

Beratung psychisch erkrankter Menschen in Zeiten von Covid-19

Ein Setting-Ansatz aus Telefonie, Videosprechstunde und Face-to-Face-Kontakten

Kai Lenßen

Zusammenfassung: Die jahrelange psychosoziale Beratungspraxis im Rahmen der Integrierten Versorgung und im Auftrag unterschiedlicher Krankenversicherungen musste aufgrund der besonderen Corona-Folgemaßnahmen von der klassischen Face-to-Face-Interaktion auf einen Mix von telefonischer, Video und Vor-Ort-Beratung umorganisiert werden. Die ersten drei bis vier Monate in diesem Interventionsmodus zeigen, welche besonderen Anforderungen an alle Beteiligten damit verbunden sind. Der Autor dieses Praxis-Berichts zieht das Fazit, dass sich trotz hoher Belastungen und möglicher Qualitätsverschiebungen der Aufwand gelohnt hat, und appelliert an die Professionalisierung einer durch die Pandemiefolgemaßnahmen veränderten Beratungspraxis.

Ein ganz normaler Beratungsalltag ...

Seit mehr als sieben Jahren versorge ich psychisch erkrankte Versicherte unterschiedlicher Gesundheitskassen. Die Beratungsgespräche finden im Wesentlichen in den Räumen der Sozialversicherungsträger und vereinzelt auch in meiner Praxis statt. Die Interventionen sind Teil der *Integrierten Versorgung* (IV) und sollen möglichst frühzeitig in den Krankheitsverlauf eingreifen, um der Gefahr von Chronifizierungen, dem Leidensdruck Betroffener und auch den steigenden Kranken(geld)ausgaben entgegenzuwirken. Ein weiterer Hintergrund der direkten und niedrigschwellig angelegten psychosozialen Betreuung resultiert aus der Ressourcenknappheit bezogen auf rasch nutzbare Psychotherapieplätze. Letzteres bedingt bekanntermaßen sehr lange Wartezeiten – zuweilen von bis zu neun Monaten. Insofern gelten die interdisziplinären Versorgungsangebote der Kassen als durchaus wünschenswerte Entwicklung für die soziale, gesundheitliche und politische Zukunftsbeständigkeit.

Die Ratsuchenden erhalten in Face-to-Face-Kontakten fünf bis acht, manchmal auch zehn Sitzungen im wöchentlichen beziehungsweise zweiwöchentlichen Rhythmus. Die Gesprächsdauer beträgt 50 Minuten und die Versicherten kommen mit Anlässen zu Konflikten und psychischer Fehlbelastung am Arbeitsplatz, zu Beziehungs- und/oder familiären Problemen, Emotionsregulationsschwierigkeiten, Substanzmittelmissbrauch, Selbstwertzweifel, zur Krankheitsbewältigung, Trennung und Verlusterfahrung. Voraussetzung für die Teilnahme an diesen Programmen ist in der Regel eine diagnostizierte psychische oder Verhaltensstörung nach ICD 10. Der Großteil der vergebenen Diagnosen kommt

aus dem Spektrum der *Affektiven Störungen*, der *Neurotischen*, der *Belastungs- und somatoformen Störungen* oder/und betrifft *Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung*, *Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben oder mit Bezug auf Kindheitserlebnisse*. In diesem Zusammenhang führe ich jährlich mehr als 1.000 Gespräche mit Klientinnen und Klienten. In fast allen Fällen erreichen wir mittels personenzentrierter Interaktion emotionale und psychische Erleichterung sowie Besserung im sozialen und beruflichen Kontext. In über 40 Prozent der Fälle kann die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden. Die Organisation der Beratungstätigkeit wird von den Mitarbeitenden der Krankenkassen unterstützt. Sie steuern etwa die Fallzuweisungen und terminieren die Erstkontakte. Zudem finden regelmäßig Fallbesprechungen statt und die FallmanagerInnen werden zu allen fachlichen Angelegenheiten hinsichtlich des Hilfeprozesses durch mich informiert. Man kann sagen, dass sich über die Jahre hinweg eine im positiven und förderlichen Sinne verstandene Kontinuität eingestellt hat und die psychosoziale Praxis – dort, wo sie stattfindet – eine feste Institution ist.

Ein ganz normaler Beratungsalltag ... bis einschneidende Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Virus-Pandemie beschlossen wurden

„Die Landesregierung hat ein weitreichendes Kontaktverbot für Nordrhein-Westfalen per Rechtsverordnung erlassen [...]“ (vgl. vgl. www.land.nrw, S. 1, abgerufen am 24.10.2020) und pünktlich zum Beginn des Lockdowns in NRW am 22. März 2020 musste die bisherige Face-to-Face-Beratung abrupt beendet werden. Die VerantwortungsträgerInnen der Krankenversicherungen stellten den Kundenkontaktverkehr aufgrund der Ansteckungsrisiken ein. Somit hatten auch die Klientinnen und Klienten keinen Zugang mehr zu den Geschäftsstellen. Nun ging es auf die Suche nach Alternativen, um die Versorgung der Versicherten aufrechtzuerhalten. Wir entschieden uns, die Beratungen weiter per Video, telefonisch oder in den eigenen Praxisräumen anzubieten. Der organisatorische Mehraufwand bestand zum einen darin, zunächst einen seriösen (in der Regel kostenpflichtigen) Anbieter von Videosprechstunden zu finden, der den kasernenärztlichen Datenschutzbestimmungen entspricht und zudem unspektakulär und zuverlässig für eine Vielzahl von Versicherten zu handhaben war. Die telefonische Beratung ist zwar deutlich weniger aufwendig, allerdings birgt dieses Setting im Rahmen psychosozialer Beratung wahrscheinlich das größte Risiko,

dem ursprünglichen Gedanken einer empathischen, wertschätzenden und authentischen Haltung und Kommunikation nicht gerecht zu werden. Doch dazu später mehr.

Etwa zehn Prozent der Sitzungen wurden in den folgenden etwa drei bis vier Monaten noch Vis-à-Vis in meiner Praxis durchgeführt. Dieses Setting empfand ich als Wohltat im Vergleich und auch im Wechsel zu den elektronisch basierten Gesprächen. Eine reine Online-Beratung per E-Mail oder SMS fand nicht statt. Die Kurznachrichten-Systeme halfen jedoch immer wieder bei der Terminierung sowie anderen strukturierenden und organisatorischen Aufgaben. Die Online-Kommunikation war allerdings unabdingbar im Bereich der Fallbesprechungen (via E-Mail) und zur Realisierung der kollegialen Supervision (etwa per Zoom). Ich bin heute noch erstaunt darüber und dankbar dafür, wie reibungslos, kooperativ und pragmatisch alle Beteiligten (FallmanagerInnen, KlientInnen, KollegInnen, VerantwortungsträgerInnen) diesen plötzlichen Umstellungsprozess und die hiermit verbundenen Herausforderungen gemeistert haben. Ein prioritäres Ziel, nämlich die nahtlose Versorgung der psychisch Erkrankten zu gewährleisten, wurde nach meiner Einschätzung quantitativ erreicht. Ob es qualitative Einbußen hinsichtlich der Genesung oder Verbesserung der Lebensqualität gegeben hat, kann momentan nur gemutmaßt werden. Bereits die Tatsache, dass durch den Einfluss der Pandemie-Folgemaßnahmen Veränderungen im gesellschaftlichen Leben unvermeidbar sind, lässt zum jetzigen Zeitpunkt keine belastbare Aussage zu. Fest steht nur, dass der äußere Schein, die intrapsychische Prozessentwicklung liefere – ungeachtet der Interventionsbedingungen – weiter wie gehabt, nicht ohne Weiteres erwartet werden kann. Im Folgenden wird zum einen der Frage nachgegangen, welche Anstrengungen und Grenzen psychosoziale Beratung hat, die ab dem Zeitpunkt des (ersten) Lockdowns vornehmlich telefonisch und per Videotelefonie durchgeführt werden kann. Zum anderen sollen aber auch Möglichkeiten und Potenziale des veränderten Beratungssettings nicht außer Acht gelassen werden und Würdigung finden.

Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Beratungssettings

Zunächst entscheidet jeder Ratgebende für sich selbst und in Bezug auf den Ratsuchenden, welches Setting unter welchen Bedingungen möglich beziehungsweise praktikabel und vor allem sinnvoll erscheint. Hierzu zählt etwa der unter Umständen längere Anfahrtsweg, das Tragen oder Nicht-Tragen von Masken und die größere soziale Distanz während des Gesprächs. Der Hygiene-Aufwand erfordert länger einzuplanende Zeiten zwischen den Kontakten pro Beratungstag. Zudem kommt es vor, dass KlientInnen Befürchtungen angesichts einer denkbaren Ansteckung haben oder eine Vor-Ort-Beratung von manchen als größere Hürde empfunden wird. Hingegen bedarf die Video-Telefonie eines Laptops, einer gültigen E-Mail-Adresse und einer gewis-

sen Affinität zu computerbasierter Interaktion. Ein Handy als bildunterstützendes Gerät ist nicht ratsam, da es hierbei oft zu Wackelbildern kommt und der/die KlientIn dann mehr mit der Problembehebung auf dieser Ebene befasst ist. Im praktischen Beratungsalltag hat sich ein Mix aus zwei oder drei Methoden etabliert. Oftmals fand das Erstgespräch telefonisch und spätestens das dritte Gespräch persönlich vor Ort statt. Diejenigen KlientInnen, die sich von Anfang an zu einer Videoberatung entschieden haben, bleiben meist bis zuletzt dabei. Allen gemeinsam ist, dass ein Face-to-Face-Kontakt als entspannender und hilfreicher erlebt wird. Es scheint beinahe banal zu erwähnen, dass die telefonische psychosoziale Beratung, was das personenzentrierte Vorgehen betrifft, dem Gespräch in einem persönlichen Treffen nicht ohne weiteres (wenn überhaupt) gleichzustellen ist, da vor allem der visuelle Wahrnehmungskanal fehlt. Der Blickkontakt hat aber eine herausragende Bedeutung für den Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung oder den Transfer emotionaler Erlebnisinhalte. Die grundlegende Bereitschaft, sich in Beratungsgesprächen zu öffnen, kann hingegen bei einigen – vielleicht unsicher gebundenen Menschen oder Personen mit krisenbedingten Identitätsdiffusionen und großen Scham- oder Schuldgefühlen – durch das „Nicht-Sehen“ zumindest zu Beginn auch gestärkt sein. Ob es nun als Vor- oder vielmehr als Nachteil betrachtet werden kann, dass sowohl die Videotelefonie als auch das reine Telefonat insbesondere vom Ratgebenden ein deutlich strukturiertes Arbeiten erfordert, muss vielleicht nicht diskutiert werden. Sicher ist jedoch, dass struktursuchendes und -gebendes Beratungshandeln ein Mehraufwand an Planung, Konzentration, Fragetechnik und Orientierung bedeutet. In der Praxis über Video und Telefonie sind Pausen innerhalb der Exploration schwerer auszuhalten, die Einschätzung der möglicherweise prekären Lage des Klienten/der Klientin oder diagnostische Beurteilungen werden hier erschwert. Es kann beim Beratenden zu Optimierungswünschen kommen und somit zu mehr Anspannung und Erfolgsdruck, was wiederum in körperliche Anspannung münden kann. Die Folgen – auch durch das Einnehmen einer einseitigen Sitzposition – sind dann unter Umständen wiederkehrende Muskelverspannungen. Nicht nur die Beratungskraft, sondern ebenso die KlientInnen sind bei rein telefonischen Kontakten rascher ablenkbar. Zudem kommt es vor, dass KlientInnen keinen geschützten Raum aufsuchen, um in Ruhe und anonym kommunizieren zu können, sich um die Kinder oder Haustiere kümmern oder den Partner / die Partnerin wie selbstverständlich hinzuziehen. Einige wollen das Telefonat früher abbrechen, da normative Erwartungen (ein Telefonat mit einem Fremden dauert gewöhnlich keine 50 Minuten) ein längeres Gespräch über diesen Kanal außergewöhnlich wirken lassen.

Seit Mitte Juli 2020 arbeite ich wieder und sukzessive im „altbewährten“ Setting und nicht wenige Versicherte entscheiden sich zu einem telefonischen Erstkontakt – ein Effekt aus der coronabedingten Re-Organisation.

Durchführung und Ergebnisse

Die Ausbildung der Fallzahlen blieb mehr oder weniger unverändert. Ich führte in den Monaten von Mitte März bis etwa Anfang Juli rund 350 Gespräche in dem erwähnten Setting-Mix durch. Es gab keine Hinweise darauf, dass die ratsuchenden Versicherten sich aufgrund der besonderen Bedingungen gegen das Unterstützungsangebot entscheiden. Auch die Beratungsanlässe resultierten zunächst aus denselben Kategorien. Spezielle Schwierigkeiten, die den Pandemie-Folgen geschuldet sind, zum Beispiel (Angst vor) Arbeitsplatzverlust, Reduktion der sozialen Kontakte, innerfamiliäre Konflikte, Schwierigkeiten im Umgang mit zu pflegenden Angehörigen und Klinikbesuchen, wurden seit etwa August deutlicher thematisiert. Eine auf soziodemografische Datenstruktur basierte Veränderung in der Zusammensetzung der Klientel konnte ich nicht feststellen. Von Bedeutung ist meines Erachtens, dass in jedem Klientengespräch immer wieder aufs Neue erfragt wird, in welchem Setting der Folge-Kontakt stattfinden soll. Seitdem die Gespräche wieder in den Geschäftsstellen der Krankenkassen erfolgen, stellt dieses Vorgehen eine weitere Anforderung an die organisatorische Praxis des Ratgebenden, denn die Terminvergabe ist ja unbedingt abhängig vom Beratungsort. So entstehen neue Termin-Cluster, die nach anderen Gesichtspunkten sortiert werden müssen. Entschieden wird danach, ob telefonische Beratungen, Video-Sprechstunden oder Face-to-Face-Beratungen in den Geschäftsstellen oder eben in den Praxisräumen stattfinden sollen.

Geht es nach den Aussagen der Versicherten, so ist ihre Zufriedenheit mit der Intervention weiterhin hoch. Viele KlientInnen haben auch keinen Vergleich zu dem herkömmlichen homogenen Vorgehen in Form von durchgängigen Face-to-Face-Beratungen. Für den Ratgebenden ist die telefonische und auch die Videoberatung belastender als das Via-à-Vis-Gespräch: Dauerhaft hochkonzentrierte Aufmerksamkeit, häufigeres Rückversichern des Verstandenen, intensivere Vertrauen bildende und analytische Interventionen bringen den psychosozialen Berater und die Beraterin an ihre Leistungsgrenze. Daher müssen in diesen Zeiten aus meiner Sicht mehr kollegiale Supervision und vielleicht auch mehr Erholungspausen eingelegt werden. Hinzu kommen die schriftlichen statt mündlichen Rückmeldungen an die Fachkräfte in den Dienststellen der Krankenkassen. Wahrscheinlich ist auch eine höhere Rate an Missverständnissen zwischen allen Beteiligten. Konflikte sollten als ganz gewöhnliche Effekte dieser Art der Kommunikation aufgefasst, niemandem unhinterfragt zur Last gelegt und wohlwollend sowie konstruktiv gelöst werden. Insgesamt profitieren in Zeiten der Pandemie wohl Menschen, denen es leichter fällt, diszipliniert, strukturiert und in Komplexität zu denken und zu handeln, sowie Menschen, die ob der Krise situative Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit erleben. Das heißt auch, dass diese Aspekte im Rahmen der veränderten Beratungs- und Organisationsmodi noch weiter in den Vordergrund rücken und gestärkt beziehungsweise erhalten werden sollten.

Empfehlung und Ausblick

Nach knapp vier Monaten in einem Format des Setting-Mix ist bis heute fast wieder ein „normaler“ Beratungsalltag eingetreten. Wir wissen nicht, wie lange das so bleiben kann. Ein zweiter Lockdown bahnt sich vermutlich an. Und: Wir haben erfahren, dass die Versorgung psychisch erkrankter Versicherter grundsätzlich gelingt, wenn bestimmte Faktoren beachtet und gewürdigt werden, wie

- mindestens einen Termin im Vis-à-Vis-Kontakt ermöglichen
- gegenseitige Akzeptanz hinsichtlich des Agierens in schwierigen Rahmenbedingungen
- sich ausreichend Erholungspausen gönnen
- Bewegung und Lockerungsübungen einplanen
- häufigere Kurz-Supervisionen organisieren
- ausreichende Praxis-Erfahrung und Flexibilität
- Professionalisierung der besonderen fachlichen Erfordernisse
- eventuelle Minder-Erfolge als unabdingbare Resultate einer wirklichen Herausforderung für alle bewerten und an ihrer Bewältigung wachsen.

Es gilt darüber hinaus, den Krankenversicherungen ein großes Dankeschön dafür auszusprechen, dass die Versorgung der Versicherten beinahe uneingeschränkt weiterlaufen konnte. Meine Erfahrungen haben bisher nicht gezeigt, dass eine explizite psychosoziale „Corona-Sprechstunde“ erforderlich ist. Doch ich möchte an die Verantwortlichen appellieren, die niedrigschwellige Versorgung weiterhin anzubieten und hinsichtlich der Themen ein spezielles Augenmerk auf die einschränkenden Faktoren der Pandemiefolgenmaßnahmen wie Kontaktverbote, soziale Dichte und Beengungsstress, Verhäuslichung, Anonymität, Explorationseinschränkungen für Heranwachsende, Schwierigkeiten aufgrund fehlender Ressourcen sowie personale Kontrolle zu haben.



Kai Lenßen, Sozialer Verhaltenswissenschaftler für Arbeits-, Umwelt-, Gesundheits-, Beratungs- und Verkehrspsychologie; Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Auftrag diverser Sozialversicherungsträger und in eigener Praxis; Lehrbeauftragter an unterschiedlichen Hochschulen; Gefährdungsanalysen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz; Rehabilitation verkehrsauffälliger Kraftfahrer

Kontakt:

lenssen@praxis-kai-lenssen.de

www.praxis-kai-lenssen.de