

Verhaltens«Therapeuten» aus der Kranken«Pfleger» – 30 Jahre Modellprojekt an der Verhaltenstherapie-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Iver Hand^a Karin Schroeder-Hartwig^b Angela Weiss^c Brigitte Friedrich^d

^a Medizinische Fakultät der Universität Hamburg, Verhaltenstherapie Falkenried,

^b Albertinen-Krankenhaus,

^c Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland

^d In memoriam

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapeuten aus der Krankenpflege · Verhaltenstherapiekompetenz · Versorgungsdefizite · Kooperation · Konkurrenz

Zusammenfassung

In der ambulanten Verhaltenstherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien gibt es, trotz steigender Therapeutenzahlen, zunehmende Wartezeiten und Versorgungsengpässe, insbesondere für schwerer gestörte Patienten. Bei einigen Krankenversicherungen und etlichen Therapeuten besteht daher die Tendenz, das bestehende System grundlegend in Frage zu stellen. Sollte es stattdessen aber vielleicht reformiert werden – unter Einbezug von Verhaltenstherapeuten aus der Krankenpflege? Für die stationäre Verhaltenstherapie wird empfohlen, die Auswirkungen des Engpasses bei den akademischen Therapeuten durch verstärkten Einsatz von «Verhaltenstherapie-Kootherapeuten», unter anderem aus der Krankenpflege, zu mildern. Für die ambulante Verhaltenstherapie wird am Beispiel des an der Verhaltenstherapie-Ambulanz am UKE in Hamburg entwickelten und praktizierten (1976–2006) Modells «Verhaltenstherapeuten aus der Krankenpflege» gezeigt, dass eine therapeutisch gleichwertige Erweiterung eines Teams aus akademischen Verhaltenstherapeuten möglich und für alle Berufsgruppen sehr bereichernd ist. Dieses Konzept basierte ursprünglich auf dem Ausbildungsmodell «Nurse Behaviour Therapist» (1972–2000), das von der Forschungsgruppe um Marks am Mundsley Krankenhaus in London entwickelt worden war. Die Darstellung dieser Entwicklung ist zugleich ein Beitrag zur Geschichte der Verhaltenstherapie in Deutschland, in einem Zeitgeist berufsgruppenübergreifender Kooperation. Wird der Versorgungsdruck der letzten Jahre diesbezüglich zu einem Umdenken in eine international bereits zunehmend praktizierte Richtung führen? Neue experimentelle Behandlungsansätze und Vorschläge für eine Umsetzung des UKE-Modells im heutigen ambulanten Versorgungssystem werden diskutiert.

Keywords

Nurse behaviour therapists · Competence in behaviour therapy · Deficits in provision of outpatient care · Cooperation · Competition

Summary

Nurse Behaviour Therapists – 30 Years of Pilot Project at the Behaviour Therapy Outpatient Unit at the Hamburg University Hospital

In Germany, outpatient behaviour therapy (BT; mainly in private practice) is provided free of costs for all those, who have health insurance. Qualification requirements for licensed therapists (medical and psychological professions only) and treatments are highly regulated via guidelines for psychotherapy. Despite a constantly growing number of therapists, patient waitlists have increased (3–18 months). Therefore, some insurance companies and therapists challenge the existing system that is connected with expensive disadvantages for the patients and a time-consuming bureaucracy on the therapists' side. But, shouldn't it rather be reformed, including training and employment of nurse behaviour therapists (NBT) to give in- and outpatient BT? For inpatient BT it is suggested to increase the number of already existing BT co-therapists. These usually support academic therapists in conducting selected, often symptom-specific individual and group interventions. This system has been successfully applied in several BT and psychosomatic clinics in Germany. For outpatient BT, we present a model where nurses were trained and employed as fully qualified behaviour therapists (1976–2006) at the BT outpatient unit of the psychiatric university hospital in Hamburg. The model was based on the 'Nurse Behavioural Therapist' training (1972–2000), developed by the Marks group at the Mundsley Hospital in London. There, NBTs performed the same duties as academic therapists in individual, family and group treatments and in training for young academic therapists. The NBTs also contributed considerably to research activities, scientific publications and teaching of medical and psychology students. Description of the development and contents of this model also reflect the historical development of BT in Germany. That may prompt a discussion on whether we should return to a more balanced mixture of competition and cooperation between the occupational groups in our field – for the benefit of patients.

Einleitung

Dieser Beitrag wurde angeregt durch das Editorial von Ulrich Voderholzer [2013] zu der Frage, ob in Deutschland, ähnlich wie z.B. in den angloamerikanischen Ländern, nicht auch Kotherapeuten als Verhaltenstherapeuten ausgebildet und eingesetzt werden könnten und sollten. Unter Kotherapeuten (in verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Kliniken) subsumierte er unter anderem Krankenschwestern und -pfleger, Sport- und Ergotherapeuten sowie Musik- und Kunsttherapeuten. Das Krankenpflegepersonal bringt jedoch andere (insbesondere psychiatrisch-medizinische) Vorqualifikationen mit als die übrigen Kotherapeuten-Gruppen – unter anderem gute Grundkenntnisse über somatische und psychische Erkrankungen sowie intensive Erfahrungen im Umgang mit psychisch (schwer)kranken Menschen.

Zu den Pioniermodellen des Einsatzes von Krankenpflege (KR)-Kotherapeuten in der stationären Psychotherapie zählen in Deutschland das «Ulmer Modell» in der analytischen Psychosomatik und das frühe «Hamburger Modell» in der analytischen Psychotherapie sowie die verhaltenstherapeutischen Psychosomatik-Kliniken z.B. in Windach und Bad Dürkheim. Bereits bis Mitte der 1980er Jahre hatte sich dieses Modell der Pflege-Kotherapeuten offenbar bewährt und zu einer guten Akzeptanz aufseiten des Pflegepersonals geführt [Rakow, 1984]. Inzwischen ist es aus der täglichen Arbeitsweise solcher Kliniken nicht mehr wegzudenken.

Im «Arbeitsbereich Verhaltenstherapie» am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE-HH) wurde bereits 1976 ein voll funktionsfähiges Modell der Ausbildung von KR-Personal zu weitgehend eigenständigen Verhaltenstherapeuten entwickelt, fest etabliert und bis 2006 erfolgreich praktiziert.

Grundlage dafür waren die Erfahrungen von I.H., die er während seiner Verhaltenstherapie-Weiterbildung in London (1971–1973) bei Victor Meyer (Middlesex Hospital) und insbesondere bei Isaac Marks (Maudsley Hospital, Institute of Psychiatry) gesammelt hatte. In beiden Kliniken war die Einbeziehung des Pflegepersonals in die Betreuung psychiatrischer Patienten wesentlich intensiver als zur selben Zeit in Deutschland. Am Maudsley Hospital fand gerade der erste Kurs des von Marks und seinen Mitarbeitern entwickelten «Behavioural Nurse»-Trainingsprogramms statt: Psychiatrisches Pflegepersonal wurde intensiv in Verhaltenstherapie (VT) ausgebildet, um dann eigenständig und in Anbindung an Hausarztpraxen zur Verbesserung der verhaltenstherapeutischen Versorgung beizutragen. Vor diesem Erfahrungshintergrund erfolgte 1976 der Aufbau der VT-Ambulanz in Hamburg [Hand et al., 2000], in dessen Rahmen KR-Personal in VT ausgebildet werden sollte.

Die guten Erfahrungen mit diesem Modell wurden von I.H. beim Eröffnungskongress der Psychosomatischen Klinik Roseneck im August 1985 vorgestellt. Die akademischen Verhaltenstherapeuten reagierten eher irritiert bis ablehnend: «Warum müssen wir ein so langes Studium und eine aufwen-

dige Zusatzqualifikation erwerben, wenn KR-Personal nach Zusatzausbildung gleichwertig verhaltenstherapeutisch arbeiten kann?» Wir haben in den Folgejahren unser Modell mehrfach auf Kongressen und an (Universitäts-)Kliniken vorgestellt – auch spezifisch für KR-Personal. Im Gegensatz zur Situation in den angloamerikanischen Ländern, blieb das Interesse von Ärzten, Psychologen und selbst von Pflege Mitarbeitern sowie Pflegeverbänden minimal.

Krankenpflegepersonal in der Verhaltenstherapie

Historische Entwicklung

In der modernen Psychosomatik und Psychiatrie/Psychotherapie ist Pflege, wenn sie nicht auch Therapie sein soll, überwiegend (Kranken)-Verwaltung. Moderne Pflegeplanung und Grundprinzipien der VT ergänzen sich in idealer Weise – was vielen akademischen Therapeuten nicht so recht klar ist. Beides sind flexible Instrumente in der Krankenversorgung, die Sorgfalt und Genauigkeit in der Beobachtung und Dokumentation sowie eine klare Zielsetzung und eindeutige Verfahren zu deren Erreichung erfordern. In der angloamerikanischen VT wurde die Kooperation mit dem Pflegepersonal bereits früh gesucht – mit allerdings sehr unterschiedlichen Zielsetzungen: So versuchten Ayllon und Michael [1959], Pflegepersonal für eine aktive Mitarbeit auf «Token Economy»-Stationen zu gewinnen. Bald ergaben sich jedoch gut begründete Widerstände seitens des Pflegepersonals (Überblick bei Hand und Schröder-Hartwig) [1985], denn es hielt diesen Behandlungsansatz bei psychotischen Patienten für zu oberflächlich, konnte sein psychiatrisches Erfahrungswissen nicht in die Therapieplanung einbringen und wollte sich daher mit der neuen Tätigkeit nicht identifizieren.

In den 1960er und 1970er Jahren erschien in der angloamerikanischen Literatur eine Reihe von Publikationen zum Einsatz von KR-Personal bei Behandlungstechniken, die auf operanter Konditionierung beruhen. In den meisten dieser Studien waren die Pflegekräfte ebenfalls nur ausführende, eng supervidierte Gehilfen der Akademiker – nicht Mitgestalter und schon gar nicht Mitplaner der entsprechenden Behandlungsprogramme. Das führte oft zu einer «passiven» Anwendung der Techniken, zu deren Boykott, oder zu einem Wechsel des Arbeitsplatzes. So konnten die an diesen innovativen Behandlungsversuchen beteiligten Berufsgruppen aus dem «trial and error»-Prinzip keine gemeinsame, bessere Synthese entwickeln.

Der Psychologe LeBow [1973] forderte dann, spezifisch ausgebildete Mitarbeiter aus der KR (vor allem aus der Psychiatrie) als eigenständige Experten in die VT zu integrieren. Diese sollten dann aktiv in die Planung und Durchführung von Therapien, Forschung und Lehre sowie die verhaltenstherapeutische Nachsorge stationär behandelter Patienten im häuslichen Umfeld einbezogen werden. Bald darauf erschien ein Literaturüberblick der Psychologin Terry Knapp und der

Krankenschwester Linda Peterson [1977] über Verhaltensanalyse und VT in der KR somatischer Erkrankungen. Im amerikanischen «kumulativen Index über Krankenpflegeliteratur» fanden die Autorinnen einen Anstieg VT-bezogener Publikationen von weniger als 10 im Jahre 1966 auf über 300 im Jahre 1975, wobei die wenigsten aus der somatischen Medizin kamen.

In Großbritannien wurde mit Beginn der 1970er Jahre ebenfalls zunehmend versucht, VT in die KR einzuführen. Nur eine Dekade später ermittelten Bridge et al. [1981] in einer Umfrage unter leitenden Pflegekräften an psychiatrischen Kliniken, dass VT bereits an dritter Stelle der wichtigsten Weiterbildungsinhalte stand – eine «stille Revolution» in der Weiterbildung psychiatrischer Pflegekräfte. Milne [1984] schloss dann aber aus 17 Publikationen zum «Training» von psychiatrischem Pflegepersonal in der VT, dass Effekte dieses Trainings weder beim Pflegepersonal noch bei den behandelten Patienten erkennbar seien. Dieses Training beinhaltete lediglich einen wenige Tage dauernden Theorieunterricht durch klinikexterne Psychologen. Warum wohl werden solche Erkenntnisse veröffentlicht?

Der Verband der European Psychiatric Nurses (Horatio) [zit. von Ward, 2012] plädiert in einem Positionspapier für einen breiten Zugang zur Psychotherapieausübung und beruft sich auf den World Council of Psychotherapy (WCP), der 16 verschiedene Formen von Psychotherapie anerkannt habe. Dieser Verband folgt damit der American Psychiatric Nurses Association [APNA, 2008], die die Anwendung eines breiten Spektrums von Psychotherapien als Teil eines «holistischen Krankenpflegemodells» betrachtet. In den europäischen Ländern gäbe es sehr unterschiedliche Teilzulassungen des KR-Personals für psychotherapeutische Tätigkeiten: In Ländern, in denen Psychotherapie gesetzlich geregelt sei bzw. Krankenversicherungen die Zulassung «diktierten», sei das Pflegepersonal weitgehend ausgeschlossen. In 5 von 17 untersuchten europäischen Ländern könnten aber bereits andere Berufsgruppen als Psychologen und Ärzte eine Zulassung für Psychotherapie erwerben [Van Broeck und Lietaer, 2008]; in Großbritannien seien gegenwärtig 90% aller Therapeuten, die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ausübten, «nurse therapists» (NTs). Innerhalb der EU-Richtlinien gäbe es auch keine Regelungen, die hinreichend qualifizierte Praktiker, einschließlich der «psychiatric nurses», davon abhalten könnten, sich zu zertifizierten Psychotherapeuten ausbilden zu lassen: 28 nationale Dachorganisationen und 17 europaweite Gesellschaften für Psychotherapie aus 41 europäischen Ländern ließen diese Möglichkeit ausdrücklich offen. Es sollten daher klarere Abgrenzungen zwischen «psychiatric nurses», «psychiatric nurse therapists» und «psychiatric nurse psychotherapists» definiert werden. Für KR-Personal mit einem Universitätsabschluss in KR kann der Horatio-Verband sich zukünftig einen Zugang zu einer an den Empfehlungen der WCP orientierten 7-jährigen Psychotherapieausbildung von nicht weniger als 3200 h vorstellen.

Das 'Londoner Modell' der Nurse Behavioural Therapists

In England hatte sich dagegen seit Anfang der 1970er Jahre mit der Ausbildung von Pflegekräften zu Verhaltenstherapeuten eine wesentlich methodischere bzw. verfahrensspezifischere Orientierung entwickelt [Mace et al., 2009]. 1972 wurde am Maudsley Hospital in der Arbeitsgruppe von Isaac Marks ein Pilotprojekt zur Ausbildung von KR-Verhaltenstherapeuten (NTs) initiiert [Marks et al., 1975], das von der Regierung finanziert wurde. Nach Abschluss des Kurses sollten die Pflegekräfte VT weitgehend eigenständig bei neurotischen Störungen (mit Einzelpatienten, Paaren und Familien) im stationären wie insbesondere auch im ambulanten Setting (in Anbindung an Hausarztpraxen) durchführen können. Die Ausbildung wurde Anfang der 1980er Jahre vom Joint Board of Clinical Nursing Studies (JBCNS) offiziell anerkannt. Für die Supervision der Ausbildungstherapeuten wurden anfangs 50% ihrer Arbeitszeit aufgewendet, im Abschlussjahr aber nur noch 0,5 h pro Woche. 85% der Therapien wurden ambulant mit durchschnittlich 12 Sitzungen durchgeführt. Die Patienten akzeptierten diese Therapeutenlösung meist problemlos. Kontrollierte Vergleichsstudien [z.B. Marks, 1985] ergaben für die Behandlung von Phobien, Zwängen, sexuellen Funktionsstörungen und einer Reihe weiterer «Symptomneurosen» vergleichbar gute Therapieergebnisse wie bei akademischen Therapeuten. Mit zunehmender Erfahrung stellten die Pflegetherapeuten auch eigenständig die Indikation zur VT und einer individuell adäquaten Therapiestrategie.

Newell und Gourney [1994] haben 20 Jahre nach Einführung dieses Trainingsprogramms versucht, die Arbeitsweise der 142 trainierten Pflegekräfte (aus mittlerweile 4 verschiedenen Trainingszentren) zu erheben. An der postalischen Befragung nahmen 113 Personen teil. Die Mehrzahl arbeitete weiterhin therapeutisch, meist eigenständig in Kooperation mit Hausärzten (GPs). Es bestanden aber signifikante Unterschiede bezüglich der Anzahl der verwendeten VT-Techniken, der behandelten Störungsbilder und verschiedener anderer Aspekte der Arbeitsweise. Generell hatte sich deren Tätigkeit auch in Richtung kognitiver Interventionen verschoben. Die Autoren führten dies auf unterschiedliche Trainingsinhalte in den 4 Zentren zurück. Gourney et al. [2000] haben die Entwicklung über weitere 5 Jahre an 105 (von 230 zugelassenen) NTs untersucht. Der Trend zu mehr Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung und zu noch stärkerem Einsatz kognitiver Verfahren hatte weiter zugenommen; das Indikationsspektrum behandelter Störungen war noch weiter geworden.

Ein Beispiel für die eigenständige Anwendung von VT durch KR-Personal im britischen Gesundheitssystem ist auf der Internetseite www.homebasepsychotherapy.co.uk zu finden. Demnach bieten 2 «nurse behavioural therapists» (NBTs) – Mitglieder der British Association for Behavioural and Cognitiv Psychotherapy (BABCP), die sich an den Richtlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) orientieren – VT über Hausbesuche an.

In Australien wurde das Modell der «nurse behavioural psychotherapists» eingeführt, die in England ausgebildet worden waren – ursprünglich ebenfalls mit Schwerpunkt auf der Behandlung von Angst- und Zwangserkrankungen, aber dann mit kontinuierlich wachsendem Indikationsbereich bis hin zu pathologischem Glücksspielen [Tolchard und Battersby, 2000].

Marks wies aber auch schon früh auf die Konkurrenzprobleme mit den akademischen Therapeuten und auf das Risiko von Burn-out-Entwicklungen hin (vgl. aktuelle Burn-out-Diskussion unter psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in Deutschland). Auch prognostizierte er, dass sich die Kostenvorteile von KR-Therapeuten gegenüber akademischen Therapeuten im Laufe der Zeit reduzieren würden, da berechtigterweise angemessenere Einkommensstrukturen gefordert werden würden. Dieses NBT-Training wurde in England aber bereits im Jahre 2000 beendet. An seine Stelle trat ein vom English General Nursing Council als «Nursing 2000» bezeichnetes Curriculum mit dem Ziel, dass alle Pflegekräfte mit diesem Training automatisch einen akademischen Grad erhalten – und damit einen höheren Status und ein höheres Gehalt. Das neue Curriculum ist im Vergleich zum vorherigen VT-Training weniger klinisch-therapeutisch und mehr theorieorientiert. In diesem Rahmen wird das vorherige Maudsley-Programm nicht mehr anerkannt – vermutlich, da es fälschlicherweise als zu wenig theoriefundiert eingestuft wurde (Marks, 2014, persönliche Mitteilung). Ähnliche Bestrebungen, die KR-Ausbildung zu akademisieren, laufen inzwischen in vielen Ländern (Horatio), einschließlich Deutschland.

Liegt auch hier ein Trend vor, der weg vom Patienten hin zum Computer und zur Theorie geht und seit einiger Zeit in der Medizin und den psychologischen Fächern erkennbar ist?

Das «Hamburger Modell» der Krankenpflege-Verhaltenstherapeuten: Die Einführung der Verhaltenstherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und am Psychologischen Institut der Universität Hamburg

Strukturelle Entwicklungen

Nach Rückkehr von I.H. aus der verhaltenstherapeutischen Weiterbildung in England 1974, wurde es 1976 (paradoxaerweise unter Nutzung von Sparmaßnahmen durch Schließung einer Bettenstation) möglich, mit dem verbliebenen Personal eine VT-Ambulanz zu eröffnen. Der Stellenplan umfasste zu jener Zeit lediglich 2 Ärzte (inklusive I.H.) und 4 Pflegekräfte. Damit war von vornherein klar, dass das Experiment nur gelingen würde, wenn Pflegekräfte für eine intensive Ausbildung zu Verhaltenstherapeuten motiviert werden könnten. Diese Planung wurde durch die jeweiligen Pflegedienstleitungen der Klinik voll unterstützt – eine wertvolle Hilfe, da das Modell keineswegs allen Psychiatern im Hause

am Herzen lag. Planstellen für Psychologen gab es zu dieser Zeit nicht. Die von niedergelassenen Ärzten zugewiesenen und über Mundpropaganda und Medienberichte motivierten Patienten hatten anfangs meist typische Angst- und Zwangserkrankungen. Recht bald kamen aber in erheblichem Ausmaß therapieambivalente Patienten mit multiplen Störungen hinzu, für die die niedergelassenen Ärzte eine Psychotherapie für sinnvoll, aber eine Akzeptanz im damals ausschließlich zugelassenen analytischen Versorgungssystem für ausgeschlossenen hielten. Trotz minimalem Know-how verhaltenstherapeutischer Inhalte sollte die VT «ausprobiert» werden, was unsere kleine Arbeitsgruppe unter besonderen Druck setzte.

Wir haben dann über die Jahre etliche inhaltliche und strukturelle Neuerungen in der Klinik, in der Krankenversorgung in Hamburg und Umgebung, am Psychologischen Institut der Universität und in der Aus- bzw. Weiterbildung von Therapeuten vorgenommen: Neben der VT-Ambulanz [Hand et al., 2000] wurden eine VT-Station und schließlich auch eine VT-Tagesklinik eröffnet [Mundt et al., 2002], die räumlich eng verbunden waren, mit Fluktuation der akademischen Therapeuten in mindestens 2 der 3 Teilbereichen. Bezüglich der Pflegetherapeuten verlief die Entwicklung zweigleisig: In der Ambulanz wurden die KR-Mitarbeiter – analog zum Londoner Modell – bereits nach wenigen Jahren weitgehend zu eigenständigen Verhaltenstherapeuten. Auf der Station und in der Tagesklinik übernahm das Pflegepersonal zum Teil die übliche VT-Kooperationsrolle, während die Therapien meist von den psychologischen und ärztlichen Aus- bzw. Weiterbildungskandidaten durchgeführt wurden. In der Ambulanz bildeten die KR-Therapeuten nach wenigen Jahren ein stabiles Kernteam, das die Patienten gemeinsam mit I.H. und einem VT-Psychiater, Psychologiestudenten und Psychologen sowie – im Vergleich dazu eher weniger – Ärzten in meist mehrjähriger Aus- bzw. Weiterbildung betreute.

Dieses Modell erhielt erheblichen Auftrieb, als I.H. von 1979 bis 1982 erst eine C2- und dann eine C4-Professur für Klinische Psychologie/VT am Psychologischen Institut der Universität Hamburg besetzte. Danach sicherte ein ständiger Zustrom von hochmotivierten Psychologiestudenten, Praktikanten, Diplomanden und Doktoranden, die mit dem Kernteam zusammenarbeiteten, die verhaltenstherapeutische Arbeitsweise und deren kontinuierliche Weiterentwicklung. Mit dem Lehrstuhl für Klinische Psychologie/VT entwickelte sich anschließend eine kontinuierliche Zusammenarbeit, vor allem mit der Betreuung durch Diplomanden und Doktoranden (www.vt-falkenried.de/hand). Die KR-Therapeuten waren, als Berufsgruppe und als Personen, gemeinsam mit I.H. die mit Abstand «ortsstabilsten» Ambulanzvertreter, gefolgt von den Psychologen (als Praktikanten, Diplomanden, Doktoranden). Sie haben teilweise bis zu 50% ihrer Versorgungsarbeit gleichzeitig in die Aus- bzw. Weiterbildung von Akademikern investiert. Teamintern war die Hierarchie also nicht durch die Ausgangs-Berufsgruppe, sondern aufgrund der erworbenen VT-Kompetenz bestimmt. Dabei gab es anfangs, vor allem für

Ärzte in der Facharztweiterbildung, Eingewöhnungsschwierigkeiten, da eine Supervision durch KR-Personal ungewohnt bis befremdlich war. Im Endeffekt aber war die berufsgruppenübergreifende Arbeit in der Versorgung, Aus- und Weiterbildung und später auch in der Forschung ein hoher Gewinn für alle Beteiligten. Erst Anfang der 1990er Jahre konnten in dem entstehenden Bereich VT mehrere Planstellen für VT-qualifizierte Ärzte und Psychologen eingerichtet werden.

Unzufriedenheit entwickelte sich bei den KR-Verhaltenstherapeuten, als die VT als Psychotherapieverfahren in die kassenärztliche Versorgung aufgenommen wurde und einige Jahre danach auch von Psychologischen Psychotherapeuten eigenständig durchgeführt werden konnte. Die am UKE-HH ausgebildeten Psychologen waren die ersten, die in Hamburg davon profitierten. Nach Verlassen unserer Arbeitsgruppe konnten sie entweder in eigenen Praxen oder in Festanstellungen an anderen Kliniken rasch berufliche Karriere machen, während die in der Versorgung gleichwertigen KR-Verhaltenstherapeuten – im Gegensatz zu Großbritannien – noch keine Laufbahnplanung mit dem neuen Qualifikationsniveau vornehmen konnten. Sie waren ortsgebunden und ihre Bezahlung entsprach in keiner Weise mehr den erbrachten Leistungen in Versorgung, Aus- und Weiterbildung, Forschung und (schließlich noch) der studentischen Lehre. Die daraus resultierenden konstruktiven Bemühungen der KR-Therapeuten um eine breitere Anerkennung ihrer Kompetenzen hatten jedoch ab 1994 Erfolg.

Inhaltliche Entwicklungen

Nachdem die Therapeuten der VT-Ambulanz am UKE-HH anfangs schwerpunktmäßig Patienten mit Angst- und Zwangserkrankungen behandelt hatten, hat sich das Indikationsspektrum sukzessive auf alle wesentlichen neurotischen Störungen sowie ausgewählte Fälle psychotischer Erkrankungen erstreckt. Für etliche Patienten mit Störungen, für die es noch gar keine etablierte verhaltenstherapeutische Vorgehensweise gab, wurden neue individual- und störungsspezifische Vorgehensweisen entwickelt (z.B. für mehrere Zwangsspektrumsstörungen inklusive pathologisches Glücksspielen). Sehr viele Therapiesitzungen wurden auch außerhalb der Klinik, im natürlichen Umfeld der Patienten (öffentliche Plätze, Wohnung, Familie, etc.) im Einzel-, Gruppen- oder Familien-Setting durchgeführt. Da solche Sitzungen über mehrere Stunden bis ganztags durchgeführt wurden, mussten alle Therapeuten in der Lage sein, auf überraschende Entwicklungen rasch und kompetent zu reagieren (besonders in der Zeit, als es noch keine Mobiltelefone gab). Die Konzepte zu Einzel- und Gruppentherapien wurden oft von KR-Therapeuten und akademischen Therapeuten (im Rahmen von deren Aus- oder Weiterbildung) gemeinsam entwickelt und durchgeführt. Parallel haben wir schon seit Ende der 1970er Jahre die überwiegend individuum- und symptomzentrierte VT zu einem wesentlich komplexeren Ansatz weiterentwickelt (strategisch-systemisch fundierte VT) [Hand, 2008; 2010], wobei auch hier

die kontinuierlichen Beiträge der KR-Verhaltenstherapeuten von großem Wert waren. Die KR-Therapeuten waren Tutoren und Supervisoren für Praktikanten aus der Psychologie und für akademische Therapeuten in Aus- bzw. Weiterbildung in VT; in den letzten Jahren waren sie auch Dozenten im Studentenunterricht.

Da VT in Deutschland zumindest bis Ende der 1980er Jahre ihre Wirksamkeit immer wieder dokumentieren musste, um die Zulassung in der kassenärztlichen Versorgung zu erhalten, wurden an der VT-Ambulanz von vornherein die verschiedenen Therapieprogramme hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Bei Angst- und Zwangsstörungen sowie bei pathologischem Glücksspielen wurde in einer Reihe von Langzeitkatamnesen (mit die ersten, zum Teil bis heute auch die einzigen in Deutschland) die Stabilität der Erfolge dokumentiert (vollständiger Überblick über die Publikationen, Dissertationen und Diplomarbeiten unter www.vt-falkenried.de/hand). Dadurch wurden die KR-Verhaltenstherapeuten auch intensiv an der Therapieforschung beteiligt. Erhebungen, die den Behandlungserfolg durch die beteiligten Therapeuten-Berufsgruppen verglichen, wurden zwar nie publiziert, bei gelegentlichen internen Analysen zeigten sich jedoch keine relevanten Unterschiede – wie in den Studien aus Großbritannien [z.B. Ginsberg und Marks, 1977] und in der täglichen Praxis im Team.

Das Ausbildungscurriculum für KR-Verhaltenstherapeuten: Das von dem KR-Kernteam ca. 1990 entwickelte und mit den akademischen Verhaltenstherapeuten des Bereichs abgestimmte Curriculum umfasste Störungsbilder, Psychopathologie, Diagnostik und Differenzialdiagnostik (nach ICD-10), Ätiologiekonzepte bei psychischen Störungen, theoretische und praktische Vermittlung in Gesprächsführung (Beziehungsaufbau, problematische Patienten-Therapeuten-Interaktionen), Verhaltens-, Bedingungs-, Funktions- und Motivationsanalyse, Erfassung der biografischen Entwicklung zur Erstellung eines komplexen Störungsmodells sowie spezifische VT-Interventionstechniken und -methoden. Ferner umfasste die Ausbildung psychometrische und psychophysiologische Testverfahren, Psychopharmakotherapie und Selbsterfahrung (auch technikenspezifisch, z.B. Panik-Exposition mit Panik-Management).

Auf dieser Grundlage wurden dann die Erstellung eines hierarchisierten, multimodalen Behandlungsplans und dessen Umsetzung, die Dokumentation des Behandlungsverlaufs und -Ergebnisses sowie die Erstellung der Epikrise bzw. des Entlassungsberichtes vermittelt. Mit all diesen Fertigkeiten war dann auch die gleichwertige Beteiligung an der wöchentlichen «offenen Sprechstunde» der Ambulanz möglich, in der in 1- bis 2-stündigen Erstgesprächen eine erste Diagnostik und Indikationsstellung für weitere Maßnahmen erfolgte. Das Curriculum umfasste 4 Jahre, erfolgte zweistufig (2 Jahre Basis- und 2 Jahre Aufbauteil) und beinhaltete insgesamt 1330 h Theorie (inklusive Selbststudium) sowie 3800 h Praxisausbildung (Basisausbildung: 630 h Theorie und 2600 h

Praxis; Aufbau: 700 h Theorie und 1200 h Praxis; ein Großteil der Vollarbeitszeit war in diesem Stadium also zugleich Ausbildungszeit). Diese Ausbildung unterschied sich somit tiefgehend z.B. von derjenigen, die an der Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien für KR-Therapeuten angeboten wurde (186 h «spezielles Curriculum» und 2 Jahre praktische Tätigkeit [Voderholzer, 2013]). Auf dieser Grundlage und nach etlichen Widerständen gelang es den KR-Verhaltenstherapeuten dann 1994, eine deutlich adäquatere Bezahlung durchzusetzen und über die zuständige Behörde die Anerkennung als Psychotherapeuten nach dem Heilpraktikergesetz (HPG; analog zu den – inhaltlich allerdings wesentlich weniger präzisierten – Regelungen für Diplompsychologen) zu erlangen.

Berufsgruppenübergreifende Supervision/Intervision: Anfänglich wurden alle Therapien durch die beiden verhaltenstherapeutischen Psychiater der VT-Ambulanz des UKE-HH mit 1- bis 2 KR-Therapeuten als begleitende Kotherapeuten durchgeführt. Parallel wurde den Kotherapeuten die jeweils zugehörige Theorie einerseits persönlich und andererseits durch Übergabe entsprechender Literatur vermittelt. Wie die akademischen Therapeuten widmeten auch die KR-Therapeuten einen wesentlichen Teil ihrer Freizeit der Theorie- und Weiterbildung.

Seit 1979 bildeten die Psychologiestudenten (als Praktikanten, Diplomanden und Doktoranden) das zweite «Standbein» der jungen Ambulanz. Erst mit Beginn der 1990er Jahre konnten in dem neu entstandenen «Bereich Verhaltenstherapie» Planstellen für Ärzte und vor allem Psychologen eingerichtet werden. Den KR-Mitarbeitern, und später auch den Psychologen, kam bei der Entwicklung und Wahrung der als wirksam erwiesenen Kernelemente des Behandlungsangebots entscheidende Bedeutung zu.

Die regelmäßigen, wöchentlichen Teambesprechungen fanden immer berufsgruppenübergreifend statt. Die «Rangordnung» in den Entscheidungsfindungsprozessen ergab sich aus der Fachkompetenz der Teilnehmer, nicht aus der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe. Diese Teamsitzungen waren für die erfahrenen Therapeuten «Intervision» und für die neuen Therapeuten «Supervision». Beide Formen wurden häufig auch unter Nutzung eines Videoraums mit Einwegscheibe durchgeführt – zum Teil mit aus systemischen Therapien übernommenen Supervisionstechniken (aus gemeinsamen Workshops mit der Arbeitsgruppe um Thomas v. Villier aus der Kinder-/Jugendpsychiatrie). Neue Mitarbeiter wurden darüber hinaus einer erfahrenen Tutorin zugeordnet und konnten auch an deren Therapien direkt oder hinter der Scheibe teilnehmen (learning by doing / teaching by modeling). Viele dieser experimentellen Interventionen und Ausbildungstherapien wurden zudem per Video dokumentiert und dann intensiv in Ausbildung und Lehre genutzt.

Der Ausklang einer Ära und Laufbahntwicklungen: Dieses berufsgruppenübergreifende VT-Behandlungs- und Ausbildungsmodell wurde an der Klinik nach 2006 (Emeritierung von I. H.) nicht mehr fortgeführt, da dort einerseits andere

Prioritäten anstelle von VT/Psychotherapie traten und andererseits Sparpläne am Universitätsklinikum umgesetzt werden mussten (die ökonomisch und inhaltlich allerdings nicht nachvollziehbar erschienen, da der Bereich VT durchgehend schwarze Zahlen schrieb und dadurch sogar einen anderen Bereich teilweise mitfinanzierte). Wir waren wohl zur richtigen Zeit am richtigen Ort gewesen. Verhaltenstherapeutische und sozialpsychiatrische Orientierung hatten sich produktiv ergänzt. Danach veränderte sich der Zeitgeist und mit ihm der Ort. Der inhaltlich-kooperativen Orientierung, die in den 1960er Jahren begann und sich bis Mitte der 1990er Jahre fortsetzte, folgte eine ökonomisch-kompetitive Ausrichtung von Medizin und psychologisch orientierten Fächern, die bis heute anhält bzw. zunimmt.

Etliche Psychologen begannen ihre Laufbahn (bis hin zur Drittmittel- oder Klinikstelle) im Team als Praktikanten und Diplomanden, um anschließend, zum Teil in bezahlten Projektstellen, zu promovieren – bei Therapiestudien wieder unter Beteiligung der KR-Therapeuten. Die meisten Laufbahntwicklungen der psychologischen und der ärztlichen Mitarbeiter wären ohne die KR-Therapeuten – das stabile «Rückgrat» der Ambulanz – nicht möglich gewesen. Die erfolgreiche Entwicklung des Bereichs VT war letztlich das Resultat der guten Kooperation aller 3 Berufsgruppen.

Während ihrer Tätigkeit an der Ambulanz oder nach einem Arbeitsplatzwechsel haben etliche KR-Verhaltenstherapeuten eine akademische Laufbahn eingeschlagen (überwiegend Psychologie, Gesundheitswissenschaften) und arbeiten zum Teil als niedergelassene Verhaltenstherapeuten mit kassenärztlicher Zulassung oder haben leitende Pflegestellen übernommen; einige arbeiten weiterhin als KR- und als akademisierte Verhaltenstherapeuten am UKE-HH. Ein KR-Therapeut war vorübergehend im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT). Am UKE-HH wird das Modell der KR-Verhaltenstherapeuten nach Ausscheiden der noch verbliebenen Personen nicht fortgeführt werden.

Ausblick

Das KR-Team hatte innerhalb des Gesamtteams der VT-Ambulanz am UKE-HH in allen Bereichen eine zentrale Position. Dies wird sich strukturell unter den gegenwärtigen gesundheitspolitischen und -ökonomischen Bedingungen so nicht replizieren lassen. Seit der Wiedervereinigung Deutschlands einerseits und der Einführung der VT in die kassenärztliche Versorgung andererseits (mit dem sogenannten Sicherstellungsauftrag zwischen GKV und der kassenärztlichen Bundesvereinigung) ist es nicht mehr gewollt, dass instituts- bzw. klinikgebundene Psychotherapie-Ambulanzen primär an der ambulanten Versorgung beteiligt sind. Die aktuellen Ausnahmen sind die Ausbildungs- und Forschungsambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten, die Weiterbildungsan-

gebote der Kliniken und die überwiegend privatwirtschaftlichen Aus- und Weiterbildungsinstitute für psychologische bzw. ärztliche Psychotherapeuten. Sie alle bilden schwerpunktmäßig für die ambulante «Richtlinien-VT» in Kassenpraxen aus bzw. weiter. In den letzten Jahren gewannen darüber hinaus die ebenfalls überwiegend privatwirtschaftlich geführten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine zunehmende Bedeutung für VT im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung. Dennoch sind die Wartezeiten für Patienten eher länger als kürzer geworden.

Bezüglich des hier vorgestellten Modells ist diese Entwicklung der letzten 15 Jahre aus unserer Sicht eher enttäuschend. In der ambulanten Psychotherapie scheint eine berufsgruppenübergreifende Kooperation eher die Ausnahme zu sein. Vielmehr konkurrieren ärztliche und psychologische Verbände insbesondere um den Zugang zu den «Kassentöpfen» und um die inhaltliche Definition von VT. Auch unsere Hoffnung, dass z.B. die aus der VT-Ambulanz in Hamburg hervorgegangenen Psychologen und Ärzte eine gemeinsame Aus- und Weiterbildungseinrichtung für Psychologen und Ärzte schaffen würden, hat sich leider nicht erfüllt. Dies kann nur zum Teil auf die qualitativ und quantitativ unterschiedlichen Inhalte der Aus- bzw. Weiterbildungsordnungen zurückgeführt werden. Das KR-Personal ist von dieser Entwicklung komplett ausgeschlossen, seit die VT-Ambulanz am UKE-HH in der beschriebenen Form nicht mehr existiert.

Die neuere Entwicklung in der Kompetenzerweiterung der Gesundheits- und Pflegeberufe und die Akademisierung der Pflege mit Bachelor- oder Masterabschlüssen sieht ein Praxismodell der «advanced nursing practitioner» vor: Hoch qualifizierte, akademisch ausgebildete Pflegekräfte sollen in der Praxis eigenständig Interventionen bei spezifischen Gesundheitsproblemen/Störungen durchführen. «Clinical nurse specialists» sind im angloamerikanischen Raum längst selbstverständlich [Freeman und Freeman, 2005]; eine entsprechende Entwicklung hat in Europa begonnen, z.B. in der Schweiz (Zürich) und in Deutschland (Freiburg i.Br. und Kaiserswerth). Das sind allerdings keine Spezialisierungen, die mit der Qualifikation der KR-Verhaltenstherapeuten vergleichbar sind, die an der VT-Ambulanz des UKE-HH vermittelt wurde – die dortigen KR-Verhaltenstherapeuten erlernten ein Psychotherapieverfahren zur eigenständigen Anwendung bei einem breiten Spektrum von Störungen.

Wie steht es aber um das KR-Personal in Deutschland und dessen Interesse an einer VT-Tätigkeit? Nur 2 von 7200 (davon 4600 approbiert) Mitgliedern der DGVT kommen aus der Kranken- bzw. Gesundheitspflege. Demgegenüber kommen von 9723 Mitgliedern der britischen KVT-Gesellschaft BABCP 1652 aus dem Mental Health Nursing (davon 950 akkreditiert; diesbezügliche Kriterien unter www.babcp.com/Accreditation/Accreditation.aspx) und weitere 537 aus dem General Nursing (davon 313 akkreditiert als Verhaltenstherapeuten) – in der BABCP stehen insgesamt 1263 akkreditierte NTs 882 Psychologen (658 klinische Psychologen, 224 beratende

Psychologen) und 64 Ärzten mit entsprechender Akkreditierung gegenüber. Das sind weitaus mehr NTs als in der Studie von Newell und Gourney [1994] aufgeführt. Daraus erwächst die Frage, ob tatsächlich etwa 90% aller Verhaltenstherapeuten in Großbritannien NTs sind [Van Broeck und Lietaer, 2008]. Der Vergleich zwischen Deutschland und Großbritannien sagt natürlich nur bedingt etwas über das tatsächliche Interesse in der deutschen Krankenpflege aus, stimmt aber sehr gut mit unseren Erfahrungen überein. Werden die auf Psychotherapie gerichteten Aktivitäten von Horatio nun Bewegung in die deutsche Krankenpflege-Szene bringen?

Voderholzer [2013] plädiert für den noch intensiveren Einsatz von KR-Kootherapeuten im verhaltenstherapeutischen stationären Setting. Wir empfehlen darüber hinaus die Ausbildung von KR-Verhaltenstherapeuten zur eigenständigen Arbeit im ambulanten Setting.

Wenn unsere Hamburger und die angloamerikanischen Erfahrungen zukünftig doch noch genutzt werden sollten, dann wäre im (teil-)stationären Bereich der Kliniken eine erweiterte Ausbildung von KR-Kootherapeuten (in Anbindung an die vorhandenen Aus- und Weiterbildungseinrichtungen für die akademischen Therapeuten) verhältnismäßig einfach umsetzbar, sofern sich Motivierte aus dieser Berufsgruppe in hinreichender Zahl finden ließen. Noch viel nützlicher für die Patienten wäre es aber wohl, VT-spezialisierte Pflegetherapeuten auszubilden, die in somatischen Kliniken eingesetzt werden. Diese Einrichtungen sind bisher für eine psychotherapeutische Mitbetreuung ihrer Patienten auf ärztliche oder psychologische Konsiliarbesuche, soweit überhaupt verfügbar, angewiesen.

Für die ambulante Versorgung wäre inhaltlich eine Kombination aus den Londoner und den Hamburger Erfahrungen gut umsetzbar: In Deutschland könnten sehr kompetente KR-Verhaltenstherapeuten ausgebildet werden, die eigenständig in enger Kooperation mit einer oder mehreren Haus-, Facharzt- oder Psychologenpraxen sowie gegebenenfalls auch MVZ eine Versorgung anbieten, welche rasch verfügbar und primär auf Kurzzeittherapie ausgerichtet ist. Eine Qualitätssicherung wäre problemlos möglich. Könnte ein solches Modell nicht nur die Patientenversorgung verbessern, sondern auch helfen, die beginnende standespolitische Erstarrung im gegenwärtigen psychotherapeutischen Versorgungssystem zu lösen [Hand, 2014] – trotz der Gefahr «kompetitiver Besitzstandswahrung»? Sollte dieses Modell – fast 40 Jahre nach seiner Einführung und fast 10 Jahre nach seiner Beendigung – jetzt in Deutschland doch noch auf größeres Interesse stoßen, dann hätte der Wiener Kabarettist Helmut Qualtinger wieder einmal Recht: «Muß't erst sterben – aber dann lebs't lang».

Disclosure Statement

Die Autoren erklären hiermit, dass keinerlei Interessenskonflikte in Bezug auf dieses Manuskript bestehen.

Literatur

- American Psychiatric Nurses Association (APNA): Consensus model for APRN regulation: licensure, accreditation, certification and education (LACE). Virginia, APNA, 2008. www.aacn.nche.edu/education-resources/APRNReport.pdf (Zugriff vom 16.07.2014).
- Ayllon T, Michael F: The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *J Exp Anal Behav* 1959;2:323–334.
- Bridge W, Dunn P, Speight I: The provision of post-basic education in psychiatric nursing. *Nurs Times* 1981;77:141–144.
- Freeman SM, Freeman A: *Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice*. New York, Springer, 2005.
- Ginsberg G, Marks I: Costs and benefits of behavioural psychotherapy: a pilot study of neurotics treated by nurse-therapists. *Psychol Med* 1977;7:685–700.
- Gourney K, Denford L, Parr A, Newell R: British nurses in behavioral psychotherapy: a 25 year follow up. *J Adv Nurs* 2000;2:343–351.
- Hand I: Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie. Wien, Springer, 2008.
- Hand I: Strategisch-systemische Grundlagen der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie im Dialog* 2010;11:63–67.
- Hand I: Editorial. *Verhaltenstherapie* 2014;24:151–155.
- Hand I, Peter H, Friedrich B, et al.: Psychotherapeutische Institutsambulanzen am Beispiel der Verhaltenstherapie-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. *Verhaltenstherapie* 2000;10:187–194.
- Hand I, Schröder-Hartwig K: Kranken«pflege» und Verhaltens«therapie» in Psychiatrie und Medizin. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 1985;10:650–654.
- Knapp TJ, Peterson LW: Review of the literature. Behavior analysis for nursing of somatic disorders. *Nurs Res* 1977;26:281–287.
- LeBow MD: *Behavior Modification: A Significant Method in Nursing Practice*. New Jersey, Prentice Hall, 1973.
- Mace C, Rowland N, Evans C, Schroder T: Psychotherapy professionals in the UK: expansion and experiment. *Eur J Psychother Counsell Health* 2009;11:131–140.
- Marks I: Controlled trial of psychiatric nurse therapists in primary care. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;20:1181–1184.
- Marks IM, Hallam RS, Phillpott R, Connolly JC: Nurse therapists in behavioral psychotherapy. *BMJ* 1975;3:144–148.
- Milne D: Skill evaluations of nurse-training in behavioural psychotherapy. *Behav Psychother* 1984;12:142–150.
- Mundt A, Hand I, Rufer M: Die spezifische Verhaltenstherapie-Tagesklinik. *Der Nervenarzt* 2002;73:1082–1087.
- Newell R, Gourney K: British nurses in behavioural psychotherapy: a 20-year follow-up. *J Adv Nurs* 1994;20:53–60.
- Rakow B: Verhaltenstherapie als pflegerische Aufgabe. *DKZ* 1984;4:184–186.
- Tolchard B, Battersby M: Nurse behavioral psychotherapy and pathological gambling: an Australian perspective. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000;7:335–342.
- Van Broeck N, Lietaer G: Psychology and psychotherapy in health care: a review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist* 2008;13:53–63.
- Voderholzer U: Kotherapeuten als Verhaltenstherapeuten? *Verhaltenstherapie* 2013;23:4–5.
- Ward M: *Psychiatric/Mental Health Nursing and Psychotherapy: The position of Horatio*: European Psychiatric Nurses, 2012. www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf (Zugriff vom 16.07.2014).