

Projekt Psychotherapie

03/2016

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



Minenfeld Kriegstraumata

**Wie die Psychotherapie vom Krieg
gezeichneten Menschen einen Weg
zurück ins Leben zeigt**

Rentenstatistik

Warum psychische Erkrankungen jetzt häufiger auftauchen

Psychotherapie-Richtlinie

Bittere Kröten und neue Chancen

bvvp

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.
- **Keine Beitragsanpassungen!**
Bei Schadensfreiheit bezahlen Sie einen Fixbetrag über die gesamte Laufzeit – bis zu 10 Jahre.
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Lebensjahr möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt,
Variante P.U.V PLUS

Tagsatz:	€ 100,--
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,--
Jahresbeitrag:	€ 509,40
Beitrag pro Monat:	€ 42,45



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!**

Die meisten von uns werden sich glücklich schätzen können, dass sie noch nie in einen wirklichen Krieg oder ähnlich gewaltsame Auseinandersetzungen verwickelt waren. Ein Blick zurück in die Menschheitsgeschichte zeigt schnell, dass das nicht selbstverständlich ist: Ob entsprechende Funde aus der Steinzeit, Stammesfehden zwischen Kannibalen auf Papua-Neuguinea, die Feldzüge Alexander des Großen oder die bekannten großen Weltkriege – rund um den Globus und durch alle Epochen fanden kleinere oder größere Kriege statt. Aber auch die Gegenwart ist nicht besser: Fünf Milliarden Menschen leben aktuell in Staaten mit bewaffneten Konflikten! Die Globalisierung bringt uns diese Krisenherde näher, und ein Blick auf die täglichen Nachrichten lässt ahnen, wie fragil unser europäischer Friede tatsächlich ist. Klafft die soziale Schere schon in unserem Land immer weiter auseinander, nimmt diese Ungleichheit global gesehen ein erschreckendes Maß an. Systematische Unterdrückung und Ausbeutung sind mit dauerhaftem Frieden nicht vereinbar. In dieser Ausgabe geht es allerdings nicht um das Phänomen Krieg an sich und auch nicht um das Wesen des Menschen dahinter: Die selbst ernannte Krone der Schöpfung unterscheidet sich vermutlich am meisten vom Tierreich durch die Fähigkeit, immer wieder die eigenen Artgenossen – egal ob Männer, Frauen oder Kinder – zu verletzen, bestialisch zu foltern, zu vergewaltigen und zu töten.

Nein, in diesem Schwerpunkt geht es nur um Sichtweisen und Bemühungen, kriegsbedingtem Leiden mit Psychotherapie zu begegnen. Das kann direkt im Krisengebiet unter gefährlichen Bedingungen erfolgen, wie es Elisabeth Rohr für Guatemala beschreibt, oder auch aus der Ferne durch internetgestützte Interventionen, wie Christine Knaevelsrud ausführt. Marianne Leuzinger-Bohleber stellt gemeinsam mit Nora Hettich und Mariam Tahiri ein Pilotprojekt für Flüchtlinge dar. Die Möglichkeit, sich durch Gruppenarbeit Menschen zu nähern, die vom Leben in einer durch Krieg geprägten Gesellschaft traumatisiert wurden, wird von Robi Friedman beschrieben.

Ohne Waffengewalt, aber dennoch konflikthaft, ist inzwischen die Reform der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt worden. Diesen zum Teil gravierenden Veränderungen widmen wir uns in besonderer Weise. Neben weiteren Meldungen aus der Berufspolitik wird außerdem die Psychologie-Fachschaften-Konferenz vorgestellt, während Gerd Blaser die Bedeutung von Berentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen ins rechte Licht rückt. Ebenso freue ich mich, dass der Ethikverein – Ethik in der Psychotherapie e.V. hier seine wichtige Arbeit und die Angebote von Beratungen vorstellt.

Ganz besonders möchte ich Sie noch auf die öffentliche Veranstaltung im Herbst im Rahmen unserer Bundesdelegiertenversammlung in Berlin hinweisen und gleichzeitig herzlich einladen. Thema: „Big Data – Wenn der Mensch zählt“. Das Plakat dazu von Katja Saar finden Sie auf Seite 11. Die Verarbeitung großer Datenmengen und die zunehmende Digitalisierung des Menschen werden unser Leben maßgeblich bestimmen und verändern. Wie aber werden zunehmende Außensteuerung und Kontrolle, elektronische Kommunikation und individuelle Vermessung in der Folge Persönlichkeitsbildung, Selbstwert, zwischenmenschliche Beziehungen und auch Form und Inhalt von Psychotherapie beeinflussen? Diese Diskussion sollte unsere Profession zukünftig kritisch begleiten. Die Veranstaltung möchte dazu einen ersten Impuls geben.

Foto: Privat



Herzliche Grüße,

Martin Kremser, Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

Projekt Psychotherapie

03/2016

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.



Illustration: Lesprenger

Meinung & Wissen

- 05 **Bittere Kröten und neue Chancen**
Nach zähem Ringen steht die Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Was bedeuten die Neuregelungen für die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland?
- 08 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 10 **Kostenlose Ethikberatung**
Wie weit darf Psychotherapie gehen, wo liegen ihre Grenzen? Der Verein Ethik in der Psychotherapie e.V. liefert wichtige Hilfestellungen
- 11 **Big Data – Wenn der Mensch zählt**
Wie wird die Digitalisierung des Menschen die Psychotherapie beeinflussen? Der bvvp lädt zum Symposium
- 12 **Die Stimme der Studierenden**
Die PsyFaKo tauscht starre Antragskultur gegen maximale Offenheit. Bericht über eine Konferenz der besonderen Art
- 14 **Alles halb so schlimm**
Überfordert die Zunahme von Beratungen wegen psychischer Erkrankungen unser Sozialsystem?

Schwerpunkt

Minenfeld Kriegstraumata

- 16 **Unvorstellbarer Schmerz**
Täglich werden Menschen durch Krieg, Flucht und Terror schwer traumatisiert. Welche Behandlungsansätze gibt es?
- 18 **Gefangen in der Soldaten-Matrix**
Eine besondere Form der Gruppentherapie hilft Menschen, die in einer vom Krieg geprägten Gesellschaft traumatisiert wurden
- 21 **Mit kleinen Schritten zu großer Hilfe**
In Darmstadt läuft ein Pilotprojekt, das traumatisierte Kriegsflüchtlinge psychologisch betreut. Eine Zwischenbilanz
- 24 **Wenn der Auftragsmörder vor der Tür steht**
Menschen, die in Guatemala mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, gehen ein hohes Risiko ein. Wer hilft den Helfern, wenn die Angst zu groß wird?
- 27 **Die Geister der Flucht vertreiben**
Wie behandelt man junge Menschen, deren Vergangenheit im Dunkeln liegt und deren Sprache man nicht kennt?
Ein Erfahrungsbericht aus der Hamburger Flüchtlingsambulanz
- 30 **So nah und doch so fern**
Über das Internet können Psychotherapeuten traumatisierte Menschen in Kriegsgebieten unterstützen, ohne ihr eigenes Leben aufs Spiel zu setzen
- 32 **Literatur**
- 34 **Impressum**
- 35 **Termine, Ausblick auf Heft 04/2016**

Bittere Kröten und neue Chancen

Foto: Privat



Nach zähem Ringen steht die Reform der Psychotherapie-Richtlinie – ein Kompromiss, für den die Psychotherapeuten einige Kröten schlucken mussten, der aber auch Raum für Experimente lässt

Von **Jürgen Doebert**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

„**Es bleibt daher zu hoffen**, dass die Krankenkassenbestrebungen nicht Wirklichkeit werden. Es ist unsere Pflicht, mit allen legalen Mitteln gegen die Etablierung fachfremder, unfachlicher Einflussnahmen auf Therapiegeschehen und Versorgungsstrukturen vorzugehen.“ Mit diesen Worten endete Nobert Bowes Artikel zur geplanten Reform der Psychotherapie-Richtlinie in der letzten Ausgabe von *Projekt Psychotherapie*.

Kurz darauf wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Reform im Plenum beschlossen, die am 1. April 2017 in Kraft treten wird. Einige der Befürchtungen von Bowe sind wahr geworden, andere konnten verhindert werden. Es bleibt also noch etwas Zeit, sich über die Konsequenzen der neuen Regelungen klar zu werden und Möglichkeiten für ihre praktische Umsetzung zu entwickeln. Der Beschluss selbst sowie die „tragenden Gründe“, also die detaillierte Begründung des Ausschusses für sein Vorgehen, sind auf der folgenden Webseite abrufbar: bit.ly/gba-beschluss.

Der bvvp, die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP) und die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) gaben nach dem Beschluss eine gemeinsame Pressemitteilung heraus, die mit „Licht und Schatten“ überschrie-

ben war: bit.ly/lichtschatten. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hob in einer eigenen Bewertung besonders hervor, dass die Beschlüsse eine Versorgungsverbesserung darstellen. Sowohl Bundesärztekammer (BÄK) als auch BPtK waren in die Beschlussfassung insofern eingebunden, als sie kurz vor der Verabschiedung Gelegenheit hatten, sich in einem Stellungnahmeverfahren zu Details der geplanten Regelungen zu äußern. Großen Einfluss hatte das nicht mehr, da der Einigungsprozess zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Unterausschuss Psychotherapie des G-BA äußerst konflikthaft und mühsam verlaufen war. Alle wollten den vom Gesetz vorgegebenen Termin am 30. Juni 2016 einhalten, sodass einmal getroffene Übereinkünfte und Kompromisse nicht mehr infrage gestellt wurden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss

Um die Entscheidungsfindung in einem solchen Gremium zu verstehen, muss man zunächst seine Zusammensetzung kennen. Es gibt im G-BA mehrere Unterausschüsse (UA), von denen einer nur für die Psychotherapie-Richtlinie (PTR) zuständig ist. In ihm sitzen drei Ärztliche und drei Psy-

chologische Psychotherapeuten aus allen drei Verfahren (VT, AP, TP). Es können Sachverständige hinzugezogen werden, in diesem Fall handelte es sich um einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.⁽¹⁾ Außerdem gehören dem UA sechs Vertreter der Kassen, Vertreter der KBV-Verwaltung und ein Patientenvertreter an. Ein sogenannter Unparteiischer leitet die Sitzungen des Unterausschusses. Als Rechtsaufsicht nimmt ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) teil. Ist der Unterausschuss zu einem Ergebnis gekommen, wird dieses in das Plenum des G-BA eingebracht und abgestimmt. Bei kontroverser Lage und Stimmgleichheit entscheidet der oberste Unparteiische des Plenums – zurzeit ist dies der CDU-Politiker Josef Hecken.

Die Vertreter der Psychotherapeuten im UA wurden früher sogar schriftlich verpflichtet, im Konfliktfall die vom KBV-Vorstand vorgegebene Linie gemeinsam zu unterstützen. Dies ist inzwischen gelockert. Sie fungieren als Experten, um im UA ihre fachliche Meinung einzubringen. Dennoch besteht weiterhin ein hoher Grad an Verpflichtung, in Übereinstimmung mit den Vorgaben des KBV-Vorstands zu verhandeln. Dies ist auch sinnvoll, da im Plenum schließlich der KBV-Vorstand abstimmt. Über den KBV-Vorstand kommt noch der Beratende Fachausschuss Psy-

chotherapie ins Spiel. Dieser kann den Vorstand hinsichtlich der zu vertretenden Grundlinien der Richtlinienänderungen beratend beeinflussen.

Faktisch handelt es sich bei den Unterausschüssen des G-BA um Konsensgremien: Nur wenn sie sich einigen, haben Kassen und KBV-Seite hinreichenden Einfluss auf das Endergebnis. Sich jedem Kompromiss zu widersetzen führt nur dazu, dass die übrigen Ausschussmitglieder allein entscheiden – in Erfüllung der ihnen gesetzlich auferlegten Aufgaben. Oder aber die Entscheidung wird von einem Unparteiischen gefällt, der eher zu Formelkompromissen greifen muss, als dass er inhaltlich-fachlich begründet entscheiden kann.

Die Streitpunkte

Die Kassen gingen mit einem Modell in die Verhandlungen, das bei den Psychotherapeuten auf große Empörung gestoßen war und folgenden Standardablauf vorgesehen hatte: Sprechstunde – Akutbehandlung (zehn Sitzungen) – sechs Wochen Pause „zum Nachdenken“ – gegebenenfalls weitere zehn Sitzungen Kurzzeittherapie (KZT) – danach gegebenenfalls Langzeittherapie (LZT).

Das Interesse der Kassen bestand darin, dass ihre Mitglieder zeitnah einen Psychotherapeuten sehen, der beurteilen kann, ob überhaupt eine Psychotherapie notwendig ist oder ob andere Maßnahmen (Selbsthilfegruppen, psychosoziale Beratungsangebote, primär medikamentöse Behandlung) besser geeignet sind. Dass eine große Zahl von Hilfe suchenden Menschen sehr lange auf einen Termin beim Psychotherapeuten warten muss, war für die Politik und die Kassen nicht mehr hinnehmbar. Da den Berufsverbänden der Psychotherapeuten dieses Problem bewusst war, hatten sie schon vorher ein Modell veröffentlicht, bei dem ebenfalls eine schnell zugängliche Sprechstunde eingerichtet werden sollte. Der zentrale Unterschied bestand aber darin, dass Sprechstunde und Akutbehandlung zu-

Die „Anruferbeantworter-Praxis“ ist Geschichte: Wer künftig Kontakt mit einem Therapeuten aufnimmt, muss mit einem lebendigen Menschen sprechen können

sätzlich zu den bisher bestehenden Möglichkeiten einer KZT oder LZT etabliert werden sollten. Außerdem sollte nach einer Psychotherapie eine niederfrequente Weiterbetreuung möglich werden, um eine auftauchende Krise schnell zu behandeln oder Rückfälle bei chronischen Krankheitsverläufen zu verhindern.

Außer der auch von Psychotherapeuten unterstützten Absicht, Möglichkeiten für einen schnelleren Zugang zum Psychotherapeuten zu schaffen, waren die anderen mit dem Kassenmodell einhergehenden Reformpläne aber eher abschreckende Maßnahmen und Hürden – dazu angetan, Patienten und Psychotherapeuten von längeren Behandlungen abzuhalten.

So planten die Krankenkassen die Einführung einer Anzeigepflicht für Akuttherapie und KZT anstelle der bisher für Psychotherapie üblichen Genehmigungspflicht. Obwohl im G-BA eigentlich nie über Geld gesprochen wird (das geschieht im Anschluss im Bewertungsausschuss), klingelten bei allen Mitgliedern auf KBV-Seite die Alarmglocken: Die Genehmigungspflicht der Psychotherapieleistungen stellt nämlich eine wesentliche Voraussetzung für das Recht auf eine Mindesthöhe der Vergütung dar. Eine Anzeigepflicht bedeutet dagegen die Gefährdung dieses Schutzes der Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht (BSG).

Die sechswöchige Unterbrechung nach der Akutbehandlung und die beabsichtigte verpflichtende Durchführung einer Akutbehandlung vor jeder regulären geneh-

migungspflichtigen Leistung stießen ebenfalls auf heftige Gegenwehr der Psychotherapeuten und der KBV.

Der Kompromiss

Im Ergebnis gibt es nun eine Sprechstunde, zu der die Patienten vor Aufnahme jeglicher psychotherapeutischer Behandlung verpflichtet sind (nicht unbedingt beim gleichen Psychotherapeuten), die jedoch nicht jeder Psychotherapeut anbieten muss. Der Begriff „Sprechstunde“ führt insofern in die Irre, als er bei somatischen Ärzten eigentlich deren gesamte Behandlungszeit umfasst, also die Zeit, in der die Praxis für Diagnostik und Behandlung geöffnet ist. Was für Psychotherapeuten gemeint ist, könnte besser als „Abklärungstermin“ oder „Erstsicht“ bezeichnet werden.

Wenn sich ein Psychotherapeut entscheidet, dieses Clearing durchzuführen, zum Beispiel weil er die Patienten, die er später psychotherapeutisch behandeln will, von Anfang an kennenlernen möchte, bedeutet dies, dass er pro Woche 100 Minuten in 25er- oder 50er-Einheiten anbieten muss. Für jeden Patienten stehen ihm bis zu 150 Minuten zur Verfügung. Für den Fall, dass ein Psychotherapeut zwei Patienten dreimal 50 Minuten zur Abklärung sieht, bedeutet dies beispielsweise, dass er für diese zwei Patienten eine Sprechstundenkapazität für drei Wochen besetzt hat. Die Kassen erhoffen sich von diesem System, dass Patienten statt in Psychotherapie genommen zu werden rasch weitergeschickt werden können. Für eine fachgerechte Abklärung wird aber öfter – wie in der reformierten Richtlinie vorgesehen – eine differenziertere Diagnostik erforderlich sein. Diese soll „in der Regel“ mit standardisierten Verfahren durchgeführt werden.

Die Verhandlungen müssen streckenweise zu einem Wettbewerb im Kröten-schlucken geworden sein – auch die Psychotherapeuten mussten einige dieser Tiere schlucken: Jeder Patient muss nun durch die „Sprechstunde“. Ebenso ist die

Akutbehandlung, die sich gegebenenfalls an die Sprechstunde anschließt, nur „anzeigepflichtig“ und nicht „genehmigungspflichtig“. Je mehr Kollegen Sprechstunden (im Sinne der Abklärung) durchführen, umso mehr verteilt sich diese neue Versorgungsform auf viele Schultern.

Die KZT ist zwar ohne Wartezeit erhalten geblieben, aber zweigeteilt mit erneutem Antrag für die 13. bis 24. Sitzung. Vorteil für die Kassen: eine Sitzung „gespart“! Aus den Versorgungsstatistiken haben die Kassen nämlich eins gelernt: Nicht bei der LZT kann man wirklich sparen, sondern bei der KZT, die mit 60 bis 70 Prozent am häufigsten durchgeführt wird.

Verzichten mussten die Kassen hingegen auf die von ihnen favorisierte „sechswöchige Karenzzeit nach zwölf Sitzungen KZT zum Nachdenken“. Ebenso abgewendet werden konnte ihr Versuch, die Akutbehandlung als vorgeschriebenen Schritt in der Behandlung jedes Patienten zu etablieren. So bleibt gesichert, dass nach der Sprechstunde auch eine KZT oder LZT direkt beginnen kann, wenn sich die Indikation dafür in den probatorischen Sitzungen erwiesen hat. Vor der Akutbehandlung gibt es keine probatorischen Sitzungen.

Außerdem haben die Kassen zugestanden, dass – im Falle einer Durchführung von KZT ohne vorherige Akutbehandlung – die Genehmigungspflicht und damit der BSG-Schutz für die KZT durch eine sogenannte Genehmigungsfiktion erhalten wird: Nach einer Beantragung gilt der Antrag als genehmigt, wenn die Kasse innerhalb von drei Wochen nicht antwortet. Hier wurden also zwei Kröten verdeckelt: Genehmigungspflicht der KZT gegen die Zweiteilung und Kürzung der KZT. Guten Appetit!

Weil es sich bei der Akutbehandlung um eine neue Leistung handelt, muss sie – wie die Sprechstunde – im Bewertungsausschuss noch neu kalkuliert werden. Zwar weist die Beschreibung dessen, was in der Akutbehandlung geleistet werden soll, Unterschiede zur verfahrensspezifischen genehmigungspflichtigen Psy-

Jeder Therapie wird künftig eine sogenannte Sprechstunde vorgeschaltet. Hier soll sich entscheiden, ob eine Psychotherapie überhaupt notwendig ist oder andere Maßnahmen ausreichen

chotherapie auf, dennoch soll sie auf später folgende Kontingente einer Langzeittherapie angerechnet werden. Dies ist konzeptuell zweifelhaft, allerdings wird damit eine bessere Ausgangslage für die Verhandlungen im Bewertungsausschuss geschaffen.

Die Regelungen zur sogenannten Rezidivprophylaxe sind so ärgerlich, dass das Papier zu schade ist, sie darzustellen. Alle Verbände, auch der bvvp, haben dagegen beim BMG interveniert. Die Regelung ist schlechter als das, was jeder Psychotherapeut schon jetzt macht, wenn er gegen Ende der Behandlung das Kontingent durch eine ausgedünnte Frequenz streckt, um Rückfälle zu verhindern.

Viele Nachfragen und viel Empörung gab es über die Vorschriften zur Erreichbarkeit der Psychotherapie-Praxen. Praxen, die die Sprechstunde anbieten, müssen künftig 250 Minuten pro Woche erreichbar sein, Praxen, die keine Sprechstunde anbieten, dagegen nur 150. Wir Psychotherapeuten haben mit unseren „Anrufbeantworter-Praxen“ viel Ärger erzeugt – auch weil nicht immer zurückgerufen wurde. Zentrales Ziel des Gesetzgebers und der Kassen war es deswegen, dass ihre Mitglieder unbedingt auf einen lebendigen Menschen treffen sollten, der erste Auskünfte geben und Termine vereinbaren kann. Dies muss der Psychotherapeut aber nicht selbst machen. Für viele Praxen wird sich die Anstellung einer Personalkraft auf 450-Euro-Basis anbieten. Angesichts der technischen

Möglichkeiten können sich auch mehrere Praxen zusammenschließen. Der bvvp wird Modelle dafür entwickeln und zur Diskussion stellen.

Dem gesellschaftlichen und gesetzlichen Zwang zur Qualitätssicherung folgend haben die Kassen darüber hinaus darauf gedrängt, entsprechende Instrumente einzuführen. Zwar wurde für möglichst schlanke Maßnahmen gekämpft, aber sie sind dennoch da. Wenn wir mehr darüber wissen, werden wir berichten.

Beim Gutachterverfahren konnten für alle drei Verfahren sowohl für Einzel- als auch Gruppentherapie einige Erleichterungen erreicht werden: Bei der KZT – in neuem Gewand KZT 1 und KZT 2 – besteht grundsätzlich keine Gutachterpflicht mehr, es sei denn, die Kasse fordert es in Einzelfällen ein. Ferner fällt bei allen Verfahren der erste Fortführungsschritt weg, bei VT umfasst dadurch zum Beispiel der erste Bewilligungsschritt 60 Sitzungen. Bei Fortführung ist nur ein Bericht an den Gutachter erforderlich, wenn die Kasse das entscheidet.

Fazit

Wird 2017 also alles anders werden? Wohl nicht! Wer sehr wenig ändern möchte, dem bieten die neuen Regelungen Möglichkeiten und Wege, die bewährte Praxis aufrechtzuerhalten. Wer dagegen gern Neues probiert, sich über viele neue abklärende Kontakte freut und in Krisen intervenieren möchte, findet nun Rahmenbedingungen vor, die dies ermöglichen. Sehr viel wird allerdings davon abhängen, ob die finanziellen Anreize auch eine solche Experimentierfreudigkeit unterstützen oder erschweren. Bis zum Ende dieses Jahres entscheidet der Bewertungsausschuss, und dann werden wir es wissen.

1) Gerade ist in einem Gerichtsurteil, das unter anderem durch Pharmafirmen angestrengt wurde, entschieden worden, dass die Namen der Mitglieder der Unterausschüsse bekannt gegeben werden müssen. Demnächst wird es dazu eine Verlautbarung des G-BA geben.

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

G-BA verabschiedet Reform der Psychotherapie-Richtlinie

In Umsetzung des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) wurde am 16. Juni nach anderthalbjähriger Arbeit im Unterausschuss Psychotherapie die Reform der Psychotherapie-Richtlinie vom Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verabschiedet. Der Text sowie die „tragenden Gründe“ können auf der Webseite des G-BA heruntergeladen werden: bit.ly/gba-beschluss. Siehe dazu auch den Artikel von Jürgen Doeber ab Seite 5.

Vergütung für die Neuropsychologie

Nachdem auf Anfrage von Ulrike Böker (bvvp) und Dieter Best (DPtV) an das BMG die Auskunft kam, dass die neuropsychologischen Leistungen nur nach einer gesonderten Entscheidung des Bewertungsausschusses wie genehmigungspflichtige Leistungen vergütet werden müssen, wurde dieses Anliegen in die KBV eingegeben, die das Thema nun in den Bewertungsausschuss einbringen wird.

Schreiben mit der Bitte um Beanstandung an das BMG

Mit deutlichen Worten bittet der bvvp am 24. Juni das BMG als Rechtsaufsicht über den G-BA, dessen Beschluss in Bezug auf fachlich-inhaltliche Gesichtspunkte zu beanstanden: Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie sei ein Eingriff in die Indikationsfreiheit der Psychotherapeuten. Die Regelungen zur Rezidivprophylaxe erfüllten den gesetzlichen Auftrag nicht im Geringsten. Ferner sei die vom Gesetz geforderte Förderung der Gruppentherapie nur in geringem Maße erfolgt. Ähnlich äußerten sich andere Verbände. Das BMG hat vier Wochen Zeit, eine Beanstandung auszusprechen.

Anhörung zur Weiterbildung

Am 8. Juli fand ein Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer zu dem Thema „Die Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung“ statt. Eingeladen waren Aktive aus den Kammern und Verbänden. Mit Referaten, Fragerunden und einem Podium wurde weiter an Lösungen zur Ausbildungsreform gearbeitet. Zwei Wochen zuvor hatte auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Notwendigkeit der Reform betont und erste Arbeitspapiere für die nahe Zukunft angekündigt. Auf dem Symposium vertreten waren auch Prof. Jürgen Wasem, Dr. Anke Waldendzik sowie Dr. Petra Steffen, die erste Ergebnisse ihrer Untersuchungen zur Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung einer geplanten Direktausbildung vorstellten. Für ein koordiniertes Modell kommen in ihren Überlegungen zwei Varianten infrage, entweder die alleinige Koordinierung der ambulanten Weiterbildung oder die Koordinierung der gesamten Weiterbildung. Ungeklärt ist die Steuerung der Kapazitäten. Außerdem muss die Rechtskonformität der Modelle noch geprüft werden. Überlegungen des GKV-Spitzenverbandes bezüglich eines Referendariatsmodells erteilte Dr. Matthias Gruhl von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg eine Absage. Vielmehr berichtete er, ein erster Entwurf der Reform käme noch in diesem Sommer. Weiterhin betonte Gruhl, dass Öffnungsklauseln und Abweichungen von den anderen Heilberufen es für die Psychotherapeuten schwerer machen. Als Beispiele nannte er den Einbezug der ehemaligen Fachhochschulen, die vom Medizinstudium abweichenden Zeiten, die Möglichkeiten des Quereinstiegs sowie den Versuch, unter das Staatsexamen noch eine Bachelor-Master-Struktur zu legen. Der Bologna-

Prozess hätte die anderen Heilberufe auch noch nicht erreicht, erklärte Gruhl weiter. Auch mit der Definition der Studienziele würden es die Psychotherapeuten schwerer haben. Eine solche Prüfung von Kompetenzen sei neu und mache eine bundesweite Vereinheitlichung des Staatsexamens schwierig. Das Ziel müsse unbedingt ein vollwertiger akademischer Heilberuf sein, in Anlehnung an die anderen Heilberufe. Nach der Diskussion innerhalb der Profession müsse nun durch den Gesetzgeber ein zustimmungspflichtiges Gesetz gefunden werden, endete Gruhl. Bund und Länder müssten dafür Kompromisse finden. „Bis zu diesem Zeitpunkt waren Sie Player, dann werden Sie Beobachter! Ihre Historie ist für Sie wichtig, aber zählt jetzt nicht mehr!“ Der bvvp befindet sich mit diversen Vertretern in Politik und Verbänden in regelmäßigem Austausch und begleitet die Reformpläne mit.

PiA-Politik-Treffen

Beim 9. PiA-Politik-Treffen am 14. März wurde eine weitere PiA-Aktivität beschlossen – ein Protestlied, das am Rande des Deutschen Psychotherapeutentages im April gemeinsam mit vielen Bundesdelegierten und Ausbildungskandidaten gesungen und per Video festgehalten wurde. Die Filmemacherin Johanna Ickert verarbeitete das Bildmaterial zum inzwischen dritten PiA-Spot. Dieser soll mithilfe einer Postkartenaktion auch den Verantwortlichen in der Politik nahegebracht werden. Unser Bundesvorstandsmitglied Ariadne Sartorius war für den bvvp an der Entwicklung und Umsetzung des Lieds sowie des Spots aktiv beteiligt. Der bvvp unterstützt die Aktivitäten des PiA-Politik-Treffens seit der Gründung ideell und finanziell. Weitere Informationen: piapolitik.de

Zusammengestellt von **Jürgen Doebert**

Aufruf zu KV-Wahlen

Der bvvp-Bundesvorstand ruft alle Mitglieder auf, an den KV-Wahlen teilzunehmen. Zwischen Juni und Dezember finden in den KVen jeweils zu unterschiedlichen Zeiten die Wahlen für die Vertreterversammlungen statt. Ärztliche Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PP/KJP) gehören zwei verschiedenen Wahlkörpern an und können deswegen nicht gemeinsam auf Listen kandidieren. Die Ärztlichen Psychotherapeuten des bvvp kandidieren auf gemischten Listen der Fachärzte oder mit Haus- und Kinderärzten. Die PP/KJP des bvvp kandidieren auf eigenen Listen oder auf gemeinsamen Listen mit anderen Verbänden. Alle in den KVen gewählten PP/KJP treffen sich im Januar 2017 als sogenannte Wahlkörper und wählen die Vertreter der PP/KJP in der KBV-Vertreterversammlung. Jedes VV-Mitglied und jeder Einfluss über eine Liste zählt!

Gesundheitsziele

Im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses konnte das nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ verabschiedet werden und so noch rechtzeitig in das Präventionsgesetz Eingang finden. Die Arbeitsgruppe „Depressive Erkrankungen verhindern, frühzeitig erkennen und nachhaltig behandeln“, die unter der Leitung von Frau Dr. Birgit Clever (bvvp) im Jahr 2006 einen umfangreichen Katalog von Maßnahmen erarbeitete, wurde im Jahr 2015 erneut zusammengerufen. Sie soll einen Bericht zur Frage erstellen, wie sich die damals erarbeiteten Zielsetzungen seither entwickelt haben. Die Leitung der Arbeitsgruppe wurde von Frau Dr. Erika Goez-Erdmann (bvvp) übernommen.

Beschwerde über die IKK classic

Der bvvp hat am 30. Juni einen Beschwerdebrief über die IKK classic an das Bundesversicherungsamt (BVA) und den Patientenbeauftragten geschickt, in dem die Klagen der Kollegen in der Kostenerstattung für Psychotherapie nach § 13, Abs. 3 SGB V aufgegriffen werden. Die IKK classic vergütet dabei nur den einfachen Satz der GOÄ, also etwas über 40 Euro, wenn Patienten keinen KV-zugelassenen Psychotherapeuten gefunden haben. Der bvvp wies auf die eindeutige Gesetzeslage hin, dass hier auf jeden Fall das Honorar entsprechend der GOÄ/GOP nach dem üblichen 2,3-fachen Gebührensatz gezahlt werden müsse.

Gemeinsame Presseerklärung von bvvp, DPtV und VAKJP zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie

Am 24. Juni benennen die Verbände in einer Pressemeldung mit dem Titel „Licht und Schatten“ die positiven und negativen Aspekte der Reform. Die Erklärung ist auf der Homepage des bvvp nachzulesen: bit.ly/lichtschatten

Allianz der Berufsverbände im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Zum ersten Mal gab es ein Treffen der Vertreter des Spitzenverbandes ZNS (der sich als Dachverband der ärztlichen Berufsverbände in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie versteht) sowie der Vertreter der DPtV, des VAKJP und des bvvp. Die Idee für eine Allianz der verschiedenen Berufsverbände mit dem Ziel, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im ambulanten Bereich gemeinsam zu gestalten, wird gerade vom bvvp sehr gefördert. Weitere Informationen: bit.ly/bvp-allianz

Schwieriger Prozess

Bei den Zuschlägen für die Vergütung von Gruppentherapien wurde vom Bewertungsausschuss ein Fehler gemacht: Es wurde nicht berücksichtigt, dass verhaltenstherapeutische Gruppenleistungen immer mit 50 Minuten kalkuliert sind, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Gruppen aber mit 100 Minuten. Dadurch sind die Zuschläge für die übertragungsfokussierte Psychotherapie (TfP) und die analytische Psychotherapie (AP) zu niedrig. Gleichzeitig wurden große und kleine Gruppen fälschlich gleich kalkuliert, was ebenfalls korrigiert werden sollte. Kassen und KBV konnten sich im Bewertungsausschuss bisher nicht einigen, wie diese Fehler zu beheben sind.

GKII-Psychotherapeutenverbände: Stellungnahme zur Internettherapie

Eva Maria Schweizer-Köhn, Mitglied im bvvp-Bundesvorstand, war aktiv an der Erstellung der am 9. Juni veröffentlichten Stellungnahme (bit.ly/internettherapie) beteiligt. Sie sagt: „Ich halte diese Stellungnahme für eine wichtige Positionierung der Psychotherapeutenverbände. Der Gebrauch elektronischer Kommunikationsmittel wird in unserer Gesellschaft immer selbstverständlicher und macht auch vor der Psychotherapie nicht halt. Krankenkassen und Firmen gehen bereits mit einer Vielzahl unterschiedlicher Angebote auf den Markt, die für Patientinnen und Patienten in ihrer Qualität kaum einschätzbar sind. Daher war es wichtig, dass die Psychotherapeutenverbände essenzielle Qualitäts- und Sorgfaltskriterien für internetbasierte psychotherapeutische Interventionen festgestellt haben, die aus Sicht der Psychotherapeutenverbände unbedingbar sind.“

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Jürgen Doebert**

G-BA beschließt Reform der Richtlinie zum Jobsharing

Ebenfalls als Auftrag des Gesetzgebers musste der G-BA am 16. Juni eine Liberalisierung der Regularien des Jobsharings beschließen. Nun können Jobsharer aller Fachgruppen ihren Leistungsumfang bis zum Fachgruppenschnitt steigern. Für Psychotherapeuten gibt es noch ein zusätzliches Schmäckerl: Sie dürfen darüber hinaus noch weitere 25 Prozent über den Fachgruppenschnitt steigern. Bisher waren Jobsharer auf den bisherigen Leistungsumfang des Praxisinhabers begrenzt, der sich einen Partner oder Angestellten gesucht hat. Insgesamt hat der Gesetzgeber eine Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgeschrieben. Das wird ein großes Projekt, da nun ein Forschungsgutachten ausgeschrieben werden soll, um Wege zu finden, wie der reale Behandlungsbedarf und die Prävalenz von Krankheiten sinnvoll zusammengeführt werden können.

Antrag an den Innovationsfonds

Aufbauend auf einer Zusammenarbeit von Psychiatern, Neurologen, Psychotherapeuten und Psychosomatikern auf Bundesebene wurde im Juli in der KV Nordrhein ein Modell für die Kooperation zwischen den genannten Fachgruppen entwickelt, für das nun die Anerkennung als Modellprojekt für den Innovationsfonds beantragt werden konnte. Ziel ist es, die Behandlung für psychisch und neurologisch erkrankte Menschen besser und effizienter zu koordinieren. Bei erfolgreicher Auswahl würde das Projekt für mehrere Jahre in der KV Nordrhein gefördert und eine Begleitforschung initiiert. Im Zusammenhang mit der Abgabe des Antrags gaben die Beteiligten eine Pressemeldung heraus, die auf der Homepage des bvvp nachzulesen ist.



Kostenlose Ethikberatung

Wie weit darf Psychotherapie gehen,
wo liegen ihre Grenzen?

Der Verein Ethikverein e.V. – Ethik in
der Psychotherapie liefert wichtige
Hilfestellungen

Von **Dr. Andrea Schleu**, Vorsitzende des Ethikvereins

Der gemeinnützige Verein Ethik in der Psychotherapie e.V. bietet bundesweit eine vertrauliche und kostenlose Beratung zu ethischen Fragestellungen in der Psychotherapie für Patienten, Angehörige, Kollegen, Institute und Kliniken an. Diese Beratungen haben zum Ziel, dass Ratsuchende Informationen und Orientierung zu den Standards in der ambulanten und stationären Psychotherapie finden.

Auf diese Weise wird ein Beitrag zur Aufklärung in der Psychotherapie geleistet, um Patienten vor Missbrauch und Grenzverletzungen zu schützen oder gemeinsam mit ihnen Wege aus Verstrickungen zu suchen. So trägt der Verein zur Patientensicherheit im Versorgungssystem bei und arbeitet daran, ethische Standards in der Psychotherapie zu etablieren.

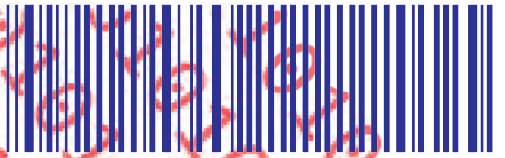
Die Beratungen werden dokumentiert und anonymisiert wissenschaftlich ausgewertet, um die Ergebnisse der Auswertungen in die Fachöffentlichkeit zurückzugeben und so eine kollegiale Fehlerkultur entwickeln zu helfen.

Näheres finden Sie auf unserer Homepage www.ethikverein.de

**Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie unsere Arbeit
durch Ihre Spende oder Mitgliedschaft unterstützen.**

BIG DATA

– Wenn der Mensch zählt



Fr. 16.09.

Tagungszentrum Aquino
Hannoversche Straße 5b
10115 Berlin
Einlass 17:30

Öffentliche Veranstaltung des
bvvp und des Landesverbands
bvvp-Berlin

Info und Anmeldung:

www.bvvp.de

bvvp Bundesverband
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Die Stimme der Studierenden

Sie kämpfen gegen den Masterplatzmangel und für eine bessere Vergütung während der Ausbildung: Seit 2005 treffen sich Studierende der Psychologie zu regelmäßigen Konferenzen. Dabei ist Offenheit ihre größte Stärke

KonferenzRat der PsyFaKo (verantwortlich: **Marc Rommel, Marie Hengstenberg**)

Die Psychologie-Fachschaften-Konferenz e.V. (kurz PsyFaKo e.V.) ist die Bundesfachschaftentagung der Psychologiestudierenden im deutschsprachigen Raum. Seit ihrer Gründung im Jahr 2005 arbeitet sie kontinuierlich an ihren Zielen, die Interessen der deutschsprachigen Psychologiestudierenden hochschulpolitisch zu vertreten und deren Vernetzung untereinander zu verbessern. Zu diesem Zweck kommen zweimal im Jahr Fachschaften aus ganz Deutschland zusammen, um aktuelle Belange und Problematiken des Studiums zu erörtern. Da es sich bei der PsyFaKo um das höchste politisch legitimierte Gremium von Psychologiestudierenden handelt, werden im Laufe dieser Konferenz auch immer sogenannte Positionspapiere und andere Aktionen verfasst, geplant und abgestimmt.

Schon bei der Gründung auf der konstituierenden Konferenz in Landau 2005 spielten hochschulpolitische Gedanken eine zentrale Rolle. Zu dieser Zeit war die Bologna-Reform – und damit die Umstellung auf das Bachelor-/Master-System – in der Psychologie angekommen. Für die damaligen Studierenden bedeutete dies nicht nur eine große Umstellung, sondern

war auch der Anlass, diesen Prozess kritisch zu begleiten. Die Sorge, die damals an den Universitäten umging, spiegelte sich auch in der für eine erste Konferenz ungewöhnlich hohen Anzahl von Fachschaftsvertretungen wider: 21 Delegationen wurden aus den Universitäten entsendet.

Seither hat sich die PsyFaKo zu einer etablierten Konferenz entwickelt, die zweimal pro Jahr an einer vorher per Wahl festgelegten ausrichtenden Universität stattfindet. Die austragenden Fachschaften arrangieren im Vorfeld Schlafmöglichkeiten, Räumlichkeiten und Verpflegung, des Weiteren organisieren sie den Ablauf der Konferenz. Hierbei werden sie unter anderem vom KonferenzRat (kurz: KonRat) und dem Vorstand unterstützt, der oftmals aus langjährigen und erfahrenen PsyFaKo-TeilnehmerInnen besteht. Daher können die ausrichtenden Fachschaften auch aus eigener Erfahrung bei der Planung der Konferenz unterstützen. Da die Teilnehmerzahlen seit Jahren kontinuierlich steigen, ist dies auch dringend notwendig. Ihren vorläufigen Höhepunkt erreichte diese Entwicklung im November vergangenen Jahres: Rund 200 Delegierte aus 32 Fachschaften nahmen an der Hamburger Konferenz teil.

Die inhaltliche Arbeit findet nach dem sogenannten Open-Space-Prinzip statt: Alle TeilnehmerInnen können ihre Themen frei von einer starren Antragskultur ins Plenum einbringen und mit den anderen Anwesenden in kleinen Arbeitsgruppen besprechen. Der Zweck der Arbeitsgruppen ist immer unterschiedlich. Manche diskutieren und betreiben regen Austausch, andere formulieren Positionspapiere, wieder andere arbeiten an konkreten Projekten weiter. Charakteristisch für diese Art der Arbeit ist, dass niemand verpflichtet wird, den vollständigen Prozess der Arbeit in einer Gruppe zu begleiten.

Da die PsyFaKo seit 2013 auch ein eingetragener Verein ist, muss während jeder Konferenz eine Mitgliederversammlung stattfinden. Hier sind alle Mitglieder des Vereins aufgerufen teilzunehmen, um unter anderem den nächsten Austragungsort zu beschließen, den Vorstand zu entlasten und den neuen KonRat zu wählen. Der KonRat stellt das Exekutivorgan der PsyFaKo dar. Die Aufgabe dieses sechsköpfigen Gremiums besteht darin, auf der PsyFaKo formulierte Arbeitsaufträge umzusetzen und die jeweils ausrichtende Fachschaft bei der Organisation der nächsten Konferenz zu unterstützen. Er

wird von den anwesenden Fachschaften gewählt, um die Ziele und Ansinnen des PsyFaKo e.V. zwischen den Konferenzen weiter zu verfolgen und nach außen hin zu repräsentieren. Des Weiteren soll er den Verein gegenüber anderen Organisationen und Institutionen offiziell vertreten. Der KonRat stellt somit das auf Bundesebene höchste politisch legitimierte Gremium der Psychologiestudierenden dar. In dieser Eigenschaft haben Mitglieder des KonRats zuletzt auch an der Vorstandssitzung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und an der Arbeitsgruppe Fakultätentag Psychologie der DGPs teilgenommen, um dort die Anliegen der Studierenden zu vertreten.

Das Abschlussplenum ist das höchste politische Organ der PsyFaKo. Es verabschiedet die erarbeiteten Stellungnahmen und Positionspapiere der vergangenen Konferenz und stimmt über Aktionen ab, die künftig stattfinden sollen. Hier werden alle strategischen Entscheidungen getroffen und Standpunkte entschieden, die der KonRat in der Zukunft vertreten soll. Ebenfalls werden die Weichen für folgende PsyFaKo gestellt. Am Ende einer jeden Konferenz steht der Dokumentationsband, der die Arbeit des gesamten Wochenendes zusammenfasst und auf der Internetseite der PsyFaKo (www.psyfako.org) zu finden ist.

Auch wenn sich die Arbeit des Vereins seit der Gründung der PsyFaKo sehr verändert hat und eine immer stärkere Professionalisierung anstrebt, kommen einige zentrale Themen auf jeder Konferenz zur Sprache, darunter die allgegenwärtige Masterplatz- und PiA-Problematik (PsychotherapeutInnen in Ausbildung) sowie Diskussionen zur Anwesenheitspflicht oder Prüfungsmodalitäten.

Seit der Einführung des Bachelor-/Master-Systems sehen sich sowohl die Studierenden als auch die PsyFaKo mit der grundlegenden Problematik der Masterplatz-Knappheit konfrontiert. Nicht nur die Studierenden der deutschen Universitäten bewerben sich auf die wenigen



Foto: Privat

Alle Teilnehmer der PsyFaKo in Heidelberg 2015: Der griechische Buchstabe Psi ist das Symbol der Psychologie

Für viele Psychologiestudierende ist der Bachelor nur ein Zwischenschritt, der zur Berufsqualifizierung nicht ausreicht. Doch zur weiteren Qualifizierung gibt es viel zu wenige Masterplätze

Plätze, sondern potenziell alle, die ihren Bachelor im Ausland gemacht haben. Dabei stehen die Studierenden mit ihrem Ruf nach mehr Masterplätzen nicht allein da: Auch die Universitäten sind sich der Problematik bewusst. Doch nach wie vor erkennen Bund und Länder nicht an, dass der Bachelor kein berufsqualifizierender Hochschulabschluss ist. Aus diesem Fehldenken heraus leiten die EntscheidungsträgerInnen ab, dass zusätzliche Mittel für Masterplätze nicht notwendig wären, und führen die gefährliche Politik der Subvention von Bachelorplätzen fort, ohne für

eine entsprechende Kompensation im Master sorgen zu wollen.

Die PsyFaKo fordert daher in Anlehnung an die Forderungen der DGPs zur Quotierung von Masterstudienplätzen eine 100-Prozent-Übergangsquote der BachelorabsolventInnen. Für die Masterplatzbewerbung müssen einheitliche und transparente Verfahren geschaffen werden mit bundesweit einheitlichen Bewerbungsfristen und eindeutig kommunizierten Terminen für den Versand von Zulassungs- und Ablehnungsbescheiden sowie Immatrikulationszeitpunkten. Absurderweise ist es ja gerade dieser möglichst barrierefreie Wechsel vom Bachelor- zum Masterstudium zwischen den verschiedenen Hochschulen, der im Fokus des Bologna-Prozesses steht, der aber aufgrund der uneinheitlichen Zulassungskriterien oftmals scheitert.

Neben studiumsrelevanten Themen beschäftigt sich die PsyFaKo auch mit der Weiterbildung nach dem Abschluss. Seit Jahren ist die desolante Lage der PiAs im Fokus ihrer Arbeit. Hier fordert die PsyFaKo seit Jahren neben einheitlichen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung auch eine angemessene Vergütung der Ausbildungszeit sowie eine ausreichend lange Einarbeitung zu Beginn der praktischen Tätigkeit unter qualifizierter Anleitung. Daneben wird auch der Prozess der anstehenden Reform zur Ausbildung zum/zur PsychotherapeutIn mitverfolgt und kritisch hinterfragt.

Zur Diskussion der PiA- sowie der Masterplatz-Problematik haben sich Gruppen zusammengefunden, die über das ganze Jahr hinweg kontinuierlich arbeiten. Ihre VertreterInnen werden ebenfalls im Abschlussplenum der Konferenz als „Entsendete“ gewählt und sprechen im Namen der PsyFaKo. Sie entwerfen, planen und koordinieren Aktionen wie die PiA-Proteste oder das Masterplatzvideo (youtu.be/PDG-aGyMFzI). Dieser Kurzfilm hat es zuletzt sogar bis in eine nicht unbekannte überregionale Wochenzeitung geschafft – „Die Zeit“.

Alles halb so schlimm

Überfordert die Zunahme von Berentungen wegen psychischer Erkrankungen unser Sozialsystem? Wer einen genauen Blick auf die Statistik wirft, sieht ein differenzierteres Bild

Von **Gerd Blaser**, Schatzmeister des VVPSW

Seit einigen Jahren nimmt die Diskussion um die Zunahme von Berentungen wegen psychischer Erkrankungen einen großen Raum unter Experten und in den Medien ein. Häufig fokussieren die entsprechenden Beiträge auf die finanziellen Belastungen für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) und suggerieren erhebliches finanzielles Ungemach. Diese katastrophisierende Darstellung ist bei seriöser Betrachtung der Zahlen allerdings nur schwer nachvollziehbar. Unter zahllosen Beispielen sei hier ein Statement des BKK Dachverbandes aus dem letzten Jahr angeführt: „Fast jede zweite Frührente ist inzwischen psychisch verursacht. Der Anteil hat sich damit in den letzten 20 Jahren verdoppelt.“¹

Für die Einordnung dieser Zahlen in den (gesundheits-)politischen Gesamtkontext ist die historische Entwicklung der Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit interessant. Die Daten der DRV zeigen, dass sich die Rentenzugänge insgesamt seit 1960 fast verdoppelt haben, während sich Berentungen

wegen Erwerbsminderung halbierten und die Zunahme der Berentungen wegen psychischer Erkrankungen seit 2011 zum Stillstand gekommen ist – zumindest vorerst. Der Zunahme von Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen steht also ein deutlich größerer Rückgang von Berentungen wegen körperlicher Erkrankungen gegenüber.

Die DRV verweist auf die hohe Komorbidität psychischer Erkrankungen bei somatischen Störungen: „Rund 20 bis 40 Prozent aller an Krebs erkrankten Menschen, 15 bis 30 Prozent aller Herzinfarktpatienten und 30 bis 50 Prozent der Patienten mit einer orthopädischen Diagnose weisen begleitende psychische Belastungen oder Störungen auf.“²

Die Zunahme der Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen könnte unter anderem auch durch den organmedizinischen Fortschritt bedingt sein. Multimorbide Patienten, die den Anforderungen des Arbeitsmarktes aus vielfältigen Gründen nicht mehr gewachsen sind, wurden früher womöglich sehr viel

häufiger wegen prominenter körperlicher Erkrankungen berentet. Diese können heute wirksamer behandelt werden, sodass die weiterhin bestehenden psychischen Erkrankungen „sichtbarer“ und zum Berentungsanlass werden.

Johannes Siegrist, der auch die Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten dieser psychisch erkrankten Menschen in der psychotherapeutischen Dyade reflektiert, verweist auf gesellschaftliche Ursachen für die Zunahme von Berentungen wegen psychischer Erkrankungen: „In einer längerfristigen Perspektive können Chancen gesunder Arbeit jedoch nur dann umfassend gewährleistet werden, wenn es gelingt, die destruktiven Wirkungen des Prinzips ‚Eigennutz‘, das unser Wirtschaftssystem dominiert, durch die Stärkung von Solidarität und Tauschgerechtigkeit zu bekämpfen.“³

Betrachten wir zudem, dass die individuellen Rentenzahlungen in der Regel nicht ausreichen, um von weiteren Zahlungen aus dem Sozialsystem unabhängig zu sein. Die durchschnittliche Rente wegen teilweiser bzw. voller Erwerbsminderung beträgt nur 368 Euro bzw. 664 Euro. Kombiniert mit der insgesamt gesunkenen Anzahl der Betroffenen relativieren diese Zahlen die wirtschaftliche Dramatik des Themas – im Gegensatz zur menschlichen!

Entwicklung der Berentungen wegen Erwerbsunfähigkeit

Jahr	Rentenzugang pro Jahr insgesamt	Davon	
		wegen verminderter oder vollständiger Erwerbsunfähigkeit	wegen psychischer Störungen
1960	661.646	275.758 (41,7 %)	
1985	905.199	228.667 (25,3 %)	24.498 (2,7 %)
2000	1.176.802	171.907 (14,6 %)	41.690 (3,5 %)
2011	1.034.321	141.933 (13,7 %)	60.115 (5,8 %)
2014	1.120.270	136.691 (12,2 %)	59.575 (5,3 %)

Quelle: DRV, Rentenversicherung in Zeitreihen, 2015.
Hier dargestellt nur die alten Bundesländer.

1) BKK Dachverband: Psychisch krank im Job, 2015, S. 7

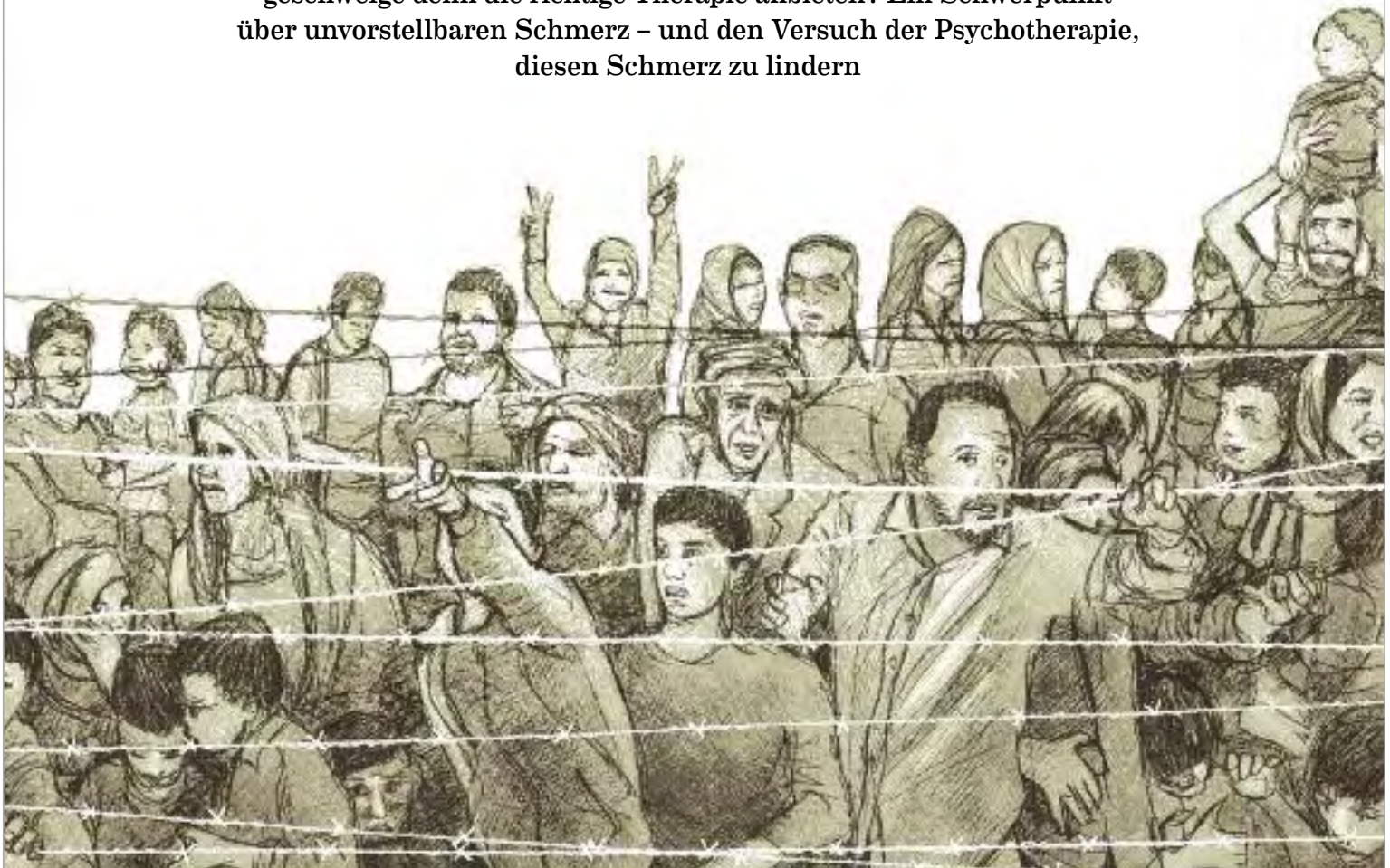
2) DRV: Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, 2014, S. 11

3) Siegrist, J.: Arbeitswelten und psychische Störungen. Psychotherapie im Dialog, 2016, S. 17-21

Minenfeld Kriegstraumata

Krieg ist die Geißel der Menschheit – und gleichzeitig ihre schlimmste Erfindung. Kein anderes Lebewesen auf dieser Erde tötet und verletzt derart bewusst, derart nachhaltig. Zurück bleiben entwurzelte Menschen, ihrer Heimat entrissen, ein Leben lang gezeichnet. Die Wunden, die Kriege an Geist und Körper hinterlassen, verheilen nur langsam – und stets bleiben Narben zurück.

Es ist ein vermintes Terrain, auf dem sich die Behandler bewegen: Wie lässt sich Menschen helfen, die in die Abgründe menschlichen Handelns geblickt und überlebt haben? Wie können Therapeuten, die Kriege nur aus dem Fernsehen kennen, dieses Leid verstehen, geschweige denn die richtige Therapie anbieten? Ein Schwerpunkt über unvorstellbaren Schmerz – und den Versuch der Psychotherapie, diesen Schmerz zu lindern



Unvorstellbarer Schmerz

Täglich werden Menschen durch Krieg, Flucht und Terror schwer traumatisiert. Welche Behandlungsansätze gibt es?

Von **Yvo Kühn**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp, mit **Eike-Christian Reinfelder**, gruppenanalytischer Supervisor

__ **Johann war zehn Jahre alt**, als er ermordet wurde. Er war der Kumpel meines Sohnes, sie gingen zusammen zur Schule und zum Fußball. Die ersten Wochen nach der Tat wies mein Sohn stets dann, wenn das Lied „Astronauten“ im Radio gespielt wurde, darauf hin, dass es Johanns Lieblingslied gewesen sei. Wir haben dann immer alle in den Himmel geschaut. Stelle mein Sohn fest, dass eine Person, auf die er sich bezog, nicht mehr greifbar war, entwickelte er psychovegetative Reaktionen, kleine Panikattacken.

Johann ist jetzt einige Monate tot – und das Leben meines Sohnes hat sich wieder geordnet. Beim Lied „Astronauten“ wird nicht mehr erwähnt, dass es Johanns Favorit war, die körperlichen Reaktionen sind ebenfalls verschwunden. Trotzdem würde ich sagen, dass Johann weiterhin allgegenwärtig in unserer Familie ist.

Johanns Mutter war Finnin – gemeinhin eine Kultur, die nicht für Gewaltexzesse bekannt ist. Als Urlauberin wurde sie Augenzeugin des Breivik-Amoklaufs auf Utøya. Traumatisiert dekompenzierte sie



Illustration: Lesprenger

zwangssymptomatisch. Erst Mitte 2015 – vier Jahre nach dem Attentat – kam es zu einer ersten psychiatrischen Vorstellung der Mutter, im November dann zu einem achtwöchigen stationären psychiatrischen Aufenthalt. Im Rahmen des ersten Probe-wochenendes zu Hause erstach sie Johann, ihre Tochter Pia und ihren Ehemann, bevor sie sich selbst ermordete. Erst wurde Johans Mutter traumatisiert, doch die Traumatisierung wurde nicht behandelt. Letztlich stirbt sie im Rahmen eines erweiterten Suizids – und auch meinen Sohn halte ich für leicht traumatisiert.

Ich schreibe Ihnen diese Zeilen, da sich für unsere Profession die Frage einer nachhaltigen wie präventiven Versorgung in einer Welt täglich schwerer Traumatisierungen stellt. Erst wird der Einzelne traumatisiert, dann traumatisiert er die anderen. Wie lässt sich dieser Kettenreaktion begegnen?

Freud schrieb 1915 in seinem Aufsatz „Warum Krieg?“, dass wir uns auf den Tod einrichten müssen, wenn wir das Leben aushalten wollen. Er zeigte auf, wie brüchig Zivilisations- und Kulturgeschichte sind, wie leicht Triebhaftes, Urmenschliches zu allen Zeiten wieder zum Vorschein kommen kann – zumal die Existenzbedingungen der Völker so verschieden und die Abstoßungen unter ihnen so heftig sind, dass es immer wieder zu Kriegen kommen wird. Dem kann entnommen werden, dass wir uns als Profession bis auf Weiteres mit der Psychodynamik von Gewalt und Verlust konfrontiert sehen werden.

Darüber hinaus gilt, dass Kulturgeschichte immer auch die Geschichte von Migrationsbewegungen ist. Oder, wie der verstorbene Historiker Hans Mommsen

gezeigt hat: Die Zukunft ist da, wo es die Migrationsbewegungen hinzieht.

In diesem Schwerpunkt finden sie fünf psychotherapeutische Antworten auf die Herausforderungen der Praxis in degenerierten, deritualisierten Prozessen, in denen keinerlei Containing mehr stattfindet und es zu babylonischer Verwirrung kommt. Diese Art von Verwirrung ist kaum symbolisierbar. Dies erinnert an das Bild „Der Schrei“ des Malers Edvard Munch oder an Franz Schuberts „Die Winterreise“ – eine Metapher für Trauer, Fremdheit und Entfremdung.

In unseren Texten geht es um existenzielle Gefahr und kaum vorstellbaren Schmerz. Es geht um die psychische Fähigkeit, Dehumanisierungsprozessen entgegenzuwirken, sich die eigene löchrig werdende Empathiefähigkeit immer wieder zu erarbeiten. Wie gelingt es unseren KollegInnen, diesen Prozessen und der transgenerationalen Weitergabe der damit verbundenen Konflikte eine Haltung, eine Struktur, ein Angebot entgegenzusetzen, das auf psychischer Ebene ein ausreichend freies Ich möglich macht und ein ausreichend gutes Introjekt beim Individuum hinterlegt, das weiteren destruktiven Entwicklungen einen Riegel vorschiebt?

Allen Autoren gemein ist, dass sie sich – zum Teil aus eigenen biografischen Bezügen – seit Langem mit den Grenzerfahrungen im Feld von Krieg, Flucht, Terror und Migration beschäftigen. Sie stellen ihr Wissen und Können in den Dienst einer Wissenschaft, die den Menschen weder idealisiert noch verachtet.

Robi Friedmann zeigt mit seinen Überlegungen auf, wie wichtig es für das Individuum in sozialen Zusammenhängen ist, sich vital und selbstbestimmt zu er-

leben: Mit seinem „Sandwich-Modell“ aus Klein- und Großgruppe ermöglicht er einen therapeutischen Raum der Begegnung, eine implizite Schulung in Demokratie. Einen besonderen Ort haben auch *Marianne Leuzinger-Bohleber* und ihre KollegInnen mit ins Leben gerufen: Mit dem Darmstädter „Michaelis Dorf“ erschaffen sie einen dörflichen Rahmen für Geflüchtete, der den Entrechteten, den sozial Toten, Aufnahme bietet und sie willkommen heißt. Es ist ein erster Schritt der Rekonstruktion von Kultur nach der Ankunft der Menschen in der Fremde – traumatisiert außerhalb aller gesellschaftlichen Bezüge, aber am Leben.

Die Autorin *Areej Zindler* hat selbst einen palästinensischen Hintergrund und beschreibt mit ihrer Kollegin Franka Metzner kultursensibel die Bedingungen einer Ambulanz, in der jungen Flüchtlingen seit vielen Jahren die Hand gereicht wird. Mit der Methode der gruppenanalytischen Supervision hilft *Elisabeth Rohr* KollegInnen in Guatemala, ihre Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten, obwohl vor Ort ein Klima der Ohnmacht vorherrscht, in dem das einzelne Menschenleben längst nichts mehr zählt.

Den Abschluss unseres Schwerpunkts bildet *Christine Knaevelsrud*, die sich für die Versorgung von traumatisierten Kriegs- und Folteropfern in Deutschland und in arabischsprachigen Krisenregionen engagiert. Für ihren Einsatz wurde sie jüngst mit dem Diotima-Preis der BPTK geehrt. Sie entwickelte neue Methoden für die Behandlung von Menschen in Krisengebieten, zum Beispiel die internetbasierte, arabische Schreibtherapie „Ilajnafsy“ für traumatisierte Menschen aus dem Irak, Syrien, Palästina und dem Sudan. —



Gefangen in der Soldaten-Matrix

Eine Gesellschaft im Krieg lässt den Sehnsüchten und Wünschen des Individuums nur wenig Raum zum Atmen. Alles wird dem Gemeinwohl, dem Sieg, unterstellt. Diese Erfahrung prägt ein Leben lang – auch wenn längst keine Bomben mehr fallen

Von **Robi Friedman**

— **Eine 75-jährige Frau** berichtete mir in meiner Praxis in Haifa von ihrer Empörung, als ein männlicher Besucher ihr ausgerechnet in der Trauerwoche nach dem Tod ihres Ehemanns eine persönliche Beziehung angeboten hatte. Die Beziehung dieser Frau zu ihrem verstorbenen Ehemann war zeitlebens sehr schwierig gewesen, mit dem Besucher verband sie ein 30 Jahre zurückliegender Flirt. Nach einiger Zeit in der Therapie stellte sich heraus, dass sie sich eigentlich ebenfalls eine intime Verbindung zu diesem Mann wünschte.

Einige Monate später begann sie eine starke Beziehung mit dem früheren Bekannten. Besonders interessant gestalteten sich die sexuellen Aspekte dieses Verhält-

nisses. Die Patientin genoss die sexuelle Beziehung wie noch nie zuvor in ihrem Leben. Sehr offen sprach sie über ihre neue Fähigkeit, sich sexuell einzulassen, und ihre Dankbarkeit darüber, noch einmal eine solche Erfahrung machen zu können.

Als wir ihre frühere Sexualität tiefer bearbeiteten, wurde klar, dass sie sich nie von dem befreien konnte, was sie in ihrer Kindheit zu Hause erlebt hatte: Ihre Eltern waren vom Zweiten Weltkrieg, in dem sie ihre eigenen Eltern verloren hatten und als einzige von insgesamt zehn Geschwistern den Holocaust überlebten, traumatisiert. Zu Hause dominierte das Gefühl, dass neben dieser enormen Trauer eigentlich kein Platz mehr für Genuss im Leben möglich sein könne.

Der Israelische Unabhängigkeitskrieg von 1948 verstärkte diese Situation weiter: Erotische Gefühle und Zärtlichkeit kamen in ihrem Elternhaus nicht sichtbar vor; ihr Ehemann, der aus dem gleichen Milieu stammte, litt unter ähnlichen Hemmungen. Kurz: Man konnte mit der eigenen Lust und in der Begegnung mit dem anderen nicht frei sein.

Soweit ich es verstand, machte eine traumatische Kriegsatmosphäre die Trauer über den Familienverlust unmöglich. Der Trauerprozess hat eine bestimmte Dauer, kann teilweise geschehen oder gar nicht. Weitergegeben wird die Reife des Prozesses, was bedeutet, dass auch die Unmöglichkeit zu trauern weitergehen kann.



Die nächste Generation muss dort zu trauern anfangen, wo die vorherige Generation aufgehört hat. Erst in der Therapie wurde dieser Frau klar, wieso sie anfänglich auch mit dem neuen Partner keine „spielerische“ Beziehung eingehen konnte. Nach zwei Jahren erreichte diese Entwicklung dann einen Punkt, an dem sie offen wie noch nie ihre eigenen und auch seine Bedürfnisse erkennen und akzeptieren konnte.

Diese Frau wuchs in den 1940er Jahren in Israel auf – und damit in einer Soldaten-Matrix, die von Annihilationsängsten geprägt war. Nicht jede Familie reagierte gleich darauf, in vielen bleiben die Anzeichen allerdings bis heute sichtbar: Das Individuum steht im Dienst von Vaterland und Gesellschaft. Frauen, Männer und Kinder fast jeden Alters erhalten (willentlich) ihre vorgefertigten Rollen, die bis aufs Letzte ausgeführt werden. Das Leben ist im Wortsinne „selbst-los“. Für Selbstverwirklichung gibt es keinen oder wenig Platz – und schon gar nicht für Selbstsucht. Man muss mitmachen – und man will mitmachen und dabei sein. Denn alle wissen: Diejenigen, die nicht mitmachen oder die mit ihrer Selbstsucht nicht fertig werden, gelten sehr schnell als Verräter.

Ist diese Frau also „neurotisch“? Handelt es sich um eine persönliche Störung, eine Hemmung, die einem intrapsychischen Konflikt entstammt? Oder ist sie einfach ziemlich normal in einer Familie, einer

Gemeinde oder Gesellschaft aufgewachsen, die Sexualität einzig Müttern zuerkannte, die vor allem Soldaten auf die Welt stellen sollten – und sie ihnen vielleicht noch erlaubte, um die „starken Männer“ zu befriedigen, nie aber zur Selbsterfüllung?

Von der klinischen Perspektive gesehen weist nichts auf eine tiefe Neurose hin. Die Frau wurde im Laufe der Therapie immer freier und konnte sich – als sie ihre Hemmung überwand – auf diesen neuen Mann einlassen. Man kann aber auch anders fragen: War es allein die Therapie, die ihr dabei half, ihre Einschränkung im erotischen Leben zu beseitigen?

Ich glaube, vieles von dem Geschehenen hatte seinen Ursprung in ihrer Beziehung zur eigenen Familie. Eine große Rolle spielten dabei die zwei Töchter meiner Patientin, durch die der Wandel der Kultur und der Matrix im Laufe ihres Lebens erst jetzt wahrgenommen wurde. Das hat – mehr als die Therapie – zu einer Besserung beigetragen. Natürlich hat die Therapie alternative Ansichten angeboten. Ich meine aber, die freiere gesellschaftliche Atmosphäre, die heutzutage in Israel herrscht, hat eine wesentlich veränderte therapeutische Einstellung befördert, die eine erotisch-zentrierte Therapie erst ermöglichte.

Die Kultur eines Landes im Kriegszustand lässt eine sogenannte Soldaten-Matrix entstehen, wenn zwei Bedingungen erfüllt werden: Angst um sich, die Existenz des Volkes oder der Gemeinschaft (was

Die Soldaten-Matrix umfasst nicht nur bewaffnete Männer, sondern die ganze Gesellschaft, inklusive Kinder, Frauen und Alte und ihre Kommunikation

Hopper allgemein als Annihilationsängste bezeichnet) oder/und der Wille zum Ruhm. In der Soldaten-Matrix werden allmählich persönliche Ansichten den Ansichten der Gesellschaft oder des Clans angepasst. Man kann von einer sehr starken Identifikation sprechen, die dadurch gekennzeichnet ist, dass vor der Entstehung und nach dem Ende der Soldaten-Matrix diese Identifikationen unterschiedlich waren. Selbst für Außenseiter fühlt es sich wie eine „Über-Identifikation“ an, also ein unerwartet starkes psychisch-emotionelles Phänomen, das auch mit der Vernichtung des Persönlichen zu tun zu haben scheint. Das Individuum wird zunehmend unwichtiger, es nehmen praktisch alle Mitglieder der Gesellschaft sehr rigide Rollen ein, die gleichzeitig ziemlich selbstlos scheinen. So sind es eben nicht nur Männer

mit Gewehren, die die Soldaten-Matrix ausmachen. Die Matrix umfasst die ganze Gesellschaft und ihre Kommunikation – Kinder, Frauen und Alte inklusive. Darin „gefangen“ scheint es, als ob nur die Männer für den Angriff oder die Verteidigung verantwortlich sind und deshalb auch die Aggression alleinig für sich „beanspruchen“. Die stärksten Gefühle in der Matrix werden vor allem durch das Fehlen von gewalt-hemmenden Gefühlen gekennzeichnet: Scham, Schuld und Empathie gegenüber den Anderen – nicht nur gegenüber den Feinden (!) – fehlen und werden nicht mehr gespürt. Gute Beispiele dafür liefert die Art und Weise, wie die Gesellschaft mit allem umgeht, das nicht ihrer „Norm“ entspricht: Fremden und Außenseitern wird grundsätzlich mit Paranoia begegnet – eine Paranoia, die im starken Gefühl des Hasses „Feinden“ gegenüber auf ihren Höhepunkt getrieben wird. Im gleichen Zug erscheinen auch Liebe und Ehre gewissen Führungspositionen gegenüber. Die starke Verknüpfung von Angst und Ehrfurcht in den Beziehungen zu Autoritäten und Normen bilden eine Charakteristik der Soldaten-Matrix.

An verschiedenen Orten habe ich bereits die Soldaten-Matrix in Deutschland diskutiert, die als solche meiner Meinung nach bis in die 1980er Jahre existierte. Diese Positionen verschwinden nur sehr langsam – und erscheinen leider sehr schnell aufs Neue. Was kann man dagegen tun? Natürlich steht der Einzelne sehr stark unter dem Einfluss seiner Matrix. Im Fall der Soldaten-Matrix aber wirkt dieser Einfluss besonders stark: Ihr besonderes Einigkeitsgefühl, das verlockende Geborgenheit spendet, toleriert gleichzeitig keine Differenzen oder Distanzierungen.

Zwei Punkte sind von besonderer Wichtigkeit. Als Erstes wäre der Versuch zu nennen, mit der Autorität oder den Autoritäten auszukommen, ohne dabei seine eigene Persönlichkeit zu verlieren. Dazu braucht es eine grundsätzliche Form der Distanzierung, ohne die sich der Einzelne nicht von der Soldaten-Matrix lösen kann. Zweitens braucht es eine Relativierung der Stärken der Autorität. In den meisten bekannten Soldaten-Matrizen kann sich der Einzelne meist nur in Untergruppen der Soldaten-Matrix stellen. Ein Beispiel:

Moderne Medien wie Internet, Twitter und Facebook haben sich zur Führung und Verarbeitung von Konfliktprozessen als nicht effizient genug erwiesen

Als einzelner Homosexueller in der Armee habe ich keine Chance, aber wenn ich merke, dass ich nicht allein bin, und mich mit anderen zusammenschließe, sieht es schon anders aus.

Mit der Gruppenanalyse steht ein gutes und wichtiges Setting zur Verfügung, das einen einzigartigen Weg zum sozialen Dialog bietet. Nachdem sich Medien wie Internet, Twitter und Facebook zur Führung und Verarbeitung von Konfliktprozessen als nicht effizient genug erwiesen haben, bietet die Großgruppe schon von ihrer Anlage her eine konkurrenzlos gute Methode: Oft sind es 50, 60, manchmal gar mehr als 200 Personen, die beieinandersitzen, sich live sehen und gegenseitig zuhören können.

Diese Art von Begegnung ist noch immer neu in der Psychotherapie. Einerseits nutzen wir dieses Instrument erst seit drei Jahrzehnten, andererseits kam es bis vor Kurzem nur in Tagungen, Kongressen und Ausbildungen zum Einsatz. Aber heute wissen wir schon sehr viel mehr darüber als noch vor drei Dekaden: So werden in Großgruppen insgesamt sehr starke Gefühle angeregt; Themen, die in dieser Konstellation aufkommen, sind auf besondere Weise sozial und politisch. Den Teilnehmern einer solchen Gruppe wird – quasi nebenbei – eine starke Schulung in Demokratie erteilt: Die eigene Meinung muss sich zwangsläufig mit den Einflüssen der Masse und der Autorität auseinandersetzen.

Zudem finden viele Ereignisse in der Großgruppe nonverbal statt: Sie liefert eine echte physische Begegnung mit „den Anderen“. Es handelt sich eben nicht um *Facebook*, sondern um *Facelook*. Das macht die Großgruppe zu einem interessanten

Begegnungsort (oder „elaborating space“), in dem die Einflüsse der Masse studiert werden können, die eine relativ normenlose Kultur bildet. Diese Kultur scheint optimal, um solch schwere Prozesse zu reflektieren, zu bearbeiten und zu verändern.

Das Verständnis, das wir in der Vergangenheit über Prozesse in der Großgruppe gewonnen haben, habe ich für meine Zwecke „übersetzt“, um daraus Konfliktlösungen für die Bevölkerung ableiten zu können: In Israel haben wir ein Modell entwickelt, das eine alternierende Anwendung von Klein- und Großgruppe vorsieht. Dieses „Sandwich-Modell“ (der Name war zunächst scherzhaft gemeint, ist dann aber hängen geblieben) ermöglicht es, die relative Sicherheit der familiären Kleingruppe mit der Auseinandersetzung mit dem Überpersonellen in der Großgruppe zu kombinieren. An einem dreieinhalbstündigen Abend werden die Teilnehmer nach einer kurzen Einleitung in Kleingruppen aufgeteilt. Darauf folgt die Arbeit in der Großgruppe. Zum Abschluss schließt sich eine zweite, kurze Runde in der Kleingruppe an.

Diese Anwendung eröffnet Laien und nichtprofessionellen Teilnehmern (beispielsweise in Dörfern und Kibbuzen, die in Konflikt geraten sind) eine neue Möglichkeit zum Dialog. Mittlerweile wird das Sandwich-Modell immer häufiger in der Praxis angewendet und zeigt mehr und mehr Erfolg – zumindest im begrenzten Rahmen mit wenigen Hundert Menschen. Meinen Kollegen kann ich es nur ans Herz legen. Guten Appetit!



Foto: Privat

Dr. Robi Friedman

arbeitet als Klinischer Psychologe, Gruppenanalytiker und Supervisor in Haifa, Israel. Er lehrt u.a. an der Universität Haifa,

ist Präsident der Group Analytic Society International (GASI) in London, Co-Chair der IDI (International Dialogue Initiative) und Mitbegründer des Israel Institute of Group Analysis. Seine letzte Publikation: „Die Gruppe in der Soldaten-Matrix“ (2015).



Mit kleinen Schritten zu großer Hilfe

Viele Kriegsflüchtlinge haben Schreckliches erlebt.
In einer Darmstädter Erstaufnahmeeinrichtung läuft seit Jahresbeginn
ein Pilotprojekt, das diesen traumatisierten Menschen hilft –
„STEP-BY-STEP“

Von **Marianne Leuzinger-Bohleber, Nora Hettich, Mariam Tahiri**

Wer aus seiner alten Heimat flieht, weil dort unerträgliche Zustände herrschen, hat die Hoffnung auf ein besseres, sicheres (Über-)Leben noch nicht aufgegeben. Das ist zunächst einmal gut. Doch neben diesem positiven Aspekt sind es vor allem Verlust-erfahrungen, die Migration und Flucht prägen. Dazu zählen der Verlust von nahen Bezugspersonen, von Heimat, von vertrauten Menschen und oft auch vom Gefühl der Zugehörigkeit, von vertrauten Alltagsstrukturen und selbstverständlichen Lebensentwürfen.

Eine Erstaufnahmeeinrichtung wie das „Michaelis Dorf“ in Darmstadt bietet den Menschen idealerweise erste Sicherheit und Schutz. Gleichwohl muss dem Gefühl der Entwurzelung, der Verlorenheit und Einsamkeit, der Unsicherheit und Fremdheit aktiv entgegengewirkt werden. Daher sind Alltagsstrukturen, Kontakt und Beziehungen sowie sinnstiftende Alltagsangebote für die geflüchteten Menschen entscheidend: Wie in einem Dorf kann bestenfalls ein erstes Gefühl der Gemeinschaft, des „Willkommen-seins“ entstehen, was sich – wie

viele Studien zeigen – entscheidend auf die spätere Integrationsbereitschaft der Flüchtlinge auswirkt.

Experten rechnen damit, dass 60 bis 80 Prozent der Flüchtlinge aus Syrien⁽¹⁾ und Afrika schwere Traumatisierungen erlebt haben. Traumatisierungen sind Erfahrungen, in denen Menschen extremen Gefühlen von Verzweiflung, Ohnmacht und Hilflosigkeit ausgesetzt sind, meist verbunden mit Todesangst. Zudem bricht das Vertrauen in ein helfendes Gegenüber und ein aktives Selbst zusammen. Daher reagieren

Traumatisierte auf Migrationserlebnisse und auf erneute Erfahrungen von Passivität und Ohnmacht besonders verletzlich. Viele Studien zeigen, wie wichtig es ist, traumatisierten Menschen möglichst bald Hilfe anzubieten, um Langzeitfolgen für sie und die nachkommenden Generationen zu mildern (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber & Lebiger-Vogel 2016).

Aus diesem Grund wurde das Pilotprojekt „STEP-BY-STEP“ ins Leben gerufen. Nach einer Erprobungsphase im Dezember 2015 und Januar 2016 startete das Projekt „zur Unterstützung von Geflüchteten in der Erstaufnahmeeinrichtung Michaelis Dorf in Darmstadt“ am 1. Februar offiziell. STEP-BY-STEP versucht das Team im Michaelis Dorf mit einer Vielzahl von Angeboten dabei zu unterstützen, stabile Alltagsstrukturen anzubieten, die den Flüchtlingen sichere Orientierungen, einen ersten Halt und verlässliche Beziehungserfahrungen bieten, um Gewalt, Desintegration und Re-Traumatisierungen entgegenzuwirken. Auf diese Weise soll jeder Flüchtling (jeden Alters) pro Tag ein circa zweistündiges Angebot erhalten, in dem er aktiv gefördert wird („etwas bekommt“) und weitere zwei Stunden eine Eigenaktivität entfalten kann, indem er persönlich eine Tätigkeit für das Dorf ausführt („etwas gibt“).

Wichtig ist, dass das Betreuungsteam vor Ort möglichst bald den Neuankommenden vermittelt, wie wichtig für die psychische und psychosoziale Befindlichkeit und die spätere Integration eine aktive Gestaltung der „Dorfgemeinschaft“ ist – auch wenn die Flüchtlinge nicht lange in der Ersteinrichtung bleiben möchten bzw. sollten. In diesem Sinne sehen wir es als große Leistung an, dass das Team vor Ort innerhalb weniger Wochen für alle Altersgruppen im Dorf mindestens einmal wöchentlich einen Sprachkurs sowie einen täglichen Kindergarten durch ehrenamtliche Helfer organisiert hat. Die folgenden Angebote – „FIRST STEPS“ genannt – ergänzen die schon entwickelten. Sie werden von den Projektleiterinnen, erfahrenen und jüngeren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Sigmund-Freud-Instituts (SFI) (Leitung: Marianne Leuzinger-Bohleber) sowie Wissenschaftlerinnen und Studierenden der Goethe-Universität Frankfurt

Einmal traumatisierte Menschen reagieren auf wiederholte Erfahrungen von Ohnmacht und Passivität besonders verletzlich

(Leitung: Sabine Andresen) in enger Kooperation mit den Fachkräften und den ehrenamtlichen Helfern im Dorf realisiert.

Es handelt sich durchweg um niedrigschwellige Angebote zur Betreuung, Beratung und Bildung von Kindern, Jugendlichen und Familien im Michaelis Dorf. Einige sollen – im Sinne weiterer Schritte einer begonnenen Integration – fortgesetzt werden können, wenn die Flüchtlinge das Dorf verlassen und in der Umgebung einen bleibenden Aufenthalt finden.

STEP-BY-STEP besteht aus folgenden wöchentlichen Angeboten:

Abklärungen und Kriseninterventionen für traumatisierte Flüchtlinge im Rahmen der therapeutischen/psychosomatischen Sprechstunde durch erfahrene Traumatherapeuten im Michaelis Dorf: Medizinische/zahnärztliche Sprechstunden sowie die Beratungszeiten von Pro Familia werden durch (niedrigschwellige) therapeutische/psychosomatische Sprechstunden ergänzt. Erfahrene Mitarbeiter des SFI bieten eine mehrstündige Sprechstunde pro Woche an – als Ergänzung zu den bereits bestehenden Beratungsangeboten von Pro Familia, des medizinischen und des sozialen Teams vor Ort. Im Sinne von FIRST STEPS werden besonders vulnerablen Familien Kriseninterventionen schon im Michaelis Dorf angeboten. Nach dem Transfer im Raum Darmstadt und Frankfurt werden die Familien – im Sinne von SECOND STEPS – weiter psychosozial, psychiatrisch und psychotherapeutisch begleitet.

Supervision für das Betreuerteam im Michaelis Dorf: Die konkrete Arbeit mit den Flüchtlingen sowie die sich ständig

ändernde institutionelle Situation bringen die Mitglieder des Sozial- und des medizinischen Teams an die persönlichen Belastungsgrenzen. Regelmäßige Supervision für das gesamte Team erweist sich als ausgesprochen hilfreich, um der drohenden Überforderung entgegenzuwirken. Zudem ergänzen wöchentliche Fallbesprechungen diese Supervisionen, um den professionellen Informationsfluss unter allen Beteiligten zu verbessern.

FIRST-STEPS-Gruppen für Schwangere und Frauen mit Babys/Kleinkindern: Für Schwangere und Mütter mit Kleinkindern werden zweistündige Gruppen angeboten, in denen aktuelle Themen der frühen Elternschaft unter Migrationsbedingungen besprochen sowie Mutter-Kind-Interaktionen professionell und kultursensitiv gefördert werden. Geeignete Frauen aus dem Kreis der Flüchtlinge werden motiviert, als „Co-Betreuerinnen“ an den Gruppen teilzunehmen („etwas geben“).

Mal- und Bastelkreise für Kinder: Erfahrene Kindertherapeuten besuchen Kindergärten und Sprachgruppen zur Früherkennung von möglichem Förderungsbedarf. Schwer traumatisierten Kindern wird wöchentlich eine Malgruppe angeboten, in der sie ihre erlebten belastenden bzw. traumatischen Erfahrungen gestalten und dadurch den professionell geschulten Mitarbeiterinnen mitteilen können. Viele Studien zeigen, dass es für die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen hilfreich ist, wenn die Kinder mit dem Erlebten nicht allein bleiben, sondern in einem geschützten Rahmen dosiert davon erzählen können. Aus der Gruppe der geflüchteten Frauen werden „Co-Leiterinnen“ gesucht, die die Malarbeit unterstützen und eventuell dolmetschen etc. („etwas geben“).

Abendprogramme für Erwachsene: SFI-Mitarbeiter sowie niedergelassene Therapeuten bieten zusammen mit Mitarbeitern des Michaelis Dorfes Gruppen mit unterschiedlichen Themen an (beispielsweise zu Ernährungsfragen, Schlafproblemen, Wertesystemen, Erziehungsstil und Bildungssystem in Deutschland sowie Frauenrollen). Dabei können verschiedene Hilfsmittel wie

Filme oder Fotomaterialien benutzt werden. Es wird versucht, durch Fortbildungsangebote Vertrauen zu schaffen, damit sich – im besten Falle – „Tür-und-Angel-Gespräche“ bis hin zum Sprechen über Gewalt zwischen verschiedenen Gruppen von Flüchtlingen, aber auch von Kindern entwickeln können.

Getrennt voneinander stattfindende Jugendtreffs für Mädchen und Jungen: Dabei handelt es sich um freizeitorientierte Treffen, die insbesondere auf die Interessenlage der Jugendlichen eingehen sollen. Zusätzliche Angebote können je nachdem auch für besonders belastete Jugendliche bereitgestellt werden. Neben Studierenden der Universität Frankfurt und einem Mitarbeiter des SFI helfen auch geeignete Väter und Mütter im Dorf bei der Gestaltung der Angebote.

Kindergruppen und Gestaltung von „Child Friendly Spaces“ durch das Team der Goethe-Universität: Die Angebote für Kinder zwischen fünf und zwölf Jahren orientieren sich an den international erprobten Leitlinien zur Gestaltung und Etablierung sogenannter Child Friendly Spaces (CFS) und verschränken diese mit den Prinzipien der sozialpädagogischen Kinder- und Jugendarbeit und der langen Tradition der aufsuchenden Sozialarbeit. Kinder haben ein „Recht auf den heutigen Tag“ und benötigen von Anfang an anregende Angebote, zugewandte Erwachsene und sichere Räume. Die Angebote orientieren sich erstens an den Bedürfnissen und Interessen der Kinder (Partizipation), zweitens sind sie integrierend, und drittens bieten sie vielfältige Lernmöglichkeiten.

Patenschaften durch Studierende der Evangelischen Fachhochschule, Darmstadt: Die Weiterbetreuung der Familien, die im Konzept STEP-BY-STEP vorgesehen ist, hat sich schon in den ersten Wochen der Durchführung als entscheidend erwiesen. Besonders die traumatisierten Familien sehnen sich nach dem sogenannten Transfer von der Erstaufnahmeeinrichtung in langfristige Unterkünfte. Im Michaelis Dorf lebt oft die gesamte Familie (bis zu acht Familienmitglieder) in einem Zimmer.

Die Erfahrung, nicht nur Hilfe zu erhalten, sondern auch anderen aktiv helfen zu können, ist für geflüchtete Menschen besonders wichtig

Nach dem Transfer – zum Beispiel in die Jefferson-Siedlung, ein ehemaliges Kasernenareal der US-Armee – verfügen die Familien über ihre eigenen Wohnungen oder großzügige Anteile einer Wohnung.

Allerdings folgt nun eine weitere Periode der Unsicherheit und des Wartens, bis das Asylverfahren eingeleitet bzw. überprüft wird. Gerade für die traumatisierten Familien bedeutet dies eine erneute schwere Belastung. Sie werden wieder in eine passive Haltung des Wartens gezwungen, können nicht arbeiten oder Kurse bzw. Schulen besuchen und haben daher oft wochenlang kaum etwas zu tun. Deshalb versucht STEP-BY-STEP, die Betroffenen weiter zu betreuen, indem das Programm erwachsene und studentische² Patenschaften vermittelt, die die Familien in der Wartezeit begleiten. In diesem Rahmen können sie die Warten mit Darmstadt bekannt machen und ihnen gemeinsam mit den Sozialarbeitern vor Ort bei administrativen Aufgaben und medizinischer Versorgung helfen und sie motivieren, Deutsch zu lernen. Zudem werden einzelne Kinder und Jugendliche wöchentlich betreut, um sie sowohl sprachlich zu fördern als auch sozialpädagogisch und kulturell auf den Schulbesuch und ein Leben in Deutschland vorzubereiten.

Zum Stand des Projekts: STEP-BY-STEP wurde sowohl von den Geflüchteten als auch von den professionellen und ehrenamtlichen Teams im Michaelis Dorf gut angenommen, wobei einzelne Angebote modifiziert werden mussten. Der Alltag in der Erstaufnahmeeinrichtung ist strukturierter und übersichtlicher geworden, die Atmosphäre des Dorfes freundlicher, entspannter und ruhiger.

Zusammen mit dem Sozialministerium wurde eine formative Evaluation nach sechs Monaten und nach zwölf Monaten nach Projektbeginn geplant. Im ersten Zwischenbericht wurde im Juli 2016 erörtert, welche Angebote von STEP-BY-STEP sich als produktiv erwiesen haben. Vor allem die gezielte Nutzung von Expertenwissen in den lokalen Netzwerken (Psychotherapeuten, Mediziner, Sozialarbeiter) und die enge Zusammenarbeit mit den professionellen und ehrenamtlichen Teams sowie das skizzierte Prinzip des „Gebens und Nehmens“ können gut auf andere Standorte übertragen werden.

Schließlich hat sich die Möglichkeit ergeben, in Kooperation mit dem SOEP (Sozio-oekonomisches Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung in Berlin) die Integration der Familien der Geflüchteten längerfristig zu verfolgen – unseres Erachtens nach eine einmalige Chance, um wichtige Erkenntnisse über die Kurz- und Langzeitwirkung der Erstaufnahme von Geflüchteten in Deutschland zu gewinnen.

Literaturhinweise sind bei den Autoren erhältlich: M.Leuzinger-Bohleber@sigmund-freud-institut.de

1) Die Zahlen schwanken und beruhen auf unterschiedlichen Studien bzw. Praxiserfahrungen. Wir beziehen uns hier auf die Studien des Traumazentrums in Oslo, in dem Flüchtlinge aus Krisengebieten jahrzehntelang behandelt wurden (vgl. u.a. Varvin, 2003).

2) Diese Patenschaften werden von der Evangelischen Fachhochschule (Prof. M. Günther) betreut und von der Ursula Ströher Stiftung finanziell unterstützt.



Foto: Privat

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber

ist em. Professorin für Psychoanalytische Psychologie an der Universität Kassel und leitet als

Geschäftsführende Direktorin am Sigmund-Freud-Institut den Schwerpunkt „Grundlagenforschung und klinische Psychoanalyse“. Die gebürtige Schweizerin ist verantwortlich für einige große Forschungsprojekte im Bereich der Psychotherapieforschung (LAC Depressionsstudie) und der Frühprävention.



Wenn der Auftragsmörder vor der Tür steht

In Guatemala gehören Gewalt und Folter längst zum Alltag. Menschen, die dort mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, gehen selbst ein hohes Risiko ein. Aber wer hilft den Helfern?

Von **Elisabeth Rohr**

An den Anfang meiner Überlegungen möchte ich einen guatemaltekischen Witz stellen – auch wenn dies für einen wissenschaftlich angehauchten Artikel erklärungsbedürftig sein dürfte. Dabei nimmt der Witz schon in Sigmund Freuds Werk einen bemerkenswerten und herausragenden Stellenwert ein. Freud geht es darum aufzuzeigen, dass im Witz das Unbewusste aufblitzt; der Witz ist darauf

angelegt, Konflikte zu vermeiden und einen Lustgewinn zu erzielen. Dieser Lustgewinn resultiert aus einer kurzzeitigen Lockerung der Verdrängung, sodass der Witz bei einer gleichzeitigen Solidarisierung mit Gleichgesinnten eine Wirkung zu entfalten vermag, die sich gegen Herrschende, aber auch gegen Andersdenkende richtet. Bei manchen Witzen muss Freud aber gar nicht erst

bemüht werden, um den unbewussten Sinngehalt zu entschlüsseln. Er offenbart sich unmittelbar und unverhüllt – wie bei diesem Witz aus Guatemala:

Ein Mann stirbt und kommt in die Hölle. Dort entdeckt er, dass jedes Land seine eigene Hölle hat. Zunächst geht er zur deutschen Hölle und fragt: „Was stellst man hier mit dir an?“ Die Antwort: „Zunächst setzt man dich vor ein gleißendes Licht, danach für eine

Stunde auf einen elektrischen Stuhl, danach legt man dich auf ein Bett aus eisernen Nägeln, und schließlich kommt der Teufel und prügelt auf dich ein.“ Der Mann findet – Überraschung! – keinen Gefallen daran und macht sich auf den Weg, nach den anderen Höllen zu schauen. Als bald kommt er zur amerikanischen Hölle, dann zur russischen Hölle und muss feststellen, dass überall das Gleiche geboten wird. Dann aber bemerkt er, dass vor der guatemaltekischen Hölle eine lange Schlange von Menschen steht, die dort hineindrängen. Neugierig nähert er sich und fragt den Letzten in der Warteschlange: „Was geschieht hier mit dir?“ – „Nun“, erwidert dieser, „hier setzt man dich vor eine gleißende Lampe, danach für eine Stunde auf einen elektrischen Stuhl, danach legt man dich auf ein Bett aus eisernen Nägeln, und schließlich kommt der Teufel und prügelt auf dich ein.“ – „Aber das ist doch das Gleiche, was auch in den anderen Höllen geschieht“, entgegnet der Mann verständnislos. „Warum wollen so viele ausgerechnet hier hinein?“ – „Nun“, sagt der Befragte, „hier ist die Lampe kaputt, der elektrische Stuhl funktioniert nicht, vom Bett wurden die Nägel geklaut, und der Teufel kommt, unterschreibt und geht.“

Unabhängig davon, dass die guatemaltekische Realität hier präzise auf den Punkt gebracht und Guatemala treffend als „failed state“ beschrieben wird, erstaunt es doch zu hören, mit welcher Nonchalance – oder sollte man sagen: mit welcher unverhohlener Lust – hier Gewalt und Folter als Karikatur beschrieben werden. Dies ist aber alles andere als ungewöhnlich für ein Land, das erst 1996 – nach einem 36 Jahre währenden bewaffneten Konflikt – einen eher unfreiwilligen und durch internationalen Druck aufgezwungenen Frieden gefunden hat. Aufgelöst hat sich die kriegsartige Gewalt jedoch keineswegs, sondern nur verlagert: auf die Straßen und in die Familien hinein.

Gewalt hat die guatemaltekische Gesellschaft dermaßen infiziert, dass ihr im Alltag mit Gleichgültigkeit und einer Enttabuisierung von Gewaltakten begegnet wird: Lebende oder tote Opfer von Verkehrsunfällen werden regelmäßig noch an der Unglücksstelle ausgeraubt. Dabei

Sich schwach und verängstigt zu zeigen gilt in Guatemala als gesellschaftliches Tabu. Die psychotherapeutische Betreuung erschwert das ungemein

handelt es sich jedoch nicht um eine guatemaltekische Besonderheit – auch in anderen Ländern Südamerikas ist diese Praxis weit verbreitet. Die Interamerikanische Kommission für Menschenrechte hat jüngst festgestellt, dass Guatemala mittlerweile auf Rang sechs der zehn gewalttätigsten Länder der Welt aufgestiegen ist. Das deutsche Auswärtige Amt warnt deshalb auf seiner Webseite: „Das guatemaltekische Justizsystem befindet sich in einem desolaten Zustand ... Willkürliche Maßnahmen der Justiz unter Missachtung fundamentaler Verfahrensrechte durch Gerichte, Strafverfolgungsbehörden und Polizei sind möglich ...“

Psychosoziale Fortbildungen und Supervision unter solchen gesellschaftlichen Bedingungen durchzuführen heißt deshalb, häufig auf Gewaltverhältnisse zu stoßen, die unveränderbar, kaum verstehbar und erst recht nicht auflösbar sind und deshalb Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle hervorrufen. Lässt sich also unter solchen Bedingungen überhaupt mit einem therapeutischen oder supervisorischen Instrumentarium arbeiten, das ja gerade auf der Bereitstellung von sicheren und geschützten Räumen, auf Verlässlichkeit und der Bereitschaft zu Reflexion und kritischer Introspektion beruht?

„Was passiert also mit Beratungsformen, die auf individueller Verantwortung, Autonomie und Vertraulichkeit beruhen, wenn der Kontext von Autoritarismus, starren Hierarchien und Gewalt geprägt ist? Was passiert, wenn das Individuum glaubt, keine andere Wahl zu haben, als sich auf-

grund konkreter oder eingebildeter Ängste der Macht zu unterwerfen und die Konflikte lieber zu verdrängen? Und was geschieht, wenn die Gesellschaft und soziale Institutionen und nicht zuletzt alle Arbeitsverhältnisse auf internalisierten Formen sozialer Repression beruhen, die den Gefügigen für seine Unterwerfung belohnen und den kritischen, selbstständig Denkenden bestrafen oder gar kriminalisieren?“ (Vilma Duque 2013)

Meine eigenen langjährigen Arbeitserfahrungen in Guatemala haben mir gezeigt, dass es sehr lange dauert, bis Vertrauen entsteht – und dass es auch dann noch viel Zeit, Verlässlichkeit und Empathie braucht, bis tief liegende Ängste so weit überwunden werden können, dass über Gewalterfahrungen gesprochen und die wahrhaft anomischen, sozialen Zustände in Organisationen besprochen werden können. Dabei ist es bei Weitem nicht nur die Angst, die Hemmungen erzeugt, sondern auch die Scham, sich schwach und verängstigt zu zeigen: Nur wer sich stark und unangreifbar zeigt, genießt soziales Ansehen und Respekt. Unter diesen Bedingungen arten supervisorische Fallbesprechungen regelmäßig zu einem Risiko und einem Abenteuer mit ungewissem Ausgang aus. Den Beteiligten kostet es große Überwindung, Gefühle zu zeigen, Schwächen und Fehler zuzugeben. Das Empfinden von Verletzlichkeit allein wird oft schon als Form des Scheiterns erlebt.

Ein Fallbeispiel aus einem mit meiner guatemaltekischen Kollegin durchgeführten Workshop „Supervision für Supervisoren“ mag dies verdeutlichen: Eine junge Frau arbeitet in einem Hochrisiko-Stadtviertel, das von jugendkriminellen Banden, in Zentralamerika „Maras“ genannt, terrorisiert wird. Sie arbeitet im Auftrag einer internationalen Organisation und bietet Beratung für Kinder und Jugendliche an, wird aber auch in Notfällen von pädagogischen oder sozialen Einrichtungen angerufen, um vor Ort zu intervenieren. Sie eröffnet die Fallbesprechung in der Supervisionsgruppe mit der Bemerkung, dass sie keinen Fall hat, sondern dass sie selbst der Fall sei. Es gehe um eine Ge-

schichte, die ihr so viel Angst einflößt, dass sie nicht mehr weiß, wie sie ihre Angst noch bändigen kann. Dabei macht ihr die Arbeit durchaus Spaß, wie sie betont. Sie hat ein großes und schön eingerichtetes Büro mit Blick auf einen grünen Innenhof, ein gesondertes Besprechungszimmer, dazu eine Spielecke für Kinder. Auf all diese Errungenschaften ist sie stolz – und auch auf ihre Arbeit. Allerdings war es jüngst zu einem Zwischenfall gekommen, bei dem mehrere Jugendliche und ein Kind einer Familie getötet wurden. Die Presse berichtete tagelang von dieser Tragödie. In welchem konkreten Zusammenhang diese Morde mit den Maras und deren verbrecherischen Umtrieben standen, blieb unklar. Dass es eine Verbindung gab, war aber klar.

Wenige Tage nach den Morden erschienen Verwandte der Ermordeten in der Beratungsstelle und suchten Trost und einen geschützten Raum, um über ihre Trauer und ihre Ängste zu sprechen. Kurz darauf erschienen weitere Jugendliche in der Beratungsstelle und wollten ebenfalls mit dieser Beraterin sprechen. Dieses Mal aber, so stellte sich heraus, handelte es sich um die Auftragsmörder höchstpersönlich. Es blieb unklar, ob sie gekommen waren, um die Beraterin einzuschüchtern und ihr klarzumachen, dass sie ihr Wissen für sich zu behalten habe, oder ob sie wissen wollten, was die anderen Jugendlichen ihr erzählt hatten, oder ob sie selbst einen Ausweg aus ihrem Dilemma suchten und über ihre Tat sprechen wollten. All dies wurde mit großer Selbstverständlichkeit, frei und fließend erzählt, obwohl sich in der Gruppe eine spürbare Unruhe breitmachte und alle nach Beendigung der Erzählung ein großes Bedürfnis hatten zu reden.

Da ich den Überblick über die involvierten Personen in diesem Drama verloren hatte, bat ich die Falleinbringerin, ein Schema aufzumalen, sodass die einzelnen Personen und ihre jeweiligen Verbindungen sichtbar würden. Sie fing an, die Personen aufzumalen, hörte dann jedoch plötzlich auf, schrieb schräg unter ihre Aufzeichnungen in Großbuchstaben „MIEDO“ (Angst) und „TERROR“ und

In einem Krisenstaat fehlt die wichtigste Voraussetzung für therapeutische und supervisorische Arbeit: das Gefühl von Sicherheit

nahm wieder auf ihrem Stuhl Platz. Mehr zu sagen sei zu gefährlich, mehr könne sie unter keinen Umständen preisgeben, betonte sie. Ich beruhigte sie und sagte ihr, dass sie keine Namen und keine Orte genannt hatte, allerdings kannten alle in der Gruppe den Fall, da tagelang darüber in den örtlichen Zeitungen berichtet worden war. Es wurden viele Vorschläge geäußert, mehr oder minder gut gemeinte Ratschläge: Sie könnte ihre Beratungstätigkeit aufgeben und an einen anderen Ort ziehen, sich stärker in ihrem Team abstimmen und Sicherheitsvorkehrungen treffen. All diese Ratschläge waren jedoch nicht sehr hilfreich und wurden dementsprechend von der Falleinbringerin abgelehnt.

Ich selbst fühlte mich überwältigt von dieser Geschichte und war kaum in der Lage, klar zu denken. Doch dann fiel mir das Wort „MIEDO“ wieder ins Auge. Da setzte ich nun an. In dieser Situation schien es mir die einzig mögliche supervisorische Reflexion. Ich nahm die Angst als Ausgangspunkt, erinnerte an das Konzept der Gegenübertragung und verwies darauf, dass diese Angst, von der sie sprach, durchaus ihre eigene Angst sei und dies auch eine adäquate und angemessene Reaktion auf die von ihr geschilderte Situation sei, die ja von vielen Morden handelte. Gleichzeitig aber könnte diese große Angst auch als ein Echo der Angst der zu ihr in die Beratung kommenden jungen Menschen verstanden werden. Die Falleinbringerin spürte deren Ängste so sehr, hatte sich so sehr mit ihnen infiziert, dass sie glaubte, es handle sich um ihre eigene Angst.

Zwischenzeitlich hatte sie ein Ringbuch aus der Tasche gezogen und schrieb eifrig

mit, was ich sagte. Mit großer Erleichterung ließ sie sich danach zurück in ihren Stuhl fallen und wiederholte immer wieder diese Erkenntnis: „Ja, es ist auch ihre Angst, die ich spüre und die ich von meiner Angst nicht mehr unterscheiden kann.“ Voller Energie setzte sie sich dann kerzengerade in ihrem Stuhl auf, bedankte sich bei der Gruppe und mir und meinte, jetzt könne sie weiterarbeiten. Zwar spüre sie noch Angst, aber nicht mehr so viel – und damit könne sie umgehen.

Den Fall hatten wir nicht gelöst, das verboten die Umstände, da es galt, die Falleinbringerin zu schützen. Aber wir konnten zumindest erreichen, dass sie – unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen – wieder handlungsfähig wurde. Bedenkt man, dass es uns nicht möglich war, das professionelle Repertoire einer gruppenanalytischen Supervision vollständig zu nutzen, ist das keine geringe Leistung. Der Drang zur Perfektion ist an dieser Stelle eben nicht angebracht: Vielmehr heißt es, unter diesen schwierigen Bedingungen eine hinreichend gute Arbeit zu leisten und zu akzeptieren, dass wir mit unseren professionellen Möglichkeiten reale Gewaltverhältnisse nicht außer Kraft setzen können. Dies bedeutet aber nicht, vollkommen hilflos zu sein. Denn als Supervisorin bin ich immer auch Zeugin dessen, was ich höre und worüber gesprochen wird. Es ist diese emotionale Präsenz als Zeugin, die Resonanz erzeugt und damit containing bietet.



Foto: Privat

Prof. Dr. Elisabeth Rohr

ist em. Professorin für Interkulturelle Erziehung an der Philipps-Universität Marburg, Gruppenlehranalytikerin (IGA Heidelberg und D3G) und Supervisorin in eigener Praxis. Sie engagiert sich seit Langem im Friedens- und Versöhnungsprozess in Guatemala, bildet dort Menschenrechtsaktivisten aus und forscht zu den Themen Migration, Supervision und Mediation.



Die Geister der Flucht vertreiben

Geflüchtete Kinder und Jugendliche kommen oft allein und schwer traumatisiert in Deutschland an. Aber wie behandelt man Menschen, deren Vergangenheit im Dunkeln liegt und deren Sprache man nicht kennt? Ein Erfahrungsbericht aus der Hamburger Flüchtlingsambulanz

Von **Areej Zindler** und **Franka Metzner**

Jeder dritte Geflüchtete, der in Deutschland einen Asylantrag stellt, ist unter 18 Jahre alt; jeder Zehnte der Minderjährigen kommt unbegleitet ohne erwachsene Bezugspersonen in Deutschland an oder wird nach der Ankunft von den erwachsenen Bezugspersonen allein zurückgelassen (BAMF 2016). Viele minderjährige Flüchtlinge erleben in der Heimat und während der Flucht eine große Anzahl und Bandbreite an traumatischen Erfahrungen; besonders die unbegleiteten Minderjährigen sind von brutalen Erlebnissen betroffen (Metzner et al. 2016). Körperliche Gewalt haben laut Studien in Deutschland 14 bis 78 Prozent der minderjährigen Flüchtlinge erlebt (Metzner et al. 2016).

Das Risiko für psychische Erkrankungen ist bei den Jungen und Mädchen aufgrund der erlebten Traumata und der vielfältigen Belastungsfaktoren während des Asylverfahrens und des Integrationsprozesses sehr hoch (Witt et al. 2015). Besonders häufig erkranken die geflüchteten Kinder und Jugendlichen an der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder der Depression, häufig sind es aber auch Angststörungen, Substanzmissbrauch oder komplexe Traumafolgestörungen mit weitreichender Symptomatik, bei der die Emotionsregulation, Selbstwahrnehmung und Beziehungsfähigkeit beeinträchtigt sind. Empirische Untersuchungen zeigen für in Deutschland lebende minderjährige

Geflüchtete PTBS-Prävalenzen zwischen 14 und 60 Prozent (Metzner & Mogk 2016).

Es ist davon auszugehen, dass viele der jungen Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, hier bleiben werden. Eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe liegt daher darin, die Integration der Schutzsuchenden Kinder und Jugendlichen aktiv zu unterstützen. Einen wesentlichen Beitrag zur Integration leistet dabei eine zeitnahe und angemessene Behandlung der traumatisierten Minderjährigen. Aufgrund von organisatorischen Hürden und der in Deutschland bisher nicht geregelten Finanzierung von Dolmetschern werden psychisch erkrankte Flüchtlingskinder vor allem in psychosozialen Spezialambulan-

zen für Flüchtlinge und Folteropfer behandelt.

Die Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) bietet in Kooperation mit der Stiftung Children for Tomorrow von Stefanie Graf seit 1998 Psychotherapie, Kunst- bzw. Musiktherapie und Sozialberatung für minderjährige Geflüchtete aus allen Krisenländern der Welt an und versorgt in Hamburg pro Quartal etwa 300 psychisch belastete Mädchen und Jungen nach ihrer Flucht. In der Flüchtlingsambulanz arbeitet aktuell ein multilinguales sowie interdisziplinäres Team bestehend aus einem Assistenzarzt, drei approbierten Verhaltenstherapeutinnen, zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Ausbildung, einer Kunsttherapeutin, einer Musiktherapeutin sowie zwei Sozialpädagoginnen mit einem psychosozialen bzw. bildungsorientierten Schwerpunkt. Die psychiatrische Versorgung und fachliche Leitung trägt eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Alle Mitarbeiter verfügen über eine fundierte klinische Ausbildung sowie über traumaspezifische Weiterbildungen. In der Arbeit mit den geflüchteten Kindern und Jugendlichen stoßen die Therapeuten aufgrund der wenig vorhersehbaren Lebenswirklichkeit von Geflüchteten mit dem in der Ausbildung gelernten bzw. manualorientierten therapeutischen Vorgehen zum Teil an ihre Grenzen.

Ein Großteil der jungen Flüchtlinge stammt aus patriarchalisch und muslimisch geprägten Herkunftsländern, sodass die Behandler in der Therapie oft mit vermeintlich fremden Lebenswelten und Weltbildern konfrontiert sind. Unsicherheit in der Therapie bringt auch, dass begleitete und unbegleitete Kinder und Jugendliche kurzfristig bundesweit umverteilt bzw. durch das Dublin-Verfahren ins europäische Ausland oder ins Herkunftsland abgeschoben werden können. Die Kinder und Jugendlichen, die bei uns in der Flüchtlingsambulanz behandelt werden, sind außerdem häufig massiven Stressfaktoren ausgesetzt, die sich signifikant auf die Entwicklung auswirken können. Viele der Patienten stammen aus Kriegs- und Krisenregionen, in denen sie politische Verfolgung erlebt haben. Ihnen wurde die Entwick-

Unsere Gesellschaft erwartet von jungen Geflüchteten, sich möglichst schnell zu integrieren. Diese Erwartungshaltung ist für eine gelungene Integration allerdings eher hinderlich

lung eines eigenständigen Denkens verwehrt, und die notdürftigen Voraussetzungen für eine altersgerechte Entwicklung wurden ihnen zumeist vorenthalten.

Die stark belasteten Kinder und Jugendlichen können sich häufig aber nur dann auf eine therapeutische Behandlung einlassen, wenn ein tragendes Gerüst aus Jugendhilfe, juristischer Unterstützung, bedarfsgerechter Unterbringung und Schule für sie installiert wurde. Das enge und professionsübergreifende Behandeln der Kinder und Jugendlichen ist ebenso notwendig wie ein großes Maß an Flexibilität innerhalb der Fachlichkeit der Behandler sowie an Kreativität.

Gelingt es, eine zeitnahe und adäquate psychotherapeutische Versorgung der seelischen Verletzungen von jungen Geflüchteten anzubieten, kann damit die Häufigkeit stationärer Aufnahmen der Kinder und Jugendlichen aufgrund von akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung reduziert werden. Viele der jungen Patienten leiden aufgrund der brutalen Erfahrungen, die sie erlebt haben, unter suizidalen Gedanken; einige von ihnen haben bereits einen oder mehrere Suizidversuche unternommen. Bei gut anschlagerender Behandlung dekompensieren die geflohenen Patienten weniger häufig und sind in Krisen auch ambulant stabilisierbar. Von den 300 im zweiten Quartal 2016 behandelten Patienten der Flüchtlingsambulanz mussten lediglich zwei Minderjährige aufgrund einer akuten Krise in die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen werden. Die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung der jungen Menschen ist also nicht nur aus finanzieller Sicht,

sondern auch angesichts der häufig durch Inhaftierung, Folter und Gefangenschaft geprägten Fluchtgeschichten der Patienten sinnvoll und vorteilhaft. Viele Patienten fühlen sich in engen, geschlossenen Räumen an traumatische Fluchtbedingungen wie an Verstecke auf der Fluchtroute erinnert, sodass der stationäre Aufenthalt häufig als Gefangenschaft erlebt wird, der die Patienten zunächst destabilisiert.

Die meisten minderjährigen Geflüchteten haben in ihrer Heimat oder während der Flucht zahlreiche interpersonelle Traumata erlebt. In ihrem meist jungen Alter wurden sie mit unvorstellbaren Grausamkeiten konfrontiert. Außerdem haben sie durch den Verlust liebevoller Bezugspersonen zahlreiche schmerzhaft Beziehungen abbrechen erlebt. Viele der jungen Patienten berichten von einer lebensgefährlichen Flucht ohne vertraute Bezugspersonen, denn häufig haben mitgeflohene Freunde oder Verwandte die gefährliche Flucht nicht überlebt. Nun im vermeintlich sicheren Deutschland angekommen, müssen sie sich neu orientieren. Sie müssen ihre durch Misstrauen geprägten Verhaltensmuster in zwischenmenschlichen Beziehungen, die während der Flucht lebensnotwendig waren, aufbrechen, um wieder Kontakt mit Gleichaltrigen, Familienmitgliedern, Lehrern oder Betreuern aufnehmen zu können.

Die Erwartung, die unsere Gesellschaft an die jungen Flüchtlinge hat – nämlich eine möglichst schnelle Integration –, ist für ebendiese eher hinderlich. Denn wir bedenken dabei nicht, dass sich die Minderjährigen, die Familienangehörige im Heimatland oder auf dem Fluchtweg zurückgelassen haben, in einem permanenten Zwiespalt zwischen dem Ankommen im Aufnahmeland und der emotionalen und oft auch finanziellen Verantwortung gegenüber den zurückgelassenen Menschen befinden. Diese Zerrissenheit beeinträchtigt ihre Bemühungen, sich zu integrieren. Viele Patienten leiden unter der Entwurzelung, Identitätslosigkeit und dem Gefühl, nicht zu wissen, wohin und zu wem sie gehören, und lösen diese Konflikte oft durch eine sehr starke und teilweise rigide Identifikation mit ihrer Herkunftskultur.

Das tonangebende Bindungsnarrativ bleibt in der Behandlung unbegleiteter Min-

derjähriger oft verborgen; entscheidende biografische bzw. wesentliche frühkindliche Entwicklungsphasen der Patienten können aufgrund fehlender Bezugspersonen nur erahnt werden. Ebenso fehlen aufschlussreiche fremdanamnestic Angaben über die ersten Bindungserfahrungen sowie Informationen darüber, inwieweit Grundbedürfnisse der Patienten erfüllt oder frustriert wurden. Ein Teil der Patienten kann sich zudem aufgrund von Gedächtnisstörungen – zum Beispiel als Symptom der PTBS – an Teile der traumatischen Erlebnisse nicht erinnern. Andere wurden vor oder während der Flucht von ihren Angehörigen über wichtige Entscheidungen in Unklarheit gelassen, sodass ihnen die Hintergründe für die Flucht, Fluchtwege oder für ihre unbegleitete Flucht ohne Eltern nicht bekannt sind. Einige Jugendliche machen auf Anraten von Menschenhändlern widersprüchliche Angaben zu ihrer Biografie, die für sie häufig sehr belastende Gefühle auslösen. In Einzelfällen nehmen die Behandler Kontakt zu Angehörigen auf oder begleiten die Suche nach Familienmitgliedern (beispielsweise über den Suchdienst des Deutschen Roten Kreuzes), um therapierelevante Wissenslücken füllen zu können.

In etwa 90 Prozent der Behandlungen in der Flüchtlingsambulanz werden zur sprachlichen Verständigung Dolmetscher eingesetzt. Psychotherapien sowie psychiatrische Beratungsgespräche, die ansonsten in einer privaten Atmosphäre unter vier Augen stattfinden, werden nun in einer triadischen Konstellation durchgeführt. Die Anforderung an die Behandler steigt durch den Einsatz von Dolmetschern deutlich an. Auch in der Triade muss die Rolle des Gesprächsleitenden Behandlers eingenommen und gewahrt werden. Um das Entstehen einer vertrauten Behandler-Patienten-Beziehung trotz Anwesenheit einer dritten Person zu erreichen, hat es sich als hilfreich erwiesen, den Patienten auch bei fehlender Sprachkompetenz kontinuierlich anzusprechen und anzusehen. Die aufgebaute Beziehung zum Patienten sollte nicht in Abhängigkeit zum Dolmetscher geraten. Übertragungsfallen oder Verwicklungen, die aufgrund der Zugehörigkeit zur gleichen Community entstehen können, sollten für alle Beteiligten trans-

Eine große Behandlungshürde stellt das fehlende Wissen über die Vergangenheit der jungen Geflüchteten dar. Der Behandler kann das tonangebende Bindungsnarrativ oftmals nur erraten

parent gemacht werden, weil sich kulturelle Herkunft und religiöse Zugehörigkeiten von Behandler, Dolmetscher und Patient innerhalb der Therapie hinderlich auswirken können. So können Patienten an Behandler, bei denen sie aufgrund der gleichen Muttersprache eine ähnliche kulturelle Herkunft vermuten, hohe Erwartungen oder unrealistische Forderungen richten. Diese können dazu führen, dass der Behandler in der Folge entweder als „Erlöser vom Elend“ idealisiert oder als „schlimmer als die Feinde“ empfunden wird. Wird während der Behandlung vom Therapeuten oder Dolmetscher in einer Sprache gesprochen, die auch in Ländern auf der Fluchtroute gehört wurde, können bei den Patienten unangenehme Erinnerungen an erlebte Gewalt in den Durchreiseländern getriggert werden. Häufig wurde dieses Antriggern traumatischer Erinnerungen bei Patienten aus Somalia durch die Konfrontation mit der arabischen Sprache beobachtet, wenn die Kinder und Jugendlichen während ihrer Flucht in Ländern wie Libyen durch arabisch sprechende Menschen misshandelt wurden.

Die aktuell nach Deutschland geflohenen Kinder und Jugendlichen nutzen häufig Sprachen wie Tigrinya, das überwiegend in Eritrea gesprochen wird, oder die kurdischen Dialekte Kurmandschi und Sorani, für die es in Deutschland nur sehr wenige qualifizierte Dolmetscher gibt. Diese Dolmetscher für besonders gefragte, aber seltene Sprachen sind für Patienten häufig in verschiedenen Institutionen und Settings (wie im Jugendamt, im Bundesamt für Migration und Flüchtlinge oder im Kontext therapeutischer bzw. medizinischer

Behandlungen) im Einsatz und dadurch in viele Lebensbereiche der Patienten involviert. Sie müssen in diesen Fällen die Gratwanderung zwischen persönlicher Betroffenheit und der beim professionellen Dolmetschen notwendigen Neutralität innerhalb der Therapie meistern. Die Auswahl geeigneter Dolmetscher geht daher weit über das Sicherstellen der nötigen sprachlichen Kompetenzen hinaus und ist von entscheidender Bedeutung für die Therapie.

Auf der Grundlage unserer Erfahrungen lassen sich folgende Empfehlungen für die Arbeit mit minderjährigen Geflüchteten ableiten: Wichtig für den Erfolg der Behandlung ist ...

- ... auf der gemeinsamen Behandlung in einem interdisziplinären Team zu bestehen,
- für den Erwerb und Einsatz interkultureller Kompetenzen durch die Behandler zu sorgen
- und die sorgfältige Auswahl und Supervision von Dolmetschern sicherzustellen.

Literaturhinweise sind bei den Autoren erhältlich:
a.zindler@uke.de



Foto: Privat

Dr. med. Areej Zindler ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Medizinerin wuchs in Nablus/Palästina auf und

arbeitet seit 2002 in der Flüchtlingsambulanz für Kinder und Jugendliche am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seit Januar 2016 hat sie dort die ärztliche Leitung inne.



Foto: Privat

Dipl.-Psych. Franka Metzner

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie des Univer-

sitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und Mitglied der Arbeitsgruppe Prävention und forscht zu den Auswirkungen traumatischer Erlebnisse von Flüchtlingskindern.

So fern und doch so nah

Über das Internet können Psychotherapeuten traumatisierte Menschen in Kriegsgebieten unterstützen, ohne ihr eigenes Leben aufs Spiel zu setzen

Von **Christine Knaevelsrud**

Die Auswirkungen von kriegs- und fluchtassoziierten Traumatisierungen sind weitreichend und führen sowohl zu somatischen als auch zu psychischen Erkrankungen. Zu den häufigsten psychischen Traumafolgestörungen gehören die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie die Depression. Auch wenn absolute Zahlen zu Erkrankungsraten in der derzeitigen Flüchtlingspopulation in Deutschland fehlen, lassen Schätzungen aus Meta-Analysen und aktuellen Erhebungen unter syrischen Flüchtlingen Prävalenzen von jeweils circa 30 Prozent für PTBS und Depressionen erwarten. Forschungsbelege legen nahe, dass ein erheblicher Anteil derjenigen, die an einer vergleichsweise geringen Symptomausprägung leiden, über einen gewissen Zeitraum spontan remittieren. Diese Rate fällt dagegen bei Menschen mit erhöhter Symptombelastung, wie es häufig nach chronischer und multipler Traumatisierung der Fall ist, sehr gering aus. In der Kohorte der kriegstraumatisierten Flüchtlinge stellen spezifische aufenthaltsrechtliche Stressfaktoren (unter anderem asylrechtliche Anhörungen, Dauer des Asylverfahrens) und der damit verbundene eingeschränkte Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zusätzliche Risikofaktoren für die Entwicklung somatischer und psychischer Erkrankungen dar. In empirischen Studien zeigt sich zugleich, dass das Erleben psychischer Beschwerden (unter anderem in Form von Schlaflosigkeit, Alpträumen, Konzentrationsschwierigkeiten

und Angstzuständen) mit einer erheblichen Funktionsbeeinträchtigung und in der Folge mit einer maßgeblich eingeschränkten gesellschaftlichen Partizipationskapazität einhergeht.

Die Versorgung und Integration von erwartungsgemäß mehreren Hunderttausend traumatisierten und psychisch belasteten Geflüchteten ist eine quer- und längsschnittliche Aufgabe, die der intensiven Zusammenarbeit und Abstimmung aller zentralen Funktionsträger des Gesundheitssystems bedarf. Es besteht bisher weitgehend Konsens darüber, dass bisherige konventionelle Versorgungsmodelle gestärkt und unterstützt werden müssen. Spezialisierte psychosoziale Zentren, in Deutschland in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BaFF) organisiert, benötigen dabei mehr Ressourcen, um als Versorgungs-, Referenz- und Koordinierungszentren agieren zu können. Für Psychotherapeuten, die sich bereit erklären, psychisch erkrankte Flüchtlinge zu behandeln, sollten Zulassungsverfahren vereinfacht und beschleunigt und formale Hürden (Erstattung, Übernahme von Dolmetscherkosten) so niedrig wie möglich gestaltet werden, damit die grundsätzliche Bereitschaft nicht bereits an den unwegsamen bürokratischen Hürden und sehr unsicheren Erstattungsperspektiven scheitert. So müsste die Übernahme der Dolmetscherkosten untrennbar mit dem Bewilligungsbescheid einer Psychotherapie verbunden

sein – unabhängig von dem letztendlichen Kostenträger. Gleichwohl wird es nicht gelingen, ausschließlich durch den Kapazitätsausbau des bisherigen Versorgungssystems zeitnah ausreichende und passgenaue Unterstützungsstrukturen bereitzustellen. Hier müssen ad hoc verschiedene gestufte Versorgungsmodelle erprobt werden, um komplementäre Lösungsansätze zu entwickeln.

Durch die geografische Unabhängigkeit internetbasierter Therapieangebote kann Patienten selbst in Krisengebieten und (Post-)Konfliktgebieten psychologische Unterstützung angeboten werden. Durch die zunehmende Verbreitung des Internets auch in Entwicklungsländern wird so ein einzigartiges Potenzial an Versorgungsmöglichkeiten im Bereich der humanitären Hilfe geschaffen. Bereits seit 2007 wird eine therapeutengestützte internetbasierte Intervention in arabischer Sprache über die virtuelle Plattform „Ilajnafsy“ angeboten. Die Behandlungsschwerpunkte sind bisher primär auf PTBS, komplizierte Trauer und Depression ausgerichtet. Durch das bestehende niedrighschwellige Behandlungsangebot kann jeder Betroffene, der über einen Internetanschluss verfügt, unmittelbar und unabhängig von seinem derzeitigen Aufenthaltsort psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen. Patienten können sich unter www.ilajnafsy.bzfo.de anmelden. Die multilinguale Webseite (Arabisch, Englisch, Deutsch) bietet Informationen über das Beschwerdebild der PTBS und der asso-

zierten Störungen, über den Behandlungsansatz und die potenziellen Behandlungsalternativen. Neben einer Oberfläche, die für alle Interessenten/Patienten einsehbar ist, bietet die Seite auch eine separate Möglichkeit zur Kommunikation zwischen Therapeuten und Supervisoren.

Die meisten Interessenten erfahren von Ilajnafsy über das Internet, ein erheblicher Anteil mittlerweile aber auch über persönliche Empfehlungen von ehemaligen Patienten. Die Behandlung wird von psychologisch ausgebildeten und spezifisch onlinetherapeutisch geschulten arabischsprachigen Beraterinnen und Beratern angeboten. Aktuell besteht das Behandlungsteam in Alexandria (Ägypten) und Berlin aus muttersprachlichen Beratern aus Syrien, Jordanien, Irak, Ägypten, dem Sudan und den palästinensischen Gebieten. Interessierte Patienten füllen den Screening-Fragebogen online aus. Das Screening besteht aus einem Fragebogenstandardisierter klinischer Messinstrumente der relevanten psychischen Störungen. In einem weiteren Schritt wird ein Termin für ein klinisches Interview vereinbart (telefonisch oder über ein Videokonferenzsystem), in dem die Symptomatik, aber auch das Funktionsniveau detaillierter abgeklärt wird. Um an dem Behandlungsprogramm teilnehmen zu können, müssen die Teilnehmer an entsprechender Psychopathologie leiden, über ausreichende Arabischkenntnisse verfügen und volljährig sein. Patienten werden gebeten, eine kurze Beschreibung des erlebten traumatischen Ereignisses zu geben.

Sind Patienten suizidal oder berichten über psychotisches Erleben und ausgeprägte dissoziative Tendenzen, bietet der Ilajnafsy-Ansatz keine ausreichende Unterstützung. In solchen Fällen wird versucht, den Betroffenen alternative Adressen und Kontaktstellen vor Ort zu vermitteln. Zeigen sich die Patienten als ausreichend stabil, erhalten sie ihr persönliches Passwort zum geschützten Behandlungsportal, über das die gesamte Kommunikation während der Behandlung stattfindet. Über einen Zeitraum von sechs Wochen schreiben die Teilnehmer insgesamt zehn 45-minütige Texte. Die Vorgabe des 45-minütigen Schreibfelders spiegelt eine Therapiesitzung wider,

Die Fortschritte in der Informations- und Kommunikationstechnologie eröffnen ein bisher kaum erschlossenes Potenzial zur Erweiterung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten

wobei die zeitliche Einhaltung der Selbstverantwortung der Patienten obliegt. Das Behandlungskonzept für die PTBS basiert auf dem niederländischen Interapy-Konzept und beinhaltet drei Phasen, bestehend aus Exposition, kognitiver Restrukturierung und Perspektiventwicklung. Je weils zu Beginn einer Behandlungsphase geben Patienten feste Termine für die Schreibsitzungen an. Dies kommt der ausgeprägten Vermeidungstendenz zuvor, die integraler Bestandteil der PTBS ist. Zusätzlich erlaubt dies den Therapeuten eine bessere Planbarkeit der therapeutischen Prozesse. Die Patienten erhalten innerhalb eines Werktags eine individuelle Rückmeldung von ihren Therapeuten.

Zum jetzigen Zeitpunkt wird diese Interventionsmöglichkeit ausschließlich für den Einsatz in Krisen- und Kriegsgebieten gefördert. Eine onlinevermittelte psychotherapeutisch geartete Versorgung von psychisch belasteten Menschen ist in Deutschland bisher berufsrechtlich unzureichend geklärt und sozialrechtlich nicht abgebildet. Dies steht im gravierenden Kontrast zu den steigenden Anfragen seitens geflüchteter Menschen in Deutschland, die sich an Ilajnafsy wenden.

Für die Versorgung von psychisch belasteten Flüchtlingen wäre ein gestuftes Verfahren notwendig, wobei hier die Aufrechterhaltung einer hohen Versorgungsqualität das Ziel sein sollte, gleichzeitig aber eine möglichst zeitnahe Ansprache und ein zeitnahe Versorgungsangebot geschaffen werden müssen. Dafür wäre ein System notwendig, das auf unterschiedlichen Interventionsebenen unter anderem

peer support, muttersprachliche und qualifizierte Paraprofessionelle, Hausärzte und Psychotherapeuten einbezieht. Hier bedarf es gründlicher Abstimmung, welche Aufgaben mit welchen professionellen Qualifikationen übernommen werden dürfen. Es bietet sich gerade hier an, bisher weniger genutzte Kommunikationswege (digitale Kommunikationsmedien) in die Gesundheitsversorgung zu integrieren. Dies gilt neben den interventionsbezogenen Angeboten auch für webbasierte Dolmetscher-Dienste, die es erlauben, bei Bedarf muttersprachliche Sprachmittler per Videokonferenz hinzuzuziehen.

Einschränkend muss jedoch betont werden, dass eine ausschließlich psychotherapeutische Intervention für die besonderen Bedürfnisse und Belange von psychisch kranken Flüchtlingen häufig nicht ausreichend ist. Die Versorgung dieser Population erfordert vielmehr ein multimodales Behandlungskonzept. Dies umfasst neben psychotherapeutischen Interventionen ebenso sozialarbeiterische Tätigkeiten, medizinische Versorgung sowie aufenthaltsrechtliche Beratung und bedarf gleichzeitig eines grundlegenden Wissens bezüglich interkultureller Aspekte, zum Beispiel hinsichtlich des Krankheits- und Bewältigungsverständnisses und der Therapieerwartung. Diese Angebote variieren in ihrer Intensität und Bedeutung je nach Bedürfnis und aktueller Situation des Patienten und machen ebenso deutlich, dass eine kontinuierliche Vernetzung unterschiedlicher Professionen unabdingbar in der Versorgung dieser Population ist.



Foto: Privat

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für klinisch-psychologische Intervention an der Freien Universität Berlin.

Für ihren Einsatz für die Versorgung von traumatisierten Kriegs- und Folteropfern wurde sie jüngst mit dem Diotima-Preis der BPTK geehrt.

Mittendrin statt nur dabei

Karin Schreiber-Willnow setzt auf einen ungewöhnlichen Ansatz, um die Arbeitsweise der Konzentrativen Bewegungstherapie zu erläutern. So ist ihr neues Buch spannend für Neulinge wie für erfahrene Therapeuten

Von **Anke Hamacher-Erbguth**, bvvp-Mitglied Bayern

Die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) gehört als bewährte körperpsychotherapeutische Methode zum klinischen Setting in mittlerweile 140 psychosomatischen Kliniken in ganz Deutschland. Karin Schreiber-Willnow, Therapeutin für Konzentrative Bewegungstherapie an der Rhein-Klinik Bad Honnef und Mitglied der Forschungsgruppe des DAKBT e.V., hat nun ein neues Buch zur KBT vorgelegt. Es erweitert die Reihe „Wege der Psychotherapie – richtungsweisende Einführungen in psychotherapeutische Ansätze“ des Ernst Reinhardt Verlags München.

Die Autorin beschreitet einen neuen und kreativen Weg, die Arbeitsweise der KBT sehr praxisnah darzustellen. Nach kurzer Einleitung und geschichtlichem Überblick zeigt Schreiber-Willnow im dritten Kapitel die theoretische Fundierung der KBT von der Leibphilosophie über den Gestaltkreis Viktor von Weizsä-

ckers bis hin zur Emotions- und Säuglingsforschung und der Symbolisierung. Daneben werden spezifische für die KBT bedeutsame Konzepte ausgeführt, darunter der Erfahrungsraum, der Handlungsdialog, das Bewegungsangebot, das Körperbild, die Sprache in der KBT und die Berührung. Die praktische Vorgehensweise beschreibt die Autorin jeweils mit kurzen Beispielen.

Das vierte Kapitel bildet den Hauptteil des Buches und stellt die Vorgehensweise der KBT anhand eines fiktiven Gruppenprozesses über zehn Wochen stationärer Behandlung dar. Schreiber-Willnow lässt den Leser an jeder der 20 Gruppenstunden teilhaben. Die Autorin erläutert nicht nur den praktischen Ablauf, sondern bettet ihn ein in die Vorüberlegungen zur Gruppensituation und -thematik. Als befände er sich mitten in einem Film, kann der Leser auf diese Weise die für die KBT typischen Bewegungs-, Wahrnehmungs- und Gestaltungsangebote sowie die Reaktionen und Erlebnisse der Patienten und Wesentlichen des Gruppengesprächs miterleben. Die Autorin schließt an jede Stunde jeweils ihre Reflexionen an, die zugleich die zentralen Prinzipien und Vorgehensweisen der KBT erläutern. Diese Art von Aufbau ist spannend zu lesen und lehrreich zugleich.

Als Psychotherapieforscherin und Mitglied des Arbeitskreises „Stationäre Gruppenpsychotherapie“ widmet Karin Schreiber-Willnow das fünfte Kapitel der Evalua-

tion. Der Leser erhält Informationen von den Anfängen der Forschung bei Elsa Gindler bis hin zu aktuellen empirischen Forschungsergebnissen zur Wirksamkeit der KBT. Im Ausblick schließlich weist die Autorin darauf hin, dass sich KBT neben der Therapie auch als Selbsterfahrung zur Gesunderhaltung und damit auch zur Prävention eignet. Abschließend positioniert sie die KBT im Feld der körper-, leib- und bewegungspsychotherapeutischen Verfahren und endet mit folgendem motivierendem Fazit: Die Begleitung von Menschen in die Gefilde des Spürens, des Wahrnehmens, des Bewegens und des Spiels sowie die gemeinsame Suche nach symbolischen Bedeutungen sei in jeder Gruppenstunde ein neu zu entdeckender spannender und kreativer Prozess.

Aus meiner Sicht ist dieses Buch für alle geeignet, die allgemein an KBT und an Körperpsychotherapie interessiert sind. Einsteiger finden sowohl eine fundierte Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen als auch spannende Einblicke in den Gruppenprozess und profitieren vom großen Erfahrungsschatz der Autorin. Psychotherapeuten jeglicher Provenienz haben hier die Möglichkeit, in kompakter Form das Wesentliche der Konzentrativen Bewegungstherapie erklärt zu bekommen und durch die zahlreichen praktischen Beispiele auch zu verstehen. Meiner Einschätzung nach ist das Buch sogar geeignet, es interessierten Patienten an die Hand zu geben. Unbedingt lesenswert!



Wie viel Richtlinie verträgt die Psychoanalyse?

Psychotherapie für alle – dieser Traum wurde mit der Einführung der Richtlinienpsychotherapie Wirklichkeit. Aber bleibt psychoanalytisches Denken und Handeln in ihr erkennbar und durchführbar?

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

— **Aktueller** könnte die Beschäftigung der Autoren Thomas Hartung, Eike Hinze und Detlef Schäfer mit nahezu 50 Jahren Richtlinienpsychotherapie nicht sein: Das Buch „Wie viel Richtlinie verträgt die Psychoanalyse?“ ist 2016 erschienen, während im Unterausschuss Psychotherapie des G-BA noch hart über die Ausgestaltung der Richtlinienpsychotherapie nach dem Versorgungsstärkungsgesetz verhandelt wurde. Die Ergebnisse (vgl. Seite 5-7) finden also nicht mehr Eingang in dieses Buch. Es beschäftigt sich – eigentlich sogar ganz klassisch – mit der hochfrequenten Psychoanalyse und deren Schicksal innerhalb der Richtlinienpsychotherapie. Entstanden ist es aus der langjährigen Zusammenarbeit eines Arbeitskreises innerhalb der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV), der sich seit 2009 mit der hochfrequenten Psychoanalyse im Spannungsfeld der Kassenregelung befasst.

Zunächst reflektiert Eike Hinze die Bedeutung des Honorars und der Modalitäten der Finanzierung in Übertragung und Gegenübertragung. Dabei stellt er fest, dass die Gegenübertragung in Fragen des analytischen Honorars überhaupt nur selten vertieft in der Literatur behandelt wurde. Freud arbeitete in seiner Wohnung, sein Einkommen bestand aus seinem Privathonorar. Er hatte jedoch die Vision, dass auch die nicht wohlhabende Bevölkerung ein Anrecht auf seelische Hilfeleistung haben sollte. Mit der Einführung der Richtlinienpsychotherapie und der damit verbundenen Finanzierung

der Psychotherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen seit 1967 ist diese Vision Realität geworden. Aus ihr folgten jedoch diverse Begrenzungen und Eingriffe in die Behandlungsmethoden, die ökonomische statt wissenschaftliche Gesichtspunkte in den Vordergrund stellten.

In einem spannenden geschichtlichen Abriss der Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung, der alle Facetten der verschiedenen Verfahren, Methoden, sozialrechtlichen Aspekte, Kostenerstattungsverfahren und des Psychotherapeutengesetzes mit einschließt, weist Detlef Schäfer die Auswirkungen auf die Psychoanalyse nach. Für die Psychoanalyse liegt das Behandlungsziel nicht im Verschwinden eines Symptoms, sondern in der Bewusstwerdung der inneren Beziehungen zwischen Selbst und Objekt. Diese werden so lange und ausführlich durchgearbeitet, bis man die Wiederholung pathologischer Vorgänge nicht mehr zu befürchten braucht. Dieses Behandlungsverständnis macht die Nachhaltigkeit der psychoanalytischen Therapie aus. Für die Krankenkassen geht es dagegen um rasche Symptombeseitigung, Arbeitsfähigkeit und Kostenersparnis. Das führt zu unausgesprochenen Dissonanzen im Krankheitsbegriff und in der Krankheitslehre und hat Auswirkungen auf die analytische Identität.

In der Medizin ist unumstritten, dass eine kausale Therapie einer symptomatischen immer vorzuziehen ist. Unter den Bedingungen der Richtlinienpsychotherapie, die ökonomischen Zwecken folgt,

während gleichzeitig im G-BA nicht einmal über Geld geredet werden darf, verkommt die Psychotherapie zur kurzfristigen Symptombeseitigung. Dies gipfelte zuletzt in der geteilten Kurzzeittherapie. Ein ätiologisch geprägtes Krankheitsverständnis und dazu passende psychodynamische Behandlungsvorstellungen oder Nachhaltigkeit sind nicht gefragt. Das geht uns alle in allen Verfahren an. Besonders dieser geschichtliche Teil des Buches eröffnet einen sehr erhellenden Blick auf diese Zusammenhänge.

Die zweite Hälfte des Buches bezieht sich zunehmend auf die Problematik mit der vierten Wochenstunde in der hochfrequenten Psychoanalyse, die seit 1993 als Kassenleistung verboten wurde. Den Folgen geht Thomas Hartung in Fallbeispielen nach. In einem abschließenden Ausblick drängt Eike Hinze auf einen vertieften Diskurs über die wissenschaftliche Position der Psychoanalyse im Spannungsfeld zur Psychotherapie-Richtlinie und den gegenwärtigen gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen.

Thomas Hartung,
Eike Hinze,
Detlef Schäfer:
**Wie viel Richtlinie
verträgt die
Psychoanalyse?**

Psychosozial-Verlag,
Gießen
1. Auflage 2016
139 Seiten, 19,90 Euro
ISBN: 978-3-8379-2458-9



Mit Emotionen arbeiten



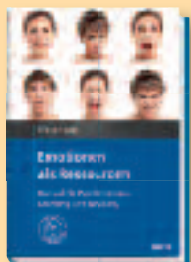
Das Erkennen und Bearbeiten von Emotionen ist ein wichtiger Teil vieler Therapien. Entdecken Sie jetzt für die erfolgreiche Emotionsarbeit auch das Arbeiten mit Bildkarten!

Die unterschiedlichen Karten erleichtern Ihnen und Ihren Klienten die therapeutische Arbeit und machen Gefühle durch den visuellen Aspekt stärker »greifbar«.

Jan Glasenapp
Emotionen als Ressourcen nutzen
Ein Programm in 90 Karten
Für Therapie und Beratung
Kartenset mit 20-seitigem Booklet
in farbig bedruckter Box.
2016. € 39,95 D
ISBN 978-3-621-28324-3

15 € sparen:
Buch und Kartenset
zusammen nur € 59,90
(statt € 74,90)
ISBN 978-3-407-95877-8

Jetzt bestellen unter
www.beltz.de



- Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung
- Arbeitsblätter online

Jan Glasenapp
Emotionen als Ressourcen
2013. 240 Seiten. Geb. € 34,95 D
ISBN 978-3-621-27953-6
Auch als **E-Book** erhältlich

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:
Yvo Kühn

Autoren: Gerd Blaser, Ulrike Böker, Jürgen Doebert, Robi Friedman, Anke Hamacher-Erbguth, Angelika Haun, Marie Hengstenberg, Nora Hettich, Christine Knaevelsrud, Yvo Kühn, Marianne Leuzinger-Bohleber, Franka Metzner, Eike-Christian Reinfelder, Elisabeth Rohr, Marc Rommel, Mariam Tahiri, Areej Zindler

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

Artdirektion/Illustration: Le Sprenger

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.

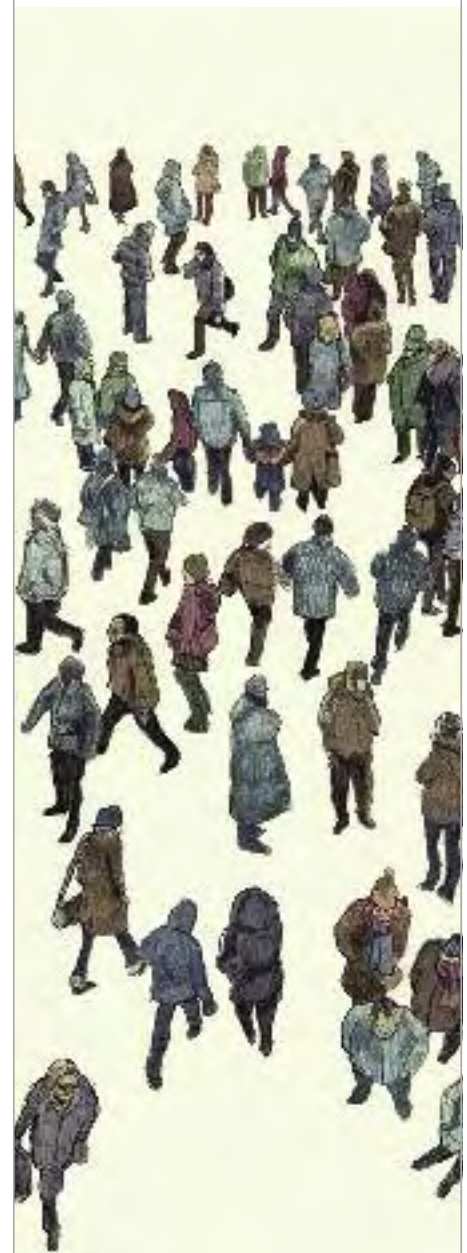
Info und Bestellung:
bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de

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 Veröffentlichung vorausgesetzt.



Marktplatz



Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in Projekt Psychotherapie

Bis 200 Zeichen 40 Euro.
Schicken Sie Ihren Anzeigentext an:
marktplatz@projekt-psychotherapie.de
oder per Fax an: **030/39 835 188-5**
Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten.

Termine 2016

8. September, 19 Uhr

bvvp-Stammtisch

bvvp-Landesverband Sachsen,
Info: bvvp-sachsen@bvvp.de

**Ort: Restaurant „brennNessel“,
Schützengasse 18, Dresden**

10. September, 10 bis 16 Uhr

QM-Seminar

bvvp Niedersachsen,
Leitung: Dr. Uwe Bannert,

Info und Anmeldung:

bvvp-nds@bvvp.de

Ort: Hannover

15. bis 17. September

bvvp-Bundesdelegierten- versammlung

bvvp-Bundesgeschäftsstelle,
bvvp@bvvp.de, www.bvvp.de

Ort: 10115 Berlin

16. September

Big Data – Wenn der Mensch zählt

Vortragsveranstaltung mit Diskussion zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung bitte an die bvvp-Bundesgeschäftsstelle, bvvp@bvvp.de, www.bvvp.de

Ort: Tagungszentrum Aquino, Berlin

21. September

Was gibt's Neues in der ambulanten Psychotherapie?

Kostenfreies gesundheitspolitisches Update für niedergelassene Psychotherapeut*innen. Anmeldungen bitte an die Geschäftsstelle des bvvp Westfalen-Lippe, Frau Floer:

bvvp-wl@bvvp.de

Ort: Bielefeld

23. bis 26. September

Verhaltenstherapiewoche

Informationen und weitere Termine:
www.vtwoche.de

Ort: Freiburg im Breisgau

Projekt Psychotherapie 04/2016

AUSBLICK AUF DAS NÄCHSTE HEFT

Wie kam die Psychotherapie in die Medizin? Welche Zugangsweisen in ihrem beruflichen Handeln haben Ärztliche Psychotherapeuten im Unterschied zu psychologischen oder pädagogischen Grundberufen? Und: Welchen Stellenwert nimmt die Ärztliche Psychotherapie überhaupt ein – geht sie womöglich unter? Die nächste Ausgabe widmen wir einem Thema, das dem bvvp als gemischtem Verband und berufspolitischer Heimat von über 1.000 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 600 Psychiatern und vielen Fachärzten mit Zusatztitel Psychotherapie besonders am Herzen liegt: Unser Schwerpunkt steht ganz im Zeichen der Historie und der Besonderheiten der Ärztlichen Psychotherapie.

28. Oktober

Sächsischer Psychotherapeutentag

Thema: Verantwortungsvolle Psychotherapie in einer sich verändernden Gesellschaft 2.0 – Psychotherapie in politischer Schieflage und wissenschaftlicher Explosivität. Gemeinsame Veranstaltung von bvvp, DPtV und DGPM. Anmeldung bitte an die Geschäftsstelle des bvvp Sachsen, Frau Dr. Sternisko: bvvp-sachsen@bvvp.de

**Ort: Sächsische Landesärztekammer,
Dresden**

11. bis 13. November

Verhaltenstherapiewoche

Informationen und weitere Termine:
www.vtwoche.de

Ort: München

16. November, 19 Uhr

Mitgliederversammlung des bvvp Brandenburg e.V.

Informationen bei Dr. Stephan Alder,
bvvp-brandenburg@bvvp.de

**Ort: Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg (neues Gebäude),
Pappelallee 5, 14469 Potsdam**

Erklärt das
konkrete Vorgehen –
nachvollziehbar und
verständlich



M. Schär

Paarberatung und Paartherapie

Partnerschaft zwischen
Problemen und Ressourcen

2016. XIII, 168 S. 13 Abb. in Farbe. Geb.

€ (D) 29,99 | € (A) 30,83 | *sFr 31,00

ISBN 978-3-662-47481-5

€ 22,99 | *sFr 24,50

ISBN 978-3-662-47482-2 (eBook)

- Therapieschulenübergreifend: Integratives Verständnis von Problemen und Ressourcen sowie Interventionsmöglichkeiten in der Paartherapie

€ (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/shop

zenith

Der Nahe Osten kommt näher.
Besser zenith lesen!

Hintergründe.

Reportagen.

Analysen.

Fakten.

PLANET DER FLÜCHTLINGE



Die neue zenith ist da!

84 Seiten Dossier zum Thema
Flucht und ihre Ursachen.

Aus dem Inhalt

In der Libyen-Falle

Begegnungen mit Fluchthelfern
und Menschenhändlern

Läuft bei denen

Wie Schlepper am Rücknahme-
abkommen zwischen der Türkei
und der EU verdienen

Von Europa geht Magie aus

Zu Besuch am Busbahnhof
von Kabul

Jetzt auch noch die Syrer

Jordanien und die Flüchtlings-
krise – Essay des Schriftstellers
Fakhri Saleh

Das Buch Exodus

Das Versagen des Westens –
Essay des ägyptischen Schriftstel-
lers Chalid al-Chamissi.

Jetzt zenith abonnieren oder Einzelheft bestellen unter
shop.zenithonline.org oder telefonisch unter 07623 964 156.