

# 25 Minuten reden pro Woche

Patienten in psychiatrischen Kliniken bekommen weit weniger Einzelpsychotherapie als vorgesehen und nötig, wie eine neue Auswertung zeigt.

Von Christina Berndt

Es war eine Mischung aus Verzweiflung und Zufall, dass Simon Peters (*Name geändert*) kurz nach Weihnachten 2023 wegen seiner Alkoholsucht endlich in eine psychiatrische Klinik kam. Mehrere Flaschen Wein hatte er bis dahin jeden Tag getrunken, auf der Arbeit war das mittlerweile aufgefallen. Deshalb war Peters erleichtert, dass er nun in der Psychiatrie war. Er hoffte, Hilfe zu bekommen und über all die Dinge sprechen zu können, die hinter seiner Sucht steckten: seine Eheprobleme, den Ärger im Beruf. Auch wollte er wissen, wie er künftig mit Stress, Frustration und Streit umgehen könnte, ohne sich mit Alkohol zu betäuben. Umso enttäuschter war er, dass er in der Klinik nur einmal pro Woche eine knappe halbe Stunde Psychotherapie bekam und in der anschließenden Reha noch weniger. „Vorgesehen war sowieso nur eine kurze Sitzung pro Woche, und die fiel dann auch noch ständig aus“, erzählt der 59-jährige Münchener.

Dass Peters nicht einfach nur Pech hatte, zeigt nun eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer, die die SZ exklusiv vor Veröffentlichung einsehen konnte. Demnach ist die Versorgung mit Psychotherapie in psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland – milde formuliert – mangelfhaft. Erwachsene Patienten, die so schwer erkrankt sind, dass sie einen Klinikaufenthalt benötigen, erhalten im Schnitt gerade mal 25 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche; in jeder zweiten Klinikwoche finden überhaupt keine Einzelsitzungen statt. Das ergibt sich aus Abrechnungsdaten der Krankenhäuser. Diese Unterversorgung sei nicht tragbar, sagt Andrea Benecke, Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer: „Psychotherapie ist hochwirksam, in allen Behandlungssphären und bei allen psychischen Erkrankungen.“ Patienten hätten ein Anrecht darauf.

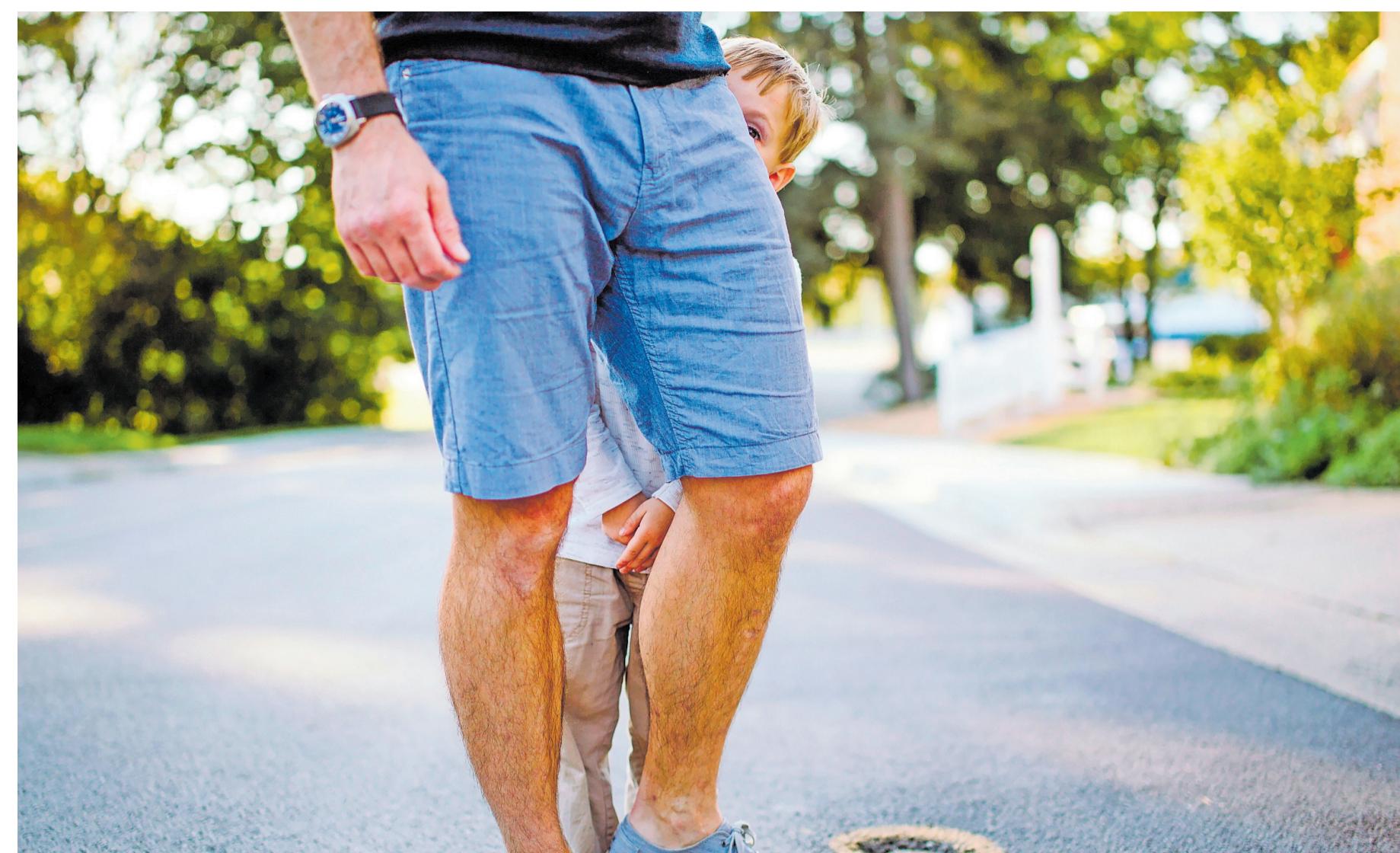
Wie sich die Angebote auf die verschiedenen Kliniken verteilen, zeigt die Studie nicht. Auch nicht, ob die Therapiezeiten saisonal schwanken. Aber sie decken sich nicht nur mit Simon Peters’ Erfahrungen, sondern auch mit denen von Psychotherapeuten an Kliniken. „Mich überraschen die 25 Minuten gar nicht“, sagt Stefan Klingberg, Leitender Psychologe der psychiatrischen Klinik der Uni Tübingen, der an der Studie nicht beteiligt war. Kliniken blieben oft hinter ihren Ansprüchen zurück, da ihnen das Personal fehle, die Patientenzahl wachse und die Bürokratie überhandnehme. „Es ist gut, dass die Studie hier einmal einen Finger in die Wunde legt.“

Depressionen lagen hingegen mit 35 Psychotherapieminuten pro Woche über dem Durchschnitt. Dabei sind die Zeiten, als man dachte, Patienten mit Psychosen seien ohnehin nicht zugänglich für ein therapeutisches Gespräch, vorbei: Dieses Argument sei „seit 20 Jahren vom Tisch“, sagt Klingberg, der auf dieses Thema spezialisiert ist. Sie bräuchten eine gezielte Ansprache und Therapeuten, die sich auf die Besonderheiten ihrer Erkrankung einstellen. Auch Monika Sommer sagt: „Psychose-Patienten sind in jeder Krankheitsphase ansprechbar.“ Auch wenn sie in akut psychotischen Phasen gewiss keine 50 Minuten am Schreibtisch durchhielten, sollte man ihnen doch immer wieder Gesprächsangebote machen, um Vertrauen aufzubauen und Ängste zu nehmen.

## Gruppensitzungen könnten Einzelgespräche nicht ersetzen, sagen Experten

Womöglich findet in der Praxis mehr Therapie mit den Schwerkranken statt, als es die 15 Minuten abbilden, da kürzere Gespräche nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden können und deshalb nicht von der Studie erfasst wurden. Doch selbst wenn man das berücksichtige, seien die Therapiezeiten gerade für diese Patientengruppe zu gering, so Sommer. „Diesen Patienten geht es oft sehr schlecht, sie haben viel Zuwendung verdient.“ Gut möglich auch, dass viele Kliniken aus Personalnot eher Gruppen- als Einzeltherapie anbieten. Das wurde in der Studie nicht erfasst. „Einzelpsychotherapie ist aber durch Gruppenspsychotherapie nicht zu ersetzen“, betont Sommer. Zwar sei die Gruppenarbeit ebenfalls wichtig und auch häufig effektiv, aber nicht für jedes Therapieziel. „Der individuelle Zugang und das individuelle Erarbeiten von möglichen Verhaltensänderungen sind extrem wichtig für die Patienten, das kann nur in der Einzeltherapie funktionieren.“

Angesichts der nicht erfüllten Vorgaben lässt ein weiterer Befund der Studie auffallen: Trotz des geringen Therapieangebots erfüllen die Kliniken durchaus die Mindestpersonalvorgaben der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik. Sie kommen durchschnittlich sogar 120 Prozent Personal in der Berufsgruppe der Psychotherapeuten vorweisen. Das könne nur eines bedeuten, sagt Mareike Samaan vom KEH-Krankenhaus: „Die Vorgaben sind praxisfern.“ Die Richtlinie sei vor fünf Jahren angepasst



Lieber erst mal hinter Papa verstecken: Manche Kinder bekommen vor anderen kein Wort raus.

FOTO: ALAMY STOCK PHOTOS / CAVAN IMAGE / MAURITIUS IMAGES

# Wenn Kinder vor Fremden kein Wort sagen

Selektiver Mutismus ist ein gar nicht so seltenes Leiden, wird aber oft als Schüchternheit fehlgedeutet. Dabei können Betroffene lernen, auch in ungewohnten Situationen zu sprechen.

Sophie fehlen die Worte, wobei das eigentlich nicht ganz stimmt. Im Kindergarten sagt sie nicht „Guten Morgen“ zu den Erzieherinnen und Erziehern, sie sagt dort überhaupt nichts. Außer zu einer einzigen Freundin. Die ältere Nachbarin sieht sie jeden Tag – aber Sophie schweigt. Wenn sie zu Hause mit ihren Eltern und ihrer Schwester allein ist, wird schnell klar, dass Sophie nicht immer so schweigsam ist. Dann spricht sie gerne und drückt sich für ihr Alter erstaunlich differenziert aus. Dem Vorschulkind Sophie fehlen nicht die Worte, sondern sie blockiert innerlich, so dass Menschen außerhalb des vertrauten Kreises anwesend sind.

Sophie, die eigentlich einen anderen Namen hat, war einige Zeit bei Tina In-Albon in Behandlung, Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Universität Mannheim. In-Albon erinnert sich noch, wie sie Sophie kennengelernt: „Ihre Mutter erklärte uns – Sophie selbst hat natürlich gar nichts gesagt –, dass ihre Tochter nicht vor anderen Menschen sprechen kann.“ Sophie wollte gerne Hilfe haben, um das zu lernen. „Das waren natürlich die besten Startvoraussetzungen“, sagt In-Albon.

Dass Kinder – und auch noch manche Erwachsenen – nicht sprechen können vor Menschen, die ihnen nicht vertraut sind, wird Selektiver Mutismus genannt. Selektiv steht für ausgewählte Situationen, etwa wenn man vor anderen Menschen außer den Vertrauten sprechen muss. Mutismus stammt vom lateinischen Wort *mutus*, was „stumm“ bedeutet. Beim Selektiven Mutismus handelt es sich nicht um fehlenden Willen, sondern um eine angstbedingte Sprechblockade in bestimmten Situationen. Die Kinder können grundsätzlich sprechen und möchten es auch – doch in Gegenwart wenig vertrauter Menschen versagt die Stimme. Das unterscheidet die Störung sowohl von Schüchternheit als auch von Sprachentwicklungsproblemen.

„Doch sehr viele betroffene Kinder werden vom Umfeld erst einmal als schüchtern wahrgenommen. Dass dahinter ein ernstes Problem stecken könnte, fällt leider oft spät oder gar nicht auf“, sagt Christi-

na Schwenck, Professorin für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie an der Jus-tils-Liebig-Universität Gießen. Sie gilt als eine der wenigen Expertinnen für Selektiven Mutismus in Deutschland. Für die Kinder bedeutet das häufig Leidensdruck und wenig Hilfe: Sie können oft nicht sagen, wie es ihnen geht oder ihre Bedürfnisse äußern. „Ich habe Kinder gesehen, die zum Beispiel nicht sagen konnten, wenn sie sich weh getan haben oder auf die Toilette müssen“, berichtet Schwenck. Aber auch soziale Kompetenzen wie Argumentieren, Rechte einfordern oder Komplimente machen werden nicht geübt. Und viele Kinder haben in der Schule Probleme, weil sie das dann laut sagt. Als In-Albon merkt, dass dies auch Sophie zu umständlich ist, gibt sie ihr eine Stoffpuppe, sie solle diese sprechen lassen. Es funktioniert – auch wenn ein direkter Blickkontakt zwischen Sophie und In-Albon lange Zeit nicht zustande kommt.

„Ich merkte schnell, dass Sophie intelligent ist. Sie hat nur Angst, etwas Dummes zu sagen, im Mittelpunkt zu stehen. Das ist bei den meisten der betroffenen Kinder so“, sagt In-Albon. Nicht nur deshalb wird Selektiver Mutismus im ICD-11, das ist die aktuelle internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), als eigenes Krankheitsbild den Angststörungen zugeordnet. Er gilt als eng verwandt mit der sozialen Angststörung, also mit der Angst vor der negativen Bewertung durch andere Menschen. Anders als bei der sozialen Phobie, – also einer grundsätzlichen Angst vor fremden Menschen – ist bei Selektivem Mutismus das Nichtsprechen das entscheidende Merkmal. Zusätzlich kann auch die grundsätzliche Reaktionsfähigkeit betroffen sein: „In Situationen mit Sprechansprüchen frieren viele Betroffene regelrecht ein und reagieren gar nicht oder nur sehr verlangsamt“, sagt Schwenck. Unklar ist allerdings, wie es dazu kommt: „Das soziale Umfeld kann eine Rolle spielen“, sagt Schwenck. Unter Fachleuten werden auch genetische Komponenten diskutiert, ebenso Stressmomente für die Kinder, wie etwa der Eintritt in den Kindergarten.

Die Verhaltenstherapie von Sophie dauert 14 Sitzungen. Schritt für Schritt tastet sich Tina In-Albon an ihre Patientin heran.

Zuerst lässt sie sie ein Spiel von zu Hause mitbringen, bei dem Sophie ihr dann die Regeln erklären soll. „Sie kannte das Spiel, sie bewegte sich deshalb auf vertrautem Terrain. Das war ein guter Start“, sagt In-Albon.

Später sammeln Sophie und In-Albon gemeinsam Situationen, in denen es Sophie jeweils eher schwer oder eher leicht fällt zu sprechen. Es kommen vereinfacht gesagt drei Kategorien heraus: Einfach geht es zu Hause, mit der Schwester und der Oma; schwierig geht es mit der Erzieherin und der Nachbarin; und fast unmöglich ist es in neuen Situationen, mit fremden Menschen an fremden Orten. Was sie auch herausfinden: Auswahlfragen – also etwa zum Beispiel „rot oder blau“ – sind deutlich leichter zu beantworten, als wenn Sophie etwas über sich erzählen soll.

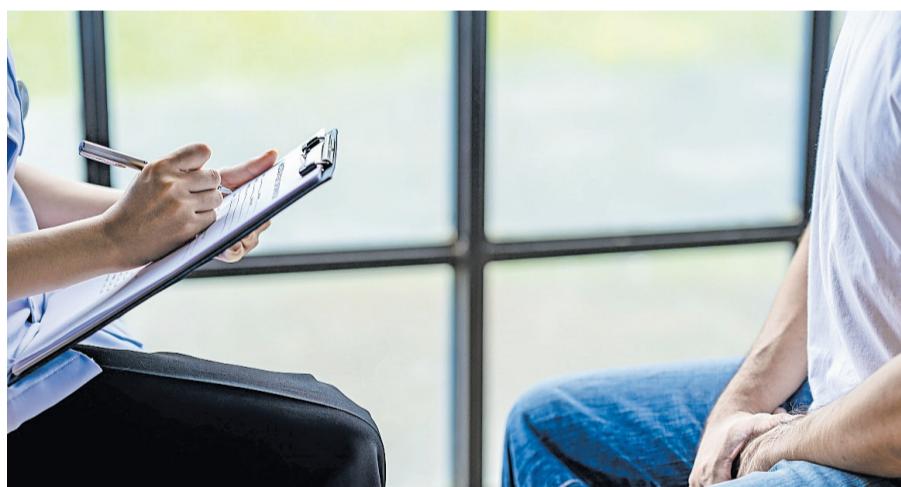
## Sophie meldet sich jetzt ab und zu in der Schule – ein Erfolg der Therapie

Dann beginnt die sogenannte Exposition: Behutsam setzt sich Sophie bewusst herausfordernden Situationen aus. Sophie bekommt eine Karte, auf die sie Sticker zur Belohnung kleben kann, wenn sie eine Aufgabe gelöst hat. Da sie niedrigschwellig beginnen – der Erzieherin mitzuteilen, dass sie auf die Toilette gehen muss –, bekommt Sophie Sticker für Sticker, ihr Selbstvertrauen wächst Stück für Stück.

Bald gelingt es ihr, während einer Sitzung herauszugehen und die Arzthelferin etwas zu fragen. Nachdem es im Rollenspiel mehrmals geübt wurde, geht sie allein in die Bäckerei, um Brötchen zu bestellen. Die Verhaltenstherapie wird zum Erfolg. Sophie wird wohl das superverstärkte Mädchen, dessen Hand in die Höhe schnellt, wenn gefragt wird, wer gerne beim Theaterstück die Hauptrolle haben möchte. Aber sie lernt, zurechtzukommen.

Sophie ist inzwischen in der Schule. Mönate nach der Therapie hat Tina In-Albon mit ihr telefoniert. Sie sagte, sie melde sich ab und zu im Unterricht. Und sie sei glücklich.

Christian Heinrich



Vorgesehen sind in Kliniken mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Patient und Woche.

FOTO: IMAGO / DEPOSITPHOTOS

Die 25 Minuten pro Woche liegen weit unter den von Kliniken eigentlich erwarteten Leistungen. Vorgesehen sind mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Patient. Dies gelte als absolut nötiges Minimum, betont Mareike Samaan vom Evangelischen Krankenhaus KEH in Berlin, die an der aktuellen Studie ebenfalls nicht beteiligt war, aber selbst zur Versorgung forscht. Experten und Leitlinien empfehlen für die meisten Krankheitsbilder, die in der Psychiatrie behandelt werden, erheblich mehr Therapie: Für chronische Depressionen sind es 100 Minuten, für Schizophrenie 125 Minuten, für Alkoholentzug 50 Minuten und für Angststörungen sogar 150 Minuten pro Patient und Woche.

Die nun festgestellten 25 Minuten bedeuten, dass die Behandlung in den Kliniken nicht leitliniengerecht erfolgen können, bemängelt Monika Sommer, Leitende Psychotherapeutin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg am medbo Bezirksklinikum, die an der Studie ebenfalls nicht beteiligt war. „Noch dazu werden Menschen, die so krank sind, dass sie in einer Klinik untergebracht werden müssen, psychotherapeutisch schlechter versorgt als ambulante Patienten – das ist schon sehr bitter.“ Denn wer von zu Hause zur Psychotherapie geht, erhält in der Regel pro Woche eine Sitzung von 50 Minuten.

Manche Patientengruppen werden den neuen Daten zufolge besonders schlecht versorgt. So erhielten Menschen mit psychotischen Erkrankungen wie Schizophrenie nur 15 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche und Suchtkranke 18 Minuten. Patienten mit affektiven Störungen wie

wurden „aber sie geht offenbar immer noch von falschen Bedingungen aus“, bemängelt Sommer. Die Arbeit in psychiatrischen Kliniken habe sich von Grund auf geändert. „Wir haben viel mehr Patienten mit viel kürzerer Aufenthaltsdauer, das kostet erheblich mehr Zeit als früher, es bedeutet auch mehr Bürokratie.“ Einer Untersuchung von Mareike Samaan im *Deutschen Ärzteblatt* zufolge bräuchte man einen deutlich höheren Personalschlüssel, um in der stationären Psychiatrie leitliniengerecht zu arbeiten.

Das sieht auch Andrea Benecke so, die Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer. Viel Arbeitszeit werde von Bürokratischen Verschwendungen: „Das ist wertvolle Zeit, die besser in die Behandlung der Patienten und Patientinnen investiert wäre.“ Sie fordert, den Verwaltungsaufwand zurückzufahren und die Personalrichtlinie zu überarbeiten, „um ein Mindestmaß an Einzelpsychotherapie für die Betroffenen zu sichern“, wie sie sagt. „Der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA verschreibt seit Jahren die Anpassung der Personalaufordernungen mit Hinweis auf eine fehlende Datenbasis. Jetzt liegen Daten vor.“

Dem Suchtpatienten Peters wurde in der Klinik gesagt, dass die Rückfallquote unter Alkoholkranken bei 50 Prozent liege. Kein Wunder, dachte er, wo doch mit den Patienten mangels Psychotherapie nicht hinterfragt wird, weshalb sie trinken und welche ganz persönlichen Strategien sie ergriffen können, damit es besser wird. Aber weshalb hat er es trotzdem geschafft, seit seinem Aufenthalt vor knapp zwei Jahren trocken zu sein? „Der Klinik“, sagt er, „ist das eher nicht zu verdanken.“

## Mit den Zahlungen verhalten sich Frauen gesundheitsförderlicher

Neue Erkenntnisse zum Nutzen dieses Vorgehens legt nun ein Forscherteam der University of Pennsylvania, Perelman School of Medicine in der Zeitschrift *Lancet* vor. Es hat Daten aus 37 weniger wohlhabenden Ländern ausgewertet, 20 davon hatten im Beobachtungszeitraum von 2000 bis 2019 Cash-Transfer-Programme eingeführt. Den Ergebnissen zufolge zeigten

ten Kinder unter fünf Jahren nach Beginn der finanziellen Unterstützung stärkere Verbesserungen ihrer Gesundheit als ihre Altersgenossen in Ländern ohne diese Hilfen. Die Kinder erlitten weniger Durchfallerkrankungen und waren seltener untergewichtig. Männliche Zwillinge, die besonders oft Opfer von Schwangerschaftskomplikationen werden, überlebten die Zeit im Mutterleib häufiger.

Zugleich ergab die Auswertung, dass sich Frauen nach Beginn der Zahlungen gesundheitsförderlicher verhielten als Frauen in den anderen Ländern. Sie nahmen nun häufiger Schwangerschaftsuntersuchungen und professionelle Geburtsbegleitungen in Anspruch. Sie investierten stärker in die Familienplanung und legten etwa längere Pausen zwischen Schwangerschaften ein. Die Kosten für den Nachwuchs entsprach stärker den gängigen Empfehlungen. Zugleich ließen sie ihre Kinder häufiger gegen Masern impfen. Die meisten der beobachteten Verbesserungen lagen zwischen zehn und 40 Prozent. Für einige Parameter, etwa Wachstumsverzögerungen von Kindern, konnte allerdings keine Besserung gezeigt werden.

Die Forscher hatten nur Frauen und jüngere Kinder untersucht, da ihre Arbeit auf einer vorangegangenen Studie aufbaut. In dieser hatten sie gezeigt, dass diese beiden Gruppen nach der Einführung von finanziellen Unterstützungsprogrammen eine etwa zehn bis zwanzig Prozent reduzierte Sterblichkeit aufwiesen. In der nur erschienenen Folgestudie wollten sie mögliche Ursachen dafür herausfinden. Sie hatten sich daher auf einige besonders plausible Indikatoren konzentriert, zu denen in den Ländern akzeptable Daten vorlagen.

## Je umfangreicher die Hilfen, desto mehr profitiert die Gesundheit

Allerdings liegt es im Wesen solcher Beobachtungsstudien, dass sich nicht mit Sicherheit sagen lässt, ob die beobachteten Zusammenhänge tatsächlich ursächlicher Natur sind. Auch andere Faktoren können zu den gesundheitlichen Verbesserungen und der längeren Lebensdauer beigetragen haben. Die Forscher haben versucht, solche Einflüsse herauszurechnen, darun-

ter die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung des Landes und das Vorhandensein weiterer Hilfsprogramme. Sie fanden auch heraus, dass die Gesundheit umso stärker profitierte, je umfangreicher die Hilfszahlungen waren, was prinzipiell ein Hinweis auf einen Kausalzusammenhang ist. In einer Pressemitteilung zeigen sie sich daher optimistisch, dass die Verbesserungen zumindest in Teilen tatsächlich an den Geldzahlungen liegen. Hauptautor Aaron Richterman, sagte, die Studie verdeutliche „die weitreichenden gesundheitlichen Vorteile, die diese Programme mit sich bringen können“. Sein Kollege Harsha Thirumurthy ergänzte: „Die Ergebnisse dieser Studie untermauern die Argumente für eine Ausweitung der Geldtransferprogramme durch die Länder.“ Denn: „Geldtransferprogramme wirkten sich nicht nur auf Mütter, sondern auch auf ihre Kinder aus und führten zu einer Vielzahl von gesundheitlichen Verbesserungen.“

Alle Fragen sind freilich nicht geklärt. In der Vorgängerstudie konnte kein Vorteil der Geldzahlungen für die Sterblichkeit von Männern und älteren Kindern gezeigt werden. Warum, ist unklar. **Berit Uhlmann**

# Auch Geld kann gesünder machen

Eine Studie legt nahe, dass es armen Menschen besser geht, wenn man ihnen Geld zuteilt. Das ist in weniger wohlhabenden Ländern verbreitet, die Wirkweise bleibt aber unklar.

Dass chronische Geldnot die Mutter der Krankheit ist, überrascht wohl niemanden mehr. Doch ob der naheliegende Schluss – dann gibt man den Menschen eben Geld – tatsächlich der Gesundheit dient, ist überwiegend wenig untersucht. Dabei haben in den vergangenen drei Jahrzehnten mehr als 100 ärmeren Staaten genau diese Strategie ergriffen: Menschen in finanzieller Not Geld zuzuteilen. Mal zur freien Verfügung, mal unter bestimmte Bedingungen wie einen regelmäßigen Schulbesuch der Kinder geknüpft.

Zugleich ergab die Auswertung, dass sich Frauen nach Beginn der Zahlungen gesundheitsförderlicher verhielten als Frauen in den anderen Ländern. Sie nahmen nun häufiger Schwangerschaftsuntersuchungen und professionelle Geburtsbegleitungen in Anspruch. Sie investierten stärker in die Familienplanung und legten etwa längere Pausen zwischen Schwangerschaften ein. Die Kosten für den Nachwuchs entsprach stärker den gängigen Empfehlungen. Zugleich ließen sie ihre Kinder häufiger gegen Masern impfen. Die meisten der beobachteten Verbesserungen lagen zwischen zehn und 40 Prozent. Für einige Parameter, etwa Wachstumsverzögerungen von Kindern, konnte allerdings keine Besserung gezeigt werden.

## Je umfangreicher die Hilfen, desto mehr profitiert die Gesundheit

Allerdings liegt es im Wesen solcher Beobachtungsstudien, dass sich nicht mit Sicherheit sagen lässt, ob die beobachteten Zusammenhänge tatsächlich ursächlicher Natur sind. Auch andere Faktoren können zu den gesundheitlichen Verbesserungen und der längeren Lebensdauer beigetragen haben. Die Forscher haben versucht, solche Einflüsse herauszurechnen, darun-