vorgesehen werden. Derzeit werden mögliche Reformschritte geprüft. Wir hoffen sehr auf eine baldige Klärung der noch offenen Punkte. Sobald umsetzbare Ergebnisse vorliegen, werden wir uns dafür einsetzen, sie gesetzgeberisch schnellstmöglich umzusetzen.

Die Linke: Wir bedauern sehr, dass die überfällige Neukonzeption der Psychotherapieausbildung verschleppt und nun vor der Bundestagswahl nicht mehr zum Abschluss gebracht wurde. Schon jetzt wäre eine schnelle Übergangsregelung für die heutigen PiA notwendig gewesen. Doch nun bleiben die untragbaren Zustände für weitere Monate und vielleicht Jahre bestehen, was wir scharf kritisiert haben. DIE LINKE befürwortet ein gebührenfreies Direktstudium mit Berufserlaubnis (Approbation) und -befähigung und anschließender Weiterbildung. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung sind analog zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zu honorieren. Auch wenn der neue Studiengang auf ein bestimmtes Arbeitsfeld hin ausbildet, legen wir großen Wert

auf eine fundierte methodisch-wissenschaftliche Ausbildung im Studium. Das Leistungsspektrum in der Psychotherapie wird sich wie auch in anderen Fachgebieten weiterentwickeln. Die Richtlinien-therapie in der GKV muss an den Stand des Wissens angepasst werden. Das Studium und die Weiterbildungsangebote müssen entsprechend das gesamte Spektrum der wissenschaftlich unterlegten Verfahren umfassen. Wichtig ist eine hohe Gewichtung der systemischen bzw. soziologischen Sichtweise psychischer Probleme und Lösungsansätze. Hier sehen wir deutlichen Nachbesserungsbedarf bei den Vorschlägen des Bundesgesundheitsministeriums. Noch stärker als bei anderen Gesundheitsberufen geht es bei der Psychotherapie um Fertigkeiten und nicht nur um Wissensreproduktion. Daher ist ein stärkerer Fokus auf praktische Inhalte und Selbsterfahrung schon im Studium zu legen.

Bündnis 90/Die Grünen: Seit vielen Jahren ist bekannt, dass bei der Ausbildung von Psychotherapeut*innen Reformbedarf besteht. Doch die SPD und Union haben die dringend nötige Reform verschleppt. Deswegen gehört die Reform der Psychotherapeutenausbildung ganz oben auf die gesundheitspolitische Agenda der kommenden Legislaturperiode. Wir brauchen schnelle Verbesserungen und müssen endlich eine faire Bezahlung ermöglichen. Vor allem die prekäre finanzielle Situation der Psychotherapeut*innen in Ausbildung ist ein Problem. Die praktische Ausbildung selbst muss daher adäquat vergütet werden und darf die Teilnehmenden nicht vor finanzielle Hürden stellen. Weiter wollen wir die Zugangsregelungen zur psychotherapeutischen Ausbildung auf ein einheitliches Niveau bringen. Niedrigere Zugangsvoraussetzungen halten wir dabei für kontraproduktiv. Sie würden die Qualität der Behandlung gefährden. Jedoch sollte es weiterhin für Studierende aus vergleichbaren Fächern wie etwa der Sozialpädagogik möglich sein, eine psychotherapeutische Ausbildung aufzunehmen. Entsprechend den Forderungen des 25. Deutschen Psychotherapeutentages setzen wir uns dabei für eine Approbation nach einem wissenschaftlichen Hochschulstudium auf Master-

niveau ein. Das Studium sollte die Breite der wissenschaftlichen Grundlagen, Grundorientierungen und Wurzeln der Psychotherapie einschließen und für die Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen qualifizieren. Es dient als Grundlage für die Weiterbildung in Einrichtungen der ambulanten, stationären und komplementären Versorgung.

FDP: Eine hochwertige Ausbildung wollen wir erhalten. Wir fordern jedoch ein NC-freies Kontingent für das Erststudium, da die bisherige strikte Beschränkung dem Bedarf an qualifizierten Psychotherapeutinnen und -therapeuten zuwiderläuft. Gleichzeitig sorgen unbezahlte Pflichtpraktika und horrenden Ausbildungsgebühren nach dem Studium dafür, dass sich Universitätsabsolventen von vornherein gegen die Ausbildung zum Psychotherapeuten entscheiden. Hier muss über ein entsprechendes und ausreichendes Ausbildungs-BAföG auch für angehende Psychotherapeutinnen- und -therapeuten nachgedacht werden. Die Vergütung von Pflichtpraktika muss zur Regel werden. Die Ausbildung zum Psychotherapeuten muss grundsätzlich allen Absolventen offenstehen, unabhängig vom familiären und finanziellen Hintergrund. Das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung muss daher dringend überarbeitet werden. Die Freien Demokraten unterstützen deswegen auch den Vorschlag der deutschen Psychotherapeutenkammer, ein eigenständiges Psychotherapiestudium, angelehnt an das Medizinstudium, einzuführen.

SPD: Wir begrüßen ausdrücklich das Vorhaben zur Modernisierung der Psychotherapieausbildung. Deswegen war die Novelle des Psychotherapeutengesetzes auch schon im Koalitionsvertrag der 18. Wahlperiode vereinbart. Sie ist notwendig, um den wachsenden Bedarfen in unserer Gesellschaft Rechnung zu tragen und das Berufsbild an den gewandelten Bedürfnissen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auszurichten. Unser Ziel ist die zukünftige Direktausbildung von Psychotherapeut*innen und damit verbunden eine deutliche Verbesserung der Situation von Psychotherapeuten, die sich in Ausbildung befinden.

Dem BMG ist es leider zum Ende dieser Legislaturperiode nicht mehr gelungen, dieses Vorhaben noch auf den Weg zu bringen. Derzeit werden noch intensive Gespräche mit Verbänden und den Ländern geführt. Dies ist aus unserer Sicht auch notwendig, um eine solch bedeutende Strukturreform zum Erfolg zu führen. Die Vorbereitung des parlamentarischen Verfahrens ist damit annähernd abgeschlossen. Wir werden uns selbstverständlich in das parlamentarische Verfahren zu Beginn der 19. Wahlperiode aktiv und kritisch einbringen.

Welche Regelungen zur Nutzung internetbasierter Interventionen im psychotherapeutischen Bereich schweben Ihnen vor?

CDU/CSU: Mit dem E-Health-Gesetz haben CDU und CSU die Grundlage für eine sichere Telematik-Infrastruktur geschaffen. Wir wollen die Chancen nutzen, die die Digitalisierung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten in Deutschland bietet, und sehen bei der Telematik weitere Potenziale. So wollen wir beispielsweise prüfen, inwiefern Fernbehandlungen erleichtert werden können, ohne dabei Kompromisse bei der Sicherheit, beim Datenschutz und bei der Qualität der Therapie einzugehen. Auch internetbasierte Interventionen im psychotherapeutischen Bereich können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern und zu erweitern. Wir sagen aber auch, dass Fernbehandlungen und internetbasierte Interventionen kein Ersatz für eine Therapie bei Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sein kann. Es soll ein ergänzendes Angebot darstellen. Seelisch kranke Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass sie die Hilfe erhalten, die sie benötigen. Für die Patientinnen und Patienten besteht bei internetbasierten Interventionen im psychotherapeutischen Bereich die Gefahr, dass sie nicht die realen Therapie- und Beratungsangebote überblicken oder einschätzen können. Die Diskussion zur Nutzung internetbasierter Interventionen im psychotherapeutischen Bereich muss fortgeführt werden. Deshalb

SPD:

„Wir sehen grundsätzlich die Notwendigkeit der Zusammenführung von vertragsärztlicher und privater Honorarordnung.“

sprechen wir uns auch für die Erprobung und wissenschaftliche Evaluation dieser Interventionen aus.

Die Linke: E-Health-Anwendungen können auch in der Psychotherapie eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Sie dürfen aber keinesfalls den Anspruch an eine wohnortnahe und hochwertige Versorgung auch auf dem Land relativieren. Gerade in der Behandlung von psychisch kranken Menschen ist der persönliche Kontakt sehr wichtig, allerdings könnten die größere Distanz, die Niedrigschwelligkeit, die ständige Verfügbarkeit oder die Anonymität einer E-Health-gestützten Behandlung für einige Patientengruppen auch Vorteile bieten. Hier die Spreu vom Weizen zu trennen ist nicht Aufgabe der Politik, sondern der Wissenschaft. Es gibt kaum Anwendungen, die bezüglich ihres Nutzens für die Patientinnen und Patienten gut evaluiert sind. DIE LINKE fordert, dass schnell wissenschaftlich fundierte Kriterien für die Beurteilung von E-Health-Anwendungen entwickelt werden und diese mindestens bei kassenfinanzierten Leistungen anzuwenden sind. Ist ein Nutzen belegt, sollte die Anwendung allen Versicherten zur Verfügung stehen. Sie sollte nicht für eine weitere Verschärfung des Profilierungskampfes unter den Krankenkassen herangezogen werden.

Bündnis 90/Die Grünen: Wir stehen neuen Behandlungsmöglichkeiten durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen positiv gegenüber. Sie können die Versorgung vor, nach, aber auch während der psychotherapeutischen Behandlung sinnvoll ergänzen. Bei diesen Interventionen muss einerseits durch entsprechende Regelungen die Qualität sichergestellt werden, andererseits ist auch eine Weiterentwicklung der Vergütung notwendig. Auch das bestehende Fernbehandlungsverbot ist nicht mehr zeitgemäß und gehört auf den Prüfstand.

FDP: Wir begrüßen den Einsatz telemedizinischer Unterstützung mit einem Minimum an bürokratischer Belastung, damit Psychotherapeutinnen und -therapeuten flexibel ihre wichtige Aufgabe

erfüllen können. Hierzu benötigt es einen umgehenden Ausbau des Glasfasernetzes gerade für solche wichtigen Aufgaben. Gleichzeitig hat der persönliche Kontakt zwischen Patienten und Therapeuten absolute Priorität. Die Telemedizin kann gerade in diesem sensiblen Bereich die persönliche Behandlung nie ersetzen.

SPD: Die fortgesetzte Digitalisierung des Gesundheitswesens ist eine der zentralen Herausforderungen auch für die 19. Wahlperiode. Wir haben mit dem E-Health-Gesetz im Jahr 2015 die Rahmenbedingungen für eine nunmehr zügige Umsetzung der Telematik-Infrastruktur und einen Ausbau telemedizinischer Angebote geschaffen. Wir sehen im Ausbau der Telemedizin einen wichtigen Baustein zur Sicherung der Versorgung der Patientinnen und Patienten in Stadt und Land. Daher begrüßen wir beispielsweise das Modellprojekt in Baden-Württemberg zur telemedizinischen Versorgung ohne vorherigen persönlichen Patienten-Arzt-Kontakt. Für uns steht außer Zweifel, dass gerade die Videosprechstunde einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen Versorgung von Patient*innen mit Psychotherapie leisten wird. Modelle wie das der AOK-Nordost zur Videosprechstunde in der Psychotherapie halten wir für wegweisend. Wir behalten die Entwicklung genau im Auge. Sobald konkrete Ergebnisse vorliegen, werden wir gegebenenfalls auch ordnungspolitische Änderungen anstoßen.

Welche Rolle sehen Sie für die Psychotherapeuten in den Gremien der Selbstverwaltung?

CDU/CSU: Der Staat gibt die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben zur Sicherstellung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland vor. Die gemeinsame Selbstverwaltung organisiert diese auf dieser Grundlage in eigener Verantwortung. Wir erwarten, dass die Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung verantwortungsbewusst einbringen und zur Sicherstellung der Versorgung beitragen.

Die Linke: Wir haben derzeit keine konkreten Pläne, die Rolle der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Gremien der Selbstverwaltung zu ändern. Wir sind aber, wie bereits oben erwähnt, für Gespräche über diesbezügliche Ideen offen.

Bündnis 90/Die Grünen: Wir wollen, dass sichergestellt ist, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei allen ihre Belange berührenden Fragen hinreichend in den Gremien der Selbstverwaltung einbezogen werden und die Möglichkeit haben, ihre Haltung darzulegen.

FDP: Wir Freie Demokraten setzen uns dafür ein, dass die Selbstverwaltung als Element von Freiberuflichkeit und Selbstorganisation wieder von staatlichen Fesseln befreit wird. Denn ein Großteil der Berufe im Gesundheitswesen sind freie Berufe. Sie sollen in der Behandlung nur ihrem Wissen und Gewissen, ihrer Ausbildung und Erfahrung und vor allem ihren Patientinnen und Patienten verpflichtet sein. Dafür brauchen sie Freiheit von staatlichen und wirtschaftlichen Zwängen. Hierzu gehört auch eine gesicherte und angemessene Repräsentanz der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in den Gremien der Selbstverwaltung ohne eine willkürliche Begrenzung der Sitzverteilung.

SPD: Die SPD erkennt die Selbstverwaltung als einen Eckpfeiler des deutschen Gesundheitssystems und wird auch in Zukunft für dieses Prinzip Partei ergreifen. Diese Form der Organisation in eigener Sache hat für den Ordnungsgeber den klaren Vorteil, dass diejenigen sachdienliche Entscheidungen vorschlagen und mit treffen, die über den notwendigen Sachverstand im Detail verfügen und letztlich für deren Umsetzung zu sorgen haben. Dies schließt selbstverständlich die Psychotherapeut*innenschaft mit ein, die die vertragsärztliche Versorgung sachgerecht mitgestaltet. So direkt in den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen und indirekt in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern, vermittelt über die Vertreter*innen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

BEDARFSGERECHT UND WOHNORTNAH

**Anspruch und Wirklichkeit der
psychotherapeutischen
Versorgung in Ost und West**

**29. SEPTEMBER 2017
18.00 UHR, ERFURT**

Input:

- Dr. Sabine Köhler, Vorsitzende des BVDP
- Prof. Dr. Frank Jacobi, Psychologische Hochschule Berlin
- Dr. Bernhard Gibis, KBV

Anschließend Diskussion

Veranstaltungsort: Dorint Hotel am Dom Erfurt

Die Teilnahme ist kostenfrei. Fortbildungspunkte sind beantragt.

Anmeldung: bvvp@bvvp.de

www.bvvp.de

Bin ich schon drin?

Das digitale Netzwerk des deutschen Gesundheitswesens nimmt Gestalt an. Niedergelassene müssen innerhalb eines Jahres ihre Praxis mit der Telematik-Infrastruktur verbinden. Was kommt auf uns zu?

Von **Mathias Heinicke**

— **Die Volldigitalisierung** des deutschen Gesundheitswesens darf ohne Übertreibung als eines der größten derartigen Projekte in der Welt betrachtet werden: 70 Millionen Versicherte, 150.000 Praxen, 50.000 Zahnarztpraxen, 2.000 Kliniken, 20.000 Apotheken und unzählige Nutzer aufseiten der Kostenträger gilt es miteinander zu verknüpfen. Zwar gab es Vorläuferprojekte in anderen Ländern Europas, doch deren Systeme waren deutlich einfacher gehalten als die jetzt anlaufende Telematik-Infrastruktur (TI). Erinnerungen an die Lkw-Maut und Toll Collect werden wach.

Wie wir zur Telematik kamen

Das deutsche Gesundheitswesen soll voll-digital arbeiten. Dieses Ziel haben die jeweils amtierenden Bundesregierungen seit den späten 1970er-Jahren ausgegeben. Ziel damals wie heute waren Kostenein-

sparungen. Bereits 1978 startete die Politik einen Versuch, einen bundeseinheitlichen Versichertenalausweis aufzulegen. Der Verwaltungsaufwand, der durch die Beantragung und Ausgabe der papierernen Krankenscheine entstand, war erheblich. Es gelang allerdings erst 1995 einen einheitlichen Standard für Versicherungsausweise zu etablieren: Es wurde die Krankenversichertenkarte (KVK) ausgegeben. Gleichzeitig wurden alle Praxen und Krankenhäuser mit den entsprechenden Kartenlesegeräten ausgestattet. Damit konnten die Daten des Versicherten in der Praxis erstmals elektronisch erfasst und weiterverarbeitet werden. Der Startschuss für die Telematik. Bereits bei Einführung der KVK gab es die Idee einer elektronischen Gesundheitsakte, allerdings dachte man damals noch allein an die Speicherung wichtiger Notfalldaten. Technisch scheiterte dies zu diesem Zeit-

punkt, weil der Chip der ausgegebenen KVK zusätzlich zu den Stammdaten des Versicherten nur noch fünf weitere Zeichen speichern konnte. Um die technisch notwendigen Änderungen vereinheitlicht voranzubringen, wurde 2005 die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) gegründet. Als Gesellschafter der gematik fungieren Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Deutscher Apothekerverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Angetrieben durch den Lipobay-Skandal 2011 wurde die Entwicklung einer neueren, speicherstärkeren Karte vorangetrieben. Ab 2012 wurde dann die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ausgegeben. Die geplante Speicherung von Daten auf der Karte scheiterte an datenschutzrechtlichen Bedenken. Um dem

Die tägliche Arbeitsweise wird sich durch den Anschluss an die Telematik- Infrastruktur nur minimal verändern. Den Großteil der Arbeit erledigen die Praxissysteme automatisch

Projekt von politischer Seite neuen Schwung zu verleihen, wurden 2015 das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (E-Health-Gesetz) verabschiedet und Telematik-Anwendungen in § 291 ff. SGB V festgeschrieben. Darin wurden auch erstmals konkrete Fristen für die Einführung der Telematik genannt, die nun umgesetzt werden.

Aufbau der Telematik-Infrastruktur

Das zentrale Netzwerk ist als Virtuelles Privates Netzwerk (VPN) ausgelegt, das heißt bei bestehender „normaler“ Internetverbindung wird zusätzlich eine hochverschlüsselte Verbindung in der Verbindung geöffnet. Bei der Konstruktion des Netzwerks wurde ein großer Schwerpunkt auf die Datensicherheit gelegt. Wo immer möglich wurden Trennungen der Strukturelemente des Netzwerks vorgenommen. So sind die fünf Komponenten des Netzwerks – Primärsysteme der Anwender (Praxissoftware), dezentrale Vermittlung (TI-Konnektor in der Praxis), zentrale Vermittlung (TI-Datenbankdienste auf Zentralservern), Fachdienste der TI (Datenbankdienste der Kostenträger) und Mehrwertdienste (zum Beispiel KV-SafeNet) – immer nur im Verbund funktionsfähig. Fehlt eine Komponente, erhält der Nutzer keinen Zugriff. Wichtigstes Element in diesem Zusammenhang ist der Konnektor. Er stellt einerseits die Hardwareverbindung ins VPN samt Verschlüsselung sicher, funktioniert aber andererseits nur, wenn der Nutzer alle 24 Stunden die ebenfalls neue Praxiskarte (SMC-B) ins Gerät einsteckt und per PIN-Code freischaltet. Stark vereinfacht ausgedrückt funktioniert der Konnektor wie ein Bankautomat. Das Gerät hat den Zugang, funktioniert aber nur in Verbindung mit Karte und PIN. Statt Bargeld geht es aber eben um Daten.

Die neue Praxishardware

Der **Konnektor** ist der Zugang zur TI. Hier werden die von der Praxis-EDV ankomen-

menden Daten verschlüsselt und in das VPN der TI eingespeist. Hierbei kommt einerseits ein fest verbauter Codierschlüssel zum Einsatz, andererseits der Code von der **Praxiskarte (SMC-B)**. Die Praxiskarte (SMC-B) wird zum Betrieb des Konnektors benötigt. Nur mit gesteckter SMC-B und nach Eingabe des PIN-Codes kann der Konnektor funktionieren. Wie bisher auch werden die Daten von der eGK mittels eines stationären Kartenlesegeräts in die EDV übertragen. **Die neuen stationären Lesegeräte** verfügen dabei auch über die Fähigkeit, die Datensätze gegebenenfalls auf die Versichertenkarte zu schreiben. Laut gematik müssen aus „Sicherheitsgründen“ alle bisherigen Geräte ersetzt werden. Gleiches gilt generell für mobile Kartenlesegeräte, obwohl – mangels neuer zugelassener Geräte – die bisherigen Geräte zunächst weiterhin im Einsatz bleiben dürfen. Der **Elektronische Heilberufsausweis** soll zukünftig Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Apotheker und Angehörige anderer Gesundheitsberufe im digitalen Netzwerk des deutschen Gesundheitswesens identifizieren. Durch diesen Ausweis können dann Nachrichten entschlüsselt werden und vor allem rechtssichere elektronische Unterschriften erstellt werden (durch die sogenannte qualifizierte elektronische Signatur, QES).

Anschluss der Komponenten in der Praxis

Vordergründig hat die Datensicherheit beim Projekt TI absolute Priorität. Damit

wird auch der enorme Installationsaufwand begründet. Zwar sind die Komponenten selbst recht einfach zu installieren, aber um jedwede Manipulation zu vermeiden, dürfen nur „speziell geschulte“ Techniker den Anschluss übernehmen. Ebenso werden die Komponenten vom Techniker selbst oder per Kurier geliefert. Der Konnektor muss – wenn er im Praxisablauf mehr als 30 Minuten unbeaufsichtigt bleibt – in einem einzeln abgeschlossenen Raum untergebracht werden. Mit diesen Sicherheitsbedenken wird auch der sehr teure Komplettaustausch der Lesegeräte begründet.

Für den Anschluss der Geräte in der Praxis kommen je nach EDV-Ausstattung drei Szenarien infrage

1) Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung: In der Praxis gibt es einen PC. Dieser ist mit einem Konnektor und einem Lesegerät verbunden. Daneben gibt es einen zweiten Konnektor und ein zweites Lesegerät, welche online sind. Nachteile dieser Methode: Es müssen zwei Konnektoren und zwei Lesegeräte angeschafft werden. Außerdem muss die eGK zwischen den Geräten umgesteckt werden. Vorteil: Praxis-PC und Praxis-Software sind dauerhaft vom Netz getrennt.

2) Stand-alone-Szenario: In der Praxis gibt es einen PC, einen Konnektor und ein Lesegerät. PC und Lesegerät werden mit dem Konnektor verbunden. Für kleinere Praxen empfehlenswert.

3) Integriertes Szenario: Bei dieser Variante werden Konnektor und Kartenterminal mit dem Praxisnetzwerk (LAN) verbunden. Die Praxis geht bei diesem Szenario als Ganzes ans Netz. Vor allem für größere Praxen empfehlenswert.

Veränderungen in der Praxis

Neben den oben beschriebenen neuen Geräten und Karten werden durch die TI für jede Praxis ein dauerhafter Internetanschluss und ein Vertrag mit einem VPN-Zugangsdienst Pflicht. Die tägliche Arbeitsweise wird sich durch den Anschluss

Nach 40 Jahren technischer Entwicklung und (berufs-)politischer Debatte stehen wir kurz vor der Volldigitalisierung des deutschen Gesundheitswesens

an die TI wohl nur minimal verändern. Den Großteil der Arbeit werden die Praxissysteme automatisch erledigen.

Als erste Anwendung wurde am 1. Juli 2017 das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) freigegeben. Dieses ist für alle Praxen ab dem 1. Juli 2018 verpflichtend. Wird eine eGK zum ersten Mal im Quartal eingelese, ist das VSDM zwingend durchzuführen. In der Praxis wird dabei wie immer die eGK eingelese. Alle weiteren Schritte des VSDM werden die Praxisprogramme dann automatisch erledigen. Es werden dabei nach Angaben der gematik keine Daten der einlesenden Praxis an die Kostenträger übermittelt. Die Durchführung des Datenabgleichs wird sowohl auf der eGK des Versicherten als auch in der Praxissoftware dokumentiert. Der Prüfnachweis ist mit der Quartalsabrechnung an die KV zu übertragen. In der Praxissoftware werden Datum und Uhrzeit der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten, das Ergebnis der Online-Prüfung und die Aktualisierung als Code sowie die Quittung des Stammdatenservers in Form einer Prüfziffer gespeichert. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass für den Fall, dass eine eGK als ungültig markiert wird, der Patient als nicht versichert gilt und entsprechend nicht zulasten der GKV behandelt werden darf.

Neben dem VSDM sind bereits weitere Dienste freigeschaltet bzw. werden sukzessive zugeschaltet. Konkret sind dies der elektronische Medikationsplan (2018), der eArztbrief (2017), Telekonsile für Röntgenbilder, Videosprechstunden (2017), die Speicherung von Notfalldaten auf der eGK (ab Januar 2018) und eine elektronische Patientenakte mit elektronischem Patientenfach (ab 2019).

Die KBV hat mit den Kostenträgern eine Erstattung der zur Installation der TI notwendigen Auslagen vereinbart. Dies soll die Kosten für Einrichtung und Betrieb der TI vollkommen abdecken. Die genaue Vereinbarung findet sich auf den Internet-

seiten der KBV. Wichtig: Von der KV wird nur der zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme des VSDM gültige Erstattungssatz übernommen. Eventuelle Differenzen zu Beträgen, die Ihr Softwarehaus Ihnen in Rechnung stellt, tragen Sie selbst.

Was ist aktuell zu tun?

Diese Frage lässt sich derzeit kurz und knapp beantworten: **Im Moment können Sie noch nichts tun!** Aufgrund von Veränderungen an EDV-Codes gibt es derzeit keine zugelassenen Geräte für die TI. Die gematik selbst schreibt (Stand: 1. Juli 2017) auf ihrer Website: „Im Moment gibt es noch keine Geräte, die für den bundesweiten Online-Produktivbetrieb der Telematik-Infrastruktur zugelassen sind. Das gilt für stationäre und mobile Kartenlesegeräte und auch Konnektoren. Erste Zulassungsanträge von Herstellern liegen vor.“ Das Bundesgesundheitsministerium hat inzwischen offiziell die Installationsfrist für die Praxen bis zum 1. Januar 2019 verlängert. Als erster Hersteller wird die CompuGroup Medical (CGM) einen zugelassenen Konnektor anbieten können. Dieser wird für den November 2017 erwartet. Preisangaben für den freien Markt konnte CGM noch nicht machen, es existiert aber ein Frühbucherangebot für Bestandskunden in Höhe von 3.600 Euro. Gleiches gilt für die Serviceverträge mit IT-Dienstleistern für den Zugang zum sicheren Netz. Es gibt derzeit keine Zulassungen. Eine jetzt vorab getätigte Bestellung sichert übrigens auch keinen

höheren Erstattungsbetrag für die Geräte, denn gezahlt wird der zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme gültige Betrag.

Fazit

Die TI ist der letzte große Baustein zur Inbetriebnahme des digitalen Netzwerks des deutschen Gesundheitswesens. Wie stabil und sicher dieses Netz ist, wird sich erst zeigen müssen. Im Moment ist der Markt geprägt von eng gesetzten, politisch motivierten Terminen. Fristen wurden willkürlich gesetzt, und die Industrie kann die benötigten Komponenten noch gar nicht liefern. Wie bei jedem neuen Produkt werden die Preise zunächst sehr hoch sein, aber sicherlich im Laufe der Zeit fallen. Lassen Sie sich nicht durch „Frühbucherangebote“ drängen! Dass die Gerätepreise höher steigen als derzeit, ist nicht zu erwarten, da die gematik neben CGM noch ein weiteres Unternehmen mit der Herstellung eines Konnektors beauftragt hat. Bedenken Sie bei derartigen Angeboten auch immer die Folgekosten. Wenn Konnektor und VPN-Zugang gebündelt werden, sollten Sie auch auf die Laufzeiten achten.

Die bvvp-Dienstleistungen (Herr Falke, falke@bvvp.de, Telefon: 04182 286250, Mobil: 0171 3583376) werden den Mitgliedern zeitnah ein Angebot übermitteln, sobald dies möglich ist.



Foto: Privat

Dipl.-Psych. Mathias Heinicke

ist Psychologischer Psychotherapeut in einer fachübergreifenden überörtlichen Gemeinschaftspraxis in Stuttgart und Schwäbisch Gmünd. Er ist Beisitzer im Vorstand des VVP Nordwürttemberg und stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Baden-Württemberg.



Vielen Dank für die Blumen: Zwölf Jahre dauerte die Geburt des neuen bvvv-Landesverbands in Thüringen. Ariadne Sartorius, bvvv-Bundesvorstand (4. von rechts), und die Leiterin der bvvv Geschäftsstelle Beya Stickel (3. von rechts) mit dem neu gewählten Vorstand des Landesverbandes Thüringen.

Im Osten viel Neues

Wie ein neuer Landesverband in Thüringen entstand

Von **Juliane Sim**, Vorsitzende im bvvv-Landesverband Thüringen

Der Grundstein für den Landesverband wurde bereits vor zwölf Jahren gelegt: Michael Grunert hielt 2005 die erste bvvv-Veranstaltung auf thüringischem Boden ab. Zwei Jahre später konnte er seinen Kollegen Andreas Jost als Ansprechpartner für Thüringen sowie für Musterklagen gewinnen. Weitere Veranstaltungen zu Honorar- und Abrechnungsfragen folgten, die wiederum neue Einzelmitglieder nach sich zogen. 2014 begann eine fruchtbare Kooperation mit der dgvt-BV und dem VPP Mitteldeutschland: Die gemeinsam organisierten Informationsveranstaltungen fanden viel Zulauf. Und auch auf berufspolitischer Ebene tat sich einiges: Die im Zuge der letzten KV-Wahl gemeinsam organisierte Liste konnte erfolgreich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen – ein Mitglied in der Vertreterversammlung sowie vier Mitglieder und zwei Stellvertretende im Beratenden Fachausschuss.

Richtig Schwung nahmen die Gründungsbestrebungen auf Initiative von Sabine Schober auf. Die Kinder- und Ju-

Von der ersten Veranstaltung bis zum Landesverband in zwölf Jahren

gendlichenpsychotherapeutin aus Sömmerda hatte sich nach ihrer Teilnahme bei der DV in Berlin dazu bereit erklärt, die Landesverbandsgründung voranzutreiben. Durch weitere Veranstaltungen und Mund-zu-Mund-Propaganda wuchs das Gründungsteam auf insgesamt neun Personen an. In vielen Vorbereitungssitzungen wurden gemeinsam mit Ulrike Ruppin, Monika Sommer, Susanne Sierich, Friedhelm Krull und Armin Kreis sowie Sebastian Jugert und Juliane Sim (ehemals Vorstand des VPP Mitteldeutschland) eine Satzung ausgearbeitet, die Höhe der Beiträge diskutiert und inhaltliche Ziele für die zukünftige Zusammenarbeit festgelegt.

Am 7. Juni 2017 war es dann so weit: In Weimar wurde der bvvv-Landesverband Thüringen gemeinsam mit Thüringer

bvvv-Einzelmitgliedern, interessierten Kolleginnen und Kollegen sowie vielen Gästen aus anderen Landesverbänden ins Leben gerufen. Benedikt Waldherr gab zu Beginn einen kurzen Abriss über 50 Jahre Psychotherapie-Richtlinie und die Geschichte des bvvv, Ariadne Sartorius informierte über die aktuellsten Veränderungen der Richtlinienreform und stellte sich unzähligen Fragen zu deren Umsetzung. Über die neuen Abrechnungsmodalitäten, Ziffern und Vergütung referierte Sebastian Jugert, Dr. Andreas Jost stellte die neuen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und deren Umsetzung vor. Höhepunkt war jedoch der Vortrag von Tilo Silwedel. Er berichtete über die Hintergründe der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen und schilderte ausführlich, dass vorrangig nur über Widersprüche ein angemessenes und gerechteres Honorar erstreitbar ist. Passend dazu stellte er die Arbeit der bvvv-Rechts-AG vor und gab einen Überblick über laufende Musterklageverfahren.

Dem Vortragsteil folgte dann die Gründungsveranstaltung des neuen Landesverbandes: Nach der Verabschiedung von Satzung und Beitragsordnung wurden jeweils einstimmig Juliane Sim als Vorsitzende, Dr. Andreas Jost als 2. Vorsitzender und Schriftführer und Sebastian Jugert als 2. Vorsitzender und Schatzmeister gewählt. Ulrike Ruppin, Sabine Schober, Monika Sommer und Friedhelm Krull werden den Vorstand für die nächsten zwei Jahre als Beisitzer und Beisitzerinnen unterstützen. Des Weiteren haben die Aktiven im Landesvorstand ihre Arbeit im Verband vorgestellt: Sie planen für die Zukunft diverse Aktivitäten, zum Beispiel Stammtische und Infoveranstaltungen zu aktuellen Themen.



Foto: Privat

Juliane Sim

ist Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis in Unterwellenborn (Thüringen) und

Vorsitzende im bvvv-Landesverband Thüringen.



Wenn die Chemie nicht stimmt ...

Psychotherapie und Psychopharmakotherapie – nicht selten gehen sie Hand in Hand miteinander. Und doch vertragen sie sich nicht gut. Unterschiedliche Krankheitskonzepte und Wege der Veränderung konkurrieren miteinander. Die Entdeckung der Psychopharmaka, die in der Folge gewonnenen Erkenntnisse über die Biochemie des Gehirns und die rasant wachsenden Forschungsmöglichkeiten haben biologisch determinierte Krankheits- und Behandlungsvorstellungen etabliert.

Dem standen und stehen psychologisch determinierte Krankheitsvorstellungen und daraus resultierende Behandlungskonzepte gegenüber, die auf die Wirksamkeit des Verständnisses der eigenen tieferen Beziehungs- oder Lerngeschichte im Rahmen der korrigierenden therapeutischen Beziehung setzen.

Für beide Seiten ist dies eine hochbefriedigende Erfahrung, deren Effektivität nicht infrage gestellt werden kann – und die ebenfalls mit einer Veränderung der Biochemie des Gehirns einhergeht! Die spannende Nachricht: Eine Integration ist dringend notwendig – und sie ist möglich!

Streitthema Psychopharmaka

Eintritt in einen Dialog

Von **Angelika Haun**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

Psychopharmaka sind oder waren im Erleben von uns Psychotherapeuten in erster Linie der Behandlung in der Psychiatrie zugeordnet. Dort haben sie seit ihrer Entdeckung in der Mitte des vorigen Jahrhunderts eine Welle von Forschungsaktivitäten, Erkenntnissen und Veränderungen in den Krankheitskonzepten hervorgerufen. Seitdem hat sich unser Wissen über neurophysiologische und biochemische Prozesse in unserem Gehirn fulminant weiterentwickelt. Die genauere Kenntnis darüber, in welche Neurotransmitterprozesse welche Arzneimittelgruppen eingreifen, hat zu biologischen Vorstellungen der Krankheitsentstehung geführt, die nachher so monokausal aber doch nicht haltbar waren.

Schon die unterschiedlichen psychiatrischen Konzepte, die Sozialpsychiatrie versus biologische Psychiatrie, lagen im Streit um die Krankheits- und Behandlungskonzepte. Psychotherapeuten sind dem immer mit großer Skepsis begegnet. Sie arbeiten mit psychologischen Mitteln an den Symptomkomplexen der Seele und suchen den Weg über die persönliche Subjektivität und Geschichte des Patienten, über die Veränderung in der Beziehungsarbeit. Freud war als Neurophysiologe den chemischen Vorgängen im Gehirn gegenüber offener eingestellt als viele seiner Nachfolger. Er stellte 1940 im „Abriss der Psychoanalyse“ fest, dass wir zur Stärkung des Ichs, die ihm ein großes Anliegen war, auf psychologische Mittel konzentriert seien, denn „derzeit haben wir keine anderen“. Freud fährt aber fort: „Die Zukunft mag

uns lehren, mit besonderen chemischen Stoffen die Energiemengen und deren Verteilung im seelischen Apparat direkt zu beeinflussen. Vielleicht ergeben sich noch ungeahnte andere Möglichkeiten der Therapie. Vorläufig steht uns nichts Besseres zu Gebote als die psychoanalytische Technik, und darum sollte man sie trotz ihrer Beschränkungen nicht verachten.“

Das Bild von der guten Psychotherapie und der gefährlichen Psychopharmako- therapie lässt sich nicht aufrechterhalten

Diese Hoffnung hat sich mit der Entwicklung der Psychopharmakologie längst nicht erfüllt. Es zeigt sich, dass Wirkweisen nicht spezifisch sind, nicht konkrete Symptome angehen können und dass in der Geschichte ihrer Weiterentwicklung zwar Veränderungen in den Nebenwirkungsprofilen erreicht werden können, echte Innovationen in der Krankheitsbehandlung aber fehlen. Andersherum wissen wir in der Zwischenzeit, dass auch Psychotherapie messbar verändernd eingreift in die biochemischen Vorgänge des Gehirns. Daneben wissen wir auch, dass sie durchaus auch manipulativ sein kann, ein Instrument der Herrschaft. Das Bild

von der guten Psychotherapie und der gefährlichen Psychopharmakotherapie lässt sich so einfach allenfalls unter allerlei Verleugnungen aufrechterhalten.

Zudem ist es in der Psychotherapie so, dass Psychotherapeuten immer mehr Krankheitsbilder behandeln, die Freud zum Beispiel noch für unbehandelbar gehalten hat, und dass die Psychopharmakotherapie in diesem Zusammenhang eine immer größere Rolle spielt, wobei sie aber schlecht integriert wird und immer ein minderwertiger Bestandteil der „eigentlichen“ Therapie zu sein scheint.

Ganz brisant wird dieses Thema in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, wo die pharmazeutische Behandlung in das noch unausgereifte neurophysiologische System des Gehirns eingreift. Dort wird sie wegen dieser entwicklungsbedingten erhöhten Veränderbarkeit unwiderrufliche Spuren hinterlassen. Wenn das zudem auf einen ausgesprochen heterogenen Symptomenkomplex wie ADHS trifft, scheiden sich die Geister. Psychopharmakotherapie erscheint oft unkritisch, geradezu fahrlässig eingesetzt, dann wieder als letzter Notnagel, häufig mit eher mangelndem Verständnis oder mangelndem Blick für die psychodynamischen Hintergründe. Dieser Streit um die Zugangswege schlägt sich auch in der Leitlinienarbeit nieder.

In unserem Schwerpunkt möchten wir dieses hochkomplexe Thema aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten und eine Annäherung zur Integration versuchen.



Illustration: Lesprenger

Versuch einer Integration

Ein psychodynamischer Blick auf die Psychopharmakotherapie in der Psychotherapie

Von **Angelika Haun**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

__ **Das Verhältnis** zwischen Psychotherapie und Pharmakotherapie war schon immer schwierig. Man vermutete besonders in den psychodynamisch fundierten Therapieverfahren, dass die Gabe von Psychopharmaka in Kombination mit der Psychotherapie die Bereitschaft der Patienten beeinträchtigt, an sich selbst zu arbeiten, Konflikte tiefer zu verstehen und sich mit den damit in Zusammenhang stehenden konflikthaften Gefühlen auseinanderzusetzen. Man erwartete, dass die Gefahr von Symptomverschiebungen steigt. Außerdem befürchtete man unter

Medikamenteneinnahme negative Effekte auf das Autonomiebedürfnis der Patienten. Allerdings hat sich im Lauf der Zeit das Indikationsspektrum für ambulante Psychotherapie deutlich verändert, und auch Behandlungstechniken haben sich differenziert. Wir sehen häufig mittelschwer bis schwer depressive Patienten, solche mit ausgeprägten komorbiden Persönlichkeitsstörungen. Schwere Traumafolgestörungen und Psychosen gehören ebenfalls mittlerweile zum Indikationsspektrum für ambulante Psychotherapie. Auf eine Medikation kann hier manchmal

nicht verzichtet werden. Unter Umständen gilt es heute in manchen Situationen sogar als Kunstfehler, darauf zu verzichten. In vielen Therapiestudien konnten die oben beschriebenen negativen Effekte der Medikation nicht bestätigt werden. Die S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ kommt aufgrund der Studienlage zu folgenden Empfehlungen: Bei leichten bis mittelschweren Episoden ist die Psychotherapie gleichwertig zur Therapie mit Antidepressiva (mit höchster empirischer Evidenz!). Bei akuten schweren Episoden sollte eine Kombinationsbehandlung

erfolgen. Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression ist die Kombinationstherapie einer Monotherapie überlegen. Und besonders im Langzeitverlauf und mit Blick auf die Nachhaltigkeit ist die Kombinationstherapie der medikamentösen Monotherapie eindeutig überlegen.

In vielen Situationen – und das deckt sich mit meiner persönlichen Erfahrung in der eigenen Praxis – scheint es sogar so, dass die begleitende Pharmakotherapie die Arbeit in der Psychotherapie erst ermöglicht oder sie deutlich belebt. Mir fällt kein einziger Fall in der 25-jährigen Geschichte meiner Praxistätigkeit ein, wo es unter Psychopharmakotherapie – hier denke ich an Antidepressiva – zu einem Therapieabbruch gekommen wäre oder zu einem nachlässigeren Umgang mit der Therapie. Zunächst einmal scheinen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie mit ihrem unterschiedlichen Krankheitsverständnis und Wirkmechanismus in Konkurrenz zueinander zu stehen: Psychopharmaka für die physische Einwirkung in die Biochemie der Gefühle und Symptome und Psychotherapie für die Bearbeitung der inneren Zusammenhänge in der Seele. Diese Aufteilung lässt sich nach neueren Forschungsergebnissen nicht mehr aufrechterhalten. Zum einen werden Psychopharmaka nicht einfach nur verordnet. Es gibt eine Dynamik der Einnahme, Akzeptanz und Adhärenz und der damit verbundenen Vorstellungen, die hochbedeutsam ist für die Wirksamkeit. Zum anderen wirken Medikamente nicht spezifisch an einer bestimmten Stelle im Gehirn gegen eine bestimmte Krankheit oder bestimmte Symptome. Sie wirken auf die Biochemie des Gehirns ein, indem sie die dortige Regulation des neurophysiologischen Systems verändern – mit einer Vielzahl an psychologischen Folgen. Wir wissen heute, dass auch Psychotherapie die Biochemie des Gehirns verändert, messbar und in ähnlicher Weise. Wenn wir also auf die vereinfachte Vorstellung des Entweder-oder nicht mehr zurückgreifen können, müssen wir uns fragen: In welcher Weise wirken beide Therapieformen dann zusammen? Ad-

dieren sich die Effekte einfach, sind es also Synergieeffekte, oder müssen wir das in einer psychodynamischen Betrachtungsweise differenzierter verstehen?

Wenn wir innerhalb einer Psychotherapie Medikamente verordnen oder durch einen psychiatrischen Kollegen verordnen lassen, hat das immer Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. Umgekehrt hat die therapeutische Beziehung Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Medikation. Sinnvoll und notwendig wäre also eine psychodynamische Betrachtung in der Beziehungsdialektik von beiden. Die Verordnung von Medikamenten oder auch nur der Hinweis darauf findet innerhalb der aktuell wirksamen therapeutischen Beziehung statt, sie trifft auf einen beim Patienten andauernden Grundkonflikt

In manchen Situationen gilt es heute als Kunstfehler, auf den Einsatz von Psychopharmaka zu verzichten

und ist außerdem eingebettet in eine gesellschaftliche Umgebungs-konstellation. Aus alledem entsteht eine Dynamik, die wirksam wird, auch dann und sogar besonders dann, wenn sie nicht reflektiert wird. Der Patient wird Übertragungen haben auf das Medikament, ebenso wie er Übertragungen hat auf den Therapeuten und/oder den verordnenden Arzt. Eine häufige Übertragung gründet zum Beispiel in einem Autonomie-Abhängigkeitskonflikt mit der Fantasie, dass man mit dem Medikament die Kontrolle über sich selbst verlieren könnte. Es kann auch die Fantasie entstehen, ohne das Medikament, also autonom, nicht lebensfähig zu sein, mit der Folge, die eigenen Kompetenzen im Verständnis des Krankheitsgeschehens gering zu achten. Im Konflikt zwischen Kontrolle versus Unterwerfung kann das Medikament zusammen mit

dem verordnenden Psychiater oder Psychotherapeuten als machtvolles Objekt erlebt werden, das Unterwerfung verlangt. In diesem Fall wird die heimliche Gegenwehr des Patienten die Adhärenz beeinträchtigen. Nicht selten bilden aber auch Wünsche, sich passiv versorgen zu lassen, den Boden eines Versorgungs-Autarkie-konfliktes, sodass Medikamente unter Umständen zu bereitwillig und Dosierungen zu unkritisch angenommen werden. Die damit einhergehende Omnipotenzübertragung auf den verordnenden Arzt und sein Medikament bleiben unter Umständen unbeachtet.

Der Einsatz eines Medikaments löst aber auch in der Gegenübertragung des Therapeuten einiges aus. Viele psychodynamisch arbeitende Psychotherapeuten vertreten ein Krankheitsverständnis, in dem eine medikamentöse Behandlung als reine Ultima Ratio betrachtet wird. Sie wollen heilen durch einen verstehenden Zugang und ihre Beziehung. Medikamente werden dann zwar verordnet, bleiben aber randständig in der Therapie, ein Angriff auf das therapeutische Selbstverständnis, möglicherweise vom Therapeuten als eine Art Versagen seiner therapeutischen Kompetenz betrachtet, etwas schamvoll verschwiegen und damit nicht eingebunden in den Reflexionsprozess und die dazugehörige Krankheitskonzeption, die dem Patienten gegenüber vertreten wird. Der Patient kann die Hinzuziehung eines Medikaments dann als Distanzierung des Therapeuten betrachten im Sinne von: Mein Therapeut weiß nicht mehr weiter mit mir, er hat genug vom Reden mit mir, er verlässt den Versuch, mich mit mir zusammen in meiner Geschichte zu verstehen. Es kann aber auch eine ausgesprochene Expertenübertragung entstehen, womöglich mit einer entsprechenden Selbstattribution beim verordnenden Therapeuten. Er gerät unversehens in eine ärztliche Rolle, einer, der über das Medikament, die medizinischen Zusammenhänge und seinen Patienten Bescheid weiß, was den Patienten wiederum zum Objekt macht. Das wird gleichzeitig die Fähigkeit zur gleichschwebenden Aufmerksamkeit beim Therapeuten be-

einträchtigen. Er muss dann zwei verschiedene Grundhaltungen miteinander vereinbaren. Diesen Paradigmenwechsel wird er nicht reflexiv in die Therapie einbringen können, wenn er nicht die psychodynamische Bedeutung und Wirksamkeit des Medikaments beachtet. Und er wird in Gefahr sein, die Symptome des Patienten nicht mehr als Ausdruck seiner Subjektivität und seines persönlichen Erfahrungshintergrundes zu betrachten, sondern als Hinweis auf die Wirksamkeit oder mangelnde Wirksamkeit des Medikaments. Die Medikamentenverordnung kann auch ein Ausdruck der Gegenübertragungsangst des Therapeuten beim ängstlichen Patienten sein. Die Medikation kann dann eine Scheinsicherheit schaffen, hinter die sich der Therapeut zurückziehen kann.

Wie kann nun eine Medikation in dieser Gemengelage zur Voraussetzung einer psychotherapeutischen Beziehung werden? Medikamente haben eine eigenständige biologische Wirkung und greifen meist auf der Ebene der synaptischen Schaltung ein und regeln damit auf verschiedene Weise das Angebot an neurochemischen Stoffen im Gehirn. Es kommt dabei nicht auf die direkten biochemischen Wirkmechanismen an, sondern auf die psychologischen Auswirkungen, die durch die Veränderung in der Regulierung der Überträgerstoffe eintreten. Medikamente können in diesem Regulationssystem dazu führen, dass das Ichgefühl verbessert wird, die Handlungsfähigkeit gestärkt und das Gefühl von Selbstwirksamkeit wiederhergestellt wird. Eine respektvolle Beziehungsarbeit in der Therapie ist dafür Voraussetzung. Die Pharmakotherapie kann die Persönlichkeit eines schwer kranken Menschen so weit stabilisieren, dass ihm die psychotherapeutische Arbeit dadurch überhaupt erst möglich wird. In diesem Zusammenhang ist das Strukturniveau des Patienten zu betrachten und die Frage, wie viel Spielraum ihm innerhalb seines Krankheitsgeschehens zur therapeutischen Reflexion bleibt. Psychopharmaka können unter Umständen dazu beitragen, Ich-Funktionen zu stärken, damit den Indikationsspielraum für Behandlungen zu vergrößern mit verbes-

serter Toleranz für schwer erträgliche Affekte.

Es macht von daher Sinn, die Wirkprinzipien von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie beide vor einem psychodynamischen Hintergrund zu betrachten und sie miteinander zu verschränken. Joachim Küchenhoff fordert in diesem Zusammenhang die „psychopharmakologisch informierte Psychoanalyse“, die danach fragt, in welchen dynamischen

Die therapeutische Beziehung kann die Wirksamkeit von Psychopharmaka verändern

Konstellationen Psychopharmaka innerhalb der Psychotherapie wichtig werden. Dieses Konzept geht über das biopsychosoziale Modell der Pharmakotherapie hinaus. Küchenhoff will zur Diagnostik psychodynamischer Effekte in der Psychopharmakotherapie die OPD gemäß der in ihren Achsen beschriebenen Kriterien heranziehen, um zu einer differenzierten Beschreibung zu kommen:

- *Perspektive der Achse 1: Was verändert sich durch die Medikamentengabe in Krankheitstheorie, Krankheitseinsicht Krankheitsverarbeitung?*
- *Perspektive der Achse 2: Wird die durch Medikation veränderte Therapeut-Patient-Beziehung in ein habituelles Beziehungsmuster eingebaut, und wenn ja: in welches, oder bleibt sie dynamisch neutral?*
- *Perspektive der Achse 3: Wie wirken sich die überdauernden psychischen Konflikte auf die Medikamentengabe, -einnahme und -wirkung aus?*
- *Perspektive der Achse 4: Wie wirkt sich ein Medikament auf Elemente der Struktur aus?*

Unter diesen Fragestellungen lässt sich differenziert bestimmen, wie sich die Psy-

chopharmakaverordnung auf das Erleben des Patienten und die therapeutische Beziehung auswirkt. Wir Behandler können unsere Erkenntnisse in die therapeutische Reflexion integrieren und beachten, wie sich das Selbstgefühl sowohl des Therapeuten als auch des Patienten verändert und wie sich diese Veränderung wiederum auf die Qualität der Medikamentenwirkung und des therapeutischen Verlaufs auswirkt. Unter einer solchen Achtsamkeit sollte es möglich sein, das Ziel der psychopharmakologischen Behandlung auf eine strukturbezogene Stabilität der Ich-Funktionalität und Verbesserung der Erlebnisqualität zu richten und damit auf die Eröffnung einer verbesserten psychotherapeutischen Flexibilität. Das sollte helfen, sinnlose Medikation, zu hohe Dosierungen oder Abhängigkeitsentwicklungen zu minimieren. Auch das hilflose Ausprobieren aller möglichen Antidepressiva, wie wir es bei Therapie-resistenz kennen, kann damit vermieden werden. Ein strukturbezogener psychodynamischer Blick auf die Psychopharmakotherapie könnte derselben aus mancher Sackgasse des rein biologischen Verständnisses helfen, unkritischen Einsatz mindern und psychotherapeutische Maßnahmen unterstützen. Gleichzeitig könnte uns Psychotherapeuten dieser Blick helfen, ein konsistentes Krankheitsverständnis zu bewahren, Medikationen in das therapeutische Geschehen einzuordnen, ohne unsere Grundhaltung zu verlieren, und die Kompetenz des psychodynamischen Verstehens sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten aufrechtzuerhalten.

Literatur erhältlich über bvvp@bvvp.de

Foto: Privat



Angelika Haun

ist Fachärztin Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse in eigener

Praxis in Oldenburg und aktiv als 3. Vorsitzende im Landesvorstand des bvvp Niedersachsen und kooptiertes Mitglied des bvvp-Bundesvorstandes.



Psychopharmakologie in der Krise?

Echte Innovationen gab es in der Entwicklung neuer Psychopharmaka schon lange nicht mehr. Das ist auch eine Chance

Gerhard Gründer und Michael Paulzen

Die Entdeckung der psychotropen Wirkungen von Imipramin, Chlorpromazin, Chlordiazepoxid und Lithium in den späten 40er- bis frühen 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts und die damit angestoßenen Entwicklungen in der Psychopharmakotherapie haben die Praxis der klinischen Psychiatrie revolutioniert und prägen sie in nicht zu unterschätzendem Maße bis heute. Psychopharmaka sind aus der ambulanten wie stationären Psychiatrie nicht mehr wegzudenken und

zählen zu den meistverordneten Arzneimittelgruppen in allen westlichen Industrieländern. Die Verordnungen von Antidepressiva steigen bis heute kontinuierlich an, in Deutschland wurden 2015 mit 1,445 Milliarden Tagesdosen (defined daily doses, DDD) fast doppelt so viele Antidepressiva verordnet wie noch 2006 (Schwabe und Paffrath, 2016).

Die Entdeckung der antidepressiven, antipsychotischen, anxiolytischen oder auch stimmungsstabilisierenden Eigen-

schaften von definierten Arzneimitteln hat zu einer Explosion des Wissens um die durch diese Substanzen ausgelösten Veränderungen der Biochemie und Physiologie des Gehirns geführt. Damit konnte die Arzneimittelentwicklung allerdings nicht Schritt halten. Noch immer basieren die heute zur Anwendung kommenden Medikamente auf den gleichen Wirkprinzipien wie die ersten Psychopharmaka aus der Mitte des letzten Jahrhunderts. Zwar gibt es gewisse Weiterentwicklungen

gen, mit denen sich heute große Patientengruppen vor allem nebenwirkungsärmer behandeln lassen. Dazu zählen vor allem die neueren Antidepressiva, vor allem aus den Gruppen der selektiven Serotoninrückaufnahmeemmer (SSRI) und der selektiven Serotonin-Noradrenalinrückaufnahmeemmer (SSNRI). Auch die Antipsychotika der sogenannten zweiten Generation stellen für viele Patienten mit Schizophrenien, die oft auf eine langfristige medikamentöse Therapie angewiesen sind, einen Fortschritt dar, weil sie mit weniger motorischen Nebenwirkungen verbunden sind und oft auch Emotionalität und Lebensfreude weniger dämpfen als die Antipsychotika der ersten Generation wie zum Beispiel Haloperidol. Andererseits ist die Behandlung mit einigen dieser Substanzen häufiger mit einer manchmal erheblichen Gewichtszunahme verbunden, die in der Folge Auswirkungen auf die körperliche – und dann letztendlich auch die psychische – Gesundheit der damit behandelten Patienten haben kann.

Schließlich aber werden viele der mit psychischen Störungen assoziierten Symptomkomplexe oder Syndrome von den heute verfügbaren Arzneimitteln so wenig adressiert wie zu Beginn der Ära der Psychopharmaka. Mit Schizophrenien assoziierte Negativsymptome und kognitive Störungen werden durch die in den letzten 25 Jahren entwickelten Medikamente kaum günstiger beeinflusst als durch die älteren Substanzen, und der Anteil der Patienten mit einer schizophrenen Störung, die auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sind, ist eher kleiner geworden als in der Mitte des 19. Jahrhunderts, weil die heute durch den Dienstleistungssektor geprägte Arbeitswelt sehr viel komplexer geworden ist. Viele Patienten mit einer Depression sprechen auf die Behandlung mit einem ersten, manchmal auch mit einem zweiten Medikament nicht ausreichend an, und bei einigen ist auch mit Kombinationstherapien und nach Monaten keine Remission zu erreichen. Wie vor 50 Jahren ist die Behandlung in der Regel durch „Versuch und Irrtum“ geprägt, weil es trotz intensivster Bemühungen von Klinikern und Wissenschaftlern weltweit bisher nicht gelungen ist, Prädiktoren für ein Therapieansprechen zu finden. Die

Auswahl eines bestimmten Arzneimittels für einen definierten Patienten ist heute immer noch eher gesteuert durch das Nebenwirkungsprofil der Substanz als durch seine pharmakologischen Eigenschaften. Zudem wird immer häufiger die Frage gestellt, ob eine langfristige Psychopharmakotherapie nur Krankheitsrezidive verhindert oder auch genuin therapeutisch wirkt, das heißt den langfristigen Verlauf der Erkrankung – gegenüber einer Nichtbehandlung – verbessert.

Gerade in den letzten zehn Jahren ist die Entwicklung neuer Psychopharmaka, insbesondere solcher mit neuartigen Wirkmechanismen, oft nach Investition von Hunderten Millionen Euro oder Dollar,

Placeboeffekte sind mächtige therapeutische Werkzeuge, die es in der Behandlung psychiatrischer Patienten zu nutzen gilt

gescheitert, weil sich die initial vielversprechenden Wirkungen in größeren Studien an weniger selektierten Patientengruppen nicht bestätigen ließen. Obwohl einzelne neue Medikamente eingeführt wurden, hat es in den letzten 20 Jahren kein einziges wirklich neues Wirkprinzip zur Marktreife geschafft. Dies hatte zur Folge, dass sich die meisten der großen Pharmaunternehmen aus der Entwicklung neuer Psychopharmaka vollständig zurückgezogen haben. Sie engagieren sich eher in anderen Indikationsfeldern, zum Beispiel der Onkologie, weil es hier größere Erfolgsaussichten bei geringerem Risiko, das eingesetzte Kapital zu verlieren, gibt. So spricht man nun schon seit mindestens zehn Jahren von der „Krise der Psychopharmakologie“. In gewissem Sinne ist ein Teufelskreis entstanden: Erst die Entdeckung eines wirklich neuen Therapiekonzepts mit Blockbuster-Potenzial würde

die Industrie motivieren, sich wieder vermehrt im Bereich des Zentralnervensystems zu engagieren, aber der weitgehende Rückzug der Industrie macht dieses Szenario immer unwahrscheinlicher.

Seit dem Beginn der modernen Psychopharmaka-Ära in den 50er-Jahren war die Entstehung der Psychopharmakologie eng mit der Entwicklung von Konzepten zur Neurobiologie psychischer Störungen verknüpft. Aus der Entdeckung des molekularen Wirkortes der trizyklischen Antidepressiva, den Rückaufnahmetransportern für Serotonin und Noradrenalin in der präsynaptischen Membran der Nervenzellen, wurde die „Monoaminhypothese der Depression“, die postulierte, dass dieser ein Mangel an Serotonin und/oder Noradrenalin zugrunde liege. Die Beobachtung, dass die Affinität von Antipsychotika für den D₂-Dopaminrezeptor besser als jedes andere pharmakologische Charakteristikum deren Wirkung gegen Positivsymptome prädizierte, führte zur Formulierung der „Dopaminhypothese der Schizophrenie“. Sie hypostasierte, dass den mit schizophrenen Störungen assoziierten Positivsymptomen ein Dopaminexzess zugrunde liegt, der durch Dopaminrezeptorantagonisten reduziert wird. Diesen und anderen Hypothesen liegt das Konzept zugrunde, nach der das Psychopharmakon spezifisch eine der jeweiligen Störung zugrunde liegende neurochemische Funktionsstörung normalisiert. Moncrieff und Cohen nennen diese das „krankheitszentrierte Modell der Arzneimittelwirkung“ (Moncrieff und Cohen, 2009). Dem stellen sie das „substanzzentrierte Modell der Arzneimittelwirkung“ gegenüber, nach dem das Psychopharmakon nicht eine spezifische Krankheitsanomalie normalisiert, sondern lediglich einen veränderten Hirnfunktionszustand herstellt. Interessanterweise fügen sich in dieses alternative Konzept nicht nur die zahlreichen „Erschütterungstherapien“ der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, wie zum Beispiel die Insulinkomatherapie und die bis heute angewandte Elektrokampftherapie (EKT), sondern auch die neuerdings propagierten Therapieansätze mit Halluzinogenen wie Psylocybin bei therapieresistenter Depression. So mag einerseits die Fokussierung der Erforschung

der neurobiologischen Grundlagen psychischer Störungen auf die Transmittersysteme, die durch die ersten Psychopharmaka beeinflusst werden, diese Forschung behindert haben, weil sie zu einseitig war. Andererseits hat die jahrzehntelange Suche nach neuen Medikamenten, die vermeintliche Anomalien zum Beispiel im Monoamin- oder Katecholaminmetabolismus beseitigen, die Entwicklung von Arzneimitteln mit völlig neuem Wirkmechanismus blockiert.

Einen wichtigen Gesichtspunkt der Wirkung von Psychopharmaka stellt die erhebliche Bedeutung des Kontextes, in dem die Applikation des Arzneimittels erfolgt, dar. Die Verabreichung eines Medikaments erfolgt immer in einem psychosozialen Zusammenhang. Placeboeffekte sind dabei alle positiven Wirkungen der Behandlung, die nicht auf den spezifischen Arzneistoff, sondern auf die Umgebungsfaktoren der Behandlung zurückzuführen sind. Prüft man in einer doppelblinden Studie ein Medikament gegen Placebo, so wird auch dieses Placebo, das heißt ein Scheinmedikament ohne Wirkstoff, bei einem Teil der behandelten Patienten die Wirkung entfalten, die man eigentlich dem Arzneistoff zuschreibt. Dieser Placeboeffekt resultiert aus vielerlei Faktoren, wesentlich aber aus der Erwartung des Patienten wie auch der des Therapeuten an die Wirksamkeit des Medikaments. Verabreicht man daher zum Beispiel ein Antidepressivum im Rahmen einer doppelblinden, placebokontrollierten Studie, so ist die Ansprechrate auf das Arzneimittel geringer als in einer Studie, in der zwei „aktive“ Arzneistoffe miteinander verglichen werden. Das liegt daran, dass Patienten in einer placebokontrollierten Studie eine geringere Erwartung an eine Wirksamkeit der Therapie haben, weil das „Risiko“ besteht, ein unwirksames Placebo zu bekommen. Gerade derartige Studien mit Antidepressiva haben gezeigt, dass die Wirksamkeitsdifferenz zwischen Verum und Placebo relativ bescheiden ist, und bei leichten bis mittelschweren Depressionen scheint sie mitunter gar nicht vorhanden zu sein. Kritiker der antidepressiven Pharmakotherapie wie der amerikanische Psychologe Irving Kirsch gehen sogar so weit zu sagen, dass ein Wirksam-

keitsunterschied zwischen Antidepressiva und Placebo möglicherweise gar nicht besteht (Kirsch, 2008). Die Wirkungsdifferenz in placebokontrollierten Studien sei vielleicht allein dadurch zu erklären, dass Patienten, die das Verum bekommen, anhand der Nebenwirkungen spürten, dass sie einen echten Arzneistoff erhielten. Eine Studie, die diese Hypothese experimentell überprüfen würde, steht jedoch bis heute aus. Unbestritten ist jedoch, dass Placeboeffekte mächtige therapeutische Werkzeuge sind, die es in der Behandlung psychiatrischer Patienten zu nutzen gilt. Eine therapeutische Intervention, an die der Therapeut nicht glaubt, wird weniger wirksam sein als eine solche, die vom ge-

Es braucht ein neues Therapiekonzept mit Blockbuster-Potenzial, damit die Industrie wieder Gelder in die Entwicklung neuer Psychopharmaka investiert

samten Behandlungsteam mit Überzeugung getragen wird. Umgekehrt können negative Einstellungen und Erwartungen von Patienten und Therapeuten aber auch negative, nicht auf den Arzneistoff zurückzuführende, Wirkungen haben, sogenannte Noceboeffekte. Auch die Bedeutung solcher Effekte für den Behandlungserfolg, obgleich bisher kaum systematisch untersucht, darf nicht unterschätzt werden. Im Tierversuch lässt sich ebenfalls zeigen, dass der Erfolg einer antidepressiven Pharmakotherapie von Umgebungsfaktoren abhängt. Setzt man Mäuse chronischem Stress aus, so entwickeln sie typische biologische und Verhaltensmerkmale, die man als Tiermodell für Depressionen betrachtet. Antidepressiva führen typischerweise zu einer Rückbildung dieser Veränderungen. Dies geschieht allerdings nur, wenn die Verabreichung des Medikaments in einer stimulierenden

Umgebung erfolgt („enriched environment“). Bleibt die Stressexposition fortbestehen, so bleibt der depressive Phänotyp bestehen oder entwickelt sich sogar weiter (Alboni et al., 2017).

All diese Überlegungen zeigen, dass die „Krise der Psychopharmakologie“ auch positive Auswirkungen hat. Sie führt zu einem Nachdenken über die Wirkmechanismen der heute verwendeten Substanzen, zu einem Infragestellen etablierter Behandlungskonzepte und zur Einsicht in die Notwendigkeit der Neuformulierung von Hypothesen und Therapiekonzepten. So wie heute Psychotherapie und Psychopharmakotherapie meist integrale Bestandteile eines Gesamtbehandlungsplans sind, lässt sich die Arzneimittelwirkung nicht mehr aus dem psychosozialen Kontext ihrer Anwendung lösen. Gerade aus diesen Überlegungen heraus kann sich eine neue Disziplin der „Soziopsychopharmakologie“ entwickeln.

Alboni, S., et al.: Fluoxetine effects on molecular, cellular and behavioral endophenotypes of depression are driven by the living environment. *Mol Psychiatry* 2017;22:552-561

Kirsch, I.: *The Emperors New Drugs. Exploding the Antidepressant Myth.* Random House 2009

Moncrieff, J., Cohen, D.: How do psychiatric drugs work? *BMJ*. 2009 May 29;338:b1963

Schwabe, U., Paffrath, D. (Hg.): *Arzneiverordnungsreport 2016.* Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Foto: Privat



Univ.-Prof. Dr. med. Gerhard Gründer

ist Stellvertretender Direktor an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Uni-Klinik RWTH Aachen und bloggt unter mind-and-brain-blog.de über Psychopharmakotherapie.

Foto: Privat



Priv.-Doz. Dr. med. Michael Paulzen

ist Ärztlicher Direktor am Alexianer-Krankenhaus Aachen und Mitautor des „Kompendium der Psychopharmakotherapie“ und des „Pocket Guide Psychopharmaka: Von A bis Z.“

Aus der Schwäche eine Stärke machen

Warum eine rein medikamentöse Behandlung bei Kindern mit ADHS nicht ausreicht

Von **Reinhard Martens**

— **Wenn bereits** vorbehandelte Kinder und Jugendliche mit ADHS in meine Praxis kommen, frage ich sie stets, wie die Krankheit heißt, an der sie leiden. Darüber wissen sie oft gut Bescheid. Die Frage nach der Ursache der Erkrankung dagegen löst bei ihnen nicht selten Zeichen ausgeprägter Verunsicherung aus. Viele Kinder antworten etwas verschämt, dass bei ihnen im Kopf etwas kaputt sei, Signale nicht richtig übertragen würden, ein Botenstoff fehle, der von außen zugeführt werden müsse. „Ohne Tablette kann ich nicht denken“, ist ein häufiges Statement von medikamentös vorbehandelten Kindern mit ADHS. Und: „Der Papa hat das auch, das ist vererbt.“

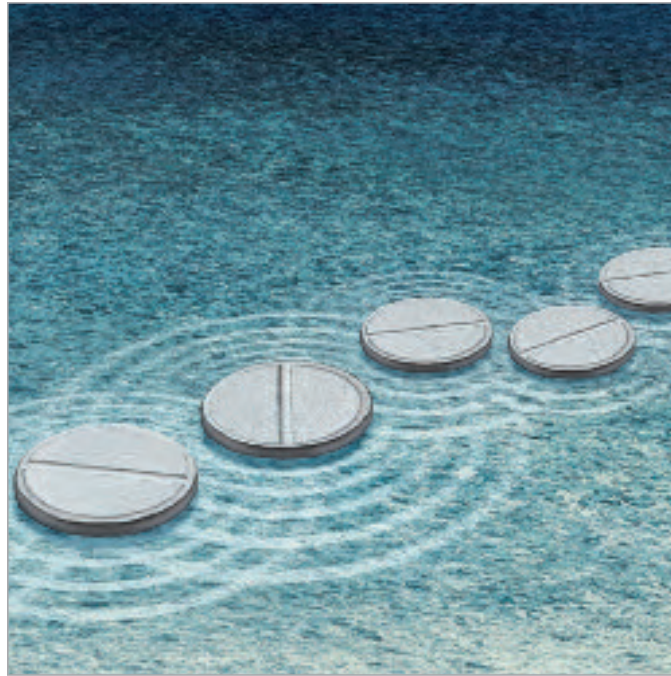
Je weiter die wissenschaftliche Forschung zur Ätiologie der ADHS voranschreitet, umso widersprüchlicher erscheinen die Ergebnisse. Die Abschwächung einer bestimmten EEG-Komponente (P300) wurde mit einer verminderten Aufmerksamkeitsleistung in Verbindung gebracht. Verbindungen wurden zu Systemen nachgewiesen, die den Neurotransmitter Dopamin enthalten („dopaminerg“). Die Bedeutung verringerter dopaminerner Aktivität einerseits und einer erhöhten Dichte dopaminerner Rezeptoren anderer-

seits ist alles andere als endgültig geklärt. Bekannt ist jedoch, dass dopaminerg verstärkende Substanzen wie Methylphenidat die Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung vermindern, dieser Effekt durch antipsychotisch wirksame Substanzen wie Haloperidol als Dopaminantagonisten verhindert wird. In gleicher Weise ungeklärt ist bis heute, welche Rolle die Gene beim Störungsbild von ADHS spielen. Wie viel machen endogenetische, also durch die Gene bestimmte Faktoren aus? Wie viel epigenetische Einflüsse, die die Aktivität der Gene steuern und trotz fehlender Mutation an Nachkommen weitergegeben werden können? Und welchen Anteil haben exogene Faktoren, also äußere Ursachen und Einwirkungen, die weder anlagebedingt noch vererbt sind? Tatsächlich besteht nicht einmal Konsens darüber, ob es sich um eine qualitative oder quantitative Abweichung handelt.

Nun sind Störungsmodelle gerade dadurch charakterisiert, dass sie unterschiedliche Perspektiven auf ein Störungsbild einnehmen, ohne dass sie für sich in Anspruch nehmen können, alle Aspekte einzuschließen und endgültige Evidenz darzustellen. Wenn es denn diese abschlie-

ßende Evidenz bisher nicht gibt, dann erscheint es geboten, die Konsequenzen der verschiedenen Störungsmodelle für die psychotherapeutische Arbeit genauer zu betrachten. Störungsmodelle, die eine qualitative Veränderung der Informationsverarbeitung insbesondere auf genetischer Grundlage im Sinne eines biologischen Determinismus postulieren, sind weit verbreiteter Bestandteil der Psychoedukation beispielsweise bei Patienten mit schizophrenen Psychosen oder bipolaren Erkrankungen. Einerseits entlasten sie Betroffene und Angehörige von Schuldgefühlen, andererseits bahnen sie den Weg in eine mehr oder weniger alternativlose medikamentöse Behandlung. Für das Störungsbild der ADHS könnte ein solches biologisch-deterministisches Störungsmodell folgende Botschaften an das Kind und seine Bezugspersonen als passend erscheinen lassen:

- Die Krankheit ist dir mit in die Wiege gelegt worden, niemand kann etwas dafür.
- In deinem Gehirn ist ein Botenstoff in seiner Aktivität verändert. Das führt dazu, dass du dich nicht richtig konzentrieren kannst und im Unterricht so unruhig bist.



- Wenn du schwerer von der Krankheit betroffen bist, kann man mit einem Medikament die Aktivität des Botenstoffs im Gehirn weitgehend normalisieren.
- Du und deine Eltern können lernen, mit der Krankheit besser umzugehen.

Die Perspektive, die sich hinter diesen Aussagen verbirgt, ist nicht falsch. Sie spiegelt durchaus maßgebliche Überzeugungen wider, wie sie auch bei der Leitlinienentwicklung diskutiert werden. Daraus abgeleitete Behandlungsstrategien (Psychoedukation, Medikation, modulare Trainingsprogramme) zielen in erster Linie auf eine Symptomreduktion und sind darin tatsächlich kurzfristig sehr wirksam. Der nichtmedikamentöse Teil der Interventionen scheint auch durch niedrige Kosten zu bestechen, weil einige Autoren ihre standardisierten Manuale so optimiert haben, dass sie eine Qualifikation als Psychotherapeut für die Durchführung als nicht notwendig erachten. Aber diese Perspektive ist aus psychotherapeutischer Sicht nicht zwingend hilfreich, weil sie folgende Schlussfolgerungen des betroffenen Kindes nicht verhindern kann:

- In meinem Kopf ist etwas kaputt.
- An der eigentlichen Ursache kann ich nichts ändern.
- Mein Gehirn funktioniert nur dann richtig, wenn ich das Medikament nehme.
- Es kann sein, dass ich das Medikament bis in das Erwachsenenalter nehmen muss.

Dem Risiko solcher kindlicher Schlussfolgerungen sollte aus zwei Gründen entgegengetreten werden:

1. Ein Kind, das glaubt, an einer Fehlfunktion seines Gehirns zu leiden, auf die es allenfalls bedingt Einfluss hat, könnte in seinen Anstrengungen nachlassen, sein

Das Medikament ist nicht die Lösung des Problems, es kann aber in kritischen Phasen die Problemlösung erleichtern

Verhalten an die Erwartungen der Umgebung anzupassen.

2. Ein Kind, das glaubt, an einer möglicherweise unheilbaren Erkrankung zu leiden, kann in seiner Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig beeinträchtigt werden.

Gelegentlich entsteht der Eindruck, dass die vielfach beschriebenen komorbiden emotionalen Störungen teilweise auch in Zusammenhang mit einem familiären und therapeutischen Umfeld stehen könnten, das dem Betroffenen vermittelt, sein ADHS sei ein Defizit.

Also erscheint es empfehlenswert, in der Behandlung von Kindern mit ADHS ein Störungsmodell zu verwenden, das über eine kurzfristige Symptomreduktion hinaus in besonderer Weise die Persönlichkeitsentwicklung im Blick hat und aufgrund der Komplexität der zu beachtenden Faktoren zwingend fachärztlicher bzw. psychotherapeutischer Kompetenz bedarf. Solche Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung werden vor allem bei der Betrachtung von Langzeitverläufen deutlich, die gerade wegen der persönlichen Behandlungskontinuität bei niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeuten bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verortet sind. Folgende Kernaussagen sollen das psychotherapeutische Störungsmodell der ADHS skizzieren:

1. Die ADHS zugrunde liegenden Veränderungen stellen quantitative und nicht qualitative Abweichungen dar.

2. Das Wirkoikum des Gehirns ist bei ADHS verschoben zu einer reizintensiven Umgebung, so wie es bei hochsensiblen Kindern verschoben ist zu einer reizarmen Umgebung.

3. Es gibt reizintensive Anforderungen, in denen Kinder mit ADHS deutlich bessere Leistungen zeigen im Vergleich zu nicht betroffenen Kindern.

4. In einer Umgebung mit wenig Abwechslung und geringer Dichte an interessanten Reizen, wie es beim Schulunterricht zu beobachten ist, erhält das Belohnungszentrum zu wenig Stimulation.

5. Das störende Verhalten des Kindes verfolgt das Ziel, auf andere Weise das Belohnungszentrum zu aktivieren.

6. Die Verschiebung des Wirkoikums mag einen genetischen Hintergrund haben, stellt aber zunächst keine krankheitswertige Veränderung, sondern lediglich eine Besonderheit dar.

7. Die Besonderheit erhält erst dann einen Krankheitswert, wenn durch fehlende Passung zwischen Anforderungen der Umwelt und der individuellen Besonderheit des Kindes entweder Leiden beim Kind, gegebenenfalls auch bei den ihn umgebenden Personen (Eltern, Mitschüler, Lehrer) entsteht oder die Gefahr besteht, dass Entwicklungschancen nicht realisiert werden können.

8. Wenn es das Kind und seine Unterstützer geschafft haben, die Passung wiederherzustellen, dann wird zwar die biologische Besonderheit weiter fortbestehen, die Kriterien einer Erkrankung sind jedoch nicht mehr erfüllt.

Ausgehend von dem oben skizzierten Störungsmodell sollten therapeutische Interventionen darauf ausgerichtet sein, das Kind darin zu unterstützen, seine Besonderheiten zur Überwindung der bestehenden Probleme zu nutzen. Genau das ist das

Prinzip, das Milton Erickson mit dem Utilisationskonzept beschrieben hat. Es gilt, die vermeintliche Schwäche des Kindes, nämlich seine biologische Besonderheit, in seine Stärke umzuwandeln. Das erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit der Persönlichkeit des Kindes und geht weit über die Anwendung modularer Trainingsprogramme und die Reduktion spezifischer Symptomcluster hinaus. Es umfasst alle relevanten Bereiche der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes.

Da bei den meisten betroffenen Kindern der Schulunterricht den Kristallisationskern einer Gefährdung der Entwicklungschancen darstellt, ergibt sich die Herausforderung, dem Kind dabei zu helfen, dass der Unterricht interessanter wird und es damit zu keinem Abfall der Stimulation

Es gilt, die vermeintliche Schwäche des Kindes in seine Stärke umzuwandeln

des Belohnungszentrums kommt. An dieser Stelle setzen mit durchaus gutem Effekt die Verstärkerprogramme an, die auch in den modularen Trainingsprogrammen enthalten sind. Sie erfordern aber eine fortlaufende individuelle Adaptation an den Entwicklungsstand des Kindes, an seine Interessen und seine besonderen Ressourcen. So kann bei einem Kind bereits die Erwartung einer positiven Stundenbewertung ausreichend sein. Indem beispielsweise ein Smiley nach jeder Stunde vergeben wird, der an gute Aufmerksamkeit und Mitarbeit geknüpft ist, kann die Erwartung auf den Smiley dazu führen, dass der Unterricht als interessanter wahrgenommen wird, so wie es zum Speichelfluss beim pawlowschen Hund kommt, wenn er die Klingel vor dem Knochen hört. Bei sportlich ambitionierten Jugendlichen kann isometrisches Krafttraining (zum Beispiel gleichzeitiges Anspannen der Armbeuger und

Armstrecker) während des wenig ansprechenden Unterrichts mit dabei helfen, die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten. Andere Kinder finden Gefallen daran, eine Strichliste darüber zu führen, wie häufig sie es schaffen, sich im Unterricht zu melden oder ihrer Lehrerin ein Lächeln zu entlocken.

Mit der Weitergabe einer Sammlung von Tipps ist es jedoch nicht getan. Die Herausforderung für den Psychotherapeuten besteht nicht nur darin, individuell mit dem Kind passende Strategien zur Stimulation des Belohnungszentrums zu erarbeiten. Die bei den meisten dieser Kinder zu beobachtende ausgeprägte Gewöhnung bei gleichförmigen Reizen macht es erforderlich, die unterrichtsbegleitenden Strategien so lange zu modifizieren, bis die positiven Rückmeldungen über die immer besser werdenden Leistungen und das weniger störende Verhalten diese zusätzlichen Stimulationen überflüssig machen. Daneben ist es wichtig, die angestrebten Veränderungen immer auch als Teil der weitaus komplexeren Persönlichkeitsentwicklung des Kindes zu verstehen. Eine entsprechende Stimulation der Belohnungs- und Aufmerksamkeitszentren lässt sich nun ohne Zweifel bei vielen Kindern für eine begrenzte Zeit auch durch eine Medikation mit Stimulanzien erreichen. Sie kann helfen, die Zeit zu überbrücken, bis die beschriebenen psychotherapeutischen Strategien ihre volle Wirksamkeit entfalten. Aber sie sollte in die psychotherapeutische Behandlung eingebettet sein und den entsprechenden Wunsch nicht nur der Eltern, sondern auch des Kindes voraussetzen. Ziel der Medikation sollte nicht sein, auf unbegrenzte Zeit die störende Symptomatik zu unterdrücken. Daher sollte sie auch nicht so hoch dosiert werden, dass sich das Verhalten der Kinder durch die Medikation „normalisiert“. Die Medikation sollte den Kindern dabei helfen zu erfahren, wie sich Schulunterricht bei entsprechender Stimulation der relevanten Zentren des Gehirns anfühlt. Die Kinder sollen erleben, dass sie auch leisere Töne interessant finden können. Diese Erfahrung sollte genutzt werden, um die Kinder zu motivieren, diesen Zustand auch mit ent-

sprechender psychotherapeutischer Hilfe zu trainieren, bis sie ihn so beherrschen, dass die Medikation sukzessiv wieder reduziert und abgesetzt werden kann. Dabei sollte den Kindern immer ein Mitspracherecht eingeräumt werden. Unter fachärztlicher Anordnung und Überwachung sollten Kinder die Möglichkeit haben, die jeweils niedrigste aktuell noch notwendige Dosis für sich zu erkunden, durchaus auch differenziert je nach Wochentag und Stundenplan. Auf diese Weise stärken wir die Autonomieentwicklung, ermöglichen die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und wirken der Gefahr entgegen, dass die Frage der Medikation zu einem zusätzlichen Konfliktfeld zwischen Kind und Erwachsenen wird. Dieses tun wir in der Erwartung, dass das Kind mit Unterstützung seiner Eltern, seiner Lehrer und auch mit unserer Hilfe selber die Probleme lösen wird. Das Medikament ist nicht die Lösung des Problems, es kann aber in kritischen Phasen die Problemlösung erleichtern. Eine medikamentöse Behandlung sollte somit keine Dauerlösung sein.

Wie wichtig die Betrachtung von Langzeitverläufen ist, hat uns die MTA-Studie („multimodal treatment approach“) gezeigt, die nach drei Jahren keinen signifikanten Effekt einer medikamentösen Behandlung im Vergleich zu unbehandelten Patienten nachweisen konnte. Jedoch wurde darin festgestellt, dass die über drei Jahre hinweg mit Medikamenten behandelten Kinder und Jugendlichen etwa drei Kilogramm leichter und zwei Zentimeter kleiner waren im Vergleich zu denjenigen, die keine Medikation erhalten hatten. Aus der MTA-Studie entnehmen wir aber auch, dass der Langzeiteffekt eines standardisierten modularen „behavioral treatment“ ebenfalls überschaubar gewesen ist. Das kann aber nicht als Beleg für die fehlende Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen angeführt werden. Dieses „behavioral treatment“ bestand aus einem Gruppentraining von Eltern, einer Anleitung von Lehrern, der Teilnahme des Kindes an einem Sommercamp sowie einer zwölfwöchigen Schulbegleitung durch einen „paraprofessional aide“, also einen angelernten Schulbegleiter. Diese Ergebnisse sollten uns darin bestärken,

die Therapie von Kindern mit ADHS nicht auf Medikation und standardisierte modulare Trainingsprogramme zu beschränken, sondern über vorwiegend symptomzentrierte Interventionen hinaus der Komplexität und Individualität kindlicher Entwicklung im Rahmen qualifizierter psychotherapeutischer Behandlung Rechnung zu tragen. Wie wichtig die Einbettung einer Medikation in eine qualifizierte psychotherapeutische Behandlung ist, macht die staatlich finanzierte englische ADHS-Leitlinie (NICE) deutlich: „Es gibt nur eine geringe Evidenz dafür, dass eine Medikation mit Stimulanzien die relativ schlechte Langzeitprognose vieler Patienten mit einer ADHS verbessern kann. Zusätzliche Psychotherapie und andere Therapien könnten daher die Langzeit-

Bis heute ist ungeklärt, welchen Anteil die Gene beim Störungsbild von ADHS haben

prognose verbessern. Es gibt Bedenken, dass die alleinige Anwendung von Stimulanzien nicht zu einer hinreichenden Symptomreduktion führt und nur begrenzte Effekte auf assoziierte Symptombereiche wie auf das prosoziale Verhalten oder die Kognition hat. In Zusammenhang damit ist zu bedenken, dass sich ADHS selten nur mit der Kernsymptomatik manifestiert. In der Regel ist ein weites Spektrum an zusätzlichen Problemen auf vielen Ebenen anzutreffen, das entsprechender Interventionen bedarf.“

Bei der Betrachtung des Utilisationskonzeptes von Erickson wird deutlich, dass dieses eines komplexen Hintergrundwissens, einer detaillierten Kenntnis der Lebensgeschichte des Kindes und seiner Familie sowie der gesamten Breite seiner körperlichen und psychischen Entwicklungsbesonderheiten bedarf. Dieses Wissen ist derart komplex, dass die Anwendung solcher Behandlungsstrategien einerseits

zwingend einer psychotherapeutischen Qualifikation bedarf, andererseits aber weitaus schwerer zu standardisieren ist als die Gabe einer Tablette oder die Anwendung eines modularen Trainingsprogramms. Das hat aber auch zur Folge, dass es weitaus anspruchsvoller ist nachzuweisen, wie wirksam solche psychotherapeutischen Interventionen, die über viele Jahrzehnte hinweg auf der Grundlage klinischer Erfahrungen weiterentwickelt wurden, tatsächlich sind. Anspruchsvoller auf jeden Fall, als die Wirksamkeit einer Tablette zu belegen.

Allerdings wird die weitaus größte Zahl von Kindern eben nicht in forschenden Einrichtungen, sondern in unseren Praxen behandelt. Damit könnten wir Daten von Fallzahlen erheben, die um Zehnerpotenzen größer sind – selbst im Vergleich zur MTA-Studie. So wie die Zusammenarbeit von Fachärzten und Psychotherapeuten im Sinne einer Versorgungspartnerschaft unerlässlich ist, so benötigen wir auch gemeinsame Anstrengungen, um ohne Einflussnahme von Fremdinteressen die Wirksamkeit unserer psychotherapeutischen Arbeit zu belegen. Hierbei kann die fortschreitende Digitalisierung für uns nützlich sein. Wir sind es den uns anvertrauten Kindern schuldig, neben fachärztlicher und sozialpsychiatrischer Behandlung qualifizierte Psychotherapie als wirksame Behandlungsform auch in Leitlinien wieder festschreiben zu können. —



Foto: Privat

Dr. med. Reinhard Martens

ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie und tätig in einem psychiatrischen und psychotherapeutischen Medizinischen Versorgungszentrum in Pirna. Er ist Vorstandsmitglied im Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

Unsere Stimme fehlt!

Psychopharmaka und Psychotherapie in Leitlinien: Woher kommt die Schieflage bei den Behandlungsempfehlungen?

Von **Ariadne Sartorius** und **Norbert Bowe**

In den letzten Jahren entwickeln sich zunehmend Behandlungsleitlinien auch für die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen. Bereits abgeschlossen, zum Teil auch weiter überarbeitet und ergänzt um die neueste Forschungslage sind diverse Leitlinien zu häufigen Störungen, sowohl im Erwachsenenbereich als auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Zu nennen wären hier zum Beispiel die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, die Leitlinie Angst, im Kinderbereich ebenfalls Leitlinien zur Behandlung von Depressionen, derzeit in Abstimmung sind Leitlinien zur Behandlung von ADHS, von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sowie der Störung des Sozialverhaltens, um nur einige zu nennen.

Hierzu bilden Fachverbände ein sogenanntes Steuerungsgremium, das bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) eine Leitlinie anmeldet, die aktuelle Studienlage in Augenschein nimmt und mithilfe weiterer Verbandsvertreter in Konsensrunden Behandlungsempfehlungen ausspricht. Etabliert haben sich hierbei vor allem sogenannte S3-Leitlinien, die nicht nur die Evidenzlage, sondern auch die Expertenmeinungen berücksichtigen sollen. Eine ausgewo-

gene Besetzung von Konsensusgruppen kann sicherstellen, dass die Behandlungserfahrungen der beiden Versorgungsbereiche, nämlich der pharmakologischen bzw. sozialpsychiatrischen Behandlung einerseits und der Psychotherapie andererseits, in ihrer jeweiligen Bedeutung für die Versorgung verstanden werden können. Dies spielt insbesondere bei Empfehlungen, die auf geringem Evidenzniveau fußen, eine wichtige Rolle, da dann erforderliche Expertenmehrheiten in den Konsensuskonferenzen nach einer hinreichend gründlichen Auseinandersetzung zustande kommen und Behandlungsalternativen nicht unter den Tisch fallen.

Denn die Erfahrungen bezüglich psychotherapeutischer Behandlungen insbesondere mit Richtlinienpsychotherapie sammeln sich bei den Psychotherapeuten; Psychiater sammeln aufgrund ihres Versorgungsangebots, zum Beispiel mit sozialpsychiatrisch ausgerichteten Praxen, andere Erfahrungen. Dort wie auch in der stationären Behandlung werden schwerpunktmäßig störungsspezifische Ansätze, zum Beispiel in Form von Trainingsmanualen, angewandt. Beide Versorgungsbereiche leisten wichtige Beiträge zur Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Beide ergänzen einander und gehen mit unterschiedlichen Methoden

auf die individuell unterschiedlichen Behandlungserfordernisse ein – sei es mit pharmakologischer Behandlung, mit Trainings oder mit umfassender Psychotherapie. Damit kann jeder Patient passgenau die Behandlung erhalten, die notwendig und wirtschaftlich erwünscht ist, um ihre Wirksamkeit entfalten zu können.

In der Leitlinienerstellung jedoch bildet sich das nicht so ab. Das meist vorhandene Ungleichgewicht im Steuerungsgremium und in den Konsensrunden zwischen Psychotherapieverbänden und Verbänden mit psychiatrisch-pharmakologischem Behandlungsschwerpunkt birgt die Gefahr einer Schieflage bei der Abstimmung von Empfehlungen. Die Evidenzgrade und somit die Empfehlungstärken richten sich nach der RCT-Studienlage aus, wobei sich vor allem störungsspezifische manualisierte, kurztherapeutische Interventionen am besten für Wirksamkeitsnachweise in diesen Studiendesigns eignen. Denn je länger eine Therapie andauert, desto schwerer ist die „treatment integrity“, also die Vergleichbarkeit der angewandten Interventionen aufgrund notwendiger individueller angepasster Vorgehensweise zu gewährleisten, und desto mehr besteht das Risiko zu hoher Abbruchraten von Studienteilnehmern, und desto weniger

lassen sich Wartegruppen vertreten. Dadurch kann es passieren, dass Empfehlungen einseitig Interventionsformen mit zum Teil nur wenigen besseren Evidenznachweisen präferieren. Dann bleiben oft nur leichter zu untersuchende Psychopharmaka oder verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsmanuale übrig, während andere wichtige Behandlungsoptionen mit weniger (untersuchten) Evidenznachweisen völlig unter den Tisch fallen. Diese müssten gegenüber den besser untersuchten wenigstens auf Basis von Expertenempfehlungen mit sogenannten Klinischen Konsenspunkten (KKP) in der Leitlinie Erwähnung finden.

Es ist aber schwierig, bei vorhandener Evidenz diese KKP außerhalb der Studienlage in die Leitlinie aufzunehmen, da die RCT-Studien international als wissenschaftlicher Goldstandard angesehen werden und Expertenempfehlungen nur ausgesprochen werden, wenn keine Studien zur Bewertung von Behandlungsempfehlungen vorliegen. So haben dann Empfehlungen zu Langzeittherapien, seien sie analytisch/psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, kaum eine Chance, wenigstens als Behandlungsoption „der zweiten Wahl“ in eine Leitlinie aufgenommen zu werden. Richtlinienpsychotherapie, die auf individuelle lebensgeschichtliche, persönlichkeitspezifische und psychosoziale Faktoren eingeht, kann daher trotz gegebenenfalls guter externer Validität kaum oder nicht in Studien die wissenschaftlichen Anforderungen an die interne Validität erfüllen, um höhere Evidenzgrade nachweisen zu können oder überhaupt Erwähnung zu finden. Studien zur pharmakologischen Behandlung von psychischen Störungen hingegen werden von der Pharmaindustrie finanziert und können damit zumeist RCT-gesichert Einzug in Leitlinien erhalten. Leider gibt es aber noch keine Verpflichtung, Studien, die geringe oder gar negative Effekte haben, zu veröffentlichen, sodass von Verzerrungen der tatsächlichen Wirksamkeit ausgegangen werden muss.

Ziel von Leitlinien ist es, den Patienten auf der Grundlage von Evidenzen eine

bestmögliche Versorgung zu ermöglichen. Aber diese muss von den Patienten auch angenommen werden und in der Versorgung umsetzbar sein. Bei der Erstellung von Leitlinien sollten zudem auch der Kosten-Nutzen-Faktor sowie die Patientenpräferenzen mit berücksichtigt werden. Eine Möglichkeit, zum Beispiel die Patientenpräferenzen in einer Leitlinie abzubilden,

Länger andauernde Psychotherapien lassen sich aufgrund ihrer Komplexität nur schwer in präferierten Studiendesigns abbilden und auf ihre Wirksamkeit untersuchen

bietet eine Bewertung der Studien nach dem sogenannten GRADE-Verfahren, das leider sehr selten angewendet wird. Aber was nutzen Leitlinien, wenn Behandlungsempfehlungen von den Betroffenen womöglich abgelehnt werden? Um allen Behandlergruppen die Möglichkeit zu geben, ihre Erfahrungen und Kompetenzen in Leitlinien einfließen zu lassen, wäre zudem ein regelhaftes Kommentierungsverfahren insbesondere für bisher in der Leitlinienerstellung nicht beteiligte Behandlergruppen wünschenswert. Auch dieses öffentliche Kommentierungsverfahren wird leider viel zu selten genutzt.

Leitlinien haben Einfluss auf die Entwicklung der Versorgungsrealität. Sie wirken immanent im Sinne des Ausbaus der störungsspezifischen Therapie- und Interventionsansätze, sie stärken deren Repräsentanz in der wissenschaftlichen Szene, sie wirken auf die Positionen von Krankenkassen und Politikern ein. Aufgrund der Fokussierung auf Wirksamkeitsnachweisen von (Ultra-)Kurztherapien können

sie die Ökonomisierung im Bereich der Psychotherapie vorantreiben. So könnte es einer vermehrten Einschränkung des Versorgungsangebots auf manualisierte Kurzzeittherapien Vorschub leisten oder eine Fokussierung auf die Anwendung von psychosozialen Interventionen befördern, die dann „kostengünstiger“ auch von Berufsgruppen ohne psychotherapeutische Ausbildung durchgeführt werden. Dies zeichnet sich gerade in der Leitlinie zur Behandlung von Kindern mit Störung des Sozialverhaltens und in der Leitlinie ADHS ab, in der nur noch pharmakologische Behandlungen, auch mit Neuroleptika, oder psychosoziale Interventionen empfohlen werden. Hier werden Trainingsmanuale benannt, nicht jedoch definiert, wer diese Manuale anwenden wird.

Zu hoffen bleibt, dass es gelingt, auch in der Zukunft eine qualifizierte, individualisierte und auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestimmte Behandlung durch approbierte, fachkundige Psychotherapeuten zu erhalten. Hierzu ist der zumeist sehr aufwendige Einsatz von Psychotherapeuten in der Entwicklung von Leitlinien unabdingbar und ein zentrales Engagement in den Aktivitäten des bvvp.

Foto: Privat



Ariadne Sartorius

ist niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

in Frankfurt am Main und in diversen Gremien der Selbstverwaltung aktiv, zudem auch im bvvp im Landes- und im Bundesvorstand.

Foto: Privat



Norbert Bowe

ist niedergelassener Nervenarzt in

Kirchzarten und arbeitet in der Psychotherapie und Psychoanalyse. Im bvvp engagiert er sich als kooptiertes Vorstandsmitglied.

Mit Worten heilen

„Vollmond am Strand“ von Agnes Kaiser Rekkas liefert 70 erprobte Hypnoseanleitungen für den Praxisalltag

Von **Peter Stimpfle**

Fast hätte ich geschrieben, dass es mir beim Lesen in den Büchern von Agnes Kaiser Rekkas oft so vorkommt wie bei Harry Potter, als würde ich einer großen Magierin der hypnotischen Sprache bei ihrer Tätigkeit gebannt zuschauen, das Beste in den Menschen zu (er-)wecken, Menschen positiv zu verzaubern. Aber als seriöser Autor schreibt man so was ja nicht. Dann also so: In ihrem Buch „Vollmond am Strand“ beschäftigt sich die Autorin damit, wie moderne Hypnoseanleitungen sinnvoll formuliert werden können. Tragpfeiler guter Hypnoseanleitungen stellen aus ihrer Sicht eine gelungene Mischung aus Kunst, Können, Respekt, Klarheit, Zielorientierung, Ressourcenfokussierung, positiver Bestätigung, Aufwertung, Anregung zur eigenen Ideensuche, strategischer Umorientierung, Empathie und Ermutigung als therapeutische Wirkkräfte dar. Eingebettet sein sollten diese Eigenschaften in wohlklingende, bildhaft erzählte, in optimaler Tiefe gesprochene Worte mit Suggestionscharakter, in denen Sprech- und Schweigeparts wohl ausbalanciert sind. All dies perfekt zu meistern ist eine wahre Kunst, die viel Können und Erfahrung erfordert.

Kaiser Rekkas' Lieblingstechnik ist, wie bekannt, die Ideomotorik (also die Arbeit mit suggerierten Körperbewegungen), die sie gern beiläufig einfließen lässt und ausführlich in ihrem kürzlich wieder neu aufgelegten Buch „Der Bär fängt wieder Lachse“ beschrieben hat: Es weist sich als hilfreich, das Auftauchen unbewussten Materials (wie Bilder, Gefühle, Erinnerungen oder Ideen) ideomotorisch bestätigen zu lassen, um sicherzustellen, dass das Unbewusste tatsächlich in Sachen Lösung, Klärung und Heilung aktiv ist.

Zunächst aber zeigt Kaiser Rekkas in ihrem Buch Fehler und Missverständnisse in Inhalt und Form auf, dann folgt eine detaillierte Beschreibung von Spielregeln. Im weiteren Verlauf des Buches legt sie eine Sammlung von über 70 praktischen Hypnoseanleitungen vor, die direkt in Therapien entstanden sind, alle zu positiven Resonanzen geführt haben

Hypnose ist stets vom Patienten selbstbestimmt: bewusst und unbewusst

und somit praxiserprobt sind. Die Indikationen reichen dabei von Angststörungen bis zu Potenzproblemen. Besonderer Fokus liegt auf der Wahl von hypnotischen Ressourcen und Kompetenzen des Individuums sowie auf der Lebensgeschichte und den gemeisterten Herausforderungen. Damit sollen selbstorganisierende und unbewusste Prozesse, die heilsam und förderlich wirken, unterstützt werden. Man kann die Anleitungen als Vorlage benutzen und individuell verändern. Die vorgelegten Hypnoseanleitungen eignen sich zur direkten therapeutischen Verwendung. Sie können aber auch individuellen Bedürfnissen oder Besonderheiten folgend abgeändert werden. Für bestimmte Themen wie Hautheilung oder Krebserkrankung hat die Autorin chronologisch angelegte Texte bereitgestellt, die in einer bestimmten Reihenfolge verwendet werden können. Dazu zählen auch Reihen von Hypnoseanleitungen für Lebenskrisen

und Depressionen („Gentleman-Hypnosens“, „Kleeblatt-Hypnosens“). Besonders anzuerkennen ist, dass die Autorin immer wieder betont, dass Hypnose stets selbst- und nicht vom Hypnotiseur fremdbestimmt ist. Als hilfreich erweist es sich auch, dass Kaiser Rekkas die Grenzen der Hypnose betont, etwa darin, dass bei chronifizierten Verläufen Hypnoseanleitungen allein nicht genügen, sondern andere Interventionen nötig sind, insbesondere das „Aussteigen aus einer Symptomtrance“.

Ihr neuestes Buch bildet eine Linie mit dem 2016 in vierter Auflage herausgegebenen „Im Atelier der Hypnose. Entwurf, Technik, Therapieverlauf“, in dem eine Chronologie des therapeutischen Ablaufs einer Hypnosebehandlung vorgelegt wird. Die Autorin empfiehlt den Lesern: „Er gebe sich den Texten hin! Denn im Lesen und Sprechen der Texte vollzieht sich intuitives Lernen ... Lernen ohne bewusste Leistung ... auf unbewusster Ebene ... von selbst ... leicht ... tranceferisch leicht ...“ Was soll man noch mehr über dieses Buch schreiben?

Kaiser Rekkas' Hypnoseanleitungen als Hör-CDs: „Träum Dich schön! Hypnoseschlaf für gesunde Haut“, „Helenas Reise durch den Kopf“ oder „Die venezianische Maske: Weibliche Sexualität – schön, erotisch, frei, spontan“



Traumatisierten Migranten helfen

NEU



Das erfahrene, multiprofessionelle Expertenteam zeigt mit praktisch einsetzbaren Tools, wie eine gute Therapie mit Migranten und Flüchtlingen gelingen kann.

- Arbeitsblätter und Checklisten erleichtern den Zugang zu den Patienten – von der ersten Planung über die Kontaktaufnahme bis hin zum therapeutischen Prozess.
- Mit Hilfestellungen bei gutachterlichen Äußerungen und Praxisanleitungen zur Arbeit mit Dolmetschern

Melanie Gräßer/Ernst-Ludwig Iskenius/
Eike Hovermann jun.

Therapie-Tools

Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial
256 Seiten. Broschiert. Großformat. € 39,95 D
ISBN 978-3-621-28426-4

Auch einzeln als  erhältlich



Materialien für die Arbeit mit Geflüchteten unter

▶▶▶ www.beltz.de/migration

www.beltz.de

BELTZ

AUSBLICK AUF DAS NÄCHSTE HEFT

„Psychotherapie und Arbeit“

„Arbeite nur – die Freude kommt von selbst.“ So sagt es ein altes Sprichwort. Aber was geschieht wirklich in unseren Köpfen, wenn „früh am Morgen die Werksirene dröhnt“? Im kommenden Heft wollen wir eine Frage thematisieren, die uns in der täglichen Praxis immer wieder begegnet: Wie wirken sich Belastungen durch Arbeitsbedingungen auf die psychische Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus? Dazu wollen wir Wissenschaftler, Politiker und Gewerkschafter zu Wort kommen lassen.

TERMINE

22. bis 25. September

Verhaltenstherapiewochen 2017

Eröffnungsthema: Verhaltensaktivierung.
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.vtwoche.de **Ort: Freiburg**

28. bis 30. September

bvvp-Bundesdelegiertenversammlung

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.bvvp.de **Ort: Erfurt**

12. bis 15. Oktober

Begegnungen II

Ein psychohistorischer Dialog, Konferenz zur ukrainisch-russisch-deutschen Verständigung vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Geschichte.
Nähere Informationen finden Sie unter:
www.trialog-conference.org

Ort: Seminaris Seehotel, Potsdam

13. Oktober, 19.30 bis 22 Uhr

vvps-Mitgliederversammlung

Informationen: bvvp Bundesgeschäftsstelle, E-Mail: vvps@bvvp.de

Ort: Haus der Ärzte, Sundgauallee 27, Freiburg

10. bis 12. November

Verhaltenstherapiewochen 2017

Eröffnungsthema: Placeboeffekte in der Psychotherapie. Infos: www.vtwoche.de
Ort: München

11. November

Jenseits von Sprachlosigkeit, Verurteilung und Ausstoßung

Tagung des Ethikverein e. V. zum Umgang mit Grenzverletzungen mit Vorträgen von Vera Kattermann und Diana Pflüchthofer.
www.ethikverein.de, info@ethikverein.de

Ort: Frankfurt am Main

18. November

31. Deutscher Psychotherapeutentag

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.bptk.de/service/termine.html

Ort: Berlin

Trend in der Psychotherapie: Positive Psychologie, Ressourcen, Stärken



R. Frank (Hrsg.)

Therapieziel Wohlbefinden

Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie

3. Aufl. 2017, XVI, 319 S.

17 Abb. Brosch.

€ (D) 39,99 | € (A) 41,11 | *sFr 42,50

ISBN 978-3-662-53470-0

€ 29,99 | *sFr 34,00

ISBN 978-3-662-53471-7 (eBook)

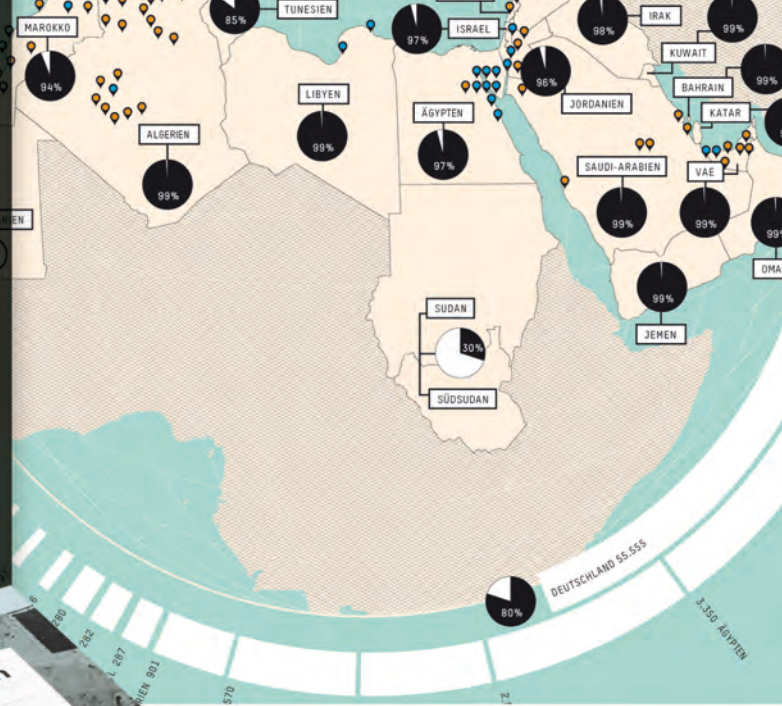
- **Praxisnutzen:** Überblick über Therapieansätze zur Steigerung von Wohlbefinden, inkl. neurowissenschaftlicher Erkenntnisse
- **3. Auflage:** Vollständig überarbeitet

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % MwSt. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % MwSt. Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Part of **SPRINGER NATURE**

springer.com/Angebot2

ATLAS DES ARABISCHEN FRÜHLINGS EINE WELT-REGION IM UMBRUCH



Jahr	2011	2012	2013
Wachstum	7,2%	7,7%	9,0%
Export	2,4%	2,8%	2,3%

Land	Werte
Iran*	545.000
Personal	1.800.000
Alle Typen	479
	128
	1.658
	398
Erwerfer	1.474
Erziehung	2.078



zenith
Zeitbilder
ATLAS EINE DES WELTREGION ARABISCHEN FRÜHLINGS IM UMBRUCH
HARVEY GOLDSMITH, PHILIPPE BOUVERD, ROBERT SCHULTZE, LARA FRIEDL, FLORENZ BUCK, CHRISTOPH W. HINTZE, ANASTAS

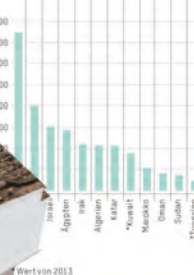
WIRTSCHAFTLICHE KENNZAHLEN

WERTEN (S) IM JAHR 2014

DURCHSCHNITTLICHES JÄHRLICHES WACHSTUM



BRUTTOINLANDSPRODUKT 2014 (MRD. S)



ARBEITSLÖSE (2013)



Land	Werte
Jemen	1,1
Libyen	41,4
Ägypten	78,8
Tunesien	27,2
Saudi-Arabien	5,04
Jordanien	1,8
Irak	22,7
Kuwait	1,1
Bahrain	1,1
Katar	1,1
VAE	1,1
Saudi-Arabien	1,1
Jemen	1,1
Sudan	1,1
Südsudan	1,1

zenith
Auf den ersten Blick sieht die verhältnismäßig niedrige arabischen Welt aus, wie sie exportiert, hat mehr auf den hohen Markt, in der fast schweben nahezu alle Staaten ohne dominanten Markt (wie Zypern, während Saudi-Arabien, Katar und Kuwait 2014 Mehrerwartungen verkauften - die sie etwa auch in ihre eigenen Staatsfonds investieren - doch nicht alle...)

bpb Bundeszentrale für politische Bildung

330 Seiten, mehr als 90 internationale Autoren, dutzende Grafiken, Illustrationen und Fotostrecken: Der zenith-Atlas des Arabischen Frühlings im Programm der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) bietet Grundlagenwissen zu einer epochalen Wende in der arabischen Welt.

7 EUR (exkl. Versandkosten)

Hier geht es direkt zum Atlas im bpb-Shop:
www.bpb.de/atlas-arabischer-fruehling

89

LIBANON
1.067.785

IRAK
245.909