






DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

8. Jahrgang | Heft 1.2016



-  Das DPTV-Projekt „Praxisübergabe“
-  Die Praxiswertermittlung im Nachbesetzungsverfahren
-  Warum wir eine Weiterbildung Schmerzpsychotherapie brauchen

Paul Nilges

Warum wir eine Weiterbildung Schmerzpsychotherapie brauchen

Wozu brauchen wir überhaupt Weiterbildungsgänge? Sind wir nicht durch unsere Ausbildung bestens qualifiziert? Diese Einwände gegen die Etablierung von Weiterbildungen in Schmerzpsychotherapie, Psychodiabetologie und Psychoonkologie wurden bereits im Juni 2005 bei einer Fachtagung der BPtK diskutiert (Psychotherapeutenjournal 2005). In diesem Beitrag werden die Vorbehalte gegenüber der Einführung einer Zusatzbezeichnung für die psychotherapeutische Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen aufgegriffen und am Beispiel der Schmerzpsychotherapie bereits erreichte Erfolge und Chancen einer Spezialisierung aufgezeigt.



Für welche Schmerzen sind Psychotherapeuten zuständig ...

Schmerzen sind häufig: Fast jeder von uns wird im Leben mehr oder weniger stark und lange unter Schmerzen leiden. Über 80 % aller Menschen erleben Phasen mit ausgeprägten Rückenschmerzen, ähnlich hoch ist das Risiko für Kopfschmerzen; beide nehmen übrigens im höheren Lebensalter ab, während andere Schmerzformen wie Gelenk- und Muskelschmerzen zunehmen. Hinsichtlich Prävalenz und Behandlungshäufigkeit ist Schmerz das führende Gesundheitsproblem (Klaus et al., 2013).

In Psychotherapeutischen Praxen ist Schmerz als Behandlung Anlass selten, Patientinnen und Patienten¹ wenden sich an ihren Arzt oder Facharzt. Patienten erwähnen Schmerzen oft überhaupt nicht, weil sie uns als nicht zuständig betrachten. Es handelt sich bei ihnen in der Regel nicht um „typische“ Schmerzpatienten. Für einfache akute Beschwerden ist die Wahrscheinlichkeit von Spontanremissionen hoch, sie können zudem meist wirksam behandelt werden. Zum Problem werden Schmerzen dann, wenn sie chronifizieren. Das betrifft etwa 2,8 % der Bevölkerung, d.h. die Patienten leiden unter chronischen Schmerzen, die kein Symptom einer zugrunde liegenden somatischen Erkrankung sind (Koppert, 2015). Bei etwa 7 % der Bevölkerung bestehen durch chronische Schmerzen erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen und damit auch Behandlungsbedarf (Kaiser et al., 2015).

Es sind vor allem psychische Faktoren, die das Risiko für den Übergang von akuten zu chronischen Beschwerden erhöhen. Patienten mit chronischen Schmerzen werden dennoch auch dann weiter ausschließlich medizinisch behandelt, wenn somatische Diagnostik und

Therapie erfolglos verlaufen. Erst wenn die Lebensqualität deutlich abnimmt, lange Krankschreibungen, sozialer Abstieg und Berentungen drohen, wiederholt erfolglose Operationen durchgeführt wurden, immer stärkere Medikamente mehr Schaden als Nutzen bringen und erst wenn sich psychische Komorbiditäten entwickeln, sind Psychotherapeuten gefragt. Dieser fatale Ablauf ist mit erheblichen Nachteilen für alle Beteiligten verbunden:

- Patienten werden medizinisch fehl- oder über- und psychotherapeutisch unterversorgt, ihr Schmerz wird zu einem komplexen bio-psycho-sozialen Problem;
- Ärzte erleben zunehmende Hilflosigkeit und Misserfolge bei chronifizierten Patienten;
- Psychotherapeuten als „letzte“ Instanz fühlen sich in der Regel bei Patienten mit langen und medizinisch komplizierten Vorgeschichten überfordert.

Dieses Dilemma ist auch unserem Versorgungssystem und seinen strukturellen, ökonomischen und berufspolitischen Besonderheiten geschuldet. Denn die Schmerzforschung und Therapie selbst war von Beginn an interdisziplinär konzipiert.

Die Internationale Schmerzgesellschaft² veröffentlichte eine noch immer gültige Definition von Schmerz. Danach ist Schmerz „eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit tatsächlichem oder drohendem Gewebsschaden verbunden ist oder in Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP, 1986). Das Erleben der Patienten, Wahrnehmung und Emotionen „machen“ Nozizeption³, also physiologische Prozesse, erst zu

Schmerz. Ein weiterer Punkt dieser Definition: Nozizeption ist keine Voraussetzung für Schmerz. Ob somatische Befunde vorliegen oder nicht, ist kein Kriterium für „echten“ Schmerz. Bei über 80 % der Rücken- und nahezu allen häufigen Kopfschmerzarten fehlen pathologische somatische Veränderungen. Es handelt sich in der Regel um reversible Funktionsstörungen. Dies gilt auch für die psychologischen Faktoren: Relevante psychische Störungen finden sich nur bei einer Minderheit der Schmerzpatienten (Wurmthaler et al., 1996; Demyttenaere et al., 2007). Regelmäßig bestehen schmerzspezifische Ängste, ungünstige Bewältigungsstrategien und subklinische Beeinträchtigungen des Befindens, die (noch) nicht die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen. Nur bei einigen Patienten entwickeln sich mit der Zeit klinisch relevante und diagnostizierbare komorbide depressive oder Angststörungen.

Nach den derzeitigen Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinien sind Patienten ohne F-Diagnose von der psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen. Dies hat zu erheblichen Problemen auch bei der Entwicklung der stationären Schmerztherapie geführt: Ohne Diagnose keine Therapie. Auf Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft (früher DGSS) wurde für Schmerzpatienten deshalb in der Deutschen ICD-10 2009 die F45.41 (Chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren) eingeführt: Damit wurde überhaupt erst eine sozialrechtlich tragbare Grundlage für interdisziplinäre Behandlungen und Psychotherapie einer Patientengruppe geschaffen, die bisher „zwischen allen Stühlen“ saß (Rief et al., 2010).

Interdisziplinarität als Grundprinzip der Schmerztherapie

Die ersten Schmerzkliniken wurden 1960 in den USA für Soldaten mit Schmerzen durch kriegsbedingte

Bei etwa 7 % der Bevölkerung bestehen durch Schmerzen erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen und damit Behandlungsbedarf.

¹ Im Folgenden wird durchgängig der besseren Lesbarkeit wegen jeweils die männliche Form verwendet.

² Die International Association for the Study of Pain (IASP) hat derzeit über 7000 Mitglieder aus 33 Ländern und aus allen Fachgebieten, gibt das Journal „Pain“ heraus.

³ Nozizeption ist die Aktivität spezialisierter Nervenfasern bei der Übertragung potentiell schädigender thermischer, elektrischer, chemischer oder mechanischer Reize.

Kriterien „echter“ Interdisziplinarität

- Gemeinsame Verantwortung
- Gemeinsame Untersuchung
- Gemeinsame Erhebung von Befunden
- Transparenter Kommunikationsprozess
- Integration der Informationen innerhalb des Teams
- Keine diagnostischen oder therapeutischen „Auftragsarbeiten“

Kasten 1. (Strumpf et al., 1999)

Verletzungen aus dem zweiten Weltkrieg oder dem Koreakrieg gegründet. Von Beginn an wurde auch für diese Patienten mit eindeutigen organischen Befunden die Arbeit in interdisziplinären Teams praktiziert. Damals wurden Kriterien für Behandlungseinrichtungen und Regeln für die Zusammenarbeit festgelegt, die auch heute noch gelten.

Zwingend notwendig für Schmerzkliniken war von Beginn an die Verfügbarkeit verschiedener Fachdisziplinen, davon obligatorisch eine psychotherapeutisch/psychiatrische. Die bloße „Anwesenheit“ verschiedener Disziplinen wird als „Multidisziplinarität“ bezeichnet und wurde als nicht ausreichend betrachtet. Die geforderte „Interdisziplinarität“⁴ ist durch explizite Regeln für die Zusammenarbeit beschrieben und der Kern dieses Konzeptes (s. Kasten 1).

Diese in der Medizin eher ungewohnte Form der Kooperation mit „nichtärztlichen“ Fachrichtungen ist Grundlage für die jetzige Arbeit in Schmerzkliniken und -ambulanzen.

Direkt sozialrechtlich relevant sind diese Kriterien durch den „Operationen und Prozedurenschlüssel“ (OPS). Er definiert die Strukturkriterien für Behandlungen im DRG-System⁵. Die Schmerztherapie im Team (multimodale interdisziplinäre Therapie) wird durch die Komplexziffer 8-918 definiert. Mindestens zwei

4 In der Praxis arbeiten Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Physiotherapeuten zusammen, weitere Berufsgruppen sind, je nach Konzept, eingebunden und lernen voneinander.

5 Diagnosis Related Groups: Fallpauschalen-System, nach dem fast alle stationären und teilstationären Behandlungen abgerechnet werden.

Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) müssen beteiligt sein. Der Nachweis von Psychotherapie ist eine notwendige (und damit erlösrelevante) Voraussetzung für die Abrechnung dieser Komplexziffer. Die Kriterien werden von den medizinischen Diensten der Krankenkassen regelmäßig überprüft.

Das Modell scheint attraktiv zu sein: In über 400 Kliniken in Deutschland wird inzwischen interdisziplinäre Schmerztherapie praktiziert. Diese Kliniken haben neue Stellen für Psychologische Psychotherapeuten schaffen müssen. Während für die ärztliche Leitung eine Spezialisierung „Schmerztherapie“ verlangt wird, sind für die Psychotherapeuten noch keine Qualifikationskriterien vorgegeben. Bis 2011 wurde sogar lediglich eine „psychologische“ Beteiligung gefordert. Erst in der Fassung ab 2012 konnte durch die zuständigen Kommissionen, in denen die DGPSF⁶ mitarbeitet, die Approbation als Qualifikation festgeschrieben werden.

In einer gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin, in der ärztliche und psychologische Fachgesellschaften zusammenarbeiten, wurden 2015 Kriterien für Schmerzbehandlungseinrichtungen erarbeitet und sechs unterschiedliche Stufen der Versorgung von Patienten definiert (Müller-Schwefe et al., 2015). Für drei Versorgungsformen (Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin,

6 Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie- und Forschung, Fachgesellschaft mit über 450 Mitgliedern, überwiegend Psychologische Psychotherapeuten, AWMF-Mitgliedschaft.

Interdisziplinäres Kopfschmerz-/Rückenzentrum, Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie) wird mindestens ein Psychologischer Psychotherapeut mit der Zusatzbezeichnung „Schmerzpsychotherapie“ als festes Teammitglied gefordert, für Praxen und Ambulanzen mit gebietsbezogener Schmerztherapie sowie für Einrichtungen mit Fachkunde Schmerzmedizin ist eine verbindliche Kooperation mit Psychologischen Psychotherapeuten zwingend.

Von der Kommission werden erstmals auch Psychotherapeutische Praxen mit Schmerzschwerpunkt gefordert und definiert. Voraussetzung für die Leitung dieser neu zu organisierenden Institutionen ist die Qualifikation in Schmerzpsychotherapie. Aufgrund der steigenden Zahl tagesklinischer und stationärer Schmerzbehandlungseinrichtungen nimmt der Bedarf auch an ambulanter Psychotherapie als Weiterbehandlungsmöglichkeit stetig zu. Zudem sind inzwischen Versorgungsleitlinien beschlossen worden (NVL Kreuzschmerz), in denen die Zusammenarbeit mit Psychologischen Psychotherapeuten bereits bei der ambulanten Diagnostik und Therapie in Arztpraxen gefordert wird. Im ambulanten Bereich bestehen hier noch erhebliche Defizite, die empfohlene Versorgung von psychologischer Seite umzusetzen. Die konsequente Anwendung dieser Leitlinien wird zu einem weiteren Anstieg an Behandlungsbedarf für eine Patientengruppe führen, die bisher psychotherapeutisch häufig un- bzw. unterversorgt ist.

Ziele und Besonderheit einer Schmerz-Spezialisierung

In den letzten 20 Jahren wurden bedeutende Fortschritte in der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen erzielt, bei denen zwar regelmäßig subklinische psychische Belastungen be-



Weiterbildung Schmerzpsychotherapie der LPK Rheinland-Pfalz

Die Weiterbildung hat einen Umfang von 80 Unterrichtseinheiten zur Vermittlung theoretischer Kenntnisse. Nachzuweisen sind 25 Stunden Supervision (Gruppe oder Einzel) sowie eine mindestens halbjährige Mitarbeit in oder die 18-monatige enge Kooperation mit einer anerkannten schmerztherapeutischen Einrichtung, die Teilnahme an mindestens 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen und der Erstellung von 10 Fallberichten. Der Nachweis von 200 Stunden Praktischer Weiterbildung ist durch die Behandlungsfälle bei niedergelassenen Kollegen bzw. bei Mitarbeit in einer Schmerzbehandlungseinrichtung erbracht. Die Weiterbildung dauert mindestens 18 Monate.

Kasten 2

stehen, die Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung aber nicht erfüllt sind. Für immer mehr in der ICD genannte somatische Erkrankungen gewinnen psychologische Konzepte und Techniken an Bedeutung zur Erklärung und Behandlung.

Der Schwerpunkt schmerzpsychotherapeutischer Tätigkeit liegt im stationären und teilstationären Setting. Interdisziplinäre Teams arbeiten in Forschung und Behandlung von Schmerzen, zunehmend auch bei Krebserkrankungen, Diabetes, kardiologischen und neurologischen Erkrankungen und in der Palliativmedizin im Klinikalltag bereits ganz selbstverständlich zusammen. Das bedeutet einen großen, noch ungedeckten Versorgungsbedarf auch an anschließender ambulanter Psychotherapie. Eine psychotherapeutische (Mit-)Versorgung führt nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patienten, sondern auch zu wirtschaftlicheren Behandlungen. Und entscheidend für die Patienten: interdisziplinäre Therapie, z.B. von Rückenschmerzen, ist der üblichen medizinischen Behandlung hinsichtlich Schmerz und Befinden überlegen (Brömme et al, 2015).

Schmerzpsychotherapeutische (Mit-)Versorgung führt zur Verbesserung der Lebensqualität und zu wirtschaftlicheren Behandlungen.

Literaturhinweis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.

Ziel einer Weiterbildung ist es nun nicht, Patienten behandeln zu lernen, bei denen Schmerzen vor dem Hintergrund somatoformer/psychosomatischer Beschwerden auftreten. Die Behandlung dieser Störungsbilder ist Bestandteil der Ausbildung zum PP und KJP. Ein Weiterbildungsgang zur Schmerzpsychotherapie bezieht sich vielmehr auf Patienten mit chronischen Schmerzen, die zahlreiche somatische Vor- und/oder parallele Behandlungen haben (z.B. medikamentöse Behandlungen) sowie unter sozialen und psychischen Belastungen leiden, und die bis zur Einführung der F 45.41 nicht in unser übliches Diagnoseschema „passten“. Diese Patienten werden bisher in psychologischen Praxen überhaupt nicht oder nur selten behandelt. Schmerzpatienten gelten als schwer zugänglich und ihre Behandlung als wenig erfolgversprechend.

Die LPK Rheinland-Pfalz hat als erste Landeskammer bereits 2006 den Weiterbildungsgang Schmerzpsychotherapie eingeführt. Inhalte sowie der zeitliche Umfang des Weiterbildungsgangs wurden in Zusammenarbeit mit der DGPSF erarbeitet, sie orientiert sich in Teilen an der bereits etablierten curricularen Fortbildung zur „Speziellen Schmerzpsychotherapie“. Für die Einführung der Weiterbildung waren drei Anläufe notwendig: Bei zwei Abstimmungen wurde die Weiterbildung zunächst abgelehnt. In der Diskussion vor der dritten Abstimmung stellte ein niedergelassener Kollege mit langjähriger Erfahrung fest (Zitat aus dem Sitzungsprotokoll), „dass er diese Patienten bisher ohnehin weitergeschickt und nicht selbst behandelt habe. Erfahrungsgemäß sei die Motivation der Patienten eher gering und/oder die Mischung von somatischer und psychologischer Problematik kaum zu entwirren“. In der darauf folgenden dritten Abstimmung wurde die Schmerzpsychotherapie als erster Weiterbildungsgang in Rheinland-Pfalz einstimmig angenommen.

Eine überarbeitete Fassung der Weiterbildungsordnung Rheinland-Pfalz wurde kürzlich beschlossen. Die Weiterbildung ist nicht methodegebunden: Es werden sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische Konzepte der Schmerzpsychotherapie vermittelt. Das Curriculum ist offen für PP und KJP: Schmerzpsychotherapie kann mit Schwerpunkt für Erwachsene und/oder für Kinder und Jugendliche absolviert werden (s. Kasten 2).

Seit der Einführung der Schmerzpsychotherapie als Weiterbildung in Rheinland-Pfalz ist der Stellenwert der psychotherapeutischen Mitbehandlung von Schmerzpatienten deutlich gewachsen. In Einzelfällen konnten durch den Nachweis einer speziellen Qualifikation auch Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen im ambulanten Bereich erwirkt werden. Mit curricularen Fortbildungen konnte die sozialrechtliche Aufwertung dieses Bereichs zuvor nicht erreicht werden.

Auch zukünftige Entwicklungen, wie die geplante Konzipierung eines neuen Studiengangs Psychotherapie, sind in der Folge unabdingbar mit der Etablierung einer Weiterbildungsordnung verbunden. Es ist davon auszugehen, dass auch in einem Direktstudium nicht vertiefend Wissen über Schmerzerkrankungen und die notwendigen Kompetenzen in der Behandlung vermittelt werden können. In der Ausgestaltung des Weiterbildungsrechts sind die Psychotherapeutenkammern relativ frei. Für Bereiche (Zusatzbezeichnungen) ergeben sich (im Gegensatz zu den Gebieten) nach den Vorgaben der Heilberufegesetze der Länder keinerlei Tätigkeitsbeschränkungen oder sonstige Einschränkungen. Die Ausformulierung der Regelungen für die Weiterbildungsgänge in Bereichen geschieht in den Weiterbildungsordnungen der Länderkammern. In den Weiterbildungsordnungen können auch Übergangsregelungen definiert werden, die langjährig erfahrenen Kollegen


die Möglichkeit zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung erleichtern. Es ist wichtig zu betonen, dass sich für approbierte Psychotherapeuten auch mit Einführung von Weiterbildungsbereichen an der bisherigen Behandlungspraxis und Zuständigkeit für sämtliche psychische Erkrankungen nichts ändern wird.

Die aktuelle Diskussion zur Weiterbildung in Psychotherapie zeigt verblüffende Parallelen mit der Entwicklung auf ärztlichem Gebiet: Der Einführung ärztlicher spezieller Schmerztherapie wurde massiver Widerstand entgegengebracht. Die verschiedenen Facharztgruppen betrachteten sich als jeweils alleine zuständig: Orthopäden für den Rücken, Neurologen für den Kopf und Anästhesisten als „Generalisten“ für alles. Über diesen fachlichen Aspekt hinaus bestanden Ängste, wichtige Patientengruppen abgeben zu müssen. In Abgrenzung zur allgemeinen Schmerztherapie, die Aufgabe aller Ärzte in der Pati-

entenversorgung ist, wurde vom Deutschen Ärztetag bereits am 8. Juni 1996 die Einführung dieser Bereichs- und Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ als Weiterbildung in Ergänzung zur Facharztkompetenz beschlossen. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 31. Januar 1997 den Landesärztekammern die Übernahme der Richtlinien zur Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ empfohlen. Die letzte Landesärztekammer, die diese Empfehlung umsetzte, war die Bayerische Landesärztekammer im Jahr 2004.

Es ist zu hoffen, dass der Diskussionsprozess in den Landespsychotherapeutenkammern konstruktiver und schneller verläuft als in den Landesärztekammern. Psychologische Psychotherapeuten sind in stationären und teilstationären Einrichtungen in ursprünglich rein medizinischen Versorgungsgebieten bereits gut integriert, ihre In-

tegration in Strukturen und Hierarchien kann allerdings noch deutlich verbessert werden.

Die Erwartungen sind berechtigt, dass sich durch Verbesserungen der Versorgungsstrukturen auch im ambulanten Bereich verlässliche interdisziplinäre Konzepte entwickeln und dass dadurch Patienten mit chronischen Schmerzen schneller und spezifischer behandelt werden können. 

Dr. Paul Nilges

Psychologischer Psychotherapeut, bis 2015 Leitender Psychotherapeut DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Mitglied im Vorstand der DGPSF und in diversen Kommissionen der Deutschen Schmerzgesellschaft, Dozent und Supervisor in der Psychotherapeutenausbildung, Gründungsmitglied der LPK RLP.
E-Mail: nilges@uni-mainz.de





Manfred Vogt Spieleverlag



Das Das-tut-mir-gut-Spiel
Resilienz stärken bei Kindern und Jugendlichen mit belasteten Eltern
(ab 6 Jahre)



Das Sich-einigen-Spiel
Das Mediationsspiel für Kinder (ab 5 Jahre)



Das Land-der-Gefühle-Spiel
Emotionen zeigen und benennen in der kreativen Psychotherapie mit Kindern
(ab 4 Jahre)



Das Etwas-von-mir-Spiel
Spielerisch kommunizieren
60 Kommunikationskarten
(ab 10 Jahre)



Die Vier Yetis
Das Spiel für kreative Psychotherapie zum Überwinden von depressiver Verstimmung bei Kindern und Jugendlichen
(ab 6 Jahre)

... und andere kreative Spiele unter:

www.mvsv.de

Manfred Vogt Spieleverlag | Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie NIK | Außer der Schleifmühle 40
D-28203 Bremen | Fon 0421 - 579 57 68 | Fax: 0421 - 579 57 69 | E-mail: spieleinfo@mvsv.de