

EMDR: OPK bietet hierfür curriculare Fortbildung im Bereich der Traumatherapie an

Durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Oktober 2014 wurde Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Behandlungsmethode bei Erwachsenen mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) innerhalb eines Richtlinienverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen und als Folge dessen entsprechende Qualifikationsnachweise im Bundesmantelvertrag festgeschrieben.

Bereits vor dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden EMDR-Behandlungen in der psychotherapeutischen Versorgung qualifiziert eingesetzt. Eine generelle Wirksamkeit der EMDR-Methode kann dabei als belegt gelten, eine Überlegenheit gegenüber anderen spezifischen Methoden jedoch nicht. Viele Psychotherapeutinnen hatten sich in Psychotherapie und EMDR-Behandlung fortgebildet. Die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) hat hierfür eine curriculare Fortbildung im Bereich der Psychotherapie erlassen. Die erfolgreich absolvierte curriculare Fortbildung kann als Nachweis der Befähigung zur qualifizierten Durchführung von EMDR für eine Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) dienen.

OPK setzt hohe Standards für die Traumabehandlung

Die OPK setzt sich bereits seit Jahren für die intensive Fortbildung ihrer Mitglieder auch im Bereich der Psychotherapie ein. Daher wurde bereits im Jahre 2011 eine Richtlinie erlassen, die deren Weiterqualifizierung durch eine curriculare Fortbildung regelt. Zahlreiche Psycho-

therapeutInnen in Ostdeutschland haben seither die theoretischen und praktischen Befähigungen nachgewiesen, die sie zum Führen ihres Titels mit dem Zusatz „Psychotherapie OPK“ berechtigen. Mit ihrer curricularen Fortbildung setzt die OPK als Berufsaufsicht der PsychotherapeutInnen hohe Standards, spezielle weiterführende Kenntnisse auf Grundlage der aktuellsten wissenschaftlichen Standards in der Behandlung von traumatisierten PatientInnen zu erwerben und diese auch in praktischer Tätigkeit nachzuweisen.

Dafür müssen alleine 100 theoretische Stunden in Modulen abgeleistet werden, die sowohl theoretische Grundlagen und Diagnostik von PTBS als auch die Intervention bei akuten Traumatisierungen, komplexer und non-komplexer PTBS in den Fokus nehmen. Auch Techniken und Methoden der Stabilisierung und Erhaltungstherapie werden vertieft behandelt, ebenso wie zusätzliche zehn Stunden Selbsterfahrung vorausgesetzt. Das Curricu-

lum sieht dabei eine vertiefte Auseinandersetzung mit mehreren wirksamen Methoden und Techniken zur Behandlung von PTBS vor, zu welchen auch EMDR zählt. Die praktische Befähigung wird durch den Nachweis von behandelten Fällen von Patienten mit PTBS nachgewiesen.



Posttraumatische Belastungsstörung: EMDR ist als Behandlungsmethode innerhalb eines Richtlinienverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie gelangte in seinem Gutachten vom 6. Juli 2006 zu dem Beschluss, dass EMDR bei Erwachsenen als eine Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als wissenschaftlich anerkannt gelten kann. Im selben Gutachten kann bei Kindern und Jugendlichen für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode festgestellt werden, da es an empirischen Wirksamkeitsbelegen bei der Anwendung bei Kindern und Jugendlichen mangelt.

Festschreibung theoretischer und praktischer Qualifikationen

Der G-BA nahm EMDR am 16. Oktober 2014 als Behandlungsmethode bei PTBS bei Erwachsenen innerhalb eines Richtlinienverfahrens in die Psychotherapie-Richtlinie auf. Durch eine Einigung der Parteien des Bundesmantelvertrages ist die Methode nunmehr seit dem 3. Januar 2015 in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Hiermit wurden auch bestimmte theoretische und praktische Qualifikationen festgeschrieben, damit PsychotherapeutInnen EMDR innerhalb der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung einsetzen können.

Der Abschlussbericht des G-BA, dem aufgrund mangelnder metaanalytischer Datenlage ausreichender Qualität eine eigene Metaanalyse zugrunde liegt, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis wie das Gutachten des wissenschaftlichen Bei-

rats. Demnach kann die EMDR-Methode als wirksam angesehen werden, d. h., sie ist im Vergleich zur Nichtbehandlung (Warteliste) oder anderen unspezifischen Behandlungen wirksamer bei der PTBS-Symptomreduzierung. Darüber hinaus zeigt dieser Bericht eine Überlegenheit der EMDR-Methode im Vergleich zu einer Gruppe von anderen Behandlungsverfahren (die vergleichend zusammengefasst werden) in der Selbsteinschätzung der Symptome. Einschränkend sei angemerkt, dass alle einbezogenen Studien erhebliche methodische (z. B. Stichprobengröße, Randomisierung, Beschreibung der verwendeten Instrumente), als auch inhaltliche (z. B. Beschränkung auf eine Traumaursache) Limitationen aufwiesen. Da die methodischen Einschränkungen der herangezogenen Studien und ihre Vergleichbarkeit doch als erheblich bezeichnet werden können, kommt auch der Abschlussbericht des G-BA zu dem Schluss, dass eine generelle Wirksamkeit der EMDR-Methode als belegt gelten kann, eine Überlegenheit gegenüber anderen spezifischen Methoden jedoch nicht. Hier ist noch weitere Forschung nötig, insbesondere auch, um die wirksamen Bestandteile der EMDR-Methode zu spezifizieren.

TherapeutInnen entscheiden selbst, wie die Behandlung aussieht

Konsequenterweise stellt der G-BA dann auch zusammenfassend fest, dass EMDR ein wirksames Verfahren aus einer ganzen Reihe wirksamer Verfahren sei. Bei der Behandlung von Patienten mit einer Posttraumatischen

Belastungsstörung sei es zentral, dass das für jeden Patienten das passende, prognostisch für diesen Menschen mit dieser Biografie und dieser Traumatisierung wirksamste traumaspezifische Verfahren gewählt wird.

Da die OPK die fachliche Qualifikation und die Fortbildungsnachweise ihrer Mitglieder sowohl fordert, als auch überprüft und sie dabei die Qualifizierung auf dem Gebiet der Psychotraumatheorie bereits seit Jahren auf fachlichen Standards basierend betreibt, liegt es nahe, die Zusatzbezeichnung „Psychotraumatheorie OPK“ auch als Nachweis der Befähigung zur Durchführung einer EMDR Behandlung im Rahmen eines Richtlinienverfahrens bei der Behandlung von PTBS anerkannt werden kann. Den kontinuierlich fortgebildeten Psychotherapeuten obliegt es dabei, aufgrund ihrer Expertise die Fallkonzeptualisierung auszuarbeiten und die Behandlung entsprechend zu planen und durchzuführen. Dabei werden gemäß den berufsrechtlich gebotenen Sorgfaltspflichten die passenden Methoden und Techniken zur Behandlung der PatientInnen ausgewählt und angewendet. Die Behandlung der PTBS bildet hier keine Ausnahme, wobei EMDR dabei nur eine von mehreren zur Verfügung stehenden Methoden/Techniken ist, die zur Behandlung herangezogen werden können.

Quellen:

Wissenschaftlicher Beirat (2006): www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.114.115

G-BA (2015): www.g-ba.de/downloads/40-268-2987/2014-10-16_PT-RL_EMDR_Umstrukturierung-Anlage1_ZD.pdf

Fortbildungsveranstaltungen der OPK 2015 – nachgedreht und vorausgeblickt

Bei der Gestaltung der OPK-Fortbildungsveranstaltungen sollen Angebote für die Mitglieder initiiert werden, die aus fachlicher, aber auch berufspolitischer Sicht eine große und aktuelle Bedeutung für den Berufsstand haben. Das wird auch insbesondere dann wichtig, wenn es sich um ein Thema handelt, das von den kommerziellen Anbietern eher selten in den Fokus genommen wird.

Fallstricke und aktuelle Entwicklungen des Diagnostizierens

Genau hierum handelte es sich bei der ersten zweitägigen OPK-Veranstaltung des neuen Jahres „Wie wichtig ist richtiges Diagnostizieren?“, die von Professorin Karin Tritt vom 23. bis 24. Januar 2015 in Leipzig angeboten wurde. Denn auch wenn es ein oft angebrachtes geflügeltes Wort in der akademischen und postgradualen Ausbildung darstellt,

dass die Götter vor die Behandlung die Diagnose gestellt haben, so gibt es doch vergleichsweise wenig Veranstaltungen, die sich vertieft mit der Thematik, ihren Fallstricken und aktuellen Entwicklungen auseinandersetzen. Und das, obwohl man in den Lebenswissenschaften weit davon entfernt ist, den Goldstandard des Diagnostizierens bereits in Händen zu halten.

Das wurde auch sehr deutlich bei der kurzen historischen Verortung der gängigen Klassifikationssysteme DSM und ICD. Denn eine reliable und valide Diagnoseerstellung erfüllt mehrere wichtige Zwecke. Sie soll psychische Störungen qualitativ und quantitativ beschreiben und sie zum Zwecke der Indikation Klassen zuordnen. Schlussendlich sollte sie aber auch ihre Entstehungsgeschichte und die Bedingungen ihres Auftretens erklären und sich für Prognose und Evaluation eignen. Allen diesen Aufgaben gerecht zu werden, davon sind die derzeit gängigen klassifikatorischen Systeme noch weit entfernt. „Richtiges Diagnostizieren“ hat also immer auch mit Abwägungen zu tun, dem sich die PsychotherapeutInnen immer wieder aufs Neue stellen müssen. Hierbei geht es in erster Linie um Entscheidungsprozesse, die unter Zuhilfenahme verschiedener Informationsquellen als Ergebnis zu einer möglichst validen Einzelfalldiagnostik führen. Da das ICD aus mehr als 850 verschiedenen F-Diagnosen besteht ist es oft hilfreich, standardisierte Tests einzusetzen. Professorin Tritt gab einen Einblick in die Anwendung des ICD 10 Symptom Ratings (ISR) und ISR+, bei dessen Entwicklung sie auch maßgeblich beteiligt war. Die Tests eignen sich auch insbesondere, um Komorbiditäten nicht zu übersehen und Anhaltspunkte zu gewinnen, an welchen Stellen eine vertiefte diagnostische Abklärung erforderlich ist. Die eigene Entscheidung und ein sorgfältiges Zusammentragen und Auswerten aller zusammengetragenen Informationen kann jedoch kein Testverfahren ersetzen. Auch die OPD wurde als hilfreiches Diagnose-Instrument vertieft behandelt, das auch Anhaltspunkte für die Therapieplanung geben kann. Die vorgestellten Instrumente dienen als Grundlage sowohl für eine korrekte Indikationsstellung, wie für individuelle Fallkonzeption als auch für die Abrechnung mit den Krankenkassen.

Nicht übersehen werden darf auch, dass sich die vergebenen Diagnosen auch auf die Außenwirkung der Psychotherapeutenschaft als Ganzes auswirken. Aus Analysen der Abrechnungsdaten wird teilweise von einigen Akteuren im gesundheitspolitischen Feld – wie

zum Beispiel den Krankenkassen – der Schluss gezogen, dass Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eher leichte Störungen behandeln, sich Diagnosen regional und verfahrensspezifisch häufen und die Indikation nicht mit der Therapiedauer zusammenhängt. Diese ungünstigen Interpretationen kommen u. a. durch die Datenlage zustande, dass PsychotherapeutInnen besonders oft Anpassungsstörungen und generell unspezifische Diagnosen vergeben. Während die Ursachen für diese Datenlage sicherlich vielfältig sind und negative Interpretationen oft weniger mit der Datenlage als mit mehr oder weniger offensichtlichen Hintergedanken zu tun haben, so gibt es doch einen Punkt an dem die Berufsgruppe aktiv selbst mitwirken kann – und das ist in dem Bemühen um eine valide Einzelfalldiagnostik up to date. All diese Punkte wurden von einer bunt gemischten Gruppe aus KJP und PP verschiedener Verfahren in der zweitägigen Veranstaltung engagiert besprochen, reflektiert und vertieft.

Fortbildung zu Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern

Großen Anklang fand auch die erste Veranstaltung der Veranstaltungsreihe „Psychotherapie mit Babys, Kleinkin-

dern und Schulkindern“, die sich mit Möglichkeiten und Herausforderungen von Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern auseinandersetzte und vom 6. bis 7. Februar 2015 in Halle stattfand. Den TeilnehmerInnen wurden sowohl theoretisches Hintergrundwissen als auch praktische Kompetenzen für die tägliche psychotherapeutische Praxis in der Arbeit mit Eltern und deren Babys und Kleinkindern vermittelt. Denn gerade diese Eltern sind oft durch die mit der Elternschaft einhergehenden Veränderungen der Lebensumstände und der Paarbeziehung belastet. Aber auch die von außen an sie herangetragenen Erwartungen können zu Überforderung beitragen. Aufseiten der Eltern können diese vielfältigen Belastungen und Umbrüche zu einer verminderten Erziehungsfähigkeit und auch zur Ausbildung eigener psychischer Probleme führen. Aufseiten der Babys und Kleinkinder kann es dadurch zu ersten Störungen im Entwicklungsverlauf und Regulationsstörungen kommen. Frühe Prävention und Intervention sind hier besonders wichtig, um einen sich verfestigenden Störungsverlauf und weitere Entwicklungsbeeinträchtigungen zu verhindern. Am ersten Tag beschäftigten sich die Referentinnen Frau Professor Dr. Henning und Frau Professor Dr. Ludwig-Körner sowohl theoretisch als auch praktisch mit dem Thema aus



Bunt wie ein Kinderleben ist die Themenvielfalt des 1. KJP-Symposiums der OPK.

Sicht des Kindes. Frau Professor Dr. Reck beleuchtete am nächsten Tag die Hintergründe und praktische psychotherapeutische Herangehensweisen aus Sicht der Eltern. So wurden auch die besonderen Problemlagen von Familien beleuchtet, in welchen ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Einen Ausblick auf den zweiten Teil der Veranstaltungsreihe, der sich mit Psychotherapie bei Kindergarten- und Schulkindern beschäftigen wird, gab zum Abschluss Frau Dr. Annette Klein. Man darf auf die Ende des Jahres geplante Fortsetzung der Reihe gespannt sein.

1. KJP-Symposium der OPK am 12. und 13. Juni 2015 in Potsdam

Mit Kindern psychisch kranker Eltern wird sich auch noch einmal vertieft die Podiumsdiskussion im Rahmen des 1. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Symposiums der OPK am 12. und 13. Juni 2015 in Potsdam aus gesundheitspolitischer Perspektive beschäftigen. Darüber hinaus soll das Symposium Möglichkeiten zur Vernetzung bieten. Mit diesem Veranstaltungskonzept trägt die OPK der Tatsache Rechnung, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung genommen hat, sowohl in der Versorgung als auch in der Erarbeitung neuer Behandlungskonzepte.

Anna Maria Fallis ist niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin aus Potsdam. Sie wird am 12. Juni den Workshop „Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, Eltern im Konflikt, Familienberatung in der KJP, Elterngruppen in der KJP“ anbieten. Wir sprachen vorab mit der Referentin über das Thema sowie darüber, was die Teilnehmer in ihrem Workshop erwartet.

In welchem Spannungsfeld bewegen sich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in ihrer Arbeit mit Bezugspersonen?

Anna Maria Fallis: Die Erwartungen an eine Therapie sind bei Kindern und Eltern sehr verschieden. Die Eltern wollen, dass die Störung des Kindes sich (möglichst schnell) bessert, sehen erst

einmal keine eigene Beteiligung an der Ursache oder am Aufrechterhalten des Problems. Das Kind macht auf seine Art deutlich, was sein Problem oder sein Leiden ist. Dabei wissen wir, dass Kinder häufig Symptomträger für innerfamiliäre Konflikte oder psychische Störungen bei den Eltern sind. Die KJP ist in erster Linie „Anwältin“ des Kindes, gleichzeitig muss sie versuchen, die Compliance für die Therapie bei den Eltern zu entwickeln und Veränderungsbereitschaft und neues Lernen aufzurufen. Hier wird deutlich, dass es Zielkonflikte geben kann, die ein großes Spannungspotential enthalten.

Weiterhin haben die Schule, auch Kindergarten und Hort, häufig große Erwartungen an den Therapeuten, dass sich beispielsweise das Leistungsverhalten oder auch die Verhaltensauffälligkeiten schnell und in eine bestimmte Richtung ändern.

Läuft parallel zur Therapie eine Jugendhilfemaßnahme und/oder Familienhilfe, hat das Jugendamt mitunter große Wünsche an die Therapie. Gleichzeitig muss der Therapeut darauf achten, dass keine die Behandlung des Kindes betreffenden, gegenläufigen Maßnahmen erfolgen.

Die Vorstellungen der behandelnden Ärzte müssen ebenfalls in die therapeutische Arbeit der KJP einbezogen werden – die ärztliche Sicht ist nicht immer identisch mit der psychotherapeutischen. Häufig kommt es im Rahmen medika-

mentöser Mitbehandlungen oder beim Verordnen von Kuren oder ergänzenden Therapien (Ergo-, Physio-, Logopädischen Therapien) zu Dissens.

Ein besonders heikles Thema ist die Schweigepflicht in der KJP. Die Eltern wollen informiert werden, wie die Therapie läuft, welche Entwicklungen ihr Kind macht. Gleichzeitig hat das Kind ein Recht auf Verschwiegenheit des Therapeuten, denn nur so gelingt ein therapeutisches Bündnis, dessen wichtigste Voraussetzung das Vertrauen ist. Bei schwieriger oder gestörter Eltern-Kind-Kommunikation ist dies ein schwieriger Balanceakt, besonders in der Behandlung Jugendlicher. Die Schweigepflicht gilt natürlich gleichermaßen für die Elterngespräche.

Der Gesetzgeber schreibt klare Regeln zur Mitbehandlung des Be-



Das Foto-Leitmotiv zum 1. OPK-Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Symposium

zugsystems des Kindes vor, reichen diese aus? Welcher Handlungsspielraum wäre wünschenswert?

Der Gesetzgeber schreibt die Regeln vor: Im Verhältnis 1 : 4 sollten Elterngespräche stattfinden, bei Kurzzeittherapien in der Verhaltenstherapie bedeutet dies, dass 25 Therapiestunden plus sechs Elternstunden finanziert werden.

Nach meiner Einschätzung ist diese Regelung zu unflexibel. Eine KJP kann aufgrund ihrer profunden Kenntnisse gerade in Bezug auf die Arbeit mit dem Bezugssystem des Kindes am besten einschätzen, wieviel Stunden der gesamten Therapie fürs Kind und wieviel für die Eltern gebraucht werden.

Wenn ich zum Beispiel zu Beginn einer Therapie viele Elterngespräche führen muss, gleichzeitig noch Schule, Hort und Jugendamt mit im System sind, habe ich die sechs vorgesehenen Stunden im Rahmen einer Kurzzeittherapie schon nach zwei Monaten aufgebraucht. Bei Kindern psychisch kranker Eltern ist dies häufig der Fall, aber auch bei bestimmten Krankheitsbildern, die eine multimodale Therapie erfordern, wie ADHS. Bei Langzeittherapien oder Verlängerungen ist die Problematik die Gleiche.



Anna Maria Fallis

Folgerichtig müssten die TherapeutInnen bei bestimmten Krankheitsbildern mehr Stunden zur Mitbehandlung des Bezugssystems zur Verfügung haben, bei gleichbleibender Stundenzahl für die Behandlung des Kindes. Auch die Aufteilung der Stunden in Elternstunden und Therapiestunden mit dem Patienten sollten meines Erachtens in die Hand des behandelnden Therapeuten gelegt werden.

Welche Inhalte erwarten die Teilnehmer in ihrem Workshop am 12. Juni?

In diesem Workshop werden wir uns einerseits grundsätzlichen Fragen zur Arbeit mit dem sozialen Bezugssystem des Kindes im Rahmen der KJP widmen: Wie verwandele ich die Eltern von

„Besuchern“ in „Kunden“, wie erreiche ich Compliance, was tun bei Konflikten in der Beratung, soll der KJP Casemanager sein? Wie ist der Umgang mit hochstrittigen Eltern?

Andererseits werden wir uns mit zusätzlichen Möglichkeiten in der Elternberatung beschäftigen. Über die gesetzlichen Stunden hinaus besteht oft der Bedarf nach intensiver Beratung zu erzieherischen Fragen, Möglichkeiten einer veränderten Kommunikation innerhalb des Familiensystems und Verbesserung der Interaktion der Einzelnen untereinander.

Der Workshop von Anna Maria Fallis findet am 12. Juni 2015 von 15.00 bis 16.30 Uhr statt.

Alle Informationen und Ihre Anmelde-möglichkeit zum Symposium finden Sie unter www.opk-info.de.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
Homepage: www.opk-info.de
E-Mail: info@opk-info.de