



# Mitteilungen der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

## Verdeckte Ermittlungen in psychotherapeutischen Praxen Interview mit Monika Konitzer

Die Bundesregierung plant, Telefongespräche und E-Mails zwischen Psychotherapeuten und Patienten abzu hören. Nach dem Gesetzentwurf zur Telekommunikationsüberwachung (BT-Drs.16/5846) sollen auch in psychotherapeutischen Praxen verdeckte Ermittlungen möglich sein. Fragen an Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, zu den Folgen staatlicher Strafverfolgung, die selbst vor den Kernbereichen privater Lebensführung nicht halt machen.



Monika Konitzer

**Die Polizei soll bei schweren Straftaten Telefongespräche von Psychotherapeuten und ihren Patienten abhören dürfen. Eine notwendige Maßnahme im Zeitalter der Computerkriminalität und des internationalen Terrorismus?**

Nein, sondern eine Maßnahme, die erkennen lässt, dass der Gesetzgeber nicht mehr in der Lage ist, sachlich und angemessen abzuwägen. Die staatliche Sicherheitspolitik agiert nach dem Motto: Je mehr Handlungsspielraum für die Staatsanwaltschaft und Polizei, desto besser – wie ein Elefant im Porzellanladen. Die Gespräche zwischen Psychotherapeuten und ihren Pa-

tienten gehören jedoch zum Kernbereich privater Lebensführung, der nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts auch bei der Verfolgung schwerer Straftaten geschützt werden muss.

### **Was gehört zum Kernbereich privater Lebensführung?**

Dieser Kernbereich umfasst die Kommunikation mit einer Vertrauensperson, beispielsweise über innerste Gefühle, Überlegungen, Ansichten oder Erlebnisse höchstpersönlicher Art – wenn psychotherapeutische Gespräche diese Kriterien nicht erfüllen, welche Gespräche denn dann überhaupt?

### **Nach dem Gesetzgeber, die Gespräche von Seelsorgern, Verteidigern und Abgeordneten, die auch in Zukunft nicht belauscht werden dürfen?**

Meiner Meinung nach gehören Psychotherapeuten ebenfalls in diese Reihe. Das Bundesverfassungsgericht traf eine wichtige Unterscheidung, die unsere Ansicht bestätigt: Das Gericht zählte Gespräche zwischen Verteidigern und ihren Mandanten ausdrücklich zum Kernbereich privater Lebensführung, die Gespräche zwischen Arzt und Patient allerdings nur im Einzelfall. Ein Gespräch über eine Erkältung ist nach seiner Ansicht nicht schutzwürdig, ein Gespräch über psychiatrische Therapiethemen allerdings sehr wohl.

### **Diese Gespräche führen Psychotherapeuten auch am Telefon?**

Psychotherapeut und Patient führen in zwei wesentlichen Situationen auch am Telefon sehr persönliche Gespräche. Zum einen erfolgt der erste Kontakt zum Psychotherapeuten fast immer telefonisch.

Um die Dringlichkeit, Schwere und Suizidgefahr abschätzen zu können, ist es für den Psychotherapeuten notwendig, erste psychodiagnostische Daten zu ermitteln, die bereits ein Gespräch über Details des psychischen Befindens des Patienten verlangen. Für viele Patienten ist bereits heute die Hemmschwelle, sich an einen Psychotherapeuten zu wenden, hoch. Sie befürchten, zum Teil berechtigt, private und berufliche Benachteiligungen, wenn Dritte erfahren, dass sie psychisch krank sind. Psychische Krankheiten sind bis heute stigmatisiert. Psychisch Kranke könnten deshalb noch häufiger als bisher davon abgehalten werden, sich einer notwendigen Behandlung zu unterziehen. Zum anderen nutzen Psychotherapeuten Telefongespräche zur Krisenintervention, beispielsweise um Suizidversuchen des Patienten oder der Gefährdung Anderer zu begegnen. Die Vorstellung, dass ein Patient in dieser Krisensituation den telefonischen Kontakt zum Psychotherapeuten scheut, weil eventuell die Polizei mithört, ist therapeutisch unakzeptabel.

### **Dagegen spricht das sicherheitspolitische Argument, dass die Polizei zukünftig besser gegen schwere Straftäter ermitteln kann?**

Der Begriff der schweren Straftat ist nicht gerade eng gefasst. Die Liste der schweren Straftaten ist lang und gleicht heutzutage einem Spaziergang durch die gesamte Strafprozessordnung. Verdeckte Ermittlungen können sehr schnell angeordnet werden. Was die staatlichen Ohren dabei allerdings meinen in psychotherapeutischen Praxen erfahren zu können, ist mir schleierhaft. Die weit überwiegende Mehrheit psychisch kranker Patienten ist nicht strafällig. Für sie stellt sich durch die staatlichen Überwachungsmaßnahmen grundsätzlich

die Frage, ob sie sich überhaupt noch an einen Psychotherapeuten wenden. Die einzelnen straffälligen Patienten suchen dagegen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine Psychotherapeuten mehr auf, wenn sie wissen, dass in deren Praxen verdeckt ermittelt werden kann. Die Erfolge der staatlichen Ermittlungen wären also minimal, die Schäden für die psychotherapeutische Behandlung maximal.

### Ihr Fazit?

Die PTk NRW fordert ein absolutes Verbot von verdeckten Ermittlungen in psychotherapeutischen Praxen.

## Workshop der Kammer-versammlung: Bewertung des Nutzens von Psychotherapieverfahren

Das Thema des Workshops am 12. September in Düsseldorf eignete sich verführerisch gut für rhetorische Pirouetten, die zwar hübsch aussehen, bei denen sich aber kein Tänzer von der Stelle bewegt. Auch diesmal erwies sich die Frage, wie die Wirksamkeit von Psychotherapie wissenschaftlich zu bewerten ist, als ein harter Prüfstein für die Dialogfähigkeit der verschiedenen psychotherapeutischen Lager. Die Antworten auf diese Frage sind viel zu wichtig, um sich in argumentativen Gräben zu verschanzen und die eigene Position für die einzig richtige zu halten.

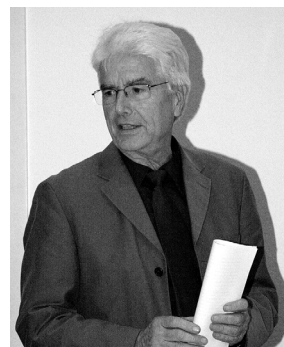
Nach Monika Konitzer, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW, stellten sich der Profession vor allem folgende offene Fragen: Welche Bedeutung haben die Wirksamkeitsnachweise für die Patientenversorgung? Sind die allgemeinen Verfahrensregeln der gesetzlichen Körperschaften (G-BA, IQWiG) zur Bewertung medizinischer, insbesondere pharmakologischer Verfahren auf psychotherapeutische Prozesse anwendbar? Wie können Verfahrensregeln für die Nutzenbewertung definiert werden, die der Komplexität psychischer und psychosomatischer Prozesse gerecht werden? Können unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren nach den gleichen Regeln bewertet werden? Wie

werden die in der Versorgung häufigen Komorbiditäten, Schwere und Chronizität psychischer Erkrankungen und unterschiedliche Lebensbedingungen von Patienten berücksichtigt? Welchen Stellenwert sollen naturalistische und Einzelfallstudien bei der Nutzenbewertung haben?

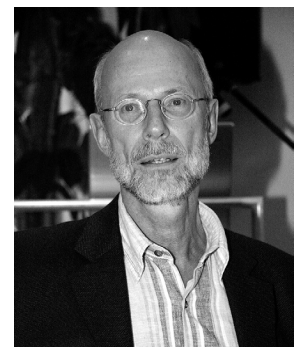
Den Teilnehmern des Workshops war von Anfang an klar, dass von der politischen Überzeugungskraft der Antworten, die die Profession auf diese Fragen findet, ganz entscheidend die Zukunft der Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung abhängt. „Die psychotherapeutische Versorgung im deutschen Gesundheitssystem gehört weltweit zu den besten“, betonte deshalb Prof. Thomas Fydrich von der Humboldt-Universität in Berlin in seinem einleitenden Referat. Antworten, die allein Psychotherapeuten überzeugen, reichten deshalb nicht aus, um die Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zukunft zu



Thomas Fydrich



Wilhelm Rotthaus



Wolfgang Groeger

sichern. Die Antworten der Profession müssen insbesondere beim Gesetzgeber, bei den politischen Parteien, gesetzlichen Krankenkassen und Patientenorganisationen Gehör finden.

Dabei ist die Frage, ob und wie die Wirksamkeit von Psychotherapie wissenschaftlich belegt werden kann, hochaktuell: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat angekündigt, alle anerkannten Richtlinienverfahren erneut nach seinen überarbeiteten Richtlinien zu prüfen. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Seine Richtlinien legen fest, welche

Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden und welche nicht. Für die öffentliche Diskussion ist es deshalb ganz entscheidend, wie sich der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) zur Bewertung von Psychotherapie positioniert. Der WBP ist ein Gremium, das im § 11 des Psychotherapeutengesetzes gesetzlich verankert ist und von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer gebildet wird. Beide Kammern berufen je sechs Vertreter in den WBP.

Gleich zu Beginn des Workshops entspann sich eine Debatte, ob es überhaupt Aufgabe des WBP ist, zur Frage, wie Psychotherapieverfahren zu bewerten sind, Stellung zu nehmen. Thomas Fydrich, seit 2005 Beiratsmitglied, stellte fest, dass der WBP zwei Aufgaben habe: Zum einen gehöre nach § 11 Psychotherapeutengesetz dazu die gutachterliche Beratung von Behörden zur Frage der wissenschaftlichen

Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren und daraus resultierend bei der staatlichen Anerkennung von Ausbildungsstätten. Zum anderen befasse sich der WBP mit Anfragen psychotherapeutischer Fachverbände hinsichtlich der wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren und Methoden.

Darüber hinaus greift der WBP aus eigener Initiative bestimmte wissenschaftliche Fragen der Psychotherapieforschung auf und setzt Impulse für eine Förderung der Psychotherapie- und Versorgungsforschung. Um transparent zu machen, wie er zu seinen Entscheidungen kommt, stellte der WBP im Dezember 2006 ein überarbeitetes Methodenpapier zur Diskussion.

Dr. Wilhelm Rotthaus, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGST), begrüßte grundsätzlich dieses Bemühen des WBP, „eine höhere Durchschaubarkeit zu erreichen“. Prof. Winfried Rief von der Universität Marburg und von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) als Sachverständiger benannt, unterstrich, wie wichtig es ist, „sich an international anerkannten Kriterien zu orientieren, um das Überleben im sozialrechtlichen System zu sichern“. Mit seinem neuen Methodenpapier präsentiert sich der WBP „als extrem liberaler Verein“.

Prof. Walter Bongartz, Universität Konstanz, von der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie (DGH), kritisierte, dass der WBP nicht die Synergieeffekte

ten Medizin. Für eine gesetzgeberische Körperschaft hat diese Gleichbehandlung oberste Priorität, um sich nicht dem Vorwurf ausgesetzt zu sehen, einzelne Leistungsanbieter zu bevorzugen. Trotzdem ist sicher die Frage berechtigt, ob diese Kriterien der evidenzbasierten Medizin psychotherapeutischen Verfahren und Methoden gerecht werden? Wolfgang Rief riet allerdings davon ab, mit einem eigenen Wissenschaftsbegriff von Psychotherapie zu arbeiten, weil dies wenig Erfolg versprechend sei. G-BA und WBP müssten sich am internationalen Mainstream orientieren.

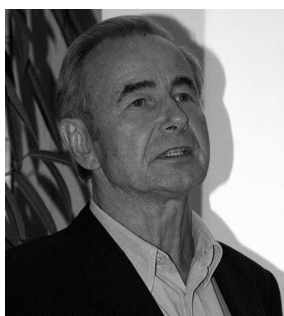
Thomas Fydrich erklärte, dass der WBP sich am bestmöglichen und nach außen transportierbaren Wissenschaftsbegriff zu orientieren habe, dessen wichtigstes Kri-

Diese zahlreichen Änderungen im Detail zeigten, so Fydrich, wie groß das Interesse des WBP an den Diskussionen innerhalb der Profession gewesen sei. Wilhelm Rotthaus ergänzte, dass „wir natürlich nachweisen müssen, dass wir wirksam sind, sonst kann man nicht von der Gesellschaft verlangen, dass sie Psychotherapie finanziert“. Das Verständnis von Psychotherapie, das im WBP-Papier zum Ausdruck komme, gehe seiner Meinung nach jedoch zu sehr von psychischen Störungen aus.

Abschließend wurden die verschiedenen Positionen ausführlich diskutiert, ohne dass sich allerdings ein alternatives Konzept zum WBP-Papier abzeichnete. Deutlich wurde auch, dass häufig eine falsche Vorstellung von der aktuellen psychotherapeutischen Forschung besteht. In den vergangenen Jahren konnte der WBP zunehmend auf Studien zurückgreifen, die die externe Validität stärker berücksichtigen und damit der Versorgungspraxis und deren komorbider Krankheitsrealität gerechter werden. Das Plenum war sich einig, dass Wissenschaft ein fließender Prozess sei, der ständigen Veränderungen unterworfen ist und den Psychotherapeuten auch gestalten können. Ohne den WBP fehle der Profession ein wichtiges wissenschaftliches Gremium, das eigenständig psychotherapeutische Positionen vertreten könne. Deutlich wurde auch die Zielstellung des WBP bei der Überarbeitung seines Methodenpapiers: auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen, seine Regelungen zu präzisieren und weiterzuentwickeln. Dabei berücksichtigt der Beirat, dass seine Tätigkeit zum einen durch seinen politischen/juristischen Auftrag bestimmt wird, zum anderen durch die wissenschaftlich-methodologische Entwicklung des Fachs sowie durch allgemeine Entwicklungen einer evidenzbasierten Medizin.



Winfried Rief



Walter Bongartz



Günter Zurhorst

von Methoden berücksichtige. Er warnte außerdem vor einer Manualisierung der Psychotherapie. Es sei sehr unhypnoterapeutisch nach einem Therapieplan mit einem Patienten zu verfahren. Prof. Günter Zurhorst, Hochschule Mittweida (FH), von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) als Experte benannt, bewertete das WBP-Papier als „handfeste Interessenpolitik“ und sah darin „eine Zementierung einer einheitswissenschaftlichen Vorgehensweise“. Das Wissenschaftsverständnis des WBP beruhe auf einem naturwissenschaftlichen Ansatz und berücksichtige keine sozialwissenschaftlichen und geisteswissenschaftlichen Traditionen.

Der G-BA legt an die Leistungsanbieter in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich die gleichen Maßstäbe an. Er orientiert sich dabei an den international anerkannten Kriterien der evidenzbasier-

terium die Wirksamkeit sei. Die wissenschaftliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens sei ohne die Prüfung der Wirksamkeit nicht denkbar. Er warb darum, das WBP-Papier genauer zu lesen und auch zu verstehen, wie sehr der WBP auf die Diskussionen der vergangenen Jahre eingegangen sei. Das sei insbesondere an folgenden Änderungen zu erkennen:

- klare Definition und Abgrenzung von Verfahren und Methoden
- neue Anwendungsbereiche, die deren epidemiologische Versorgungsrelevanz berücksichtigen
- bessere Berücksichtigung von externer Validität
- einbeziehen von Studien mit niedrigerem Evidenzgrad
- berücksichtigen von gemischten Patientengruppen
- systematischere Recherchen

## Psychotherapie mit Flüchtlingen – Interview mit Eva van Keuk

Menschen aus Krisenregionen der Welt suchen Schutz in Deutschland. Sie brauchen Unterstützung, um ein neues Leben zu beginnen. Im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) in Düsseldorf finden sie seit 20 Jahren Beratung und auch Behand-

lung ihrer traumatischen Erfahrungen von Krieg, Folter, Gefangenschaft und Gewalt. Die PTK NRW unterstützt die Arbeit des gemeinnützigen Vereins und ist ein Kooperationspartner im EU-Projekt „Leben nach der Folter“. Eva van Keuk, 36 Jahre alt, Psychologische Psychotherapeutin, arbeitet seit zwölf Jahren im Flüchtlingszentrum.



Eva van Keuk

### Wie viele Sprachen sprechen Sie?

Ich spreche neben Deutsch Französisch, Englisch und Niederländisch. Andere Kolleginnen sprechen Kurdisch, Kinyarwanda, Kisuaheli, Persisch, Spanisch. Wir haben Klienten aus 35 Ländern.

### Sprachkenntnisse sind unverzichtbar?

Nützlich, ja, aber nicht unverzichtbar. Die Arbeit mit einer Übersetzerin hat sogar ihre Vorzüge: Ich frage automatisch mehr nach und der Klient erklärt sich expliziter. Der Wechsel von Fragen und Antworten ist zeitlich entzerrt, ich kann während der Antworten das Verhalten des Patienten genauer beobachten, den Prozess reflektieren und Interventionen planen. Die größere Distanz ist ein ausgezeichneter Schutz vor dem häufigen therapeutischen Fehler, dass ich meine, etwas vorschnell verstanden zu haben.

### Zum Beispiel?

Ein persischer Patient hat einmal gesagt: „Ich werfe mich auf den Boden und die Welt kann über mich rollen.“ Nehme ich diese Schilderung wörtlich, muss ich als deutsche Psychotherapeutin eventuell sogar überlegen, ob der Patient nicht sui-

zidgefährdet ist. Im Persischen sind diese Worte jedoch eine übliche Redewendung. Menschen aus anderen Kulturkreisen benutzen jedoch nicht nur andere Worte, sondern drücken ihre Gefühle manchmal auch anders aus, als wir es in unserem individualisierten und von vielen Einwanderern als „kühl“ empfundenen Deutschland gewohnt sind. Eine Kurdin aus der Türkei berichtete einmal, sie habe sich die Haare ausgerissen und sich mit den Fingernägeln die Brust zerkratzt, bis die Haut blutig war, und dabei laut geschrien. Damit beschrieb sie eine heftige Trauerreaktion und fiel nicht aus ihrer kulturellen Norm.

### Das Drama als Katharsis?

Vielen Patienten gelingt es nach Tagen oder manchmal sogar Wochen heftiger Trauer, ohne Schwierigkeiten in einen normalen Alltag zurückzukehren. Wenn eine Klientin aus dem Kongo einige Wochen nur eine bestimmte Trauerkleidung tragen, auf dem Boden schlafen und fünfmal am Tag laut klagen muss, bedeutet die Rückkehr zur Normalität auch eine Art Erleichterung. In Deutschland zeigen wir unsere Trauer oft eher leise, im engsten Umkreis. Aber nicht alle Deutschen, Kongolesen, Kurden trauern genau so. Kulturelle Schubladen helfen überhaupt nicht weiter. Die transkulturelle Arbeit schärft also ungemein den Blick für den Einzelnen.

### Ihre Patienten haben schlimmste Erlebnisse hinter sich?

Viele sind sehr schwer traumatisiert. Was sie an Gewalt, Angst und Entsetzen erfahren haben, sprengt oft unsere Vorstellungskraft. Das Erstaunliche aber ist: Vielen ist über eine längere Sicht gut zu helfen. Viele haben noch eine intakte Kernfamilie oder hatten eine behütete Kindheit, die ein stabiles seelisches Fundament ist. Die Flüchtlinge, die es bis nach Europa schaffen, sind sicher auch Menschen mit großer Willenstärke und innerer Kraft. Es gibt Kindersoldaten, die bis zu ihrem achten Lebensjahr eine normale und glückliche Kindheit hatten. An dieses Leben können sie wieder anknüpfen, auch wenn nicht alle traumatischen Erfahrungen therapeutisch aufgearbeitet werden können.

### Daran hindern sie ihre Erinnerungen?

Die Erlebnisse kehren als Nachhallereinerungen tagsüber oder nächtliche Alpträume zurück. Einen tamilischen Patienten quälten beispielsweise heftige Angstträume, weil er im Alter von zwölf Jahren mit ansehen musste, wie sein Vater grausam gefoltert und getötet wurde. Seine gesamte Familie ist tot, sein Dorf bombardiert und zerstört. Seine Erlebnisse ließen ihn nicht mehr los. An seinen Erinnerungen litt er auch noch, als er mit zwanzig Jahren nach Deutschland kam. Er schreckte nachts aus dem Schlaf hoch, weil er Bilder und Situationen noch einmal so erlebt hatte, als wären sie gerade passiert. Der Patient zog sich von seiner Familie zurück und war auch sehr aggressiv.

### Wie haben Sie helfen können?

Medikamente waren nützlich, damit er überhaupt wieder etwas schlafen konnte. Seine Unbeherrschtheit drohte seine Familie zu zerstören, die bis dahin nichts von seinen schrecklichen Erlebnissen wusste. Gemeinsame Gespräche ließen die Frau besser verstehen, warum er manchmal war, wie er war. Mit dem Training der Impulskontrolle begann er, seine Familie, vor sich selbst zu schützen. Seine überfallartigen Erinnerungen begannen meist mit einem starken körperlichen Misempfinden. Dagegen half eine konzentrierte Bewegungstherapie. Heute gelingt es dem Patienten recht gut, die Flashbacks mit einfachen sensorischen Gegenmitteln wie einem Parfüm oder kühlem Wasser aufzuhalten.

### Flüchtlinge sind nicht gesetzlich krankenversichert?

Solange der Aufenthalt nicht geklärt ist, haben Flüchtlinge nur den Anspruch auf eine Akutversorgung. In Einzelfällen werden auch ambulante Psychotherapien übernommen, so dass sich die Antragstellung für niedergelassene Kollegen lohnt. Wir als kirchliche Nichtregierungsorganisation finanzieren unsere Arbeit aus Spenden- und Projektmitteln und rechnen derzeit nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen ab. Das bietet uns als Institution auch einen fachlichen Spielraum: Viele Patienten benötigen eine längere Behandlung, als sie die gesetzlichen Krankenkassen normalerweise finanzieren.

### **Ist die längere Behandlung erfolgreich?**

Der tamilische Patient beispielsweise ist inzwischen deutlich stabiler. Bis heute, nachdem er bereits vier Jahre in Deutschland lebt, vermeidet er noch alle politischen Informationen über seine Heimat, gerade jetzt, wenn der Krieg dort wieder aufflammt. Wir planen jetzt, mit einer EMDR-Behandlung (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) zu beginnen. Allerdings kann mit dieser Methode in der Regel erst begonnen werden, wenn eine gute Stabilisierung der gesamten Lebenssituation erreicht ist. Genau darüber verfügen nur wenige Flüchtlinge. Bei dem tamilischen Klienten scheiterte die EMDR-Behandlung bisher daran, dass er 60 Stunden pro Woche arbeiten musste, um ausreichend Einkommen für seine Familie zu erzielen, wovon wiederum der Aufenthalt abhing und daher konnte er nicht jede Woche zur Therapie kommen.

### **Wie bedrohlich ist die mögliche Abschiebung?**

Die Mehrheit unserer Klienten hat schwere traumatische Erfahrungen gemacht. Die mögliche Abschiebung verstärkt ihre Ängste, erschwert ihre Verarbeitung und führt auch zu chronischen Erkrankungen. Die meisten unserer Patienten bewegen sich auf sehr dünnem Eis. Es braucht nicht viel, um sie in schwere, auch suizidale Krisen zu stürzen. Selbst Kleinigkeiten oder sogar nur Missverständnisse können heftigste Reaktionen auslösen.

### **Wie wirkt eine Abschiebung, wenn sie passiert?**

Sie hat häufig eine erneut traumatisierende Wirkung für die, die gehen müssen, und auch für die, die bleiben und Zeugen von der Abschiebung werden. Sie aktiviert alle latenten Ängste, die traumatisierte Flüchtlinge haben, auch Todesängste. Die Abschiebeaktionen erinnern sie häufig an polizeiliche Übergriffe, die sie in ihrer Heimat erlebt haben. Eine Klientin schilderte, dass ihre Nachbarn morgens um vier Uhr abgeholt wurden. Es war ein Sondereinsatzkommando, die Wohnungstür wurde aufgebrochen, Hunde waren dabei, die Nachbarn wurden barfuß zum Wagen gebracht.

### **Erreichen Sie die Gerichte mit Ihren Stellungnahmen?**

Wenn wir als Psychotherapeuten lernen, uns auf ihr juristisches Denken einzustellen, durchaus. Ein Jurist hört sich die Schilderungen eines Flüchtlings skeptisch an. Er muss als Entscheidungsträger schließlich auch prüfen, ob jemand einen Aufenthalt bekommt. In unseren Stellungnahmen sollten Aussagen, die der Flüchtling gemacht hat, deshalb auch im Konjunktiv wiedergegeben werden, sonst gilt ein Psychotherapeut schnell als parteiisch und befangen. Klinisch erfahrene Psychotherapeuten kennen aus ihrer Praxis Simulation, z.B. wenn eine Berentung angestrebt wird. Aber diese Überprüfung einer möglichen Simulation wird oft für den juristischen Empfänger nicht dargelegt.

### **Glauben Sie alles?**

Nein, sicherlich nicht. Das ist doch auch eine Frage der eigenen Professionalität und Glaubwürdigkeit. In der Praxis haben wir durchaus gelernt, die Aussagen von Flüchtlingen einzuschätzen. Diese Arbeit erfordert allerdings gute Kenntnisse in der Psychotraumatologie und transkulturelle Kompetenzen. Wir haben im Psychosozialen Zentrum nicht mit allen Flüchtlingen zu tun, sondern mit denen, die am schwersten unter ihrer Flucht und ihren Erlebnissen in der Heimat zu leiden haben. Es gibt eine Vielzahl an Phänomenen, die beobachtbar sind und gegen eine Simulation sprechen. Viele der posttraumatischen Reaktionen beginnen körperlich, indem ein Klient vor sich hinstarrt, nicht erreichbar ist und gleichzeitig deutliche Anzeichen von enormer Erregung zeigt. Erst danach wird eine Erinnerung bruchstückhaft geschildert. Es geht zunächst mehr darum, wie, und weniger, was berichtet wird.

### **Wie häufig sind posttraumatische Belastungsstörungen?**

Viele Behördenmitarbeiter gehen von vielleicht fünf Prozent aus. Eine Studie der Uni Konstanz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge ermittelte, dass mindestens 45 Prozent der Asylantragsteller psychisch krank sind. Im Übrigen geht es nicht nur um posttraumatische Belastungsstörungen, sondern eine Vielzahl von möglichen klinischen

Störungsbildern, die als Traumafolge auftreten können.

### **Was raten Sie Psychotherapeuten, die sich für die Arbeit mit Flüchtlingen interessieren?**

Wer mit Flüchtlingen arbeiten möchte, sollte sich von Beginn an gut vernetzen und mit einer Flüchtlingsberatungsstelle zusammenarbeiten. Für ein Asylverfahren ist ein Rechtsanwalt zuständig, nicht die Therapeutin. Ein Flüchtling kann mehr Zeit als andere Patienten kosten, weil Behörden und Gerichte Auskünfte verlangen. Da ist es wichtig, sich selbst nicht zu überfordern. Zusammen mit der PTK NRW und der Ärztekammer Nordrhein bieten wir Fortbildungen zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren an. Und bei konkreten Anfragen von behandelnden Kollegen sind wir im PSZ gerne behilflich. Es gibt Interventionsgruppen und Qualitätszirkel zu der Thematik. Es kann sehr spannend sein, sich auf diese Arbeit einzulassen und dadurch den eigenen Horizont zu verbreitern.

### **Was ist Ihre Motivation?**

Wichtig ist, neugierig und offen zu bleiben. Die transkulturelle Arbeit regt zur Selbstreflexion an – meine Art zu leben bleibt nicht das Normalste auf der Welt, ich hinterfrage meine eigenen Wertmaßstäbe. Unsere Arbeit ist enorm vielfältig und wir arbeiten in einem gut funktionierenden Team. Außerdem macht es mir Spaß, zu improvisieren, und ich mag positive Überraschungen. Erfolge sind in unserer Arbeit viel häufiger als man denkt. Ein Kindersoldat aus Sierra Leone, den wir betreuten, macht demnächst Abitur. Solche Therapieverläufe mitzuerleben, ist eine große Befriedigung.

### **Geschäftsstelle**

Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf  
Tel. 0211 / 52 28 47-0  
Fax 0211 / 52 28 47-15  
Mo – Do 8.30 – 16.30 Uhr  
Fr 8.30 – 14.30 Uhr  
info@ptk-nrw.de  
www.ptk-nrw.de