

**Beitrag von Ralph Wohlfarth (Vorsitzender des Angestellten-Ausschusses der hessischen Psychotherapeutenkammer) zur Tagung „Psychotherapie in der Psychiatrie“ am 20.9.14 in Gießen**

## **StationspsychotherapeutIn - ein Modell für die psychotherapeutische Durchdringung der stationären Behandlung**

### **Einleitung**

Definition: Eine StationspsychotherapeutIn ist für mich eine PP/KJP, die klar einem Behandlungsteam zugeordnet ist und Behandlungsverantwortung für Patienten übernimmt. Wie das genauer aussieht werde ich später noch ausführen. Die Bezeichnung ist insofern etwas veraltet, als es heute zunehmend um sektorübergreifende Teamarbeit gehen wird (über die wir heute Nachmittag genaueres hören werden). Ich habe sie aber immer ganz gerne in Analogie zur "StationsärztIn" benutzt.

"Psychotherapeutische Durchdringung" ist ein Begriff, den nach meiner Erinnerung die Psychoanalytikerin Christa Rohde-Dachser geprägt hat und der darauf Bezug nimmt, dass in einem stationären Milieu über die spezifischen psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen hinaus viele mehr oder weniger unspezifische Einflussfaktoren auf die PatientInnen einwirken. Inwieweit diese genutzt, gestaltet und reflektiert werden und für den therapeutischen Prozess nutzbar gemacht werden, hängt maßgeblich von der jeweiligen Teamkultur und dem Stellenwert psychotherapeutischen Denkens ab.

Und noch etwas Grundsätzliches: Meine Erfahrungen beziehen sich ausschließlich auf die Erwachsenenpsychiatrie. Vieles ist aber auf die Kinder- und Jugend-Psychiatrie übertragbar.

### **Rückblick**

Im Folgenden ein paar Sätze zur Entwicklung der Stellung von PsychologInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen in den letzten Jahrzehnten in der Psychiatrie.

In den 70er Jahren kam es infolge der Psychiatrie-Enquete zu Verbesserungen und Umstrukturierungen der Krankenhäuser, die erstmals auch die Chance für Diplom-PsychologInnen mit sich brachten, dort in größerer Zahl Stellen zu erhalten.

Es tat sich ein breites Spektrum auf: Unser Gründungspräsident Herr Hardt erzählte zu diesem Thema gerne, wie er in den 70er Jahren von einem reformwilligen Ärztlichen Direktor quasi als Leiter einer psychiatrischen Station eingesetzt wurde und weitgehende Handlungsfreiheit hatte. Das Gegenmodell war die "TestpsychologIn", zu der PatientInnen wie ins Labor geschickt wurden und die dann ihren Befund der Station übermittelte.

Ich selbst habe 1990 nach einigen Jahren Suchtklinik in Herborn zu arbeiten begonnen und zwar auf einer diagnostisch gemischten allgemeinspsychiatrischen Station. Nur Geronto- und SuchtpatientInnen hatten damals schon separate Bereiche. Auf der Station waren etliche LangzeitpatientIn-

nen, die zum Teil schon Jahre bis Jahrzehnte im Krankenhaus verbracht hatten. Deren Enthospitalisierung war eine wesentliche Aufgabe neben der Behandlung von AkutpatientInnen, die auch vor der Ära der Spezialstationen eine fachlich gut qualifizierte Behandlung bekamen.

Infolge der Enthospitalisierung sank in den Großkrankenhäusern die Bettenzahl. Es entstand das Konzept der Spezialstationen - Kritiker behaupteten, um die Existenz der Großkrankenhäuser und ihrer MitarbeiterInnen zu sichern. Wobei weiterhin eine Zweiteilung in Abteilungen und Großkrankenhäuser bestand. Ich habe mehrere Jahre auf einer Depressionsstation gearbeitet, in der Institutsambulanz und in letzter Zeit auf der Drogenentgiftungsstation.

### **Was macht eine StationspsychotherapeutIn?**

Die institutionellen Voraussetzungen (ausgehend von einem vollstationären Setting):

- gut funktionierende Teamkultur, teamorientierte Behandlung, multiprofessionelles Team idealerweise mit fester (Fach-)ÄrztIn
- ÄrztIn und StationspsychotherapeutIn teilen sich Aufnahmen und Fallführung der PatientInnen nach einem festgelegten, aber flexibel gehandhabten Schlüssel und vertreten sich bei Urlaub. Bei ärztlicher Rotation arbeitet die StatPP die neue ÄrztIn mit ein.
- Vorgesetzte der StatPP ist die Leitende ÄrztIn/OberärztIn. Sie ist weisungsbefugt, macht die Gegenzeichnung bei EBs, die fakultativ auch noch von der StationsärztIn unterschrieben werden können.

Die StationsPP macht gemeinsam mit KrPfl. das Aufnahmegespräch, wenn sie mit der Aufnahme dran ist, schreibt oder diktiert die Anamnese und legt die Eingangsdagnosen fest. Die ÄrztIn macht idealerweise nach vorheriger Rücksprache die körperliche Untersuchung und setzt Untersuchungen und Medikamente an.

Zentraler Ort für die Planung der Behandlung, für Erörterung der Diagnostik, Festlegung und Modifikation der Medikation, Planung der Entlassung und der Zeit danach sind die Termine, wo möglichst alle mit der PatientIn arbeitenden Berufsgruppen zusammenkommen, sind in meiner Klinik die Morgenübergabe, die Therapiekonferenz mittags, die Visite, auch die Supervision. Großer Respekt gilt für Ansätze, alle diese Termine möglichst mit der PatientIn durchzuführen.

PPs machen Durchführung/Leitung von Gruppen wie Morgenrunde, spezifische psychotherapeutische oder auch psychoedukative Gruppen. Bei Bedarf Einzel-/Angehörigengespräche, immer je nach Gegebenheit auch mit „Co-“ bzw. gemeinsam mit anderen Berufsgruppen wie SozArb. Die allgemeine Fallführung und Fallverantwortung, Dokumentation, Entscheidung über Verweildauer, Korrespondenz mit Kostenträgern, sog. disziplinarische Entlassungen. Schwierig sieht es mit juristischen Dingen aus, wo explizit ÄrztInnen verlangt werden. Ich habe allerdings jahrelang Kurzgutachten für Unterbringungen verfasst und war bei richterlichen Anhörungen dabei, weil der zuständige Richter mich für fachlich qualifiziert hielt.

### **Exkurs: Psychotherapie**

Auf der einen Seite wurden in den letzten Jahren viele spezialisierte Verfahren gerade auch für die Behandlung stärker gestörter PatientInnen entwickelt. In Behandlungsleitlinien für verschiedenste Störungen aus dem psychiatrischen Spektrum nimmt Psychotherapie in aller Regel eine wichtige Position ein. Auf der anderen Seite wurde gerade im vollstationären Bereich die Aufenthaltsdauer stark eingegrenzt, so dass anspruchsvolle mehrwöchige manualisierte EBM-Programme oft gar nicht durchführbar sind. Als Kompromisslösung gilt dann: Arbeit mit Elementen aus diesen Verfahren, etwa DBT oder IPT. Und ansonsten: Einbringen allgemeiner psychotherapeutischer Elemente in Gruppen wie Morgen-/Abendrunde und in den Stationsalltag. Ich habe viele Jahre eine allge-

meine Gesprächsgruppe für DepressionspatientInnen angeboten, 2 x wö., in „Co-“ mit KrPfl., in der ich auf die jeweiligen PatientInnen flexibel eingehen konnte. Angebote dieser Art sollten offensiv vertreten werden, auch wenn sie nicht den EBM-Standards entsprechen. Dies gilt ganz besonders auch für Psychotherapie in Tageskliniken und Institutsambulanzen.

Fachliche Voraussetzung für ein solches psychotherapeutisches Arbeiten ist die Verwurzelung in einem der anerkannten psychotherapeutischen Verfahren, zugleich Offenheit für andere Sicht- und Handlungsweisen (z.B. systemische Aspekte) und für Fort- und Weiterbildungen, die von den Krankenhausträgern auch organisiert und subventioniert werden sollten.

## Die gegenwärtige Situation

Seit etlichen Jahren erleben wir eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, begonnen bei den Allgemeinkrankenhäusern und den Niedergelassenen, jetzt mit OPS und PEPP auch ausgedehnt auf die Psychiatrie. Schon lange wird die PsychPV unterschritten. Im Alltag lässt sich eine Arbeitsverdichtung durch immer höhere Fallzahlen beobachten; Zeit für direkte Kontakte mit PatientInnen geht immer mehr zurück zugunsten administrativer Tätigkeiten. Die Verknappung der Geldmittel im Gesundheitssystem geht fatalerweise einher mit einem stark nachlassenden Interesse an Sozialpsychiatrie und mit einer Ausweitung biologischer Sichtweisen und Behandlungsansätze in der Psychiatrie. Oft interessiert die Biographie und die Entstehungsgeschichte der Erkrankung gar nicht mehr.

Zugleich besteht ein eklatanter Mangel an ÄrztInnen - mit der Chance für unsere Berufe, unter Beweis zu stellen, dass wir als **BehandlerInnen** (das ist der Oberbegriff, der z.B. in Herborn gängig ist) die Fallführung ebenso handhaben können wie ÄrztInnen. Und wir sind nicht nur Lückenbüsser, sondern bringen unser Spezialgebiet Psychotherapie zusätzlich zu den Kenntnissen aus unseren Grundberufen ein.

Gegen das Pauschalisierte Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) hat es aktuell eine einmalige Initiative eines sehr breiten Spektrums aus Fachkreisen, Betroffenenverbänden, Gewerkschaft etc. gegeben, der es gelungen ist, ein Moratorium für zwei Jahre durchzusetzen.

Zu meinem großen Ärger hat sich unsere Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) immer gegen diese Initiative gestellt und PEPP befürwortet, weil sie sich davon die Implementierung evidenzbasierter Psychotherapieverfahren verspricht und damit die Sicherung der Position unserer Berufe in Psychiatrie und Psychosomatik. Diese Kalkulation kann gründlich danebengehen. Im aktuellen PEPP sind nur "Psychologen" neben ÄrztInnen als Leistungserbringer von Psychotherapie vorgesehen. Und in Fachartikeln in psychiatrischen Zeitschriften tauchen unsere Berufe beim Thema Zukunft der Psychiatrie oft gar nicht mehr auf. Die Zukunft könnte dann so aussehen, dass im Bereich Psychotherapie stark manualisierte und modularisierte Kurzverfahren unter ärztlicher Aufsicht von akademisierter KrPfl oder von BA/MA-PsychologInnen durchgeführt werden. PPs und KJPs wären dann anscheinend entbehrlich. Gegen die einseitige Parteinahme der BPtK für PEPP regt sich in der Psychotherapeutenchaft in letzter Zeit immer mehr Widerstand.

Neben PEPP kommt noch etwas auf die psychiatrischen Einrichtungen zu: In den nächsten Jahren wird das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die therapeutischen Aktivitäten in den Einrichtungen genauer unter die Lupe nehmen und Qualitätsstandards entwickeln.

Eine bemerkenswerte Einigkeit findet sich in letzter Zeit bei der Propagierung sektorübergreifender Behandlungsansätze. Die BPtK, die psychiatrischen Fachverbände und zunehmend auch die Kostenträger finden Gefallen an Konzepten wie „home treatment“ und „need adapted treatment“,

die sich insbesondere im skandinavischen Raum bewährt haben. Wir werden heute Nachmittag Gelegenheit haben, über ein solches Modell Genaueres zu hören. Etliche Forderungen, die schon lange von Fachverbänden, aber auch von der Sozialpsychiatrie und von Angehörigenorganisationen erhoben wurden, finden sich hier verwirklicht, etwa die Aufrechterhaltung der personellen Kontinuität der BehandlerInnen über ambulant/teil/vollstationär hinweg oder aufsuchende Kontakte im Lebensumfeld der PatientIn mit Einbeziehung der Angehörigen. Offen ist für mich bei diesen Modellen aber die Frage, welchen Stellenwert dort Psychotherapie hat. Beim „need adapted treatment“ in Skandinavien etwa sind eine systemische Weiterbildung aller Teammitglieder und Einzelpsychotherapie wichtige Elemente. Kann das so in Deutschland verwirklicht werden? Und gibt es da einen Platz/einen Bedarf speziell für unsere Berufe? Vielleicht am ehesten, wenn wir uns auch hier als die SpezialistInnen für die "psychotherapeutische Durchdringung" einbringen; neben dem, was wir sonst an Verfahren und Techniken drauf haben.

## **Resümee/Ausblick/Forderungen**

Abschließend möchte ich noch einmal kurz zusammenfassen, worum es mir bei meinem Vortrag ging. Ich sehe die Gefahr, dass unsere beiden Berufe im Zuge der weiteren Umgestaltung der Psychiatrie als zunehmend überflüssig und entbehrlich angesehen werden und dass wir allenfalls in großen Krankenhäusern als Anbieter evidenzbasierter Spezialprogramme noch eine Rolle spielen. Dem wollte ich das Modell der StationspsychotherapeutIn entgegenstellen, die als „SpezialistIn für das Allgemeine“ für die Beachtung und Förderung psychotherapeutischer Aspekte im gesamten Stationsgeschehen bzw. Behandlungsgeschehen in außerstationären Settings zuständig ist. Dafür haben wir die weitaus beste Ausbildung aller Akteure in der Psychiatrie. Wir sind aber auch in der Lage, Fallführung und Behandlungsverantwortung im gleichen Umfang wie ÄrztInnen zu übernehmen.

Meine ähnlich denkenden Kolleginnen und Kollegen und ich werden sich in den weiteren Auseinandersetzungen um Abrechnungsmodalitäten und Qualitätssicherung in der Psychiatrie dafür einsetzen, dass diese „psychotherapeutische Durchdringung“ als wesentlicher kurativer Faktor, der allerdings schwer zu manualisieren und zu quantifizieren ist, anerkannt wird.

Bei einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes sollte darauf geachtet werden, dass möglichst schon vor einem ordentlich bezahlten Psychiatriejahr die zukünftigen PsychotherapeutInnen mit psychotherapeutischen Basisqualifikationen ausgestattet werden, etwa Leitung von Gruppen und Führen von Aufnahme-/Angehörigen-/Krisengesprächen.

Die Ausbildung sollte nicht so einseitig wie bisher auf die Tätigkeit als Niedergelassene vorbereiten. Verfahren zu erlernen, die in der Psychiatrie Anwendung finden, kann auch für zukünftige Niedergelassene gewinnbringend sein.

Wir werden uns innerhalb unserer Standesvertretungen Positionen zu erarbeiten haben, wie wir uns zu unseren Konkurrenten in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen stellen, also nicht nur ÄrztInnen, sondern FH/BA/MA-PsychologInnen und (akademisierte) Krankenpflege. Dabei kann es nicht nur um Abgrenzung und Standesdünkel gehen. Gute Arbeit in unseren Institutionen ist in aller Regel Teamarbeit.

Wir sollten uns weiter beharrlich auf allen Ebenen dafür einsetzen, dass Angehörige unserer Berufe den gleichen Status und die gleiche Bezahlung wie FachärztInnen bekommen. Das bedeutet auch, dass wir Leitungsverantwortung (ggf. gemeinsam mit einer ÄrztIn) übernehmen, insbesondere dort, wo rein somatische Aspekte nicht so vorrangig sind.

Schön wäre es, wenn die vielen tausend PPs und KJPs, die in Psychiatrien arbeiten, eine vernünftige organisatorische Vernetzung hinkämen (Berufsverband, Fachzeitschrift...).