

## beHandeln statt verwalten!

### **Ein Pilotprojekt zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Opfern von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen**

Flüchtlinge, die in Deutschland Schutz suchen, sind zu großen Teilen Überlebende schwerer Menschenrechtsverletzungen und bilden damit eine hochvulnerable Population. Zahlreiche internationale Studien sprechen dabei über eine erhöhte Vulnerabilität dieser Personengruppe insbesondere für die Entwicklung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) und depressiver Störungen [1]. Für Deutschland wurde die PTBS in der bisher einzigen epidemiologischen Studie [2] bei Asylsuchenden mit einer Punktprävalenz von 40% deutlich häufiger [3] diagnostiziert als in anderen Bevölkerungsgruppen.

### **Versorgungssituation in den neuen Bundesländern und bundesweit**

Die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sind seit 2003 durch die EU-Aufnahmerrichtlinie verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, „dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist“ [4]. Dennoch weist die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen, die Opfer von Folter und Menschenrechtsverletzungen wurden, über das gesamte Bundesgebiet hinweg gravierende Defizite auf: Seelisch kranke Asylsuchende, Personen ohne Aufenthaltspapiere und unbegleitete Kinder und Jugendliche mit Flüchtlingshintergrund finden die nötige Hilfe nahezu ausschließlich in den von gemeinnützigen Vereinen getragenen 23 Beratungs- und

Behandlungszentren. Die Einrichtungen erhalten für ihre Leistungen keine strukturelle Finanzierung – Psychotherapie, Kriseninterventionen und psychosoziale Beratung werden i. d. R. durch Spenden oder zeitlich begrenzte, projektbezogene Fördermittel finanziert und die MitarbeiterInnen der Behandlungszentren arbeiten zu rund 25% ehrenamtlich. Die Kosten für Psychotherapie tragen fast immer die Behandlungszentren selbst (85%): In den seltensten Fällen kommen hierfür das Sozialamt (6%), die Krankenkasse (4%) oder sonstige Leistungsträger (0,5%) auf (Evaluation der Arbeit der Mitgliedszentren der BAfF e. V.). Die von traumatisierten Flüchtlingen gestellten Anträge auf Beratung und Behandlung übersteigen die Kapazitäten der Einrichtungen entsprechend um ein Vielfaches.

Vor allem in den neuen Bundesländern sind die Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der besonderen historischen wie aktuellen Bedingungen als deutlich unzureichend einzustufen: Die Versorgungsstrukturen weisen insbesondere außerhalb der Großstädte eine im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet signifikant geringere Dichte an niedergelassenen PsychotherapeutInnen auf [5]. Über einen längeren Zeitraum gewachsene Strukturen der Betreuung und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge existieren nicht.

### **Spezifika der Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen und Folteropfern**

PsychotherapeutInnen stellen sich in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge auch qualitativ besondere Anforderungen: Die Arbeit erfolgt im interkulturellen Setting und ggf. mit DolmetscherInnen; Störungs-

bilder sind oft chronisch und komplex, da sie mit einer Vielzahl an Entwurzelungs- und Belastungsfaktoren assoziiert sind, die den Bewältigungs- und Anpassungsprozess determinieren. Etablierte Traumatherapiemodule bilden hier wichtige Interventionsgrundlagen, greifen jedoch oftmals nicht, wenn sie nicht vor dem Hintergrund der besonderen inneren und äußeren Lebenswirklichkeit der Flüchtlinge spezifiziert und durch sozialarbeiterische und niedrigschwellige Angebote sowie ggf. psychiatrische oder psychosomatisch orientierte ärztliche Behandlung ergänzt werden. Hierfür sind umfassende Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten notwendig, die zugleich die Möglichkeit bieten, befassete PsychotherapeutInnen zu entlasten.

### **Pilotprojekt zur Verbesserung der Versorgung in den neuen Bundesländern**

Vor diesem Hintergrund setzt sich das EU-geförderte Pilotprojekt der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) in Kooperation mit ihren Mitgliedsorganisationen Refugio Thüringen e. V. (Jena), Cactus e. V. (Leipzig) und dem Psychosozialen Zentrum für Migrantinnen und Migranten (Halle/Magdeburg) für „Strukturverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung von Überlebenden von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen in Ostdeutschland“ ein.

### **Präzision des Versorgungsbedarfs und Diskussion mit relevanten Leistungs- und Entscheidungsträgern**

In einem ersten Schritt soll dabei das Versorgungsdefizit im Verhältnis zu den vorhandenen Versorgungsangeboten in den

einzelnen Regionen mittels eigens dafür entwickelten Fragebögen quantitativ und qualitativ erfasst werden, um orientiert am Bedarf dieser besonders schutzbedürftigen Population in den Dialog mit Leistungs- und EntscheidungsträgerInnen treten zu können. Hierfür werden in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen „Runde Tische“ installiert, um gemeinsam mit Verantwortlichen aus Politik, Gesundheitswesen und Ausländerbehörden Chancen und Herausforderungen auf dem Weg zu einer inklusiven Gesundheitsversorgung zu diskutieren und Handlungsoptionen zum Abbau struktureller Barrieren entwickeln zu können.

### Entwicklung von nachhaltigen Kooperationen mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen

Darüber hinaus sollen im Rahmen von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen im direkten Dialog mit niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen sowie PsychotherapeutInnen in Ausbildung Spezifika der Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen und Folteropfern thematisiert werden. Im Sinne einer Ringvorlesung werden dabei zunächst insgesamt drei Fortbildungsmodule, die jedoch auch einzeln besucht werden können, angeboten, von denen jeweils eines in jedem der drei Bundesländer stattfinden wird. Dabei wird eine fachliche Zusammenarbeit mit der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer angestrebt. Ziel ist es, einen Austausch in regionalen Netzwerken zu etablieren, das therapeutische Versorgungsnetz für psychisch belastete Flüchtlinge zu vergrößern und damit eine stabile Basis für eine langfristige Zusammenarbeit und gegenseitige Vermittlung zu schaffen.

Inhaltlich sollen auf den Veranstaltungen erprobte Behandlungsansätze vorgestellt und vor dem Hintergrund der derzeitigen „best practice“ Schlüsselprobleme in der therapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen reflektiert werden. Erfahrene TherapeutInnen stellen sich Fragen zu Diagnostik, Differentialdiagnostik und Indikationsstellung, zu Kontextfaktoren und Spezifika der therapeutischen Beziehungsgestaltung, aber insbesondere auch zu Abrechnungsmodalitäten, zum Einfluss asylrechtlicher

Bestimmungen sowie zu Besonderheiten und Konfliktquellen im interkulturellen Setting bzw. der Arbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen.

### Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Mitteldeutschland

Cactus e. V. (Leipzig), PSZ Halle und Refugio Thüringen e. V. (Jena) realisieren ein spezialisiertes Beratungsangebot für Flüchtlinge, die in ihrer Heimat Opfer von Menschenrechtsverletzungen wurden, politische Verfolgung und damit verbunden auch Gewalt und Folter erleiden mussten. Nicht zuletzt war die Fluchtursache oftmals kriegerische Auseinandersetzungen im Heimatland. Menschen brauchen starke Motive, um ihre angestammte Heimat zu verlassen. Aktuelle Beispiele wie der Krieg in Syrien oder die Auseinandersetzungen in Afghanistan sind nur allzu präsent.

Die Zentren haben es sich zur Aufgabe gemacht, diese Unterstützung in Form von Psychotherapie, psychologischer und sozialer Beratung und der Vermittlung von externen Hilfen zu leisten. Sie erfüllen besondere Kriterien, die von Einrichtungen der Regelgesundheitsversorgung nicht oder nur unzureichend erfüllt werden, wie besonders qualifizierte Therapeuten und Ärzte, Überwindung der Sprachbarriere durch qualifizierte Sprach- und Integrationsmittler. Es existieren vielfältige und teils langjährige Erfahrungen und Kenntnisse im Umgang mit unterschiedlichem kulturellem Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Therapie und Beratung unter Berücksichtigung von Religion, Tradition und Kultur ist häufig eine besondere Herausforderung.

Das Leistungsspektrum umfasst dabei:

- Erstgespräche und Clearing,
- psychosoziale Beratung sowie therapiebegleitende sozialarbeiterische Angebote,
- individuell abgestimmte Therapien, Stabilisierung, Krisenintervention für traumatisierte bzw. psychisch belastete Flüchtlinge,
- Gespräche und Diagnose mit Dolmetschern/Sprach- und Integrationsmittlern,

- Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen und sozialen Fragen,
- Anleitung von thematischen Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen,
- Erschließung von externen Behandlungs- und Beratungsangeboten.

Darüber hinaus werden von den spezialisierten Zentren Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen angeboten. Ziel ist es, Fachkenntnisse über die speziellen Anforderungen bei traumatisierten Flüchtlingen weiter zu vermitteln und eine bessere Behandlung zu ermöglichen. Sie schulen Dolmetscher für den Einsatz in psychotherapeutischen Beratungssituationen und sind Knotenpunkt in einem Netzwerk von haupt- und ehrenamtlichen Helfersystemen, welches die Lücke in der Regelversorgung ergänzt.

Cactus e. V. und Refugio Thüringen e. V. sind an dem bundesweiten Netzwerk SprInt-Transfer zur Qualifizierung von Sprach- und Integrationsmittlern (SprInt) und der Etablierung dieses Berufsbildes beteiligt. Sie ermöglichen aufgrund ihrer guten Ausbildung eine reibungslose Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Fachpersonal und fremdsprachigen Bürgern.

Bei Interesse an einer Zusammenarbeit bzw. Mitwirkung im Netzwerk erreichen Sie die Zentren unter folgenden Adressen:



Familien- und Gesundheitszentrum  
Cactus e. V.  
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge  
Leipzig  
Riemannstr. 32  
04107 Leipzig  
Tel.: 0341 – 2254544  
E-Mail: beratungsstelle@cactus.de



Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt  
Kleine Märkerstr. 1  
06108 Halle  
Tel.: 0345 – 2125768  
E-Mail: psz-halle@jw-bauhof.de



Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge  
Wagnergasse 25  
07743 Jena  
Tel.: 03641 – 226281  
E-Mail: koordination@refugio-thüringen.de



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) e. V.  
Jenny Baron und Silvia Schriefers  
Paulsenstr. 55-56  
12163 Berlin  
Tel.: 030 – 31012463  
E-Mail: info@baff-zentren.org  
www.baff-zentren.org

Das Projekt wird gefördert durch die European Commission – DG Home Affairs.

*Der Artikel wurde gemeinschaftlich von den o.g. Institutionen verfasst.  
Ansprechpartner*

*Cactus e. V.: Frau Tutar und Herr Cordes  
BAFF: Frau Schriefers und Frau Baron*

### Literatur

[1] Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365 (9467), 1309-1314.

[2] Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 12-20.

[3] Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (1), 46-59.

[4] Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten.

[5] Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J. & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (1), 43-50.

## „Gestufte Versorgung in der Psychotherapie – State of the art der Zukunft?“ – Internationales Symposium der OPK am 11. Oktober 2012 in Leipzig

Trotz einer international vorbildlichen Finanzierung von Psychotherapie durch die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland erhalten viele PatientInnen mit psychischen Erkrankungen nicht die Versorgung, die sie brauchen. Dies habe unter anderem mit begrenzten psychotherapeutischen Kapazitäten, Schnittstellenproblemen und einer Psychotherapie-Richtlinie, die nicht mehr dem aktuellen Wissenstand entspreche, zu tun, so Andrea Mrazek, Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, in ihrer Begrüßung der knapp hundert SymposiumsteilnehmerInnen. Aufgabe einer Kammer sei es unter anderem, einen flächendeckenden Zugang für alle PatientInnen zu sichern. Inwieweit man hierfür auch von Nachbarländern wie Holland oder Irland, in denen Modelle einer gestuften psy-

chotherapeutischen Versorgung realisiert würden, lernen könne, sei Thema dieser Veranstaltung. Dabei gehe es vor allem darum, mehr über diese Versorgungsmodelle zu erfahren, um diese – auch in Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem – besser beurteilen zu können.

### Chancen und Risiken einer gestuften Versorgung

Gestufte Versorgungsmodelle seien nur begrenzt geeignet, um sie flächendeckend umzusetzen, könnten aber gute Ansatzpunkte für eine Lösung bestehender Versorgungsprobleme geben, so Timo Harfst von der Bundespsychotherapeutenkammer. Zentrales Merkmal von „stepped care“ sei die stetige Abfolge von empfoh-



M.A., M.S. (USA) Andrea Mrazek, Präsidentin der OPK

lenen Behandlungen, wobei immer mit der am wenigsten intensiven Behandlung begonnen werde. Damit dies funktioniere, müssten jedoch gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Neben der Unterscheidbarkeit verschiedener PatientInnengruppen, z. B. nach Schweregrad oder Akuität, müssten die PatientInnen mit dem Angebot einer Minimalintervention zu Beginn einverstanden sein. Zudem müsste geregelt werden, wie Diagnostik und auf der Diagnostik aufbauende Zuweisungsprozesse auf den verschiedenen Stufen erfolgen sollen. Dazu müssten dann auch entsprechende Voraussetzungen vonseiten des Gesundheitssystems geschaffen werden, z. B. durch eindeutige Kommunikations- und Kooperationsstrukturen. Modelle gestufter Versorgung könnten Anregungen für eine Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland z. B. in Richtung einer patientenorientierten Differenzierung des Leistungsangebots, einem Ausbau der Behandlungskapazitäten sowie einer frühzeitigen Behandlung und Überbrückung von Wartezeiten geben. Erfahrungen aus dem IAPT- Programm (Improving access to psychological therapies) aus Großbritannien zeigten unter anderem, dass sowohl bei leichter als auch bei schwerer Erkrankten die Symptomschwere verbessert werden kann. Eine höhere durchschnittliche Sitzungsanzahl erhöht allerdings die Recovery-Rate. Wie auch in der Regelversorgung bleiben aber ältere PatientInnen und Angehörige von Minderheiten unterrepräsentiert.



Dr. Timo Harfst, Bundespsychotherapeutenkammer

### Die Rolle des „Primary care psychologist“ in den Niederlanden

Die erste Anlaufstelle für PatientInnen mit psychischen Belastungen oder Erkrankun-

gen sei in den Niederlanden seit 1978 der „Primary care psychologist (PCP)“, berichtete Prof. Dr. Jan Derksen, selbst „Primary care psychologist“ in Nijmegen. Dieser habe einen regionalen Versorgungsauftrag und arbeite im Durchschnitt mit acht Allgemeinärztenpraxen zusammen. In ganz Holland würden 1.300 PCPs ca. 100.000 Fälle im Jahr behandeln. Aufgabe des PCPs seien Diagnostik und Indikationsstellung sowie eine psychotherapeutische Behandlung mit bis zu acht Sitzungen, im Ausnahmefall auch mit bis zu zwölf Sitzungen. Sollte dies nicht ausreichen, würde in den fachärztlichen Bereich zu einer Psychotherapeutin überwiesen. Von den gesehenen PatientInnen würden 80% diagnostiziert und behandelt. Für 75% der PatientInnen seien acht Sitzungen ausreichend, 90% der PatientInnen kämen mit zwölf Sitzungen aus. Bei 75% der behandelten PatientInnen hätten sich die Beschwerden zum Ende der Behandlung stark verbessert. Vorteile des holländischen Systems sehe er vor allem in der engen Zusammenarbeit mit den Hausärzten und dem niedrigschwelligen Zugang, der es ermögliche, PatientInnen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln. Lediglich 20% der gesehenen PatientInnen müssten in den Facharztbereich für eine längerfristige Psychotherapie überwiesen werden.



Prof. Jan Derksen, Radboud University Nijmegen

### „Gesundheitsnetz Depression“ – Gestuftes Versorgungsmodell aus Hamburg

Im Rahmen der „Gesundheitsmetropole Hamburg“ mit dem Schwerpunkt „psychische Gesundheit“ werde seit 1,5 Jahren ein gestuftes Versorgungsmodell zur Behandlung von Depressionen realisiert, so Priv.-Doz. Dr. Birgit Watzke vom Universi-

täts-Klinikum Hamburg-Eppendorf. Ziel sei es, die Gesundheitsversorgung von PatientInnen mit Depressionen zu verbessern. Dazu sollen Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung im Rahmen eines anhand der Empfehlungen der NVL Depression optimierten „stepped care“-Modells verbessert werden. In das Versorgungsnetz eingebunden seien 42 Haus- und 21 FachärztInnen, 20 PsychotherapeutInnen und acht Krankenhäuser. Der Einstieg in das Versorgungsnetz erfolge über den Hausarzt mittels eines Screenings von PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Erkrankung. Innovativer Behandlungsbaustein sei nach der ersten Stufe des aktiv-abwartenden Begleitens die zweite Behandlungsstufe, die aus Bibliothek, mediengestützter Selbsthilfe und psychotherapeutischer Telefonunterstützung bestehe. Erst auf der dritten Stufe werde eine ambulante Psychotherapie angeboten. Die teilnehmenden PsychotherapeutInnen verpflichteten sich, einen ersten Termin innerhalb von zwei bis drei Wochen anzubieten und die Behandlung innerhalb von sechs Wochen zu beginnen. Zusätzlich müsste eine Bereitschaft zur engen Kooperation und Kommunikation mit Hausärzten, anderen PsychotherapeutInnen und Krankenhäusern bestehen. Nachdem im ersten Jahr vor allem das Netzwerk aufgebaut worden sei, seien im nun zweiten Jahr die ersten PatientInnen eingeschlossen worden. Mit ersten Ergebnissen sei ab September 2014 zu rechnen.



PD Dr. Birgit Watzke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

### Erstversorgung psychischer Störungen in Irland

Mit der Einführung gestufter Versorgungsmodelle seien auch Risiken verbunden, warnte Dr. Declan Aherne, Leiter der psychosozialen Beratungsstelle für Studie-

rende an der Universität Limerick, Irland. Aufbauend auf den Erfahrungen mit dem IAPT-Programm in Großbritannien, dessen Ziel es gewesen sei, psychotherapeutische Behandlungen für eine breite Gruppe an PatientInnen zugänglich zu machen, warnte er vor der Gefahr, Psychotherapie als „Schmalspurintervention“ zu konzipieren, die auch von weniger gut qualifizierten TherapeutInnen durchgeführt werden könnte. Dies würde im derzeitigen Gesundheitssystem einer „Medikalisierung“ Vorschub leisten und damit der Komplexität von psychischen Erkrankungen nicht gerecht werden. Auch in gestuften Versorgungsmodellen müsste Psychotherapie bei psychisch Kranken das Behandlungsmittel der ersten Wahl sein und an die jeweiligen Bedarfe der PatientInnen angepasst werden. PsychotherapeutInnen müssten eine Schlüsselrolle in der Primärversorgung von PatientInnen mit psychischen Erkrankungen einnehmen. Das ideale Modell gestufter Versorgung sei gemeindenah verankert und sichere einen niedrigschwelligen Zugang zu den verschiedensten psychotherapeutischen Angeboten, mit der Möglichkeit einer medizinischen Mitbetreuung bei Bedarf und nicht umgekehrt.



*Dr. Declan Aherne, Leiter der psychologischen Beratungsstelle, University of Limerick*

### Lösungsansätze aus Krankenkassensicht

Welche Ansätze aus Sicht der Krankenkassen geeignet wären, um bestehende Versorgungsprobleme im Bereich der Psychotherapie in Deutschland zu lösen, referierte Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband. Probleme der Fehlallokation und des mangelnden Indikationsbezugs erforderten einen Abbau von Überversorgung bei gleichzeitiger Vermeidung von

Unterversorgung, eine regionsspezifische Gestaltung des Versorgungsangebots sowie eine Flexibilisierung der Psychotherapie-Richtlinie bzw. die Einführung von niedrigschwelligen Versorgungsangeboten „unterhalb“ der Psychotherapie. Dabei gehe es nicht darum, flächendeckend gestufte Versorgungsmodelle einzuführen, sondern durch geeignete kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen die Versorgung zu verbessern. Unter dem Motto „Vereinfachung, Vereinheitlichung, Entbürokratisierung“ würde beim GKV-Spitzenverband z. B. darüber nachgedacht, niedrigschwellige Angebote durch Hausärzte (Stichwort „psychosomatische Grundversorgung“) einzuführen, durch Vergütungsanreize gruppenpsychotherapeutische Angebote und Kurzzeittherapien zu fördern und das Gutachterverfahren durch geeignete, effizientere Maßnahmen der Qualitätssicherung zu ersetzen. Auch über eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu stärkeren Sanktionierungen bei Nicht-Erfüllung von Versorgungsaufträgen werde nachgedacht.



*Dr. Thomas Uhlemann, GKV Spitzenverband*

### Diskussion

Die anschließende Podiumsdiskussion griff noch einmal auf, welche Chancen und Risiken gestufte Versorgungsangebote beinhalten. Uneinigkeit herrschte darüber, inwieweit auch präventive Ansätze im Rahmen von „stepped care“ realisiert werden könnten. Während sich einige ReferentInnen dafür aussprachen, dass durch niedrigschwellige Angebote und die verbesserten Kooperationsstrukturen ideale Voraussetzungen insbesondere auch für sekundärpräventive Angebote bestünden, warnte die Präsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer vor dem Verschwimmen der Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie. Nicht jedes „psy-

chische Jucken“ erfordere gleich den Gang zur PsychotherapeutIn, gerade hierfür seien die Beratungsstellen prädestiniert. Aufgabe der PsychotherapeutInnen dagegen sei es, nicht Befindlichkeiten, sondern Krankheiten zu behandeln.

Trotz aller Chancen, die in niedrigschwelligen, gestuften Versorgungsangeboten steckten, dürfte man diese jedoch nicht zu technisch und manualisiert gestalten. Ein wesentlicher Wirkfaktor psychotherapeutischer Behandlungen sei die therapeutische Beziehung bzw. der persönliche Kontakt zu den PatientInnen, so Prof. Jan Derksen aus Holland. PD Dr. Birgit Watzke ergänzte, dass dies auch in Übereinstimmung mit Forschungsbefunden stünde. Beispielsweise sei therapeutisch angeleitete Selbsthilfe erwiesenermaßen effektiver als nicht angeleitete Selbsthilfe. Auch Dr. Declan Aherne maß dem Wirkfaktor „Beziehung“ eine entscheidende Bedeutung bei und wies darauf hin, dass die persönliche Beziehung zu den PatientInnen ein wesentlicher Faktor der Suizidprävention sei. Dass sich in den 27 Jahren, die er in einer Praxis arbeite, niemand suizidiert habe, führe er auch hierauf zurück. Um das Risiko der Frustration der PatientInnen, die in gestuften Versorgungsangeboten zunächst meist nur Selbsthilfeangebote angeboten bekämen, zu reduzieren, ergänzte Timo Harfst, dass die Indikationsstellung, d. h. die Zuweisung der Patienten zum passenden „step“, von immenser Wichtigkeit sei. Über die richtige Indikationsstellung wisse man aus der Literatur derzeit noch zu wenig.

Gestufte Versorgungsangebote können aber durchaus Anregungen geben, wie man die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland weiterentwickeln könne, auch jenseits eines kompletten Systemwechsels. So sollten PsychotherapeutInnen durch Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen die Möglichkeit bekommen, Akutsprechstunden einzuführen und diagnostische Gespräche vergütet zu bekommen, so ein Beitrag aus dem Publikum. Hierauf entgegnete der Vertreter der Krankenkassen, Dr. Thomas Uhlemann, dass es mit Sicherheit zu keiner Ausweitung des Leistungsangebotes der PsychotherapeutInnen kommen würde, sondern dass es vielmehr zu „Umschichtungen“ im

Leistungsangebot kommen müsse. Dies wäre auch durchaus im Sinne der Psychotherapeutenchaft, die sich eine Differenzierung ihres Leistungsangebots und die Möglichkeit zur Delegation von bestimmten Leistungen an andere Berufsgruppen vorstellen könne, so eine andere Meinung aus dem Publikum. Hierdurch könnten ebenfalls mehr Kapazitäten für Psychotherapie entstehen.

Abschließend waren sich die ReferentInnen einig, dass es darum gehe müsse, im bestehenden System für eine Flexibilisierung der Rahmenbedingungen zu sorgen. Entscheidend sei außerdem eine bessere



Podiumsdiskussion

Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und die Frage, wie die Mittel, die zur Verfügung stünden, am besten verteilt werden sollten. Ein sinnvoller An-

fang könne darin bestehen, auf regionaler und lokaler Ebene bestehende Versorgungsprobleme zu lösen und insbesondere die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu verbessern. Vielleicht lohne es sich, auch noch einmal darüber nachzudenken, welche Aufgabe Psychologinnen, die man mit der Etablierung des Psychotherapeuten „geopfert“ habe, bei der Versorgung übernehmen könnten, um die vorhandenen Kapazitäten an Psychotherapeuten effizienter nutzen zu können, so Andrea Mrazek in ihrem Fazit.

Dr. Tina Wessels,  
Wissenschaftliche Referentin BPTK

## Veranstigungsankündigungen

### Treffen der PiA und der neu- approbierten Kolleginnen und Kollegen

Im nächsten Jahr sind wieder zwei Veranstaltungen für PiA und die neuapprobierten Kolleginnen und Kollegen der OPK geplant. Über die Termine, Veranstaltungsorte und Inhalte informieren wir auf unserer Homepage sowie über persönliche Einladungen.

### Fortbildung Notfall- psychotherapie

Im März 2013 wird die OPK für alle Mitglieder, die sich für die notfallpsychotherapeutische Versorgung bei Großschadensereignissen gemeldet haben, eine Fortbildung zur Notfallpsychotherapie anbieten. Geplant ist eine halbtägige Veranstaltung in Erfurt, bei der u. a. folgende Themen auf der Tagesordnung stehen werden:

- Darstellung der verschiedenen Strukturen, in denen Notfallversorgung in Deutschland angelegt ist,
- Akutversorgung: Ablauf im Schadensfall,
- Nachsorge: Was ist zu beachten?,
- Diskussion.

Zeitnah werden an alle eingetragenen Mitglieder die Einladung mit allen notwendigen Informationen versandt.

### 2013 – Jahr des Berufsrechts

Das Jahr 2013 wird für die Mitglieder der OPK zahlreiche Veranstaltungen zum Thema Berufsrecht bereithalten. Geplant sind insgesamt neun Termine im gesamten OPK-Gebiet, an denen die berufsrechtlichen Aspekte der alltäglichen psychotherapeutischen Arbeit im Vordergrund stehen. Jeweils ein Jurist/eine Juristin und ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin werden den Vortrag und die anschließende Diskussion führen, bei der auch Gelegenheit zum gemeinsamen Austausch gegeben sein wird.

### Ostdeutscher Psychotherapeutentag 21. bis 22. März 2014

Zum zweiten Ostdeutschen Psychotherapeutentag, welcher unter dem Thema Therapeutische Beziehungen steht, erwarten Sie wieder spannende Vorträge mit neuen Erkenntnissen aus Wissenschaft und Forschung sowie zahlreiche anwendungsorientierte Workshops und Fachvorträge. Aus diesem Grund möchten wir Sie schon jetzt zu unserem zweiten bundesländerübergreifenden Psychotherapeutentag vom 21. bis 22. März 2014 herzlich einladen.

Im historischen Ambiente der Oper Leipzig sowie dem modernen Komplex der Universität Leipzig freuen wir uns auf einen intensiven kollegialen Austausch. Feiern Sie anschließend gemeinsam mit uns in tropi-

scher Atmosphäre im Gondwanaland des Leipziger Zoos mit musikalischer Unterhaltung den zweiten Ostdeutschen Psychotherapeutentag der OPK. Informationen zu Ablauf und Anmeldung finden Sie ab 2013 auf unserer Homepage [www.opk-opt.de](http://www.opk-opt.de) oder unter [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de). Die Anmeldung erfolgt ab September 2013.



### Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16  
04105 Leipzig  
Tel.: 0341-462432-0  
Fax: 0341-462432-19  
Homepage: [www.opk-info.de](http://www.opk-info.de)  
Mail: [info@opk-info.de](mailto:info@opk-info.de)