Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Quo vadis, Psychologie

Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen

Beiträge zum Tag der Psychologie 2014

Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

Quo vadis, Psychologie

Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen

Beiträge zum Tag der Psychologie 2014

Herausgeber
Vorstand des Berufsverbandes
Deutscher Psychologinnen
und Psychologen e. V. (BDP)
Bundesgeschäftsstelle
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Hauptgeschäftsführerin
Gita Tripathi
Tel.: (030) 20 91 66 600
Fax: (030) 20 91 66 680
www.bdp-verband.de
info@bdp-verband.de

Verantwortlich im Sinne des Presserechts
Prof. Dr. Michael Krämer
Präsident des BDP

Hinweis der Redaktion:
Im Bericht wird im Interesse der Lesbarkeit überwiegend die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber in jedem Fall die Vertreter beiderlei Geschlechts.

INHALT

PD Dr. Susanne Guski-Leinwand

1. IDENTITÄT DER PSYCHOLOGIE IN GESCHICHTE UND GEGENWART 7

1.1 Zusammenfassung 7

1.2 Zur Identität der Psychologie in ihrer Geschichte 7

1.3 Psychologie und Psychotherapie in der Gegenwart 9

Prof. Dr. Michael Krämer

2. AKTUELLE UND ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE PROFESSION DER PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN 13

2.1 Zur aktuellen Ausbildungssituation in Psychologie 13

2.2 Wissenschaft und Praxis 15

2.3 Psychologie und Beruf 16

2.4 Psychologie und Gesellschaft 17

2.5 Ein Blick in die Glaskugel 18

Dr. Dipl.-Psych. Ibrahim Özkan., Psychologischer Psychotherapeut
Dipl.-Psych. Maria Belz

3. DAS FREMDE ALS HERAUSFORDERUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Psychiatrisch-psychotherapeutische Regelversorgung von Migranten – Transkulturelle Psychotherapie nach dem Göttinger Konzept 21

3.1 Einleitung 21

3.2 Hintergründe und theoretische Konzeptionen 21

3.2.1 Transkulturelle Sensibilität 22

3.3 Besonderheiten in der therapeutischen Behandlung 23

3.3.1 Traumatische Belastungsfolgen und Retraumatisierung 23
3.3.2 Einfluss von Akkulturationsstress auf (psychische) Gesundheit 24
3.3.3 Einfluss von Sozialisation auf Symptomrepräsentation und Krankheitsverständnis 25
3.3.4 Erwartungen an die Therapie 25
3.3.5 Bildungsgrad bzw. Zugang zu Bildungsmöglichkeiten 26
3.3.6 Interpretierbarkeit der Testdiagnostik 26
3.4 Das Göttinger Behandlungskonzept 26
3.4.1 Einbindung in die Regelversorgung – integratives Modell 27
3.4.2 Mehrsprachige Therapeuten 27
3.4.3 Therapie mit Dolmetschern 27
3.4.4 Sprachreduzierte Methoden 28
3.4.5 Traumafokussierte Behandlung 28
3.4.6 Trauma-Stabilisierungs-Gruppe 29
3.4.7 Ressourcengruppe 29
3.4.8 Umfassendes Therapieangebot: Tanz-, Körper- und Kunsttherapie 29
3.4.9 Kooperation mit der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen in Friedland zur Früherkennung von Traumatisierungen als niedrigschwelliges Angebot für traumatisierte Asylbewerber 30
3.4.10 Kostenübernahme nach AsylLG 30
3.4.11 Innerbetriebliche Weiterbildungen und transkulturelles Konsil 30

Dr. Peter Freytag
Dipl. Psych. PP Marcus Rautenberg

4. ARBEITSFELD PSYCHOTHERAPIE: BERUFLICHE IDENTITÄT IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN WISSENSCHAFT UND HEILBERUF 35
4.1 Zusammenfassung 35
4.2 Berufliche Identität im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Heilberuf 35
4.3 Quo vadis, Psychotherapie? 36
4.4 Was ist eigentlich Psychotherapie? 36
4.5 Reform des Psychotherapeutengesetzes 37
4.6 Quo vadis, Psychologie? 40

Dr. jur., Dipl.-Psych. Anja Kannegiesser
Dipl.-Psych. Cornelia Orth

5. ARBEITSFELD RECHTSPSYCHOLOGIE 43

5.1 Zusammenfassung 43

Dipl.-Psych. Alexandra Miethner
Dr. Gerd Reimann

6. ARBEITSFELD WIRTSCHAFTSPSYCHOLOGIE: FOKUS BETRIEBLICHE GESUNDHEIT 48

6.1 Zusammenfassung 48

6.2 Einführung 48

6.3 Welche (psychologischen) Kompetenzen sind im Arbeitsfeld „betriebliche Gesundheit“ entscheidend? 49

6.4 Die Praxis am Beispiel EAP 51

6.5 Ausblick: Quo vadis, Psychologie? Quo vadis, betriebliche Gesundheit? 52

Dipl.-Psych. C. Langer

7. ARBEITSFELD GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE: NOTFALLPSYCHOLOGIE 54

7.1 Zusammenfassung 54

7.2 Berufsbild Notfallpsychologie 54

7.3 Herausforderungen und Veränderungen 55

7.4 Der Schein von Unterstützung 55

7.5 Der Skandal: die Pathologisierung 56

7.6 Kompetenzen von NotfallpsychologInnen 57

7.7 Die nicht grundständig psychologisch qualifizierte Konkurrenz 57

Dr. Jutta Helmerichs

8. PSYCHOLOGEN NICHT NUR FÜR DEN NOTFALL 59

Dipl.-Psych. Thomas Welker

9. ARBEITSFELD GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE: PRÄVENTION 62

9.1 Zusammenfassung 62
9.2 Die Definition 62
9.3 Funktion der Prävention 63
9.4 Präventionsmaßnahmen mit Erwartungen 64
9.5 Prävention und Kommunikation 65
9.6 Prävention und Körper 65
9.7 Prävention – ein Kostenfaktor 66
9.8 Der Widerspruch 67
9.9 Kompetenzen der Psychologen nicht gefragt!? 68
9.10 Womit und mit wem haben es Psychologen in ihrem Berufsfeld zu tun? 69
9.11 Der Skandal 70

Dipl.-Psych. Elisabeth Götzinger
Dipl.-Psych. Laszlo Pota

10. WEITERENTWICKLUNG DES PSYCHOLOGISCHEN BERUFSBILDS 73

10.1 Explikation des Berufsbildes Psychologe 73
10.1.1 Berufsqualifizierender Bachelor 74
10.1.2 „Nicht konsekutive“ Studiengänge 74
10.1.3 Wissenschaft Psychologie als Grundlage der Berufstätigkeit 74
10.1.4 Methodenkompetenz und Wissenschaft als Basis der Berufsausübung . . . 74
10.2 Ergebnisse des Workshops 75
10.2.1 Welche neuen Berufsfelder gibt es? Welche haben sich Wissenschaft und Beruf noch nicht erschlossen? 76
10.2.2 Welchen Weiterentwicklungen bzw. Perspektiven müssen wir uns stellen? 76
10.3 Resümee und Ausklang 77

PD Dr. Susanne Guski-Leinwand

1. IDENTITÄT DER PSYCHOLOGIE IN GESCHICHTE UND GEGENWART

1.1 Zusammenfassung

Der Tag der Psychologie stand im Jahr 2014 unter dem Motto: „Quo vadis, Psychologie?" Mit diesem Motto wurde die Frage nach der künftigen Entwicklung der akademischen Psychologie vor dem Hintergrund der anstehenden Ausbildungsreform in der Psychotherapie impliziert. Als eine im Wissenschaftskanon noch relativ junge Disziplin stellt sich für die Psychologie die Frage nach einem „Quo vadis?", auch als Frage nach der eigenen Identität. Das Nachdenken über selbige kann der Psychologie wie auch der Psychotherapie wichtige Anstöße geben. Im vorliegenden Artikel soll auf besonders relevante Aspekte Augenmerk gelegt werden.

1.2 Zur Identität der Psychologie in ihrer Geschichte

Bevor innerhalb des vorliegenden Artikels auf die Identität der Psychologie eingegangen wird, soll zuerst der Begriff der Identität geklärt werden. Wörtlich kann Identität mit „Selbigkeit" oder „Nämlichkeit" (Angehrn, 1985, S. 306) übersetzt werden. In der Psychologie und Philosophie wird Identität zumeist als eine *personale Identität* (Goffman, 1967) verstanden. Mit dieser ist eine Unverwechselbarkeit des Individuums und seiner individuellen Lebensgeschichte gemeint. Daneben wird von einer *sozialen Identität* gesprochen, welche das Individuum mittels der Zugehörigkeit zu seinen verschiedenen Bezugsgruppen ausbildet (Habermas, 1969). In diesem Sinne kann hier auch die Identität der Psychologie als eine soziale Identität beschrieben werden, wie sie aus der Sozialgeschichte der Psychologie zu entnehmen ist (Lück et al., 1987). Auch könnte in diesem Zusammenhang der Begriff der *numerischen Identität* (Habermas, 1992, S. 192) auf die Psychologie übertragen werden, welche die raumzeitlichen Abstände des Werdens der Disziplin Psychologie beschreibt. Dies geschieht üblicherweise in einer chronologischen Darstellung der Ideengeschichte der Psychologie (Lück & Guski-Leinwand, 2014, S. 24). Die Komponenten einer numerischen Identität beschreiben innere Verschiedenheiten mit Ausrichtung auf eine Metaorientierung. Als Metaorientierung der Psychologie mit ihren verschiedenen Teildisziplinen dient der Gegenstand der Psychologie als „Verhalten, Erleben und Bewusstsein des Menschen, deren Entwicklung über die Lebensspanne und deren innere (im Individuum angesiedelte) und äußere [in der Umwelt lokalisierte] Bedingungen und Ursachen" (Zimbardo, 1995, S. 4).

Betrachtet man die Psychologie im Sinne einer sozialen oder numerischen Identität, so liegen vielfältige Arbeiten vor, welche auf die Verschiedenheit der inneren Fragestellungen der Psychologie oder ihrer Einheit im Verlaufe ihrer Geschichte fokussierten (z. B. Allesch, 2001; Brauns

& Mayer, 2001; Krampen, 1991) oder in früheren Zeiten als „Krisen“ diskutiert wurden (Bühler, 1965; Hofstätter, 1941).

Im Wissenschaftskanon wurde die Psychologie ursprünglich als eine „Hülfswissenschaft“ (Grävell, 1839, S. 24; Rickert, 1896, S. 548) der Medizin bzw. der historischen Wissenschaft sowie als Hilfswissenschaft der Philosophie (Lindworsky, 1931, S. 1) angesehen. Erst mit Gründung des Laboratoriums für experimentelle Psychologie 1879 und dem daraus hervorgegangenen ersten Universitätsinstitut für experimentelle Psychologie von Wilhelm Wundt 1883 erhielt die (experimentelle) Psychologie eine erste Institutionalisierung. Aufgrund dieser beiden Daten wird Geschichte der Psychologie in ihrer Systematik und ihrem zeitlichen Horizont sehr unterschiedlich aufgefasst (z. B. Danziger, 2013; Lück & Guski-Leinwand, 2014; Robinson, 2013a und 2013b; Schönpflug, 2000 u. a.): Während für die einen die Geschichte der Psychologie bereits bei den griechischen Philosophen der Antike beginnt, legen andere den Beginn der Geschichte der Psychologie bei ihrer Institutionalisierung fest. Hermann Ebbinghaus formulierte 1907, dass die Psychologie eine lange Vergangenheit, doch nur eine kurze Geschichte hat. Vermittelnd kann hier ihre begriffliche Identifikation als „psychologia“ (Brauns, 2014) wirken: Diese hat ihren Ursprung in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts bei Freigius (1579) und Goclenius (1590) (vgl. Schüling, 1967).

Zur sozialen Identität der Psychologie in Deutschland gehören neben der Institutionalisierung auch die Gründung der Gesellschaft für experimentelle Psychologie 1904, aus der ab 1929 die Deutsche Gesellschaft für Psychologie als Vorgängerorganisation der heutigen gleichnamigen DGPs hervorging, sowie die Gründung des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen 1946. Mit dem ersten Lehrstuhl für Psychologie an der Universität Jena hatte sich die Psychologie 1923 erstmals ihren Stand als akademische Disziplin gesichert. Die Einführung der Diplomprüfungsordnung 1941 stellt ein weiteres wichtiges Ereignis dar. Doch unterscheiden sich alle diese Ereignisse hinsichtlich ihrer sozialen Bezugsgruppe: Während des Status der Hilfswissenschaft waren die sozialen Partner der Psychologie die jeweiligen akademischen Einzeldisziplinen. In den Gesellschaften und Berufsverbänden war es die – heute sogenannte – „scientific community“, welche als wichtiger sozialer Part die Psychologie in ihren unterschiedlichen Facetten auch an unterschiedlichen Kongressorten präsentierte bzw. berufspolitisch vertrat.

Als ein gleichsam „kritisches Lebensereignis“ (vgl. Guski-Leinwand, 2010, S. 342) in der Identitätsbildung der Psychologie erwies sich 1941 die Einführung der Diplomprüfungsordnung (DPO; Geuter, 1988; vgl. Gundlach, 2013, S. 250): Wurde sie vordergründig zwar als eine einheitliche Prüfung mit dem Ziel eines staatlich anerkannten Berufes und zur Vergleichbarkeit und Sicherung der Qualifizierung von Psychologen in diversen Diensten und Institutionen durch das Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung eingeführt, war sie doch bereits vorher aus den eigenen Reihen der Psychologie ideologisch „im Dienste völkischer Erziehung“ (Kroh, 1939) identifiziert worden, obwohl noch bis kurz zuvor von Erkenntnistheoretikern wie Moritz Schlick der Psychologie die Aufgabe zugeschrieben wurde, „den Entstehungsvorgang unserer Erkenntnis zu untersuchen, während die Erkenntnistheorie sich davon abgrenzend mit dem Geltungsproblem beschäftigt“ (Wendel & Engler, 2009, S. 15). Im Kern lautete so auch die wissenschaftliche Forderung Wilhelm Wundts: „Nicht erfinden, sondern auffinden soll die Erkenntnistheorie die ‚Principien der Erkenntniss‘“ (Wundt, 1896, S. 317).

Mit der DPO verlor die Psychologie den Bezug zu erkenntnistheoretischen Fragestellungen zunächst, wurde aber als „bedeutsamer Fortschritt in der deutschen Psychologie" (Kroh, 1941) benannt. Tatsächlich aber hatten völkisch-nationalsozialistische Vorüberlegungen zu „Vorschlägen, die Organisation der Wissenschaft betreffend" (Kroh, 1936) zu dieser Prüfungsordnung geführt. Diese Vorschläge waren für den sogenannten Beauftragten des Führers für die Überwachung der gesamten geistigen und weltanschaulichen Schulung und Erziehung der NSDAP erstellt worden. Darin wurde die Psychologie vom späteren Vorsitzenden der DGPs als ein „Kerngebiet" der Anthropologie im Rahmen einer „artgebundenen Wissenschaft" identifiziert (Kroh, 1936, BARCH B, NS15/216, Blatt 172), in der damals nur ein „zahlenmässig nicht sehr grosser Teil der Wissenschaftler […] aus dem Geiste des Nationalsozialismus tätig" war (Kroh, 1936, , BARCH B, NS15/216, Blatt 167). Hieraus wird ersichtlich, welchen Zuwachs die Diplom-Prüfungsordnung als sogenannte „artgebundene Wissenschaft" zunächst sichern sollte: Zugang zur Vorprüfung erhielt nur „der Bewerber und gegebenenfalls seine Ehefrau deutschen oder artverwandten Blutes […]", und die Prüflinge sollten in der pädagogisch-psychologischen Prüfung belegen, „wie weit der Prüfling imstande ist, sich im Dienste einer seelischen Hygiene des völkischen Gesamtlebens einzusetzen" (Kroh, 1941, S. 20 ff.). Dass sich in dieser DPO ein sogenannter „wissenschaftlicher Antisemitismus" (Guski-Leinwand, 2014) niederschlug, soll hier nur am Rande hervorgehoben werden. Mit letzterem Passus aus der DPO wurde inhaltlich auch eine Brücke zur Psychotherapie geschlagen. Bereits den Zielsetzungen der „Allgemeinen Ärztlichen Zeitschrift für Psychotherapie und seelische Hygiene" von 1928, deren Herausgeber der Mitbegründer der Gesellschaft für experimentelle Psychologie, der Gießener Ordinarius Robert Sommer, war, war zu entnehmen, dass Psychotherapie „nicht nur das Leiden des einzelnen, sondern auch das der Gesamtheit beeinflussen" sollte. An einer sogenannten sozialen Psychotherapie bzw. sozial angewandten Psychotherapie soll „die ganze Öffentlichkeit, […] Staat und Wirtschaft ein brennendes Interesse" gehabt haben (SGIPT, 2002).

Nach 1945 blieben die Fächerinhalte der Diplomprüfungsordnung zunächst noch weitestgehend erhalten, die ursprünglichen Zielsetzungen der DPO blieben den meisten verborgen. In den Folgejahrzehnten wurde die Diplomprüfungsordnung mehrfach verändert, weil dies die inhaltlichen Entwicklungen in der Disziplin notwendig machten (vgl. z. B. Michaelis, 1986; Krampen, 1992; Gundlach, 2013), bis schließlich durch die Bologna-Reform 1999 eine Umstellung der Diplomstudiengänge auf Bachelor- und Master-Studiengänge folgte.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass zur Betrachtung der Identitätsbildung der Psychologie die kontextuellen Bedingungen, innerhalb deren sich Veränderungen innerhalb der Disziplin ereignen bzw. ereignet haben, beachtet werden müssen (vgl. Mischel, 1981, S. 143 f.). Seit 1970 (vgl. Graumann, 1973) legen die Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Psychologie hierzu einen Bericht zur Psychologie in Wissenschaft, Beruf und Fach vor.

1.3 Psychologie und Psychotherapie in der Gegenwart

In der bisherigen Darstellung wurde die Identitätsbildung der Psychologie auf ihrem Weg zur Einzeldisziplin beleuchtet. Im Verlauf der Akademisierung verschiedenster anwendungsbezo-

gener Studiengänge kam der Psychologie auch die Rolle einer Bezugswissenschaft zu, d. h., dass nur diejenigen ihrer Inhalte in der Lehre herangezogen wurden, welche für den Anwendungsbezug als relevant erachtet werden. So sinnvoll die Integration von Teilinhalten der Psychologie in andere akademische Disziplinen ist, es darf dies nicht zulasten guter wissenschaftlicher Praxis gehen (vgl. DFG, 2013), sondern muss der Identität der Psychologie Rechnung tragen, sonst regrediert sie zur Hilfswissenschaft. Somit stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die Psychologie gegenüber einem Direktstudium der Psychotherapie steht.

Die Psychotherapie ist gegenwärtig in der Psychologie als Lehrgebiet innerhalb der Klinischen Psychologie verortet. Sie ist somit in ihrer (numerischen) Identität nicht mit der Psychologie als Gesamtdisziplin vergleichbar oder gar identisch, sondern Teil einer Teildisziplin. Bei der Klinischen Psychologie handelt es sich um „diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und psychischen Aspekten somatischer Erkrankungen befasst, mit deren Entstehungs- und Aufrechterhaltensbedingungen, Klassifikation und Diagnostik, deren Verbreitung sowie deren Prävention und Behandlung“ (Beneke, 2014, S. 23). Bereits aus dieser Definition wird deutlich, wie verschieden die Identität der Psychotherapie gegenüber der Identität der Psychologie ist (vgl. Zimbardo, 1995).

Abschließend soll noch festgehalten werden, dass mit der Frage nach der Identität einer Wissenschaft letztlich auch die Frage nach ihrem Menschenbild verbunden ist (vgl. Fahrenberg, 2007), welches Rückwirkungen auf das Selbstverständnis der Fachrepräsentanten hat. Einen ebenfalls identitätsstiftenden Anteil stellen die ethischen Richtlinien in der Psychologie seit ca. 1960 dar. Den Anstoß dazu gaben im deutschsprachigen Raum Curt Bondy (1959/1960) und Franziska Baumgarten (1961). Letztere diskutierte die Grundsätze des hippokratischen Eides mit Bezug auf die Arbeit von Psychologen. Baumgarten forderte früh eine Haltung fern von jeder Instrumentalisierung und Gewinnerzielungsabsicht. Ethische Richtlinien können somit die Berufsstände der Psychologie wie der Psychotherapie auch vor dem Diktat politischer oder wirtschaftlicher Zielsetzungen zugunsten des Individuums schützen und über diese eine Art fachliche Resilienz oder professionelle Resilienz bedeuten. Letztere sollte beim Nachdenken über die Identität einer Disziplin nicht fehlen.

Literatur

Allesch, C. G. (2001). Interdisziplinarität und „Einheit der Psychologie“ – ein Widerspruch? *Psychologie und Geschichte, 9* (3/4), 85-104.

Angehrn, E. (1985). *Geschichte und Identität.* Berlin: de Gruyter.

Baumgarten, F. (1961). Vorschläge für prinzipielle Regeln eines internationalen ethischen Kodex für Psychologen. *Psychologie und Praxis, 5,* 177-182.

Beneke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.* Stuttgart: Kohlhammer.

Bondy, C. (1959/1960). Die ethischen Grenzen psychologischer Arbeit. *Psychologische Rundschau, 10/11,* 237-258.

Brauns, H. P. (2014, July). *On an early idea of psychology or on the history of psychology in the 16th century.* Lecture/Paper presented at the ESHHS Conference, Oulu, Finland.

Brauns, H. P. & Mayer, S. (2001). Einheit und Interdisziplinarität in der Psychologie des 19. Jahrhunderts. *Psychologie und Geschichte, 9* (3/4), 60-84.

Bühler, K. (1965). *Die Krise der Psychologie.* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Danziger, K. (2013). Psychology and its history. *Theory & Psychology, 23* (6), 829-839.

DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft) (2013). Empfehlungen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Verfügbar unter: http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/download/empfehlung_wiss_praxis_1310.pdf [22.02.2015].

Ebbinghaus, H. (1907). Psychologie. In P. Hinneberg (Hrsg.), *Die Kultur der Gegenwart; Teil 1: Die geisteswissenschaftlichen Kulturgebiete* (S. 173). Teubner: Berlin/Leipzig.

Fahrenberg, J. (2007). Menschenbilder. Psychologische, biologische, interkulturelle und religiöse Ansichten. Verfügbar unter: http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2007/981/pdf/e_Buch_MENSCHENBILDER_J._Fahrenberg_2007_100807.pdf [4.3.2015].

Geuter, U. (1988). *Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Goffman, E. (1967). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Grävell, M. C. F. W. (1839). *Der Mensch. Eine Untersuchung für gebildete Leser.* Leipzig: Emil Günz.

Graumann, C. F. (1973). Zur Lage der Psychologie. In G. Reinert (Hrsg.), *Bericht über den 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Kiel 1970* (S. 19-37). Göttingen: Hogrefe.

Gundlach, H. (2013). Das Diplom und die Psychologie. Eine Rückschau. *Report Psychologie, 38* (6), 248-252.

Guski-Leinwand, S. (2010). *Wissenschaftsforschung zur Genese der Psychologie in Deutschland vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis Mitte des 20. Jahrhunderts.* Münster: LIT

Guski-Leinwand, S. (2014). *Gustav Levinstein. Unternehmer und Schriftsteller gegen „wissenschaftlichen Antisemitismus".* Berlin: Hentrich & Hentrich.

Habermas, J. (1969). *Erkenntnis und Interesse.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Habermas, J. (1992). Individuierung durch Vergesellschaftung. Zu G. H. Meads Theorie der Subjektivität. In J. Habermas (Hrsg.), *Nachmetaphysisches Denken. Philosophische Aufsätze* (S. 187-241). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Hofstätter, P. R. (1941). Die Krise der Psychologie. Betrachtungen über den Standort einer Wissenschaft im Volksganzen. *Deutschlands Erneuerung, 25* (11), 561-578.

Krampen, G. (1991). Die Standbeine der Psychologie: Geisteswissenschaften, Naturwissenschaften, Umgangswissen. *Ethik und Sozialwissenschaften, 2,* 70-72.

Krampen, G. (1992). Zur Geschichte des Psychologiestudiums in Deutschland (Originalia). *Report Psychologie, 1,* 18-26.

Kroh, O. (1936). *Vorschläge, die Organisation der Wissenschaft betreffend.* [Der Beauftragte des Führers für die Überwachung der gesamten geistigen und weltanschaulichen Schulung und

Erziehung der NSDAP, 1920-1945]. Bundesarchiv Berlin (BARCH B), NS 15 (Aktenband 216, Kra-Kroh. Blatt 167-191).

Kroh, O. (1939). Die Psychologie im Dienste völkischer Erziehung. In O. Klemm (Hrsg.), *Charakter und Erziehung. Bericht über den 16. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Bayreuth 1938* (S. 35-43). Leipzig: Barth.

Kroh, O. (1941). Ein bedeutsamer Fortschritt in der deutschen Psychologie. Werden und Absicht der neuen Prüfungsordnung. *Zeitschrift für Psychologie, 151*, 1-32.

Lindworsky, J. (1931). *Experimentelle Psychologie* (5. und neu bearbeitete Auflage). [Philosophische Handbibliothek, Band V]. München: Kösel & Pustet.

Lück, H. E., Grünwald, H., Geuter, U., Miller, R. & Rechtien, W. (1987). *Sozialgeschichte der Psychologie. Eine Einführung.* Opladen: Leske + Budrich.

Lück, H. E. & Guski-Leinwand, S. (2014). *Geschichte der Psychologie* (7. und neu bearbeitete Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Michaelis, W. (1986). *Psychologieausbildung im Wandel: Beschwichtigende Kompromisse, neue Horizonte.* München: Profil Verlag.

Mischel, T. (1981). *Psychologische Erklärungen. Gesammelte Aufsätze.* Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Rickert, H. (1896). *Die Grenzen der Naturwissenschaftlichen Begriffsbildung. Eine logische Einleitung in die historischen Wissenschaften.* Freiburg i. Br. und Leipzig: Akademische Verlagsbuchhandlung J. C. B. Mohr.

Robinson, D. N. (2013a). Historiography in psychology: A note on ignorance. *Theory & Psychology, 23* (6), 819–828.

Robinson, D. N. (2013b). A word more… *Theory & Psychology, 23* (6), 852–854.

Schönpflug, W. (2000). *Geschichte und Systematik der Psychologie.* Weinheim: Beltz.

Schüling, H. (1967). *Bibliographie der psychologischen Literatur des 16. Jahrhunderts.* Hildesheim: Olms.

SGIPT (2002). *Die Allgemeinen Ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und psychische Hygiene.* Verfügbar unter: http://www.sgipt.org/medppp/gesch/aaezp.htm [3.3.2015].

Wendel, H. & Engler, F. O. (2009) (Hrsg.). *Moritz Schlick. Allgemeine Erkenntnislehre. Kritische Gesamtausgabe.* Wien: Springer.

Wundt, W. (1896). Ueber naiven und kritischen Realismus. *Philosophische Studien, 12*, 307-408.

Zimbardo, P. G. (1995). *Psychologie* (6. und neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.

Kontakt

PD. Dr. Susanne Guski-Leinwand
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Psychologie
Am Steiger 3/Hs. 1
07743 Jena
E-Mail: susanne.guski-leinwand@uni-jena.de

Prof. Dr. Michael Krämer

2. AKTUELLE UND ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE PROFESSION DER PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN

Veränderte Ausbildung, veränderte Einmündung in den Beruf, verändertes Tätigkeitsprofil – sieht so die Zukunft der Psychologen in Deutschland aus? Auch wenn diese Frage ohne hellseherische Fähigkeiten nicht beantwortet werden kann, sollen im folgenden Beitrag, anschließend an die Darstellung der Ist-Situation, mögliche zukünftige Entwicklungen skizziert werden.

Erinnern wir uns aber zunächst an die Situation der Profession vor ca. 25 Jahren. Psychologie war schon zu dieser Zeit ein nachgefragtes Studienfach. Der Hochschulzugang ist über einen bundesweiten Numerus clausus geregelt, sodass nur Abiturienten mit Notenschnitt von „sehr gut" bis „gut" Psychologie studieren können. An den deutschen Hochschulen wird ein an der Rahmenprüfungsordnung für Studiengänge mit Diplomabschluss orientiertes, weitgehend einheitliches Studium im Fach Psychologie angeboten. Viele Studierende erleben es aufgrund seiner Fundierung in Statistik und Methodik als fordernd. Kritisiert wird von ihnen unter anderem der zu geringe Praxisbezug.

Die steigende Zahl von Absolventinnen und Absolventen des Fachs korrespondiert mit steigenden Arbeitsmöglichkeiten insbesondere im privatwirtschaftlichen Bereich. Seit 1985 ist höchstrichterlich der Titel „Psychologe" geschützt. Ca. 15.000 Psychologinnen und Psychologen waren zu dieser Zeit in Deutschland tätig (Weinert, 1985, S. 11 f.). Auch wenn sich die Beschäftigungsmöglichkeiten positiv entwickeln, kann dies nicht durchgängig für die Einkommen gesagt werden. Klinische Psychologen rechnen Psychotherapie meist auf der Basis des Erstattungsverfahrens ab. Trotz intensiver Diskussionen gibt es noch keine andere gesetzliche Regelung.

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 verbessert sich die Situation in diesem wesentlichen Teilbereich des psychologischen Berufsfelds.

2.1 Zur aktuellen Ausbildungssituation in Psychologie

Ein Studienplatz in Psychologie ist heute begehrter denn je. Margraf (2015, S. 3) berichtet von einem erforderlichen Notendurchschnitt von 1,3 im Jahr 2011, um an einer der 20 größten deutschen Hochschulen das Studium aufnehmen zu können. Im Wintersemester 2013/14 ist ein Notendurchschnitt, der besser ist als 1,5, zum Psychologiestudium an einer öffentlichen Universität notwendig. Da die Umstellung auf das Bachelor-Master-System mittlerweile vollzogen ist, erfolgt die Selektion über die Note gleich zweimal: zum Start des Bachelor-Studiums und erneut zum

Start des Master-Studiums. Im Jahr 2012 gibt es ca. 54.000 Studienplätze im Fach Psychologie, mit steigender Tendenz (darunter sind ca. 15.000 an der Fernuniversität Hagen (Margraf, 2015, S. 4). Alleine im Wintersemester 2012/13 schreiben sich ca. 18.900 Studienanfänger im Fach Psychologie ein. Dem stehen ca. 7.300 erfolgreiche Studienabschlüsse gegenüber (Ratz, 2014). Diese Zahlen wachsen weiter.

Die Studierenden berichten von einer starken Verschulung des Studiums, sehr eingeschränkten Wahlmöglichkeiten und einem hohen Wettbewerbsdruck (Krämer, 2011). Wenn die besten des Abiturjahrgangs miteinander konkurrieren und am Ende des Bachelorstudiums statt der erneuten Bestnote 1,0 als Durchschnittsnote beispielsweise „nur" eine 2,0 erreichen, da die Lehrenden zumindest noch eine geringfügige Differenzierung in der Bewertung der Studienleistungen vornehmen, dann ist das für die in Schule und Studium auf Höchstleistung ausgerichteten jungen Erwachsenen eine herbe Niederlage. Der angestrebte Master-Studienplatz rückt zudem in weite Ferne.

Deutlich mehr Frauen (78 Prozent, Stand 2010, French, 2013, S. 6) als Männer studieren Psychologie: Die Psychologie wird weiblich. Eine Ursache dafür könnte sein, dass der hohe Numerus clausus für viele männliche Interessierte prohibitiv wirkt, da sie im Schnitt schlechtere Abiturnoten aufweisen.

Noch bietet die Mehrzahl der deutschen Hochschulen mit einem psychologischen Studienangebot einen Bachelor- und einen Master-Abschluss in Psychologie an. Die Kombination von Bachelor of Science und Master of Science entspricht dem früheren Diplom in Psychologie. Nicht in allen Ländern der EU ist ein Master-Abschluss erforderlich, um als Psychologe zu arbeiten (Reddy et al., 2014). Daher wird europäisch und international an gemeinsamen Standards gearbeitet, die ein umfassendes Studium des Fachs sichern. Die European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) entwickelte hierzu das EuroPsy-Zertifikat. Eine dreistufige Ausbildung, bestehend aus einem Bachelor- und einem Master-Abschluss in Psychologie, ergänzt durch ein Jahr betreuter Praxis bis zur eigenverantwortlichen Berufstätigkeit, ist Voraussetzung für dessen Erhalt (Bamberg & Krämer, 2012; Krämer, 2012). Die International Union of Psychological Science (IUPsys) bereitet einen Kompetenzrahmen für Psychologie vor (IAAP & IUPsys, 2015).

Nach der Bologna-Reform, die auch im Fach Psychologie Bachelor- und Master-Abschlüsse hervorbrachte, steigt die Zahl an Fächerkombinationen und auch an Studienabschlüssen, die Teilqualifikationen in Psychologie enthalten. Den Hochschulen werden große Freiheiten in der Konzeption von Studiengängen eingeräumt, die Fächergrenzen überschreiten. Positiv formuliert wächst die Vielfalt der Studienangebote. Kritisch betrachtet nimmt sowohl für Studieninteressierte als auch für Arbeitgeber die Unübersichtlichkeit zu. Ein Grund für die Entstehung von Kombinationsstudiengängen ist die Forderung nach Interdisziplinarität und Flexibilität am Arbeitsmarkt. Damit einher geht die Tendenz zu zeitlich befristeter Beschäftigung und vermehrten Wechseln beruflicher Einsatzfelder im Karriereverlauf. Die Hochschulausbildung soll neben fachspezifischen Qualifikationen Schlüsselqualifikationen vermitteln, um den sich stetig wandelnden Anforderungen in veränderten Aufgaben gewachsen zu sein.

Dem widerspricht jedoch die Bestrebung, eine Trennung von psychologischer und psychotherapeutischer Ausbildung herbeizuführen, unter anderem um die Ausbildung bis zur Approbation

als Psychologischer Psychotherapeut zu verkürzen. Näheres zu diesem Thema findet sich in weiteren Beiträgen im vorliegenden Band. Die Diskussion zu diesem Punkt ist aktuell noch nicht abgeschlossen. Ein grundständiges Psychologiestudium öffnet den Zugang zu einem sehr vielfältigen Arbeitsfeld. Sollte der Vorschlag eines eigenständigen Psychotherapiestudiums realisiert werden, besteht die Gefahr, „Psychotechniker" auszubilden. Psychotherapie braucht fundierte Kenntnisse über die Grundlagen des Erlebens und Verhaltens des Menschen. Analog wäre ein Direktstudium zum Chirurgen nicht denkbar, in dem die Vermittlung der handwerklichen Fertigkeiten im Vordergrund stünde, den medizinischen Grundlagen aber wenig Zeit eingeräumt würde. Schon im Kontext der Entstehung des Psychotherapeutengesetzes hat Baumann (1995, S. 14) festgestellt: „Für die Psychotherapie wäre es daher ein Schaden, wenn sie von der Psychologie abgekoppelt würde."

Viele Studieninteressierte nähern sich dem Fach Psychologie mit der vagen Vorstellung, Psychotherapeut zu werden. Bisher und hoffentlich auch zukünftig ist das Studium inhaltlich breit genug angelegt, um Alternativen zu eröffnen, da längst nicht alle, die sich für das psychotherapeutische Arbeitsgebiet interessieren, dafür auch geeignet sind. Die Einmündung in das breite Spektrum psychologischer Tätigkeitsfelder würde durch eine Trennung von Psychologie und Psychotherapie für diese Teilgruppe verloren gehen.

Wenn es dazu käme, dass eine Approbation ohne Fachkundenachweis ein Studium mit psychotherapeutischem Schwerpunkt abschließt, hätte dies negative Folgewirkungen für den gesamten Berufsstand. Es entstünde der Eindruck, dass Master-Absolventen (in Psychotherapie) mit Approbation über einen höherwertigen Abschluss verfügten als Master-Absolventen (in Psychologie) ohne Approbation. Dies entspricht zwar nicht den Fakten, genauso wenig wie eine solche Approbation mit einer heute erteilten Approbation gleichzusetzen wäre, aber Außenstehenden wie beispielweise Klienten wäre der Unterschied kaum zu vermitteln. Im Gegensatz zur Kompetenzerwartung des Klienten läge es nahe, dass derart approbierte Psychotherapeuten, die eine Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde nicht auf sich nehmen wollen oder können, in psychologischen Arbeitsfeldern aktiv würden, für die sie das Studium nicht qualifiziert hat. Die Abnehmer psychologischer Leistungen würden unter sinkender Qualität leiden.

2.2 Wissenschaft und Praxis

Um präzise zu sein, geht Forschung, nicht nur in der Psychologie, tendenziell partikularistisch vor. Relevante Einflussvariablen werden identifiziert, andere ausgeschaltet oder kontrolliert. Bei der Verallgemeinerung der unter sehr restriktiven Bedingungen gewonnenen Erkenntnisse ist Vorsicht angezeigt, ein direkter Transfer in die Praxis oft nicht möglich. Außerdem stellt das „Forschungsobjekt" Mensch weit höhere ethische Anforderungen an den Wissenschaftler als tote Materie. So verwundert es nicht, dass zum einen drängende Praxisfragen von Wissenschaftlern nur unzureichend beantwortet werden können und zum anderen Halbwissen als Expertise verbreitet wird. Wenn sich seriöse Psychologinnen und Psychologen nur vorsichtig äußern, springen weniger skrupellose Vertreter aus anderen Disziplinen in die Bresche und prägen die öffentliche Meinung.

Als Beispiel seien die Neurowissenschaften genannt, ein Gebiet auf dem Psychologinnen und Psychologen forschen und arbeiten. Ähnlich wie einst auf dem Gebiet der künstlichen Intelligenz werden große finanzielle Mittel investiert und weitreichende Erkenntnisse zum Verständnis von Erleben und Verhalten erwartet. Bislang ist die Forschung noch mit der Entschlüsselung der hochkomplexen Zusammenhänge im Gehirn beschäftigt. Das Verständnis ist auf wenige Grundlagen beschränkt. Dennoch tauchen in der öffentlichen Darstellung des Wissens vermehrt unzureichend belegte Ableitungen auf. Sobald die Wortkombination „Neuro" benutzt wird, ist die möglichweise angestrebte öffentliche Aufmerksamkeit vorhanden. Im schlimmsten Fall kann so der Ruf der wissenschaftlichen Disziplin als Ganzes geschädigt werden.

Ein weiterer Aspekt zur Wissenschaft und Praxis sei erwähnt: Die Zahl wissenschaftlicher Publikationen steigt kontinuierlich an, dies auch in der Psychologie und insbesondere in englischer Sprache (Schui et al., 2014). Grundsätzlich ist dies zu begrüßen, da es die internationale Rezeption der von deutschsprachigen Psychologen publizierten Erkenntnisse verbessert. Als unerwünschter Nebeneffekt sei jedoch angemerkt, dass durch die stringente Ausrichtung auf die „international scientific community" der Transfer in die Praxis zumindest nicht gefördert wird. Englischsprachige Fachveröffentlichungen werden selten von Praktikern in Deutschland gelesen. Es sollte jedoch das Ziel von Wissenschaft sein, Erkenntnisse auch außerhalb des „Elfenbeinturms" zu verbreiten, insofern wäre die Übersetzung in eine für ein breiteres Fachpublikum im doppelten Sinne verständliche Sprache sinnvoll. Leider werden solche Anstrengungen in Wissenschaftskreisen eher belächelt als honoriert. Vielen sind die Folgerungen für die Praxis zu ungesichert, die „Niederungen der Praxis" eher fremd.

2.3 Psychologie und Beruf

Dem Mikrozensus 2012 (Ratz, 2014) zufolge verfügen in Deutschland ca. 104.000 erwerbstätige Personen über einen Studienabschluss im Fach Psychologie. Im Vorjahr zählte diese Gruppe noch 94.000 Personen (Bundesagentur für Arbeit, 2013). Etwa 85.000 gaben 2012 (Ratz, 2014) an, psychologisch zu arbeiten. 2011 lag diese Zahl noch bei 54.000 Personen (Bundesagentur für Arbeit, 2013). Der BDP geht unter Absehung von Bachelor-Absolventen und Abschlüssen mit Nebenfach Psychologie etc. von 64.000 praktizierenden Psychologen in Deutschland aus, etwas weniger als die Hälfte davon auf selbstständiger Basis.

Auf europäischer Ebene wird diskutiert, ob Psychologie den Gesundheitswissenschaften zuzurechnen sei. Dies trifft jedoch nur teilweise zu. Psychologen haben sich auf dem Arbeitsmarkt auch jenseits klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Tätigkeitsfelder etabliert. Eine Analyse der Stellenangebote hat ergeben, dass etwa ein Drittel aus dem klinisch-therapeutischen Bereich, ein Drittel aus der Wirtschaft und ein Drittel aus der Wissenschaft stammen (French, 2013, S. 11). Auch wenn dies nur ein Schlaglicht sein kann, sind diese drei Tätigkeitsbereiche doch die größten psychologischen Berufsfelder.

Die Arbeitslosenquote in Deutschland liegt mit ca. zwei Prozent noch unter der durchschnittlichen Quote für Akademiker. Berichtet werden Werte von 1,7 Prozent (Margraf, 2015, S. 11, Stand 2013) und 2,2 Prozent (Ratz, 2014, Stand 2012).

Trotz dieser positiven Werte harren einige psychologische Arbeitsfelder noch der Erschließung durch die Berufsgruppe. Neben dem pathogenetischen Paradigma gewinnt im Arbeitsfeld „Gesundheit" das salutogenetische Modell an Bedeutung. Kuratives Handeln soll durch Gesundheitsförderung und Prävention ergänzt werden. Noch ergeben sich aber daraus für Psychologen zu wenige berufliche Einsatzmöglichkeiten mit adäquater Honorierung. Gesundheits-, Ernährungs- oder Sportpsychologie seien als Felder genannt, die aktuell leider noch nicht das finanzielle Auskommen bieten, das ihrem Stellenwert entspricht. Gleiches gilt auch für Verkehrs-, Umwelt- oder Medienpsychologie. Trotz der Omnipräsenz dieser Themen bieten sie nur wenigen Psychologen eine gesicherte Existenz, und der Wettbewerb mit Personen mit anderem Ausbildungshintergrund ist heftig.

Es ist auffällig, dass nach wie vor die Zahl der Psychologinnen und Psychologen in Leitungspositionen gering ist (Ausnahmen bilden lediglich genuin psychologische Einrichtungen). Auch im Top-Management ist kaum ein Psychologe oder eine Psychologin zu finden. Und wenn Geschäftsführer oder Vorstände über ein psychologisches Studium verfügen, sagen sie dies nicht öffentlich, sondern betonen eher ihre Zusatzqualifikationen im Management. Es sei gefolgert, dass sich Psychologen auf Basis der vermittelten Qualifikationen und des daraus erwachsenen Selbstverständnisses als Dienstleister sehen. Sie verfügen über hohe fachliche Expertise, erheben aber in der Regel nicht den Anspruch, gesamtverantwortliche Aufgaben in Betrieben oder anderen Institutionen zu übernehmen. Als Diagnostiker, Berater und Referenten leisten sie wertvolle Dienste. Die Ziele werden häufig von anderen gesetzt.

2.4 Psychologie und Gesellschaft

Die Gesellschaft bedarf zunehmend psychologischer Expertise. Demografischer Wandel, die multikulturelle Gesellschaft und wirtschaftliche Krisen in enger zeitlicher Folge lassen sich mit den traditionellen politischen Instrumenten nicht hinreichend meistern. Die Grundlagen der sozialen Gemeinschaft, die Formen des Zusammenlebens und die interindividuelle Kommunikation verändern sich. Was gestern noch als selbstverständlich galt, zum Beispiel durch eine gute Ausbildung die Basis für eine gesicherte Altersversorgung geschaffen zu haben, wird für die nächsten Generationen unsicher. Die individuelle Orientierung bei widersprüchlichen Anforderungen und Entwicklungsaufgaben wird schwieriger. Als Beispiele seien genannt: Familienarbeit und Generativität bei gleichzeitigem hohem beruflichem Einsatz, lebenslanges Lernen bei gleichzeitiger intensiver Erwerbsarbeit zur Sicherung des Lebensstandards oder konsequente Verfolgung von Lebenszielen bei hohen Anforderungen an die individuelle Flexibilität. Nicht alle finden einen gangbaren Weg aus diesen Dilemmata. Psychologische Unterstützung kann dabei helfen.

Die Suche nach Zielen und Werten als eines der vordringlichen aktuellen Themen wird durch die brüchig werdenden Wohlstands- und Sicherheitsversprechen politischer Systeme verstärkt. Das Erstarken fundamentalistischer Orientierungen kann als ein Indikator dafür gewertet werden. Die Psychologie als Wissenschaft verfügt über empirisch belegte Erkenntnisse zum Bei-

spiel zur Bewältigung von interindividuellen und Systemkonflikten, zum Aufbau von Vertrauen oder zum Umgang mit Krisensituationen. Die Profession selbst ist einerseits gefordert, ihre Kompetenz offensiver anzubieten, und an den politisch Verantwortlichen liegt es andererseits, diese abzurufen. Eine jüngst veröffentlichte Stellenanzeige erregte Aufsehen, als von einer Regierungsstelle Sozialwissenschaftler zur Politikvermittlung gesucht wurden. „Nudges" („Stupser") sollen laut Anforderungsprofil von Psychologen gegeben werden, damit politische Entscheidungen angenommen werden. Ein solcher Einsatz ausschließlich als „akademische Handlanger" ist aber auf Dauer wenig erstrebenswert.

2.5 Ein Blick in die Glaskugel

Bei der wachsenden Vielfalt psychologischer Studienabschlüsse wird es zunehmend wichtiger, den Nutzern von psychologischen Dienstleistungen die Qualität einer umfassenden psychologischen Ausbildung zu verdeutlichen. Das Berufsbild wird sich weiter auffächern. Welche Kompetenzen bringt beispielsweise ein Absolvent mit, wenn er einen Bachelor-Abschluss in Betriebswirtschaftslehre mit einem Master-Abschluss in Organisationspsychologie verknüpft? Welchen Titel darf er führen? Absolventen mit Teilqualifikationen in Psychologie werden vermehrt mit Psychologen, die im Hauptfach Psychologie mit Bachelor- und Master-Abschluss studiert haben, in Wettbewerb treten. Zusätzliche, nach einem Studienabschluss zu erwerbende Zertifikate können allein noch keine Transparenz für Verbraucher schaffen, da auch hierbei die ausstellenden Organisationen miteinander konkurrieren und eine Inflationierung droht. Außerdem erschwert die Zertifizierungsnotwendigkeit der nachwachsenden Generation den Eintritt in die Praxis, während die im Beruf Etablierten von Übergangsregelungen profitieren.

Psychologisches Wissen kann dazu beitragen, individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen zu meistern. Margraf (2015, S. 2; vgl. Schorr, 2003) beschreibt Psychologie aufgrund ihres wissenschaftlichen Einflusses als eine „Hub-Science" („Kerndisziplin") und charakterisiert damit die zentrale Stellung der Psychologie im wissenschaftlichen Feld. Auch zur Beantwortung von politischen, wirtschaftlichen und individuellen Praxisfragen wird psychologische Expertise zukünftig eher mehr als weniger herangezogen werden. Als Beispiel sei die internationale Finanzkrise genannt, bei der die wirtschaftswissenschaftlichen Theorien zu kurz griffen und in deren Folge Subdisziplinen wie „behavioral economics" oder „behavioral finance" einen deutlichen Aufschwung erfuhren. Nachdem Wirtschaftswissenschaftlern deutlich geworden ist, dass Menschen nicht immer nach rationalen Prinzipien entscheiden, entwickeln sie mit großem Eifer Theorien, um das Verhalten von Personen im wirtschaftlichen Kontext besser zu verstehen und besser steuern zu können. Deren theoretischer Gehalt ist Fachpsychologen mindestens in Teilen schon längst geläufig. Ein intensiverer interdisziplinärer Austausch wäre ratsam.

Gut ausgebildete Psychologen, die unter anderem über die Fähigkeit zum Denken in Systemen, über Ambiguitätstoleranz und die Kompetenz zur Krisenbewältigung verfügen, die sich der multifaktoriellen Bedingtheit unseres Erlebens und Verhaltens bewusst und zugleich in der Lage sind, trotz des nach wie vor enormen Forschungsbedarfs im psychologischen Gebiet verant-

wortungsbewusst Folgerungen für die Praxis abzuleiten, werden in der Praxis gebraucht. Im angewandten psychologischen Feld sollten Psychologen von der passiven „reparierenden" in die aktiv gestaltende Rolle wechseln. Wenn aus Beratern Entscheider werden, geht damit die Bereitschaft einher, im Rampenlicht zu stehen und trotz Unsicherheit im Detail Verantwortung für das Ganze zu übernehmen. Für Absolventen anderer Disziplinen ist dies eine Selbstverständlichkeit, nicht so in der Psychologie. Aufbauend auf einem soliden ethischen Fundament und einer fundierten wissenschaftlichen Ausbildung, sollten sich Psychologen zutrauen, stärker als bisher Führung in Wirtschaftsunternehmen, in gesellschaftlich relevanten Institutionen und in politischen Parteien zu übernehmen. Analysieren, verstehen und erklären reicht allein nicht aus, um über Interventionen in Einzelfällen hinaus Veränderungen zu initiieren. Konzepte sowie Umsetzungsstrategien zu entwickeln und diese anschließend mit anderen zu realisieren, sollte stärker in den Fokus rücken. Die Richtungsweisung im politischen Leben wird unhinterfragt Vertretern normativer Disziplinen überlassen, die über keine fundierte psychologische Ausbildung verfügen, aber das Schicksal unserer Gesellschaft und jedes Einzelnen maßgeblich beeinflussen.

Ein wichtiges zukünftiges Ziel besteht darin, den Erkenntnissen der Psychologie zu drängenden gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Fragen mehr Gehör zu verschaffen und so dazu beizutragen, die notwendigen Veränderungen zu erreichen..

Literatur

Bamberg, E. & Krämer, M. (2012). Europäisches Zertifikat in Psychologie (EuroPsy). *Psychologische Rundschau, 63* (3), 181-185.

Baumann, U. (1995). Bericht zur Lage der deutschsprachigen Psychologie 1994 – Fakten und Perspektiven. *Psychologische Rundschau, 46* (1), 3-17.

French, P. A. (2013). Zur Lage der Psychologie als Fach, Wissenschaft und Beruf. *Psychologische Rundschau, 6* (1), 1-15.

Krämer, M. (2011). Bachelor- und Master-Studiengänge in Psychologie – Ist die Reform der Reform notwendig? In M. Krämer, K. Brusdeylins & S. Preiser (Hrsg.), *Psychologiedidaktik und Evaluation VIII* (S. 11-23). Aachen: Shaker.

Krämer, Michael (2012). Das EuroPsy-Zertifikat: Versuch der Etablierung eines Standards. In M. Krämer; St. Dutke & J. Barenberg (Hrsg.), *Psychologiedidaktik und Evaluation IX* (S. 31-36). Aachen: Shaker.

Margraf, Jürgen (2015). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau, 66* (1), 1-30.

Numerus Clausus (NC) im Psychologie-Studium (2015). Verfügbar unter: http://www.psychologie-studieren.de/nc-numerus-clausus/ [27.01.2015].

Ratz, Gunter (2014). Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitsmarkt für Psychologinnen/Psychologen. Verfügbar unter: http://www.uni-giessen.de/cms/fbz/zentren/zfbk/career/veranstaltungen/vortraege/terminevortragsreihe/26.11.14 [26.01.2015].

Reddy, P., Dutke, St., Papageorgi, I. & Bakker, H. (2014). Educating Europe. *The Psychologist, 27* (12), 928-931.

Schorr, A. (2003). Die Psychologie als Wissenschaft und als Profession. In A. Schorr (Hrsg.), *Psychologie als Profession* (S. 1-56). Bern: Huber.

Schui, G., Hoffmann, J. M. & Krampen, G. (2014). ZPID-Monitor 2011 zur Internationalität der Psychologie aus dem deutschsprachigen Bereich: Der Kurzbericht. *Psychologische Rundschau, 65* (1), 24-29.

Weinert, Franz E. (1987). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau, 38* (1), 1-13.

Kontakt

Prof. Dr. Michael Krämer
Bundesgeschäftsstelle
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
E-Mail: m.kraemer@bdp-verband.de

Dr. Dipl.-Psych. Ibrahim Özkan., Psychologischer Psychotherapeut
Dipl.-Psych. Maria Belz

3. DAS FREMDE ALS HERAUSFORDERUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Psychiatrisch-psychotherapeutische Regelversorgung von Migranten – Transkulturelle Psychotherapie nach dem Göttinger Konzept

3.1 Einleitung

Laut aktuellen Statistiken (Statistisches Bundesamt, 2013) haben rund 20 Prozent der in Deutschland lebenden Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Dennoch mangelt es noch an Integrationsbemühungen seitens der institutionellen Strukturen – so muss sich auch das Versorgungssystem an die sich wandelnde Gesellschaft anpassen. Nach wie vor schränken strukturelle Hindernisse den Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu medizinischer Behandlung und Psychotherapie ein: Probleme bei der Kostenübernahme, Sprachbarrieren und kulturelle Insensibilität seitens der Behandler sind an der Tagesordnung.

Der folgende Artikel wird zunächst die Hintergründe und Besonderheiten transkultureller Versorgung beleuchten, um dann das Göttinger Behandlungskonzept für Patienten mit Migrationshintergrund vorzustellen, welches den zuvor beschriebenen Aspekten Rechnung trägt.

3.2 Hintergründe und theoretische Konzeptionen

Als Personen mit Migrationshintergrund gelten „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten sowie alle in Deutschland Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil". Die Bezeichnung „Menschen mit Migrationshintergrund" ist insofern problematisch, als sie eine stark heterogene Gruppe umfasst (Spallek & Zeeb, 2010) und die enorme Diversität der Herkunft, Sozialisation, Bildung, Migrationsmotivation etc. vernachlässigt. Eine Reduktion von Menschen auf ihren Migrationshintergrund führt zu Stigmatisierung und Othering[1], was zur Exklusion aus der Mehrheitsgesellschaft führt. So birgt der Begriff die implizite Definition, welche Menschen „deutsch" seien und welche nicht – und spricht damit Menschen, die eine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, seit Längerem in Deutschland leben oder sich selbst als „deutsch" definieren, die Zugehörigkeit zur „deutschen" Mehrheitsgesellschaft (d. h. Menschen „ohne Migrationshinter-

1 Othering = das „Kreieren eines anderen" bzw. die „Objektmachung einer anderen Person oder Gruppe", bei der diesen Personen ihre Individualität und Subjektivität aberkannt wird (Abdallah-Pretceille, 2003), Begriff nach Edward W. Said (1979)

grund“ – dies wird jedoch nicht angeführt, sondern als Normalität vorausgesetzt) ab. Da es nach wie vor gesellschaftliche Realität ist, dass Menschen „mit Migrationshintergrund“ Diskriminierung und Ausgrenzung erfahren, wird in diesem Artikel dennoch diese Bezeichnung benutzt, um auf die Exklusion und Barrieren aufmerksam zu machen, die diese Menschen in unserer Gesellschaft und insbesondere auch in der Gesundheitsversorgung erfahren. Ebenso wie sich die Konstruktion von „deutscher“ Identität wandeln muss, muss sich auch das Versorgungssystem auf die größere Diversität der kulturellen Prägungen von Patienten einstellen. Hierbei geht es nicht darum, passend zugeschnittene Kulturkonzepte zu entwickeln, sondern um eine Erweiterung der Flexibilität sowie der verfügbaren Handlungsoptionen (Domenig, 2001; Domenig, 2007). Hilfreich hierbei ist das Vorhandensein transkultureller Sensibilität bei den Akteuren des Versorgungssystems.

3.2.1 Transkulturelle Sensibilität

Um Menschen zu behandeln, die mit „anderen“ religiösen Praktiken, einem „anderen“ Familienverbund oder einem „anderen“ Krankheitsverständnis sozialisiert wurden, brauchen Therapeuten kein spezielles „Fachwissen“ für ebendiese kulturellen Prägungen mitzubringen (was unter Anwendung eines mehrdimensionalen Kulturbegriffs auch gar nicht möglich ist, da jeder Mensch demnach verschiedenen Kulturen zugehörig ist). Wichtiger sind die Reflexion der eigenen Prägungen und Werte, eine offene Haltung gegenüber der Lebensrealität des Klienten und die Bereitschaft, von ihnen über ihre kulturellen Rituale und Praktiken zu lernen und diese wertfrei anzunehmen. Das Ziel ist die individuelle, adäquate Behandlung der Patienten, bei der den kulturellen Besonderheiten und Einflüssen Beachtung geschenkt wird, ohne diese stereotyp einzuordnen.

Im Prinzip ist dies die Grundhaltung, mit der Therapeuten jedem Klienten und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund gegenübertreten sollten. Diese Grundhaltung kann bei Anwendung eines weiter gefassten, multidimensionalen Kulturbegriffs als transkulturelle Sensibilität beschrieben werden:

> *„Unser Gesundheitssystem benötigt keine spezifischen Versorgungskonzepte für einzelne ethnische oder religiöse Gruppen, sondern einen transkulturell sensiblen Zugang zu jedem einzelnen Patienten. Transkulturelle Sensibilität ermöglicht eine individuell adäquate Behandlung des einzelnen Patienten. Seine kulturellen und ebenso individuellen Besonderheiten finden Eingang in das therapeutische Setting, ohne dass der Patient in Stereotype eingeordnet wird. Eine transkulturelle, achtsame Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund ermöglicht eine bessere Erfüllung der spezifischen Ansprüche, vor die unser Gesundheitssystem seit dem Anwachsen der weltweiten Migrationsbewegungen gestellt ist.“ (Özkan, 2011)*

Dieses Modell geht davon aus, dass jeder Mensch in verschiedenen kulturellen Kontexten sozialisiert ist und somit nicht nur durch eine, sondern von verschiedenen Kulturen geprägt ist, die in unterschiedlichen Settings unterschiedlichen Einfluss nehmen und Bedeutung haben können.

In einem schlechtes Verhältnis steht ebenfalls der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund unter den Professionellen in der Gesundheitsversorgung: Es sei anzumerken, dass bei einem Anteil von 20 Prozent an Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland der Anteil an Ärzten und Therapeuten mit Migrationshintergrund deutlich geringer ist und diese somit unterrepräsentiert sind. Die Chancenungleichheit des deutschen Bildungssystems sowie der Rassismus des Arbeitsmarktes spiegeln sich hier wider und werden zum Nachteil für die Krankenversorgung.

Der Schwerpunkt „Kultur, Migration und psychische Krankheiten" will einerseits kultursensible Therapie für Menschen mit Migrationshintergrund anbieten und andererseits das Fachpersonal, also Psychologen, Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter etc. (mit und ohne Migrationshintergrund), für den Umgang und die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund sensibilisieren. Im Asklepios Fachklinikum Göttingen ist der Schwerpunkt daher explizit in die psychiatrische Regelversorgung eingegliedert und keine eigene Abteilung. Im Prinzip könnte man sagen, dass es das Ziel des Schwerpunktes ist, sich auf lange Sicht hin selbst verzichtbar zu machen, da die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund bzw. diversen „kulturellen Zugehörigkeiten" in Deutschland keine Besonderheit mehr darstellen sollte.

3.3 Besonderheiten in der therapeutischen Behandlung

Bei der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sehen sich die Behandelnden zum Teil mit besonderen Anforderungen konfrontiert. Dies können z. B. sprachliche Barrieren, „kulturell" unterschiedliche Krankheitsverständnisse und Symptomrepräsentationen (Heinz & Kluge, 2011; Franz et al., 2007) sein. Im Hinblick auf die Gefahr des Othering sei angemerkt, dass es sich hierbei vielmehr um Verständnisschwierigkeiten über die individuellen Annahmen handelt, z. B. aufgrund von (stereotypen) Vorannahmen auf beiden Seiten (Therapeut/Klient). Auch strukturelle Barrieren, wie befristete Aufenthaltsgenehmigungen oder ein eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem, haben einen Einfluss auf die therapeutische Behandlung. Dies betrifft insbesondere Menschen, die einen Antrag auf Asyl gestellt haben. Ebenso ist die erhöhte Prävalenz von Traumafolgestörungen in dieser Population zu berücksichtigen (Gäbel et al., 2006).

3.3.1 Traumatische Belastungsfolgen und Retraumatisierung

Von Asylsuchenden häufig angegebene Gründe für eine Flucht ist die Erfahrung von Gewalt oder Lebensbedrohung durch politische Verfolgung, Folter oder Krieg, was sich auch in Zahlen von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten niederschlägt. Sie entwickeln insbesondere Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depressionen und psychosomatische Beschwerden (von Lersner, Rieder & Elbert, 2008). In Deutschland berichten Gäbel, Ruf, Schauer Odenwald und Neuner 2006 eine Punktprävalenz von 40 Prozent für PTBS bei Asylbewerbern und Kriegsflüchtlingen (Gäbel et al., 2006). Diese Zahl ist deutlich höher als bei Menschen mit deutscher

Staatsangehörigkeit, für welche in einer repräsentativen Studie von Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) eine Einen-Monatsprävalenz von 2,4 Prozent festgestellt wurde. Darüber hinaus zeigen sich die Symptome einer Belastungsstörung nicht selten zeitlich versetzt, also erst Monate oder Jahre später, als „late-onset PTBS" (Ziegenbein, Machleidt & Callies, 2008). Neben traumatischen Erfahrungen in der Herkunftsregion oder auf der Flucht müssen jedoch auch (re)traumatisierende Umstände im Zielland berücksichtigt werden (Özkan, 2004). Nachrichten aus dem Herkunftsland, wie z. B. Kriegsberichte, können reaktualisierend wirken (ebd.). Weiterhin leben Asylsuchende in einer anhaltenden Belastungssituation, die den eigenen Akkulturationsstress beinhaltet, ebenso wie sie fremdenfeindlichen und rassistischen Übergriffen und Strukturen, Repression, langen Wartezeiten im Asylverfahren, Stress und Unsicherheit durch befristete Aufenthaltsgenehmigungen oder unsicheren Aufenthaltsstatus, Angst vor Abschiebung etc. ausgesetzt sind. Auch Beschränkungen der eigenen Freiheit durch die Residenzpflicht sowie die Zwangsunterbringung in Massenunterkünften und soziale Isolation stellen eine psychische Belastung für Asylsuchende dar. Oftmals entwickeln sich Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Abhängigkeit, da die Kontrolle über das eigene Leben eingeschränkt wird. Wichtig ist auch zu beachten, dass nicht nur eine erlebte Erfahrung, sondern bereits deren Antizipation traumatisierend wirken kann (Gierlichs, 2003). So konfrontiert der befristete Aufenthaltsstatus „Duldung" viele Menschen dauerhaft mit der Möglichkeit einer plötzlichen Abschiebung in ihr (vermeintliches) Herkunftsland und verursacht oder manifestiert psychische Belastung und verhindert eine Stabilisierung.

Wichtig zu beachten ist weiterhin, dass traumatische Erfahrungen nicht nur zur Entwicklung einer PTBS führen, sondern auch auslösend oder mitverantwortlich für die Entstehung anderer psychischer Störungen sein können (Schouler-Ocak et al., 2010). Insbesondere können depressive oder somatoforme Störungen infolge einer Stressfolgestörung auftreten (Schubert & Punamäki, 2011).

3.3.2 Einfluss von Akkulturationsstress auf (psychische) Gesundheit

Menschen, die migrieren, stehen zunächst einmal vor der Herausforderung von abrupt veränderten Lebensbedingungen und einer neuen Umgebung, in der sie sich orientieren müssen. Dazu gehört u. a. auch das Erlernen von kulturellen Codes, gesellschaftlichen Strukturen und Abläufen etc. Hinzu kommen Erfahrungen der Trennung von der Herkunftsumgebung, die manchmal freiwillig, bei Asylbewerbern in der Regel jedoch nicht freiwillig geschah. Sie erleben Entwurzelung und die Trennung vom heimatlichen Umfeld. Hinzu kommt die bereits erläuterte Isolation. Somit verfügen sie häufig nicht über stabilisierende Ressourcen, wie ein soziales Netzwerk oder Zugang zum Sozialsystem. Diese Ausgrenzungserfahrungen stellen eine Stressbelastung für Migranten dar, die zu einer nachhaltigen Verunsicherung und zur Entwicklung eines problematischen Verhältnisses zu sich selbst führen kann (Özkan, 2011). Nach Berry (2006) kommt es im Akkulturationsprozess zu individuell unterschiedlichen Verhaltensänderungen. Diese Anpassungs- und Lernprozesse führen zu einer Umstrukturierung der persönlichen Identität im Migrationsprozess durch die Auseinandersetzung mit neuen kulturellen Kontexten sowie mit der eigenen kulturellen Prägung. Neu erworbenes Verhalten und Einstellungen können dabei im Konflikt mit Werten und Normen

der ursprünglichen Sozialisation stehen, was beim Individuum zu Stresserleben führen kann (Han, 2000). Weitere empirische Studien belegen ebenfalls die Korrelation von Akkulturationsstress und globaler psychischer Belastung (z. B. Haasen et al., 2007). Außerdem konnte gezeigt werden, dass Postmigrationsstressoren einen erheblichen Einfluss auf die Schwere der PTBS-Symptomatik haben können (Carswell, Blackburn & Barker, 2011).

Daher muss die individuelle Akkulturationssituation der Patienten in der Behandlung berücksichtigt werden, und weitere Belastungen, z. B. durch Fremdheitserfahrungen in der Therapie, müssen vermieden werden (Özkan & Belz, 2013). Hierfür sind insbesondere die (therapeutische) Haltung und die Auseinandersetzung mit eigenen stereotypen Annahmen der Behandelnden wichtig. Um anderen Menschen ohne Vorurteile entgegentreten zu können, ist die Reflexion der eigenen Sozialisation von entscheidender Bedeutung. Hierbei geht es um die Bewusstmachung der eigenen erlernten, impliziten (rassistischen) Stereotype bzw. vorurteilsgeleiteten Kategorisierungen. Denn das Fremde entsteht durch die Abgrenzung vom Eigenen, ist somit also nicht manifest, sondern ein Produkt unserer Wahrnehmung (Waldenfels, 2006; Özkan, 2011). Somit ist die Reflexion der eigenen (privilegierten) Position und Identitäten grundlegend, um sich selbst gegenüber kritisch zu sein und den Klienten mit einer offenen Haltung zu begegnen.

3.3.3 Einfluss von Sozialisation auf Symptomrepräsentation und Krankheitsverständnis

Die westlichen medizinischen Wissenschaften ziehen seit Jahrhunderten eine künstliche Trennlinie zwischen Körper und Psyche. Erst in den letzten Jahrzehnten bekommt ein ganzheitliches Menschenbild mehr Beachtung. In anderen kulturellen Kontexten hingegen existiert seit jeher ein ganzheitliches Krankheitsverständnis, welches psychische Belastungen oft über körperliche Symptome beschreibt. So z. B. wird ein Gefühl der starken Trauer im türkischen Sprachraum häufig über die Organmetapher „meine Leber brennt" ausgedrückt. In der Schulmedizin und deren rational geprägter Herangehensweise unbeachtete bzw. „ins Lächerliche gezogene" übernatürliche Phänomene und spirituelle Erscheinungen mögen für manche Menschen handlungsleitend sein und von wichtiger Bedeutung sein und sind nicht als wahnhaftes Erleben zu interpretieren (Ebner, 2010). Jedoch sind Organmetaphern keineswegs spezifisch für bestimmte Kulturen oder Migranten im Allgemeinen. So existieren derartige Formulierungen ebenfalls in der deutschen Umgangssprache (z. B. „das schlägt mir auf den Magen" oder „das Herz ist mir in die Hose gerutscht").

3.3.4 Erwartungen an die Therapie

Auch das Verständnis von Psychotherapie und ihren Inhalten sowie der Rolle des Therapeuten kann sich regional und kulturell unterscheiden. So kann es leicht zu Missverständnissen oder Enttäuschungen kommen, die einen Einstieg oder das Weiterführen einer Therapie erschweren oder die therapeutische Beziehung belasten können. Daher empfiehlt es sich, das therapeutische Setting sowie die Methoden zu erklären und den Prozess so transparent wie möglich zu gestalten (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2008; Kahraman & Abdallah-Steinkopff, 2010).

3.3.5 Bildungsgrad bzw. Zugang zu Bildungsmöglichkeiten

Insbesondere in der psychologischen Diagnostik ist es wichtig zu beachten, dass eine Schulbildung, wie sie in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben ist, nicht allen Menschen zugänglich war. So ist z. B. für die Testdiagnostik wichtig abzuklären, inwiefern die Klienten lesen und schreiben können. Dies kann ein wichtiger Grund für vermeintliche Orientierungslosigkeit sein. Ebenso ist zu beachten, dass Asylbewerber in Deutschland einen stark eingeschränkten Zugang zu Bildungsmöglichkeiten haben und auch Deutschkurse – je nach Aufenthaltsstatus – häufig erst ab einem bestimmten Zeitpunkt im Asylverfahren besuchen dürfen. Für minderjährige Geflüchtete besteht Schulpflicht, allerdings dauert es oft eine lange Zeit, bis strukturelle sowie rassistische Hürden (z. B. Untersuchung durch Amtsarzt; Schulen lehnen Ausländer in Klasse ab) überwunden sind (z. B. zur Situation in Berlin: Mitteilung vom Flüchtlingsrat Berlin, 2013).

3.3.6 Interpretierbarkeit der Testdiagnostik

Weiterhin sollte auch beachtet werden, dass ein Großteil der psychologischen Messinstrumente von westlichen Wissenschaftlern entwickelt und von deren Konstrukten geprägt sind (De Jong, 2010). Es ist daher fraglich, ob sie überhaupt zur Testung von Menschen, die nicht in der westlichen Welt sozialisiert wurden, eingesetzt werden können, bzw. es ist zu beachten, dass das Ergebnis vermutlich nicht valide ist. Ebenso sind psychologische Konstrukte, wie z. B. Intelligenz, auf eine universelle Gültigkeit kritisch zu hinterfragen, da sie auf westlichen Wertmaßstäben und Untersuchungen basieren und an anderen Populationen kaum validiert wurden. Eine unreflektierte Anwendung von Diagnostik mit Intelligenztests ist daher abzulehnen, da es hier zu Fehleinschätzungen kommen kann (Anderson, 2007).

Auch Testinstrumente, die speziell zur Diagnostik von Belastungsstörungen eingesetzt werden, sind häufig nicht kultursensibel. So fragt z. B. der SCL-90 Items ab, die für Menschen mit Migrationshintergrund alltägliche Kompensationsstrategien beschreiben, und pathologisiert diese (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). So kann die Anwendung dieses Diagnostikinstrumentes bei Menschen mit Fluchterfahrung oder Betroffenen von (rassistischer) Diskriminierung zu einer Überschätzung der Symptomatik und zu Fehldiagnosen führen. Auch besteht die Gefahr, dass durch die Reduktion der Diagnostik auf standardisierte Testinstrumente spezifische Symptome übersehen oder als unwichtig eingestuft werden können.

3.4 Das Göttinger Behandlungskonzept

Das Göttinger Konzept (Tumani et al. 1999; Özkan & Belz, 2011) des in der Institutsambulanz des Asklepios Fachklinikum Göttingen angesiedelten Schwerpunktes „Kultur, Migration und psychische Krankheiten“ bietet für die umfassende Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund mehrsprachige und sprachreduzierte Behandlungsangebote sowie eine Spezi-

alisierung auf traumafokussierte Behandlung. Im Folgenden werden wichtige Bestandteile des kultursensiblen Behandlungskonzeptes vorgestellt.

3.4.1 Einbindung in die Regelversorgung – integratives Modell

Die reguläre Gesundheitsversorgung in Deutschland versucht seit einigen Jahren, sich der seit Mitte des letzten Jahrhunderts angestiegenen Zahl an Zuwandern zu öffnen. Dabei sind verschiedene Konzepte entstanden, die David (2001) in zwei Kategorien unterteilt. Er führt zum einen das „Konzentrationsmodell" an, welches die Einrichtung von separaten Migrantenstationen mit speziellen Angeboten für Migranten beschreibt. Das „integrative Modell" hingegen bezieht Migranten in das reguläre klinische Versorgungskonzept mit ein. Während Migrantenstationen durch spezielle Angebote, wie z. B. muttersprachliches Personal auf den ersten Blick einen leichteren Zugang für Menschen mit Migrationshintergrund bieten, sind sie im Großen und Ganzen doch eher exklusiv, da sie eine Segregation von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund fördern.

In dem Maße, wie sich die Zusammensetzung der deutschen Gesellschaft ändert, sollte sich auch das Versorgungssystem für eine multikulturelle Versorgung öffnen und Einwanderer in die reguläre Versorgung mit aufnehmen. Die „Integration" ist ein beidseitiger Prozess. Der „Schwerpunkt für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten" ist seit 1998 Bestandteil der Psychiatrischen Institutsambulanz und damit in die reguläre Versorgung integriert. So bietet sich die Möglichkeit, sowohl sprachbarrierearme Behandlungen zu ermöglichen als auch die vielfältigen psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie weitere soziale Angebote zu nutzen. Außerdem bemüht sich der institutionelle Schwerpunkt um die Schulung des Klinikpersonals und um Präsenz auf externen Veranstaltungen sowie darum, die kultursensible Behandlung in der Regelversorgung zum Standard und die Versorgung und Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund nicht zu einem zusätzlichen Serviceangebot werden zu lassen.

3.4.2 Mehrsprachige Therapeuten

Die Berücksichtigung sprachlicher Barrieren in der therapeutischen Behandlung ist von großer Bedeutung, da sich eine gute Verständigung für den Behandlungserfolg als wichtiger erweist als die Behandlungsmethode selbst (Bermejo et al., 2009). Die Psychologen und Sozialarbeiter des Schwerpunktes sind fließend mehrsprachig, sodass zurzeit Therapie auch auf Türkisch, Arabisch, Russisch, Englisch und Spanisch angeboten werden kann.

3.4.3 Therapie mit Dolmetschern

Da auch im mehrsprachig kompetenten Team nur einige Sprachen abgedeckt werden können, finden Therapiegespräche häufig in einer „Dreieckskonstellation" mit Hilfe von qualifizierten Dolmetschern statt. Diese werden vor dem Einsatz vom Schwerpunktteam für die besonderen Anforderungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Gespräche geschult. Inhalte der Qualifizie-

rung sind neben der Erläuterung der Schweigepflicht, dem Erwerb von Grundkenntnissen über Psychiatrie und Psychotherapie sowie über psychiatrische Störungsbilder auch die Reflexion der Rolle als Dolmetscher. Von großer Wichtigkeit für den therapeutischen Prozess ist die Übersetzung des Gesagten statt der Interpretation durch den Dolmetscher.

Psychohygiene ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der vorbereitenden Schulung sowie der begleitenden Supervision, um Dolmetscher vor einer stellvertretenden Traumatisierung zu schützen (Birck, 2001; Haenel, 2002). Auch wenn die eigene psychische Stabilität eine der Grundvoraussetzungen für die Arbeit im therapeutischen Setting ist, sind Dolmetscher in dieser Hinsicht besonders vulnerabel, da sie nicht über eine therapeutische Ausbildung verfügen und somit einer hohen emotionalen Belastung ausgesetzt sein können. Weiterhin kann es zur Übertragung oder (Re-)Aktivierung von eigenen traumatischen Erfahrungen kommen. Hier sollen Techniken zum Umgang mit der emotionalen Belastung nach den Gesprächen sowie zur Stärkung von Ressourcen vermittelt werden.

Neben dem zusätzlichen Verwaltungsaufwand (Kostenanträge, Terminabsprache) und der Veränderung der Beziehung durch die Anwesenheit einer dritten Person (Haenel, 1997) kann der Einsatz von Dolmetschern jedoch deutlich zur Behandlungsqualität beitragen, wenn dadurch die sprachliche Verständigung zwischen Patient und Therapeut erleichtert oder überhaupt erst möglich gemacht werden kann.

3.4.4 Sprachreduzierte Methoden

Um die sprachlichen Barrieren im therapeutischen Angebot zu verringern, gibt es viele Angebote, die entweder mit wenig Deutschkenntnissen zugänglich sind, wie beispielsweise die Trauma-Stabilisierungs-Gruppe, oder sogar ganz ohne sprachliche Verständigung auskommen, wie z. B. die tanztherapeutischen Angebote. Auch im gesprächstherapeutischen Setting findet eine Anpassung an die Patienten statt, z. B. durch Einsatz einer einfach verständlichen Sprache. Hintergrund ist hierbei nicht nur die Tatsache, dass Deutsch für viele Patienten eine Fremdsprache ist, sondern auch, dass bei manchen Krankheitsbildern (z. B. Traumatisierungen) eine Versprachlichung von belastenden Erfahrungen oder deren Aufarbeitung nicht oder nur eingeschränkt möglich ist und somit ein anderer Zugang Entlastung bietet.

3.4.5 Traumafokussierte Behandlung

Ein Großteil der Patienten des Schwerpunktes weist Traumafolgestörungen wie PTBS oder Angststörungen auf. Hierbei ist auch die Abklärung von komorbiden Störungen, wie z. B. Depressionen oder Psychosen unerlässlich. Da eine traumakonfrontative Therapie bei Menschen im laufenden Asylverfahren ein hohes Retraumatisierungsrisiko birgt (s. o.), wird in dem Behandlungskonzept mit Geflüchteten in erster Linie am Aufbau einer psychischen Stabilisierung gearbeitet. Bedeutsam hierfür sind eine solide therapeutische Beziehung sowie die psychosoziale Begleitung im Asylverfahren. Im Hinblick auf das traumatische Erlebnis wird zunächst psychoedukativ und ressourcenorientiert gearbeitet sowie ein Umgang mit der traumaspezifi-

schen Symptomatik erlernt. Besondere Bedeutung wird hierbei auf die (Re-)Aktivierung und Unterstützung von individuellen (und auch kulturspezifischen) Ressourcen gelegt. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist das Empowerment und somit die Wiederherstellung der Fähigkeit, sich im Alltag zu behaupten. Regelmäßige ambulante Kontakte sollen einer stationären Aufnahme im Rahmen von krisenhaften Entwicklungen vorbeugen. Erst wenn die notwendige körperliche und psychische Sicherheit durch u. a. einen sicheren Aufenthaltstitel gewährt ist (siehe Rössel-Cunovic, 1999; Birck, 2004), werden traumatische Erfahrungen näher betrachtet und aufgearbeitet.

3.4.6 Trauma-Stabilisierungs-Gruppe

Den Nutzen von Gruppentherapien bei Traumaüberlebenden beschreiben Mendelsohn, Zachary und Harney (2007) in ihrer Studie: So wirke der Austausch mit anderen Menschen dem isolierenden Effekt eines interpersonellen Traumas entgegen, indem im Gruppensetting wertschätzende und sichere Beziehungen erfahren werden können. Um auch Menschen mit wenig Deutschkenntnissen einen Zugang zu ermöglichen, werden im Göttinger Behandlungskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund Trauma-Stabilisierungs-Gruppen in sprachreduzierter Form angeboten. Die Hauptinhalte sind: Traumaedukation für alle Symptomcluster, das gemeinsame Erlernen von Stabilisierungstechniken und die Stärkung der persönlichen Ressourcen. Özkan und Belz (2011) beschreiben darüber hinaus Identitätsklärung, Integrationsförderung, Sprachförderung und Reduktion des Akkulturationsstresses als positive Auswirkungen von gruppentherapeutischen Interventionen, welche sich speziell an Menschen mit Migrationshintergrund richten.

3.4.7 Ressourcengruppe

Die Ressourcengruppe ist ein weiteres sprachreduziertes Gruppenangebot, welches sich diagnoseunspezifisch an Patienten mit Migrationshintergrund und reduzierten Deutschkenntnissen richtet. Das salutogenetisch ausgerichtete Gruppenkonzept enthält Psychoedukation zu der Relevanz von persönlichen und kulturellen Ressourcen bei der Bewältigung von Stress sowie zum Phänomen des Akkulturationsstresses. Weiterhin werden die Teilnehmer dazu angeleitet, eigene Ressourcen in der Gruppe zu teilen.

3.4.8 Umfassendes Therapieangebot: Tanz-, Körper- und Kunsttherapie

Im Rahmen des Projektes „Tanzen durch Kontinente, Kulturen und Epochen“ gibt es körper- und kunsttherapeutische Angebote für Patienten mit depressiver Begleitsymptomatik. Die nonverbale Therapie spricht so Menschen an, die aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten in einer gesprächsbasierten Therapie überfordert sind. Auch bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Verbalisierbarkeit, wie z. B. bei Traumafolgestörungen, kann ein körperorientierter Zugang entlastend sein.

3.4.9 Kooperation mit der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen in Friedland zur Früherkennung von Traumatisierungen als niedrigschwelliges Angebot für traumatisierte Asylbewerber

Es gibt diverse Hindernisse, die den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Geflüchtete erschweren. Insbesondere neu ankommende Menschen haben oftmals aufgrund von sprachlichen und institutionellen Barrieren nur eingeschränkte Möglichkeiten, eine psychologische Beratung aufzusuchen, obwohl der Bedarf besteht. Um eine psychische Störung so früh wie möglich zu diagnostizieren und Betroffenen schnellstmöglich eine Behandlung bieten zu können, kooperiert der Schwerpunkt der Institutsambulanz seit 2012 mit der Landesaufnahmebehörde in Friedland. In der dortigen Erstaufnahmeeinrichtung kommen pro Jahr mehrere Tausend Asylbewerber an. Die Verweildauer liegt zwischen ein paar Tagen und mehreren Monaten, bis die Geflüchteten in (Sammel-)Unterkünften verschiedener Kommunen untergebracht werden. In drei Sitzungen wird eine umfassende Anamnese erhoben, eine vorläufige Diagnose gestellt und eine Behandlungsempfehlung ausgesprochen. Es wird im Folgenden versucht, diese Behandlungsempfehlung in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachen e. V. (NTFN) gegenüber der Ausländerbehörde hinsichtlich der Auswahl des Zielortes der Weiterverteilung durchzusetzen. Der frühzeitige Zugang zu Behandlung soll der Chronifizierung der Beschwerden vorbeugen und die weitere Behandlungsbereitschaft durch positive Erfahrungen mit psychotherapeutischer Versorgung in dem speziellen Setting des Schwerpunktes erhöhen.

3.4.10 Kostenübernahme nach AsylLG

Da Asylbewerbern nach dem Asylbewerberleistungsgestz (AsylLG) lediglich eine Notfallversorgung zusteht, ist die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung mit einigem bürokratischen Aufwand verbunden. Der Schwerpunkt hat mit den regional zuständigen Ausländerbehörden/Sozialämtern Vereinbarungen über den Therapiezugang für Geflüchtete getroffen. So werden für Asylbewerber, die eine ambulante Behandlung im Asklepios Fachklinikum Göttingen aufsuchen, die ersten fünf Sitzungen nach Stellung eines Kostenantrages übernommen. Nach den probatorischen Sitzungen, die zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Untersuchung mit u. a. der Erhebung der Anamnese, der Sozialanamnese, der Testdiagnostik, des psychopathologischen Befundes und der Diagnosestellung dienen, wird eine ausführliche Stellungnahme an das zuständige Sozialamt geschickt, um gegebenenfalls eine weiterführende therapeutische Behandlung zu beantragen und zu begründen. Dieses Vorgehen hat sich als sehr hilfreich erwiesen, um Asylbewerbern einen vergleichsweise niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten therapeutischen Versorgung zu gewähren.

3.4.11 Innerbetriebliche Weiterbildungen und transkulturelles Konsil

Da die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund und Asylsuchenden keine Sondermaßnahme, sondern eine Selbstverständlichkeit darstellen sollte, bietet der Schwerpunkt

regelmäßige innerbetriebliche Weiterbildungen sowie transkulturelle konsiliarische Beratung für die Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikums Göttingen an. Hierbei soll das gesamte Personal erreicht werden, um eine umfassende transkulturelle Sensibilität zu erreichen. Dabei werden verschiedene Methoden angewendet, von der Vermittlung von Faktenwissen über das Asylsystem bis hin zu Übungen und Rollenspielen. Gemeinsam werden Handlungsansätze zur transkulturellen Öffnung der verschiedenen Arbeitsbereiche entwickelt. Auch in das Curriculum des Ausbildungskonzeptes der Gesundheits- und Krankenpflegeschule wurde die Thematik integriert. Das Team des Schwerpunktbereiches kann zudem für spezielle Fragestellungen kontaktiert werden. Hierbei handelt es sich meist um kulturgebundene Differenzialdiagnostik, Dolmetscherdienste oder Hilfe bei der Stellung von Kostenanträgen für die Behandlung von Asylbewerbern.

Auch extern führen Mitarbeiter[2] des Schwerpunktes regelmäßig Fortbildungen durch und sind mit Fortbildungen und Workshops auf verschiedenen Kongressen und Tagungen präsent.

Literatur

Abdallah-Pretceille, M. (2003). *Former en Contexte Hétérogène. Pour un Humanisme du Divers.* Paris: Anthropos.

Abdallah-Steinkopff, B. & Soyer, J. (2013). Traumatisierte Flüchtlinge: Kultursensible Psychotherapie im politischen Spannungsfeld. In R. Feldmann & G. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (S. 137-166). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Anderson, J. (2007). *Kognitive Psychologie* (6. Aufl.). Heidelberg: Spektrum.

Bermejo, I., Berger, M., Kriston, L. & Härter, M. (2009). Ist Patientenzufriedenheit in der stationären Depressionsbehandlung von der Qualität sprachlicher Deutschkenntnisse abhängig? *Psychiatrische Praxis, 36*, 279-285.

Berry, J. W. (2006). Acculturative stress. In P. Wong & L. Wong (Hrsg.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (S. 287-298). New York: Springer.

Birck, A. (2001). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology, 7* (2), 85-90.

Birck, A. (2004). Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33* (2), 101-109.

Carswell, K., Blackburn, P. & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry. 57* (2), 107-119.

David, M. (2001). *Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland.* Habilitationsschrift, HU Berlin.

2 Dieser Artikel entstand mit einer großen Unterstützung von Carmen Singewald, bei der wir uns an dieser Stelle dafür sehr bedanken möchten!

De Jong, J. (2010). Klassifizieren oder nuancieren? Ein kritischer Blick auf DSM und ICD am Vorabend des DSM-V. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 142-168). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Domenig, D. (2001). *Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz.* Bern: Verlag Hans Huber.

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* Bern: Verlag Hans Huber.

Ebner, G. (2010). Psychiatrische Begutachtung von Migrantinnen und Migranten. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 216-241). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Flüchtlingsrat Berlin (2013). *Die schulische Situation von Flüchtlingskindern und -jugendlichen: Empfehlungen des Flüchtlingsrats Berlin.* Verfügbar unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Empfehlungen_FR_Schule_Fluechtlingskinder.pdf [15.02.2015].

Franz, M., Liujić, C., Koch, E., Wüsten, B., Yürük, N. & Gallhofer, B. (2007). Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen – Besonderheiten im Vergleich zu deutschen Patienten. *Psychiatrische Praxis, 34,* 332-338.

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.

Gavranidou, M. & Abdallah-Steinkopff, B. (2008). Psychotherapie mit Migranten: Alles anders oder alles gleich? *Gestalttherapie, Forum für Gestaltperspektiven, 22* (2), 93-106.

Gierlichs, H. W. (2003). Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Untersuchung von Flüchtlingen vor Abschiebungen. http://www.sbpm.de/?download=-Stellungnahme%20der%20wissenschaftlichen%20Fachgesellschaften.pdf [19.04.2011].

Haenel, F. (1997). Aspects and problems associated with the use of interpreters in psychotherapy of victims of torture. *Torture, 7* (3), 68-71.

Haenel, F. (2002). Zur Bedeutung der Psychiatrie in der Therapie von Folterüberlebenden oder Braucht eine Behandlungseinrichtung für Folteropfer einen Psychiater? In A. Birck, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 173-186). Berlin: Springer.

Han, P. (2000). *Soziologie der Migration.* Stuttgart: Lucius & Lucius.

Haasen, C., Levit, O., Gelbert, A., Foroutan, N., Norovjav, A., Sinaa, M., & Demiralay, C. (2007). Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. *Psychiatrische Praxis, 34* (07), 339-342.

Heinz, A. & Kluge, U. (2011). Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In W. Machleidt & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychiatrie. Migration und psychische Gesundheit* (S. 27-32). München: Elsevier.

Kahraman, B. & Abdallah-Steinkopff, B. (2010). Same same but different. Kultursensible Verhaltenstherapie bei Migranten. *Psychotherapie im Dialog, 11* (4), 306-312.

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt, 79* (5), 577-586.

Mendelsohn, M., Zachary, R., & Harney, P. (2007). Group therapy as an ecological bridge to a new community. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 14*, 227-243.

Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie-Grundregel oder Mythos?. *Verhaltenstherapie, 18* (2), 109-118.

Özkan, I. (2004). Praxisansätze und Grenzen der traumazentrierten Arbeit mit ethnischen Minoritäten. In U. Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis* (S. 394-401). Stuttgart: Schattauer.

Özkan, I. (2011). *Migrationsstress, Alter und Lernen – Betrachtungen der Zusammenhänge sowie Implikationen für die Didaktik (am Beispiel in Deutschland lebender, gealterter türkischstämmiger Menschen).* Unveröffentlichte Dissertation, Universität Göttingen.

Özkan, I. & Belz, M. (2011). Behandlungskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund. In T. Heise & S. Golsabahi (Hrsg.), *Mit Leib und Seele ankommen* (S. 91-102). Berlin: VWB.

Özkan, I. & Belz, M. (2013). Traumazentrierte Psychotherapie im Rahmen des Göttinger Behandlungskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund. In R. Feldmann, G. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (S. 137-166). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Rössel-Cunovic, M. (1999). Kurz-Therapien für Flüchtlinge mit befristeter Duldung? Probleme und ausländerrechtliche Restriktionen der psychotherapeutischen Grundversorgung traumatisierter Flüchtlinge: Erfahrungen mit bosnischen Flüchtlingen. *Zeitschrift für Politische Psychologie, 7* (1-2), 143-150.

Said, E. (1979). *Orientalism.* New York: Vintage.

Schouler-Ocak, M., Schepker, R., Bretz, H. J., Hartkamp, N., Koch, E., Penka, S., Hauth, I. Rapp, M. A., Alchberger, M. C. & Heinz, A. (2010). Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Der Nervenarzt, 81,* 86-91.

Schubert, C. C., & Punamäki, R. L. (2011). Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender. *Nordic Journal of Psychiatry, 65* (3), 175-182.

Spallek, J. & Zeeb, H. (2010). Bedarf und Inaspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 58-68). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Statistisches Bundesamt (2013). Mikrozensus 2013: 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/11/PD14_402_122pdf.pdf?__blob=publicationFile [21.02.2015].

Tumani, V., Özkan, I., Bremer-Faure, K., Faure, H., Kandulski, F., Sachsse, U. & Koller, M. (1999). Behandlungskonzepte für ethnische Minoritäten am LKH Göttingen – das Göttinger Konzept. *Psycho, 25* (2), 111-120.

Von Lersner, U., Rieder, H., & Elbert, T. (2008). Psychische Gesundheit und Rückkehrvorstellungen am Beispiel von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 37* (2), 112-121.

Waldenfels, B. (2006). *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Ziegenbein, M., Machleidt, W. & Calliess, I. T. (2008). Psychiatrische Begutachtung im interkulturellen Feld. In S. Golsabahi & T. Heise (Hrsg.), *Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden* (S. 213-224). Berlin: VWB.

Kontakt

Dr. Dipl.-Psych. Ibrahim Özkan
Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
E-Mail: i.oezkan@asklepios.com

Dr. Peter Freytag
Dipl. Psych. PP Marcus Rautenberg

4. ARBEITSFELD PSYCHOTHERAPIE: BERUFLICHE IDENTITÄT IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN WISSENSCHAFT UND HEILBERUF

4.1 Zusammenfassung

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ist reformbedürftig: Die inhaltliche Diversifizierung der qualifizierenden Studiengänge erfordert eine Neuregelung der Zulassungsvoraussetzungen – und die wirtschaftlich prekäre Lage des psychotherapeutischen Nachwuchses erfordert die Festlegung einer angemessenen Vergütung der Ausbildungstätigkeiten. Der Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform des PsychThG geht über die Lösung dieser beiden Kernprobleme jedoch weit hinaus: Gefordert wird nicht weniger als die Einrichtung (a) eines Studiums der Psychotherapie zur Erlangung der Approbation und (b) einer Weiterbildung unter Kammeraufsicht zur Erlangung der Fachkunde – ganz nach dem Vorbild der Ärzteschaft. Die psychotherapeutische Identität gerät damit in ein Spannungsfeld zwischen angewandter Psychologie und eigenständigem Heilberuf. Das Selbstverständnis des BDP als Berufsverband aller, deren Berufsausübung auf der Psychologie basiert, steht vor großen Herausforderungen.

Schlagworte: Berufsbild, Psychotherapie, Reform des PsychThG, BDP-Mitgliedschaft

4.2 Berufliche Identität im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Heilberuf

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) wird im laufenden Jahr ein neues Berufsbild ausformulieren, das alle Anwendungsgebiete der Psychologie umfasst. Das Berufsbild wird nach innen wie nach außen eine Orientierung bieten, was unter angewandter Psychologie heute zu verstehen ist. Eine Orientierung für interessierte Studienanfänger, aber auch für die Gesellschaft. Eine Orientierung, wie breit das Spektrum psychologischer Kompetenzen heute ist – und nicht zuletzt ein klares Votum dafür, dass wissenschaftlich fundiert ausgebildete Psychologen die Träger dieser Kompetenzen sind.

Eine derartige Orientierungshilfe scheint nötig angesichts der enorm gestiegenen Beliebtheit des Studienganges Psychologie und einer gesellschaftlichen Entwicklung, die so manches Mal den Eindruck entstehen lässt, alles sei irgendwie auch psychologisch erklärbar und alle seien

irgendwie auch Psychologen. Psychologische Betrachtungen begegnen uns in der Politik, in der Wirtschaft, in der Justiz – eine nicht abschließbare Aufzählung. Wir Psychologen sollten deutlich machen, dass nur Erklärungen auf der Basis wissenschaftlich fundierter Psychologie auch einen entsprechenden Wert haben können. Natürlich sind wir uns bewusst, dass die Psychologie als Wissenschaft auch aus Anleihen in verwandten Wissenschaften hervorgegangen ist. Nach annähernd 150 Jahren genuin psychologischer Forschung hat sich die Psychologie jedoch als eigenständige Wissenschaft des menschlichen Erlebens und Verhaltens etabliert.

4.3 Quo vadis, Psychotherapie?

Mindestens zwei Drittel aller Studienanfänger im Fach Psychologie beabsichtigen eine Vertiefung im Bereich der Klinischen Psychologie und verfolgen das berufliche Ziel, später psychotherapeutisch zu arbeiten. Neben der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie bzw. Wirtschaftspsychologie stellt die Klinische Psychologie damit *den* inhaltlichen Schwerpunkt der Psychologie dar. Gleichzeitig stellen die Psychotherapeuten mit einer vorangegangenen Ausbildung in Psychologie den mit Abstand größten Anteil in der Psychotherapeutenschaft. Der Anteil der Psychotherapeuten mit pädagogischer, sozialwissenschaftlicher oder auch medizinischer Grundausbildung ist insgesamt rückläufig. Natürlich wollen wir auch hier die historischen Wurzeln der Psychotherapie in Medizin, Pädagogik, Sozialwissenschaft oder Philosophie nicht verleugnen, aber gerade die Pioniere der Psychotherapie aus diesen Bereichen erschufen ihre Praxis der Psychotherapie oftmals erst in der Abgrenzung von ihren Ursprungsdisziplinen.

4.4 Was ist eigentlich Psychotherapie?

Psychotherapie ist damit heute mehr denn je ein Anwendungsfach der Psychologie, ist angewandte Psychologie. Psychotherapeutische Methoden und Techniken, gleich welcher psychotherapeutischen Strömung, sind erwachsen aus Erkenntnissen der wissenschaftlichen Psychologie und dort nur allzu oft aus ihren Grundlagenfächern. Dennoch ist es heute nicht unumstritten, was unter Psychotherapie zu verstehen ist. Rein theoretisch könnte man bereits die Gabe eines auf die Psyche wirkenden Medikamentes „Psychotherapie“ nennen, weil es psychisches Leid verursachendes Erleben und Verhalten zu beeinflussen vermag. In unserem Verständnis ist Psychotherapie jedoch etwas anderes; eine Annäherung hierzu liefert die Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):

> *„Psychotherapie ist notwendig, wenn ein Mensch unter Beschwerden leidet, die seelische Ursachen haben. Psychische Krankheiten können sich in psychischen und körperlichen Symptomen und in zwischenmenschlichen Störungen äußern. Psychotherapie wirkt mittels professionell strukturierter Gespräche und einer therapeutisch gestalteten Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient [sowie] praktischen Übungen. Die Psychotherapie*

setzt keine Medikamente ein. Die Psychotherapie hat den Zweck, psychische Krankheiten zu lindern und zu heilen, ist eine wissenschaftlich überprüfte Behandlungsmethode, die nachweislich wirksam ist, [und] sollte nur von Psychotherapeuten durchgeführt werden, die eine staatlich geregelte Ausbildung absolviert haben und damit über eine Approbation verfügen. […] Wissenschaftlich wird Psychotherapie als ein geplanter und kontrollierter Behandlungsprozess definiert, der über lehrbare Techniken beschrieben werden kann und der sich auf eine Theorie normalen und kranken Verhaltens bezieht." (BPtK, 2015)

Psychotherapie wird bisweilen sicher auch außerhalb der Regelungen des 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) praktiziert. Gleichwohl kann man sagen, dass sie mit diesem Gesetz im deutschen Gesundheitssystem angekommen ist. Wer seitdem Psychotherapie ausüben will, muss nach dem Verständnis der BPtK über eine Approbation, also über eine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde, verfügen und somit entweder Psychotherapeut im Sinne des PsychThG oder aber Arzt sein. Wie bereits erwähnt stellen die klinisch-psychologisch vorgebildeten Therapeuten innerhalb dieser Gruppe den weitaus größten Anteil.

4.5 Reform des Psychotherapeutengesetzes

Heute, 15 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG, sehen wir uns angesichts der nunmehr doch langjährigen Erfahrungen mit den Regelungen des PsychThG vor einer neuen großen Herausforderung im Hinblick auf die Psychotherapieausbildung. Schon einige Jahre diskutiert der Berufsstand über die Missstände in der Ausbildung. Zum einen erfordert die inhaltliche Diversifizierung der qualifizierenden Studiengänge im Zuge des Bologna-Prozesses eine Neuregelung der Zulassungsvoraussetzungen; viele Studierende sind zutiefst verunsichert, dass je nach Bundesland ganz unterschiedliche Hochschulabschlüsse zur Zulassung zur Psychotherapieausbildung berechtigen. Zum anderen erfordert die wirtschaftlich prekäre Lage des psychotherapeutischen Nachwuchses die Festlegung einer angemessenen Vergütung der Ausbildungstätigkeiten, denn viele Kollegen in Ausbildung arbeiten über weite Strecken ihrer Ausbildung aufgrund fehlender Bestimmungen unentgeltlich – und das trotz ihres zuvor abgeschlossenen Studiums! Es ist das Verdienst des psychotherapeutischen Nachwuchses, darauf immer wieder öffentlichkeitswirksam hingewiesen zu haben.

Als Resultat umfangreicher Diskussionen über mögliche Veränderungen der Psychotherapieausbildung hat der 25. Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) im November 2014 einen Beschluss zur Reform des PsychThG gefasst, der weit über die Lösung dieser beiden Kernprobleme hinausgeht. Aufgrund seiner Bedeutung sei der Beschluss an dieser Stelle im Wortlaut wiedergegeben:

„Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fordert von der Politik, die für die Weiterentwicklung von zukunftsfähigen Versorgungsstrukturen notwendige <u>umfassende Reform des Psychotherapeutengesetzes in dieser Legislaturperiode</u> in Angriff zu nehmen. Vor diesem

Hintergrund und auf der Grundlage von Berufsbild, Kompetenzprofil und Kernforderungen werden die nachfolgenden Eckpunkte beschlossen und der Vorstand beauftragt, bei den zuständigen Stellen die Rahmenbedingungen für die Möglichkeiten der Realisierung für eine solche Reform inkl. der Finanzierung zu klären. Die Delegierten des DPT sind darüber zeitnah zu informieren.

Ziel ist die zweiphasige wissenschaftliche und berufspraktische Qualifizierung von Psychotherapeuten als Angehörige eines akademischen Heilberufs durch den Erwerb professioneller Kompetenzen, wie sie im Kompetenzprofil für die Berufsausübung im ambulanten und stationären Bereich sowie in Institutionen der komplementären Versorgung beschrieben wurden.

Im wissenschaftlichen Hochschulstudium (Qualifizierungsphase I bis einschließlich Masterniveau) erstreckt sich die Qualifizierung über die gesamte Altersspanne (Kinder, Jugendliche und Erwachsene). In dieser Phase sind die vier Grundorientierungen der Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, systemisch und humanistisch) mit Strukturqualität zu vermitteln.

In der anschließenden Weiterbildung (Qualifizierungsphase II) sind Vertiefungen in wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren und -methoden sowie Schwerpunktsetzungen mit vertiefter Qualifizierung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. von Erwachsenen einzurichten.

Hochschulstudium und zweite Qualifizierungsphase sind aufeinander zu beziehen. Nach dem Studium ist ein Staatsexamen mit Approbation vorzusehen. Die Approbation berechtigt zu Weiterbildungen, deren Abschlüsse insbesondere die Voraussetzung für die eigenständige Behandlung gesetzlich Krankenversicherter (Fachkunde) im ambulanten und im stationären Bereich darstellen." (BPtK, 2014; Hervorhebungen durch die Verfasser)

Vorgesehen ist also eine zweiphasige Ausbildung, welche ein wissenschaftliches Hochschulstudium mit einer anschließenden Approbation vorsieht, auf dem in einer anschließenden zweiten Qualifizierungsphase eine Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren und eine Spezialisierung auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder aber Erwachsenen aufbauen (vgl. Abbildung 1).

Eine Umsetzung des DPT-Beschlusses wird gravierende Auswirkungen auf die Psychotherapie haben. Sie wird das Selbstverständnis der Psychotherapie und der Angehörigen dieses Berufsstandes beeinflussen. Vor allem aber wird sie das Selbstverständnis der Psychologie beeinflussen – und nicht nur das der Klinischen Psychologie.

Dies beginnt bereits bei der Frage der Zuordnung des Studiums zu einer bestimmten Fakultät. Wird das Approbationsstudium noch an den psychologischen Instituten angesiedelt sein? Oder werden die medizinischen Fakultäten versuchen, den gerade erst aus der Taufe gehobenen Heilberuf „Psychotherapeut" in ihre Strukturen zu (re-) integrieren? Dies wäre unseres Erachtens allein schon aus dem Grund eine bittere Ironie der Geschichte, da das Renommee der heutigen Psychotherapie ganz maßgeblich auf den Fortschritten basiert, die in der psychologischen Grundlagenforschung in den letzten Jahrzehnten erzielt wurden.

Abbildung 1: Gegenüberstellung der Struktur der bisherigen postgradualen Psychotherapieausbildung (links) mit der Struktur einer nach dem Vorbild der Facharztausbildung (rechts) ausgestalteten Direktausbildung in Psychotherapie (mittig).

Eine weitere wichtige Frage betrifft das Niveau psychotherapeutischer Kompetenzen, welches sich in einem Approbationsstudium erreichen lassen kann. Was werden die Absolventen eines solchen Studiums leisten können? Kann ihnen ein weiter Teil der psychotherapeutischen Versorgung mit Abschluss des Studiums anvertraut werden? Die Antwort auf diese Frage hängt natürlich in erster Linie davon ab, ob das Studium genügend Praxisorientierung und Patientenkontakt zu bieten vermag und ob sich diese personal- und damit kostenintensiven Lehrveranstaltungen als finanzierbar erweisen. In jedem Fall muss hier die Versorgungsqualität *das* Kriterium sein, denn andernfalls riskierte die Politik, das hohe Niveau der heutigen Versorgung auf ein dann niedriges zurückzuschrauben.

Dieselben Unklarheiten ließen sich auch bezüglich der Weiterbildung ausformulieren. Dass diese Fragen zum jetzigen Zeitpunkt nicht geklärt sind, offenbart, wie vage der DPT-Beschluss inhaltlich noch bleibt. Denn beschrieben wird nur die Struktur der zukünftigen Qualifizierung, d. h. es soll ein Approbationsstudium geben (nur welches?), und es soll *eine* anschließende Weiterbildung

geben (nur welche?). Der VPP im BDP setzt sich dabei in allen maßgeblichen Gremien dafür ein, dass eine eventuelle Umsetzung des DPT-Beschlusses nur in einer Art und Weise erfolgen kann, in der Psychotherapie und Psychologie nicht getrennte Wege gehen. Dies mag im Rahmen eines eng mit dem Studium der Psychologie verzahnten Studiums der Psychotherapie erfolgen oder aber – falls sich der DPT-Beschluss als nicht umsetzbar erweisen sollte – im Rahmen einer stärker als bisher an den Bedürfnissen der Psychotherapieausbildung ausgerichteten Spezialisierung im Rahmen therapeutisch orientierter Master-Studiengänge an den psychologischen Instituten.

4.6 Quo vadis, Psychologie?

Die Reform des PsychThG wird jedoch in jedem Fall Studienabschlüsse hervorbringen, die es in dieser Form bisher nicht gab. Und diese werden das Selbstverständnis der übrigen Anwendungsfelder der Psychologie nicht unberührt lassen. Während etwa der Klinische Psychologe bisher zunächst „nur" Psychologe mit einem klinischen Schwerpunkt war und erst durch eine postgraduale Ausbildung zum Psychotherapeuten wurde, wird er dies im Falle eines Approbationsstudiums bereits am Ende seines ersten Studiums, seiner ersten Ausbildung sein. Angehörige dieser neu geschaffenen Berufsgruppe könnten sich in der Folge in ihrem Selbstverständnis primär als Psychotherapeuten verstehen – und nicht als Psychologen, die in einem speziellen Anwendungsbereich tätig sind. Hieraus ergeben sich Konsequenzen sowohl für die wissenschaftliche Psychologie, also in erster Linie für die psychologischen Institute an den Hochschulen, als auch für einen Berufsverband wie den BDP.

Die Psychologie als Ganzes, aber natürlich vor allem die Vertreter der Klinischen Psychologie, müssen deutlich machen, dass Psychotherapie auch nach einer umfassenden Reform ein Anwendungsfach der Psychologie ist. Dies kann nur dann erreicht werden, wenn ein Studium der Psychotherapie an den psychologischen Fakultäten verortet ist und der Erwerb einer Approbation, also des Studienabschlusses, eben auch eine umfassende Ausbildung in den Grundlagen der Psychologie voraussetzt. Hier gilt unser Appell der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, die sich für die Integrität und Zukunft des Faches Psychologie einsetzen muss.

Ein Berufsverband, wie der BDP, vertritt die Interessen der Angehörigen eines Berufsstandes in der Öffentlichkeit. Studienabgänger mit einer Approbation als Psychotherapeuten werden sich aber vielleicht eher als Psychotherapeuten denn als Psychologen verstehen – und sich folglich eher einem Berufsverband von Psychotherapeuten zuwenden.

Die Arbeit und der Einfluss eines Berufsverbandes steht und fällt mit seinen Mitgliedern, mit deren Anzahl und mit deren Engagement. Daher müssen wir uns fragen, aus welchen Gründen die Kollegen Mitglied in einem Berufsverband sein könnten und aus welchen Gründen sie sich ggf. aktiv engagieren. Drei wesentliche Gründe kommen uns dabei in den Sinn.

Idealismus: Ein Mitglied ist im Verband, weil es bestimmte ideelle Vorstellungen von der Ausübung seines Berufes und der Gestaltung des Berufsbildes hat. Diese Ideale sieht es durch einen Berufsverband vertreten, und es unterstützt den Verband ideell durch seine Mitgliedschaft, damit diese Ideale auch in der Öffentlichkeit entsprechend vertreten werden (z. B. durch ethische

Richtlinien, Berufsbild). Ein Mitglied engagiert sich als Funktionär, weil es den Berufsverband bei der Umsetzung obiger Ziele auch aktiv unterstützen will oder sichergehen will, dass die Idealvorstellungen dauerhaft erhalten bleiben.

Lobbyismus: Ein Mitglied ist im Verband, weil es die eigenen Interessen und die des Berufsstandes in der Gemeinschaft mit Kollegen besser vertreten sieht. Es erhofft sich durch einen starken Berufsverband eine bessere Vertretung dieser Interessen gegenüber Politik, Medien und Gesellschaft. Ein Mitglied engagiert sich als Funktionär, weil es auch aktiv diese Interessen vertreten und eigene Ideen einbringen will.

Pragmatismus: Ein Mitglied ist im Verband, weil es sich Serviceleistungen, Materialien für die tägliche Arbeit, Informationen über die Entwicklung des Berufes usw. wünscht. Ein Mitglied engagiert sich als Funktionär, weil es Ideen hat, welche Unterstützungen sinnvoll sein könnten, und Freude daran hat, diese Ideen auch kreativ umzusetzen.

Allen genannten Gruppen potenzieller Mitglieder eines Berufsverbandes muss ein solcher gerecht werden. Nur wenn es gelingt, deutlich zu machen, dass sich das potenzielle Mitglied vertreten fühlen kann, und zwar unabhängig von seinem persönlichen Selbstverständnis, wird es einen konkreten Berufsverband einem anderen vorziehen.

Angesichts der genannten Zahlen bezüglich der beruflichen Ziele von Studienanfängern der Psychologie – zur Erinnerung: mindestens zwei Drittel streben einen Master in Klinischer Psychologie an mit dem Ziel einer anschließenden Psychotherapieausbildung – kann ein Berufsverband der Psychologen nur dann existieren, wenn er einerseits die Psychotherapie als angewandte Psychologie versteht, aber eben auch die Interessen der Psychotherapeuten öffentlichkeitswirksam vertritt und attraktive Serviceleistungen vorhält.

Schließlich wird es Aufgabe eines Berufsverbandes der Psychologen sein, das breite Spektrum der psychologischen Anwendungsfelder noch mehr als bisher in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken, und dies vor allem auch unabhängig von der Psychotherapie und ihren vielfältigen Anwendungsbereichen. Natürlich sind Fragen der Gesundheit in ihrer Gesamtheit primäre Anwendungsbereiche der Psychologie, nicht nur der Klinischen Psychologie, sondern beispielsweise auch der Arbeit von Psychologen in Wirtschaft, Justiz, Erziehungsberatung usw. Den Klinischen Psychologen in seiner derzeitigen Form aber wird es nach einer Reform des PsychThG im Sinne des DPT-Beschlusses kaum mehr geben; er ist dann nämlich auch oder vor allem Psychotherapeut, denn er ist approbiert. Und selbst im Falle einer weniger umfassenden Reform wird der fortgesetzte Trend zur Spezialisierung im Master-Studium dazu führen, dass die Curricula klinisch-psychologischer Master noch stärker als heute schon auf eine psychotherapeutische Laufbahn zugeschnitten sein werden.

Aber wer sagt denn, dass ein Drittel auch auf Dauer ein Drittel bleiben muss? Psychologie ist schließlich so viel mehr als Psychotherapie und Gesundheitsfürsorge. Die befürchtete Marginalisierung der Psychologie wird es nicht geben, wenn es der Psychologie als Wissenschaft, aber umso mehr der Psychologie als angewandter Wissenschaft, also den heutigen Berufspraktikern, gelingt, in der Gesellschaft deutlich zu machen, dass – wenn ohnehin alles irgendwie Psychologie ist – die Psychologen auch die Kompetenz haben, sich in vielfältigste gesellschaftliche Prozesse einzubringen. Wir alle sind gefordert, wenn es heißt, politische, gesellschaftliche, wirtschaftliche Entwick-

lungen und Entscheidungen kritisch zu begleiten und zu kommentieren – und die entsprechenden Anwendungsbereiche im öffentlichen Bewusstsein als attraktive Berufe zu verankern.

Literatur

Bundespsychotherapeutenkammer (2014). Beschluss des 25. Deutschen Psychotherapeutentages zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/News/BPtk/2014/20141118/20141118_beschluss_inkl.abstimmungsergebnis_25_dpt_pt-ausbildung.pdf [09.03.2015].

Bundespsychotherapeutenkammer (2015). Was ist Psychotherapie? Verfügbar unter: http://www.bptk.de/patienten/wege-zur-psychotherapie/was-ist-psychotherapie.html#c1519 [09.03.2015].

Kontakt

Dipl.-Psych. PP Marcus Rautenberg
Dipl.-Psych. Dr. Peter Freytag
Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e. V.
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Telefon: (030) 206 39 90
Telefax: (030) 206 39 912
E-Mail: info@vpp.org

Dr. jur., Dipl.-Psych. Anja Kannegiesser
Dipl.-Psych. Cornelia Orth

5. ARBEITSFELD RECHTSPSYCHOLOGIE

5.1 Zusammenfassung

Für das Arbeitsfeld Rechtspsychologie werden beispielhaft in den Bereichen Aussagepsychologie und Fragestellungen im Familienrecht die Anforderungen und Erwartungen an rechtspsychologisch tätige Psychologen aufgezeigt. Eckpunkte eines Weiterbildungsprogramms werden vorgestellt. Die Notwendigkeit einer spezifischen Weiterbildung wird begründet.

Rechtspsychologen agieren an der Nahtstelle zwischen Recht und Psychologie. Als Grundqualifikation bedarf es eines Studiums der Psychologie (Abschluss Diplom/Master mit mindestens 240 ECTs originär psychologischer Inhalte). Da der Rechtspsychologe in besonders komplexen Systemen und Kontexten agiert, bedarf es sehr spezifischen psychologischen Fachwissens sowie zusätzlicher Kenntnisse im rechtlichen Bereich.

Das rechtspsychologische Arbeitsfeld kann sich auf vielfältige unterschiedliche Bereiche erstrecken. Wesentlicher Bestandteil rechtspsychologischer Tätigkeit ist Sachverständigentätigkeit im Auftrag, d. h. Rechtspsychologen erstellen Gutachten im Auftrag von Gericht und Staatsanwaltschaft.

Hier ist zunächst das Strafrecht zu nennen (Gutachten zur Glaubhaftigkeit, Schuldfähigkeit, strafrechtlicher Verantwortlichkeit und Entwicklungsreife, Gefährlichkeits- und Kriminalprognose), ferner das Familienrecht (Gutachten zu Sorge- und Umgangsrecht, Erziehungseignung bzw. möglicher Kindeswohlgefährdung und zur Namensänderung), das Zivilrecht (Gutachten zur zivilrechtlichen Verantwortungsfähigkeit von Kindern in Haftpflichtfällen), das Sozialrecht (Gutachten zum Opferentschädigungsgesetz, zur Arbeitsunfähigkeit, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit), und das Verwaltungsrecht (Gutachten im Beamtenrecht, zur Eignung zur Führung eines Kraftfahrzeugs).

Die Gutachtertätigkeit kann sich auch auf Fragestellungen zu Asylverfahren, zum Transsexuellengesetz oder zu waffenrechtlichen Problemstellungen erstrecken.

Darüber hinaus kann das Tätigkeitsfeld Aufgabenstellungen im Strafvollzug (u. a. psychologische Behandlungen von Straftätern; interne Organisationsunterstützung) oder Aufgaben bei der Polizei (u. a. psychologische Einsatz- und Ermittlungsunterstützung, operative Fallanalyse und Profiling) umfassen.

Die zur Erstellung von Gutachten nötigen Prinzipien wissenschaftlicher Arbeit muss die/der Sachverständige im Studium erlernen. Er muss in der Lage sein, psychologische Erkenntnisse in der Begutachtung anzuwenden. Zudem benötigt er Kenntnisse über rechtspsychologische Theorien, Methoden und Techniken sowie über rechtliche und institutionelle Grundlagen in der Rechtspflege.

Darüber hinaus ist supervidierte Praxiserfahrung zu fordern – denn Gutachterfähigkeiten kann man nur erlernen, wenn man sie anwendet. Natürlich ist der Gutachter zur kontinuierlichen

Fortbildung verpflichtet, damit die Kompetenzen auf dem aktuellen Stand der rechtspsychologischen Wissenschaft bleiben.

Die wichtigsten Kompetenzen, die im Rahmen rechtspsychologischer Fähigkeit notwendig sind, können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Kenntnisse in Persönlichkeits- und Entwicklungspsychologie, Konflikttheorie, Familienmodelle, Trennungsforschung, Sucht, Bindungstheorie, Gedächtnispsychologie, Deliktspezifität, Arbeits- und Organisationspsychologie, Psychopathologie
- Kenntnisse aus relevanten Nachbardisziplinen (Recht, Kriminologie, Medizin)
- Fähigkeit zur selbstständigen Entwicklung und Planung von gutachterlichen Evaluations- und Forschungskonzepten
- Erfahrung in qualitativen und quantitativen Methoden der Diagnostik
- Problemlösungskompetenzen in der Interaktion mit und zwischen Menschen, evtl. auch über Interventionen
- Gesprächsführungskompetenzen: Gestalten von Explorationen und Verhaltensbeobachtungen mit einer oder mehreren Personen
- Fähigkeit, psychologisches Fachwissen in geeigneter Sprache Fachfremden (Juristen und anderen Laien) zu vermitteln
- Gutachtenvortrag und Auseinandersetzung über das Gutachten im Rahmen von Gerichtsverhandlungen

Eine typische und häufige Beweisfrage, für die ein rechtspsychologisch tätiger Sachverständiger beauftragt wird, umfasst im Strafrecht Fragestellungen nach der Glaubhaftigkeit einer Zeugenaussage. Thematisch handelt es sich dabei meist um Kindesmissbrauch: das Gericht bedient sich sachverständiger Hilfe bei der Erörterung der Frage, ob die Aussage eines Kindes, welches über einen sexuellen Missbrauch durch eine andere Person berichtet, mit der notwendigen Sicherheit als erlebnisbasiert eingestuft werden kann. Der Sachverständige überprüft in einem hypothesengeleiteten Prozess zunächst vor allem, ob das Kind überhaupt die Kompetenz hat, eine gerichtsverwertbare Aussage zu liefern, ob es Fantasie und Wirklichkeit auseinanderhalten kann, ob es etwas beobachten, behalten und wiedergeben kann. Auf dieser Basis erfolgt dann die Erörterung der Frage, ob die Angaben so strukturiert sind, dass sie eher auf ein mögliches eigenes Erleben als auf eine Lüge oder anderweitig generierte Aussage verweisen. Der Sachverständige prüft darüber hinaus das Umfeld der Aussage, Motive, etwaige suggestive Faktoren etc., um dann aus sachverständiger Sicht zu einer psychologisch fundierten Gesamtbeurteilung gelangen zu können. Ein schriftliches Gutachten – Darlegung und Erörterung der Explorationsergebnisse – dient als vorläufige Grundlage im Gerichtsverfahren Aber erst aus dem Inbegriff der Hauptverhandlung selbst heraus kann dann das endgültige Gutachten erstattet werden. Hier ist es die vorrangige Aufgabe des Sachverständigen, sein Gutachten darzustellen und sachgerecht zu vertreten.

Aufträge von Staatsanwaltschaft und Gericht an rechtspsychologisch tätige Sachverständige beziehen sich aber nicht nur auf die Begutachtung von Kindern, sondern, je nach vorliegender Problematik, auch auf weitere aussagepsychologische Fragestellungen. Hier sind z. B. Feststellungen zur Aussagetüchtigkeit geistig behinderter oder psychisch auffälliger Erwachsener zu nennen.

Der psychologische Sachverständige soll mit seinem speziellen psychologischen Sachverstand zur Urteilsfindung des Gerichts beitragen.

Das Familienrecht regelt vielfältige Aspekte, v. a. Fragen des Kindeswohls bei Trennung und Scheidung der Eltern, Fragen des Umgangs bzw. Beziehungserhalts des Kindes zu den Eltern bei Trennung und Scheidung, Fragen der Kindeswohlgefährdung, Herausnahme des Kindes aus einer bestehenden Familie, Rückführung des Kindes von Fremdunterbringung zu der Familie, Umgangsregelungen des fremduntergebrachten Kindes mit den Eltern.

Entsprechendes spiegelt sich in den wesentlichen Themen der familienpsychologischen Begutachtung wider: Rechtspsychologische Sachverständigentätigkeit umfasst Fragen zu einer Kindeswohlgefährdung, Fragen zu Erziehungskompetenzen, Fragen zu einem Beziehungserhalt des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil etc.

Auch hier bedient sich das Gericht im Rahmen seiner Entscheidungsfindung der Kompetenzen von gut ausgebildeten Rechtspsychologen, die die psychologische Perspektive auf die rechtlichen Ebene transponieren können.

Kernbestandteil einer Begutachtung im familienrechtlichen Verfahren ist die Erfassung und Beurteilung der Qualität der familiären Beziehungen und Bindungen. Der Gutachter untersucht u. a. die Ressourcen in der Familie, die sozialen Kompetenzen der Eltern/Sorgeberechtigten, deren Erziehungsfähigkeit, den Entwicklungsstands des Kindes. Das Augenmerk richtet sich dabei nicht selten auf körperliche oder seelische Misshandlung, Vernachlässigung oder auch sexuellen Missbrauch.

Insoweit überschneiden sich hier dann zum Teil die Themenstellungen bei der familienpsychologischen und aussagepsychologischen Begutachtung.

Im familiengerichtlichen Bereich begutachtet der Sachverständige in der Regel ein System, ein Zusammenwirken von mehreren Personen, die für das Kind handeln. In diesen Verfahren ist das Kindeswohl Richtlinie der gerichtlichen Entscheidung. Das Kindeswohl ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der in erster Linie mit psychologischem Fachwissen ausgefüllt werden muss. Es ist dann letztlich die Aufgabe des Rechtspsychologen, die psychologische Perspektive so darzustellen, dass sie mit den rechtlichen Gegebenheiten kompatibel ist.

Im familiengerichtlichen Bereich kann der Sachverständige (nach § 163 Abs. 2. FamFG) auch mit dem Hinwirken auf Einvernehmen beauftragt werden; das ist eine besondere Situation im familiengerichtlichen Bereich, die sich von allen anderen Rechtsbereichen unterscheidet. Dadurch kann der Sachverständige nicht nur zur Feststellung von Tatsachen, sondern auch zur Intervention beauftragt werden.

Zunehmende Bedeutung erhält die Rechtspsychologie für den Bereich der Unterbringung psychisch kranker Straftäter im Maßregelvollzug. Rechtspsychologen sind aufgrund ihrer Kompetenzen nicht nur zur Stellung von Gefährlichkeitsprognosen befähigt, sondern vor dem Hintergrund ihres psychologischen Wissens auch in besonderer Weise geeignet, auf Asymmetrien der Machtverhältnisse im Maßregelvollzug und die damit verbundenen Gefahren für Behandlung und Prognosestellung zu reagieren.

Entscheidend ist in diesem Bereich, dass psychiatrische und juristische Sicht- und Denkweisen durch die psychologische Perspektive ergänzt werden.

Da das universitäre Studium allein nicht ausreicht, um Sachverständige für die vielfältigen gerichtlichen Fragen zu qualifizieren, ist weitergehend eine besondere forensische Sachkunde und Erfahrung gefordert. Empfehlenswert ist eine postgraduale Weiterbildung, die auch nach Erwerb des Abschlusses eine kontrollierte Fortbildungsverpflichtung enthält, damit die Kenntnisse auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Rechtsprechung bleiben.

Um Psychologen auf die besonderen Anforderungen der Gutachtertätigkeit vorzubereiten, haben die beiden größten deutschen psychologischen Berufsverbände, der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie als Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen (BDP & DGPs) im Jahr 1995 die zertifizierte Weiterbildung zur Fachpsychologin bzw. zum Fachpsychologen für Rechtspsychologie etabliert (seit 2013 in reformierter Struktur). Die Weiterbildung vermittelt eine fundierte wissenschaftliche und berufliche Zusatz-Qualifikation für psychologische Tätigkeiten im Rechtssystem. Sie qualifiziert für rechtspsychologisch-sachverständige Tätigkeiten bei aussagepsychologischen und familienrechtlichen Fragestellungen, bei Beurteilung desTäters im Straf- und Maßregelvollzug und bei sonstigen rechtlichen Fragestellungen.

Die Weiterbildung setzt einen universitären Abschluss in Psychologie (Diplom/Master in Psychologie) voraus und wird auf der Grundlage eines Curriculums und der systematischen Reflexion einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit (d. h. berufsbegleitend: einschlägige Berufstätigkeit von mind. 2/3 der Regelarbeitszeit oder mindestens 36 Gutachten) durchgeführt. Sie erstreckt sich über mindestens drei Jahre und umfasst 400 Unterrichtseinheiten.

Die Inhalte der theoretischen Weiterbildung umfassen rechtspsychologische Theorien, Methoden und Techniken sowie rechtliche und institutionelle Grundlagen in der Rechtspflege (mindestens 240 UE):

- rechtliche Grundlagen
- empirisch-psychologische Grundlagen
- Grundlagen relevanter Nachbarfächer
- Praxisgrundlagen
- gesellschaftliche und ethische Grundlagen

Entscheidender Bestandteil der Weiterbildung ist die fachlich begleitete und supervidierte einschlägige Berufserfahrung in einer mindestens dreijährigen Praxis. Gutachterfähigkeiten kann man nur erlernen, wenn man sie anwendet.

Die Teilnehmer erwerben praktische Fertigkeiten durch die Arbeit in Fachteams (mind. 120 UE). Hier stellen sie konkrete eigene Fälle vor und besprechen diese mit den anderen Teilnehmern. Begleitet werden die Fachteams von erfahrenen und zertifizierten Supervisoren. Zusätzlich dazu erfolgt die Erstellung von drei Gutachten unter Einzelsupervision (mind. 30 UE).

Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen und durch ein Zertifikat beurkundet.

Inhaber des Zertifikats sind zur kontinuierlichen Fortbildung in Rechtspsychologie verpflichtet (200 UE in 5 Jahren). Damit bleiben die Kompetenzen auf dem aktuellen Stand der Rechtsprechung und der rechtspsychologischen Wissenschaft.

Sachliches oder ethisches Fehlverhalten bei der Begutachtung wird vom Ehrengericht überprüft und geahndet. Hiermit wird die Qualität der Arbeit der zertifizierten Rechtspsychologen auf höchstem Niveau gesichert.

Die Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen entwickelt die Standards kontinuierlich weiter und ist offen für jeden konstruktiven Austausch. (www.rechtspsychologie-weiterbildung.de; Register der Fachpsychologen: unter www.rechtspsychologen-register.de).

Mit großer Sorge beobachtet die Föderation die Diskussion um den Alleinstellungsanspruch mancher Professionen. Sie warnt eindringlich und mit voller Überzeugung vor einem Approbationsvorbehalt für die Gutachtertätigkeit. Die Approbation ist eine hochwertige, intensive Ausbildung, an dessen Ende Psychotherapeuten befähigt sind, klinische Diagnosen zu erstellen und entsprechende Behandlungen durchzuführen. Die notwendige Qualifikation, um nicht-klinische Gutachten für die Rechtsprechung zu erstellen, erwerben Psychotherapeuten dadurch nicht.

Selbstverständlich können auch Psychotherapeuten die Befähigung erlangen, Sachverständigentätigkeiten wahrzunehmen – mit einer entsprechenden Weiterbildung, die die BDP/DGPs-Standards erfüllt.

Der Bereich rechtspsychologischer Tätigkeit ist vielfältig. Das Berufsfeld für Rechtspsychologen befindet sich weiter im Wachstum. Flexibilität im Beruf ist eine notwendige Voraussetzung – überwiegend erfolgt die Tätigkeit auf selbstständiger Basis. Individuelle Fragenstellungen bieten immer wieder neue Herausforderungen.

Kontakt

Dr. jur., Dipl.-Psych. Anja Kannegiesser
Sektion Rechtspsychologie BDP
E-Mail: akannegiesser@bdp-rechtspsychologie.de

Dipl.-Psych. Cornelia Orth
Sektion Rechtspsychologie BDP
E-Mail: corth@bdp-rechtspsycholgie.de

Dipl.-Psych. Alexandra Miethner

Dr. Gerd Reimann

6. ARBEITSFELD WIRTSCHAFTSPSYCHOLOGIE: FOKUS BETRIEBLICHE GESUNDHEIT

6.1 Zusammenfassung

Das Arbeitsfeld „betriebliche Gesundheit" gewinnt immer mehr an Bedeutung. Insbesondere das Thema „psychische Gesundheit" wird zunehmend akut. Hier sind die Kompetenzen von Psychologen gefragt. Erfolgreiche Arbeit im Bereich betriebliche Gesundheit ist von hoher Fachkompetenz und intra- und interdisziplinärer Zusammenarbeit gekennzeichnet. Dieses Zusammenspiel wird anhand der Dienstleistung „Employee Assistance Programm" (EAP) dargestellt.

Schlagworte: Betriebliche Gesundheit, betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliches Gesundheitsmanagement, Employee Assistance Programm (EAP), Wirtschaftspsychologie, Gesundheitspsychologie, Kompetenzen, interdisziplinäres Arbeiten

6.2 Einführung

Betriebliche Gesundheit mit den Schwerpunkten betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen.

Die Mitarbeitergesundheit und hierbei insbesondere die psychische Gesundheit ist zum Thema in den Medien, in der Politik und nicht zuletzt bei Arbeitgebern und Arbeitnehmern geworden. Schließlich sprechen stetig steigende AU-Tage (Arbeitsunfähigkeitstage) aufgrund von psychischen Erkrankungen eine deutliche Sprache und erfordern adäquate Reaktionen.

Mitarbeitergesundheit wurde lange Zeit vorwiegend unter dem Blickwinkel der körperlichen Gesundheit betrachtet. Die systematische Beschäftigung mit Mitarbeitergesundheit ist seit den 1960er-Jahren vor allem in Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit angesiedelt.

Mit dem sich immer stärker vollziehenden Wandel der Arbeitswelt weg von harter körperlicher Arbeit hin zu Dienstleistungs- und Wissensarbeit haben sich die mit der Arbeit verbundenen Belastungen und Gefährdungen geändert. Der Kreis derjenigen, die für Mitarbeitergesundheit zuständig sind, hat sich erweitert. Wenn es um psychische Gesundheit geht, sind die Kompetenzen von Psychologen (Diplom und Master) gefragt.

Im Bereich der betrieblichen Gesundheit geht es zuallererst um Prävention. „Was ist notwendig, um gesund arbeiten zu können?", könnte die Leitfrage lauten.

Zu oft ist es jedoch so, dass Psychologen erst dann beauftragt werden, wenn es bereits zu hohen Fehlzeiten, Produktivitätsverlust und gravierenden Schwierigkeiten am Arbeitsplatz gekommen ist. Neben Psychologen sind in den Situationen, in denen es um die Behandlung von psychischen Erkrankungen geht, Psychologische Psychotherapeuten zusätzlich gefragt.

6.3 Welche (psychologischen) Kompetenzen sind im Arbeitsfeld „betriebliche Gesundheit" entscheidend?

Psychologen beschäftigen sich mit Erleben und Verhalten von Personen und Gruppen. Hierin liegt gleichzeitig eine zentrale Kompetenz. Weitere Kompetenzen bestehen im fachspezifischen Wissen, in speziellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in Studium, Weiterbildung und Praxis erworben wurden, sowie in disziplinunabhängigen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Psychologische Kompetenzen:

Eine erste Frage lautet: Welche psychologischen Kompetenzen sind im Arbeitsfeld „betriebliche Gesundheit" gefragt?

Kompetenzen von Psychologen bestehen u. a. in:

- Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie
- Emotionspsychologie
- Entwicklungspsychologie
- Gesundheitspsychologie
- Handlungspsychologie
- Kommunikationspsychologie
- Motivationspsychologie
- Neuropsychologie
- Persönlichkeitspsychologie
- Sozialpsychologie
- Statistik und Diagnostik

Diese Kompetenzen kommen im Arbeitsfeld „betriebliche Gesundheit" zentral zum Tragen und werden um weitere, insbesondere klinisch-psychologische Kompetenzen ergänzt.

Bei einem Workshop im Rahmen des Tags der Psychologie am 21. November 2014 in Berlin wurden folgende Kompetenzen als wesentlich für eine psychologische Tätigkeit im Bereich „betriebliche Gesundheit" von den Teilnehmern erarbeitet:

Grundlagen:

- Gesundheits- und Klinische Psychologie, Wirtschafts- und Organisationspsychologie, Sozialpsychologie
- Diagnostik
- Methodik und Statistik

Folgende (disziplinenübergreifende) Kompetenzen spielen eine Rolle:

- Betriebswirtschaftliche Kenntnisse (wie z. B. Kosten-Nutzen, GuV, Kostenstellen, Kostenträger)
- Rechtliche Kenntnisse
- Betriebliches Grundverständnis und „rechnen" können
- Ggf. Branchenkenntnisse
- Feldkompetenz
- Interdisziplinäres Denken (Psychologie, Medizin etc.)
- Kommunikationsfähigkeit
- Moderationstechniken
- Gesprächsführungskompetenz
- Offenheit und Sensibilität
- Sprache der Auftraggeber sprechen
- Verständnis für Zusammenhänge im Unternehmen (Struktur, politisch)
- Professionelles Auftreten (Gesprächsführung, Präsentation, Verhandlungsführung)
- Interesse für die Arbeitsaufgaben der betroffenen Mitarbeiter
- Auf Mitarbeiterwünsche eingehen
- Moderation von Interessengegensätzen zwischen Betriebsrat, Belegschaft, Vorgesetzten etc.
- Empathie und Distanz
- Lösungsorientierung (kein Schwarz-Weiß-Denken)
- Psychologische Phänomene gut erklären können
- Betriebliche Ressourcen wertschätzen
- Einflussfaktoren (organisatorische und individuelle) für Gesundheit kennen und identifizieren
- Unternehmensstrukturen und -kulturen einschätzen und einordnen können
- Sensibler Umgang mit psychischen Störungen (eigene Grenzen erkennen)
- Akzeptanz der unterschiedlichen Möglichkeiten im Umgang mit Gesundheit (hoch motiviert, weniger motiviert)
- Eigenes Bild machen (Führungskräfte sehen, was sie sehen wollen)
- Kundenorientierung (was sind seine Bedürfnisse, Synthese des klinischen und ABO-Wissens)
- Methodenvielfalt
- Vertraulichkeit
- Begeisterungsfähigkeit und Motivationsfähigkeit
- Empathie/Wärme
- Soziale Kompetenz
- Ziele mit Ausdauer und Gelassenheit verfolgen

Die Stärke von Psychologen ist die Kombination aus Fachwissen und Soft Skills, die in den oben genannten Kompetenzen aufgeführt werden.

6.4 Die Praxis am Beispiel EAP

Ein Beispiel für eine psychologische Dienstleistung, bei der psychologisches Fachwissen, Soft Skills und insbesondere intradisziplinäres und interdisziplinäres Arbeiten zum Tragen kommen, ist das Employee Assistance Programm (EAP). Es handelt sich hierbei um ein vertrauliches, niedrigschwelliges, arbeitsplatzbezogenes, telefonisches Unterstützungsangebot bei Schwierigkeiten und Belastungen in Arbeit und Privatleben für Arbeitnehmer.

Mitarbeiter erhalten die Möglichkeit, bei Schwierigkeiten und Belastungen eine kostenlose Telefonhotline anzurufen. In einem Erstgespräch wird der Anlass des Anrufes erfragt, und ggf. werden bereits erste Lösungsansätze erarbeitet. In weiteren Beratungsgesprächen wird ressourcen- und lösungsorientiert daran gearbeitet, den Anlass des Anrufs zu klären und aufzulösen. Diese Beratungsgespräche können entweder ebenfalls telefonisch oder auch persönlich vor Ort geführt werden.

Eher selten kommt auch Online-Beratung zum Einsatz, in Form von E-Mail, Chat oder auch einer Videokonferenz. Kombinationen der verschiedenen Kommunikationsformen sind ebenfalls möglich. Der Einsatz dieser Kommunikationsformen hängt hier vor allem von den Bedürfnissen des Mitarbeitenden, seiner Arbeitssituation (z. B. Auslandseinsatz, Außendiensttätigkeit) und dem Auftraggeber ab.

Die Telefonhotline ist, u. a. in Abhängigkeit von Unternehmensgröße und Arbeitszeiten (Schichtarbeit) maximal 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche erreichbar. Häufiger wird eine begrenzte, an die Arbeitszeiten der Arbeitnehmer angepasste Erreichbarkeit vereinbart, wie z. B. 7 Uhr bis 22 Uhr.

Wenn sich in den Beratungsgesprächen herausstellt, dass es sich um eine behandlungsbedürftige Thematik handelt, erfolgt eine Weiterverweisung an einen Psychologischen Psychotherapeuten.

(Quelle: PGV, 2013)

Der Zugang zu einem EAP wird unterschiedlich realisiert: von freier Nutzung über zeitlich limitierte Nutzung bis hin zu EAPs, bei denen der Arbeitnehmer durch Vorgesetzte, den Betriebsarzt oder die Personalabteilung an das EAP verwiesen wird bzw. auf das EAP gezielt aufmerksam gemacht wird. Die Themen, die Mitarbeiter veranlassen, ein EAP in Anspruch zu nehmen, sind vielfältig und nicht ausschließlich arbeitsbezogen. Konflikte am Arbeitsplatz, Stress, Belastungen durch die Pflege von Angehörigen, familiäre Konflikte, auffälliges Verhalten von Kollegen sind nur einige Beispiele für Themen, die eine Rolle spielen.

Damit ein EAP erfolgreich dazu beitragen kann, die (psychische) Gesundheit der Mitarbeiter zu erhalten und zu stärken, bedarf es einiger Voraussetzungen:

- Das EAP muss durch die Führungskräfte aller Ebenen unterstützt werden.
- Die Unterstützung durch Betriebs- und Personalrat ist wichtig.
- Zu jedem Zeitpunkt muss die absolute Vertraulichkeit der Beratung sichergestellt sein.
- Ein EAP ist kein Selbstläufer, es muss kontinuierlich im Unternehmen bekannt gemacht und bekannt gehalten werden.

Am Erfolg eines EAPs sind auf Anbieterseite Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten beteiligt. Je nach Bedarf werden weitere Psychologen, wie z. B. Notfallpsychologen, hinzugezogen. Um der Themenvielfalt gerecht zu werden, mit der sich Mitarbeiter an eine EAP-Hotline wenden, ist eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen zu empfehlen, damit beispielsweise auch rechtliche oder finanzielle Aspekte eines Anliegens berücksichtigt werden können.

6.5 Ausblick: Quo vadis, Psychologie? Quo vadis, betriebliche Gesundheit?

Wie könnte der (gemeinsame) Weg hin zu mehr gesunder Arbeit aussehen?

- Psychologen bringen ihre Kompetenzen verstärkt in das Arbeitsfeld „betriebliche Gesundheit“ ein.
- Unternehmen, die das große Potenzial psychologischer Kompetenz nutzen.
- Ressourcenorientierte, präventive Arbeit in den Betrieben, die es den Mitarbeitern ermöglicht, gesund zu arbeiten.
- Interdisziplinäre Teams, die Unternehmen begleiten und unterstützen im steten Bemühen um gesunde Arbeit.
- Gemeinsames Arbeiten, um das Ziel „gesunde Arbeit“ zu erreichen und die Vielfalt der Möglichkeiten interdisziplinären Wissens zu nutzen.

Literatur

Miethner, A. (2015). Arbeitsfeld betriebliche Gesundheit. Psychologen als Helfer in der Not und Berater (weit) vor der Not. *Report Psychologie 2*. 54-55

Kontakt

Dipl.-Psych. Alexandra Miethner
PGV Psychologische GesundheitsVersorgung
Aloys-Schulte-Str. 3
53129 Bonn
Telefon: (0228) 39 08 404
E-Mail: miethner@pgv-nrw.de

Dr. Gerd Reimann
Gideon GmbH
Beyerstraße 8
14469 Potsdam
Telefon: (0331) 74 700 11
E-Mail: reimann@gideon-potsdam.de

Dipl.-Psych. C. Langer

7. ARBEITSFELD GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE: NOTFALLPSYCHOLOGIE

7.1 Zusammenfassung

Das Fachgebiet Notfallpsychologie befindet sich in Deutschland permanent in einem Spannungsfeld zwischen Gesunderhaltung von psychisch gesunden Menschen (Salutogenese) und deren Pathologisierung und Psychiatrisierung. Der folgende Abschnitt macht deutlich, was aus Sicht der Autorin zu dieser Entwicklung beigetragen hat. Darüber hinaus findet der interessierte Leser Informationen darüber, worin die notfallpsychologische Expertise besteht, wo und wann Notfallpsychologen zum Einsatz kommen und gegenüber welchen anderen Berufsgruppen sie herausgefordert sind, sich zu behaupten. Schließlich werden Hinweise gegeben, wie Interessierte oder Betroffene Notfallpsychologen in ihrer Nähe finden können.

7.2 Berufsbild Notfallpsychologie

Die Entwicklung der Notfallpsychologie als psychologisches Fachgebiet begann Mitte des 20. Jahrhunderts und entstand nach Hausmann (2005) zunächst aus der Befassung der Allgemeinmedizin mit traumatisierten Patienten und entwickelte sich dann später in der Psychiatrie schließlich zu einer interdisziplinären Betrachtung. Hausmann sieht den Grund für diese Entwicklung in der Zunahme und Vertiefung des Verständnisses der Folgen von psychischer Traumatisierung. Die amerikanische psychologische Forschung beschrieb 1980 erstmalig das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung im Diagnosemanual DSM III. Im Jahr 1990 veröffentlichten Lasogga und Gasch in Deutschland den ersten Kongressbeitrag empirisch fundierter Regeln, wie ein Laienhelfer mit einem Unfallopfer in Kontakt treten sollte: 4-S-Regel (Lasogga & Gasch, 2011). Kriseninterventionsteams mit geschulten psychologischen Laienhelfern kamen erst danach in Deutschland nach Unfällen zur Unterstützung von Zeugen und Unfallopfern zum Einsatz. Unter der Federführung der Sektion Klinische Psychologie des BDP entwickelten Ende der 1990er-Jahre Psychologen aus sieben europäischen Ländern im Rahmen eines Leonardo-Projektes das „Peersupport-Counselling-Konzept", nach dem Notfallpsychologen psychologische Laien als Ersthelfer (Peers) ausbilden. Die Notfallpsychologie war in Deutschland angekommen. 2007 bis 2010 initiierte und begleitete das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe den „Konsensusprozess PSNV", der zum Ziel hatte, die Struktur und Qualität notfallpsychologischer und psychosozialer Unterstützung für Einsatzkräfte und Helfer einerseits und für Betroffene mit ihren Angehörigen andererseits nach Katastrophen oder Großschadenslagen unter den Akteuren der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) und der psychologischen Fachwelt in Deutschland

zu konsentieren. Im abschließenden Papier aus dem Jahr 2011 wurden Leitlinien ausformuliert, welche die Einbeziehung notfallpsychologischer Expertise in solchen Schadensfällen mit enthalten (BBK, 2011).

7.3 Herausforderungen und Veränderungen

Das Fachgebiet Notfallpsychologie befindet sich aus Sicht der Autorin aktuell in Deutschland permanent in einem Spannungsfeld zwischen Gesunderhaltung von psychisch gesunden Menschen (Salutogenese) und Krankenbehandlung psychisch Erkrankter im Sinne einer Pathologisierung und Psychiatrisierung. Als Grund hierfür sieht sie vor allem die vorgesehene Abrechnungsfähigkeit notfallpsychologischer bzw. psychotherapeutischer Interventionen ausschließlich für psychisch Kranke. Nachvollziehbar wird diese Entwicklung hin zu Pathologisierung und Psychiatrisierung mit Blick auf die Verfahrensweisen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger und Berufsgenossenschaften in Deutschland. Zunächst entwickelte sich im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Erkenntnis, dass es zur Gesunderhaltung psychisch Gesunder, die eine Traumatisierung in ihrem Arbeitskontext erfahren könnten oder erfahren hatten, erforderlich ist, diese fachgerecht zu unterstützen. Wenn möglich sollte dies vorbeugend durch notfallpsychologische Präventionsmaßnahmen und nach stattgefundener Traumatisierung durch stabilisierende notfallpsychologische Interventionen erfolgen. Dazu wurden Arbeitgeber informiert und für den entsprechenden Arbeitskontext Gefahren thematisiert. Notfallpsychologische Unterstützung sollte in den Betrieben vorgehalten werden. So wurde diese Thematik durch Verantwortungsträger wie das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) (Boege & Gehrke, 2006) seit Anfang dieses Jahrhunderts aufgegriffen und umgesetzt. Auf Anfrage oder Empfehlung wurden für Betriebe Seminare realisiert, die eine Umsetzung und Sicherstellung notfallpsychologischer Versorgung von psychologischer Ersthilfe durch Laien im Betrieb bzw. vor Ort bis hin zur notfallpsychologischen Unterstützung durch Psychologen sicherstellen sollten. Seminarthemen sind z. B. Grundlagen zu Stress und Trauma, notfallpsychologische Interventionsmethoden, Psychohygiene für Helfer, rechtliche Aspekte und betriebliche Modelle zur notfallpsychologischen Versorgung (DGUV, 2011). Im Fokus stand demnach viele Jahre lang die Unterstützung der Gesunderhaltung psychisch Gesunder. Diese positive Entwicklung nahm aus Sicht der Autorin vor drei Jahren ein jähes Ende.

7.4 Der Schein von Unterstützung

Mit Einführung des „Psychotherapeutenverfahrens“ der DGUV im Juli 2012 wurde die Pathologisierung psychisch Gesunder nach potenziell traumatischem Erleben im Arbeitskontext festgeschrieben. In diesen Verfahren werden seither sogenannte Netzwerktherapeuten dazu verpflichtet, einen Unfallversicherungsfall „psychische Traumatisierung“ innerhalb einer Woche in ihre psychotherapeutische Behandlung zu übernehmen. Laut DGUV soll damit eine zügige Inter-

vention für traumatisierte gesetzlich Unfallversicherte sichergestellt werden. Antragsteller erhalten eine unkomplizierte Bewilligung von bis zu fünf probatorischen Sitzungen. Probatorische Sitzungen sind jedoch per definitionem bereits Probesitzungen für die psychotherapeutische Behandlung eines Menschen mit heilkundlich relevanter psychischer Beeinträchtigung bis zu dem Termin, an dem die Kranken- oder Unfallkasse dem Behandler eine schriftliche Zusage zur Kostenübernahme der zur Heilung erforderlichen Psychotherapie erteilt. Damit die Kassen die Kosten für vier oder fünf probatorische Sitzungen problemlos tragen, bedarf es also einer konsequent pathologisierenden und psychiatrisierenden Sicht auf Betroffene durch die Behandler. Zeitgleich mit der Einführung des „Psychotherapeutenverfahrens" entwickelten die Psychotherapeutenkammern die Wortneuschöpfung „Notfallpsychotherapie". Es werden in den verschiedenen Psychotherapeutenkammern der Bundesländer seit 2012 psychologische und ärztliche Psychotherapeuten in Notfallpsychologie ausgebildet, um die Notfallpsychologie im Rahmen von „Notfallpsychotherapie" in den abrechenbaren fünf probatorischen Sitzungen für Betroffene umzusetzen. Dies geschieht ungeachtet der Tatsache, dass sich die Fachwelt einig dazu positioniert, dass psychische Traumatisierung erst vier Wochen nach einem Ereignis verlässlich psychodiagnostisch untersucht werden kann. Es kann also auch dann erst festgestellt werden, ob sich ggf. eine Traumafolgestörung zu entwickeln beginnt, die heilkundlich relevant behandelt werden sollte und muss. In den ersten Wochen jedoch profitieren Betroffene im Sinne ihrer Stabilisierung davon, fachgerecht psychologisch unterstützt zu werden, um ihre eigenen Ressourcen zu mobilisieren und um das traumatische Ereignis im Sinne einer außergewöhnlichen Belastung erfolgreich zu verarbeiten, was die klassische notfallpsychologische Vorgehensweise beschreibt. Die Fachgruppe Notfallpsychologie im BDP hat bereits 2006 mit dem Tätigkeitsfeld Notfallpsychologie (BDP, 2006) und 2009 mit der Abgrenzung der Notfallpsychologie zur Heilkunde und Psychotherapie in 16 Punkten (BDP 2009) beschrieben, was Notfallpsychologie für Betroffene außerhalb von Psychotherapie leisten kann.

7.5 Der Skandal: die Pathologisierung

Seit 2012 entbehren Betroffene, den Abrechnungsmodi geschuldet, sowohl fachgerecht angewandte Interventionen zur Rückgewinnung ihrer Ressourcen und Selbstheilungskräfte als auch Unterstützung im Erarbeiten adäquater Copingstrategien nach einer erlebten Traumatisierung durch zertifizierte Notfallpsychologen, da die Bezahlung solcher Fachleistungen im Gesundheits- und Versicherungssystem durch Notfallpsychologen, die *keine* psychotherapeutische Behandlung durchführen, nicht (mehr) vorgesehen ist. In einem aktuellen Interview mit der Leiterin des psychosozialen Krisenmanagements im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Helmerichs, 2015) beschreibt diese einen zusätzlichen großen Bedarf an notfallpsychologischer Expertise: Notfallpsychologen würden insbesondere im Feld der Katastrophenhilfe gebraucht für die Akuthilfe am Unglücksort, zur primärpräventiven Schulung von Einsatzkräften oder für die Besetzung von Krisenhotlines bei aktuellen Themen, wie z. B. Ebola. Insbesondere für den Bereich der Krisenkommunikation sieht Helmerichs einen großen Bedarf an notfallpsychologischer Expertise. Beim am „Tag der Psychologie 2014" durchgeführten Workshop des BDP mahnten teilnehmende

Psychologen an, dass es für die Notfallpsychologie wichtig sei, den internationalen Anschluss nicht zu verlieren. Sie sahen Handlungsnotwendigkeit insbesondere zur Evaluation notfallpsychologischer Arbeit, damit auch in Deutschland Katastrophenpsychologie und Grundlagenforschung als Themen etabliert werden können.

7.6 Kompetenzen von NotfallpsychologInnen

Zu den besonderen Kompetenzen, die im notfallpsychologischen Bereich erforderlich sind, positionierten sich die Workshopteilnehmer sehr klar. Aus ihrer Sicht ist die Expertise von Psychologen erforderlich, da sie ermöglicht, Belastungen von potenziell Traumatisierten im Sinne eines „Belastungs-Screenings" fachgerecht einzuschätzen. Im Arbeitsfeld von Einsatzkräften können Psychologen edukativ Prävention erzielen und wissenschaftlich fundierte, da evaluierte Programme fachgerecht umsetzen. Psychologen bilden Struktur und ermöglichen diese und stellen damit den jeweils relevanten Realitätsbezug her.

Die Tätigkeitsfeldbeschreibung Notfallpsychologie (BDP, 2006) beschreibt ergänzend Kompetenzen, die Psychologen aus dem Feld der Klinischen Psychologie und aus der Arbeits- und Organisationspsychologie in die Notfallpsychologie einbringen. Auch das psychologische Wissen zu Entscheidungsfindung und Handlungsfähigkeitserhaltung in kritischen Situationen wird im Zusammenhang von sicherheitsrelevanten Bereichen seit vielen Jahrzehnten genutzt (Polizei, Militär, Krisenstäbe) und macht eine Beratung durch Psychologen in Krisenfällen für Verantwortliche besonders wertvoll. Das psychologische Wissen in den Bereichen Evaluation und Forschung kann dazu beitragen, effektive Programme (z. B. bei primärpräventiven Ausbildungen im Bereich von Einsatzkräften) von nicht effektiven zu unterscheiden, damit wirksame Programme zum Einsatz kommen, was die gesundheitspolitische Dimension dieser Expertise deutlich macht.

7.7 Die nicht grundständig psychologisch qualifizierte Konkurrenz

Notfallpsychologen finden sich oft Situationen ausgesetzt, in denen sie im Sinne von Betroffenen ihre Expertise und die Bedürfnisse der Betroffenen nicht als Kranke abgestempelt zu werden, verteidigen müssen: seit Einführung des DGUV-Verfahren neuerdings zusätzlich gegenüber „Notfallpsychotherapeuten", doch auch gegenüber und Seelsorgern, die im Feld der PSNV als Notfallseelsorger ohne grundständige psychologische Ausbildung tätig sind. Aufgrund monetärer Interessen verschiedener Ausbildungsanbieter werden Laien oder Angehörige anderer Berufsgruppen (z. B. Pädagogen oder Sozialpädagogen) notfallpsychologisch weitergebildet, die dann Betroffene als „Trauma(fach)berater unterstützen wollen. Tragisch ist in diesem Zusammenhang die Überforderung Betroffener in ihrer Notsituation, notfallpsychologische Expertise zu erkennen. Daher ist es besonders zu begrüßen, dass der BDP gemeinsam mit der Deutschen Psychologen Akademie unter http://www.notfallpsychologenregister.de ein öffentlich zugängliches Expertenregister zertifizierter Notfallpsychologen vorhält, das Betroffenen oder anderen an notfallpsycho-

logischer Unterstützung Interessierten ermöglicht, zertifizierte Notfallpsychologen in ihrer räumlichen Nähe zu kontaktieren (BPD, o. J.).

Literatur

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (o. J.). *Notfallpsychologenregister.* Verfügbar unter: http://www.notfallpsychologenregister.de/ [Zugriff 17.04.2015].

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2009). http://www.bdp-klinische-psychologie.de/service/downloads/NoPs%20in%2016%20Pkt%20in%20Abgrenz%20zu%20Heilkunde_%20Mai%202009.pdf [Zugriff 17.04.2015]

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2006). *Klinische Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen in notfallpsychologischer Tätigkeit.* Verfügbar unter: http://www.bdp-klinische-psychologie.de/service/downloads/TFB FG16 NOPs Mai 2007.pdf [Zugriff 17.04.2015*].*

Boege., K. & Gehrke, A. (2006). Notfallpsychologische Maßnahmen: Qualifizierung zur Prävention, Intervention und Nachsorge. i-punkt 008. Initiative Arbeit und Gesundheit.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (2011). *Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) veröffentlicht.* Verfügbar unter: http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/BBK/DE/2011/Pra-BS_Band7.html [Zugriff 17.04.2015].

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2011). *Notallpsychologie. Aus der Arbeit der IAG, 4.*

Hausmann, C. (2005). *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung.* Wien: Facultas

Helmerichs, J. (2015). Psychologen nicht nur für den Notfall. *Report Psychologie 40* (2), 52-53.

Lasogga,F. & Gasch, B. (Hrsg.). (2011). *Notfallpsychologie Lehrbuch für die Praxis.* Heidelberg: Springer.

Kontakt

Dipl.-Psych. Clivia Langer
E-Mail: Clivia.A.Langer@gmx.de

Dr. Jutta Helmerichs

8. PSYCHOLOGEN NICHT NUR FÜR DEN NOTFALL

Die psychosoziale Betreuung von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Einsatzkräften und weiteren von schweren Unglücksfällen und Katastrophen Betroffenen ist international und auch in Deutschland inzwischen fester Bestandteil der Katastrophenhilfe. Das junge Fachgebiet der psychosozialen Notfallversorgung – abgekürzt PSNV – ist noch heterogen und entwickelt sich mit hoher Dynamik. Seit 2010 liegen allerdings erste bundeseinheitliche, wissenschaftlich gesicherte und mit internationalen Leitlinien kompatible Qualitätsstandards vor, an deren Erarbeitung sich auch der BDP aktiv beteiligte. Am Tag der Psychologie referierte Dr. Jutta Helmerichs über psychologische Hilfe in der Katastrophenhilfe. Sie leitet im Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe in der Abteilung Krisenmanagement das Referat Psychosoziales Krisenmanagement und damit auch die Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe (NOAH) der Bundesregierung.

Wie ist die Katastrophenhilfe in Deutschland aufgestellt? Welchen Platz hat dabei die Notfallpsychologie?

Katastrophenhilfe ist eine kommunale Aufgabe, die klar strukturiert ist und regelmäßig geübt wird. Je nach Größe der Katastrophe fordert die Einsatzleitung am Schadensort überregionale Hilfen zur Bewältigung an, beispielsweise Kräfte der Feuerwehren und Hilfsorganisationen aus den Nachbarorten. Mit zunehmender Dimension, wie beim Hochwasser an Elbe und Oder in den Sommern 2002 und 2013, oder bei speziellen Gefahren, wie Terroranschlägen oder Chemieunfällen, mit einer Bedrohung der Bevölkerung unterstützt auch der Bund mit Geldmitteln, Katastrophenschutzfahrzeugen und Personal. In solchen Fällen können Einsatzkräfte des Bundes aus der Bundespolizei, aus dem Technischen Hilfswerk oder aus der Bundeswehr zum Einsatz kommen. Für die Notfallpsychologie gibt es in der Katastrophenhilfe verschiedene Aufgaben- und Berufsfelder. Ein klassisches Aufgabenfeld ist die psychosoziale Akuthilfe für Betroffene am Unglücksort oder die Vorbereitung von Einsatzkräften auf die psychosozialen Herausforderungen im Einsatzwesen.

Wann ist die Notfallpsychologie gefragt?

In der Aus- und Fortbildung von Einsatzkräften: Psychosoziale Themen gewinnen hier zunehmend an Bedeutung, sie müssen unbedingt fachkundig vermittelt werden. Notfallpsychologen sind auch gefragt, wenn die Belastung für die Betroffenen und Helfer hoch ist, wie bei Einsätzen mit Suizid, Kindernotfällen oder „Personengleisunfällen", Situationen mit mehreren Toten und Verletzen oder sogenannten Großschadenslagen. Hier ist die Kompetenz der Psychologie gefragt, und zwar sowohl in der Akutsituation als auch Tage und Wochen später bei der Erfahrungsverarbeitung. Notfallpsychologen, die in der Akuthilfe am Unglücksort eingesetzt werden möchten, müssen allerdings wissen, dass ihre Mitwirkung an spezielle Voraussetzungen geknüpft ist: Sie

müssen bereit sein, ehrenamtlich zu arbeiten, denn ein typisches Merkmal der deutschen Katastrophenhilfe ist ihre – politisch gewollte – Ehrenamtlichkeit. Zudem müssen sie sich in einer Teamstruktur unterordnen, denn sie sind in der Akutversorgung Teil eines interdisziplinären Kriseninterventionsteams, arbeiten somit mit Rettungsdienstkräften und Notfallseelsorgern eng zusammen und können in der Regel nicht als Einzelperson angefordert werden. Es ist zudem wichtig, dass sie Feldkompetenz – die Einsatzkräfte sagen „Stallgeruch" – haben, die sie durch Mitgliedschaft in einer freiwilligen Feuerwehr oder einer Organisation wie dem Deutschen Roten Kreuz oder dem Malteser Hilfsdienst oder anderen Hilfsorganisationen und durch regelmäßige Treffen, Einsätze und Teilnahme an Übungen erhalten.

Gibt es Ihrer Meinung nach genügend Notfallpsychologen?

Bezogen auf die nächsten Jahre, eindeutig nein. Psychologische Themen und Aufgaben werden in der Katastrophenhilfe immer wichtiger. Neben der psychosozialen Akuthilfe am Unglücksort und dem Stressmanagement für Helfer übernehmen Notfallpsychologen Aufgaben wie Beratung und Psychotherapie für direkt Betroffene und Einsatzkräfte in der mittel- und längerfristigen Notfallversorgung. Aber auch in der Katastrophenhilfe des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist die Notfallpsychologie gefragt. Derzeit spielt beispielsweise beim Thema „Ebola" psychologischer Sachverstand eine große Rolle, vielerorts sind FAQ (Fragen und Antworten) für besorgte Bürger im Umgang mit der potenziellen Bedrohung zu erarbeiten oder Krisenhotlines aufzubauen. Ein ganz anderer, sich entwickelnder Bereich der Notfallpsychologie ist die Krisenkommunikation. So kommen die neuen Medien inzwischen auch in der Katastrophenhilfe zum Einsatz und erfordern kompetente Beratung und Kommunikationskonzepte. Auch lassen sich Verantwortliche im Krisenmanagement zunehmend von Notfallpsychologen zu Themen wie „Handeln und Entscheiden in kritischen Situationen" coachen, um eine qualifiziertere Krisenstabsarbeit zu leisten. Schließlich besteht im Bereich des noch jungen Fachgebietes der psychologischen Hilfe im Katastrophenschutz erheblicher Forschungsbedarf. Hier ist die Psychologie als Wissenschaft gefragt.

Wie sieht die psychosoziale Notfallversorgung im internationalen Vergleich in der Schweiz und in Österreich aus?

Sie ist dort ähnlich wie bei uns in Deutschland aufgebaut, nur dass die Professionen Psychologie und Psychiatrie in der Akuthilfe am Unglücksort eine größere Rolle spielen, während in Deutschland bei dieser Aufgabe die Notfallseelsorge einen größeren Stellenwert hat. Das hängt damit zusammen, dass sich die Versorgungsstrukturen in den Ländern unterschiedlich entwickelt haben. In allen drei Ländern wird die Qualitätssicherung der psychosozialen Notfallversorgung großgeschrieben und auf Bundesebene durch die Vergabe von Forschungsaufträgen und die Erarbeitung von Mindestqualitätsstandards und Leitlinien vorangetrieben. Diese Standards sind im Internet verfügbar.

Gibt es bei den Strukturen eine Versorgungslücke in Deutschland?

Weniger eine Versorgungslücke, aber eine Lücke in der Vermittlung von der Akuthilfe am Unglücksort in die mittel- und längerfristige Versorgung. Hier müssen klare Regelungen ge-

schaffen werden, wer im Bedarfsfall wen kontaktiert und wie die Übergaben gestaltet werden können.

Was würden Sie einem jungen Notfallpsychologen raten?

Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass Notfallpsychologen eine fundierte Ausbildung – orientiert an den bundeseinheitlichen Standards – durchlaufen. Ebenso wichtig ist es, dass sie Feldkompetenz besitzen. Damit verstehen sie die Welt der Einsatzkräfte, und sie erleben, wie wichtig im gemeinsamen Bewältigen von Gefahrensituationen die Kameradschaft, also das Sich-aufeinanderverlassen-Können, ist. Feldkompetenz hilft, bei Beratung, Therapie und Ausbildung im Einsatzwesen akzeptiert zu werden. Denn so gut das psychologische Instrumentarium auch sein mag, man kann die Einsatzkräfte am besten für sich gewinnen, wenn man von ihnen als „zugehörig" empfunden wird.

Das Interview mit Frau Dr. Jutta Helmierichs führte Alenka Tschischka, Pressesreferentin BDP.

Kontakt

Dr. Jutta Helmerichs
Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)
Abteilung I – Krisenmanagement
Referat I.3 – Psychosoziales Krisenmanagement (PsychKM) /
Koordinierungsstelle Nachsorge, Opfer- und Angehörigenhilfe (NOAH)
Postfach 1867
53008 Bonn
www.bbk.bund.de

Dipl.-Psych. Thomas Welker

9. ARBEITSFELD GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE: PRÄVENTION

9.1 Zusammenfassung

Prävention kann jeder, macht jeder, jeder fühlt sich zuständig für die Gesundheit als das höchste Gut: gut für wen? Das ständige Achten auf Gesundheit macht Stress und krank – also Prävention ist notwendig. Auf „Nichts"-Tun im Sinne der Prävention folgt Schuldzuweisung, und wer nicht gesund ist, schadet zunächst sich selbst und dann der Gesellschaft. Prävention – ein Marketinginstrument, dem sich jeder verpflichten muss?! Das System „Prävention" und die damit verbundenen Präventionsmaßnahmen sind in der Gesellschaft fest verankert. Auffällig ist, wie in den letzten 25 Jahren dieser Begrifflichkeit in fast allen gesellschaftlichen Bereichen und vor allem im Gesundheitswesen – ohne den Begriff zu reflektieren – das Wort geredet wird. Eine differenzierte und rationale Reflexion der Begrifflichkeit „Prävention" und der Gesundheitsförderung aus systemtheoretischer Sicht erhellt die sich daraus ergebenden Notwendigkeiten und zeigt, warum psychologische Tätigkeiten in diesem Bereich kaum eine Berücksichtigung finden, sie aber dringlichst eingebunden werden müssen.[3]

Schlagwörter: Prävention, Gesundheitsförderung, Leitfaden Prävention, Kompetenzen der Psychologenschaft.

9.2 Die Definition

Der Begriff „Prävention" (Saake & Vogd, 2008) leitet sich von „pre-venire" ab, bedeutet im eigentlichen Sinne „Zuvorkommenheit" (Fuchs, 2008)[4]. Als an der Zukunft orientierter Begriff verweist er auf ein Ereignis, welches in der Zukunft auftauchen und geschehen könnte, jedoch verhindert werden soll. Daraus folgt zunächst die Selbstverständlichkeit eines auf diese Verhinderung ausgerichteten gegenwärtigen Verhaltens. Als Ergebnis des sich bemühenden Verhaltens einer kontinuierlichen Verhinderung eines möglichen negativen[5] Ereignisses in der Zukunft ergeben sich allerdings zwei Eigenarten:

a) Die Zukunft der Gegenwart selbst ist nicht mehr Zukunft, sondern Gegenwart geworden, in der alle Ereignisse, die man verhindern bzw. denen man zuvorkommen wollte, nicht ent-

3 Grundlage dieses Artikels ist der in regelmäßigen Zeitabschnitten erscheinende „Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 14. August 2014", abgekürzt „Leitfaden Prävention, 2014".

4 Ein Aufsatz, dem dieser Text sehr viel verdankt.

5 Für positiv erwartete und zukünftige Ereignisse gibt es offensichtlich keine Prävention.

halten sind. Dies bringt eine Widersprüchlichkeit hervor: Die eigentlich erwarteten Ereignisse sind nicht aufgetreten, sodass die Zukunft als Gegenwart also „anders ausfällt, als man erwartet, aber so, wie man es gleichzeitig erhofft (mithin auch erwartet) hatte" (Fuchs, 2008, S. 2). Das Ergebnis der Zuvorkommenheit liefert also stets zwei mögliche Formen von Zukunft, eine mit und eine ohne Prävention. „Und welche Zukunft die wirkliche Zukunft gewesen ist, entscheidet sich, wenn die Prävention Vergangenheit und die Zukunft Gegenwart geworden ist." (Fuchs, 2008, S. 2) Ein gewichtiger Punkt der Überlegungen lässt sich festhalten: In der in der Zukunft gewordenen Gegenwart werden die Wirkungen der Prävention nicht dingfest gemacht und festgestellt werden können – in der Gegenwart tut man aber so!

b) Aus Punkt a) folgt auch, dass keine zukünftige Realität und keinerlei Bezug zu ihr existiert, da die Zukunft bar jeglicher Form einer Realität ist. Sie herrscht vor in der mentalen subjektiven Wirklichkeit der Gegenwärtigkeit, die antizipiert, projiziert, beschrieben, ausgemalt, verworfen und ausgetauscht werden kann. Und schließlich: „In keiner Gegenwart kann gewusst werden, wie sie hätte anders werden können, als sie geworden ist." (Fuchs, 2008, S. 3.) Hier lässt sich bereits auf die Unerschütterlichkeit und Stabilität der Prävention in der Gegenwart hinweisen. Wenn jemand tatsächlich das Unterfangen beginnen sollte, die künftige Gegenwart als das Ergebnis dessen bestimmen zu wollen, was in der vergangenen Gegenwart in Form der Projektion erwartet wurde, so muss man sich des Vergleichs der erinnerten Vergangenheit mit der aus der Zukunft eingetroffenen dargestellten Gegenwart bedienen (Fuchs, 2008, S. 4).

9.3 Funktion der Prävention

Prävention bezieht ihre Berechtigung aus dem von ihr geschaffenen Risiko-Gefahren-Verhältnis. Sie etabliert sich in der Gegenwart als ein stabiles System, indem es die auf die Zukunft gerichteten Vermeidungsaufgaben in einer bestimmten Weise so gestaltet, dass mögliche Ereignisse in der Zukunft mit Unsicherheit ausgestattet werden und auf mögliche Gefahren hingewiesen wird, gegen die die Menschheit sich nicht wird wappnen werden können, etc. Im Alltag erscheint das in der phänomenologischen Symbolisierungsform: „Was wird die Zukunft wohl bringen?", „Zukunftsplanung ist heute nicht mehr möglich", „Ungewissheit in der Zukunft", „Wer weiß, welche Krankheit mich mal später im Leben heimsuchen werden wird?", „Arbeitsplätze sind auch keine Garantie mehr für meine Zukunft."

Zur Überzeugung der Funktionalität von gegenwärtiger Prävention wird auf Sicherheiten verwiesen, welche gegenwärtiges Verhalten (Handeln, Wahrnehmen, Denken und Emotionen) auf „bestimmte Ziele" und deren Erreichen ausrichten („Der Weg ist das Ziel"). Um den Unwägbarkeiten der Zukunft gegenwärtig Sicherheit zu bieten, kommt das Risiko/Gefahr – Konzept ins Spiel. Gefahren in der zu erwartenden Zukunft werden durch Analyse, Wissenschaft, Technik und Fertigkeit zu Risiken deklariert. Dies kommt in Luhmanns berühmten Beispiel zum Ausdruck: „Erst seitdem es Schirme gibt, ist die Gefahr, bei Regen nass zu werden, ein Risiko, weil man nun den Schirm mitnehmen oder ihn vergessen kann" (Luhmann zitiert nach Fuchs, 2008, S. 6). An diesem Beispiel wird deutlich, dass man gar keine neuen Gefahren heraufbeschwören

oder Risiken generieren muss, es genügt inzwischen Gefahren als Risiko zu titulieren und damit die Risikosensibilität und die Risikoreizbarkeit der Menschen zu entwickeln sowie die Alternative gleich mit zu eröffnen, was der Mensch in Zukunft zu seiner Aufgabe machen sollte: sich basierend auf einer entsprechenden Risikosensibilisierung mit einer auf die Zukunft orientierten Vermeidungsmöglichkeit auszustatten. Der Verweis auf die in der Gegenwart als Risiko uminterpretierten künftigen Gefahrenereignisse liefert den Beweis für die Notwendigkeit einer Form gegenwärtiger Daseinsvorsorge.

9.4 Präventionsmaßnahmen mit Erwartungen

Dieses in sich geschlossene und stabile System „Prävention", welches seiner Funktion nach die ganze Gesellschaft als mit Risiken behaftet interpretiert (z. B. Krankheitsprävention, Drogenprävention, Kriminalprävention, Gewaltprävention, Terrorismusprävention, Rückfallprävention, Präimplantationsprävention, Gesundheitsprävention etc.), ist natürlich nicht von einer sich selbst für obsolet deklarierenden Starrheit geprägt. Auf „Determination, die alles, was geschieht, als festgelegt behandelt" (Fuchs, 2008, S. 8), will sie sich gerade nicht einlassen. Das System „Prävention" klammert wesentliche Determinanten des Gesundheitszustandes der Bevölkerung aus. Sie will sich gerade nicht auf deren Ursachen einlassen: „Die Qualität von Bildung und Erziehung, berufliche Anforderungen und Belastungen, die Integration in den Arbeitsmarkt und die soziale Teilhabe, die Einkommenssituation einschließlich des sozialen Schutzes gegen Verarmung und die Wohnbedingungen beeinflussen nachhaltig das Risiko zu erkranken und die Chancen, gesund zu bleiben. Diese Determinanten wirken auch auf die individuelle Fähigkeit und Bereitschaft ein, Verantwortung für das persönliche Gesundheitsverhalten im Sinne der Verhaltensprävention zu übernehmen. Notwendig ist daher die gesundheitsförderliche Ausrichtung der genannten Lebensbereiche und Politikfelder" (GKV, 2014, Präambel, S. 6).[6] In ihrer Abstraktheit muss Prävention über konkrete Bedingungen ihrer Anwendbarkeit Aussagen machen, also mit Flexibilität Programme generieren. Mit apodiktischen Aussagen wie „Präventionsmaßnahmen können überall dort eingesetzt werden, wo Ereignisse mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bevorstehen und Maßnahmen zur Verfügung stehen, die geeignet sind, den Eintritt dieser Ereignisse zu beeinflussen bzw. zu verhindern", wird die Selbstverständlichkeit deutlich, mit der das System „Prävention" seine auf die Zukunft orientierte Ereignisverhinderung nicht im Konjunktiv formuliert, sondern Tatsachenaussagen („geeignet sind […] zu beeinflussen bzw. zu verhindern") als unabdingbare Realität darstellt, gleichwohl das zu bestätigende Risiko in dieser Aussage auch mit formuliert wird, wenn das zu verhindernde Ereignis nicht auftritt („Wahrscheinlichkeit").

Zur Voraussetzung bzw. zur Umsetzung ihrer Maßnahmen operiert Prävention mit zwei Aspekten: Präventionsmaßnahmen müssen vermittelt, kommuniziert werden, und sie müssen

6 Der Leitfaden meint damit die Ausweitung der individuellen Verhaltensprävention auf eine bereits in der Kita beginnende die Verhältnisprävention.

einen unabweislichen Bezug haben, an denen sie vollzogen werden können: Kommunikation und Körper.

9.5 Prävention und Kommunikation

Die Akzeptanz der mit vielfältigem Risiko behafteten und vermeidungsdominant ausgelegten Präventionsprogramme ist der Zweck, der jedoch folgerichtig auch Ablehnung und Widerstand hervorruft. In den verschiedensten Interaktionssituationen (Settings) werden Kommunikationsformen benötigt, die in der Auswahl (Selektion) und mit sinnstiftenden Programmen (der persönliche Nutzen) so konditioniert werden, „dass sie zugleich als Motivationsmittel wirken, also die Befolgung des Selektionsvorschlages hinreichend sicherstellen können. Die erfolgreichste/folgenreichste Kommunikation wird in der heutigen Gesellschaft über solche Kommunikationsmedien abgewickelt, und entsprechend werden die Chancen zur Bildung sozialer Systeme auf die entsprechenden Funktionen hin dirigiert" (Luhmann zitiert nach Fuchs, 2008, S. 9). So findet sich auch im „Leitfaden Prävention" in der Präambel das Argumentationsmuster, „die Versicherten dabei zu unterstützen, Krankheitsrisiken möglichst frühzeitig vorzubeugen und ihre gesundheitlichen Potenziale und Ressourcen zu stärken", und es wird nachgesetzt, „Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht im Rahmen" dieses Gesetzes „durchgeführt oder gefördert werden" (GKV, 2014, S.6). Unabhängig davon, dass mit dieser Argumentation bereits das gegenwärtige System der freien Persönlichkeitsentwicklung eingeschränkt wird, basiert auf dieser Einschränkung das später folgende Risiko „verantwortlich gemacht werden zu können dafür, was man trotz einer in der Vergangenheit möglichen Vermeidungsoption in eben dieser vergangenen Gegenwart nicht vermieden hat" (Fuchs, 2008, S. 10). Man hat rückblickend „falsche" oder nicht genügend Vermeidungsstrategien gepflegt. Und nicht zuletzt die Wahl der Nicht-Vermeidungsoption zwingt einem den Risikovorwurf auf, man sei eben das „Risiko-Ignoranz-Risiko" eingegangen (Fuchs, 2008, S. 10).

9.6 Prävention und Körper

Im Zusammenhang mit den geforderten konkreten Bedingungen ihrer Anwendbarkeit wurde bereits auf eine Voraussetzung für Präventionsmaßnahmen hingewiesen: Mit ihren Maßnahmen und Programmen zu Gesundheit und Krankheit, Psyche und Soma nimmt sie Bezug zum Körper.[7] Die Körperlichkeit, d. h. die Körperreferenz, existiert in allen sozialen Bereichen (Privatheit, Wirtschaft, Politik), ist unauffällig, weil selbstverständlich, ist normal, weil stets verfügbar, und der Körperbezug muss nicht ständig reflektiert und thematisiert werden. Erst wenn der Mechanismus der alltäglichen und gewohnheitsmäßigen Ausgewogenheit allmählich nicht mehr funkti-

7 Nebenbei sei erwähnt, dass die Prävention die Gratwanderung zwischen Prävention und Behandlung selbst aufmacht.

oniert, in eine Krise gerät, beginnt ein Krisenmechanismus, der notwendigerweise überprüft, ob die vorhandenen Mittel des Systems „Körper" zur Behebung der Krise und zur Weiterführung der gegenwärtigen Situation ausreichend sind. Da die Prävention das existenziell psychosomatische Betroffen-Sein nur als Voraussetzung von Prävention und Gesundheitsförderung verstanden wissen und somit auch nicht eingreifen will, ist ihr das aus dem Betroffen-Sein abgeleitete, existenziell psychosomatische Betroffen-Werden stets gegenwärtig. Denn hier bietet sich ihr die Chance, kommunikativ die Befindlichkeiten, die Verletzlichkeit, die Pathologisierung und die Mortalität mit möglichen negativen Szenarien und Prophezeiungen nebst expliziten Warnungen in der ausgemalten zukünftig vergangenen Gegenwart anzusprechen. Wie sehr die Körperlichkeit in der Prävention selektiert wird, belegt der „Leitfaden Prävention" auch selbst. Unter dem Titel des „Präventionsprinzips: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme" (GKV, 2014, S. 42) werden die erforderlichen vorbeugenden körperorientierten Bewegungsprogramme aus Statistiken von Krankheitsbildern abgeleitet und definiert: „Körperliche Aktivitäten" sollen jenen Menschen mit speziellen Risiken im a) Herz-Kreislauf-System sowie respiratorischen System (Einschränkungen der Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit, Atmungs- und Lungenfunktionsgrößen), b) metabolischen Bereich mit anormalen Werten (Blutzucker, Blutdruck, Lipidparameter, Gewicht), c) psychischen und psychosomatischen Bereich (Depressivität, Muskelverspannungen, psychovegetative Probleme, allgemeines psychisches Missbefinden), d) Bereich der motorischen Kontrolle (Muskel-Skelett-System mit Rückenschmerzen, Arthrosen, Osteoporose, Inkontinenz etc.) (GKV, 2014, S. 41) angeboten werden. In der nachfolgenden Ausgestaltung der inhaltlich und methodisch bestimmten Kernziele bleiben die psychosomatischen Bezugsgrößen unerwähnt, ganz zu schweigen von den geforderten Anbieterqualifikationen – eine Qualitätsanforderung an die hochwertigen psychologischen Dienstleistungen fehlt. Der Körper ist eine real messbare Größe: Aus der selbst initiierten Dramaturgie über den Körper lässt sich nach Bedarf der zu erwartende Nutzen bemessen, was sich offensichtlich nach der Logik der Prävention über die Entwicklung der Psyche und des psychosomatischen Erlebens nicht behaupten lässt. Lass die Psyche laufen, und schon wird alles gut! So das Dogma des Systems „Prävention".

9.7 Prävention – ein Kostenfaktor

Im System der Prävention werden die Personen betrachtet unter dem Titel „Die Gesundheit – das höchste Gut!" Ein Mangel an Gesundheit soll behoben und ein Risiko an Erkrankung verhindert werden. Ob dieser Widersprüchlichkeiten (s. o.) verwundert es nicht, dass den Maßnahmen zur Prävention eine große ökonomische Effizienz zugeschrieben wird. Einem wachsenden Wirtschaftszweig verschafft die Politik die Voraussetzungen, vielfache und weitreichende Programme zur Prävention einzuleiten mit teilweise verpflichtendem Charakter. Im Vordergrund steht dabei das Verhältnis zwischen den anfallenden Kosten bzw. des Aufwands und dem zu erwartenden Ertrag. Dem Bestreben, die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen dem dafür Selektierten als Verpflichtung aufzuerlegen, stehen die gesetzlichen Vorgaben der Persön-

lichkeitsrechte entgegen. Das System „Prävention“ mit dem Gestus, in naher Zukunft Ereignisse zu verhindern bzw. zu verringern und dies mit marketingmäßig aufbereiteten Erfolgsmeldungen kommunikativ zu unterstreichen, ist so geartet ein Instrument zur Rechtfertigung für Eingriffe aller Art in einem System von Lebenswelten[8] der Persönlichkeit. Je differenzierter die Angebote an Präventionsmaßnahmen werden, umso intensiver wird mit der Angst der Adressaten vor Unwägbarkeiten und vermeintlichen Gefahren gespielt. Jede Maßnahme seitens der Politik, der Wirtschaft, der Krankenkassen wird begründet mit dem Schutz vor gesundheitlichen Bedrohungen und möglichen Krankheiten. Daher „ist uns Ihre Gesundheit einiges wert, wir scheuen keine Kosten für das hohe Gut Ihrer Gesundheit“, so oder ähnlich lauten die motivierenden und die Prävention stabilisierenden Erscheinungsformen des Marketings. In der „Süddeutschen Zeitung“ (SZ vom 4. Nov. 2014) wurden jüngst zwei aktuelle Beispiele einer wirkungsvoll erscheinenden Technologie zur präventiven Unterstützung des Systems Prävention zitiert: 1. Bewegungsmelder in den amerikanischen Gesundheitsministerien, zusätzlich mit einer netten Funktion ausgestattet, erinnern jeden vor dem Aufzug stehenden Mitarbeiter per App daran, doch lieber die Treppen zu benutzen.[9] 2. Ein anderer Internetgigant bietet den Menschen eine mit einer Kamera ausgestattete Brille an zur Erfassung ihres sozialen Umfeldes und läutet die digitale Gesundheit ein, jeden Bürger mit ein paar ins Blut verabreichten Nanopartikeln zu vernetzen, um mit einer technisch ausgefeilten Armbanduhr am Handgelenk ihn, seinen Unternehmer und den Internetgigant vor möglichen Erkrankungen rechtzeitig zu warnen – Optimierung der Gesundheit und des Arbeitseinsatz des Mitarbeiters. Gesundheit, ihre Förderung, ihre Prävention – ein Schelm, der … dabei denkt!

9.8 Der Widerspruch

Einfach formuliert: Mit Prävention will man der Zukunft zuvorkommen. Dieser Zukunft kann keinerlei Form von Realität unterstellt werden. Man kann sich vorausschauend einstellen, um zukünftig Negatives zu verhindern durch ein gegenwärtiges auf diese Verhinderung bezogenes Handeln. In diesem Zusammenhang ist klar, dass die viel beschworenen und auf die Zukunft orientierten Wirkeffekte und die „Nachhaltigkeit“, die quasi die Haltbarkeitskriterien der Präventionsmaßnahmen ausmachen sollen, keiner Überprüfung werden standhalten können. Umso besser für ein Wirtschaftssystem, welches dieses Fass ohne Boden kontinuierlich mit neuen, stets auf die Zukunft orientierten Angeboten füllt. Die Eigendynamik des inzwischen milliardenschweren Marktes hat die zur Ideologie transformierte Ganzheitlichkeit präsent. Praktisch aber hat wohl die Messbarkeit der Körperlichkeit als Eigeninteresse Vorrang vor der Nachhaltigkeit der angebotenen Maßnahmen.

---

8 Lebenswelten ist neuerdings ein häufig benutztes Wort im Referenten-Gesetzesentwurf zur Prävention, welches schließlich sämtliche Lebensbereiche der Menschen umfassen soll.

9 Die Debatte über die Zulässigkeit der Aufzeichnung von Bewegungsprofilen und sich daraus ableitenden versicherungsverpflichtenden Fragen wird hier nicht weiter verfolgt.

Diese Haltung der Mannigfaltigkeit vorgenommener Messungen im Rahmen der Durchführung von Präventivmaßnahmen belegte die Expertenrunde von Teilnehmern des Workshops „Gesundheit: Prävention und Notfallpsychologie“ am Tag der Psychologie 2014 sehr eindrucksvoll:

Starke Instrumentalisierung der Maßnahmen steht mehr im Vordergrund als die Gesamtbetrachtung der Person. Maßnahmen von Sportwissenschaftlern, Sport- und Gymnastiklehrern, Krankengymnasten und Physiotherapeuten mit ihren vielfältigen Interventionsmöglichkeiten der Initiierung von sportlicher Aktivität halten jedoch in ihrer Funktion der angewandten Laienpsychologie einer Evaluation (von vermeintlich verändertem psychischem Wohlbefinden) ebenso wenig stand, wie die Einlassungen von selbst ernannten systemischen Gesundheitscoaches in öffentlichen Institutionen Effektivität belegen könnten. Die Nützlichkeit von aktuellen als Prävention deklarierten Mengenauswertungen zur Kosteneinsparung gebiete es für Versicherungen, darauf zu achten, dass wissenschaftlich begründete Präventionsprogramme nicht teuer sein dürfen, sie müssen aber „gut“ sein. Als weitere Auffälligkeiten von Präventionsmaßnahmen wurden genannt: sie als Kontrollforum mit dem Gestus einer Fürsorglichkeit einzurichten; Datensammlung ohne ausreichenden Datenschutz; unverhohlene Erklärung von Unternehmen, die Präventionsmaßnahmen sollen sie nichts kosten und die Mitarbeiter rasch und perfekt am Funktionieren halten. Generell wurde in der Diskussionsrunde hervorgehoben, dass in fast allen Präventionsfeldern über psychisches Wohlbefinden zwar berichtet werde, doch dies eigentlich als Schmiermittel fungiere, um die psychischen Hintergründe des aktuell erlebten körperlich belasteten Daseins der Person gar nicht erst erscheinen zu lassen. Insofern seien Präventionsmaßnahmen in diesem Kontext vorrangig nicht am psychischen Wohl der Bevölkerung ausgerichtet! Das ist im Grunde der eigentliche Skandal.

9.9 Kompetenzen der Psychologen nicht gefragt!?

Vor dem Hintergrund bisheriger Ausführungen gibt es kaum noch präventionsfreie Räume, da die Förderung der „Gesundheit als höchstes Gut“ schon der ökonomische Zweck ist, den es nach Maßgabe der Wirtschaftlichkeit zu bedienen gilt und bei dem die anstehende Förderung der Gesundheit bzw. Präventionsmaßnahme / Behandlung als fortzuführendes System Prävention abgesichert wird.

Wenn Prävention nicht dem extrinsischen Zweck der ausschließlichen Wirtschaftlichkeit unterworfen werden würde, in der Gegenwart auf die Gesundheit vorbeugend auf eine in der Gegenwart nicht existente Zukunft achten zu müssen, dann könnten die Menschen die angebotenen Maßnahmen frei von dem vor der Zukunft warnenden und drohenden Fingerzeig in der Gegenwart eher akzeptieren und sie für sich wohlwollend nutzbringend umsetzen, weil sie „hier und jetzt“ etwas erwerben, mit dem sie gegenwärtig ihre Lebensqualität erleben und erweitern können. Das Wissen um das offene Geheimnis, dass innerhalb des Systems „Prävention“ der offene Bezug einer Person auf ihre eigene Körperlichkeit mit ihrer Präsenz im Bewusstsein (einschließlich ihrer unbewussten Anteile) Körper und Psyche in Einklang zu bringen vermag im Sinne des Prinzips von Akzeptanz und Veränderung – ein Prozess, der nur in der Gegenwart und nicht mit dem Schielen auf die Zukunft gelingt –, macht die Kompetenz der Zunft der Psychologen aus.

Warum werden wohl im autogenen Training alle Formeln in der Gegenwartsform vorgestellt, und warum wird in der progressiven Relaxation das Verhältnis von Anspannung und Entspannung als aktuelles Kontrasterleben angesprochen (Krampen, 2005, S. 21 ff.). Warum wird wohl in den multimodalen Stressbewältigungsverfahren so viel Wert auf die Gegenwärtigkeit von perspektivwechselnden Wahrnehmungen, von stressreduzierenden Denkformen, erlebbaren Emotionen und dadurch fassbaren Gefühlen sowie von sich daraus ergebenden Handlungen im biopsychosozialen Kontext gelegt (Krampen, 2005, S. 17). Warum werden wohl in der Hypnose die (Re-) Konstruktionen gegenwartsbezogen durchgeführt? Warum wird wohl in Bio- und Neurofeedbackverfahren die reale Erfahrung von erlebbaren Lebensfunktionen im wahrnehmbaren Augenblick genutzt? Warum wohl wird in allen anderen psychologischen Interventionen und psychotherapeutischen Verfahren ebenso verfahren?

Und in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind stets genuin psychologische Fachkompetenzen gefordert, denn deren erstellte Anforderungsanalysen zur Ausgestaltung der die Gesundheit der Mitarbeiter erhaltenden Arbeitsplätze und -abläufe sind eine reale Einflussgröße der Verhältnisprävention – was in den „Kitas“ geht, sollte auch in „MiTas“ (Mitarbeiter-Tagesstätten) funktionieren.

Zusammengefasst sind Psychologen mit ihren besonderen fachspezifischen Qualifikationen im betrieblichen Gesundheitsmanagement ebenso kompetent wie in der Prävention als Gesundheits- oder Klinische Psychologen. Ob Analysen zur Organisationsentwicklung auf der Basis psychologischer Anforderungen, ob Entwicklungen nach Analyseergebnissen zu neuer struktureller Umsetzung führen, ob stets nachvollziehbare Realitätsbezüge hergestellt und demonstriert werden, ob die Beherrschung von Screenings und Diagnostik, ob die Befähigung zur Umsetzung von wissenschaftlich fundierten und umfassenden Programme/Trainings (z. B. diverse Konzepte von Stressbewältigung, Präventionsprogramme etc.), ob evaluatives Einschätzungsvermögen bis hin zu realen Evaluationsumsetzungen gefragt sind oder edukative und erwachsenenpädagogische Kenntnisse: Psychologen können auf ein qualitativ hohes Kompetenzniveau zurückgreifen, was nicht zuletzt befördert wurde durch die Diversifizierung der Studiengänge.

9.10 Womit und mit wem haben es Psychologen in ihrem Berufsfeld zu tun?

Eine Antwort darauf ist relativ leicht zu finden. Dass im Zusammenhang mit dem „Leitfaden Prävention“ die Berufsgruppe der Psychologen es in vielfältiger Weise mit Berufsgruppen von Nicht-Psychologen zu tun hat, ist nicht den jeweiligen Berufsgruppen anzulasten – hier gibt es gute interdisziplinäre Zusammenarbeit -, sondern entscheiden diejenigen vom Gesetzgeber dafür befugten Verbände im Gesundheitswesen, die der Ansicht sind, bei einer „industriell zu normierende Seele und Gesundheit“ einen betriebswirtschaftlichen Effektivitätsmaßstab nach Kostenkriterien anlegen zu müssen. In jedem der im „Leitfaden Prävention“ aufgezähltem Handlungsfeld werden die mögliche Wiederherstellung von Wohlbefinden der Psyche und die Verhinderung von psychosomatischen Erkrankungen als Kernziele hervorgehoben.

9.11 Der Skandal

Das Ergebnis dieser Ansprüche der Urheber des Leitfadens, des Maßstabes zur Anbieterqualifikation (mit den Strukturkriterien definiertes Grundstudium, Zusatzqualifikation, Einweisungsnachweis) und zum Verhältnis der Einordnung von Seele findet sich im „Leitfaden Prävention" in einem eklatanten Missverhältnis wieder. Dort sind die nach der Qualifikation des Grundstudiums selektierten Berufsgruppen aufgelistet, die den eigenen Ansprüchen des GKV-Spitzenverbandes in keiner Weise gerecht werden können.

a) Im Handlungsfeld „Bewegung" sind zwar Themen als Kernziele formuliert wie „psychosozial, Selbstwirksamkeit, Stimmung, Körperkonzept, soziale Kompetenz und Einbindung, Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden und Missbefindenszuständen" (GVK, 2014, S. 50 ff.). Nur folgende Berufsgruppen kommen in Betracht und dürfen ihr jeweiliges Können ausspielen, was sie ohne Zweifel gut beherrschen, vermitteln und sicherlich auch das allgemeine Wohlbefinden und die Stimmung für eine kurze Dauer heben: Sportwissenschaftlicher, Krankengymnasten und Physiotherapeuten, Sport- und Gymnastiklehrer, Ärzte, lizenzierte Übungsleiter in Turn- und Sportverbänden, Masseure und Ergotherapeuten mit speziellen Zusatzqualifikation für diesen Bereich. Außen vor bleibt die Berufsgruppe der Psychologen – ein starker Tobak!

b) Im Handlungsfeld „Ernährung" (GVK, 2010, S.47 ff.), obgleich die Themen „psychische (Ess-)Störungen", „zur Verhaltensmodifikation durch Training der flexiblen Verhaltenskontrolle", „ohne Behandlungsbedürftige Erkrankungen des Stoffwechsels oder psychische (Ess-)Störungen" als Kernziele und Inhalte der Kurse aufgeführt werden, nur folgende ihre Profession beherrschende Berufsgruppen ihre Beratungen und Kaufbegleitungen umsetzen: Diätassistenten, Öktrophologen, Ernährungswissenschaftler, Diplom-Ingenieure. Außen vor bleibt die Berufsgruppe der Psychologen – ein starker Tobak!

c) Im Handlungsfeld „Stressmanagement und Entspannung" (GVK, 2014, S. 59 ff.) sind, obgleich „instrumentelles, kognitives und palliativ-regeneratives Stressmanagement, akuter, chronischer Stress" als genuin psychologische Themen genannt sind sowie die Notwendigkeit von psychologischen Kenntnissen und Fähigkeiten zu Screening und Diagnostik unterstellt wird, sind zwar explizit Psychologen aufgeführt, neben den folgenden Berufsgruppen, denen aufgrund ihres Grundstudiums zuerkannt wird, dass sie sich mit einer Zusatzqualifikation in diesem Handlungsfeld betätigen dürfen: Pädagogen und Lehrer, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, Ärzte, und im „palliativ-regernativen Stressmanagement" (= Entspannung) werden Sportwissenschaftler, Sport- und Gymnastiklehrer, Physiotherapeuten und Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Erzieher, Heilpädagogen ergänzt – ein starker Tobak!

Aus den beiden ersten Handlungsfeldern sind die Psychologen auf Grund ihres Grundstudiums ausgeschlossen. Es wird also offensichtlich davon ausgegangen, dass sie trotz ihrer hohen psychologischen Kompetenz in den von den Verbänden vorgegebenen Titeln zu Psyche und psychologischer Intervention keine fundamentalen Erkenntnisse einzubringen hätten – und man traut ihnen vor allem nicht zu, in Form von Zusatzqualifikationen im Bewegungs- und Ernährungsbereich eine maßgebliche Zusatzqualifikation als Anbieter erwerben zu können.

Im dritten Handlungsfeld (c) wird nicht etwa der Spieß umgedreht und Stressmanagement und Entspannung als Domäne der Berufsgruppe „Psychologie" deklarieret, sondern fast allen Berufsgruppen mit den in den anderen Handlungsfeldern zugelassenen Grundqualifikationen traut man zu, mit einer Zusatzqualifikation von nur 32 Unterrichtseinheiten ohne Angaben spezifischer Inhalte alles das zu lernen, was Psychologen in vielen Semestern an Kenntnisgewinn erwerben.

Das nennt man im politischen Leben: Diskriminierung und Degradierung.

Und das alles wegen den 3 Ks:

Körper – Kommunikation – Kosten.

Da braucht es wohl erst recht den Berufsstand der Psychologen, um den vielfältigen Selbstüberschätzungen all jener Herr zu werden, die glauben, durch einem irgendwie gearteten Umgang mit dem Körper anderer werde die Seele schon zum Guten gerichtet werden.

Psychologen werden sich auf ihre evidenzbasierten Kompetenzen besinnen müssen und sich – trotz der Wichtigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit – in aller Deutlichkeit gegen eminenzbasierte Übergriffigkeit wehren.

Literatur

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Deutsche Herausgabe von Alexa Franke, Tübingen: dgvt-Verlag,.

Fuchs, P. (2008). Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. In I. Saake & W. Vogd (Hrsg.) *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung* (S. 363-378). Wiesbaden: VS-Verlag.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014). *Leitfaden Prävention.* Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin.

Hafen, M. (2002). Das weite Feld von Prävention und Gesundheitsförderung. *SuchtMagazin 1* (02).

Hafen, M. (2005). *Systemische Prävention, Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen.* Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

Krampen, G. (2013). *Entspannungsverfahren in Therapie und Prävention.* Göttingen: Hogrefe.

Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme, Grundriß einer allgemeinen Theorie.* Frankfurt a. M: Suhrkamp.

Saake,I. und Vogd, W. (Hrsg.). (2008). *Moderne Mythen der Medizin – Studien zur organisierten Krankenbehandlung.* Wiesbaden: VS-Verlag.

Referentenentwurf BMG (2014). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention.* (Präventionsgesetz – PrävG). Berlin. 2014

Paukner, P. (2014). *Bewegungsmelder.* In Süddeutsche Zeitung vom 4. November 2014). München. Süddeutscher Zeitungsverlag. Verfügbar unter: http://www.sueddeutsche.de/digital/gesundheitstechnik-nimm-lieber-die-treppe-1.2202689 [Zugriff: 6.3.2015].

Kontakt

Dipl.-Psych. Thomas Welker
Iglingerstraße 39
86899 Landsberg am Lech
Telefon: (0 81 91) 647 45 57
Mobil: (0170) 430 34 48
E-Mail: Thomas-Welker@web.de

Dipl.-Psych. Elisabeth Götzinger
Dipl.-Psych. Laszlo Pota

10. WEITERENTWICKLUNG DES PSYCHOLOGISCHEN BERUFSBILDS

10.1 Explikation des Berufsbildes Psychologe

In den praktischen Berufsfeldern der Psychologen gibt es vielfältige Kooperationen mit anderen Berufsangehörigen, aber auch Anlass für Konkurrenz und Abgrenzung. Letzteres lässt es geboten erscheinen, das Berufsbild des Psychologen zusammenfassend zu beschreiben.

Ein solcher Auftrag war von der Delegiertenkonferenz des BDP (DK) im November 2013 an eine Arbeitsgruppe erteilt worden. Im Rahmen des Tags der Psychologie (TdP) „Quo vadis, Psychologie?" fand ein Workshop statt, mit dem die Mitglieder des BDP in diese Arbeit einbezogen wurden und dessen Inhalte nachfolgend dargestellt werden. Die Teilnehmer des Workshops orientierten sich an den bereits vorliegenden Ergebnissen der Arbeitsgruppe. Die Grundzüge daraus sollen hier zunächst einführend dargestellt werden.

Das Berufsbild soll mehreren Zwecken dienen. Es ist als Informationsquelle für die Öffentlichkeit gedacht, insbesondere für die Nutzer der angewandten Psychologie, die Ratsuchende, Kunden, Klienten und Patienten sowie Trainees sein können. Es ist für die Psychologen nützlich, die mit der Beschreibung ihre Tätigkeit darstellen und sich von anderen Berufsgruppenangehörigen abgrenzen können.

Die Arbeitsgruppe hatte zuvor festgelegt, in welcher Form das Berufsbild dargestellt wird. Zunächst werden als Grundlage des fachlichen Handelns der europäische Standard des Berufs und die Ausbildungsgänge zum Psychologen einschließlich des Führens von Berufsbezeichnungen und Titeln beschrieben. Dies erfolgt sowohl für den früheren Diplom-Studiengang als auch für die Bachelor- und Master-Studiengänge und umfasst auch Voraussetzungen zum Führen der Berufsbezeichnung „Psychologe". Um einen einheitlich hohen Standard für die Ausbildung von Psychologinnen und Psychologen in Europa zu erreichen, wurde das Europäische Zertifikat in Psychologie (EuroPsy) ins Leben gerufen. Der Dachverband der nationalen Europäischen Psychologenverbände (European Federation of Psychologists' Associations, EFPA) verleiht dieses Zertifikat Psychologen, deren Studium quantitativ und qualitativ den vereinbarten Standards entspricht, die eine betreute Berufseingangsphase absolviert haben und die sich den ethischen Standards der Berufsausübung verpflichtet fühlen, auf die sich die EFPA-Mitgliedsverbände geeinigt haben.

Seit 2008 werden in Deutschland fast keine Diplom-Studiengänge mehr angeboten, begonnene wurden aber zu Ende geführt. Nur Absolventinnen und Absolventen, die das Hauptfachstudium der Psychologie mit einem Diplom abgeschlossen haben, dürfen sich als „Diplom-Psychologe" bzw. „Dipl.-Psych." bezeichnen.

10.1.1 Berufsqualifizierender Bachelor

Anders als das Vordiplom, das nur eine Zwischenstation auf dem Weg zum Diplom war, gilt der Bachelor aus Sicht der KMK auch als eine Form der berufsqualifizierenden Abschlüsse. Die zwangsläufig schmalere Ausbildung, die diesem Abschluss im Vergleich zum Master-Abschluss vorausgeht, erfüllt nicht die Voraussetzungen zum Führen der Berufsbezeichnung „Psychologe". Auch das EuroPsy-Zertifikat kann mit dem Bachelor-Abschluss allein nicht erworben werden. Nachqualifizierungen in Form von Weiterbildungsmaßnahmen sind prinzipiell möglich

10.1.2 „Nicht konsekutive" Studiengänge

Die neuen Studienordnungen ermöglichen auch Kopplungen von verschiedenen Hauptfächern in der Bachelor- und in der Master-Phase (= nicht konsekutive Studiengänge, d. h. ein Fach wird nicht durchgehend studiert, sondern man studiert z. B. in der Bachelor-Phase Psychologie und in der Master-Phase Betriebswirtschaft). Da in diesen Fällen die für die Bezeichnung „Psychologe" vorgesehene Mindestzahl an Kreditpunkten in Psychologie nach dem ECTS (European Credit Transfer System) speziell in den Grundlagenfächern nicht erreicht wird, führen auch diese Studiengänge nicht zum Berufsziel „Psychologe" und definitiv nicht zum EuroPsy-Zertifikat. Jedoch sind Nachqualifizierungen in Form von Weiterbildungsmaßnahmen prinzipiell möglich.

10.1.3 Wissenschaft Psychologie als Grundlage der Berufstätigkeit

Psychologie ist die Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen. Sie beobachtet, registriert und kategorisiert menschliches Erleben und Verhalten, analysiert die Bedingungen seines Auftretens, zeigt seine Folgen auf und macht Vorhersagen über seine Auftretenswahrscheinlichkeit in künftigen Situationen. Weiterhin entwickelt die Psychologie Strategien zur planmäßigen Veränderung menschlichen Erlebens und Verhaltens und zur Überprüfung der Effekte solcher Strategien (verkürzt nach Lindner, Inge, 2003, Studienführer Psychologie, Würzburg: Lexika Verlag).

10.1.4 Methodenkompetenz und Wissenschaft als Basis der Berufsausübung

Psychologie ist eine empirische Wissenschaft, insofern sich ihre Erkenntnisse aus belegbaren Erkenntnissen auf der Basis von Daten herleiten. Kontrollierte Beobachtungen, Experimente, Befragungen und diagnostische Verfahren sind für die Psychologie charakteristische Erkenntnis- und Evaluationsmethoden. Nachfolgend erfolgt die Darstellung des Studiums der Psychologie mit seinen Grundlagenfächern und Anwendungsfächern, in denen die Erkenntnisse aus den Grundlagenfächern praktische Anwendung finden.

Grundlagenfächer:

- Allgemeine Psychologie mit den Bereichen Wahrnehmen, Denken, Gedächtnis, Lernen, Sprache, Emotion und Motivation

- Methoden und Statistik
- Diagnostik und Intervention
- Persönlichkeits- und Differenzielle Psychologie
- Entwicklungspsychologie
- Sozialpsychologie
- Biologische Psychologie

Anwendungsfächer:

- Pädagogische Psychologie
- Klinische Psychologie
- Wirtschaftspsychologie

Die Anwendungsfächer entsprechen den zentralen Bereichen, in denen Psychologen beruflich tätig sind, und können weiter ausdifferenziert werden. Traditionelle Arbeitsbereiche sind Wirtschaft, Schule, Gesundheit und Krankheit inklusive Therapie. Weitere wichtige Berufsfelder sind beispielsweise Rechts-, Verkehrs- und Sportpsychologie. Als neuere Entwicklungen haben sich im Sport, in den Medien, im Mensch-Technik-Verhältnis Berufsmöglichkeiten für Psychologinnen und Psychologen eröffnet. Auf die Kompetenzen von Psychologinnen und Psychologen im Allgemeinen wird hier nicht eingegangen. Diesbezüglich wird auf die in Kürze erscheinende explizite Darstellung des Berufsbildes verwiesen.

10.2 Ergebnisse des Workshops

Am Tag der Psychologie arbeitete der Workshop „Weiterentwicklung des Berufsbildes" in Kleingruppen an der Frage: Entspricht die BDP-Einteilung in Anwendungsfelder der Psychologie (Sektionen) der beruflichen Realität? Dies wurde für die traditionellen Felder bejaht.

Im weiten Feld der Klinischen Psychologie und auch in der hochspezialisierten Psychotherapie (Erwachsene, Kinder und Jugendliche) wird in der selbstständigen Praxis oder in Institutionen, Einrichtungen, Organisationen und Kliniken gearbeitet. Notfallpsychologen (z. B. Traumabearbeitung von Flüchtlingen) gehören ebenso in diesen Bereich.

Der Wirtschaftspsychologe ist ebenfalls angestellt oder selbstständig tätig in der Personalentwicklung, im Human Resources Management und im interkulturellen Management sowie im Coaching und in der Beratung von Teams und Organisationen.

Im Workshop wurden Aspekte weiterer Anwendungsfelder beispielhaft zusammengetragen.

Verkehrspsychologen arbeiten ebenfalls selbstständig oder angestellt.

Die Umweltpsychologin, der Umweltpsychologe ist beispielsweise in und für das Verkehrswesen tätig; hier ist auch der Architekturpsychologe gefragt.

Coaches und Supervisoren, die Psychologinnen und Psychologen sind, arbeiten in der Klinischen Psychologie, Psychotherapie, Schule und Wirtschaft. Sie sind tätig in Teams, als Angestellte und oder Selbstständige.

10.2.1 Welche neuen Berufsfelder gibt es? Welche haben sich Wissenschaft und Beruf noch nicht erschlossen?

Hier wurden folgende Beispiele genannt:

- Finanzpsychologen sind selten und als selbstständige Unternehmer tätig.
- Beim Arbeitsfeld für Medienpsychologen wurden die Fragen gestreift:
  - Welche Medien brauchen wir?
  - Wie kann Jugendmedienschutz besser gewährleistet werden?
  - Internetsucht wird auch unter dem Stichwort Psychotherapie abgehandelt.
  - Kompetenter Umgang mit Medien könnte ein Tätigkeitsfeld in der selbstständigen psychologischen Praxis sein.
- Inklusionspsychologe: Die Globalisierung führt zur Internationalisierung der Psychologie. Der Aufbau einer internationalen psychologischen/psychotherapeutischen Versorgung und der Aufbau entsprechender Systeme ist denkbar. Der Gedanke der Inklusion ist nicht mehr lediglich eine Forderung, sondern hat sich zur gesellschaftlich anerkannten Aufgabe entwickelt. Die Vielfalt zu schätzen, bedeutet, Diversity zu fördern.
- Ingenieurpsychologe/Design und Ergonomie.
- Palliativpsychologe: In der Palliativmedizin müssen die psychologischen Fragestellungen auch mit psychologischem Fachpersonal bearbeitet werden.

10.2.2 Welchen Weiterentwicklungen bzw. Perspektiven müssen wir uns stellen?

Die Frage führt zunächst nur zu einer Aufzählung. Daher haben wir sie umformuliert in: Wo können PsychologInnen hilfreich sein?

Spezielle Gebiete des alltäglichen Lebens, z. B.:

- Kindgerechtes Umfeld von Anfang an (Vorbereitung der Eltern, Familienberatung, Geburtshilfe, Erziehungshilfe, Entwicklungshilfe, Bildung, Begabungshilfen, Trainings, Begleitung, Prävention, Therapie etc.).
- Wachstumsgerechte Umfelder schaffen für junge Menschen (Reifung, Förderung, Beratung, Begleitung, Bildung, Freizeit, Trainings, Prävention, Therapie, etc.).
- Ökologie (gesundes Leben, gesundes Wohnen, gesundes Lernen, gesundes Arbeiten, gesundes Umfeld, Umweltschutz, Klimaschutz etc.).
- Ökonomie (gerechte, soziale, lebensmotivierende Wirtschaftsverhältnisse und Umfelder, gesundes Arbeitsklima, Wertschätzung etc.).
- Altersgerechtes Umfeld für Senioren schaffen (beim Wohnen, Autofahren, öffentliche Verkehr, soziale Treffpunkte, medizinische und psychosoziale Versorgung, Pflege, Bewegung, Sport, Ernährung, Bildung, Freizeit etc.).
- Humanes Leben, würdevoll genesen und ggf. würdevoll sterben.

10.3 Resümee und Ausklang

Wichtig waren auch der Status und die Entlohnung der Psychologinnen und Psychologen. Der Psychologe übt einen freien Beruf aus, der auf einer abgeschlossenen universitären Hochschulausbildung fußt, und erbringt in sehr sensiblen Aufgabenbereichen (Gesundheit, Verkehr, Rechtswesen..) eigenverantwortlich Tätigkeiten mit eigenen Entscheidungen, Beurteilungen mit sehr hohen Anforderungen an Wissen und intellektuelle Kompetenz. Psychologen arbeiten in allen Bereichen der Psychologie mit hoher Verantwortung und Befugnisfreiheit. Weitere wichtige Aufgaben sind die Anleitung von anderen Beschäftigten und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen. In allen Bereichen der Psychologie geht es um Beziehungsarbeit und damit um einen hohen Schwierigkeitsgrad in der Kommunikation bzw. Kooperation oder in der Organisation von Abläufen, was eine sehr hohe soziale und fachliche Kompetenz verlangt und zur Einordnung in die Tarifentgeltgruppen 13 bzw. 14 führt. Im Rahmen von Fortbildungen werden weitere Fachlichkeiten und Weiterbildungen erworben, die dann für höhere Leitungsfunktionen oder spezielle Fachgebiete qualifizieren und zur Tarifentgeltgruppe 15 führen.

Weiterbildungen, z. B. zum Psychotherapeuten sollen im Angestelltenverhältnis und damit in einem gesicherten arbeitsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Status erfolgen. Als Weiterbildung ist die Fortsetzung oder Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss (in dem Falle M. Sc. Psychologie) einer unterschiedlich ausgedehnten ersten Bildungsphase zu verstehen, die fachlich für das Arbeitsfeld bzw. für die Berufsausübung verlangt wird.

Als Ausklang hielten die Teilnehmer des Workshops noch fest: Die Vielfalt der Psychologie ist wichtig und erhaltenswert. Eine Ausdifferenzierung der Studiengänge zu Spezialisten würde die Vielfalt einschränken und die Qualität der Ausbildung, auch wegen der frühen Festlegung, eher mindern. Wir brauchen zunächst die solide, fachlich reichhaltige und gute wissenschaftliche Ausbildung als Basis. Darauf folgende Weiterbildungen differenzieren und vertiefen die Kompetenz auf dieser Ebene weiter.

Psychologen können auf der Basis der Psychologie in allen Belangen des Lebens zu Verbesserungen und zur Förderung einer gesunden Lebensweise Fundiertes und Gutes beitragen. Psychologen wollen von Schädigungen und Zwängen befreien, wesentliches Ziel ist Hilfe zur Selbsthilfe. Allein anhand der Beispiele in den Arbeitsgruppen lassen sich viele Spezialgebiete für die Tätigkeiten ableiten, in denen Psychologen sich spezialisieren können. Jede Spezialisierung erweitert auch die Vielfalt, die wir als Psychologen haben! Nicht selten werden andere Berufsgruppen mit den Aufgaben nicht angemessenen Kompetenzen mit deren Wahrnehmung betraut. Wichtig wäre es daher, bei allen relevanten Gesetzgebungsverfahren als BDP, der die praktisch tätige Berufsgruppe vertritt, angehört zu werden.

Eine Vision ist es, in der Politik präsent zu sein und in heterogenen Teams als Berufsgruppe stets aus fachlicher Sicht angehört zu werden.

Bei den Rechts- und VerkehrspsychologInnen ist dies der Fall. Im klinischen Bereich ist der Klinische Psychologe/in (KLIPS) als Titel immer noch ein wertvolles Zertifikat. Die ABO-Psychologen haben sich in der Wirtschaft eine sehr gute Position erarbeitet. So sollte es weitergehen. Auch in der Psychotherapie muss als Ziel erreicht werden: Psychotherapie ist angewandte

Psychologie und sollte nur auf der Basis vertiefter Kompetenzen in Psychologie durchgeführt werden.

Kontakt

Dipl.-Psych. Elisabeth Götzinger
Sektion Angestellte und Beamtete Psychologen/innen im BDP e. V.
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
E-Mail: egotzing@t-online.de

Dipl.-Psych. Laszlo A. Pota
Psychotherapeutische Praxis
Beckergrube 74
23552 Lübeck
Mobil: (0172) 644 19 82
E-Mail: pota7968@aol.com

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 978-3-942761-36-9

Verlag
Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin

Satz/Layout
Tanja Bregulla, Aachen

Druck
digimediprint GmbH, Köln

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung ist ohne Zustimmung des Verlages und des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle Rechte vorbehalten
© 2015 Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Printed in Germany

ISBN 978-3-942761-36-9