

Hölzer ■ Wöller ■ Berberich

# Stationäre Psychotherapie

---

---

**Mit Beiträgen von**

Götz Berberich

Günther Bergmann

Andrea Bitschnau

Christian Blacha

Alexandra Danner-

Weinberger

Katharina Diatara

Christian Fricke-Neef

Norbert Heck

Helge Hölzer

Michael Hölzer

Tobias David Hölzer

Paul Janssen

Bernhard Janta

Dorothee Kress

Isa Sammet

Nicola Scheytt-Hölzer

Christoph Schmeling-Kludas

Christian Thiele

Wolfgang Wöller

# Vorwort

Die Idee, einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Aspekte (teil-)stationärer Psychotherapie in einem gemeinsamen Buchvorhaben zusammenzustellen, entstand etwa drei Jahre vor dem Erscheinen des vorliegenden Bandes. In einem Qualitätszirkel »Psychosomatische Krankenhäuser« hatten sich 15 Jahre zuvor eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen in der Vorstellung zusammengefunden, Probleme in der stationären Behandlung psychisch bzw. psychosomatisch erkrankter Patienten, Schwierigkeiten in der institutionellen Aus- bzw. Weiterbildung von jüngeren Ärztinnen oder Psychologen, aber auch Herausforderungen einer ökonomischen Betriebsführung gemeinsam zu diskutieren, um vom jeweils anderen das zu lernen, was in der eigenen Organisation verbesserungswürdig bzw. noch nicht optimal organisiert erschien. Aus den ausgesprochen offenen Gesprächen ergaben sich im Verlauf der Jahre zahlreiche Anregungen. Die zum Teil sehr persönlich gefärbten Diskussionen wirkten auch entlastend, denn die genannten Themen schienen sich an den verschiedenen Standorten zu wiederholen, seien sie bedingt durch fachlich-methodische Entwicklungen, durch politisch-ökonomische Vorgaben oder juristische Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern. Da zumindest im deutschsprachigen Raum eine ähnliche Zwischenbilanz im Hinblick auf die Modalitäten stationärer Psychotherapie letztmalig 1987 von Paul Janssen vorgelegt worden war (aktualisierte Neuauflage des Textes 2014), sich seither aber vieles im Feld im Hinblick auf Diagnostik und Behandlung, auf Krankenhausplanung, Abrechnungsmodalitäten und Verweildauern etc. verändert hatte, lag es nahe, den Tenor unserer Diskussionen und einige der gefundenen Lösungen zusammenzutragen. Der

Entschluss, dies in Form eines Sammelbandes zu publizieren, geschah (sehr wohlwollend unterstützt durch Dr. Wulf Bertram, dem Verleger des Schattauer Verlags) nicht zuletzt in der Vorstellung, dass auch andere von unseren Überlegungen und Diskussionen in ähnlicher Weise würden profitieren können wie wir selbst.

Die ursprünglich geplante Zusammenstellung ist mit dem vorliegenden Buch zwar um Einiges umfangreicher ausgefallen als anfangs geplant. Auch die exakte Trennung in »Theorie« und »Praxis«, die wir zunächst angedacht hatten, konnte nicht so durchgehalten werden, wie zu Beginn noch konzipiert, ging es doch darum, auch »graue« Theorie mit möglichst praktischen Beispielen zu belegen. Solche Beispiele, d.h. sehr konkrete Erfahrungen mit konkreten Patienten, finden sich dementsprechend in fast allen Kapiteln dieses Buches und wir hoffen, dass es gerade diese Praxisnähe ist, die bei dem einen oder anderen Leser Interesse wecken wird. Ungeachtet dessen finden sich in den ersten zwei Teilen des Buches (► Kapitel 1 bis 18) und am Ende (► Kapitel 35 bis 37) vornehmlich theoretische Aspekte und Überlegungen, im Mittelteil (► Kapitel 19 bis 34) vor allem praxisbezogene und durch besagte klinische Fallbeispiele hoffentlich ausreichend anschaulich dargestellte stationäre Alltagssituationen. Die Idee war, therapeutische Prozesse in der stationären Psychotherapie, beginnend bei der Anmeldung und endend bei der Entlassung, möglichst plastisch nachzuzeichnen.

Wir hatten dabei nicht den Anspruch, die vielfältigen Möglichkeiten stationärer Therapie bei einzelnen Krankheitsbildern vollständig und detailliert darzustellen, sondern prozessorientiert und exemplarisch »prototypische« Situationen herauszugreifen, die sich

so mehr oder weniger in allen Variationen stationärer Therapie wiederfinden lassen. Wenn dabei an der einen oder anderen Stelle explizit praktische Empfehlungen formuliert wurden, dann deswegen, weil sich manches an unseren Häusern und Abteilungen gewissermaßen überregional bewährt hat, unabhängig von der jeweiligen therapeutischen Ausrichtung einer Institution, sei diese systemisch, verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch orientiert. Auf Einheitlichkeit bzw. konkrete Vorgaben bei der Abfassung der einzelnen Kapitel wurde ebenfalls weitgehend verzichtet, weswegen deren Erscheinungsbild z. T. erheblich variiert. Wir wollten uns und den anderen Autoren letztlich ein Höchstmaß an persönlichem Spielraum lassen, weswegen wir auch von eindeutigen Regelungen in Bezug auf Gender-Aspekte und deren sprachliche Berücksichtigung abgesehen haben. Unsere Leser mögen es also verzeihen, wenn vielleicht etwas häufiger von »dem Therapeuten« oder auch »dem Patienten« die Rede ist, auch wenn im Hinblick auf die Behandelten und die Mitarbeitenden unserer Institutionen in keiner Weise von männlicher Dominanz gesprochen werden kann. Insgesamt mag die Psychosomatische Medizin als Fachgebiet etwas mehr betont sein als die Psychiatrie, der Krankenhausbereich stärker zur Geltung kommen als die Rehabilitationsmedizin, psychodynamische Ansätze etwas prominenter herausgearbeitet worden sein als die Verhaltenstherapie, was ebenfalls schlicht den »Mehrheitsverhältnissen« in unserer Arbeitsgruppe geschuldet ist. Insgesamt überwiegen jedoch die Gemeinsamkeiten der stationären Behandlungssituation und der Klinikorganisation die vorhandenen Unterschiede beträchtlich, was aus unserer Sicht eine zusammenfassende Darstellung allemal rechtfertigt.

Wir danken in diesem Zusammenhang vor allem Frau Dr. Urbani und Herrn Dr. Wulf Bertram vom Schattauer Verlag für die geduldige Begleitung dieses doch einige Zeit in Anspruch nehmenden Projektes, für ihr geradezu unerschöpfliches Verständnis, wenn sich abzeichnete, dass einmal mehr ein Termin nicht würde eingehalten werden können. Unser besonderer Dank gilt auch Marion Drachsel für die mühevollen Lektoratsarbeit, ihre vielfältigen Vorschläge zur Gestaltung des Textes bzw. zur flüssigeren Formulierung manchmal schwieriger Sachverhalte. Ihr Verständnis für die Sache und ihre Bereitschaft, auf unsere Eigenheiten und Unterschiede einzugehen, die sich bei einer größeren Gruppe von Autoren nicht vermeiden lassen, und ihre Fähigkeiten, trotzdem noch ein vergleichsweise einheitliches Erscheinungsbild herzustellen, waren u. E. nicht zu übertreffen. Last, not least sei auch den verschiedenen Autorinnen und Autoren gedankt, die sich (obwohl nicht eigentlich Mitglieder in unserem Qualitätszirkel) bereitgefunden hatten, mitzuarbeiten. Auf ihre Expertise waren wir angewiesen, weil ohne sie die Besonderheiten und Hintergründe der jeweiligen Therapieformen bzw. Interventionen, sei es Pflege, Kunst-, Musik-, Bewegungs- oder Sporttherapie bzw. Sozialarbeit, nicht hätten abgebildet werden können.

In der Hoffnung, damit einen lesbaren und lesenswerten Beitrag zur Bestandsaufnahme bzw. Weiterentwicklung des nach wie vor faszinierenden Arbeitsfeldes der stationären Psychotherapie zu leisten, freuen wir uns über jede, auch kritische Rückmeldung.

**Stuttgart, Bonn, Windach  
im Frühjahr 2018**

**Michael Hölzer  
Wolfgang Wöller  
Götz Berberich**



# Anschriften der Herausgeber und Autoren

## **Dr. med. Götz Berberich**

Psychosomatische Klinik Windach  
Schützenstraße 100  
86949 Windach  
g.berberich@klinik-windach.de

## **Priv.-Doz. Dr. med. Günther Bergmann**

bis 2015 Christophsbad Göppingen  
aktuell:  
Bunsenstraße 19  
69115 Heidelberg  
bergmann@icloud.com

## **Andrea Bitschnau**

Sonnenberg Klinik Stuttgart  
(SINOVA-Kliniken Verbund)  
Christian-Belser-Straße 79  
70597 Stuttgart  
andrea.bitschnau@sonnenbergklinik.de

## **Dr. med. Christian Blacha**

Sonnenberg Klinik Stuttgart  
(SINOVA-Kliniken Verbund)  
Christian-Belser-Straße 78  
70597 Stuttgart

## **Alexandra Danner-Weinberger**

Klinik für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm  
Albert-Einstein-Allee 23  
89081 Ulm  
alexandra.danner-weinberger@uniklinik-ulm.de

## **Dipl. Soz.-Päd. Katharina Diatara**

Rhein-Klinik  
Krankenhaus für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Luisenstraße 3  
53604 Bad Honnef  
katharina.diatara@johanneswerk.de

## **Dr. med. Christian Fricke-Neef**

Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn  
37124 Rosdorf  
c.fricke@asklepios.com

## **Norbert Heck**

Sonnenberg Klinik Stuttgart  
(SINOVA-Kliniken Verbund)  
Christian-Belser-Straße 79  
70597 Stuttgart  
norbert.heck@sonnenbergklinik.de

## **Priv. Doz. Dr. med. Michael Hölzer**

Sonnenberg Klinik Stuttgart  
(SINOVA-Kliniken Verbund)  
Christian-Belser-Straße 79  
70597 Stuttgart  
hoelzer.michael@sonnenbergklinik.de

## **Dr. med. Helge Hölzer**

Ratajczak und Partner Rechtsanwälte  
Wegener Straße 5/1  
71063 Sindelfingen  
hoelzer@rpmed.de

## **Tobias David Hölzer**

Schwimmbadstraße 12  
79100 Freiburg  
tobiasdavidhoelzer@gmail.com

## **Prof. em. Dr. med. Paul L. Janssen**

Brühler Weg 13  
40667 Meerbusch  
Paul.Janssen@ruhr-uni-bochum.de

## **Dr. med. Bernhard Janta**

bis Juni 2018 Klinik Wittgenstein  
Bad Berleburg  
aktuell:  
Heiligenfeldklinik  
Krankenhausstraße 1  
97215 Uffenheim  
bjanta@gmx.de

**Dr. med. Dorothee Kress**

bis 2016 DRK Kliniken Berlin,  
Wiegmann Klinik  
aktuell:  
Augustastrasse 11a  
12203 Berlin  
dr.kress@gmx.de

**Prof. Dr. med. Isa Sammet**

Klinikum Christophsbad  
Faurndauer Straße 6–28  
73035 Göppingen  
isa.sammet@christophsbad.de

**Dipl. Psych. Nicola Scheytt-Hölzer**

Klinik für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm  
Albert-Einstein-Allee 23  
89081 Ulm  
nicola.scheytt@uni-ulm.de

**Prof. Dr. med. Christoph Schmeling-Kludas**

Evangelisches Krankenhaus Ginsterhof  
GmbH  
Psychosomatische Klinik  
Metzendorfer Weg 21  
21224 Rosengarten  
schmeling-kludas@ginsterhof.de

**Dr. med. Christian Thiele**

Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk  
Potsdamer Chaussee 69  
14129 Berlin  
christian.thiele@tww-berlin.de

**Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller**

bis 2017 Rhein-Klinik Bad Honnef  
aktuell:  
Muffendorfer Hauptstraße 7F  
53177 Bonn  
wolfgang.woeller@gmx.de

# Inhalt

## I. Grundlagen

- 1 **Statt einer Einleitung:  
Fragen an die stationäre  
Psychotherapie** ..... 3  
*Michael Hölzer, Wolfgang Wöller und  
Götz Berberich*
- 2 **Frühgeschichtliches – Zur Ent-  
wicklung der stationären  
Psychotherapie** ..... 14  
*Paul L. Janssen*
- 3 **Vorgabe und Spielraum –  
Die Rahmenbedingungen** ..... 29  
*Götz Berberich, Dorothee Kress und  
Günther Bergmann*
- 4 **Teilhabe oder Nicht-Teilhabe,  
das ist hier die Frage – Psycho-  
somatische Rehabilitation** ..... 44  
*Christoph Schmeling-Kludas*
- 5 **Orientierung – Theorien und  
Modelle** ..... 56  
*Wolfgang Wöller, Götz Berberich,  
Bernhard Janta und Christian Thiele*
- 6 **Seele und Leib – Der Körper in  
der Psychosomatik** ..... 90  
*Christian Thiele, Günther Bergmann,  
Götz Berberich und Wolfgang Wöller*
- 7 **Wer? Wann? Wo? – Indikation** .. 110  
*Christoph Schmeling-Kludas und  
Bernhard Janta*
- 8 **Wirkungen – Effektivität und  
Effizienz** ..... 126  
*Götz Berberich und Dorothee Kress*
- 9 **Nebenwirkungen – Risiken der  
Behandlung** ..... 146  
*Christian Fricke-Neef und Michael Hölzer*

## II. Das Team behandelt

- 10 **Das Ganze ist mehr als die  
Summe seiner Teile – Das  
therapeutische Team** ..... 161  
*Wolfgang Wöller und Dorothee Kress*
- 11 **»Muss ich wirklich in die  
Gruppe?« – Einzel- und Gruppen-  
therapie als sich ergänzende  
Elemente des Settings** ..... 171  
*Wolfgang Wöller, Götz Berberich und  
Christian Thiele*
- 12 **Halt gebende Präsenz – Pflege** .. 192  
*Andrea Bitschnau und Michael Hölzer*
- 13 **»Geh Du vor«, sagte die Seele  
zum Körper ...« – Ärztliche  
Aufgaben** ..... 209  
*Christian Thiele und Götz Berberich*
- 14 **Bewegen und Wahrnehmen –  
Körperorientierte Therapien** ... 223  
*Michael Hölzer und Norbert Heck*
- 15 **Innere und äußere Bilder –  
Kunst- und Gestaltungstherapie** 245  
*Alexandra Danner-Weinberger und  
Wolfgang Wöller*
- 16 **Hören und gehört werden –  
Musiktherapie** ..... 260  
*Nicola Scheytt-Hölzer und  
Michael Hölzer*
- 17 **Boden unter den Füßen? –  
Psychosoziale Beratung** ..... 273  
*Katharina Diatara und  
Wolfgang Wöller*
- 18 **»... voll das gute Gefühl« –  
Sportliche Aktivitäten** ..... 281  
*Michael Hölzer und Christian Blacha*

### III. Von der Anmeldung bis zur Entlassung

---

- 19 **Im Vorfeld der Behandlung – Von der Anmeldung zur Indikation** ..... 301  
*Michael Hölzer und Dorothee Kress*
- 20 **»Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne« – Der Beginn der Therapie** ..... 317  
*Michael Hölzer und Dorothee Kress*
- 21 **Das Leiden (er)fassen – Diagnostik** ..... 332  
*Bernhard Janta, Wolfgang Wöller und Götz Berberich*
- 22 **Wer will was erreichen? – Therapieziele** ..... 344  
*Michael Hölzer und Bernhard Janta*
- 23 **Mehr als nur Spielregeln – Der Rahmen in der stationären Psychotherapie** ..... 366  
*Michael Hölzer und Christian Fricke-Neef*
- 24 **Abgemacht – Therapieverträge und Vereinbarungen** ..... 384  
*Götz Berberich*
- 25 **»Am meisten halfen mir die Mitpatienten« – Therapeutisches Milieu** ..... 392  
*Michael Hölzer, Bernhard Janta und Christian Fricke-Neef*
- 26 **Erklären und Informieren – Psychoedukation** ..... 408  
*Götz Berberich*
- 27 **Oft umstritten, häufig notwendig – Medikamente** ..... 419  
*Michael Hölzer, Günther Bergmann, Wolfgang Wöller und Christian Thiele*

- 28 **»Was hat denn meine Familie damit zu tun?« – Familie und stationäre Psychotherapie** ..... 445  
*Dorothee Kress, Günther Bergmann und Götz Berberich*
- 29 **Bei Dreien fängt die Wahrheit an – Visite** ..... 453  
*Dorothee Kress, Götz Berberich und Michael Hölzer*
- 30 **Zwischenräume – Der Therapieprozess am Wochenende** ..... 466  
*Michael Hölzer und Dorothee Kress*
- 31 **Aus dem Takt – Zwischenfälle, Krisen und Verlegungen** ..... 479  
*Michael Hölzer, Isa Sammet und Günther Bergmann*
- 32 **Gegen blinde Flecken – Supervision** ..... 502  
*Wolfgang Wöller und Dorothee Kress*
- 33 **Wann, wie und wohin – Entlassung** ..... 510  
*Christian Fricke-Neef und Christoph Schmeling-Kludas*
- 34 **Der Behandlungsbericht und andere Schreiben – Dokumentation** ..... 522  
*Bernhard Janta und Michael Hölzer*

### IV. Umfeldfaktoren: Krankenhauspsychotherapie findet nicht im luftleeren Raum statt...

---

- 35 **Psychotherapie als Kerngeschäfts – Einnahmen, Ausgaben, Leitungsfragen** ..... 539  
*Christoph Schmeling-Kludas, Michael Hölzer und Günther Bergmann*

|           |                                                                                                   |            |           |                                                               |            |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|---------------------------------------------------------------|------------|
| <b>36</b> | <b>Normierung des Zwischen-<br/>menschlichen? – Qualitäts- und<br/>Risikomanagement</b> . . . . . | <b>560</b> | <b>38</b> | <b>Quo Vadis?</b> . . . . .                                   | <b>589</b> |
|           | <i>Christoph Schmeling-Kludas</i>                                                                 |            |           | <i>Michael Hölzer, Wolfgang Wöller und<br/>Götz Berberich</i> |            |
| <b>37</b> | <b>Recht und Gesetz – Juristische<br/>Aspekte</b> . . . . .                                       | <b>567</b> |           | <b>Sachverzeichnis</b> . . . . .                              | <b>601</b> |
|           | <i>Michael Hölzer, Helge Hölzer und<br/>Tobias David Hölzer</i>                                   |            |           |                                                               |            |



# I Grundlagen

---





# 1 Statt einer Einleitung: Fragen an die stationäre Psychotherapie

Michael Hölzer, Wolfgang Wöller und Götz Berberich

Wozu ein Handbuch über stationäre Psychotherapie und dazu noch ein so umfangreiches? Wird nicht der aktuelle Büchermarkt von psychotherapeutischer bzw. psychologischer Literatur geradezu überschwemmt? Und wer hat als interessierter Leser noch den Überblick über die Vielzahl einschlägiger Publikationen – selbst wenn diese in das eigene Interessengebiet fallen – angesichts der Flut relevanter Zeitschriften und Journals? Und dann auch noch als Gegenstand die stationäre Psychotherapie! Glaubt man den Soziologen, leben wir im Zeitalter der Beschleunigung, und hat diese nicht auch längst das psychotherapeutische Feld erfasst? Hinter den Schlagworten der minimalinvasiven Eingriffe bzw. des ambulanten Operierens verbergen sich Strategien, die aktuell von verschiedener Seite auch der Psychotherapie anempfohlen werden: Verkürzung der Therapie- und Verweildauer, Manualisierung und Operationalisierung der Behandlungskonzepte sowie die Ambulantisierung psychotherapeutischer Interventionen, soweit es nur irgendwie geht. Hat vor diesem Hintergrund die stationäre Psychotherapie, so verdienstvoll in den Augen mancher ihre Vergangenheit gewesen sein mag, überhaupt eine Zukunft?

Diese und ähnlich gelagerte Fragen nach dem Stellenwert stationärer Psychotherapien, deren Organisation in einem System gestufter Versorgung immer mehr auf Kostenreduktion und empirisch überprüfbare Evidenz hin orientiert ist, klingen nicht ganz unberechtigt. Als komplementärer Baustein innerhalb

dieses Versorgungssystems ist stationäre und auch teilstationäre Psychotherapie nach offizieller Lesart ohnehin nur noch für die Patienten bzw. Situationen vorgesehen, in denen ambulante Maßnahmen entweder nicht mehr oder noch nicht ausreichen. Angesichts einer zunehmend beachtlichen Quote niedergelassener Psychotherapeuten (zumindest im Vergleich mit anderen europäischen Ländern bzw. westlichen Industrienationen) könnte doch zukünftig ein System ausreichen, das vornehmlich auf ambulante Strukturen, also die Praxis des niedergelassenen Psychotherapeuten, oder allenfalls auf die Tagesklinik einer Institution setzt. Deren gemeinsamer Nenner wäre das auch aus therapeutischen Gründen nicht zu unterschätzende Verbleiben des Patienten im gewohnten sozialen Kontext und damit auch in dem System, innerhalb dessen er zuvor erkrankt war. Was nützt überhaupt eine Krankenhauseinweisung, verbunden mit einer Herausnahme aus diesem System, wenn Letzteres nicht mit verändert wird? Ganz abgesehen von dem enormen Aufwand, den eine Krankenhauseinweisung bzw. -behandlung für die Betroffenen mit sich bringt, stellt dieser Vorgang doch einen erheblichen Eingriff in deren alltägliches Leben dar und hat nicht immer nur positive Folgen. Denn was wirkt, hat auch Nebenwirkungen – und diese Nebenwirkungen sind für eine stationäre Psychotherapie vielfach beschrieben worden, auch wenn es nicht gleich zur psychotischen Dekompensation oder zu Schlimmerem kommen muss. Eine Labilisie-

rung des Selbstgefühls ist jedenfalls bei Patienten, die sich durch neue, ungewohnte Erfahrungen im stationären Kontext ihrer bisherigen Selbstüberzeugungen beraubt sehen, häufig unausweichlich. Zudem stellt die stationäre Einweisung und Behandlung, je nach individueller Persönlichkeit bzw. Situation, ein durchaus verführerisches Angebot dar, implizit eine Einladung zur Regression, denn in aller Regel fallen eine Vielzahl von alltäglichen Verpflichtungen weg: Nicht nur das Frühstück wird gemacht und die Zimmer werden durch einen Reinigungsdienst sauber gehalten; die Strukturierung des Alltags in der Klinik ist in der Regel soweit vorgegeben, dass der Patient diesbezüglich keine nennenswerte Eigeninitiative mehr aufbringen muss. Und längst wissen wir, dass eine Reihe von Zielen der stationären Therapie für einige Patienten auch auf anderen Wegen erreichbar wäre. Denn viele psychotherapeutische Wege führen nach Rom und eine stationäre Aufnahme muss nicht immer naturnotwendig eine stationäre Aufnahme mit Besserung verbunden sein, ein Umstand, den z.B. Trimborn (1983) für eine Gruppe von Patienten mit strukturell verankerten Persönlichkeitsstörungen besonders herausgearbeitet hat.

Mit solchen und ähnlichen Fragen beschäftigen sich nicht nur in psychosomatischen bzw. psychiatrischen Krankenhäusern beschäftigte Mitarbeiter bzw. die Träger dieser Institutionen. Ob stationäre Psychotherapie Sinn macht, ist vor allem für die betroffenen Patienten und deren Angehörige eine ausgesprochen schwierig zu entscheidende Frage. Erklärtes Ziel und Interesse der Kostenträger ist es ohnehin, stationäre Aufenthalte zugunsten einer möglichst rasch einsetzenden ambulanten Versorgung zu vermeiden (und wer wollte als Verantwortlicher an der therapeutischen Zweckmäßigkeit eines solchen Interesses zweifeln, sieht man einmal von den ökonomisch orientierten Hinter-

gründen aufseiten vieler Kostenträger ab). Last, but not least tut sich auch die Politik schwer mit der stationären Psychotherapie als dem wesentlichen Behandlungsinstrument psychosomatischer und psychiatrischer Krankenhäuser, wobei Letztere ebenfalls zunehmend Psychotherapie als Standardverfahren in ihre stationären Konzepte integrieren. Wie viele »Betten« oder besser Behandlungsplätze sollen in welchen Regionen an welchen Standorten vorgehalten und damit krankenhausplanerisch ausgewiesen werden? Ganz abgesehen von der für viele Planungsinstitutionen völlig offenen Frage, ob dabei die Psychosomatische Medizin gesondert – und getrennt von der Psychiatrie – geplant werden soll.

Dem gegenüber mögen die Epidemiologen auf immer noch konstant hohe Zahlen der Prävalenz und Inzidenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen verweisen. Auch die Inanspruchnahme von stationärer Psychotherapie durch die betroffene Klientel hat in den vergangenen Jahren nicht ab-, sondern eher zugenommen. Jedenfalls können neu gegründete Einrichtungen stationärer Psychotherapie unabhängig vom Fachgebiet (Psychosomatik oder Psychiatrie) in der Regel schon nach relativ kurzer Zeit auf eine entsprechend hohe Nachfrage bzw. vielfach auch Wartelisten verweisen. Andererseits behindert die in den Pflegesatzverhandlungen vereinbarte hohe Auslastung der vorhandenen Betten zumindest in einer Vielzahl psychosomatischer Einrichtungen häufig die rasche Aufnahme akut erkrankter Patienten, was eine besonders unter versorgungspolitischen Aspekten aktuell immer wieder diskutierte Frage darstellt. Die Inanspruchnahme stationärer Psychotherapie steigt nicht nur an, weil Bevölkerung und Gesellschaft psychotherapeutische Behandlungen zunehmend als weniger stigmatisiert wahrnehmen und empfinden, sondern möglicherweise auch, weil im

Zeitalter der Beschleunigung, das ja auch durch die Zunahme alltäglicher Anforderungen an Flexibilität und Mobilität gekennzeichnet ist, stationäre Psychotherapie ein Ort der relativen Ruhe und damit der Selbstfindung zu sein scheint, Krankenhäuser deswegen zumindest in der Wahrnehmung betroffener Patienten häufig als eine Art »Auszeit« fungieren. Nicht jedes Individuum ist diesen Anforderungen nach Flexibilität, Mobilität, Komplexität und Verdichtung bei gleichzeitiger Abnahme von Resonanz-erfahrungen (Rosa 2016) in einer globalisierten Welt gewachsen, in der ein ruheloser Zeitgeist vom Individuum beinahe täglich ein Maximum an Einsatz fordert.

Dass auch in reichen Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland die Schere zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen im Hinblick auf Einkommens- und Besitzverhältnisse immer weiter auseinandergeht, sich einige wenige mehr »Pathologie« leisten können, während recht viele – auch aufgrund ihrer sozioökonomischen Verhältnisse – gezwungen sind, »an ihrem *eigentlichen Leben vorbei zu sterben*« (Simmel 1993, S. 100), stellt für die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung eine besondere Herausforderung dar. Hat im Zusammenhang mit der Gerechtigkeitsdebatte stationäre Psychotherapie nicht in besonderer Weise die Aufgabe, Entwicklungs- und Gesundungsräume gerade für die weniger privilegierten Schichten herzustellen? Es ist eine wissenschaftliche Tatsache, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen negativ mit dem sozioökonomischen Status korreliert ist. Und ist nicht die passagere Herausnahme aus einem häufig ausgesprochen pathogenen Milieu vielfach eine der wesentlichen Grundvoraussetzungen für die Besserung einer Symptomatik (um an dieser Stelle den pathetischen Begriff der »Heilung« zu vermeiden)? Eine völlig andere Frage in diesem Zusammenhang bleibt natürlich, ob

Einrichtungen stationärer Psychotherapie damit nicht zum Deckmäntelchen eines Verelendung produzierenden Kapitalismus verkommen, zu Reparaturanstalten für bedrohte Randgruppen.

Und was ist in diesem Zusammenhang von Einrichtungen zu halten, die sich auf die Behandlung privat versicherter Patienten »spezialisiert« haben, gewerbliche und damit einseitig gewinnorientierte Unternehmungen, die stationäre Psychotherapie vornehmlich mit pekuniären Interessen organisieren? Natürlich können auch die ca. zehn Prozent der deutschen Bevölkerung, die privat versichert sind, psychisch bzw. psychosomatisch erkranken und stationärer Therapie bedürfen. Und selbstverständlich gibt es unter Privatkliniken hervorragend arbeitende Einrichtungen. Nur muss vor diesem Hintergrund der geteilten Welten im Gesundheitswesen sehr genau auch auf Segregationsprozesse geachtet werden; unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten ist das Auseinanderfallen dieser Welten in eine Zwei- bzw. Drei-Klassen-Medizin (ein Vorgang, den heute keiner mehr für die Bundesrepublik Deutschland bestreiten wollte) ausgesprochen bedenklich.

Im Zusammenhang dieser mit der stationären Psychotherapie verbundenen Überlegungen und Kritikpunkte stellen sich die Fragen nach dem Zweck und der Sinnhaftigkeit des Unternehmens stationärer Therapie besonders nachhaltig. Aber was wäre denn die Alternative z. B. für einen Patienten mit einer schweren anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, die ihn an jedweder Teilhabe am Leben hindert? Was wäre die Alternative für einen Angstpatienten, der durch seine Angststörung und die damit einhergehenden vegetativen Angstäquivalente das Haus nicht mehr verlassen kann, Kontrollverluste fürchtend, sei es durch plötzlich auftretende unkontrollierbare Durchfälle, Ängste vor Ohnmacht oder Tod? Was kann man dem

zwangskranken Patienten empfehlen, dessen Rituale Zeit und Lebensmöglichkeiten regelrecht auffressen? Und wie lautet die Empfehlung für einen Borderline-Patienten, dessen Tendenz zu heftiger Verstrickung in diverse Beziehungskonflikte ambulant bislang nur zu Therapieabbrüchen und damit Misserfolgs-erlebnissen geführt hat?

Diese Liste ließe sich beliebig verlängern, ganz abgesehen davon, dass stationäre Psychotherapie nachweislich in vielen solcher Fälle nicht nur Linderung der Beschwerden ermöglicht, sondern für einige der damit beschriebenen Patienten geradezu ein Wendepunkt in ihrem Leben darstellt: Psychotherapie – in welchem Setting auch immer – erzeugt nicht nur auf individueller Ebene positive Folgen, nachgewiesen durch entsprechende Untersuchungen bzw. Katamnesen, die z. T. eindrucklich auch die Nachhaltigkeit der im Stationären erreichten Erfolge belegen. Auch die volkswirtschaftliche Rechnung geht auf, werden doch die Folgekosten psychischer Erkrankungen u. a. durch stationäre Psychotherapie erheblich gedämpft. Ökonomisch orientierte Rehabilitationsforschung belegt, dass für einen Euro, der in Rehabilitationspsychosomatik investiert wird, etwa vier Euro volkswirtschaftlicher Nutzen herauspringen (Zielke 2008), sei es durch Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten, Einsparung von Krankengeld oder die Verhinderung vorzeitiger Berentung bzw. anderer Kosten, die durch eine unbehandelte psychische Erkrankung bedingt werden. Solche Rechnungen gelten für Rehabilitationseinrichtungen wie auch für psychiatrische bzw. psychosomatische Krankenhäuser gleichermaßen: Un- oder unterbehandelte Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen führen zu massiven Folgekosten auf gesamtgesellschaftlicher Ebene.

Im Hinblick auf eine stationäre Psychotherapie stellt sich damit nicht nur die Frage, ob

und wie viele Einrichtungen dieser Art es an welchen Standorten geben sollte, sondern auch, wie diese in das Netz möglichst sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten eingebettet werden sollten, welche Funktionen sie dort übernehmen und welchen Preis eine Gesellschaft dafür zu entrichten hat. Nicht nur die Frage, in welchen Fällen und wann stationäre Therapie sinnvoll ist und indiziert werden sollte, sondern auch, wie deren Modalitäten auszusehen haben, wie der Herstellungsprozess von (teil-)stationärer Psychotherapie funktioniert und die Frage nach den dafür notwendigen Ressourcen und Strukturen, werden heute diskutiert. Und zweifellos haben sich bezüglich dieser Fragen in den letzten 20 bis 30 Jahren beträchtliche Veränderungen ergeben, beginnend mit der Einführung des Facharztes für »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« und vorläufig endend mit den aktuellen Modifizierungen des Gesetzes zur Krankenhausfinanzierung im Bereich von Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin (PEPP), einem Gesetz, das von der Bundesregierung 2014 erstmals vorgelegt und dessen Ausführungsbestimmungen seither umfangreich geändert worden sind. Analoges gilt für das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Während die Einführung des Facharztes für Psychosomatische Medizin auf dem Deutschen Ärztetag 1992 vor allem die einzelnen Bundesländer vor die Frage gestellt hatte, ob mit dem neuen Fachgebiet automatisch auch eine Überarbeitung der jeweiligen Krankenhausbedarfspläne erfolgen müsse (eine Frage, die in einigen Bundesländern auch heute noch nicht endgültig entschieden ist), formulieren das Gesetz zum pauschalierenden Entgeltsystem wie auch das PsychVVG Strukturvor- aussetzungen und Behandlungsbedingungen bzw. damit einhergehend Berechnungsalgo-

rithmen, welche die Leistungserbringung in der stationären Psychotherapie vergleichbar machen soll, zwangsläufig damit auf eine gewisse Uniformität dieser Leistungen (und schlussendlich auch der Leistungserbringer) abzielend. Gleiches gilt für die Personalbedarfsplanung, welche im Rahmen dieser Gesetze zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen entwickelt werden soll.

Hinsichtlich der Krankenhausbedarfsplanung im Bereich der Psychosomatischen Medizin hat zumindest in Baden-Württemberg das Gutachten von Paul Janssen und seinen Mitautoren (1999) Kriterien der Planung definiert, die sich u.E. nicht nur für dieses Bundesland als zukunftsweisend erwiesen haben. Die Stellgrößen, die dem darin errechneten Bedarf psychosomatischer Krankenhausbehandlungsplätze zugrunde gelegt wurden, sind – neben der Prävalenz bzw. Inzidenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen – die geschätzte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungsoptionen (seien diese nun ambulant, teilstationär oder stationär) durch die betroffenen Patientengruppen sowie vor allem auch die Verweildauer dieser Gruppen in den Institutionen stationärer Psychotherapie bzw. Psychosomatik. Das Land Baden-Württemberg selbst hatte später seinen Planungen eine mittlere Verweildauer von 43 Tagen zugrunde gelegt und damit für die Psychosomatische Medizin eine Betten-Messziffer von 1 : 1000 festgeschrieben, resultierend in insgesamt 1000 zu planenden »psychosomatischen« Betten für die in Baden-Württemberg ansässige Bevölkerung von zehn Millionen Einwohnern. Heute, 15 Jahre später und nicht zuletzt getrieben von den Verwaltungsgerichten bzw. den Krankenhausträgern und -betreibern, welche die Gerichtsbarkeit instrumentalisiert hatten, um eigene Forderungen durchzuset-

zen, sind für das Land Baden-Württemberg insgesamt 1865 stationäre und teilstationäre Behandlungsplätze vorgesehen; eine Entwicklung, die in manchen Bundesländern angesichts der damit verbundenen Folgekosten für den Bau und die Inbetriebnahme dieser Einrichtungen ausgesprochen kritisch kommentiert wurde. Baden-Württemberg als reiches Bundesland könne sich dies möglicherweise leisten, aber: andere Länder, andere Finanzierungsvoraussetzungen, andere Sitten.

Dass bei der Erhöhung der Behandlungsplätze vor allem der Ausbau tagesklinischer Behandlungskapazitäten zunehmend als eine Art Leitmotiv fungiert, kann mit Blick auf die Zukunft der stationären bzw. teilstationären Psychotherapie nicht genug gewürdigt werden: Der Trend geht, politisch gewollt, eindeutig in Richtung auf sektorenübergreifende, d.h. die verschiedenen Sektoren der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung verbindende »Gesamtbehandlungspläne« und -strukturen. Und unbestritten erschließen tagesklinische Einrichtungen bislang unversorgt gebliebene Rest- und Randgruppen Betroffener, da sich mancher selbstständig Tätige eine stationäre Behandlung ökonomisch nicht leisten kann, alleinerziehende Mütter Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder zwar tagsüber organisieren könnten, nicht jedoch nachts oder am Wochenende, Betreuer von pflegebedürftigen Angehörigen in gleicher Weise Psychotherapie nur zeitlich eng begrenzt in Anspruch nehmen können usw.; von allen möglichen Widerständen, die andere Patientengruppen von einem vollstationären Aufenthalt abhalten, die sich aber eine tagesklinische Behandlung durchaus vorstellen könnten, einmal ganz abgesehen.

Folgen für die (teil-)stationäre Psychotherapie haben aber auch Entwicklungen, welche die Fachgebiete der Psychosomatischen Medizin und der Psychiatrie selbst betreffen, denn für beide gilt, dass sie immer weniger

in isolierten Großkrankenhäusern, sondern eher dezentral und in möglichst großer Nähe zur übrigen, somatischen Medizin »stattfinden« sollten, um auch ihrem Querschnittscharakter gerecht zu werden. Die vielfältigen psychosozialen Fragestellungen, die mit den Modalitäten heutiger Organmedizin verbunden sind, werden auch von deren engagiertesten Vertretern nicht mehr geleugnet: Keine onkologische Einrichtung kann heute noch ohne den mittlerweile obligatorischen »Psychoonkologen« zertifiziert werden, der seinerseits eine entsprechend zertifizierte Ausbildung zu durchlaufen hat, um als solcher fungieren zu können. Keine Einrichtung der speziellen Schmerztherapie (betrieben durch Anästhesisten oder Neurologen oder durch welche Facharztgruppe auch sonst) kommt heute ohne einen psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierten Konsiliar- und Liaisondienst aus, was für mehr oder weniger alle Krankenhausabteilungen, so sie Patienten mit ernsthaften organischen Krankheitsbildern behandeln, gilt. Unabhängig davon, welche Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin diese Funktion übernimmt: Ohne psychiatrisch-psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste sind moderne Krankenhäuser nicht mehr denkbar.

Durch diese zunehmende Lokalisierung der psychosozialen Medizin an den Allgemeinkrankenhäusern und bedingt durch die vielfältigen Funktionen, die diese dann meist kleineren Abteilungen z.B. für Psychosomatische Medizin am Allgemeinkrankenhaus wahrzunehmen haben, ist die stationäre Psychotherapie indirekt mit betroffen: Sie ist nicht länger die einzige und damit »primäre« Aufgabe einer solchen Abteilung, sondern eine Aufgabe unter mehreren, wobei die in diesen Abteilungen beschäftigten Berufsgruppen ihrerseits ebenfalls vielfältige Rollen zu übernehmen haben: Morgens eingesetzt

im Konsiliar- und Liaisondienst, nachmittags tätig als Körperärztin auf Station und am frühen Abend als ambulante Gruppentherapeutin oder tätig in einer Vorschaltambulanz, gibt es eine Vielzahl von Rollen, die parallel oder manchmal sogar gleichzeitig von einer einzelnen Person erfüllt sein wollen. Nicht selten kommt es hier zu zeitlichen Engpässen, zu beträchtlicher Arbeitsverdichtung, schlussendlich zur Rollendiffusion bzw. zu Rollenkonflikten. Nicht nur konkurrieren verschiedene Ansprüche und Rollenskripte innerhalb einer Person; auch von außen werden konkurrierende Forderungen durch Patienten, Angehörige, zuweisende Ärzte und Vorgesetzte an den Einzelnen herangetragen. Stationäre Psychotherapie stellt sich im Kontext einer solchen kleineren Abteilung in einer völlig anderen Art dar als in einem psychosomatischen Fachkrankenhaus, das »auf der grünen Wiese« stationäre Psychotherapie und nur stationäre Psychotherapie im Portfolio hat.

Diese Auffächerung der vielfältigen Anforderungen an stationäre bzw. teilstationäre psychotherapeutische Einrichtungen stellt bestehende, manchmal sehr ihrer Tradition verpflichtete Institutionen vor erhebliche Herausforderungen. Ob es sich um traditionell psychoanalytisch orientierte Kliniken in der Nachfolge des von Simmel geleiteten Schlosses Tegel oder orientiert an den Ansätzen der Menninger Klinik als einem legendären Vorläufer stationärer psychoanalytisch orientierter Behandlungen handelt oder aber um eher verhaltenstherapeutisch orientierte Krankenhäuser: Die Ferne mancher Einrichtung zur somatischen Medizin einerseits, aber auch die Entfernung zum gewohnten sozialen Umfeld des Patienten, wenn diese Einrichtungen stationäre Psychotherapie »auf der grünen Wiese« praktizieren, birgt nicht nur Vorteile für die Behandlung, sondern häufig eben auch Nachteile, die nicht zu unterschätzen sind.



Ein systematischer Einbezug »somatischer Kompetenz«, der am Allgemeinkrankenhaus durch die dort angesiedelten anderen medizinischen Fachrichtungen ermöglicht wird, ist in solchen Fachkliniken ungleich schwerer zu realisieren; dies limitiert häufig das Spektrum der dort behandelbaren Patienten bzw. Krankheitsbilder, denn diese dürften nur dann optimal behandelt werden, wenn diese Behandlung nicht – bedingt durch somatische Komorbidität – zu sehr verkompliziert wird. Die Entfernung zum gewohnten psychosozialen Kontext, zu den »Systemen«, in denen sich der Patient sonst aufhält und lebt, macht den Einbezug dieser Systeme entsprechend schwierig bzw. aufwendig, wenn nicht gar unmöglich. Ob die damit verbundenen Nachteile von solchen Institutionen auf Dauer kompensiert werden können oder ob eine fortschreitende Dezentralisierung der psychosozialen Fächer (ein Oberbegriff, unter dem hier psychosomatische Medizin und Psychiatrie zusammengefasst werden sollen) sie zu Dinosauriern der Versorgung werden lässt, ist derzeit eine offene Frage. Unzweifelhaft müssen sich jedoch größere psychiatrische wie auch psychosomatische Krankenhäuser diesen Fragen und damit dieser Entwicklung stellen, wenn sie auch in Zukunft weiter einen substanziellen Beitrag zur Versorgung leisten wollen.

Aber auch für psychosomatische Rehabilitationskliniken ist die zukünftige Existenz nicht ohne Weiteres garantiert. Zum Teil müssen auch hier erhebliche Anstrengungen unternommen werden, um – in hohem Maße abhängig von deren Belegungs- und Zuweisungspraxis – den Vorstellungen der Rentenversicherungsträger gerecht zu werden. Nicht so sehr der Umstand, dass mit Krankenhauspsychosomatik und Rehabilitationspsychosomatik zumindest im stationären Bereich Doppelstrukturen geschaffen worden sind, die sich in ihren Behandlungsmodalitäten

manchmal nur wenig voneinander unterscheiden mögen, bringt die Rehabilitationspsychosomatik unter Druck; diesen Druck dürften eher die kostenintensiveren Krankenhausabteilungen spüren. Vielmehr ist es mancherorts die mangelnde Arbeits- und Berufsbezogenheit, die einige Behandlungsansätze dieser meist sehr psychotherapeutisch orientierten Einrichtungen auch heute noch kennzeichnet: In den festgefügtten Vier- bis Sechs-Wochen-Programmen erfährt der Patient zwar durch vielerlei Anwendungen möglicherweise auch hochqualifizierte stationäre Psychotherapie, unmittelbare Konsequenzen im Hinblick auf seine Arbeits- und Berufsfähigkeit werden dabei aber nicht immer direkt, sondern manches Mal nur indirekt angezielt. Eine spezifisch auf den einzelnen Patienten berufsbezogene Rehabilitation findet in diesen psychosomatisch orientierten Einrichtungen dann eben nicht statt, was deren Zukunftsfähigkeit angesichts der eigentlichen Auftragslage der verschiedenen Rentenversicherungsträger nicht unbeträchtlich infrage stellt. Unklar und offen ist für viele Patienten am Ende einer solchen Form der stationären Psychotherapie häufig, wie es nach der Behandlungsmaßnahme mit ihrer Arbeit bzw. mit ihrem Anstellungsverhältnis konkret weitergehen wird, sollte die Arbeitsfähigkeit eben nicht befriedigend wiederhergestellt sein.

Last, but not least kämpfen auch die Psychotherapiestationen in den traditionellen psychiatrischen Einrichtungen mit ihrer Selbstdefinition, selbst wenn heute diese Stationen schon offiziell umgewidmet sein sollten zu »psychosomatischen« Abteilungen. Unter den bisher geltenden Finanzierungsbedingungen wurden sie lange Zeit eher als eine Art »Endstrecke« länger andauernder psychiatrischer Behandlungen betrachtet denn als Abteilungen im eigenen Recht mit eigenen psychotherapeutischen Ansätzen. Stationäre

Psychotherapie lässt sich in der Psychiatrie heute jedoch nicht mehr auf diese Stationen beschränken, sondern findet sich in einer Vielzahl psychiatrischer Abteilungen und Stationen als zentraler Therapiebestandteil wieder: Überall dort nämlich, wo Patienten längerfristig stationär psychiatrisch behandelt werden können oder müssen, gibt es zunehmend eine Ergänzung sozialpsychiatrischer oder auch biologischer Ansätze durch Psychotherapie, so z.B. auf den zahlreichen Depressionsstationen und nicht zuletzt auch in der Forensik. Zwar konkurriert hier stationäre Psychotherapie mit einer Vielzahl anderer Interventionen, vorwiegend auch solcher biologisch-pharmakologischer Orientierung, und insbesondere psychoanalytisch-tiefenpsychologisch fundierte Ansätze, Verfahren und Methoden werden gelegentlich im psychiatrischen Kontext aufgrund der ihnen immer noch nachgesagten fehlenden empirischen Evidenz ausgesprochen skeptisch beurteilt. Der Einsatz von Psychotherapie ist aber längst fest integrierter Bestandteil psychiatrischer Praxis und auch Gegenstand einschlägiger Leitlinien geworden, wobei sich stationäre Psychotherapie in der Psychiatrie vielfach eher verhaltenstherapeutischer Verfahren und Methoden bedient (Dammann et al. 2000). Angesichts der therapeutischen Erfolge, z.B. in der Behandlung von depressiven Patienten, aber auch bei Suchtkranken und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, ist mittlerweile diesbezüglich von einer bewährten Praxis auszugehen, selbst wenn es gelegentlich so scheint, dass modernere Entwicklungen in der Verhaltenstherapie in den Kerngebieten der Psychiatrie nicht oder nur zögerlich nachvollzogen werden (möglicherweise auch nicht nachvollzogen werden können angesichts manchmal knapper finanzieller Mittel). Dialektisch-behaviorale Ansätze, Schematherapie oder andere Spielarten der Verhaltenstherapie gewinnen im psychiatrischen Alltag

jedoch zunehmend an Bedeutung, was angesichts einer gelegentlich beträchtlichen Fluktuation sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitern sowie kürzerer Verweildauern die Frage aufwirft, welche psychotherapeutischen Behandlungsmodalitäten im Stationsalltag überhaupt adäquat angewandt werden können. Traditionelle Psychiatrie hat sich vor dem Hintergrund einer drohenden Zweiklassen-Medizin ohnehin nicht immer leicht getan mit den oben erwähnten psychotherapeutischen Spezialstationen, die auch vor Einführung des Facharztes für psychosomatische Medizin manchmal wenig integriert in die jeweiligen psychiatrischen Institutionen schienen und vom Rest der psychiatrischen Kolleginnen und Kollegen in ihrer Sonderfunktion manchmal zwar beneidet, deswegen aber auch häufig recht kritisch begäugt wurden. Zu sehr schienen Patienten wie Therapeuten bzw. Pflegepersonal auf diesen Stationen angesichts der relativen Ruhe wie auch der durch die längere Verweildauer gegebenen therapeutischen Optionen privilegiert.

Trotz beträchtlicher Meriten ist stationäre Psychotherapie also etwas »in die Jahre gekommen«. Die »Hoch-Zeiten«, in denen manchmal auch sehr eigenwillige, um nicht zu sagen »selbstgestrickte« Ansätze und Modelle stationärer Psychotherapie ideologisch überhöht und Patienten mit längsten Verweildauern seitens der Kostenträger bedenkenlos behandelt wurden, mitunter ohne von Länge und Intensität dieser Behandlungen wirklich nachhaltig zu profitieren, scheinen vorbei. Zu eindeutig und zu restriktiv sind heute die politisch-ökonomischen Vorgaben, der ökonomische Druck, der allgemein im Krankenhausbereich entfaltet wird, zu drängend die Notwendigkeit, Effektivität und Effizienz empirisch nachzuweisen, und zu nachvollziehbar die Forderungen nach einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung, als dass



man sich auf irgendwelchen Lorbeeren ausruhen könnte.

Für Diskussion solcher und ähnlicher Fragen hat sich deswegen vor etwa 16 Jahren, beginnend 2001, ein Qualitätszirkel »Stationäre Psychotherapie«, vornehmlich aus Vertretern größerer psychosomatischer Kliniken, aber auch aus Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus, zusammengefunden, um im persönlichen Austausch von den Erfahrungen der jeweils anderen zu lernen. Parallel dazu hat sich mit einigem Abstand eine zweite Gruppe aus leitenden Pflegekräften dieser Einrichtungen etabliert, die ebenfalls in regelmäßigen Abständen (in der Regel zweimal pro Jahr) an einem der in diesem Qualitätszirkel vertretenen Standorte zusammenkommen, nicht nur um vor Ort die dortigen Gegebenheiten kennenzulernen, sondern um auch in der Pflege aktuelle Entwicklungen und standortübergreifende Fragestellungen zu diskutieren bzw. um sich an andernorts bewährten Lösungen zu orientieren. Trotz aller Unterschiede, die sich aus regionalen Besonderheiten einerseits, Traditionen und geschichtlichem Hintergrund andererseits, aber auch aus den unterschiedlichen Verfahren und Methoden, die jeweils praktiziert werden, ergeben, hat sich die Summe der Gemeinsamkeiten als bedeutend größer erwiesen als die keineswegs vernachlässigbaren Unterschiede. Vor allem hat die langjährige Kooperation in sehr persönlicher und offener Atmosphäre stattgefunden, sodass über echte Schwierigkeiten auch offen geredet werden konnte. Der gleichermaßen systematische wie persönliche Austausch der Mitglieder dieses Qualitätszirkels hat die Weiterentwicklung der einzelnen Institutionen und Einrichtungen z.T. in erheblicher Weise befruchtet.

Angesichts des Umstandes, dass in diesem Qualitätszirkel nicht nur namhafte Krankenhäuser zusammenfanden (mit entsprechend großen Belegschaften), sondern auch über

entsprechend viele Patienten und Behandlungen kritisch berichtet und reflektiert werden konnte (immerhin einige Tausend pro Jahr, aggregiert man die Zahlen der in den Einrichtungen des Qualitätszirkel vertretenen Institutionen), lag es nahe, die gemachten Erfahrungen und in gewisser Weise auch die vielen anregenden Diskussionen zu »bündeln« und in einem »Bericht« querschnittartig zusammenzufassen. Dass daraus dann eine Art »Handbuch« der stationären einschließlich der teilstationären Psychotherapie resultierte, ist am Ende auf den Wunsch der Beteiligten zurückzuführen, nicht nur über Erfahrungen und Bewährtes (aber auch Nicht-Bewährtes und Probleme) zu berichten, sondern aktuelle Grundprinzipien und prototypische Situationen der stationären Psychotherapie herauszuarbeiten, um auf diese Weise Erfahrungen weiterzugeben und Hilfestellung für diejenigen zu leisten, die neu eintreten in diesen aus unserer Perspektive immer noch einzigartigen und – trotz aller bürokratischen Verpflichtungen – besonders therapeutischen Kosmos.

Der Entschluss, diese Erfahrungen bzw. Diskussionen zusammenzutragen und in dem vorliegenden Buch zu veröffentlichen, hat nun zu einer Sammlung von Texten geführt, die neben den praktischen Aspekten stationärer Psychotherapie auch deren theoretische Grundlagen beschreiben sollen. Diese Sammlung dient gleichzeitig als eine Art Standortbestimmung der stationären Psychotherapie. Sowohl die gesellschaftlichen Voraussetzungen für die Institutionalisierung stationärer Psychotherapie wie auch wesentliche konzeptuell-theoretische Hintergründe der stationären Therapie in ihren verschiedenen Kontexten werden diskutiert. Der Versuch einer solchen Bestandsaufnahme schließt damit an die Standortbestimmung stationärer psychoanalytischer Psychotherapie an, die 1987 von Paul Janssen vorgenommen und

publiziert worden war und der in einer zweiten Auflage (2014) zudem noch auf die vielfältigen aktuellen Entwicklungen aufmerksam gemacht hatte, die im Kontext stationärer Psychotherapie mittlerweile stattgefunden haben oder gerade im Gange sind.

Relevante Entwicklungen finden aktuell ja nicht nur auf dem Gebiet der Diagnostik statt im Hinblick auf eine zukünftige ICD-11 bzw. das heute schon existierende DSM-5. Vor allem Versuche der Vertiefung von Diagnosen durch den Einbezug von Krankheitsursachen erscheinen ausgesprochen vielversprechend: Die Operationelle Psychodynamische Diagnostik (OPD) beschränkt sich ja explizit nicht nur auf die dominierenden Symptome und Beschwerden und damit auf die Phänomenologie einer Erkrankung, sondern versucht, Konflikte bzw. strukturelle Defizite, Abwehrmodalitäten und Krankheitsverhalten in die Diagnostik einzubeziehen. Zu den maßgeblichen aktuellen Veränderungen zählen auch viele Modifikationen, die an den verschiedenen Verfahren und Methoden selbst vorgenommen wurden. Waren lange Zeit psychoanalytisch-psychodynamische Ansätze in der stationären Therapie absolut vorherrschend, so können heute sowohl verhaltenstherapeutische als auch systemische Verfahrensweisen als gleichberechtigt angesehen werden, wenn sie nicht sogar in bestimmten Bereichen die stationäre Psychotherapie schon dominieren. Die Stichworte der »Störungsspezifität« (Waibel et al. 2009) bzw. der »Störungsorientierung« (z. B. Huber & von Rad 2011) sollen in diesem Zusammenhang schlagwortartig dafür stehen, in welchem Umfang methodisch auf die Besonderheiten eines Patienten bzw. seines Krankheitsbildes einzugehen ist. Andererseits dürfen kommunale Wirkfaktoren (in der Literatur häufig auch als »unspezifische« Wirkfaktoren bezeichnet) in der Diskussion um Effektivität und Effizienz nicht vernach-

lässigt werden: Auch in der stationären Psychotherapie gilt, dass es zunächst vor allem der Patient und seine Eigenschaften sind, die den meisten Anteil der Varianz eines Therapieerfolges »erklären«. Schlussendlich sind es seine Fähigkeiten, Therapie zu verinnerlichen, die über die Nachhaltigkeit eines Therapieerfolges entscheiden, d. h. den äußeren therapeutischen Dialog in einen inneren zu verwandeln und Therapie auf diese Weise zu »metabolisieren«. Erst danach kommen als Wirkfaktoren die Qualität der therapeutischen Beziehung bzw. Therapeuteneigenschaften, zu denen letztlich dann auch das angewandte Verfahren bzw. die Methode zu zählen sind. Das Ausmaß, in welchem sich Einrichtungen stationärer Psychotherapie dem Diktum der »Störungsorientierung« anbequemen und ihre Konzepte danach ausrichten, dürfte hingegen stark variieren.

Veränderungen haben sich natürlich auch durch sich wandelnde gesellschaftliche und politische Voraussetzungen ergeben, die 1987 so noch nicht absehbar waren. Die Fülle des Materials macht daher zwingend eine Auswahl bestimmter Fragestellungen notwendig. Keinesfalls war mit dieser Sammlung von Texten beabsichtigt, stationäre Psychotherapie so detailliert und tiefgründig zu beschreiben bzw. zu erfassen, wie dies Janssen in seiner Bestandsaufnahme für die psychoanalytische Spielart stationärer Psychotherapie damals noch getan hatte. Eher sollte das vorliegende Buch einen Überblick über die in der gegenwärtigen Diskussion wichtigen Fragestellungen ermöglichen, als auf diese endgültige Antworten zu formulieren. »Praktische Relevanz« bzw. die Bedeutung der jeweiligen Fragen für den klinischen Alltag sollten sich jedoch wie ein roter Faden durch die verschiedenen Kapitel ziehen.

Notwendigerweise bleibt die hier vorgelegte Übersicht damit an der einen oder anderen Stelle lückenhaft und bewegt sich an der

Oberfläche, wo Vertiefung vielleicht wünschenswert gewesen wäre. Stationäre Psychotherapie in ihren heutigen Erscheinungsformen erweist sich jedoch als so vielfältig und komplex und in ihrer Realisierung als so unterschiedlich, dass Vollständigkeit und Tiefe ihrer Beschreibung unerreichbare Ziele bleiben müssen. Darüber hinaus handelt es sich um ein Viel-Autoren-Werk: Nicht nur Brüche im Hinblick auf stilistische Fragen waren damit vorprogrammiert, auch wenn sich die Autorengruppe auf ein sprachliches »wir« geeinigt hat, gewissermaßen um einen Konsens zu bestimmten Fragestellungen und Inhalten anzudeuten. Zum Teil sehr unterschiedlich verfahren die Autoren z. B. in Gender-Fragen, ist doch unsystematisch manchmal von »Patientin« und manchmal vom »Patienten« die Rede. Dass teilstationäre Settings mitgemeint sind, selbst wenn nicht immer explizit von ihnen die Rede ist, darf nicht unerwähnt bleiben. Natürlich liegen auch die jeweiligen theoretischen Standpunkte bzw. Erfahrungswelten z. T. zu weit auseinander, um sich durch flotte Formulierungen einfach zur Deckung bringen zu lassen. Statt Konsens und Einheitlichkeit zu forcieren, haben wir also erkennbar unterschiedliche Sichtweisen und manchmal widerstrebende Einschätzungen stehen gelassen, weswegen der Text an einigen Stellen auch nicht »aus einem Guss« erscheint. Trotzdem hoffen wir, dass sich die aus so unterschiedlichen Federn stammenden »Bausteine« am Ende zu einem lesbaren Ganzen fügen und sie den einen oder anderen bei der Realisierung des immer noch faszinierenden Projektes der stationären Psychotherapie unterstützen können.

## Literatur

- Dammann G, Clarkin JF, Kächele H. Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer 2000; 701–30.
- Huber D, Rad M v (Hrsg). *Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus*. Stuttgart: Kohlhammer 2011.
- Janssen PL (Hrsg). *Die Weiterentwicklung der Psychoanalytischen Therapie in der Klinik*. Nachwort zur Neuauflage. In: *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Gießen: Psychosozial-Verlag 1987; 265–99.
- Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W. *Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker*. Stuttgart: Schattauer 1999.
- Rosa H. *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp 2016.
- Simmel E. Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: Hermanns LM, Schultz-Venrath U (Hrsg). *Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften*. Frankfurt a. M.: Fischer 1993; 82–100.
- Trimborn W. Die Zerstörung des therapeutischen Raums. Das Dilemma stationärer Psychotherapie bei Borderline Patienten. *Psyche* 1983; 37: 204–36.
- Waibel MJ, Petzold HG, Orth I, Jakob-Krieger C. *Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie*. In: Waibel MJ, Jakob-Krieger C (Hrsg). *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer 2009; 1–20.
- Zielke M. Kosten-Nutzen-Relation der psychosomatischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer 2008; 493–534.

## 2 Frühgeschichtliches – Zur Entwicklung der stationären Psychotherapie

Paul L. Janssen

### Zusammenfassung

Die fast hundertjährige Tradition der Psychotherapie im Krankenhaus ist eine lange Geschichte der Theorie- und Konzeptentwicklung, die schließlich erst in den 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts die stationäre Psychotherapie als eine eigenständige Behandlungsform und nicht additiv zu anderen therapeutischen Maßnahmen auf einer Station hervorbrachte (z.B. Arfsten & Hoffmann 1978; Becker & Senf 1988; Janssen 1985; Pohlen 1972; Schepank & Tress 1988). Schepank und Tress z.B. definierten stationäre Psychotherapie als *»die im Einvernehmen geplante Anwendung verschiedenartiger umschriebener psychologischer Interventionstechniken in einem hierfür in besonderer Weise organisierten Krankenhaussetting zwecks intensiver (!) Behandlung einer überwiegend psychogenen Erkrankung mit dem Ziel von Besserung und Heilung«* (Schepank & Tress 1988, S. 13f.). Sie sahen wie andere Autoren die Spezifität der stationären Psychotherapie als *»Rund-um-die-Uhr-Psychotherapie in Form verschiedener, wohlorganisierter und miteinander koordinierter und jeweils theoretisch begründbarer, indizierter und individuell dosierter (verbaler und averbaler) Interventions-techniken bei weitgehendem Ausschluss anderer somatischer, medikamentöser und kustodialer Maßnahmen«* (Schepank & Tress 1988, S. 14). Wie es zur stationären Psychotherapie als eigenständiger Behandlungsform kam, soll in diesem Kapitel dargestellt werden.

### 2.1 Historisches zum Verhältnis von Psychiatrie und Psychotherapie

Die in Jahrzehnten entwickelten theoretischen und methodischen Grundlagen für eine multimodale und multiprofessionelle stationäre Psychotherapie waren Antwort der Psychoanalyse auf die damalige psychiatrische Behandlungspraxis. Zwei Entwicklungslinien zeigten sich im damaligen Mainstream der Psychiatrie. Zum einen geschah um die Jahrhundertwende stationäre psychiatrische Versorgung im Wesentlichen in Anstalten, in sogenannten Irrenanstalten bzw. Heil- und Pflegeanstalten, deren Behandlungsprinzip war, das Leben der psychisch Kranken in »totalen Institution« (Goffmann 1972) zu organisieren. Die Einrichtung von Anstalten war bis zum Ersten Weltkrieg sprunghaft angestiegen. Zum anderen begründete Emil Kraepelin, der Vater der wissenschaftlichen Psychiatrie, das naturwissenschaftliche Paradigma in der Psychiatrie, wie vor ihm Wilhelm Griesinger, der die These vertrat, dass psychische Störungen Hirnstörungen sind (► ausführlich Winkler 1982).

Freud leitete mit seinen Studien zur Hysterie eine Art Gegenbewegung ein, indem er eine Theorie und Praxis schuf, die im Wesentlichen das erlebende Subjekt, die Wirkung von Beziehungen in Gegenwart und Vergangenheit sowie des Unbewussten auch für die Ätiologie von psychischen Erkrankungen in den Vordergrund stellte (Breuer & Freud

1985). Freud begründete die wissenschaftliche Anerkennung der Beziehungsdimension und der unbewussten Dimension im menschlichen Verhalten und Erleben. Er schuf mit seiner Praxis der Psychoanalyse einen paradigmatisch neuen Zugang zum psychisch Kranken, was auch für alle späteren Formen von Psychotherapie, einschließlich der stationären Psychotherapie, ein konstitutives Element ist.

Psychotherapie ist nur als ein im Konsens vollziehbares Geschehen möglich. Sie erfordert vom Patienten die Bereitschaft, eine Beziehung zum Therapeuten eingehen zu wollen und problemlösende Einstellungen im Rahmen der therapeutischen Arbeit zu entwickeln. Das Konzept der therapeutischen Arbeitsbeziehung ist weit mehr als die in der somatischen Medizin und auch der Psychiatrie notwendige Compliance (Kächele & Buchheim 1996).

Die Ablehnung der Psychoanalyse durch Kraepelin und andere Psychiater führte schließlich dazu, dass die offizielle deutsche Psychiatrie die Psychoanalytiker der damaligen Zeit »nötigten«, eine eigene berufliche Identität zu entwickeln. Diese Einstellung der Psychiatrie zur Psychoanalyse war sicher anders als in den USA und der Schweiz, hatte aber für die stationäre Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform in Deutschland weitreichende Konsequenzen. Denn auch in der Folgezeit, verstärkt durch den Einfluss der Vernichtung der Psychoanalyse im Dritten Reich, machten es die somatische Orientierung der Psychiatrie und die institutionellen Orientierungen in den Anstalten kaum möglich, psychoanalytisch orientierte Psychotherapieformen aufzugreifen (Winkler 1982).

Auch nach dem Zweiten Weltkrieg hielt die offizielle Psychiatrie ihre reservierte Einstellung der Psychoanalyse gegenüber aufrecht; in den psychiatrischen Kliniken standen – ne-

ben der psychopharmakologischen Therapie und einer an somatischen Erkrankungen ausgerichteten Pflege – die Verhinderung von Suiziden und von Fremdgefährdung sowie die soziale Wiedereingliederung im Vordergrund. Damals spielten psychotherapeutische Behandlungsansätze mit wenigen Ausnahmen keine Rolle. Da die Psychoanalyse die seinerzeit einzige Form der Psychotherapie war, blieb auch die ablehnende Einstellung gegenüber der Psychotherapie in der Psychiatrie bis auf einige bemerkenswerte Versuche (► Abschn. 2.2) erhalten. Ein Zeichen dafür war auch die Einführung der Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« auf dem Ärztetag 1956. Zu dieser Zeit waren die Ärzte der Auffassung, die Psychotherapie kann nicht zur Psychiatrie alleine gehören. Die 1970 inaugurierte Psychiatrie-Enquete (► Bericht zur Lage der Psychiatrie 1975) öffnete zwar die Psychiatrie für die Sozialpsychiatrie, trennte aber zugleich die psychotherapeutischen Verfahren von der Psychiatrie und schrieb sie weitgehend der Psychosomatik zu. Noch Anfang dieses Jahrhunderts schreiben Streeck und Dümpelmann (2003, S.13): *»Letztlich entwickeln sich Psychiatrie und Psychotherapie immer noch als zwei therapeutische Kulturen mit unterschiedlichen Praxeologien, unter Umständen sogar unter einem gemeinsamen Dach, vergleichbar einander fremden bzw. entfremdeten Mitgliedern einer Wohngemeinschaft, die einander zwar wechselseitig tolerieren, aber nicht recht wissen, was man und ob man einander etwas zu sagen hat.«*

Diese Haltung des Mainstream der Psychiatrie hat aber wesentlich zur Entwicklung einer eigenständigen stationären Psychotherapie beigetragen. Es lassen sich nach meiner Auffassung folgende fünf konzeptionelle Entwicklungen bis zur eigenständigen stationären Psychotherapie unterscheiden:

- die Entwicklung der therapeutischen Gemeinschaft

- die Entwicklung psychoanalytisch und gruppenanalytisch begründeter Konzepte
- die Entwicklung psychosomatischer und internistisch-psychosomatischer Konzepte
- die Entwicklung verhaltenstherapeutischer Konzepte
- die Entwicklung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation

Diese Konzepte sollen im Folgenden skizziert werden, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Entwicklung in Deutschland und in der Psychosomatischen Medizin gelegt wird, die sicher Vorreiter der psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung generell geworden ist.

## 2.2 Konzepte der therapeutischen Gemeinschaft

Die Idee der therapeutischen Gemeinschaft ist ein Kind des Zweiten Weltkrieges und ein fruchtbares Ergebnis der Anwendung der Psychoanalyse im stationären Rahmen. Tom Main (1946) nannte die Anwendung psychoanalytischer Behandlungsansätze im Krankenhaus »therapeutische Gemeinschaft«, eine der möglichen Organisationsformen institutioneller Psychotherapie. Unter dem Einfluss des Soziologen Norbert Elias entwickelten Psychoanalytiker (Bion, Foulkes, Main) in einem Militärkrankenhaus in England während des Zweiten Weltkrieges und danach eine analytisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung, die sowohl Grundlage für die Gruppenanalyse wie für die therapeutische Gemeinschaft wurde (Janssen 2014, 2016). Die Analytiker behandelten Soldaten, die im Krieg an einer Psychoneurose erkrankt waren. Main war der Ansicht, dass die klinische Psychotherapie nicht einseitig am Patienten orientiert sein dürfe, sondern dass das gesamte Krankenhaus wie eine therapeuti-

sche Gemeinschaft organisiert werden müsste und dabei die Therapeuten eine besondere Funktion bei der Bearbeitung der interpersonellen Spannungen in der Gruppensituation bekämen. Er veränderte die therapeutische Institution Krankenhaus so, dass die gesamte Institution therapeutisch wurde. Er praktizierte sein Konzept im Cassel-Hospital in London, in dem ich selbst 1984 die therapeutische Gemeinschaft während eines Forschungsaufenthaltes erleben durfte.

Die Grundidee der therapeutischen Gemeinschaft ist Folgende: Durch die Beteiligung an den alltäglichen Vorgängen des Zusammenlebens im Krankenhaus sollen eine psychotherapeutische Kultur und eine Behandlungsgemeinschaft geschaffen werden. Dadurch werden neurotische Antriebe umgeformt, auf soziale Erfordernisse in einem realistischen Bezugsrahmen der Klinik hin orientiert und eine zunehmende Ich-Stärkung erreicht.

Die Aufrechterhaltung einer solchen therapeutischen Kultur liegt in den Händen der Pflegekräfte, die die therapeutische Gemeinschaft strukturieren. Sie regeln die Realitätsaufgaben, die Schwierigkeiten des Zusammenlebens, die Einhaltung der Hausordnung; sie fördern die Übernahme von Versorgungsleistungen durch die Patienten, regen Teilzeitarbeit an usw. Auf der Beziehungsebene bieten sie sozial-kommunikative Beziehungsmuster an, sie aktivieren, leiten an, konfrontieren mit sozialen Konflikten, versuchen adäquates Verhalten einzuüben, bestätigen, ermutigen zur Übernahme von Aufgaben und Funktionen, z. B. Betreuung von Neuankömmlingen, leiten zur Gestaltung der Freizeit und der Aufstellung von Essensplänen an. Diese Funktionen üben sie in themenzentrierter Gruppenarbeit aus.

Der psychoanalytische Psychotherapeut ist für die therapeutischen Prozesse zuständig, die von den Vorgängen in der therapeutischen



Gemeinschaft getrennt sind. In Einzel- oder Gruppentherapie-Sitzungen bearbeitet er die Widerstände und die Übertragungsprozesse.

Die Pflegekräfte hingegen übernehmen mehr realitätsbezogene Aufgaben, die möglichst bald an die Patienten delegiert werden sollten.

Beide treffen sich in Konferenzen und tauschen ihre Erfahrungen in den Behandlungsfeldern aus (Hilpert 1979). Dieses psychosoziale Programm ist außerordentlich reich an Klein- und Großgruppenarbeit einschließlich Aufgaben orientierter Arbeitsgruppen (► Hilpert 1983; Hilpert & Schwarz 1981; Hilpert et al. 1981; Main 1981). In der Mutterklinik der therapeutischen Gemeinschaft, dem Cassel-Hospital, ist die Methodik nach wie vor, zurückgehend auf Main, bis heute bei der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen erhalten geblieben (Chiesa et al. 2003; Skogstad & Hinshelwood 1998). Im Sinne des bipolaren Modells (► Abschn. 2.3, Modell 2) wird den Patienten ein psychosoziales Therapieprogramm, getrennt von der analytischen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, zur Verfügung gestellt.

Schon früh hatte Main als Gruppenanalytiker die Gruppenreaktionen der Pflegekräfte bei der Behandlung von Borderline-Patienten im Krankenhaus untersucht (Main 1957). Seine Untersuchung war ein Meilenstein in der Weiterentwicklung der stationären psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Main fand, dass Borderline-Patienten Gruppenphänomene in der Pflegekräftegruppe aktivierten, die den Grundannahmen (Abhängigkeit, Kampf, Flucht, Paarbildung) gemäß dem gruppenanalytischen Konzept von Bion (1971) entsprachen. In solchen affektiven Prozessen zerbrach die therapeutische Aufgabe der Pflegekräfte. Die allgemeine Schlussfolgerung war, dass die Krankenhaussituation intrapsychische Objektbeziehungen reaktiviert, die sich in dem interpersonellen Beziehungs-

feld mit dem Behandlungsteam in den Interaktionen manifestieren. Die Patienten zeigen also, wie dies heute formuliert würde, ein Enactment ihrer intrapsychischen Konflikte im sozialen Feld.

Andere Konzepte der therapeutischen Gemeinschaften stellten weniger die Bearbeitung der Wechselwirkung von intrapsychischen und sozialen, interpersonellen Konflikten in den Vordergrund, sondern mehr die Einübung neuer Verhaltensweisen bei sozialen Konflikten (Jones 1953). Dieses Verständnis der therapeutischen Gemeinschaft fand vereinzelt auch als sozialpsychiatrische Behandlung und als Gruppenarbeit in der Psychiatrie Anwendung (z.B. Eicke 1978; Kayser et al. 1973). Psychoanalytiker hingegen sahen in der Bearbeitung der Wechselwirkung von sozialen und intrapsychischen Konflikten die therapeutische Chance für die stationäre Psychotherapie (► z.B. Arfsten & Hoffmann 1978; Janssen 1985; Kernberg 1981a; Pohlen 1972). Die Aktualisierung sozialer Konflikte in dem Zusammenleben auf der Station wurde zur Bearbeitung der darin enthaltenen intrapsychischen Konflikte in einer analytischen Therapie unter Ich- und objektbeziehungspsychologischen Aspekten in einem einzel- und/oder gruppenpsychotherapeutischen Setting bearbeitet (► Abschn. 2.4).

Das Konzept der sozialtherapeutisch orientierten therapeutischen Gemeinschaft wurde sowohl in der amerikanischen wie auch in der deutschen Psychiatrie nur vereinzelt weiterentwickelt, so z.B. in der psychiatrischen Klinik in Heidelberg (Ploeger 1972). Kayser et al. (1973) fassten die damaligen Konzepte der therapeutischen Gemeinschaft in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern zusammen, gleichfalls auch die Praxis und die Erfahrung mit dieser Praxis, z.B. in den psychiatrischen Anstalten in Gütersloh, Mönchengladbach und Düsseldorf (Fleigel 1963; Veltin 1969). Die reine soziothera-

peutische Anwendung der therapeutischen Gemeinschaft hat jedoch die stationäre Psychotherapie nicht weitergebracht, im Gegenteil: Sie hat Bedenken gegen die stationäre Psychotherapie nach dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft geweckt. So fand dann auch die therapeutische Gemeinschaft als Konzept zur Behandlung im Rahmen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung in den Folgejahren wenig Resonanz.

Intensiver lebte die therapeutische Gemeinschaft in den psychiatrischen Krankenhäusern in England und den Niederlanden, die auch kaum wie wir in Deutschland eine stationäre Psychotherapie konzeptualisierten. In Frankreich entwickelte Hofmann (1983) ein eigenes Modell, die sog. »Psychotherapie institutionelle«. Das Modell sollte eine Verbesserung der institutionalisierten psychiatrischen Praxis sein, die Kernidee der therapeutischen Gemeinschaft generell. Ein Aspekt des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft wurde besonders von Psychoanalytikern für die Konzeptionalisierung der stationären Psychotherapie aufgegriffen. Auch wenn Psychoanalytiker eher zum Einzel-Setting tendieren, wurde für die stationäre Psychotherapie die Gruppenpsychotherapie als ein konstitutives Element therapeutischer Strategien etabliert (z.B. Janssen 1987; Strauß & Burgmeier-Lohse 1994).

## 2.3 Psycho- und gruppenanalytisch begründete Konzepte stationärer Psychotherapie

Die Anwendung der psychoanalytischen Behandlungsprinzipien in der stationären Psychotherapie wurde für die Konzeptentwicklung stationärer Behandlungen sehr fruchtbar. Sie hat manchen Patienten Gruppenbehandlungsmöglichkeit eröffnet, die in der ambulanten psychoanalytischen Therapie

nicht erreichbar waren. Einen ersten Versuch der Einführung psychoanalytischer Behandlungsprinzipien in die stationäre Behandlung unternahm Simmel (1928). Sein Ziel war ein sehr modernes: Er wollte den bis dahin gültigen Indikationsrahmen für Psychoanalyse erweitern und auch Patienten mit narzisstischen Neurosen, schweren Charakterstörungen und Süchten behandeln. Simmel erkannte schon einen Vorteil der stationären Behandlung. Im Gegensatz zur ambulanten Psychotherapie steht dem Patienten für die Therapie der notwendigen Inszenierungen seiner Probleme innerhalb der Klinik ein therapeutisches Team zur Verfügung. Er hat also, modern formuliert, die Reinszenierung im Handeln als Material für die psychoanalytisch orientierte stationäre Psychotherapie erschlossen. Auch seine Auffassung von einem »strukturierten Team« als »Urtyp der Familie des Patienten überhaupt« ist Grundmuster der Definition der stationären Therapie als Gruppen- und Teambehandlung (Janssen 1985, 1987, 1989, 2004, 2014; Janssen & Sachs 2017).

Simmels Gedanken (Schultz-Venrath 1992) konnten sich in Deutschland aufgrund der politisch-historischen Bedingungen nicht durchsetzen, fanden jedoch zunächst in der Menninger Klinik in Amerika nach der Emigration von Simmel und weiteren Analytikern Anklang (Menninger 1936). Man schuf das Modell der Psychoanalyse in einem stationären Setting, getrennt von den stationären Rahmenbedingungen. Dieses Modell, das in der amerikanischen Psychiatrie als Behandlungsform lange etabliert war (z.B. Fromm-Reichmann 1978), wurde später durch ein gruppentherapeutisches Konzept abgelöst (Kernberg 1981b; Kibel 1987, 1992; Margo & Manring 1989).

Während für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung das analytische Konzept der stationären Psychotherapie marginal blieb, entwickelte sich in Westdeutschland mit



der Einrichtung psychosomatisch-psychotherapeutischer Abteilungen nach dem Zweiten Weltkrieg sehr erfolgreich die stationäre Psychotherapie sowohl an den Universitätskrankenhäusern wie in den Versorgungskrankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Da diese Entwicklung von besonderer Bedeutung war, sollen hier einige psychosomatische Einrichtungen der ersten Jahre nach der Reihenfolge ihrer Gründungen genannt werden (► Tabelle unten) (Schepank 1988).

In diesen Kliniken und in Abteilungen oder auch Stationen entwickelten sich in den 1950er- bis in die 1970er-Jahre verschiedene Modelle der stationären Psychotherapie, die einen analytisch-psychotherapeutischen Schwerpunkt als psychosomatische Kliniken hatten. Die Gründe für die Vielfalt dieser Modelle waren sicherlich die differenten institutionellen und personellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus, aber auch unterschiedliche ätiologische und Behandlungstechnische Positionen der leitenden Psy-

choanalytiker, die den Behandlungsrahmen prägten. Divergierende Auffassungen gab es insbesondere über Folgendes:

- die therapeutische Zielsetzung der stationären psychotherapeutischen Behandlung
- die therapeutische Bedeutung des stationären Zusammenlebens auf der Station
- die Rolle und Aufgabe der verschiedenen Berufsgruppen wie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Gestalttherapeuten, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten, Bewegungstherapeuten, Pflegekräfte und Sozialarbeiter
- die Schwerpunkte in der einzel- und/oder gruppenpsychotherapeutischen Behandlung
- die Gewichtung und den Umgang mit den Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozessen im Krankenhaus

Es konnten die folgenden drei grundlegenden Modelle auf der Basis zahlreicher Publikatio-

|      |                                                                                                                   |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1946 | Internistische Klinik in Lübeck (Curtius/Feiereis)                                                                |
| 1948 | Klinik für psychogene Störungen in Berlin (Wiegmann)                                                              |
| 1949 | Psychosomatisch-psychotherapeutische Klinik am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn (Kühnel/Schwidder) |
|      | Psychosomatische Abteilung der Universität München (Seitz)                                                        |
| 1950 | Psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universität Heidelberg (von Weizsäcker/Mitscherlich/Bräutigam) |
|      | Psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Klinik für Innere Medizin der Universität Hamburg (Jores)      |
|      | Psychosomatische Klinik Wittgenstein Bad Berleburg (Wüst/Ruff)                                                    |
| 1957 | Psychosomatische Abteilung der Universitätsklinik Freiburg in Umkirch (Clauser/Enke)                              |
| 1965 | Psychosomatische Abteilung der Universität Gießen (Richter/Heising/Fürstenau)                                     |
| 1967 | Neuroseklinik Stuttgart-Sonnenberg (Beese)                                                                        |

nen und eigener Erfahrungen zu den Organisationsformen herausgearbeitet werden (Janssen 1985, 1987, 2014):

**Modell 1** Die analytisch-therapeutischen Beziehungen wurden von den übrigen Behandlungsmaßnahmen auf der Station entsprechend dem Vorbild der ambulanten psychoanalytischen Praxis und dem Primat der höchstpersönlichen Beziehung zum Psychotherapeuten abgegrenzt. Wegen des Schweregrades der Erkrankung (z. B. erforderliche somatische Behandlungen, symptomatische Einschränkungen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, psychotische Erkrankung, antisoziales Verhalten) wurde ein stationärer Aufenthalt für indiziert gehalten. Der therapeutische Raum der Einzeltherapie wurde von der Station gänzlich getrennt. Damit sollten die Übertragungsprozesse so aufrechterhalten werden wie im ambulanten Setting. Der Therapeut sollte alle Informationen aus dem stationären Setting erhalten und ohne Wissen des Patienten nichts aus der Behandlung dem Personal der Station mitteilen (generelle Diskretion). Diese Konzepte orientierten sich insbesondere an der Psychoanalyse im stationären Rahmen, wie sie auch in den USA (► S. 18) vereinzelt praktiziert wurde. In dieser Konzeption wurde die Übertragung auf den Therapeuten als zentraler therapeutischer Faktor gesehen und die gruppenspezifische Einbettung der Übertragung im stationären Raum ausgeblendet, wie dies Danckwardt (1976) und Ermann (1979, 1982, 1988) eindringlich beschrieben.

**Modell 2** In anderen analytischen-psychotherapeutischen Grundkonzeptionen wurde ein Therapieraum vom Realraum getrennt und Letzterer entweder nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft (Hilpert et al. 1981; Main 1946) oder nach dem Prinzip der soziotherapeutischen Gruppenarbeit organisiert. Letztere Konzeption entstand aus der Einführung der analytischen Gruppenpsy-

chotherapie in die Behandlungspraxis der Psychotherapeuten, wie Enke (1988) darlegte. Enke (1965) hatte ein Konzept, das sich an der sogenannten »Bipolarität in der klinischen Psychotherapie« orientierte, entwickelt: Die Bipolarität bestand zwischen Soziotherapie auf der Station und Psychotherapie im Einzel- und/oder Gruppen-Setting. Die Soziotherapie auf der Station sollte sich an der Realität der Station orientieren, das Personal sollte sich realitätsorientiert verhalten. Nur im Therapieraum sollte mit Übertragungs-Gegenübertragung gearbeitet werden (Beese 1977; Hau 1968; Heigl & Neun 1981; Heigl-Evers et al. 1986). In solchen Konzeptionen wurde angestrebt, die Übertragungsprozesse im therapeutischen Raum (Gruppentherapie, Einzeltherapie) zu zentrieren. Übertragungsspaltungen und Ich-schwächende Regressionen sollten dadurch vermindert werden (► dazu auch Janssen & Quint 1977).

**Modell 3** Als wesentlichen Beitrag der Gruppenanalyse zur stationären Psychotherapie verstehe ich die methodische Orientierung am Beziehungsgeschehen auf der **gesamten** Station und nicht nur in dem als psychotherapeutisch definierten Setting (z. B. Gabbard 1986; Janssen 1985, 1987; Kernberg 1981a). Ich bezeichnete sie als integrative, multipersonelle, multiprofessionelle und teamorientierte Modelle. Sie organisierten das multipersonale Beziehungsfeld in der Gruppensituation im Krankenhaus als ein Netzwerk von therapeutischen Beziehungen, in denen dispergierende Übertragungsprozesse im therapeutischen Setting darstellbar wurden. Solche oder ähnliche Modelle fanden sich in der Literatur ebenso bei Arfsten und Hoffmann (1978), Becker und Lüdecke (1978), Bräutigam (1974), Fürstenau et al. (1970), Möhlen & Heising (1980), Pohlen (1972, 1973) sowie Stephanos (1973). Nach einem dualen Verständnis von Psychoanalyse sind dispergierende Übertragungsprozesse als Neben-

übertragung zu verstehen, hingegen nach dem gruppenanalytischen Konzept als multilaterale Übertragungsereignisse, die sich simultan in der Gruppe ereignen können (Foulkes 1974). Integrative Modelle strebten daher an, möglichst vollständig die sich im multipersonalen Beziehungsfeld entwickelnden Beziehungsmuster und die darin neben den Arbeits- und Realbeziehungen enthaltenen infantilen Objektbeziehungsanteile bzw. Übertragungsanteile zu erfassen. Insbesondere für die strukturell Ich-gestörten Patienten wurden die integrativen Modelle konzeptualisiert, da solche Patienten in den Objektwahlen innerhalb der stationären Bezugsgruppe die Reaktivierung von präödiptalen Beziehungsmustern zeigten (Janssen & Sachs 2018; Janssen et al. 1989).

Eine weitere Besonderheit war, dass integrative Modelle die stationäre psychoanalytische Therapie als Behandlung durch ein Team konzipierten. Dieses Behandlungsteam, das nach bestimmten Prinzipien organisiert war, nahm die therapeutische Aufgabe insgesamt wahr (Barde & Mattke 1993; Janssen 1989, 2004). Jedes Beziehungsfeld hatte in der Gesamtkonzeption eine rahmenbezogene und psychotherapeutische Aufgabe. Im Team wurden die multipersonal reinszenierten Beziehungsmuster mithilfe des Teamleiters analysiert (Einzelheiten mit Beispielen Janssen 1987, 2014).

In allen bekannten Konzeptionen stationärer psychoanalytischer Therapie sind die vorgestellten Strukturen des therapeutischen Raumes den Realitäten angepasst, mal überwiegend einzeltherapeutische, mal mehr bipolare, mal mehr integrative Aspekte. Immer aber wird der therapeutische Raum so konzeptualisiert, dass die therapeutische Arbeit an den Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen möglich ist, interaktionelle Reinszenierungen erfasst und geklärt und

auch neue Erfahrungen gemacht werden können. Die integrativen Konzepte haben sich in der stationären Psychotherapie analytischer Prägung weitgehend durchgesetzt (Schauenburg & Hildenbrand 2011).

## 2.4 Internistisch-psycho-somatisch-psychotherapeutische Modelle

Die internistisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Modelle gingen von einem umfassenden Verständnis der Psychosomatischen Medizin aus, wie es z.B. besonders von Uexküll (1979) schon früh in Deutschland vertrat. Psychosomatisch sind letztlich alle Erkrankungen, denn in einer somato-psycho-sozialen Entwicklung spielen psychische wie soziale Faktoren in Kombination mit genetischen, viralen, immunologischen, physiologischen und biochemischen Faktoren für Disposition, Verlauf und Prognose der Erkrankung eine Rolle. Aus diesem Verständnis wurden internistische Krankenstationen oder allgemein-medizinische Krankenhäuser psychotherapeutisch orientiert.

So haben z.B. Köhle et al. (1977) ein differenziertes Modell – das »**Ulmer Modell**« – entwickelt, das sie »internistisch-psychosomatische Krankenstation« nannten. Sie behandelten auf ihrer Station mit über zwei Drittel Organerkrankungen, aber auch funktionelle Störungen (somatoforme Störungen). Das psychotherapeutische Setting war die Visite, die patientenzentriert im Sinne der Sprechstunden-Psychotherapie von Balint durchgeführt wurde. Die Schwestern waren selbst aktiv an dem therapeutischen Geschehen beteiligt. Die Zielsetzung des Ulmer Modells war es, einen patientenorientierten Umgang sowohl von Schwestern wie von Internisten zu fördern und die Krankenhausbehandlung für die somatisch erkrankten Patienten im

Sinne des Grundgedankens der integrativen Psychosomatik zu verbessern.

Ein dem Ulmer Modell vergleichbares Modell konzeptionalisierten Hahn et al. (1974) an der medizinischen Universitätsklinik Heidelberg. Sie nannten ihre Konzeption »**Simulandiagnostik und Simultantherapie**« und verstanden somatische wie psychosomatische Erkrankungen als »kommunizierende Störungen«, an denen somatische, psychische und soziale Faktoren beteiligt sind, die simultan diagnostiziert und therapiert wurden (Petzold 1979). Auch in diesem Modell wurde ein einzel- bzw. gruppenpsychotherapeutisches Setting in die klinische Behandlung internistisch Kranker integriert.

In beiden Modellen erlaubten es die Anforderungen, die die somatische Medizin stellte, nicht, die Übertragungsprozesse im analytischen Sinn zu bearbeiten. Auch Wittich (1975) meinte, dass bei der Einführung psychoanalytischer Behandlungsprinzipien in somatischen Kliniken kein umfassender analytisch-psychosomatischer Arbeitsansatz möglich sei, da die Gefahr der Subordination unter oder der Pseudoübereinstimmung mit den organmedizinischen Fächern bestünde. Bei allen Schwierigkeiten waren diese Modelle für internistische Kliniken jedoch sehr anregend gewesen, sich psychosomatisch-psychotherapeutisch zu orientieren und dabei auch die psychoanalytischen Behandlungsprinzipien zu integrieren (z. B. Bepperling 1974).

Dass solche Modelle auch in größeren Kliniken anwendbar sind, zeigten zwei Konzepte, z. B. das psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsmodell, das Borens und Wittich (1976) aus der Klinik in Gegenbach vorstellten: Die Klinik sollte eine ähnliche Funktion wie die des aufmerksam zuhörenden, wohlwollenden, unaufdringlichen und Raum schaffenden Therapeuten (im psychoanalytischen Prozess) haben. Patienten sollten sich in den Prozessen im Krankenhaus

frei entfalten können. Die psychoanalytische Orientierung zeigt sich besonders in der Wahl der Behandlungsart. Die »Kardinaltherapie« war die psychoanalytisch orientierte Gruppen- und/oder Einzelpsychotherapie. Darüber hinaus wurden natürlich viele weitere Verfahren wie Gestaltungstherapie, Bewegungstherapie, Bäder und Massagen, Autogenes Training u. a. angewandt. Ein ähnliches Konzept wurde dann von Widok (1981) in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik Schömberg vertreten, wobei es ganz im Sinne des integrativen Modells auch um die Inszenierung von pathogenen Konflikten im sozialen Feld und deren Bearbeitung ging.

## 2.5 Stationäre Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie, nach der analytischen Orientierung die zweite Grundorientierung in der stationären Psychotherapie, fand erst wesentlich später Eingang in die stationäre Psychotherapie. Vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München gingen die Impulse zur Gründung (1976) der ersten verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Klinik in Windach/Ammersee aus. Diese erste verhaltenstherapeutisch orientierte psychosomatische Klinik Europas war quasi als »Feldexperiment in der Regelversorgung« (Zielke 1994) gedacht. Verhaltenstherapeutische Grundannahmen, Theorien und Standardprogramme sollten auf ihren Wirkungsgrad innerhalb der stationären Versorgung untersucht werden. Neu war sicher die Erprobung und Umsetzung kooperativer und interdisziplinärer Arbeitsformen in der Verhaltenstherapie. Das Modell Windach fand bereits 1981 Nachahmer in der Gründung der psychosomatischen Klinik in Bad Dürkheim, einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik, und in weiteren verhaltensthe-

rapeutisch orientierten psychosomatischen Kliniken. Meistens weisen diese Kliniken über 150 Betten auf und sind sowohl im Akut- wie im Rehabilitationsbereich angesiedelt.

Die Behandlungsplanung orientierte sich an den systematischen Beobachtungen und an der experimentellen Analyse menschlichen Verhaltens, gründend auf den Lernprinzipien und einer umfassenden Verhaltensanalyse. Es wurden auf allen Verhaltensebenen (kognitiv, emotional, physiologisch) verhaltenstherapeutische Programme eingesetzt. Meist war ein Baustein die Einzeltherapie, in der die problematischen Verhaltensweisen geklärt und gemeinsame Therapieziel festgelegt wurden. Eine große Bedeutung im stationären Setting hatten die verhaltenstherapeutisch konzipierten Problemlösegruppen und die indikationsbezogenen störungsspezifischen Gruppen, die bestimmte Lernprogramme anboten, wie z. B. Angstgruppen, Zwangsgruppen, Adipositasgruppen oder Schmerzgruppen. Ergänzt wurden diese Gruppen durch Entspannungstraining, soziotherapeutisches Training, Ergotherapie und Sporttherapie wie in anderen analytisch orientierten Kliniken, in denen jedoch Gestaltungstherapie und Bewegungstherapie überwogen (► Übersicht von Zaudig in Janssen et al. 1998).

Die Verhaltenstherapie spielte in der Frühgeschichte der stationären Psychotherapie kaum eine Rolle, diese wurde analytisch/tiefenpsychologisch dominiert. Aber die Verhaltenstherapie holte in späteren Phasen der Entwicklung auf und bekam insbesondere eine Bedeutung in der stationären psychiatrischen Behandlung, worauf in diesem Buch eingegangen wird.

## 2.6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation

Die stationäre Psychotherapie bekam in den psychosomatischen Rehabilitationen einen besonderen Stellenwert. Etwa zum gleichen Zeitpunkt, als sich in den 1960er-Jahren psychosomatische Abteilungen an den Universitätskliniken gründeten, entstanden auch die ersten psychosomatischen Rehabilitationskliniken, die häufig über 200 Betten vorzuweisen hatten. Diese Kliniken knüpften an der deutschen Tradition der Kurkliniken an, d. h. in die Kurkliniken wurden psychotherapeutische Arbeitsweisen eingeführt (Mentzel 1981). Behandelt wurden häufig Patienten mit chronifizierten Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatosen, bei denen ein Rentenanspruch vorlag. Die Finanzierung der Behandlungen wurde über die Rentenversicherungen gesichert. Methodisch kamen insbesondere Gruppenpsychotherapien zum Einsatz. Ahlbrecht (1969) z. B. führte in die Klinik in Neutrauburg/Isny Gruppengespräche ein und lockerte damit deutlich die somatische Fixierung der Patienten. Mithilfe der Gruppensitzungen versuchte Mentzel (1976), das Psychogeneseverständnis der Patienten zu fördern und ihr Krankheitsverhalten zu verändern. Harrach et al. (1981) versuchten dies mit der Kombination von Gruppenpsychotherapie und nonverbalen Verfahren. Psychotherapeutische Ansätze wurden auch in Zwesten (Mentzel), Neustadt an der Saale (Schütz), in Schömberg (Widok) und in Gengenbach (Wittich) in die Rehabilitation integriert und veränderten nach und nach die Behandlungen in den Kurkliniken.

Aus diesen in der Frühgeschichte entwickelten Ansätzen entstand eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation, die ein methodisch hochdifferenziertes stationäres psychotherapeutisches Angebot für die chronischen psychischen

und psychosomatischen Störungen vorhält, was weltweit einmalig ist (Schmid-Ott et al. 2015).

## 2.7 Fazit

Die ausführliche Darstellung der Frühgeschichte der stationären Psychotherapie soll verdeutlichen, welchen Weg die stationäre Psychotherapie als multimodale und multiprofessionelle Therapiemethode im Sinne einer eigenständigen stationären Psychotherapie in unserem Gesundheitssystem bis etwa Ende des letzten Jahrhunderts gegangen ist. Sie wurde eine wichtige Ergänzung zum großen Bereich der somatischen Versorgung in den medizinischen Zentren und der psychiatrischen Versorgung. Stationäre Psychotherapie ist im Versorgungssystem eine evaluierte Behandlungsmethode für bestimmte Patientengruppen.

Grundsätzlich ist die stationäre Psychotherapie immer eine integrative Therapie, die verschiedene Methoden wie z.B. kunsttherapeutische, kreativtherapeutische, musiktherapeutische sowie körpertherapeutische, tanztherapeutische oder sporttherapeutische Methoden einsetzt. Weiterhin sind mit der Integration verschiedener Psychotherapieverfahren, wie z.B. der verhaltenstherapeutischen Methoden in die stationäre psychoanalytische Therapie oder Methoden der psychodynamischen Therapie in die Verhaltenstherapie, in den Gesamtbehandlungsplan seit einigen Jahren neue Perspektiven eröffnet worden (Hoffmann et al. 1998; Huber & Rad 2011; Janssen 2014). Auch die Integration lösungsorientierter Ansätze wie systemischer Konzepte wurde wegen der Defizitorientierung der psychoanalytischen Diagnostik und Behandlung für notwendig gehalten (Fürstenaun 1998; Schmid-Ott et al. 1998). Nach wie vor bin ich nach jahrelanger Erfahrung in der

stationären Psychotherapie, sowohl als Psychotherapeut als auch als Leiter und Supervisor, der Auffassung, dass eine psychotherapeutische Klinik, z. B. bei psychoanalytischer Orientierung, ein Gesamttherapiekonzept haben muss, das auf der Grundlage der jeweiligen Verfahren, z.B. der Psychoanalyse und Gruppenanalyse oder der Verhaltenstherapie, beruht. Nur in einer solchen grundlegenden Konzeption können auch verschiedene psychotherapeutische Techniken, z.B. verhaltenstherapeutische oder ressourcenorientierte Techniken, integriert werden.

Ist die stationäre Psychotherapie heute im Kanon des Behandlungskonzepts für psychische und psychosomatische Erkrankungen angekommen? Zur Beantwortung dieser Frage sei beispielhaft auf zwei bedeutende Lehrbücher verwiesen, um die Stellung einer eigenständigen stationären Psychotherapie zu illustrieren. In dem Lehrbuch über psychische Erkrankungen von Berger (2004) gibt es kein Kapitel über die stationäre Psychotherapie, auch in dem Kapitel über Psychotherapie wird sie nicht ausdrücklich erwähnt. Offensichtlich verstehen die psychiatrischen Wissenschaften nach wie vor die Psychotherapie additiv zu anderen Behandlungen. Im Lehrbuch von Uexküll zur Psychosomatischen Medizin (Adler et al. 2011) gibt es immerhin vier Kapitel über stationäre Psychotherapie. Ausführlich werden die stationäre Psychotherapie in der Psychosomatik, die integrierte stationäre Psychosomatik, die psychosomatische Tagesklinik und die psychosomatische Rehabilitation behandelt. Die in der Frühgeschichte beschriebenen Ansätze haben sich also besonders in der Psychosomatischen Medizin durchgesetzt.



## Literatur

- Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Lange-witz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer 2011.
- Ahlbrecht W. Großgruppen in einer psychosomatischen Kuranstalt. *Gruppenpsychother Gruppen-dyn* 1969; 3: 109–11.
- Arfsten AJ, Hoffmann SO. Stationäre psychoanalytische Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform. *Prax Psychother* 1978; 23: 233–45.
- Barde B, Mattke D. *Therapeutische Teams*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1993.
- Becker H, Lüdeke H. Erfahrung mit der stationären Anwendung psychoanalytischer Therapie. *Psyche* 1978; 32: 1–20.
- Becker H, Senf W. *Praxis der stationären Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme 1988.
- Beese F. Klinische Psychotherapie. In: Hahn P (Hrsg). *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. III. Zürich: Kindler 1977; 1144–60.
- Bepplerling W. Modell einer psychosomatischen Krankenhausabteilung. *Dtsch Ärztebl* 1974; 71: 3496–502.
- Berger M. *Psychische Erkrankungen*. 2. Aufl. München: Urban & Fischer 2004.
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundestag 1975; Drucksache 7/4200 und 7/4201 = Psychiatrie Enquete.
- Bion WR. *Erfahrungen in Gruppen*. Stuttgart: Klett 1971.
- Borens R, Wittich G. Klinische Rehabilitation von psychosomatischen Patienten – eine Rehabilitation zu Verhaltensgestörten. *Therapiewoche* 1976; 26: 950–4.
- Bräutigam W. Pathogenetische Theorien und Wege der Behandlung in der Psychosomatik. *Nervenarzt* 1974; 45: 354–63.
- Breuer J, Freud S. *Studien über Hysterie* (Nachdruck). Leipzig, Wien: Deuticke 1985.
- Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. When less is more: An exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder. *Int J Psychoanal* 2003; 84: 637–50.
- Dankwardt JF. Stationäre Behandlung. Katamnese und sekundäre Prävention neurotischer Störungen. *Nervenarzt* 1976; 47: 225–31.
- Eicke D. *Vom psychiatrischen Krankenhaus zur sozialtherapeutischen Station*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1978.
- Enke H. Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. *Z Psychother Med Psychol* 1965; 15: 116–21.
- Enke H. Stationäre Psychotherapie im Rückblick: Stationär oder evolutionär. In: Schepank H, Tress W (Hrsg). *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Berlin: Springer 1988; 3–12.
- Ermann M. Gemeinsame Funktionen therapeutischer Beziehungen bei stationärer Anwendung der Psychoanalyse. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1979; 25: 333–41.
- Ermann M. Regression in der stationär-analytischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1982; 28: 176–88.
- Ermann M. Die stationäre Langzeitpsychotherapie als psychoanalytischer Prozess. In: Schepank H, Tress W (Hrsg). *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Berlin: Springer 1988.
- Flegel H. Umgruppierung einer psychiatrischen Abteilung als Soziotherapie. *Nervenarzt* 1963; 34: 384–91.
- Foulkes SH. *Gruppenanalytische Psychotherapie*. München: Kindler 1974.
- Fromm-Reichmann F. Probleme der Durchführung der Behandlung in einer psychoanalytischen Klinik. In: Dexter M (Hrsg). *Psychoanalyse und Psychotherapie*. Stuttgart: Klett 1978.
- Fürstenau P. Stationäre Psychotherapie psychoanalytisch-systemischer Orientierung. *Psychotherapeut* 1998; 43: 277–81.
- Fürstenau P, Stephanos SF, Zenz H. Erfahrungen mit einer gruppentherapeutisch geführten Neurotikerstation. *Z Psychother Med Psychol* 1970; 20: 95–104.
- Gabbard GO. The treatment of the »spezial« patient in a psychoanalytic hospital. *Int Rev Psychoanal* 1986; 13: 333–47.
- Goffmann E. *Asyle*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1972.
- Hahn P, Vollrath P, Petzold E. Aus der Arbeit einer klinisch-psychosomatischen Station. *Prax Psychother* 1974; 2: 66.
- Harrach A, Hausser R, Lössberg K, Nadler H. Gruppentherapie kombiniert mit nonverbalen Therapiemethoden. In: Mentzel G (Hrsg). *Die psychosomatische Kurklinik*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1981; 34–45.

- Hau TF. Stationäre Psychotherapie: Ihre Indikation und Anforderungen an die psychoanalytische Technik. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1968; 14: 25–42.
- Heigl F, Neun H (Hrsg). *Psychotherapie im Krankenhaus – Behandlungskonzept und -methoden in der stationären Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1981.
- Heigl-Evers A, Henneberg-Mönch U, Odag C, Standke G. *Die Vierzigstundenwoche für Patienten*. Göttingen, Zürich: Verlag f. Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht 1986.
- Hilpert HR. Therapeutische Gemeinschaft in einer psychotherapeutischen Klinik. Zum Behandlungskonzept des Cassel-Hospitals in London. *Psychother Med Psychol* 1979; 29: 46–53.
- Hilpert HR. Über den Beitrag der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1983; 29: 28–36.
- Hilpert HR, Schwarz R. Entwicklung und Kritik des Konzeptes der therapeutischen Gemeinschaft. In: Hilpert H, Schwarz R, Beese F (Hrsg). *Psychotherapie in der Klinik*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1981; 9–39.
- Hilpert H, Schwarz R, Beese F (Hrsg). *Psychotherapie in der Klinik. Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1981; 9–39.
- Hoffmann SO, Egle UT, Bassler M, Nickel R, Petrak F. Psychotherapeutische Kombinationsbehandlung. *Psychotherapeut* 1998; 43: 282–7.
- Hofmann W. Die »psychotherapie institutionelle«. Theorie und Praxis einer psychiatrischen Bewegung in Frankreich. Frankfurt: Campus 1983.
- Huber D, Rad M v (Hrsg). *Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus*. Stuttgart: Kohlhammer 2011.
- Janssen PL. Auf dem Weg zu einer integrativen analytisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung. *Forum Psychoanal* 1985; 1: 293–307.
- Janssen PL. *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart: Klett-Cotta 1987.
- Janssen PL. Behandlung im Team aus psychoanalytischer Sicht. *Prax Psychother Psychosom* 1989; 35: 325–35.
- Janssen PL. Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2004; 49: 217–26.
- Janssen PL. *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Neuauflage mit Nachwort. Gießen: Psychosozial Verlag 2014.
- Janssen PL. Psychoanalytisch und gruppenanalytisch begründete stationäre Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. *Gruppenpsychother Gruppendyn* 2016; 52: 24–5.
- Janssen PL, Quint H. Stationäre analytische Gruppenpsychotherapie im Rahmen einer neuro-psychiatrischen Klinik. *Gruppenpsychother Gruppendyn* 1977; 11: 221–43.
- Janssen PL, Sachs G. *Psychodynamische Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer 2018.
- Janssen PL, Martin K, Tress W, Zaudig M. Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. *Psychotherapeut* 1998; 43: 265–76.
- Janssen PL, Wienen G, Rath H, Hekele W, Paar GH. Zur stationären psychoanalytischen Therapie strukturell ich-gestörter Patienten im »Essener Modell«. In: Janssen PL, Paar GH (Hrsg). *Reichweite der psychoanalytischen Therapie*. Berlin: Springer 1989; 93–106.
- Jones M. *The Therapeutic Community: A new treatment method in Psychiatry*. New York: Basic Books 1953.
- Kächele H, Buchheim P. Zur Professionalisierung der Psychotherapie in unserer Gesellschaft. *Psychotherapie* 1996; 1: 12–21.
- Kayser H, Krüger H, Mävers N, Petersen P, Rohde M, Rose HK, Veltin A, Zumpe V. *Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft*. Stuttgart: Thieme 1973.
- Kernberg OF (Hrsg). Für eine integrative Theorie der Klinikbehandlung. In: *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta 1981a; 256–97.
- Kernberg OF. Psychiatric hospital treatment in the United States. *Nord Psychiatr Tidsskr* 1981b; 35: 283–98.
- Kibel HD. *Inpatient Group Psychotherapy – Where Treatment Philosophies Converge*. Yearbook Psychoanal Psychother 2. New York: Gartner Press 1987.
- Kibel HD. Diversity in the Practice of Inpatient Group Psychotherapy in North America. *Group Analysis* 1992; 25: 225–45.
- Köhle K, Böck D, Grauhan A. Die internistisch-



- psychosomatische Krankenstation. Ein Werkstattbericht. Basel: Rocom 1977.
- Main TF. The Hospital as a Therapeutic Institution. *Bull Menn Clin* 1946; 10: 66–95.
- Main TF. The Ailment. *Br J Med Psychol* 1957; 30: 129.
- Main TF. Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft. Wandlungen und Wechselfälle. In: Hilpert H, Schwarz R, Beese F (Hrsg). *Psychotherapie in der Klinik*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1981; 46–65.
- Margo GM, Manring JM. The Current Literature of Inpatient Psychotherapy. *Hosp Commun Psychiatry* 1989; 40: 909–15.
- Menninger W. Psychoanalytic principles applied to the treatment of hospitalized patients. *Bull Menn Clin* 1936; 1: 35.
- Mentzel G. Die Gruppensvisite. *Gruppenpsychother Gruppensdynam* 1976; 10: 233–48.
- Mentzel G. Die psychosomatische Kurklinik. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1981.
- Möhlen K, Heising G. Integrative stationäre Psychotherapie. *Gruppenpsychother Gruppensdynam* 1980; 15: 16–31.
- Petzold E. Aktiv-Klinische Verfahren. In: Hahn P (Hrsg). *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. IX. Zürich: Kindler 1979; 947–60.
- Ploeger A. Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Stuttgart: Thieme 1972.
- Pohlen M. Gruppenanalyse. Eine methodenkritische Studie und empirische Untersuchung im klinischen Feld. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1972.
- Pohlen M. Das Münchener Kooperationsmodell. Gruppentherapie in einem neuen klinischen Organisationsmodell. *Nervenarzt* 1973; 44: 476–83.
- Schauenburg H, Hildenbrand G. Stationäre Psychotherapie und Psychosomatik. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer 2011; 561–71.
- Schepank H. Die stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schepank H, Tress W (Hrsg). *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Heidelberg: Springer 1988; 13–38.
- Schepank H, Tress W (Hrsg). *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Heidelberg: Springer 1988.
- Schmid-Ott G, Sack M, Lempa W, Lamprecht F. Konflikt- und lösungsorientierte stationäre psychoanalytische Therapie. *Psychotherapeut* 1998; 43: 296–301.
- Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F. *Rehabilitation in der Psychosomatik*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Schultz-Venrath W. Ernst Simmels Psychoanalytische Klinik – Sanatorium Schloss Tegel GmbH. Witten/Herdecke: Universität Witten/Herdecke, Habilitationsschrift, 1992.
- Simmel E. Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. *Int Z Psychoanal* 1928; 14: 352–70.
- Skogstad W, Hinshelwood R. Das Krankenhaus im äußerem Rahmen und im seelischen Erleben. *Psychotherapeut* 1998; 43: 288–95.
- Stephanos S. Analytisch-psychosomatische Therapie. *Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft 1*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1973.
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M. Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie. Heidelberg: Asanger 1994.
- Streeck U, Dümpelmann M. Psychotherapie in der Psychiatrie. In: Wolfersdorf M, Ritzel G, Hocke V (Hrsg). *Psychotherapie als Haltung und Struktur in der klinischen Psychiatrie*. Regensburg: Roderer 2003; 11–44.
- Uexküll T v. *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg 1979.
- Veltin A. Die therapeutische Gruppe im Spannungsfeld der klinischen Institution. *Gruppenpsychother Gruppensdynam* 1969; 3: 121–8.
- Widok W. Institutionalisierte psychoanalytisch begründete Psychotherapie. In: Heigl F, Neun H (Hrsg). *Psychotherapie im Krankenhaus*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1981; 41–7.
- Winkler WT. Zur historischen Entwicklung der Beziehungen zwischen Psychotherapie und Psychiatrie seit 1900 unter besonderer Berücksichtigung der Psychoanalyse. In: Helmchen H, Linden M, Rüger U (Hrsg). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1982; 11–25.
- Wittich GH. *Therapy in psychosomatic hospitals*.

Strategy and Management. In: Antonelli F (ed). Therapy in Psychosomatic Medicine. 3. Kongress des International College of Psychosomatic Medicine. Roma: Edizioni Pozzi 1975; 210–6.

Zielke M. Entwicklung der stationären Verhaltenstherapie. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg). Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Göttingen: Beltz 1994; 9–32.

### 3 Vorgabe und Spielraum – Die Rahmenbedingungen

Götz Berberich, Dorothee Kress und Günther Bergmann

#### Zusammenfassung

Die stationäre und teilstationäre Psychotherapie entwickelte sich in Deutschland aus unterschiedlichen Traditionen und kommt hier in einem weltweit einzigartigen, vielfältigen und differenzierten Angebot zur Anwendung. In diesem Kapitel werden die Rahmenbedingungen, Aufgaben und Ziele sowie die Finanzierungs- und Qualitätssicherungssysteme der institutionellen Varianten dargestellt. Deren Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen nicht immer eine klare Differenzialindikation zu. Abschließend wird auf die Schnittstellenthematik zur ambulanten Psychotherapie und auf Erfolg versprechende Ansätze für eine sektorenübergreifende Versorgung psychisch erkrankter Patienten eingegangen.

#### 3.1 Stationäre bzw. teilstationäre Psychotherapie: ein Thema mit Variationen

Die lange Tradition stationärer Psychotherapie in Deutschland hat ein weltweit einzigartiges differenziertes Versorgungssystem hervorgebracht, das in den letzten Jahrzehnten auch auf den teilstationären Bereich ausgeweitet wurde. Als gemeinsames Kennzeichen stationärer Psychotherapie darf die multimodale und multiprofessionelle Behandlung gelten, an der Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Pflegepersonal und Spezialtherapeuten integrativ beteiligt sind. Zusammen mit den Rahmenbedingungen der Einrichtung, dem Versorgungs- (Hoteleisun-

gen, Verpflegung etc.) und Verwaltungspersonal sowie der Interaktion zwischen den Patienten gestalten sie das therapeutische Milieu, welches als wesentlicher Wirkfaktor stationärer Psychotherapie gilt. Zentrale Elemente sind die therapeutische Beziehung zum Bezugstherapeuten bzw. dem Therapeutenteam sowie die Einzel- und Gruppentherapie. Im Gegensatz zu anderen Settingbedingungen lassen sich in der teilstationären/stationären Therapie eine höhere Therapiedosis sowie die Kombination ärztlich-psychologischer Therapie mit vielfältigen Angeboten der Körper- und Kreativtherapie, Sport- und Physiotherapie, somatisch-medizinischer Behandlung und Soziotherapie realisieren. Dieses umfassende, dichte Therapieangebot stellt eine wertvolle Therapieoption für psychisch schwer erkrankte Menschen dar, stellt aber auch hohe Anforderungen an die strukturelle Organisation der Einrichtungen.

Die stationäre und teilstationäre Psychotherapie ihrerseits ist eingebettet in ein dichtes Netz psychosozialer Behandlungs- und Betreuungsangebote mit unterschiedlichen Settingbedingungen, Spezialisierungen, Aufgaben (Indikationen) und Finanzierungsgrundlagen (► Abb. 3-1).

Stationäre Psychotherapie findet sich in Deutschland in folgenden Einrichtungsvarianten:

- Fachkliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Universitäts-

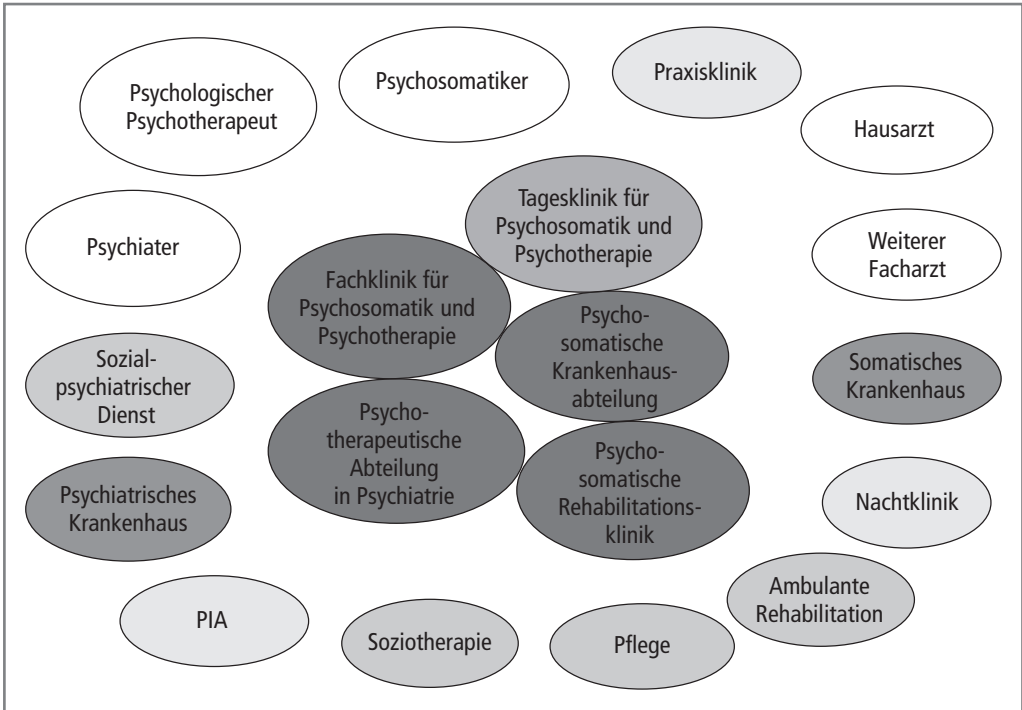


**Abb. 3-1** Stationäre und teilstationäre Psychotherapie im Kontext psychosozialer Hilfsangebote

kliniken und Allgemeinkrankenhäusern, psychotherapeutische Abteilungen in Psychiatrischen Kliniken

- Tageskliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Abteilungen bzw. Fachkrankenhäuser für Psychosomatische Rehabilitation

Stationäre Psychotherapie kann also einerseits wohnortnah (überwiegend in Krankenhausabteilungen) erfolgen und damit zu einer besseren Verflechtung der Therapieergebnisse mit der Lebensumwelt des Patienten sowie zu einer verstärkten Integration in somatisch-medizinische Fächer beitragen. Dagegen bieten große Fachkliniken mit einem hochspezialisierten Behandlungsangebot überregional die Möglichkeit zu störungsorientierter Therapie auch seltener Erkrankungen. Aufgrund

des besonderen Profils jeder einzelnen Klinik sollte daher eine differenzielle Zuweisung möglichst in Kenntnis des jeweiligen Behandlungsprogramms erfolgen. Dabei spielt weniger die Benennung der Klinik als »Psychiatrie« oder »Psychosomatik« die entscheidende Rolle als vielmehr ein qualitativ hochwertiges, dichtes, fachärztlich geleitetes Behandlungsprogramm. Auch die Bezeichnung »Psychosomatische Klinik« darf nicht verkürzend als Behandlungseinrichtung für psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn missverstanden werden, sondern bezieht sich selbstverständlich auf das gesamte Fachgebiet der »Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie«. Dadurch ergibt sich eine breite Überschneidung des Indikationsfeldes für stationäre Psychotherapie in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken, welche

nicht zuletzt durch eine defizitäre Entwicklung in der deutschen Nachkriegspsychiatrie hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten zu erklären ist (Henningssen & Rief 2015; Koch & Schulz 2003; Robert Koch-Institut 2008).

Im **Krankenhaus** werden hauptsächlich Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39 SGB V) und in geringerem Maß auch Privatpatienten und Selbstzahler behandelt. Im Bereich der **Rehabilitation** werden Patienten der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI) sowie in geringerem Umfang im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 40 SGB V) versorgt.

Während sich stationäre Psychotherapie durch ihre Multimodalität, Multiprofessionalität und Methodenintegration sehr deutlich von ambulanter Psychotherapie abhebt, ist eine solche Unterscheidung zwischen einer Krankenhaus- und einer Rehabilitationsbehandlung weniger eindeutig. Beiden gemein ist die Intention, im speziellen therapeutischen Milieu des stationären Settings den Patienten korrigierende emotionale Erfahrungen zu ermöglichen und auf diese Weise nicht nur die krankheitsdefinierende Symptomatik zu bessern oder zu heilen, sondern auch das Integrationsniveau der Persönlichkeitsstruktur zu verbessern. Trotz sich weitgehend überschneidenden Diagnosespektrums stehen im Krankenhaus die Heilung oder Linderung von akuten, aber auch chronischen Krankheiten mit einem hohen Aufwand von Einzelpsychotherapie, ärztlich somatischer Betreuung und mit regelmäßiger Anpassung des Behandlungskonzepts an den momentanen Zustand des Patienten im Vordergrund, während in der Rehabilitationsklinik die Behandlung der Folgen von chronischen Krankheiten mit der Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit (unter dem Stichwort

»Aktivität und Teilhabe«) und häufig ein starker Berufsbezug dominieren (Köllner 2014).

Im Jahr 2016 existierten 253 Krankenhäuser und Fachabteilungen für Psychosomatische bzw. Psychotherapeutische Medizin mit insgesamt 10857 Betten, die 84600 Patienten versorgten. Diese Zahl liegt nur bei etwa 10 % der in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie behandelten Patienten (823 182), wobei bei Letzteren nicht statistisch erfasst wurde, in welchem Anteil der Abteilungen auch eine multimodale Hochdosispsychotherapie durchgeführt wurde oder eine überwiegend psychopharmakologische oder somatomedizinische Behandlung (RKI 2016). Im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen wurden in Psychosomatik und Psychotherapeutischer Medizin 156 132 Patienten in 179 Einrichtungen behandelt, im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie waren es 65 203 in 213 Einrichtungen (RKI 2016). Bei Rehabilitationseinrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie handelt es sich in der Regel um große Abteilungen in noch größeren Fachkliniken mit z. T. übergeordneten Angeboten (z. B. gemeinsame Mahlzeiten und Veranstaltungen für psychosomatische, kardiologische und orthopädische Patienten). Die Zahlen sind in Tabelle 3-1 zusammengefasst.

Die Psychosomatische Medizin war dabei eine der wenigen medizinischen Fachdisziplinen, die in den letzten Jahren einen wesentlichen Zuwachs an Bettenkapazität und Fallzahlen verzeichnen konnte. Im Krankenhausplan der meisten Bundesländer ist die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie inzwischen auch eigenständig vertreten.

**Tab. 3-1** Fachabteilungen in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik 2014 in Deutschland (RKI 2016)

| Fachabteilung                                                             | Fachabteilungen Anzahl | Bettenanzahl | Fallzahl | Belegungstage |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|----------|---------------|
| Krankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie                            | 409                    | 55 976       | 823 182  | 19 255 072    |
| Krankenhaus für Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik               | 253                    | 10 857       | 84 600   | 3 611 940     |
| Rehabilitationseinrichtung für Psychiatrie und Psychotherapie             | 213                    | 14 300       | 65 203   | 4 614 783     |
| Rehabilitationseinrichtung für Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin | 179                    | 17 718       | 156 132  | 5 480 294     |

3.2 Stationäre Psychotherapie im Krankenhaus

**Definition**

Krankenhäuser sind nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), § 107, Abs. 1, Einrichtungen, die »2. fachlich medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen [...] und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten« (SGB V, § 107, Abs. 1).

Wesentliche Kennzeichen eines Krankenhauses sind also eine ständige ärztliche Leitung und jederzeit verfügbares ärztliches Personal,

um sofortige Hilfeleistung bei krisenhaften Zuständen zur Verfügung stellen zu können. Die wesentlichen Aufgaben des Krankenhauses sind Diagnostik und Therapie von Krankheiten, wobei das Gesetz hier nicht zwischen akuten und chronischen Krankheiten unterscheidet, auch die Bezeichnung »Akuthaus« ist im Gesetz nicht verankert und sollte in der politischen Diskussion ebenso wie in der Kommunikation mit den Kostenträgern zugunsten des korrekten Begriffes »Krankenhaus« vermieden werden. Nach § 39 SGB V ist das Krankenhaus verpflichtet, bei Aufnahme die Indikation zur stationären Therapie zu überprüfen. Es gilt der Grundsatz »ambulant vor teilstationär vor stationär«. Zur Unterstützung der sektorenübergreifenden Versorgung gehört auch ein Entlassmanagement zur Krankenhausbehandlung (SGB V, § 39, Abs. 1a). Dies umschließt auch die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie sowie die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit.

Im Jahr 2009 hat der Gesetzgeber mit § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) die Entscheidung zur Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen getroffen. Dieses sogenannte »Pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik« (PEPP-System) ist weiterhin politisch sehr umstritten und die Einführung wurde mehrfach verschoben. Im November 2016 wurde das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) beschlossen, das eine Abkehr von einem einheitlichen Preissystem zugunsten einer »Stärkung der Verhandlungspartner auf Ortsebene« vollzieht. Durch einen leistungsbezogenen Krankenhausvergleich soll eine gewisse Konvergenz der Pflegesätze unter Bezug auf die Kosten in ausgewählten Referenzkliniken erreicht werden. Die wahrscheinlich bedeutsamste Änderung sind aber die geplanten Vorgaben für die Personalausstattung psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Solche Vorgaben könnten zur Standardisierung und damit Qualitätsabsicherung, aber auch Uniformierung des psychotherapeutischen Leistungsgeschehens im Krankenhaus führen. Strukturelle und therapeutische Besonderheiten einer Einrichtung sollten dabei Berücksichtigung finden, um das hochdifferenzierte Therapieangebot der Krankenhauspsychosomatik und -psychiatrie nicht zu gefährden.

Der politische Wille eines leistungsorientierten Vergütungssystems wird zudem durch die Aushebelung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), der im zurzeit gültigen Entgeltkatalog praktisch keine Rolle

spielt, nicht umgesetzt. Nichtsdestotrotz stellen die OPS-Codes für die stationäre Psychotherapie, die unter wesentlicher Mitwirkung der Fachgesellschaften erstellt wurden, klare Kriterien für eine hochqualitative multimodale Psychotherapie im Krankenhaus auf, wie sie dem momentanen wissenschaftlich abgesicherten Standard entsprechen sollte.

Beispielhaft hierfür steht der OPS-Code 9-63 »Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen« (DIMDI 2017). Als Mindestmerkmale dieser psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung werden gefordert:

- eine ärztliche und/oder psychologische Einzel- und Gruppentherapie von mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche (eine Therapieeinheit entspricht dabei z. B. 25 Minuten Einzeltherapie)
- eine standardisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik zu Beginn der Behandlung mit Festlegung
  - von Hauptdiagnose und Komorbiditäten
  - einer Basisdokumentation zur Psychotherapie (Psy-BaDo)
  - einer standardisierten Erhebung des psychopathologischen Befundes mittels AMDP
  - einer Schweregradeinschätzung entsprechend dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) und dem Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
  - einer OPD-2-Diagnostik in psychodynamisch arbeitenden Kliniken bzw. einer Verhaltensanalyse in kognitiv-behavioralen Kliniken

Zudem muss die therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter der Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stattfinden – eine Leitung durch einen



**Tab. 3-2** OPS 9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (gekürzte Wiedergabe nach DIMDI 2017)

|                 |                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mindestmerkmale | <ul style="list-style-type: none"><li>• ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie</li><li>• mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche</li></ul>                                                             |
|                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• standardisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik zu Beginn der Behandlung (Psy-BaDo, Haupt- und Nebendiagnosen, AMDP, BSS, GAF, OPD-2/Verhaltensanalyse)</li></ul> |
|                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• therapiezielorientierte Behandlung</li><li>• multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</li></ul>                   |
|                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• psychodynamisches oder kognitiv-behaviorales Grundverfahren</li><li>• wöchentliche Teambesprechung</li></ul>                                                                      |
|                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• somatisch-medizinische Aufnahmeuntersuchung</li></ul>                                                                                                                             |
|                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• eine fachärztliche Visite pro Woche</li></ul>                                                                                                                                     |

Facharzt eines anderen Bereichs oder einen Arzt mit dem Zusatztitel Psychotherapie ist hier nicht ausreichend. Das Grundverfahren kann psychodynamisch oder kognitiv-behavioral sein. Die Behandlung orientiert sich an definierten Therapiezielen und wird in wöchentlichen Teambesprechungen reflektiert. Eine somatisch-medizinische Aufnahmeuntersuchung ist ebenso gefordert wie eine wöchentliche fachärztliche Visite. Neben Ärzten und Psychologen sind Spezialtherapeuten, z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen und Sportlehrer sowie Pflegefachpersonen gefordert. Das Behandlungsergebnis soll auch durch eine Prä-/Post-Evaluation abgesichert werden (Tab. 3-2).

Diese Vorgaben spiegeln den hohen Standard stationärer Psychotherapie wider. Gleichwohl wird die Therapie- bzw. Leistungsdichte nicht bzw. erst ab extrem hohem Aufwand entgeltwirksam abgebildet (Letzteres im Rahmen der sog. ergänzenden Tagesentgelte des PEPP-Systems). Als »lernendes

System« kann das pauschalierende Entgeltsystem allerdings durch Eingaben der Leistungserbringer und Fachgesellschaften hinsichtlich dieser Schwächen weiter modifiziert und verfeinert werden.

Unter Zugrundelegung dieser Leistungsvorgaben erarbeitete die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) Empfehlungen für **Struktur- und Prozessmerkmale** der Kliniken und Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Hildenbrand et al. 2014). Die vorgeschlagenen Qualitätsstandards umfassen sowohl die Personalausstattung als auch den Raumbedarf und die medizinisch-technischen Voraussetzungen, um wirtschaftlich sowie fach- und sachgerecht arbeiten zu können. Für eine Abteilung mit 24 vollstationären und zwölf teilstationären Behandlungsplätzen wird folgender Personalschlüssel vorgeschlagen:

|                                |                                                                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Ärzte und Psychologen          | 1: 4,5 Patienten<br>(ohne Berechnung der Bereitschaftsdienste und Leitungsaufgaben) |
| Pflegekräfte im Tagdienst      | 1: 3,46 Patienten                                                                   |
| Sozialarbeit                   | 1: 18 Patienten                                                                     |
| Kunst- und Gestaltungstherapie | 1: 34,53 Patienten                                                                  |
| Musiktherapie                  | 1: 34,53 Patienten                                                                  |
| Körpertherapie                 | 1: 34,53 Patienten                                                                  |
| Physiotherapie                 | 1: 34,53 Patienten                                                                  |

Allerdings bleibt abzuwarten, ob die Kostenträger die finanziellen Ressourcen für diese Qualitätsstandards zur Verfügung stellen werden.

Die Erarbeitung von Qualitätsstandards und von Maßnahmen zur **Qualitätssicherung** ist darüber hinaus ein gesetzlicher Auftrag: In § 135a SGB V wurden Leistungserbringer einschließlich zugelassener Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, sich an einer einrichtungsübergreifenden (externen) Qualitätssicherung zu beteiligen. In § 137, Abs. 1, Nr. 2, 1c, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Erarbeitung von Richtlinien über geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, insbesondere von Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie von Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich beauftragt.

Allerdings wurden bereits seit Mitte der 1990er-Jahre externe Qualitätssicherungspro-

gramme durch Kliniken, unterstützt von den Fachgesellschaften, initiiert. So ist im Bereich der stationären Psychosomatik die Psy-BaDo-PTM (Basisdokumentation für stationäre Psychosomatik) entwickelt worden (Heymann et al. 2003), die inzwischen in 17 Einrichtungen zum Einsatz kommt. Ein umfangreicher Datensatz einschließlich psychometrischer Erhebungen und Prä-/Post-Messungen ermöglicht sowohl eine abteilungsinterne Qualitätssicherung als auch ein einrichtungsübergreifendes Benchmarking. Auch im sogenannten »Stuttgart-Heidelberger Modell« (Kordy et al. 2003) ist ein externer Klinikvergleich möglich.

Trotz gleicher gesetzlicher Grundlagen zeichnen sich die **unterschiedlichen Varianten der Krankenhauspsychotherapie** durch ein sehr differenziertes Aufgaben- und Tätigkeitsfeld aus:

- Große Fachkliniken, häufig mit psychosomatischer Gebietsbezeichnung, halten bis zu mehrere 100 Betten vor, um neben der regionalen Versorgung auch überregionale Angebote bereitzustellen, häufig mit Spezialstationen für umschriebene Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen, Ess-, Angst-, Zwangs- oder Schmerzstörungen). Das überregionale Einzugsgebiet ermöglicht auch störungshomogene Gruppentherapien von selteneren Störungen mit hoher Expertise. Der scheinbare Nachteil wohnortferner Therapie ist bei vielen Patienten gerade erwünscht, um Abstand von einem krankheitsunterstützenden Milieu zu gewährleisten und störenden Kontakt zu Bezugspersonen während der Therapiephase zu minimieren. Allerdings besteht bei großen Fachkliniken häufig eine geringere Anbindung an Kliniken mit somatisch-medizinischem Angebot.
- Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Universitäts-

kliniken und Allgemeinkrankenhäusern, Letztere mit regionalem Versorgungsauftrag, zeichnen sich dagegen durch die Nähe zur somatischen Medizin aus. Hier werden besonders effektiv Patienten mit psychosomatischen Leiden im engeren Sinn und somatopsychischen Erkrankungen behandelt. Eine somatische Mitbehandlung bis hin zu einer intensivmedizinischen Therapie lässt sich effektiv realisieren. Solche Abteilungen übernehmen zudem noch die Aufgabe eines Konsiliar- und Liaisondienstes, um die psychosomatische Diagnostik und Therapie von primär somatisch erkrankten Patienten auf den jeweiligen Fachabteilungen zu gewährleisten. Psycho-soziale Liaisondienste in bestimmten Bereichen der somatischen Medizin, wie etwa Palliativmedizin, Onkologie, Schmerzmedizin und Neurologie, ermöglichen die Mitarbeit fest zugeordneter psychosomatischer Ärzte auf entsprechenden somatischen Stationen, um psychosomatisches Fachwissen unmittelbar in die somatische Therapie einzubringen. Eine besondere Rolle spielen psychosomatische Abteilungen bei der Bildung von Orgazentren. Die Zertifizierung von onkologischen Zentren, z. B. Brustzentren und anderen Orgazentren, setzt die Integration einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilung voraus. Die Bündelung des Wissens und der Erfahrungen aller beteiligten Fachdisziplinen im Sinne eines Netzwerks gehört zur Kernidentität solcher Orgazentren (Weidner 2015).

- Psychotherapeutische Fachabteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Fachkliniken zeichnen sich häufig durch eine hohe Spezialisierung aus. Sie können aufgrund der Nähe zu beschützenden Stationen in der Psychiatrie auch schwerst belastete Patienten mit drohender Suizidalität versorgen.
- Tageskliniken für Psychotherapie finden sich meist in Ballungsgebieten, wo eine ausreichende Patientenzahl ein dichtes Therapieangebot tagsüber nutzen kann, ohne einer vollstationären Unterbringungsmöglichkeit zu bedürfen. Die Dichte der Therapie und die Anforderungen an den Patienten können sich dabei je nach Spezialisierung der Tagesklinik und psychiatrischem bzw. psychosomatischem Schwerpunkt deutlich unterscheiden. Das Behandlungsangebot richtet sich an die Patienten, für die eine ambulante Psychotherapie nicht mehr ausreicht, die eine Trennung vom häuslichen Milieu aber nicht benötigen oder wünschen (z. B. wegen der Versorgung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen). Letzteres kann jedoch auch zu einer weiteren Überforderung dieser Patienten führen, sodass eine genaue Differenzialindikation im Einzelfall gestellt werden muss.

### 3.3 Psychotherapie in der Rehabilitationsklinik

Kennzeichen einer psychosomatischen Rehabilitation ist ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept, das psychotherapeutische Interventionen in besonderer Weise betont. Daher wurde in den letzten Jahren häufiger die Bezeichnung »Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen« verwendet (RKI 2008). Dabei orientiert sich die psychosomatische Rehabilitation vor allem an der funktionalen Gesundheit des Patienten, nimmt also beeinträchtigte Aktivitäten und eine drohende oder bereits bestehende Teilhabestörung ins Zentrum. Sie orientiert sich mehr an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als an der Krankheitsklassifikation ICD-10: Da-

mit gewann die psychosomatische Rehabilitation seit den 1990er-Jahren zunehmend eine eigene Rehabilitationsidentität (Köllner 2014), bei der Aktivitäten und Teilhabe, die soziale Dimension des Leidens und berufliche Aspekte, insgesamt die Überwindung von Krankheitsfolgen, im Zentrum stehen (Broda et al. 2013). Die psychosomatische Rehabilitationsbehandlung wird überwiegend durch die Rentenversicherung (SGB VI) finanziert, zu einem kleineren Teil auch durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 40 SGB V.

Definition

In SGB V § 107, Abs.2, werden die Aufgaben von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen folgendermaßen charakterisiert: Sie dienen der stationären Behandlung von Patienten, um »(1.a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen [...] (Vorsorge) oder (b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen [...]« sowie »eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (Rehabilitation) [...]«. Sie stehen »(2.) fachlich medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung [...]« und sind »unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet [...], den Gesundheitszustand [...] nach einem ärztlichen Behandlungsplan [...] zu verbessern [...]« (SGB V, § 107, Abs.2).

Für psychosomatische Rehabilitationskliniken werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) **Personalanhaltszahlen** vorgegeben. In die Systematik der Personalanhaltszahlen im Krankenhaus um-

gerechnet (► Abschn. 3.2) ergeben sich hier – allerdings unter Berücksichtigung der Bereitschafts- und Nachtdienste – folgende Zielgrößen (nach Bernhard & Süllwold 2015):

|                                                                                   |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Ärzte und Psychologen                                                             | 1 : 7,4 Patienten  |
| Pflegekräfte                                                                      | 1 : 11,8 Patienten |
| Diplom-Sozialarbeiter/<br>Diplom-Sozialpädagogen                                  | 1 : 83,3 Patienten |
| Physiotherapeuten/Krankengymnasten/Gymnastiklehrer/Sportlehrer/Diplom-Sportlehrer | 1 : 28,6 Patienten |

Daneben werden auch Anhaltszahlen für weitere Professionen genannt, wie Diätassistenten, Diplom-Ökotrophologen, Masseure, Kreativ- bzw. Beschäftigungstherapeuten/Ergotherapeuten (► Kap. 4).

Die **Zuweisung** zu einer psychosomatischen Rehabilitation erfolgt durch einen formalisierten Antrag, der höhere Anforderungen stellt als eine Krankenhauseinweisung. In ihm muss dargelegt werden, ob der Patient rehabilitationsbedürftig ist bzw. ob die Mittel der kurativen Behandlung bereits ausgeschöpft wurden, ob ein chronifiziertes Krankheitsgeschehen von mindestens sechs Monaten Dauer vorliegt und ob der Patient in der Lage ist, dem stärker gruppentherapeutisch ausgerichteten Behandlungsangebot zu folgen (Köllner 2014). Den Rehabilitationsantrag stellt dabei der Versicherte; der behandelnde Psychotherapeut fügt einen zusätzlichen Befundbericht bei. Bei längerer Wartezeit kann der Antrag nötigenfalls auch im Eilverfahren gestellt werden. Ist der Patient bereits längere Zeit arbeitsunfähig, kann er von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Arbeitsagentur auch zur Stellung eines Rehabilitationsantrags aufgefordert werden; kommt die Rehabilitationsmaßnahme aus Verschul-

den des Patienten nicht oder nicht ausreichend zustande, droht sogar ein Wegfall von Sozialleistungen (Köllner 2014).

Ein Kernaspekt der Rehabilitationsbehandlung ist die sozialmedizinische Beurteilung, die im Entlassbericht dargelegt wird. Insbesondere die Arbeitsfähigkeit, eine vollschichtige oder stundenweise berufliche Tätigkeit im bisherigen Beruf sowie das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einschließlich eines positiven oder negativen Leistungsbildes werden beurteilt und sind für die weitere sozialrechtliche Einstufung des Patienten, etwa hinsichtlich einer vorzeitigen Berentung, von entscheidender Bedeutung. Hier kommt dem betreuenden Therapeuten eine doppelte Funktion zu – als Arzt bzw. Psychotherapeut und als begutachtender Spezialist, was zu einem gewissen Rollenkonflikt führen kann.

**Qualitätssicherung** hat in der medizinischen Rehabilitation eine lange Tradition. Bereits 1994 wurde ein Qualitätssicherungsprogramm auch für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation gestartet, welches die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität über Peer-Reviews und Befragungen von Patienten absichert. Die Kliniken erhalten in einem Benchmarking-Prozess vergleichende Berichte von der Deutschen Rentenversicherung Bund (RKI 2008).

### 3.4 Gesetzliche Grundlagen der Krankenhaus- oder Rehabilitationstherapie

Den Behandlungen im Krankenhaus und in einer Rehabilitationsklinik liegen – zumindest theoretisch – deutlich unterscheidbare Krankheitsmodelle und Therapierationale zugrunde. Eine Krankenhausbehandlung zielt auf eine kurative Therapie unter Berücksichtigung ätiologischer und pathogenetischer Ge-

sichtspunkte ab. Sie ist daher stets höchst individualisiert, zeigt eine geringere Standardisierung von Therapieprogrammen und erfordert eine stetige Anpassung der Therapieziele und -methoden im Verlauf der Behandlung. Darüber hinaus spielen körperliche Erkrankungen bzw. Symptome und die pharmakologische Behandlung eine größere Rolle, was wiederum einen höheren Bedarf an ärztlichen Therapiemaßnahmen bedingt.

Demgegenüber betont die Rehabilitationspsychosomatik die Wiederherstellung oder Besserung der funktionalen Gesundheit, insbesondere der Teilhabe und der Aktivitäten. Die Überwindung der Krankheitsfolgen bei chronischen Störungen, die Verbesserung von Coping-Mechanismen, die Reduktion von Funktionseinschränkungen und die Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben und im Alltag dominieren gegenüber dem Gedanken der Heilung und Linderung (Broda et al. 2013; Köllner 2014). Gruppentherapeutische Maßnahmen stehen gegenüber der Einzeltherapie im Vordergrund, wobei insbesondere eine differenzierte und spezialisierte Psychoedukation (z. B. Umgang mit chronischen Symptomen, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens) und berufsbezogene Therapieangebote zur Verfügung gestellt werden.

Die Unterschiede der Behandlungsvoraussetzungen spiegeln sich auch in den Kriterien für Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in § 107 SGB V wider: Wird bei den Krankenhäusern an erster Stelle die Erkennung und Heilung von Krankheiten genannt, so findet sich bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen neben präventiven Aspekten eine Aufzählung von Zielen, die (neben der Heilung und Linderung) wesentlich die Sicherung von Behandlungserfolgen, die Abwendung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit oder deren Ausgleich und die Abmilderung von Folgen beinhaltet. Der höhere fachlich-medizinische

Aufwand wird in SGB V § 107 durch die Forderung einer ständigen ärztlichen Leitung im Krankenhaus verdeutlicht, während Rehabilitationseinrichtungen lediglich eine ständige ärztliche Verantwortung benötigen. Ein Kernkriterium des Krankenhauses ist aber das jederzeit verfügbare ärztliche, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technische Personal. Dementsprechend liegen die vorgeschlagenen Personalanhaltszahlen (► S. 35) im Krankenhaus für den ärztlich-psychologischen Bereich, die Pflegekräfte und die Sozialarbeit deutlich über denen einer Rehabilitationseinrichtung, während es sich im physiotherapeutischen Bereich umgekehrt verhält. Dies entspricht dem höheren Einzelbetreuungsbedarf und der individualisierten Therapie im Krankenhaus sowie den mehr gruppentherapeutisch orientierten Programmen (mit geringerem Personalbedarf) sowie den körperlich roborierenden und Übungsbehandlungen im Rehabilitationsbereich.

### 3.5 Sektorenübergreifende Versorgung

Ein auffälliges Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens ist ein streng sektoral gegliedertes Versorgungssystem mit ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringern und unterschiedlichen Kostenträgern für Prävention, Therapie und Rehabilitation. Ein solches System fördert eine enge Behandler- bzw. Institutionenperspektive und behindert einen reibungslosen Übergang des Patienten in seinem Krankheitsverlauf durch die Sektoren. Gleichzeitig stehen alle Leistungserbringer unter erhöhtem Kostendruck und konkurrieren miteinander um die knappen werdenden Ressourcen. Ein Ausweg aus diesem Dilemma scheint für manche große Leistungserbringer, insbesondere Klinikkonzerne, die Expansion in andere Sektoren.

Die deutsche und europäische Gesundheitspolitik drängt auf eine Aufweichung der Sektorengrenzen; dies zum einen unter dem Gesichtspunkt weiterer Kosteneinsparungspotenziale, zum anderen, um für Patienten die Kontinuität der Behandlung und kurze Zugriffszeiten auf eine Behandlung mit Facharztstandard abzusichern. Eine sektorenübergreifende Perspektive erscheint in psychotherapeutischen Behandlungsverläufen besonders notwendig zu sein: Patienten müssen lange Wartezeiten auf ambulante Therapieplätze in Kauf nehmen, auch wenn sie nach einer schweren Erkrankung aus stationärer Therapie entlassen werden und dringend einer Nachbehandlung bedürfen. Der Aufbau einer neuen therapeutischen Beziehung nach Sektoren- und damit verbundenem Therapeutenwechsel stellt für Psychotherapiepatienten zweifellos eine höhere Hürde dar als in der somatischen Medizin. Mit sektorenübergreifenden Angeboten ist auch die Hoffnung auf eine Verkürzung langer Krankenhausaufenthalte verbunden. Sie könnten sogar vermieden werden, wenn – im Gegensatz zur überwiegenden Richtlinientherapie im ambulanten Bereich – ein multimodales Therapiekonzept sektorenübergreifend zur Verfügung gestellt werden könnte.

Es hat daher nicht an Initiativen der deutschen Gesundheitspolitik gemangelt, mit unterschiedlichsten gesetzlichen Instrumenten die Sektorengrenzen durchlässig zu machen (Tab. 3-3).

Einige dieser gesetzlichen Möglichkeiten könnten für Patienten erfreuliche Erleichterungen für eine qualifizierte Behandlung und für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen interessante Optionen darstellen. Im Folgenden werden sie näher beleuchtet:

**Besondere Versorgung (Integrierte Versorgung) (§ 140a SGB V)** Die Regelungen zur Integrierten Versorgung (IV) erlauben es Vertragsärz-



Tab. 3-3 Gesetze mit dem Ziel der Öffnung der Sektorengrenzen

|                           |                                                                   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Versorgungsstrukturgesetz | • § 17d, 1 KHG: PEPP                                              |
|                           | • § 116b SGB V: Ambulante Behandlung im Krankenhaus (»3. Sektor«) |
| Daneben                   | • § 63 SGB V: Modellvorhaben                                      |
|                           | • § 73c SGB V: Selektivverträge                                   |
|                           | • § 95 SGB V: MVZ                                                 |
|                           | • § 115, 2, 1 SGB V: Praxiskliniken                               |
|                           | • § 115a, b SGB V: Prä- und poststationäre Behandlungen           |
|                           | • § 118 Abs. 3 SGB V: Psychosomatische Institutsambulanzen        |
|                           | • § 137 SGB V: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung           |
|                           | • § 137f, g SGB V: DMP                                            |
|                           | • § 140a SGB V: Besondere Versorgung (Integrierte Versorgung)     |

DMP = Disease-Management-Programme; KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz; MVZ = Medizinische Versorgungszentren; PEPP = Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik; SGB V = Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

ten, medizinischen Versorgungszentren oder Praxiskliniken, jedoch auch Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, pharmazeutischen Unternehmen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen, ein verschiedene Leistungssektoren übergreifendes oder interdisziplinär fachübergreifendes Versorgungsangebot außerhalb des kollektivvertraglichen Systems auf einzelvertraglicher Basis mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Die Wirtschaftlichkeit dieser besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der Verträge nachweisbar sein.

Diese gesetzliche Möglichkeit mit der Generierung von Erlösen außerhalb des Budgets und einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgungskette klang prima vista hochattraktiv, führte aber zu einem deutlichen Personalmehraufwand für Zusatzleistungen, Management und wissenschaftliche Absicherung. Daher wurden nach Beendi-

gung der initialen Anschubfinanzierung zahlreiche sogenannte IV-Verträge wieder gekündigt.

**Medizinisches Versorgungszentrum (§ 95 SGB V)**  
Neben Vertragsärzten und weiteren Leistungserbringern können auch zugelassene Krankenhäuser ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gründen.

Dies kann für sie von Vorteil sein, um eine vor- oder nachstationäre Versorgung – und somit sektorenübergreifend – zur Verfügung zu stellen und die wirtschaftlichen Synergieeffekte zu nutzen. Gleichzeitig bieten solche medizinischen Versorgungszentren den angestellten Ärzten interessante Arbeitszeitmodelle und befreien sie vom häufig gescheuten Unternehmerrisiko. Allerdings unterliegen medizinische Versorgungszentren auch der Bedarfsplanung und Leistungsbegrenzung im Vertragsarztsystem. Im psychotherapeuti-



schen Bereich lassen sich z.B. Einzel- und Gruppentherapieangebote im Gefolge einer stationären Psychotherapie realisieren. In Kombination mit IV-Verträgen könnten hier auch tagesklinische, gruppentherapeutische oder diagnostische Leistungen mit flexiblen Übergängen zwischen den Sektoren angeboten werden.

**Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)** Bei seltenen, explizit definierten komplexen und schwer therapierbaren Krankheiten sind eine ambulante Diagnostik und Therapie auch in zugelassenen Krankenhäusern möglich.

Eine Beteiligung von Psychotherapieabteilungen im Krankenhaus ist zurzeit bei Transsexualismus denkbar. In Zukunft könnten durch eine Erweiterung der Krankheitsliste weitere Indikationen hinzukommen, was für hochspezialisierte Einrichtungen, wie z.B. Universitätskliniken, eine Option darstellen würde.

**Psychosomatische Institutsambulanz (PsIA) (§ 118 Abs. 3 SGB V)** In Zusammenhang mit der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrische und Psychosomatische Krankenhäuser (PEPP) wurde auch den psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen die Möglichkeit der Eröffnung einer Institutsambulanz eingeräumt, wie sie seit vielen Jahren sehr erfolgreich an psychiatrischen Häusern möglich ist. § 118 SGB V wurde daher um einen Absatz 3 ergänzt, der die Berechtigung zur ambulanten Behandlung bestimmter Krankheitsgruppen auf »*psychosomatische Krankenhäuser [...] und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen*« erweitert. Allerdings stellt der Abschluss einer vertraglichen Rahmenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner über die sogenannten PsIA bisher eine hohe Hürde dar.

Psychosomatische Institutsambulanzen könnten in Zukunft das Herzstück einer sektorenübergreifenden psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung werden. Die Erweiterung multimodaler Therapie in den ambulanten Bereich, möglicherweise unter Wahrung der Kontinuität der therapeutischen Beziehung, reduziert die Schnittstellenproblematik über die Sektorengrenzen. Versorgungslücken durch Wartezeiten auf eine stationäre Aufnahme oder eine poststationäre ambulante Therapie könnten geschlossen werden. Schwerstkranke Patienten, die im ambulanten Bereich unzureichend versorgt sind, werden rascher eine intensive, multimodale Therapie erhalten, ohne deswegen stationär aufgenommen werden zu müssen. Die Schaffung von Psychosomatischen Institutsambulanzen in unterversorgten Regionen würde Leistungslücken auch in der Fläche ausgleichen, wie dies häufig bei Psychiatrischen Institutsambulanzen bereits zu beobachten ist. Auch spezialisierte Behandlungsprogramme für chronifizierte Leiden und seltenere Erkrankungen könnten ambulant realisiert werden (Rothe & Cuntz 2014).

Selbstverständlich sollten durch Psychosomatische Institutsambulanzen keine Doppelstrukturen im Sinne einer Konkurrenz zur ambulanten Versorgung geschaffen werden. Vielmehr handelt es sich um ein komplementäres Behandlungsangebot, das zu sinnvollen Behandlungsketten im Sinne eines Gesamtbehandlungsplans genutzt werden kann. Insofern ist die geplante Anrechnung der Leistungen von Psychosomatischen Institutsambulanzen, jedoch auch der spezialärztlichen Versorgung auf den Versorgungsgrad der Bevölkerung und damit auf die Bedarfsplanung kontraproduktiv, da damit die Möglichkeiten ambulanter Psychotherapeuten eingeschränkt und die Versorgung der (noch ambulant zu behandelnden) Patienten behindert wird.

**Rehabilitationsnachsorgeprojekte** Auch im Bereich der ambulanten Nachbehandlung einer stationären psychosomatischen Rehabilitation werden interessante Projekte durchgeführt und evaluiert: Die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) ermöglicht es Patienten, poststationär eine Gruppentherapie und weitere Therapieelemente über drei Monate durchzuführen (Köllner 2014). Diese und ähnliche Programme sollen helfen, stationäre Therapieerfolge auf den ambulanten Bereich zu übertragen.

Es ist zu erwarten, dass das politische Desiderat einer sektorenübergreifenden Versorgung und die klinische Notwendigkeit einer möglichst kontinuierlichen Behandlung der Erkrankten zu einer weiteren Öffnung der Sektorengrenzen führen werden. Von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen wird daher in den nächsten Jahren eine große Flexibilität zugunsten der Ausweitung und Modifikation eigener Tätigkeitsfelder erwartet.

Ambulante, teilstationäre und stationäre Psychotherapie sollten dabei niemals als konkurrierende Sektoren, sondern als komplementäre Settings verstanden und differenzierte Indikationen erarbeitet werden (Broda et al. 2013). Eine sektorenübergreifende Beschäftigung einzelner Psychotherapeuten könnte zu einer Kontinuität der therapeutischen Beziehung für den Patienten führen, was den ansonsten unvermeidbaren Bruch bei einem Sektorenwechsel überbrücken würde. Sollten dennoch ein Setting- und Therapeutenwechsel notwendig werden, müssen die Kommunikationswege zwischen den Behandlern intensiviert und institutionalisiert werden. Eine z.B. regionale Vernetzung der Leistungsanbieter bringt enorme Synergieeffekte und Kosteneinsparungen. Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit wird zugunsten eines erweiterten Therapieerfolgs verbessert und führt auch zu

einer erhöhten Arbeitszufriedenheit der Leistungserbringer. Dabei sollen die Risiken eines zunehmenden Verdrängungswettbewerbs und die häufige Dominanz ökonomischer Gesichtspunkte jedoch nicht verschwiegen werden. Vernetzung könnte auch zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand, insbesondere bei unklaren oder zu komplexen Netzstrukturen, führen. Trotz dieser Schwierigkeiten führt allerdings an der Vernetzung und Öffnung psychotherapeutisch tätiger Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen kein Weg vorbei.

## Literatur

- Bernhard P, Süllwold R. Personalanhaltszahlen. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Neermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Broda M, Hildenbrand G, Köllner V. Versorgungsstrukturen und Schnittstellen psychotherapeutischer Versorgung. In: Senf W, Broda M, Wilms B (Hrsg). Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium. Stuttgart: Thieme 2013.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg). OPS Version 2018. Operationen- und Prozedurenschlüssel 2018. Stand: 18. 10. 2017. Köln: DIMDI 2017. [www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/download-center/ops/version2018/systematik](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/download-center/ops/version2018/systematik) (letzter Zugriff: 04. 12. 2017).
- Henningsen P, Rief W. Spezifische psychosomatische und verhaltensmedizinische Versorgungsangebote. In: Rief W, Henningsen P (Hrsg). Psychosomatik und Verhaltensmedizin. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Heymann Fv, Zaudig M, Tritt K. Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin. Eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (PsyBaDo PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2003; 62: 209–21.

- Hildenbrand G, Janta B, Heuft G. Struktur- und Prozessqualitätsstandards für Kliniken und Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) und Chefarzt-konferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland e. V. (CPKA). *Ärztl Psychother* 2014; 9: 175–81.
- Koch U, Schulz H. Voraussetzungen und Strategien zur Entwicklung von Leitlinien in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. *Rehabilitation* 2003; 42: 119–23.
- Köllner V. Psychosomatische Rehabilitation. *Ärztl Psychother* 2014; 9: 182–9.
- Kordy H, Hannover W, Bauer S. Das Stuttgart-Heidelberger Modell zur Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie. In: Härter M, Linster HW, Stieglitz RD (Hrsg). *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung*. Göttingen: Hogrefe 2003.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg). *Psychotherapeutische Versorgung*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin: Robert Koch-Institut 2008.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Fachabteilungen, Betten (Anzahl und je 100 000 Einwohner), Fälle, Berechnungs-/Belegungstage (jeweils Anzahl), Nutzungsgrad und Verweildauer in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Art der Fachabteilung. Berlin: Robert Koch-Institut 2016. [www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasy921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=44077819&nummer=547&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=54840793](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasy921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=44077819&nummer=547&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=54840793) (letzter Zugriff: 04. 12. 2017).
- Rothe HM, Cuntz & Psychosomatische Institutsambulanzen in der sektorenübergreifenden Versorgung. *Ärztl Psychother* 2014; 9: 196–200.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). [www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/) (letzter Zugriff: 15. 11. 2015).
- Weidner K. Psychosomatik in Organzentren. *Ärztl Psychother* 2015; 10: 127–8.

## 4 Teilhabe oder Nicht-Teilhabe, das ist hier die Frage – Psychosomatische Rehabilitation

Christoph Schmeling-Kludas

### Zusammenfassung

Mengenmäßig werden die psychotherapeutischen Behandlungen in Krankenhäusern von denen übertroffen, die im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation angeboten werden. Letztere spielt entsprechend auch in Ausbildung und beruflicher Praxis vieler ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten eine entscheidende Rolle. Dabei wirken die Rahmenbedingungen der Rehabilitation in ganz eigener Weise in die Therapeut-Patient-Beziehung hinein, etwa dadurch, dass vom Psychotherapeuten ein Beitrag zur sozialmedizinischen Begutachtung der Patienten erwartet wird. Einen umfassenden Überblick bietet die in 2. Auflage von Schmidt-Ott et al. (2015) herausgegebene Monografie »Rehabilitation in der Psychosomatik«. Dieses Kapitel konzentriert sich auf die Besonderheiten der Psychotherapie und die spezifischen Auswirkungen der Rahmenbedingungen der psychosomatischen Rehabilitation auf die Therapeut-Patient-Beziehung. Daneben werden in knapper Form Organisationsprinzipien, Aspekte der Qualitätssicherung und Nachweise der Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation behandelt.

### 4.1 Träger der psychosomatischen Rehabilitation und Antragstellung

Im Jahr 2014 existierten 233 Krankenhäuser oder Fachabteilungen für Psychosomatische bzw. Psychotherapeutische Medizin mit insgesamt 10 162 Betten, die 82 148 Patienten versorgten (Psychiatrie und Psychotherapie: 832 849 Patienten). Bei 152 371 Patienten wurden psychosomatische Rehabilitationsmaß-

nahmen in 173 Einrichtungen durchgeführt, im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie waren es 71 716 Maßnahmen in 213 Einrichtungen, etwa in Form der Suchtrehabilitation (► Kap. 3). Selbst wenn man in Rechnung stellt, dass es auch in Abteilungen und Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie eigene Stationen für stationäre Psychotherapie gibt, dürften jährlich deutlich mehr psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen als psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen durchgeführt werden. Neben der stationären Rehabilitation gibt es auch tagesklinische Angebote unter der Bezeichnung **ambulante Rehabilitation** (► Kap. 7 und ausführlich Rüd-  
del & Wahl 2015).

Träger von Rehabilitationsleistungen sind:

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Bundesagentur für Arbeit
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- die Träger der Sozialhilfe
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

Rehabilitation hat zum Ziel, Teilhabestörungen in allen Bereichen der Gesellschaft – Beruf, Freizeit, Bildung, Kultur, Sport, Politik, Gesundheitswesen usw. – zu verhindern, zu reduzieren oder zu beheben. Wir befassen uns im Folgenden ausschließlich mit den Maßnahmen der Rentenversicherer, die den mit

weitem Abstand größten Anteil in der psychosomatischen Rehabilitation ausmachen und bei denen die Teilhabe am Erwerbsleben im Mittelpunkt steht. Außer der medizinischen Rehabilitation, um die es in diesem Kapitel geht, wird von der Rentenversicherung auch eine berufliche Rehabilitation angeboten, z. B. in Form von Umschulungen. Näheres zu spezifischen Zielen und Anspruchsvoraussetzungen bei den anderen oben genannten Trägern ist nachzulesen bei Schliehe & Sulek (2007).

Eine nahtlose Rehabilitation nach einer Krankenhausbehandlung – eine sog. Anschlussheilbehandlung – ist, anders als etwa in der Kardiologie, der Orthopädie oder der Onkologie, in der Psychosomatischen Medizin nicht vorgesehen, u. a. weil es schwer ist, hier eine für die beteiligten Kostenträger akzeptable Abgrenzung vorzunehmen. Auch bedeutet ein Wechsel der Institution für den Patienten fast immer, dass er sich neu einfinden muss, was eine gewisse Zeit benötigt. In einigen Kliniken, z. B. in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein, gab und gibt es Modellversuche im Sinne einer unmittelbar auf die Krankenhausbehandlung folgenden Rehabilitation, ohne dass die Einrichtung gewechselt wird. Diese Modelle haben sich bislang nicht generell durchsetzen können. Insofern ist die Indikation für eine Krankenhausbehandlung oder eine Rehabilitation in jedem Einzelfall vorab anhand verschiedener Kriterien zu klären (► Kap. 7).

Hausärzte oder auch Ärzte anderer Fachgebiete und seit 2016 auch Psychologische Psychotherapeuten können psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen beim Rentenversicherer beantragen. Der hierfür zwischenzeitlich geforderte Nachweis einer speziellen Qualifikation der verordnenden Ärzte wurde ab 2016 wieder aufgehoben. Neben der Indikation, dem Schweregrad der Erkrankung(en) und den Rehabilitationszie-

len sind bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen spezielle Therapieziele zu berücksichtigen (Paar et al. 2015a). Bei der Rentenversicherung entscheidet ein eigener Medizinischer Dienst über die Notwendigkeit der Maßnahme und auch darüber, ob diese ambulant, d. h. teilstationär, oder stationär durchgeführt werden soll. Auch die Auswahl der für den Patienten geeigneten Klinik erfolgt durch den Rentenversicherer, wobei dort umfangreiche Informationen über die spezifischen fachlichen Angebote der belegbaren Rehabilitationskliniken vorliegen. Für Patienten, die in einer bestimmten Klinik behandelt werden möchten, ist wichtig zu wissen, dass das derzeit gültige Sozialrecht den Rehabilitanden ein Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl der Klinik einräumt.

Damit die unterschiedlichen Trägerschaften und Eingangsvoraussetzungen nicht zum Nachteil für einen rehabilitationsbedürftigen Patienten werden, hat das Sozialgesetzbuch V geregelt, dass bei jedem Kostenträger für Rehabilitationsmaßnahmen ein Antrag gestellt werden kann und der angesprochene Träger innerhalb von zwei Wochen über die eigene Zuständigkeit entscheiden oder den Antrag an den zuständigen Kostenträger weiterleiten muss. Geschieht das nicht in dieser Frist, so ist der zuerst angesprochene Träger selbst für die Finanzierung zuständig. Durch diese Zeitvorgaben ist eine Rehabilitationsmaßnahme häufig schneller einzuleiten (oft in wenigen Wochen) als eine Krankenhausbehandlung. Allerdings wird ein nicht unerheblicher Teil der Anträge auf psychosomatische Rehabilitation zunächst abgelehnt, im zweiten Durchgang, dem sogenannten Widerspruchsverfahren, werden diese Anträge dann aber überwiegend bewilligt.

Zusammenfassend wird die Indikation für die Durchführung einer ambulanten oder stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme nicht allein vom zuweisenden

Arzt gestellt. Vielmehr prüfen die Medizinischen Dienste der Krankenkassen bzw. der Rentenversicherung in jedem Falle die Anträge, die bei ihnen eingehen.

## 4.2 Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der psychosomatischen Rehabilitation

Voraussetzungen für eine psychosomatische Rehabilitation durch die Rentenversicherer sind unter anderem folgende (► auch Mau 2007; Schliehe & Sulek 2007; Schmeling-Kludas 1999, 2007, 2010; ► Kap. 7):

- bestimmte Vorversicherungszeiten
- eine eingetretene oder drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit; bei einem nicht unerheblichen Teil der Rehabilitanden löst ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeit die Zuweisung in eine Psychosomatische Klinik aus; nach dem Grundsatz »Reha vor Rente« ist zunächst zu prüfen, ob dem Betroffenen nicht doch die weitere Teilhabe am Berufsleben ermöglicht werden kann
- eine Erfolgsaussicht der Maßnahme in dem Sinne, dass sie voraussichtlich die Minderung der Erwerbsfähigkeit bessern wird
- die Orientierung nicht an den Diagnosen gemäß ICD (die vor Antritt der Rehabilitation möglichst diagnostisch abgeklärt sein sollten), sondern an Teilhabestörungen, und zwar am WHO-Konzept der funktionalen Gesundheit und der »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF) (Paar et al. 2015b; Schuntermann, 2015)
- Rehabilitationsfähigkeit der Patienten, d.h. für die psychosomatische Rehabilitation die Fähigkeit, sich weitgehend selbstständig zu versorgen und das in der Regel zu Beginn für den ganzen Aufenthalt zusammengestellte therapeutische Angebot

einschließlich von Gruppenbehandlungen selbstständig zu nutzen, es wird also auch Gruppenfähigkeit vorausgesetzt

- in Kombination der beiden letztgenannten Punkte kann ergänzt werden, dass Patienten eine ggf. vorher vorhandene Phase der akuten Bedrohtheit überstanden haben und hinreichend stabil sein sollten, sodass sie nicht auf intensive ärztliche, psychotherapeutische und pflegerische Versorgung angewiesen sind; eine Komorbidität mit organischen Erkrankungen stellt keinen Hinderungsgrund für eine psychosomatische Rehabilitation dar, sofern die Organerkrankung ebenfalls stabilisiert ist

Entsprechend ist die psychosomatische Rehabilitation auf die Besserung oder Wiederherstellung der Teilhabe am Erwerbsleben, an der Erwerbsfähigkeit ausgerichtet. Sie wird zunehmend als sogenannte medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) organisiert (Köllner & Stock Gissendanner 2015) und immer stärker auf die Problemlagen und Bedürfnisse der Erwerbstätigen zugeschnitten, etwa mit Gruppenangeboten zu Themen wie Stressbewältigung, arbeitsbezogene Probleme, Mobbing, soziales Kompetenztraining oder Konfliktlösung, mit Bewerbungstrainings oder auch mit Belastungserprobungen in speziellen Übungsfirmen oder Arbeitsbereichen (intern in der Rehabilitationsklinik oder extern in kooperierenden Betrieben) (Koch & Hillert 2015). Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, bei denen das Berufs- bzw. Arbeitsleben ursächlich eine Rolle spielt oder sich die gesundheitlichen Probleme besonders ungünstig auf die Teilhabe am Erwerbsleben auswirken, erfahren so in der psychosomatischen Rehabilitation besonders wirksame Hilfe (Köllner & Stock Gissendanner 2015).

Demgegenüber tritt die Psychotherapie im engeren Sinne zurück, insbesondere die



»Dosis« an Einzeltherapie ist in der Regel niedriger als im Rahmen von Krankenhausbehandlungen. Da die durchschnittliche Behandlungsdauer in der psychosomatischen Rehabilitation unter 40 Tagen liegt (mit einer Tendenz zu weiteren Verkürzungen; Kruse et al., 2013; ► auch Nosper 2015; Paar et al. 2015b), ist ein sehr zielorientiertes Vorgehen der Psychotherapeuten und der gesamten Behandlungsteams unerlässlich.

Zwei weitere wichtige Rahmenbedingungen sind zu beachten: Zum einen haben die Patienten in der Rehabilitation eine **Mitwirkungspflicht**. Sie riskieren, Ansprüche auf Sozialleistungen zu verlieren, wenn sie nicht aktiv an einer Rehabilitationsmaßnahme mitwirken. Die Mitwirkungspflicht kann einen für die Durchführung einer Psychotherapie kontraproduktiven Außendruck darstellen. Es gibt aber noch eine andere Seite: Für Patienten, bei denen ein psychosomatisches Krankheitsverständnis noch fehlt (z. B. beim Vorliegen somatoformer Störungen oder Depressionen), kann die Mitwirkungspflicht eine Hilfe bei der Überwindung der Schwelle darstellen, die ein mit »Psycho« beginnendes Behandlungsangebot für manche auch heute noch bedeutet. Eine fünfwöchige psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme kann hier einen neuen Blick auf die eigene Erkrankungssituation ermöglichen und so überhaupt erst die Voraussetzungen für eine der jeweiligen Störung angemessene Behandlung, z. B. eine ambulante Psychotherapie, erzeugen.

Zum anderen ist beim Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme für alle Patienten eine **sozialmedizinische Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit** (Paar et al. 2015c) abzugeben. Diese Stellungnahme kann weitreichende Folgen haben, z. B. die Ablehnung eines Rentenanspruches oder einer beruflichen Umschulungsmaßnahme.

## 4.3 Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation

Wie im Krankenhausbereich (► Schmeling-Kludas & Wilke 2007) wird die stationäre Psychotherapie in den Rehabilitationskliniken als **multimodale Therapie** durch ein **multiprofessionelles Team** gewährleistet (Paar et al. 2015b). Der Rehabilitationsplan wird vom zuständigen Arzt (meist dem Stationsarzt) nach der Eingangsdiagnostik zusammengestellt, die ein Assessment der funktionalen Gesundheit und der Kontextfaktoren beinhaltet (Morfeld et al. 2007). Die »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF) unterscheidet dabei zwischen Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten/Teilhabe und Umweltfaktoren (Mau 2007; Schuntermann 2015). Auch wenn, wie bereits erwähnt, grundsätzlich die vorliegenden Gesundheitsstörungen diagnostisch abgeklärt sein sollten, entstehen in der psychosomatischen Rehabilitation nicht selten medizinische Fragestellungen, sodass auch im weiteren Verlauf eine stationsärztliche Versorgung erforderlich ist, um körperliche Symptome diagnostisch zuzuordnen bzw. körperliche Begleiterkrankungen adäquat zu diagnostizieren und zu behandeln (Bastin & Paar 2015). Wegen der kurzen Behandlungszeiten ist es allerdings ungünstig, wenn hierfür in komplizierten Fällen zu viel Zeit benötigt wird. Ferner wird durch die Stationsärzte in der Regel auch die psychopharmakologische Behandlung (Hillert et al. 2015), insbesondere die antidepressive Therapie bei affektiven Störungen, gewährleistet. Viele, vor allem größere Reha-Kliniken verfügen wie die Krankenhausabteilungen über ständig rufbereite Ärzte, die zumindest potenziell den Behandlungsplan ständig überprüfen und verändern könnten, auch wenn das beim rehabilitationsfähigen Patienten nicht regelhaft erforderlich sein sollte.



Im Mittelpunkt des multimodalen Angebotes stehen für viele Patienten die Einzel- und die Gruppentherapie (Wiegand-Grefe & Winkler 2015; Wiegand-Grefe et al. 2015), gewährleistet durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten. Zahlreiche Gruppenangebote sind dabei unmittelbar auf die Teilhabe am Erwerbsleben bzw. an beruflichen Problemen ausgerichtet, z. T. haben sie psychoedukativen Charakter (Schmidt-Ott & Petermann 2015).

Die Gesundheits- und Krankenpflege wird als rehabilitierende Pflege durchgeführt, welche die Ressourcen der Patienten einbezieht (Bergers 2015). Des Weiteren sind wegen körperlicher Beeinträchtigungen und Wahrnehmungsverzerrungen vieler Rehabilitanden körperorientierte Verfahren (Klinkenberg 2015a) von Bedeutung. Eine oft größere Rolle als im Krankenhausbereich spielt das sporttherapeutische und physiotherapeutische Angebot (Gründel 2015), damit die allgemeine körperliche Funktionsfähigkeit verbessert und das Vertrauen in den eigenen Körper wieder hergestellt werden können, Letzteres z. B. bei somatoformen oder auch depressiven Störungen, die viele Patienten zunächst zu einer Schonhaltung veranlassen. In der psychosomatischen Rehabilitation sind ferner Krankengymnastik und Physiotherapie besonders wichtig für die Behandlung der oft zusätzlich vorhandenen Rückenprobleme, an der viele Rehabilitanden wegen ihrer allgemein gesteigerten Erregbarkeit und Anspannung leiden. Hinzu kommen physikalische Therapiemaßnahmen (Gründel 2015) und Entspannungsverfahren (Klinkenberg 2015b), ferner Sozial- und Berufsberatungen (Bückers 2015), um vorhandene Probleme in diesen Bereichen zu klären. Gegebenenfalls wird auch von der Rehabilitationsklinik aus Kontakt mit Betriebsärzten aufgenommen, um Möglichkeiten und Abläufe der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu besprechen, z. B. die Mo-

dalitäten einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Die Kliniken arbeiten überwiegend verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch oder verwirklichen integrierte bzw. differenzielle oder störungsspezifische Behandlungsansätze, die weitere wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren einbeziehen, wie z. B. die Gesprächspsychotherapie, die humanistische Psychotherapie oder die systemische Familientherapie (Eckert 2015; Kriebel et al. 2015; Meermann et al. 2015; Mestel & Oppl 2015; Paar et al. 2015d; Zielke 2015a). Analog zu den Abteilungen und Krankenhäusern für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie haben auch viele Rehabilitationskliniken eigene Versorgungsschwerpunkte und Spezialisierungen entwickelt, sei es störungsspezifisch, problem- (z. B. Mobbing) oder berufsgruppenbezogen (z. B. für Lehrer, Ärzte, Seelsorger). Die Rentenversicherer berücksichtigen derartige Spezialisierungen gezielt bei der Zuweisung der Rehabilitanden. Ebenso wie eine vollstationäre Krankenhausbehandlung bietet eine stationäre Rehabilitation die Möglichkeit der Distanzierung von einem häuslichen oder beruflichen Konfliktfeld.

Die Gründe für und gegen eine **ambulante Rehabilitation** in einer Tagesklinik (Rüddel & Wahl 2015) gleichen denen für und gegen eine teilstationäre Krankenhausbehandlung (► Kap. 7). Die Stabilisierung und Weiterentwicklung des in der Rehabilitation Erreichten und den Transfer in den Arbeitsalltag kann die **Rehabilitationsnachsorge** erleichtern, die in Form längerer, von der Rentenversicherung finanzierter Gruppenangebote in den meisten Regionen der Bundesrepublik Deutschland gewährleistet werden kann (Intensivierte Rehabilitationsnachsorge oder kurz IRENA; Kobelt 2015).

## 4.4 Therapeut-Patient-Beziehung in der psychosomatischen Rehabilitation

Psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen werden mit dem klaren Auftrag des Rentenversicherers durchgeführt, Einschränkungen oder Gefährdungen der Erwerbsfähigkeit zu bessern, die Rehabilitanden wieder leistungsfähiger zu machen und so die Voraussetzungen für eine möglichst weitgehende Teilhabe am Erwerbsleben zu schaffen. Von den Rentenversicherern wird regelmäßig überprüft, in welchem Umfang die einzelnen Kliniken bei der Erfüllung dieses Auftrags erfolgreich sind, und z. T. wird die Belegung anhand dieses Kriteriums gesteuert, sodass seine Erfüllung für die Kliniken sehr wichtig ist. In der überwiegenden Zahl der Fälle entspricht die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit auch dem Wunsch der Patienten. Anders ist die Situation, wenn diese eigentlich die Absicht hatten, eine Erwerbsunfähigkeitsrente zu beantragen. Im Zusammenhang mit der schon erwähnten Mitwirkungspflicht entsteht dann ein erheblicher Druck, ins Berufsleben zurückzukehren. Die Ziele von Patient und Behandlungsteam können damit diametral entgegengesetzt sein, da jede durch die Behandlung erreichte Besserung dem Rentenwunsch des Patienten zuwider läuft.

Je nach Konstellation im Einzelfall kann die Gewährung einer Rente einen »eigentlich« vermeidbaren Rückzug aus dem Arbeitsleben zur Folge haben, der sich zusätzlich verschlechternd auf die psychische Situation des Betroffenen auswirkt. Die positiven Aspekte von Arbeit – Strukturierung der Tage, Sozialkontakte, Anerkennung, Einkommen usw. – werden von einem Teil der Patienten, die eine Rente anstreben, unzureichend berücksichtigt, sodass das Ziel der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben durchaus im längerfristigen

Interesse auch des Patienten mit Rentenwunsch liegen kann. Das muss jedoch oft erst im Rahmen der Rehabilitation erarbeitet werden, sodass auch hier die Ziele von Therapeuten und Patienten zunächst auseinanderklaffen.

Verschärft wird die Situation noch dadurch, dass zum Abschluss einer stationären Rehabilitationsmaßnahme von den Behandlern eine sozialmedizinische Stellungnahme abzugeben ist, in der die Arbeitsfähigkeit des Patienten im zuletzt ausgeübten Beruf und die Leistungsfähigkeit im Hinblick auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu beurteilen sind (► ausführlich Paar et al. 2015c zu dieser Thematik und den im Folgenden beschriebenen Problemen). Diese Beurteilungen haben z. B. in sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen einen hohen Stellenwert, da eine mehrwöchige stationäre Behandlung aus der Sicht vieler damit befasster Richter eine zuverlässigere Aussage erlaubt als eine in wenigen Stunden durchgeführte ambulante Begutachtung. Die Einschätzung des in der Rehabilitationseinrichtung tätigen Psychotherapeuten geht naturgemäß in diese sozialmedizinische Stellungnahme ein und beeinflusst damit die Entscheidung, ob ein bestimmter Patient eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten soll oder nicht.

Ausschlaggebend für die Beurteilung sind der Schweregrad und die Prognose der jeweils diagnostizierten psychischen Störungen, wobei in diesem Zusammenhang zusätzlich die sogenannte **zumutbare Willensanspannung** von Bedeutung ist: Auch wenn ein Patient durch bestimmte Symptome beeinträchtigt wird, kann ihm eine gewisse Anstrengung zugemutet werden, diese Beeinträchtigungen zu überwinden und trotzdem zu arbeiten. Bei psychischen und psychosomatischen Störungen ist diese Einschätzung unter Umständen nicht leicht zu treffen (Grosch et al. 2001; Schneider et al. 2001; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2003).

Schließlich liegt die **Beweislast** beim Anspruch auf Sozialleistungen – anders als im Strafrecht – grundsätzlich beim Patienten. Hieraus resultiert eine weitere Schwierigkeit, da viele dieser Erkrankungen (etwa somatoforme Störungen) mit einer unbewussten Verdeutlichungstendenz einhergehen, was von einem bewusst gesteuerten Verhalten abzugrenzen ist, mit dem etwa ein Patient versucht, gezielt seine Rente durchzusetzen. Wird in dem abschließenden sozialmedizinischen Gutachten ein Zweifel an der unbewussten Determinierung der Beschwerdedarstellung deutlich (»Es entstanden Zweifel, ob das in den Visiten geltend gemachte Beschwerdebild den Patienten tatsächlich durchgehend beeinträchtigt«), so muss der Patient mit zusätzlichen Mitteln beweisen, dass die von ihm geklagten Funktionseinschränkungen und Behinderungen tatsächlich vorliegen.

Zusammengefasst wirkt damit die Sozialgesetzgebung deutlich anders als bei Krankenhausbehandlungen auf die im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme durchgeführte Psychotherapie und die Psychotherapeut-Patient-Beziehung ein (Schmeling-Kludas & Boll-Klatt 2003):

- Der Fokus liegt auf der beruflichen Leistungsfähigkeit, der Teilhabe am Erwerbsleben sowie der Reduktion von diesbezüglichen Gefährdungsfaktoren.
- Der Psychotherapeut hat eine sozialmedizinische Beurteilung mit möglicherweise weitreichenden Konsequenzen für den Patienten abzugeben.
- Dieser unterliegt einer Mitwirkungspflicht.
- Der Behandler muss der Doppelrolle von Psychotherapeut und Gutachter gerecht werden. Die von einigen Autoren vorgeschlagene Aufteilung der Rolle des Therapeuten und des Gutachters auf zwei Mitglieder des Behandlungsteams (Olbrich et al. 1998) kann u. E. die mit dieser Doppelrolle verbundene Problematik nicht vollständig aufheben.

Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende Empfehlungen geben:

- In der Rehabilitation tätige Psychologen und Ärzte müssen mit ihrer Doppelrolle als Psychotherapeut und Gutachter reflektiert umgehen.
- Der Psychotherapeut bzw. die Rehabilitationsklinik sollten über die genannten rechtlichen Voraussetzungen und ihre Auswirkungen auf die Psychotherapie transparent und aktiv informieren. Das kann z. B. im Rahmen von Informationsveranstaltungen für neue Patienten geschehen.
- Das Problem unterschiedlicher Therapieziele sollte direkt angesprochen werden: »Sie haben eine Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt, unser Auftrag hier in der Klinik ist es aber, ihre Erwerbsfähigkeit möglichst wiederherzustellen. Wie können wir von diesem Ausgangspunkt aus zu einer gemeinsamen sinnvollen Arbeit kommen?«
- Die Begutachtung muss aus rein fachlichen Gesichtspunkten nach bestem Wissen und Gewissen erfolgen, d. h. das Ergebnis darf nicht in Richtung des Auftrags der Rentenversicherer »geschönt« werden, indem das Leistungsvermögen des Patienten zu positiv beurteilt wird. Das kollidiert unter Umständen mit dem Klinikinteresse, erfolgreich im Sinne der Anforderungen der Rentenversicherung zu sein, also möglichst viele Patienten leistungsfähig zu entlassen, um etwa die Belegung zu sichern. Der Psychotherapeut darf aber auch nicht einseitig zugunsten des Patienten urteilen, was z. B. dann schwerfallen kann, wenn Patienten noch eine gewisse Leistungsfähigkeit besitzen, gleichzeitig der Arbeitsmarkt jedoch so gestaltet ist, dass keine Chance auf einen neuen Arbeitsplatz besteht.

- Wenn bei Patienten mit Rentenwunsch absehbar ist, dass die sozialmedizinische Beurteilung nicht auf die Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitsrente hinauslaufen wird, sollte das frühzeitig mitgeteilt werden. Bewährt hat es sich z.B., dass dies durch den Chefarzt in der Visite erfolgt. Der für den Patienten zuständige Psychotherapeut kann sich dann »aus der zweiten Linie heraus« zunächst dafür interessieren, was die Mitteilung bei dem Patienten ausgelöst hat. So besteht eine Chance, Störungen der therapeutischen Beziehung möglichst kleinzuhalten (► ausführlich zu den angeschnittenen Problemen Paar et al. 2015c).

Insgesamt wird die Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation durch die Ausrichtung auf die Teilhabe am Erwerbsleben, die knappe Zahl an Einzelgesprächen und die zuletzt geschilderte Doppelrolle als Psychotherapeut und Gutachter in besonderer Weise geprägt (Kruse et al. 2013).

## 4.5 Qualitätssicherung in der psychosomatischen Rehabilitation

Bereits vor einem Vierteljahrhundert wurde in der psychosomatischen Rehabilitation begonnen, qualitätssichernde Maßnahmen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität flächendeckend als Pflicht einzuführen. Damit übernahm die Rehabilitation bei der Qualitätssicherung eine Vorreiterrolle für die gesamte Psychotherapie. Beispielhaft seien folgende Maßnahmen der Qualitätssicherung genannt:

- Visitationen durch den Ärztlichen Dienst und die Verwaltung der Deutschen Rentenversicherung: Dabei wird nicht nur die Ausstattung der Klinik bewertet, sondern auch geprüft, ob die verbindlich vorgesehnen Mindeststellenausstattungen für alle Berufsgruppen tatsächlich umgesetzt sind.
- Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL): Bei den für die psychosomatische Rehabilitation relevanten therapeutischen Leistungen wurden Inhalte und Dauer definiert und vorgegeben, welche Berufsgruppen sie anbieten können. Es sind Mindestmengen definiert, die pro Woche zu erbringen sind. Nach Abschluss jeder Rehabilitationsmaßnahme sind die durchgeführten therapeutischen Leistungen an den Rentenversicherer zu melden.
- Patientenbefragungen sechs Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme: Es erfolgen Nachbefragungen durch den Rentenversicherer zum Behandlungserfolg und zur Behandlungszufriedenheit.
- Die Überprüfung von Rehabilitationsentlassungsberichten im Peer-Review-Verfahren: Zufällig ausgewählte und anonymisierte Entlassungsberichte aus jeder Klinik werden von in der Rehabilitation erfahrenen »Peers« (in der Regel Leitende und/oder ehemalige ärztliche Mitarbeiter aus anderen Kliniken) nach definierten Kriterien beurteilt.
- Die Überprüfung der sozialmedizinischen Beurteilungen der Kliniken bzw. der Quote derjenigen, die ins Erwerbsleben zurückgeführt werden können.
- Für einzelne Indikationen wurden Rehabilitations-Therapiestandards entwickelt, die unter anderem eine definierte Mindestmenge therapeutischer Leistungen in den verschiedenen Bereichen (Psychotherapie, Ergotherapie, Sozialberatung, künstlerische Therapie usw.) beinhalten. Als erster Therapiestandard wurde in der psychosomatischen Rehabilitation die Behandlung von Depressionen entwickelt (Kruse et al. 2013).
- Schließlich erhalten die Reha-Kliniken regelmäßig klinikbezogene Auswertungen

zu den verschiedenen Qualitätssicherungsmaßnahmen (► beispielhaft Bundesversicherungsanstalt für Angestellte 2005), ggf. auch verknüpft mit Aufforderungen zu gezielten Verbesserungen. Im Endeffekt kann das dann auch die Belegungssteuerung beeinflussen: Kliniken, die über längere Zeit die Standards nicht erfüllen, müssen mit einer geringeren Belegung durch die Rentenversicherer rechnen.

Die psychosomatische Rehabilitation ist also von der Qualitätssicherung stark durchdrungen und beeinflusst (► ausführlichen Überblick in Schmidt et al. 2015) und damit zugleich einem Druck der zuständigen Kostenträger ausgesetzt. Wie das z. T. bis in die Therapeut-Patient-Beziehung hineinwirkt, wurde oben bereits ausgeführt.

## 4.6 Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation

Beginnend in den 1990er-Jahren (z. B. Broda et al. 1996) konnten zahlreiche Studien der letzten Jahrzehnte eine Verbesserung der Gesundheits- und Funktionsstörungen durch psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen nachweisen. So ergab der Vergleich der Symptombelastung der Patienten vor der Rehabilitation mit der Symptombelastung ein halbes oder ein ganzes Jahr danach eine Reduktion mit mittleren bis starken Effektstärken (Löschmann et al. 2005; Schulz et al. 2003). Auch die ökonomische Wirksamkeit ist seit Langem nachgewiesen: Zielke und Mitarbeiter kamen z. B. bereits 2004 zu dem Ergebnis, dass die Investition von einem Euro in die stationäre psychosomatische Rehabilitation eine Reduktion der Krankheitskosten und der Krankheitsfolgekosten (z. B. Kosten, bedingt durch Arbeitsunfähigkeit oder durch fehlende Beitragszahlungen während Krank-

schreibungszeiten) um insgesamt 3,79€ erzielte (Zielke et al. 2004). Ein umfassender aktueller Überblick zur Kosten-Nutzen-Relation der psychosomatischen Rehabilitation findet sich bei Zielke (2015b).

## Literatur

- Bastin J, Paar GH. Der Arzt in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 224–7.
- Bergers K. Gesundheits- und Krankenpflege. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 276–9.
- Bückers R. Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 272–6.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Rehabilitandenstruktur 2004 – Klinik bezogene Auswertungen. Berlin: Berichte zur Qualitätssicherung der BfA 2005.
- Broda M, Bürger W, Dinger-Broda A, Massing H. Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern. Eine Katamnese-studie stationärer Verhaltenstherapie bei einer Population von LVA-Versicherten. Berlin, Bonn: Westdeutscher Verlag 1996.
- Eckert J. Gesprächspsychotherapie. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 173–6.
- Grosch E, Irle H, Kruse C, Legner R. Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen. Hinweise für die Begutachtung. DRV-Schriften 2001; 30: 1–67.

- Gründel E. Aktive und passive physiotherapeutische Verfahren sowie Sporttherapie. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 262–4.
- Hillert A, Pollmann I, Fröhlich T. Psychopharmakotherapie. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 249–59.
- Klinkenberg N. Körperorientierte Verfahren. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015a; 259–62.
- Klinkenberg N. Entspannungsverfahren. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015b; 246–9.
- Kobelt A. Nachsorge. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 380–94.
- Koch S, Hillert A. Berufsbezogene Behandlungsangebote in der psychosomatischen Rehabilitation. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 282–92.
- Köllner V, Stock Gissendanner S. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 293–306.
- Kriebel R, Paar GH, Wiegand-Grefe S. Störungsspezifische Psychodynamische Psychotherapie. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 141–5.
- Kruse J, Bassler M, Beutel ME, Franz M, Gündel H, Herzog W, Hildebrand G, Janssen PL, Köllner V, Menzel H, Pfaffinger I, Söllner W, Timmermann J. Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung. In: Herzog W, Beutel ME, Kruse W (Hrsg). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Stuttgart: Schattauer 2013; 55–81.
- Löschmann C, Steffanowski A, Schmidt J, Wittmann WW, Nübling R. Evidenz stationärer psychosomatischer Rehabilitation – Ergebnisse der MESTA-Studie. Berlin: DRV-Schriften 2005; 59: 438–40.
- Mau W. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg). Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München, Jena: Urban & Fischer 2007; 16–20.
- Meermann R, Borgart EJ, Okon E. Verhaltenstherapeutische Psychotherapie. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 145–50.
- Mestel R, Oppl M. Humanistische Psychotherapie. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 177–89.
- Morfeld M, Bergelt C, Koch & Beurteilung der funktionalen Gesundheit und Kontextfaktoren (Assessmentverfahren). In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg). Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München, Jena: Urban & Fischer 2007; 20–5.
- Nosper M. Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation – Regelungen, Einflussfaktoren, Empfehlungen. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg).



- Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 363–71.
- Olbrich D, Cicholas B, Klenke-Bossek H. Psychosomatische-psychotherapeutische Rehabilitation sozialmedizinischer Problempatienten – Erkundungsstudie zu Befunden, Verlauf und Behandlungsergebnissen. *Rehabilitation* 1998; 37: 7–13.
- Paar GH, Grohmann S, Kriebel R. Medizinische Rehabilitation. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015a; 47–60.
- Paar GH, Kriebel R, Grohmann S. Stationäre psychosomatische Rehabilitation. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015b; 82–91.
- Paar GH, Bückers R, Kriebel R. Sozialmedizin. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015c; 407–40.
- Paar GH, Kriebel R, Wiegand-Grefe S. Psychodynamische Psychotherapie. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015d; 128–41.
- Rüddel H, Wahl R. Ambulante psychosomatische Rehabilitation. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 76–81.
- Schliehe F, Sulek C. Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation und der Teilhabe. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg). *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*. München, Jena: Urban & Fischer 2007; 6–16.
- Schmeling-Kludas C. Fachliche und rechtliche Aspekte zur Abgrenzung einer Krankenhausbehandlung im Gebiet »Psychotherapeutische Medizin« von der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999; 49: 312–5.
- Schmeling-Kludas C. Psychosomatische Rehabilitation. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg). *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*. München, Jena: Urban & Fischer 2007; 219–32.
- Schmeling-Kludas C. Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. In: Eckert J, Barnow S, Richter R (Hrsg). *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie*. Bern: Huber 2010; 411–5.
- Schmeling-Kludas C, Boll-Klatt A. Rechtliche Grundlagen der psychosomatischen Rehabilitation. Auswirkungen auf die Psychotherapeut-Patient-Beziehung. *Psychotherapeut* 2003; 48: 255–9.
- Schmeling-Kludas C, Wilke E. Besonderheiten von Psychotherapie im Rahmen stationärer psychosomatischer Behandlungen. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. 3. Aufl. Heidelberg: Springer 2007; 687–711.
- Schmidt J, Nübling R, Schmidt-Ott G. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 441–72.
- Schmidt-Ott G, Petermann F. Psychoedukation – Gesundheitspsychologie und Patientenschulung. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 264–8.
- Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Schneider W, Henningsen P, Rüger & Sozialmedizinische Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapie. *Autorisierte Leitlinien, Quellen-*



- texte und Kommentar. Bern, Göttingen, Toronto: Huber 2001.
- Schulz H, Lang K, Koch & Effect sizes in inpatient psychotherapy – impact of diagnoses, socio-demographic and social-medical variables. 34th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Weimar, 2003.
- Schuntermann F. Grenzen der ICD und Ansatz der ICF. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 9–20.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 6. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2003.
- Wiegand-Grefe S, Winkler M. Psychodynamische Einzeltherapie (Kurz- und Fokalthherapie). In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 227–36.
- Wiegand-Grefe S, Lindner J, Tschuschke V. Gruppentherapie. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 236–46.
- Zielke M. Störungsspezifität im kognitiv-behavioralen Behandlungsmodell. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015a; 150–73.
- Zielke M. Kosten-Nutzen-Relation der psychosomatischen Rehabilitation aus gesundheitsökonomischer Perspektive. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015b; 493–546.
- Zielke M, Borgart EJ, Carls W, Herder F, Lehenhagen J, Leidig S, Limbacher K, Meermann R, Reschenberg I, Schwickerath J. Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich: Pabst Science Publishers 2004.

## 5 Orientierung – Theorien und Modelle

Wolfgang Wöller, Götz Berberich, Bernhard Janta und Christian Thiele

### Zusammenfassung

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die den Konzepten stationärer Psychotherapie zugrunde liegenden theoretischen Modellvorstellungen. Dabei nehmen psychodynamische und kognitiv-behaviorale Theorien und Konzepte den breitesten Raum ein. Die Orientierung an einem der beiden dominierenden Verfahren der Psychotherapie prägt die meisten Konzepte, wiewohl sich zunehmend Tendenzen zur Methodenintegration abzeichnen. Wegen ihrer besonderen Bedeutung für beide Verfahren wird kurz auch auf systemische, ressourcen- und lösungsorientierte Ansätze in der stationären Psychotherapie eingegangen.

### 5.1 Vorbemerkungen

Die heute anzutreffenden Theorien und Konzepte stationärer Psychotherapie lassen sich unter zwei sich ergänzenden Perspektiven betrachten: Zum einen haben sie wesentliche Elemente von Konzeptionen der therapeutischen Gemeinschaft übernommen, die zur Zeit des Zweiten Weltkrieges in England in einem Militärkrankenhaus für eine psychoanalytisch geprägte Krankenhausbehandlung entwickelt wurden (Main 1946). Zum anderen spiegeln sie die Entwicklung der vorherrschenden Richtungen der Fachpsychotherapie wider – mit der Besonderheit, dass die auch in der ambulanten Psychotherapie zur Anwendung gelangenden Verfahren und Methoden der Einzel- oder Gruppentherapie in einem multimodalen Angebot durch zahlreiche andere therapeutische Zugänge ergänzt werden. Sie werden in einem Gesamtbehandlungsplan konzeptionell so miteinander kom-

biniert, abgestimmt und aufeinander bezogen, dass die therapeutischen Ziele der stationären Therapie erreicht werden können.

Dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft sind die für die modernen Konzepte stationärer Psychotherapie grundlegenden Gedanken der Multipersonalität und der aktiven Milieugestaltung (Spitzer et al. 2016) verpflichtet. Main (1946) hatte sich dafür ausgesprochen, ein Krankenhaus in seiner Gesamtheit als ein therapeutisches Feld zu organisieren. Unter dieser Perspektive gewann der gesamte institutionelle Rahmen einschließlich der Nahrungsaufnahme, Zimmerunterbringung und Freizeitgestaltung eine therapeutische Bedeutung. Vor allem aber wurden die Patienten zu Mitwirkenden am therapeutischen Prozess, indem sie an den alltäglichen Aktivitäten des Krankenhauses bis zur Gestaltung der Hausordnung und der Haushaltsführung beteiligt wurden.

Auch wenn sich der Gedanke einer Auflösung aller Hierarchien zugunsten einer Gleichwertigkeit aller Beteiligten in der Folgezeit mit der Zielsetzung einer medizinischen Einrichtung nicht vereinbaren ließ, blieb die Idee erhalten, die gesamte Institution Krankenhaus als ein Therapeutikum mit einer gruppentherapeutischen Strukturierung zu betrachten. Auch in den modernen Konzepten soll sich das Milieu auf den Stationen an den Grundbedürfnissen der Patienten orientieren und auf diese Weise eine therapeutische Wirkung entfalten. Die Therapieräume und Patientenzimmer bis hin zur Architektur der Klinik sind so zu gestalten, dass von ihnen erwünschte therapeutische Einflüsse ausge-

hen (Linden et al. 2006): Sie sollen Rückzug ermöglichen, ohne zur Isolation einzuladen, und das soziale Miteinander unterstützen, ohne bedrängende Nähe zu erzeugen. Der Umgang mit der Hausordnung und den Regeln der Station wird ebenso zu einem Teil des therapeutischen Gesamtprozess wie die Unterbringung in Patientenzimmern oder die Einnahme der Nahrung.

Ungeachtet aller neueren Entwicklungen bleibt festzustellen, dass wichtige Grundgedanken der therapeutischen Gemeinschaft bis heute ihre Gültigkeit behalten haben (Janssen et al. 1998). Erhalten hat sich vor allem der Gedanke, dass jede stationäre Therapie in einem erweiterten Sinne Gruppentherapie ist (Senf 1988). Das Prinzip der Multipersonalität gilt in dem dreifachen Sinne, dass jeder Patient sowohl von einer Gruppe von Therapeuten als auch von einer Gruppe von Mitpatienten behandelt wird und dass er seinerseits bei der Behandlung anderer Patienten mitwirkt (Spitzer et al. 2016). Schließlich hat die Wertschätzung der Bedeutung, die menschliche Beziehungen in allen sozialen Strukturen für Wohlergehen und Heilung haben, von Beginn an die therapeutische Haltung in der stationären Psychotherapie geprägt.

Die fachliche Weiterentwicklung kommt in der an die Erfordernisse des stationären Settings angepassten Anwendung psychotherapeutischer Methoden zum Ausdruck. Das bio-psycho-soziale Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen, welches körperliche, seelische und soziale Faktoren bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung psychischer Störungen berücksichtigt, hat es erforderlich gemacht, nicht nur die psychotherapeutischen Verfahren in ihren unterschiedlichen Nuancen und Schattierungen, sondern auch die somatische Mitbehandlung, Psychopharmakotherapie, physiotherapeutische Verfahren und Sozialberatung in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren.

Durch diese bio-psycho-soziale Gesamtorientierung wurde die stationäre Therapie von Beginn an als besonders geeignet angesehen, um auch schwer strukturell gestörte und psychosomatisch erkrankte Patienten zu behandeln (Arfsten & Hoffmann 1978; Becker & Lüdeke 1978; Bräutigam 1974; Ermann 1979; Gabbard 1986; Heigl-Evers & Heigl 1973; Janssen 2012; Schepank & Tress 1988; Seidler 1998; Tress et al. 2000; Trimborn 1983; Vandieken et al. 1998; Vogel 2001).

Die in der stationären Psychotherapie zur Anwendung kommenden therapeutischen Konzepte sollen Gegenstand dieses Kapitels sein. Die Darstellung wird sich auf die dominierenden Psychotherapieverfahren beschränken, welche die Kernelemente des jeweiligen stationären Gesamtsettings prägen, nämlich die psychodynamischen und die kognitiv-behavioralen Konzepte. Auf diese sind auch die Konzepte spezialtherapeutischer Verfahren und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Pflege abgestimmt. Wegen ihrer zunehmenden Bedeutung für beide Psychotherapieverfahren wird ebenfalls auf systemische Konzeptbildungen eingegangen.

## 5.2 Modelle stationärer Psychotherapie

Um die ursprünglich für die ambulante Psychotherapie entwickelten Behandlungskonzepte in ein stationäres Gesamtkonzept einbinden zu können, bedurfte es strukturierender Modellvorstellungen, die zunächst besprochen werden sollen. Die hierzu entwickelten Modelle stationärer Psychotherapie folgten anfänglich ausschließlich einer psychodynamischen Grundorientierung. Erst später kamen verhaltenstherapeutisch orientierte Modelle stationärer Psychotherapie hinzu.

Unter den psychodynamischen Modellen stationärer Psychotherapie wurden ursprüng-

lich das sog. Ambulanzmodell, das bipolare Modell und das integrative Modell unterschieden (Janssen 1985, 1987). Inzwischen ist das »**Ambulanzmodell**«, bei dem die Patienten lediglich auf einer Station untergebracht wurden und getrennt davon ihre psychodynamische Einzel- oder Gruppentherapie wahrnahmen, nur noch von historischem Interesse. Auch das »**bipolare Modell**« mit seiner Unterscheidung zwischen einem »Therapieraum« und einem »Realraum« findet kaum noch Anwendung. Die Vorstellung, dass sich ein Therapieraum, in dem Einzel- oder/und Gruppentherapien stattfinden, von einem durch die Pflegekräfte getragenen und nach dem Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft strukturierten Realraum trennen lässt (Enke 1965), kann nach heutiger Auffassung die im stationären Kontext ablaufenden Prozesse nicht mehr überzeugend abbilden.

Durchgesetzt hat sich hingegen das »**integrative Modell**« stationärer Psychotherapie (Janssen 1987, 2004, 2012; Matakas 1992; Schauenburg & Hildenbrand 2011; Tress et al. 2000). Bei diesem Modell sind – mit unterschiedlicher Akzentsetzung – alle Bereiche stationärer Psychotherapie auf direkte oder indirekte Weise an der Therapie beteiligt oder zumindest Gegenstand der Therapie. Das integrative Modell ermöglicht ein Verständnis sowohl der interpersonellen Konflikte wie auch der sich im multiplen Beziehungsgeschehen manifestierenden Übertragungsmuster. Unter dem Blickwinkel strukturbezogener Psychotherapie (Rudolf 2013) bieten die vielfältigen Interaktionen mit Teammitgliedern und Mitpatienten ein breites Übungsfeld für die Nachentwicklung unzureichend verfügbarer Ich-Funktionen. Als paradigmatisch gilt das sog. »**Essener Modell**« (Janssen 1987), das die im Folgenden genannten Teilsettings enthält:

- Schwerpunkt ist die stationäre psychodynamische *Gruppentherapie*. Zu ihrem Auf-

gabebereich gehört der klärende, konfrontierende und deutende Umgang mit den vielfältigen (Übertragungs-)Beziehungen auf der Station. Die Gruppentherapie wird mit Einzeltherapien und unterschiedlichen Spezialtherapien des sog. extraveralen Bereichs kombiniert und bedarf, um sich der ihr zugeordneten therapeutischen Aufgabe widmen zu können, der haltenden und unterstützenden Mitwirkung spezialisierter Pflegekräfte und der medizinischen und pharmakotherapeutischen Behandlung durch eine als »Stationsärztin« bezeichnete Medizinerin.

- Die *Einzeltherapie* bietet die Möglichkeit, die in der Gruppenpsychotherapie angestoßenen Prozesse zu vertiefen und besonders schambesetzte Themen oder Problembereiche im dyadischen Setting zu bearbeiten.
- Zum sogenannten *extraveralen Bereich* zählen die »*Spezialtherapien*« der Kunst- oder Gestalttherapie, diverse Formen der Körper- und Bewegungstherapie und die Musiktherapie. Die Spezialtherapien werden meist im Gruppensetting, vereinzelt auch im Einzelsetting, angeboten.
- Aufgabe der *Pflegekräfte* ist es, die Aufmerksamkeit der Patienten vorwiegend auf Aspekte der äußeren Realitätsbewältigung zu lenken, wobei diese Aktivitäten ausdrücklich als Teil der Therapie verstanden werden.
- Der Gemeinschaft der *Mitpatienten* kommt eine haltende und unterstützende Funktion im stationären Gruppenprozess zu.
- Eingebettet in eine solche Grundstruktur werden *stationsübergreifende Gruppenangebote* wie Stationsversammlung oder Morgenrunden und individuell zugeschnittene *störungsspezifische Angebote* vorgehalten, z. B. für Patienten mit Essstörungen, Angststörungen, Traumafolgestörungen oder Persönlichkeitsstörungen.

- *Sozialberatung* wird heute in der Regel bedarfsorientiert individuell angeboten. Nur vereinzelt finden sich noch sozialtherapeutische Gruppenangebote für alle Patienten der Station.

Bei grundlegendem Konsens in der Akzeptanz des integrativen Modells wurden je nach Anwendungsfeld spezifische Modifikationen stationärer Psychotherapie konzipiert. Dabei sind vor allem kombinierte **internistisch-psychotherapeutische Therapiekonzepte** zu erwähnen, die für integriert arbeitende internistisch-psychosomatische Abteilungen entwickelt wurden. Etliche Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen gelangen zunächst in internistische oder andere medizinische Behandlungen, weil ihre subjektive Krankheits- und Behandlungstheorie primär somatisch ausgerichtet ist oder körperliche Komplikationen eine medizinische Behandlung notwendig machen. Dazu zählen viele somatoforme Störungen, insbesondere somatoforme Schmerzstörungen, sowie psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne, aber auch Essstörungen mit hoher internistischer Behandlungsbedürftigkeit. Stufenmodelle mit den Stufen einer allgemein-internistischen, einer internistisch-psychosomatischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung stellen den Patienten ein Diagnostik- und Therapiespektrum zur Verfügung, das alle Übergänge von der inneren Medizin zur Psychosomatik und Psychotherapie abdeckt (Hahn et al. 1991; Herzog et al. 2003). Über Konsiliarangebote und Ambulanzen sind die Abteilungen mit anderen Versorgungssystemen so verbunden, dass die internistischen und psychosomatischen Versorgungs- und Behandlungssysteme lückenlos ineinandergreifen können.

Eine bedeutsame Modifikation des Konzepts der stationären Psychotherapie wird in der **teilstationären**, in der Regel **tagesklini-**

**schen Behandlung** realisiert. Historisch betrachtet wurde im Jahre 1933 in Moskau das erste »Krankenhaus ohne Bett« eröffnet. Es folgten 1946 Tagesklinken in London und Montreal und 1949 mit der »Menninger Foundation« in den USA. Seit 1961 entstanden in zunehmendem Maße Tageskliniken auch in Deutschland. Sie prägen die therapeutische Landschaft ebenso wie die vollstationären Einrichtungen. Inhaltlich unterscheiden sich die Tageskliniken danach, ob sie einen eher sozialpsychiatrischen oder psychotherapeutischen Schwerpunkt haben.

Die **Konzepte der teilstationären Psychotherapie** unterscheiden sich nicht grundsätzlich, aber in wichtigen Nuancen von den Konzepten der vollstationären Psychotherapie (► nachfolgende Übersicht »Vorzüge und Einschränkungen teilstationärer im Vergleich zu vollstationärer Psychotherapie«). Aus diesen Unterschieden ergeben sich wichtige differenzialtherapeutische Überlegungen:

- Durch die tägliche An- und Heimfahrt besteht die Möglichkeit, sich stärker mit den Anforderungen der *äußeren Realität* auseinanderzusetzen. Die sich im familiären Umfeld ergebenden Schwierigkeiten können so optimal in die Therapie eingebracht werden; das in der Therapie Erarbeitete kann im häuslichen Umfeld unmittelbar zur Anwendung gelangen und an der Realität überprüft werden.
- Durch den täglichen Kontakt mit dem häuslichen Milieu können die *gewohnten zwischenmenschlichen Beziehungen* besser aufrechterhalten werden.
- Die Gefahr einer *malignen Regression* ist deutlich geringer als bei vollstationärer Psychotherapie.
- Der *Transfer* des Erarbeiteten in den nachstationären Alltag kann bei vollstationärer Behandlung schwieriger sein als bei teilstationärer Therapie.
- Patienten mit ausgeprägten *Autonomie-*

*tendenzen und Ängsten vor einer Überforderung durch die Vielzahl menschlicher Interaktionen* im vollstationären Bereich bietet das tagesklinische Setting oft die einzige Möglichkeit der Behandlung, wenn ambulante Behandlung nicht ausreicht.

Auf der anderen Seite bietet eine tagesklinische Behandlung im Vergleich zur vollstationären Therapie weniger Möglichkeiten der Unterstützung in Krisensituationen. Die Chancen der Entlastung durch Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld sind geringer. Auch kann der positive Einfluss der Gemeinschaft der Mitpatienten therapeutisch weniger genutzt werden. Die geringeren Möglichkeiten, im therapeutisch erwünschten Sinne zu regredieren, sind gegen den Vorzug abzuwägen, dass auch die Gefahr unerwünschter Regressionen geringer ist.

### Vorzüge und Einschränkungen teilstationärer im Vergleich zu vollstationärer Psychotherapie

#### Vorzüge

- unmittelbare Exposition gegenüber der Realität des häuslichen Umfeldes
- geringere Gefahr maligner Regressionen
- weniger Möglichkeiten der Unterstützung bei Krisen
- Alltagskontakte können leichter aufrechterhalten werden
- leichter Transfer des Erarbeiteten in den nachstationären Alltag
- bessere Akzeptanz für Patienten mit ausgeprägten Autonomietendenzen
- bessere Akzeptanz bei Angst vor der Dichte der interpersonellen Interaktionen

#### Einschränkungen

- geringere Möglichkeiten der Unterstützung bei Krisen
- Belastung durch tägliche An- und Abreise

- geringere Möglichkeiten der Nutzung der Kontakte zu Mitpatienten
- geringere Möglichkeiten therapeutisch erwünschter Regression

Die in späteren Jahren entstandenen kognitiv-behavioralen Konzepte (► Abschn. 5.5) stationärer Psychotherapie haben ihre Wurzeln, ähnlich wie die psychodynamischen Modelle, in Konzepten der therapeutischen Gemeinschaft. Trotz andersartiger Konzeptualisierung der Behandlungsabläufe und Zuteilung der therapeutischen Aufgaben haben auch sie den Grundgedanken übernommen, dass ein therapeutisches Team unter Mitwirkung der Patienten den therapeutischen Prozess steuert.

## 5.3 Therapieverfahrensorientierung und Methodenintegration – Integration als Kernelement stationärer Psychotherapie

Die Integration von Methoden, Personen und Strukturen gilt gemeinhin als Kernmerkmal stationärer Psychotherapie. Köllner & Senf (2010) weisen zu Recht darauf hin, dass sich der Begriff der Integration auf unterschiedliche Ebenen und Bereiche bezieht.

Eine erste Bedeutung ergibt sich aus der in Abschnitt 5.2 beschriebenen Konzeptualisierung des »**integrativen Modells**« stationärer Psychotherapie in Abgrenzung vom »bipolaren Modell«. Da die im bipolaren Modell vorgesehene Trennung von Therapie- und Realraum kaum noch erfolgt, wird der Begriff zur Bezeichnung des gültigen stationären Therapiemodells zunehmend verzichtbar. Wohl aber hat der Integrationsgedanke unter Versorgungsgesichtspunkten eine neue Aktualität gewonnen, indem er auf die gebotene Vernetzung stationärer, teilstationärer und am-



bulanter Psychotherapieangebote hinweist. Vor allem unterstreicht er die Notwendigkeit, die therapeutisch meist hinderlichen Grenzen zwischen den verschiedenen Versorgungsektoren zu überwinden und eine bessere Behandlungskontinuität zu gewährleisten.

Schließlich gilt der Integrationsgedanke der **Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden**. Zwar werden die heute praktizierten Konzepte stationärer Psychotherapie vorrangig durch die in der Richtlinien-Psychotherapie repräsentierten Verfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie geprägt. Doch gibt die psychodynamische oder die kognitiv-behaviorale Therapieverfahrensorientierung in der Regel lediglich den Rahmen vor, innerhalb dessen auch Verfahren und Methoden mit Herkunft aus anderen Therapieverfahren zur Anwendung kommen können. So ist es weithin nicht nur akzeptiert, sondern konzeptuell explizit verankert, dass im Rahmen modifizierter tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie auch imaginative Techniken, Angstbewältigungstrainings und Entspannungsverfahren angeboten werden (Ermann 2004; Vogel 2005). Ebenso gehören Paar- und Familientherapien heute ganz selbstverständlich zum therapeutischen Repertoire. Schließlich sind pharmakologische Ansätze zu nennen, die das neuronale Substrat beeinflussen, um unterschiedliche psychische Funktionen zu erreichen (Bandelow et al. 2004).

Modelle der Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren prägen seit Längerem auch die **ambulante Psychotherapiepraxis**. Der durch die Psychotherapie-Richtlinien vorgegebenen strikten Orientierung an Therapieverfahren steht in der Praxis vieler Therapeuten eine verfahrensübergreifende Haltung gegenüber. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der überzeugenden Befunde der Psychotherapieforschung, denen

zufolge weniger spezifische als vielmehr unspezifische gemeinsame Wirkfaktoren für die unbestrittene Wirksamkeit von Psychotherapie verantwortlich sind (Feixas & Botella 2004; Lambert 2004), gehört ein die Therapieverfahren übergreifendes Behandeln inzwischen zum Selbstverständnis vieler Praktiker (Ambühl et al. 1995; Schindler & von Schlippe 2006). Darüber hinaus scheint die Tendenz von Psychotherapeuten, andere Orientierungen zu integrieren, im Laufe ihrer Praxiserfahrung weiter zuzunehmen (Huber 2000a). Immer seltener werden psychotherapeutische Verfahren »in Reinform« durchgeführt, weil sich die Überzeugung durchsetzt, dass therapeutische Situationen zu vielfältig und komplex sind, als dass ein einziger theoretischer Ansatz ihnen gerecht werden kann (Huber 2000a, b; Schottenbauer et al. 2005).

Gern wird darauf hingewiesen, dass die Kombination von Verfahren, Methoden und Techniken nicht additiv und eklektizistisch, sondern koordiniert und mit einer theoretischen Begründung versehen erfolgen soll (Küchenhoff 2009). So wird von psychodynamischer Seite gefordert, dass bei der Adaptation geeigneter Interventionstechniken nicht-psychodynamischer Provenienz ein psychodynamisches Grundverständnis gewahrt bleiben und die Aspekte von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand berücksichtigt werden sollten (Wöller & Kruse 2014). Von einer gelungenen theoretischen Integration kann erst dann gesprochen werden, wenn aus der Sicht des integrierenden Therapieverfahrens eine plausible Begründung geliefert wird, warum ein dem eigenen Verfahren fremdes Element in das Behandlungskonzept aufgenommen werden soll. So lässt sich der Einbezug von Expositionstechniken in die psychodynamische Behandlung von Angsterkrankungen aus der Notwendigkeit erklären, Vermeidungstendenzen entgegenzuwirken, die eine Auseinandersetzung



mit der psychodynamisch zu bearbeitenden Konfliktproblematik verhindern (Hoffmann 2008; Vogel 2001, 2005).

Trotz der oft verblüffenden inhaltlichen Nähe zwischen Methoden unterschiedlicher Therapieverfahren – man denke nur an die Gemeinsamkeiten zwischen der kognitiv-behavioralen Arbeit an »Fertigkeiten« und der psychodynamischen strukturbezogenen Arbeit – stellt die Integration von Elementen unterschiedlicher Verfahren wegen der Verschiedenheit der Theoriesprachen nach wie eine noch zu bewältigende Herausforderung dar.

## 5.4 Psychodynamische Behandlungskonzepte

### 5.4.1 Allgemeines zum psychodynamischen Denken in der stationären Psychotherapie

Unter historischem Blickwinkel war es die Psychoanalyse, welche die Grundlagen für die moderne stationäre Psychotherapie gelegt hat. Mit der Eröffnung einer psychoanalytischen Klinik durch Ernst Simmel in den 1920er-Jahren, dem Waldschlösschen in Berlin, wurde erstmalig auch für Patienten, die ambulant nur schwer zu behandeln waren – Patienten mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen –, die Möglichkeit einer psychoanalytisch geprägten Behandlung geschaffen.

Die psychodynamische Therapie weist trotz aller Unterschiedlichkeit der Anwendungsformen spezifische Merkmale auf, durch die sie sich von anderen Psychotherapieformen abhebt. Die wichtigsten Unterschiede sollen nachfolgend kurz beschrieben werden (Boll-Klatt & Kohrs 2014; Herzog et al. 2016; Mentzos 2009; Rudolf 2014; Wölber & Kruse 2014):

**Unbewusste Einflüsse** Die psychoanalytische Theorie geht davon aus, dass alles menschliche Denken, Fühlen und Handeln unbewussten Einflüssen unterworfen ist. Darin wird sie von der Erkenntnislage der modernen neurobiologischen Forschung eindrucksvoll bestätigt (Kandel 2006). Folgerichtig sind unbewusste Einflüsse nicht nur bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, sondern auch bei allen Abläufen und Prozessen im Rahmen stationärer Psychotherapie zu berücksichtigen.

**Zentralität bewusster und unbewusster Konflikte** Ein wichtiges Merkmal psychodynamischen Denkens ist die Zentralität bewusster und unbewusster Konflikte, die unter bestimmten auslösenden Bedingungen reaktiviert und Krankheitserscheinungen auslösen können. Während die frühe Psychoanalyse die Bedeutung ödipaler Konflikte für die Entstehung psychischer Störungen im Erwachsenenalter tendenziell überschätzt hatte, wurden in neueren Konzepten Konfliktspannungen auf der Basis anderer motivationaler Systeme aus den Bereichen Autonomie und Individuation, Versorgung und Autarkie, Dominanz und Unterwerfung sowie Selbstwert und Selbstgefühl stärker gewürdigt. Das stationäre Feld ist sehr geeignet, unbewusste Konflikte zur Darstellung zu bringen und den Umgang mit bewussten Konflikten zu stärken.

**Entwicklungsperspektive** Ein weiteres Kernelement psychodynamischen Denkens kommt in der Entwicklungsperspektive zum Ausdruck, d.h. der Annahme, dass frühe Interaktionserfahrungen die Ausgestaltung aller menschlichen Beziehungen beeinflussen. In therapeutischer Hinsicht korrespondiert mit der Entwicklungsperspektive die Annahme, dass unter den Bedingungen eines günstigen Umfelds eine Nachentwicklung der Persönlichkeit möglich ist. Entsprechend liegt der

stationären psychodynamischen Therapie immer auch der Gedanke einer Entwicklungsförderung zugrunde.

**Moderne Beziehungstheorie** Die Theorieentwicklung in der Psychoanalyse hat seit ihren Anfängen durch Sigmund Freud wichtige Akzentverschiebungen von einer Psychologie der Triebe über die Objektbeziehungstheorien hin zu einer modernen Beziehungstheorie vollzogen. Gegenüber dem »klassischen« psychodynamischen Theorieverständnis, das auf der Grundlage triebtheoretischer Modellvorstellungen Freuds (1895/1987) und der Ichpsychologischen Theoriebildung (Hartmann 1964) im Wesentlichen die im Patienten ablaufenden intrapsychischen Prozesse betrachtete, rückten in neueren intersubjektiven und relationalen Ansätzen die interpersonellen Interaktionen und die sich gemeinsam zwischen den Interaktionspartnern herstellenden »Übertragungs-Gegenübertragungs-Szenarien« stärker in den Vordergrund. An die Stelle der intrapsychischen Trieb- und Konfliktdynamik trat ein umfassendes Beziehungsverständnis (Kunzke 2011; Mitchell 2003, 2005; Orange 2004; Orange et al. 2001). Ein solches Beziehungsverständnis prägt insbesondere auch das Verständnis aller Prozesse in der stationären Psychotherapie. Je nach behandlingstheoretischer Konzeptualisierung wird die Therapie eher auf ein deutendes Verständnis sich präsentierender Beziehungsmuster oder auf eine positive Beziehungserfahrung und eine Stärkung der Bewältigungs- und Beziehungskompetenz hinarbeiten.

**Übertragungsbeziehungen** In spezifischer Hinsicht stehen im psychodynamischen Beziehungsverständnis stationärer Psychotherapie die unterschiedlichen therapeutischen Arbeitsbeziehungen und die sich in ihnen praktisch immer manifestierenden Übertragungsbeziehungen im Fokus des Interesses. Während die

wichtige Rolle der therapeutischen Arbeitsbeziehung für den Erfolg jeder Art von Psychotherapie durch die empirische Psychotherapieforschung in umfangreicher Weise belegt wurde (► Abschn. 5.7), ist für das psychodynamische Verständnis darüber hinaus die Auseinandersetzung mit den Manifestationen der Übertragung eine primäre Quelle des Verstehens (Beutel et al. 2010; Gabbard 2009). Dies gilt unabhängig davon, ob sie gedeutet, begrenzt, geklärt oder auch einmal befriedigt wird.

**Gegenübertragung** In Verbindung mit dem Verständnis von Übertragungsphänomenen erfordert das psychodynamische Beziehungsverständnis bei allen am stationären Therapieprozess beteiligten Therapeuten und Pflegekräften eine stetige Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Gegenübertragung. In Anlehnung an die Definition von Heimann (1950) umfasst die Gegenübertragung der Therapeuten und Pflegekräfte die Gesamtheit aller bewussten Emotionen, Gedanken, Fantasien und Handlungsimpulse, die sich auf den Patienten und die therapeutische Situation im stationären Umfeld beziehen, aber auch alle im Kontakt mit dem Patienten auftretenden körperlichen Symptome und Verhaltensweisen, die ihrem bewussten Erleben nicht zugänglich sind. Die Notwendigkeit einer stetigen Wahrnehmung eigener emotionaler Reaktionen auf ihre Patienten stellt eine große Herausforderung für alle Teammitglieder dar, zu deren Unterstützung individuelle und Teamsupervisionen unentbehrlich sind.

Empirisch lässt sich psychodynamische Therapie von Kognitiv-Behavioraler Therapie durch eine stärkere Fokussierung des emotionalen Erlebens in Beziehungen unterscheiden. Die Bedeutung vergangener und gegenwärtiger interpersoneller Erfahrungen spielt eine größere Rolle als bei dieser, ebenso die

Exploration von Wünschen und Fantasien der Patienten. Im Hinblick auf die Therapie wird die therapeutische Beziehung stärker beachtet (Blagys & Hilsenrath 2000; Shedler 2010).

## 5.4.2 Paradigmen psychodynamischer Theoriebildung

Die Entwicklung der psychoanalytischen Therapiebildung wurde durch unterschiedliche Paradigmen geprägt. Auf Vorschlag von Pine (1990) hat es sich eingebürgert, von den »vier Psychologien der Psychoanalyse« im Sinne von Paradigmen zu sprechen. Gemeint sind das triebpsychologische, das Ich-psychologische, das selbstpsychologische und das objektbeziehungspsychologische Paradigma. Praktiker sind sich offenbar einig, dass je nach klinischer Situation mal das eine und mal das andere Paradigma dem Problem der Patienten eher gerecht wird.

Wegen der hohen Anzahl strukturell gestörter Patienten und der zentralen Stellung der Gruppentherapie im stationären Bereich traten am triebpsychologischen Paradigma orientierte und primär auf die intrapsychische Problematik fokussierende Ansätze eher in den Hintergrund (Enke-Ferchland 1969). Zunehmende Bedeutung erlangten hingegen Ich-psychologisch orientierte Ansätze, die sich mit der Nachentwicklung defizitärer Ich-Funktionen befassten (Blank & Blank 1978; Anna Freud 1936/1964; Hartmann 1960), und beziehungsorientierte Ansätze auf dem Boden der Objektbeziehungstheorie, die das wichtigste Ziel in der Verinnerlichung einer positiven Beziehungserfahrung sahen (► nachfolgende Übersicht »Paradigmen psychodynamischer Theoriebildung in der stationären Psychotherapie«). Neuere Theorieentwicklungen verbinden das objektbeziehungspsychologische mit dem Ich-psychologischen Paradigma (Fonagy & Target 2006; Kernberg 1981; Modell 1984; Sandler 1982).

### Paradigmen psychodynamischer Theoriebildung in der stationären Psychotherapie

- Objektbeziehungstheoretische Ansätze
  - Verinnerlichung einer positiven Beziehungserfahrung (Alexander & French 1946; Ferenczi 1932/1988)
  - Sicherheit und Halt gebendes Beziehungsangebot im Sinne einer fördernden Umwelt (Winnicott 1974)
  - stationärer Bereich als »Container« für unerträgliche Affekte und Selbstzustände (Bion 1990)
- Interpersonelle Interaktionen und Inszenierungen im multiplen Übertragungsfeld
- Strukturbezogene Ansätze
- Mentalisierungsbasierte Ansätze
- Psychodynamische störungsorientierte Ansätze

## 5.4.3 Objektbeziehungstheorien und die Verinnerlichung einer positiven Beziehungserfahrung

Als besonders relevant für ein Verständnis der in einer stationären Behandlung anzutreffenden Prozesse sind die psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien anzusehen. Theorielgeschichtlich ist bedeutsam, dass die der Objektbeziehungstheorie verpflichteten Autoren wie Jacobson (1978), Mahler et al. (2003) und Winnicott (1974) dazu beitrugen, den Begriff des »Objekts« aus dem engeren Bezugsrahmen der Triebtheorie zu lösen und in den breiteren Rahmen einer psychoanalytischen Beziehungspsychologie zu stellen. Sie konnten darlegen, wie sich in innerseelischen Strukturen Repräsentanzen auf der Basis realer Beziehungserfahrungen bilden. Als »verinnerlichte Objektbeziehungen« steuern sie die Art und Weise, wie Menschen zu sich und anderen in Beziehung treten.

In Übereinstimmung mit Ferenczi (1932/

1988) sowie Alexander und French (1946) geht man heute davon aus, dass auch in der stationären Behandlung der Vermittlung und Introjektion einer neuen, positiven Beziehungserfahrung eine mindestens ebenso große Bedeutung für den Erfolg von Psychotherapien zukommt wie der Vermittlung von affektiv erlebter Einsicht (Hoffmann 1983). Die stationäre psychotherapeutische Behandlung entfaltet in diesem Verständnis zu den einzelnen Mitgliedern des therapeutischen Teams ihre heilende Wirkung durch die Errichtung internalisierter Repräsentanzen wohlwollender, verstehender und, wo notwendig, auch Grenzen setzender Therapeuten und Pflegekräfte (Loewald 1960). Der Mechanismus der Introjektion einer positiven Beziehungserfahrung wird umso wichtiger, je stärker die Grundstörung im Sinne von Balint (1970) zu einer Störung des Grundvertrauens geführt hat. Damit die Beziehungserfahrungen im stationären Settings zu »heilsamen Begegnungen« (Ruff 2000) führen können, ist es notwendig, unter stetiger Reflexion der Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung flexibel auf die jeweils aktuellen Bedürfnisse des Patienten einzugehen.

Stationäre Therapie kann ein Sicherheit und Halt gebendes Beziehungsangebot vermitteln, das im Sinne von Winnicott (1974) eine förderliche Umwelt (»facilitating environment«) darstellt. Auf der Basis einer haltenden Hintergrundbeziehung können die notwendigen Interventionen erfolgen. Ein schützendes, beruhigendes und Halt gebendes Beziehungsangebot soll ein affektives Spannungsoptimum vermitteln, das übermäßige Ruhe ebenso vermeidet wie Hyperaktivität und Überstimulation, und auf diese Weise für die Umstrukturierung der Introjekte die besten Voraussetzungen bietet. Dieses kann notwendig sein, weil nicht wenige und vor allem persönlichkeitsgestörte Patienten als Folge ihrer Ich-strukturellen Defizite nicht

hinreichend vor einer Überflutung durch negative Emotionen geschützt und oft auch dem Einfluss nicht integrierter kindlicher oder destruktiver Persönlichkeitsanteile ausgesetzt sind. Im Schutzraum des therapeutischen Milieus können Patienten neue Erfahrungen machen und vor allem ihre oft verzerrten Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster überprüfen. Die Erfahrung gegenseitiger Anteilnahme und Hilfsbereitschaft setzt soziale Lernprozesse in Gang. Im vollstationären Bereich kann durch die Verfügbarkeit einer rund um die Uhr anwesenden, sorgenden und beruhigenden Pflegekraft ein elementares Bedürfnis nach guter elterlicher Versorgung und Präsenz befriedigt werden.

Die Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung setzt ein Verständnis der unbefriedigt gebliebenen Beziehungsbedürfnisse ebenso wie der Erwartungen und Überzeugungen der Patienten voraus. Nicht wenige Patienten setzten ihre Therapeuten einem »Beziehungstest« aus, um zu »testen«, ob sie sich ihren pathogenen Überzeugungen und frühen Objekterfahrungen entsprechend verhalten oder ob sie ihnen eine neue Beziehungserfahrung ermöglichen (Sammet et al. 2006; Sampson & Weiss 1983).

### Fallbeispiel

Eine Patientin erwartete, dass man – wie ihre früheren Bezugspersonen – ihre Beschwerden bagatellisieren und sie mit »billigen Ratschlägen« abspeisen würde. Die Pflegekraft, welche die Grundproblematik der Patientin verstanden hatte, »bestand« den Beziehungstest, indem sie die Klage der Patientin teilnehmend anhörte, ohne ihr einen »schnellen Rat« zu geben.

Bei einer anderen Patientin »bestand« die Pflegekraft den Test, indem sie diese nicht – ihrer Erwartung entsprechend – auf sich selbst zurückverwies, sondern ihr einen Rat gab, den sie als hilfreich empfand.

Damit das Beziehungsangebot eine korrektive emotionale Erfahrung sein kann, ist es notwendig, unter stetiger Reflexion der Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung flexibel auf die jeweils aktuellen Bedürfnisse des Patienten einzugehen.

Ein häufiges Missverständnis des von Alexander und French (1946) als »korrigierende emotionale Erfahrung« bezeichneten Konzepts besteht darin, wenn Therapeuten oder Pflegekräfte während des stationären Aufenthaltes eine Wiedergutmachung für die Defizite inadäquater elterlicher Fürsorge leisten und für die Patienten eine bessere Elternfigur sein wollen. Im Interesse einer wohlverstandenen positiven Beziehungserfahrung empfiehlt es sich, diesem Impuls zu widerstehen, da sonst über Gebühr die Regressionstendenz der Patienten gefördert und ihre Autonomie- und Ressourcenentwicklung behindert wird. Auch wenn eine gewisse Regression unvermeidlich ist und in gewissem Umfang auch therapeutisch erwünscht sein kann, soll das stationäre Milieu nicht zu sehr zur Regression einladen und die Autonomiebedürfnisse der Patienten nicht unnötig einschränken. Statt passive Heilungserwartungen zu fördern, sollten vielmehr, wann immer möglich, die unbefriedigten Bedürfnisse über Symbolbildungen sprachlicher, gestalterischer oder musikalischer Art zur Darstellung kommen können und empathisch angenommen werden. Dulz et al. (2000) sprechen von einer Trias aus Sympathie, haltender Funktion und Neutralität, wobei mit der haltenden Funktion die mütterliche Rolle und das Containment gemeint sind, während die väterliche Funktion in Regeln, Behandlungsverträgen und der Hausordnung zum Ausdruck kommt. Im tagesklinischen Setting werden regressive Tendenzen naturgemäß weniger aktiviert.

So wichtig eine solche Schutz, Halt und das Gefühl von Versorgung vermittelnde Beziehungserfahrung für viele Patienten sein kann,

so wichtig ist auch eine angemessene Steuerung regressiver Tendenzen, allein schon wegen der zeitlichen Begrenzung des stationären Aufenthaltes und der Notwendigkeit, die ambulante Psychotherapiefähigkeit wiederherzustellen. Wochenendbeurlaubung ins häusliche Milieu kann ein geeignetes Mittel sein, um dem regressiven Sog des stationären Settings die Anforderungen der eigenen häuslichen und familiären Welt entgegenzusetzen.

Neuere ressourcenaktivierende Konzepte legen großen Wert darauf, dass die Patienten aktiv bei der Umsetzung ihrer Therapieziele mitwirken, Verantwortung für die Therapie übernehmen und Schritte in Richtung von Selbstschutz und Selbstfürsorge unternehmen. Vor diesem theoretischen Hintergrund versteht sich die psychodynamisch stationäre Psychotherapie als ein Angebot, das einen umfassenden therapeutisch nutzbaren Raum zur Verfügung stellt, der den Bedürfnissen der meist strukturell gestörten Patienten auf unterschiedlichem Wege gerecht werden kann.

#### 5.4.4 Der stationäre Bereich als »Container« im Sinne von Bion

Besonders in der Behandlung strukturell gestörter Patienten kann sich für ein Verständnis der im Rahmen stationärer Therapie ablaufenden Prozesse auch die Konzeption »Container-Contained« von Bion (1990) als hilfreich erweisen. Ein solches Verständnis ist besonders dann von großem Nutzen, wenn Mitglieder des therapeutischen Teams im Kontakt mit schwer strukturell gestörten Patienten in heftige negative emotionale Zustände der Ohnmacht, Lähmung und Hilflosigkeit oder in Gefühle von Scham, Schuld, Minderwertigkeit und Unfähigkeit geraten.

Nach dem Modell von »Container-Contained« stellt die Therapeutin dem Patienten ihren eigenen Binnenraum gleichsam als »Be-

hälter« zur Verfügung, in den der Patient seine unverarbeiteten und unerträglichen Emotionen »deponieren« kann. Durch ihr »Containing« und ihre Bereitschaft, die dem Patienten unerträglichen Affekte stellvertretend für ihn zu »metabolisieren«, gewissermaßen zu »entgiften«, unterstützt sie seine Affektregulation und ermöglicht ihm schrittweise eine Integration der bis dahin unerträglichen affektiven Zustände.

Der diesem Vorgang zugrunde liegende primitive Abwehrmechanismus ist die projektive Identifizierung (Ogden 1988). Er bewirkt, dass Interaktionspartner, in welche die unerträglichen patientenseitigen Emotionen »deponiert« werden – im stationären Kontext sind dies in erster Linie Therapeuten oder Pflegekräfte –, diese zunächst als ihre eigenen erleben, d.h. sie empfinden sich selbst als ohnmächtig, gelähmt, unwert, unfähig usw., wie die Patienten sich selbst erleben, ohne jedoch sofort zu erkennen, dass die Emotionen ihren Ursprung zumindest in großen Teilen in dem in sie projizierenden Patienten haben. Oft tritt bei den belasteten Therapeuten oder Pflegekräften erst dann eine emotionale Entlastung ein, wenn der projektive Prozess im Kontext einer Supervision verstanden wurde. Eine »Metabolisierung« kann dann z. B. darin bestehen, dass die Therapeutin dem Patienten den »entgifteten« Affekt in empathischer Weise wieder zur Verfügung stellt, indem sie ihm z. B. zu verstehen gibt, dass sie das Quälende seiner Affektzustände gespürt hat.

Meist sind einzelne Teammitglieder von den projektiven Prozessen betroffen. Seltener richtet sich die projektive Identifizierung auf das gesamte therapeutische Team im Sinne eines »Globalobjekts« mit der Folge, dass sich ein gesamtes Team durch einen Patienten gelähmt oder ohnmächtig gemacht fühlt. In einem solchen Falle ist eine externe Teamsupervision vordringlich, damit das Team wieder handlungsfähig wird. Nicht selten kommt es

vor, dass strukturell gestörte Patienten sehr nahe Beziehungen zu Mitpatienten herstellen und auf ähnliche Weise unerträgliche Emotionen in sie »deponieren«. Die Folge ist, dass diese Mitpatienten emotional stark belastet werden. Hier ist das Team gefordert, den betreffenden Mitpatienten zu entlasten und ihn bei der Regulation der Distanz gegenüber dem auf ihn projizierenden Patienten zu unterstützen.

Die im »Container-Contained«-Modell konzipierte Metabolisierungsarbeit des Therapeuten lässt sich auch in dem neueren Mentalisierungskonzept (► Abschn. 5.4.7) reformulieren. Die Fähigkeit des therapeutischen Teams, »mentalisierend« mit den projizierten psychischen Inhalten der Patienten umzugehen, gibt ihnen die Möglichkeit, sie in dem schützenden und wohlwollenden Umfeld der Station in ihre Erlebenswelt zu integrieren.

### 5.4.5 Interpersonelle Interaktionen und Inszenierungen im multiplen Übertragungsfeld

Das im stationären Rahmen aufspannende Feld zwischenmenschlicher Beziehungen kann in zweierlei Hinsicht therapeutisch genutzt werden, die Streeck (1998) als horizontale und vertikale Dimension bezeichnet hat.

In der **horizontalen Dimension** wird sowohl das interaktive Geschehen zwischen den Patienten und Teammitgliedern als auch das interaktive Geschehen zwischen den Patienten untereinander in den Blick genommen. Die interpersonelle Dimension hatte in der psychoanalytischen Behandlungstechnischen Diskussion über lange Zeit nur eine randständige Beachtung gefunden (Sullivan 1980). Erst in den neueren Ansätzen der intersubjektiven und relationalen Psychoanalyse erfuhr sie eine entscheidende Aufwertung (Altmeyer & Thomä 2010). In der Konzeption der psychoanalytisch-interaktionellen Psy-



chotherapie durch Heigl-Evers und Heigl (1983) wurde mit dem Prinzip »Antwort« eine explizit interpersonelle Interventionsform geschaffen, um Patienten Rückmeldungen über das eigene Erleben zu geben.

Im stationären Bereich können »selektiv-authentische« Mitteilungen von Teammitgliedern (Heigl-Evers & Heigl 1983), aber auch Reaktionen der Mitpatienten den Patienten entscheidend helfen, die Auswirkungen ihres eigenen Handelns besser einzuschätzen, Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung abzugleichen und zu erkennen, in welchem Maße »gesendete« und »empfangene« Botschaften voneinander abweichen können.

Hervorragendes Medium für derartige Rückmeldungen und Korrekturen ist die stationäre Gruppentherapie (► Kap. 11). Neben die allgemeinen Wirkfaktoren von Gruppentherapie (Yalom 2007) treten die im Grundsatz auch für die Einzeltherapie geltenden Konzeptualisierungen, die sowohl interpersonelle Lernerfahrungen, Einsicht in intrapsychische Zusammenhänge und positive Beziehungsneuerfahrungen umfassen (Strauß & Burgmeier-Lohse 1994; Strauß & Mattke 2001; Tschuschke 1993). Mattke (2007, 2014) sieht im Zusammenwirken der drei psychodynamischen Wirkmechanismen der Imitation, Identifikation und Internalisierung die Grundlage für individuelle Einsichtsprozesse in Gruppen. Auf der Gruppenebene wird der therapeutische Prozess durch die Aspekte Selbstöffnung in der Gruppe, die darauf folgende Katharsis, interpersonelles Lernen und Rekapitulation der Primärfamilie in der Gruppe vermittelt.

Die **vertikale, intrapsychische Dimension** betrachtet das Erleben und Verhalten der stationär behandelten Patienten als Ausdruck von Inszenierungen unbewusster intrapsychischer Konflikte. Zahlreiche Elemente des stationären Milieus – Verhaltensweisen oder äußere Merkmale von Teammitgliedern oder

Mitpatienten, Eigenschaften und Merkmale von Räumlichkeiten oder des Mobiliars usw. – können Ähnlichkeiten mit früheren Beziehungskontexten haben und dadurch zu Auslösern für Übertragungsphänomene werden. Auf diese Weise bietet der stationäre Raum umfangreiche Gelegenheit, innere Objektbeziehungen in der Beziehung zu den einzelnen Teammitgliedern oder zu Mitpatienten wiederzubeleben (Sandler 1976; Sandler & Sandler 1978). Die stationäre Behandlung wird so zu einer Bühne für die Reinszenierung zentraler Beziehungskonflikte. Auch hierfür bietet die stationäre Gruppentherapie die idealen Voraussetzungen. So ließ sich in der Stuttgarter Studie zu Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie zeigen, dass besonders bei erfolgreichen Patienten Übertragungsprozesse mit einer »Rekapitulation der Primärfamilie« zu bedeutsamen Veränderungen relevanter Objektrepräsentanzen führten (Tschuschke 1993).

### Praxistipp

#### Inszenierung unbewusster intrapsychischer Konflikte

Meist werden in der Projektion auf Teammitglieder oder Mitpatienten Repräsentanzen guter und in einzelnen Mitpatienten Repräsentanzen schlechter Eltern-Objekt-Bilder aktualisiert. Typische Konstellationen sind Projektionen guter Elternimages auf Einzeltherapeuten und Projektionen schlechter Elternimages auf einzelne Pflegekräfte oder einzelne Mitpatienten. Die Aktualisierung verinnerlichter Objektbeziehungen besteht darin, dass Patienten unbewusst versuchen, bei Teammitgliedern oder bei Mitpatienten Verhaltensweisen hervorzurufen, die eine Szene komplettieren, in welcher ein Patient und ein Teammitglied die Rollen des Selbst- und Objekts einer inneren Objektbeziehung übernehmen, die Niederschlag einer frühen Eltern-Kind-Beziehung ist.



So können Patienten Teammitglieder dazu bringen, dass sie kontrollierend oder strafend mit einer Patientin umgehen und auf diese Weise eine typische Szene der Kindheit wiederherstellen. Oder sie stellen, indem sie ihre Not nicht mitteilen, unbewusst eine Szene her, bei der eine Pflegekraft ihre Not nicht sieht und damit zur Projektionsfläche eines vernachlässigenden mütterlichen Objektes wird. Auch kann das Umgekehrte vorkommen, indem ein Patient gegenüber einer Pflegekraft die Rolle des Objektanteils der verinnerlichten Objektbeziehung übernimmt und sich ihr gegenüber wie eine vorwurfsvolle Mutter verhält.

Aktualisierungen können, bleiben sie unerkannt, den therapeutischen Prozess empfindlich stören, aber auch entscheidend bereichern, wenn in der Unmittelbarkeit des Erlebens im Hier-und-Jetzt der therapeutischen Beziehung die auf unbewusste Konflikte verweisenden Ängste, Schamgefühle, Erwartungen und Fantasien zur Darstellung kommen und durch die verständnisvolle reale Präsenz der Teammitglieder aufgefangen werden. Aktualisierungen erkennen zu können, ist für ein therapeutisches Team stets von großem Wert. Die sorgfältige Beobachtung der eigene Gegenübertragung gestattet es den an der Therapie beteiligten Teammitgliedern, Handlungsimpulse zu erkennen, die von der üblichen Art des Reagierens abweichen und deren Funktion offenbar darin besteht, eine unbewusste Szene im Sinne der Aktualisierung einer inneren Objektbeziehung zu kompletieren. Das Erkennen der Inszenierung und die Möglichkeit einer neuen, andersartigen, besseren Reaktion kann dem Patienten eine entscheidende neue Beziehungserfahrung vermitteln.

Inwieweit sich die therapeutische Arbeit der Bewusstmachung und Entschlüsselung der in Szene gesetzten Beziehungsbotschaft und der ihnen zugrunde liegenden innerpsychischen Konflikte widmen kann, hängt von

der im Einzelfall abzuschätzenden Fähigkeit des jeweiligen Patienten ab, im Sinne konfliktbezogener Psychotherapie (Rudolf 2013) arbeiten zu können. Insbesondere hängt es von seiner Fähigkeit ab, den »Als-ob-Charakter« der Übertragung von der Ebene der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu unterscheiden. Eine auf die Übertragung fokussierende therapeutische Arbeit ist nur dann Erfolg versprechend, wenn die Mentalisierungsfunktion so weit entwickelt ist, dass auch die Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung (Sterba 1934) in ein »beobachtendes« (»erwachsenes«) und ein »erlebendes« (in der Regel kindliches) »Ich« in ausreichendem Maße gegeben ist.

#### 5.4.6 Strukturbezogene Ansätze mit Ich-psychologischem Hintergrund

Auf der Basis der psychoanalytischen Ich-Psychologie (Bellak et al. 1973; Blank & Blank 1978) wurde ein psychoanalytischer Zugang geschaffen, der die Ich-strukturellen Defizite der Patienten zum Gegenstand der Behandlung macht. Im deutschen Sprachraum wurde dieses Vorgehen ursprünglich von Heigl-Evers und Heigl (1983) sowie von Heigl-Evers und Ott (2002) als psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie entwickelt und in der Systematik von Rudolf (2013) als strukturbezogene Psychotherapie neu konzeptualisiert.

Das strukturbezogene Vorgehen richtet den Blick nicht auf die Bewusstmachung unbewusster Konflikte, sondern auf die als Folge ungünstiger Entwicklungsbedingungen und traumatischer Kindheitserfahrungen nicht in ausreichendem Maße entwickelten Ich-Funktionen der Emotionsregulierung, der Impulskontrolle, der differenzierten Affektwahrnehmung und der Selbstwertregulation. Die Identifizierung und Modifizierung dysfunktionaler Verhaltens- und Beziehungsmuster,

die bei ungünstigen Lebensumständen einmal adaptiv gewesen waren, unter den Bedingungen der aktuellen Lebensrealität jedoch maladaptiv geworden sind, stehen ebenso im Vordergrund wie der Aufbau adaptiver Bewältigungsmuster. Die Zielgruppe für ein strukturbezogenes therapeutisches Vorgehen sind vor allem Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, aber auch Patienten mit Essstörungen, Angsterkrankungen, somatoformen Störungen und anderen Störungsbildern mit beziehungstraumatischem Hintergrund.

Das therapeutische Vorgehen ist davon abhängig, ob es sich um unbewusste Konflikte handelt, die dem Zugriff der betroffenen Person entzogen sind, oder um bewusste Konflikte, für deren Handhabung eine ausreichende Bewältigungskompetenz fehlt. Im ersten Falle können die Bedingungen einer stationären Therapie den Rahmen bereitstellen, um angst- und schambesetzte unbewusste Inhalte bewusst werden zu lassen. Im zweiten Falle stellen die Bedingungen der stationären Therapie ein Lern- und Übungsfeld dar, um die für eine Konfliktbewältigung notwendigen Bewältigungskompetenzen zu stärken.

Je »expressiver« die Therapie angelegt ist, desto eher steht abwehranalytisches, aufdeckendes Arbeiten im Vordergrund und umso eher wird die Übertragung zum Gegenstand von Deutungen. Je supportiver eine Behandlung konzipiert wird, desto weniger wird die Therapeutin die sich darstellende Übertragung deuten, sondern sich als »gutes Objekt« verwenden lassen und Übertragungswünsche entweder in begrenztem Umfang befriedigen oder auch unter Hinweis auf die aktuelle Realität begrenzen.

In der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie nach Heigl-Evers und Ott (2002) werden die Nachreifung der gestörten Ich-Funktionen, die zunehmende Differenzierung ihrer Selbst- und Objektrepräsentan-

zen – von basal gestörten Teil-Objektbeziehungen hin zu ganzheitlichen Objektbeziehungen – und die Einleitung von gutartigen Internalisierungsprozessen als vorrangige Therapieziele angestrebt. Das Konzept beinhaltet eine therapeutische Haltung, bei der die Therapeutin der Patientin nicht deutend, sondern als reale Person »antwortend« zur Verfügung steht. Im Bedarfsfall übernimmt sie »Hilfs-Ich-Funktionen«. Vor allem aber unterstützt sie die Patienten bei der Einübung realer Fähigkeiten der interpersonellen Interaktion.

Das »Prinzip Antwort« besagt, dass die Therapeutin der Patientin die vermuteten oder wahrscheinlichen Gefühlsantworten alltäglicher Interaktionspartner und auch die eigenen Gefühlsreaktionen selektiv und authentisch mitteilt, um sie so einem besseren Verständnis der interpersonellen Schwierigkeiten und Verwicklungen des Alltagslebens näherzubringen.

In ähnlicher Weise besteht das Ziel der strukturbezogenen Psychotherapie (Rudolf 2013) nicht in einem deutenden Verständnis unbewusster Konfliktodynamiken, sondern in einem verbesserten Umgang der Patienten mit ihren Ich-Funktionsdefiziten. Eine solche Arbeit umfasst die spiegelnde Beschreibung und Herausarbeitung impliziter und automatisierter Verfahrensabläufe und der mit ihnen verbundenen emotionalen Reaktionen, Einstellungen und Überzeugungen. Die Therapeutin wirkt darauf hin, dass die Patienten ihre dysfunktionalen Verhaltens- und Lebensmuster als solche erkennen und die entsprechenden funktionellen Schemata in ihren adaptiven und maladaptiven Aspekten identifizieren können. Statt die Problematik nur im Außen und bei den Interaktionspartnern zu lokalisieren, sollen die Patienten für ihre dysfunktionalen Muster Verantwortung übernehmen und alternative Möglichkeiten der Problembewältigung erproben.

### 5.4.7 Mentalisierungsgestützte Ansätze in der stationären Psychotherapie

Als ein spezieller Aspekt strukturbezogenen, d. h. auf die Entwicklung von Ich-Funktionen gerichteten therapeutischen Vorgehens hat die Förderung der Mentalisierungsfunktion in den letzten Jahren auch für die stationäre psychotherapeutische Praxis eine zunehmende Bedeutung erlangt. Die Konzepte mentalisierungsbasierter Psychotherapie basieren auf der von Fonagy et al. (2011) vorgetragenen Annahme, dass zahlreiche psychische Störungen, insbesondere schwere Persönlichkeitsstörungen, aber auch somatoforme Störungen, als Folge einer unzureichend ausgebildeten Fähigkeit zur Mentalisierung aufgefasst werden können (Bateman & Fonagy 2008). Die durch frühe bindungstraumatische Einflüsse ungenügend entwickelte Fähigkeit zur reflektierenden Selbstbeobachtung und Wahrnehmung eigener und fremder psychischer Zustände hat nicht nur schwerwiegende Auswirkungen auf die zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung, sie bereitet auch den Boden für unterschiedliche psychopathologische Symptombildungen. Das Modell von Fonagy et al. (2011) hat seine Wurzeln in der psychoanalytischen Idee der »Symbolisierung« oder »Symbolbildung« (Segal 1957) und Befunden der Bindungsforschung und der »Theory-of-Mind«-Forschung (Premack & Woodruff 1978). Ursprünglich für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt, wurde das Anwendungsgebiet des Konzeptes auch auf die Behandlung unterschiedlicher Störungsbilder ausgeweitet (Allen et al. 2016).

Das therapeutische Anliegen der mentalisierungsbasierten Behandlungsansätze im stationären Bereich ist es, die Patienten immer wieder zur reflektierenden Betrachtung eigener und fremder Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und Absichten anzuhalten, um sie

auf diese Weise bei der Errichtung stabiler innerer Repräsentanzen, der Ausbildung eines kohärenten Selbstgefühls und der Entwicklung von Bindungssicherheit zu unterstützen. Dies impliziert auch die Stärkung der Affektwahrnehmung und -differenzierung sowie die Identifizierung von mentalen Zuständen geringeren Mentalisierungsniveaus. Ein zentraler Gedanke ist der differenzierte Umgang mit Schwankungen des Mentalisierungsniveaus bei Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern, vor allem bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen, mit der Notwendigkeit, die Interventionsstrategie so anzupassen, dass eine hilfreiche therapeutische Beziehung auch unter den Bedingungen eingeschränkter Mentalisierungsfunktion hergestellt werden kann.

Der stationäre Raum ist ein idealer Kontext, um die Mentalisierungsfähigkeit zu stärken. In der stationären Gruppentherapie können die Patienten lernen, statt an vermeintlichen Gewissheiten festzuhalten, wie andere sind und was sie denken, Fragen zu stellen, wie eigene und fremde Äußerungen und Verhaltensweisen verstanden werden können. Informelle Kontakte zwischen den Patienten können wesentlich dazu beitragen, Missverständnisse aufzulösen und wechselseitige Projektionen zu hinterfragen.

Heftige negative Emotionen, Feindseligkeit und Rückzugstendenzen können resultieren, wenn auf der Basis eigener Projektionsbedürfnisse auf die inneren Zustände anderer Menschen geschlossen wird. Große Bedeutung können klärende Gespräche zu dritt bekommen.

### 5.4.8 Psychodynamische störungsorientierte Ansätze

Analog zur Entwicklung störungsorientierter Therapieformen in der ambulanten Psycho-

therapie wurden auch im stationären Bereich zunehmend störungsorientierte Therapieansätze konzeptualisiert (Huber & von Rad 2011). Inzwischen liegt eine größere Anzahl psychodynamisch orientierter störungsorientierter Konzepte vor, die gerade auch im stationären Bereich Anwendung finden. Einige davon sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

**Essstörungen** Bezogen auf die Behandlung von Essstörungen besteht ein Konsens, dass nur multimodale Konzepte der stationären Behandlung von Essstörungen, die in einen integrierten Gesamtbehandlungsplan eingebettet sind und oft durch einen Übergang in eine teilstationäre Therapiephase ergänzt werden, den Erfordernissen der betroffenen Patienten gerecht werden können. Das Hauptziel der stationären Behandlung magersüchtiger Patientinnen ist es, angesichts der ausgeprägten Verleugnungstendenzen und der als Folge der Mangelernährung geringen Introspektionsfähigkeit über eine Normalisierung des körperlichen Zustandes und des Essverhaltens die körperlichen und mentalen Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung zu schaffen. Psychotherapeutische Maßnahmen der Einzel- und Gruppentherapie sowie spezialtherapeutische Verfahren werden daher durch strukturierte Essprogramme und die Ernährungsberatung mit Essbegleitung und betreute Einkaufs- und Kochmöglichkeiten ergänzt. Ohne Zweifel stellt die stationäre Behandlung anorektischer Patientinnen hohe Anforderungen an das behandelnde Team, dessen Containing-Funktion (► Abschn. 5.4.4) ebenso gefordert ist wie seine Bereitschaft und Fähigkeit, mit den häufig zu beobachtenden Spaltungsprozessen umzugehen. Hierbei spielt die psychosomatische Pflege eine sehr wichtige Rolle (Behandlungsteam der Station für Essstörungen 2004; Herpertz et al. 2015; Herzog et al. 2004; Schors et al. 2011; Zeeck & Hartmann 2008).

**Somatoforme Störungen** Für somatoforme Störungen liegen stationäre Behandlungskonzepte vor, die das meist somatisch geprägte Krankheitsverständnis, die alexithyme Emotionsverarbeitung und die meist von tief greifenden Verlust- und Ohnmachtserfahrungen geprägte Beziehungsdynamik somatoform erkrankter Patienten (Engel & Schmale 1967) berücksichtigen. Von besonderer Bedeutung ist vor allem zu Beginn der Behandlung ein die somatische Symptomklage und die enttäuschenden Erfahrungen mit dem Medizinsystem akzeptierendes, supportives und haltendes Beziehungsangebot. Erst in späteren Phasen treten die differenzierende Arbeit an der Emotionswahrnehmung und die therapeutische Arbeit an aktuell konflikthaften Beziehungsmustern in den Vordergrund (Ehmer-von Geiso et al. 2011).

**Traumafolgestörungen** Für den Bereich der Traumafolgestörungen wurden psychodynamische Therapieformen entwickelt, die dem Umstand Rechnung tragen, dass Opfer schwerer Traumatisierungen weniger in der Lage sind, Erinnerungsspuren in Form mentaler Repräsentanzen zu organisieren mit der Folge, dass die belastenden oder bedrohlichen Erinnerungsspuren in Form hoch stressbelasteter Erinnerungsfragmente, Körperempfindungen, Gefühle und Kognitionen außerhalb der Repräsentanzenwelt des Alltagslebens abgespalten gespeichert bleiben (Küchenhoff 1998; van der Kolk 2000; Wöller 2016a). Entsprechende Therapieansätze auf psychodynamischer Grundlage wurden speziell auch für den stationären Bereich konzipiert (Eckert et al. 2011; Reddemann 2000). Die größte Verbreitung hat der von Reddemann (2012) und Sachsse (2009) entwickelte Ansatz gefunden, der insbesondere imaginative Interventionen hypnotherapeutischen Ursprungs nutzt. Der phasenorientierte Therapieansatz der »Psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie«

(PITT) verbindet eine Fülle ressourcenaktivierender Techniken zur Förderung von Selbstheilungskräften mit einem veränderten psychoanalytischen Grundverständnis, bei dem regressive Bedürfnisse durch die »Arbeit mit dem inneren Kind« symbolisch »auf der inneren Bühne« im Sinne der Nachbeileerung befriedigt werden. Der Vorteil der »Arbeit mit dem inneren Kind«, bei der ein erwachsener Persönlichkeitsanteil verletzte und traumatisierte kindliche Persönlichkeitsanteile nachbeileernd versorgt, besteht darin, dass es nicht zu einer Regression auf der Realebene der Beziehung kommen muss.

**Schwere Persönlichkeitsstörungen** Für den Bereich der schweren Persönlichkeitsstörungen, und namentlich für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, wurden Konzepte auf der Basis Ich-psychologischer und objektbeziehungstheoretischer Überlegungen entwickelt. Zu nennen ist das Modell der stationären Therapie der Borderline-Störung nach Janssen et al. (1989, 2007), das die Ebenen der physischen »holding function«, die Ebene der extraverbalen (nonverbalen) Symbolbildung in der Kunst- bzw. Gestaltungs- oder Maltherapie sowie in der Musiktherapie und die Ebene der verbalen Symbolbildung in der psychoanalytischen Gruppen- und Einzelpsychotherapie unterscheidet. Weitere im stationären Kontext zur Anwendung kommende Ansätze sind die Übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Kernberg (Clarkin et al. 2008), die eine Integration der gespaltenen inneren Repräsentanzenwelt der Patienten anstrebt, und zahlreiche weitere Konzepte zur Behandlung dieser Patientengruppe (z.B. Fabian et al. 2009; Lohmer 1988), mentalisierungsbasierte Ansätze (Bateman & Fonagy 2008), die den Schwerpunkt auf die Stärkung der Mentalisierungsfunktion legen, Ansätze in der Tradition der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie (Streeck 1998) und Ansätze

strukturbezogener Psychotherapie (Rudolf 2013). Schließlich finden sich trauma- und ressourcenorientierte Konzepte für trauma-assoziierte Persönlichkeitsstörungen (Wöller 2013), insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Wöller 2014), deren Anwendungen im stationären Kontext konzeptuell (Schnabel 2014), im Hinblick auf die Teamdynamik (Pape 2014) und aus der Perspektive des Pflegepersonals (Funke & Schuldt 2014) dargestellt wurden.

## 5.5 Kognitiv-behaviorale Konzepte

### 5.5.1 Allgemeine kognitiv-behaviorale Prinzipien in der stationären Psychotherapie

Die Verhaltenstherapie verstand sich zwar ursprünglich als klinische Anwendung der Lerntheorien und der Verhaltensforschung, wuchs jedoch im Laufe der Jahre weit darüber hinaus. Wesentliches Kennzeichen der Kognitiv-Behavioralen Therapie ist heute ihre wissenschaftliche Fundierung. Sie greift zurück auf Erkenntnisse der Medizin und experimentellen Psychologie, mithin auf natur- und sozialwissenschaftliche Forschungsergebnisse, auf Neuerungen der Kognitions- und Emotionsforschung ebenso wie der Neurobiologie. Die Wissenschaftlichkeit gilt aber nicht nur als theoretische Fundierung, sondern soll sich auch im therapeutischen Prozess durch eine stete Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionen zeigen. Sowohl die Erfassung der Zielvariablen vor und nach einer Therapie als auch das fortlaufende, etwa psychometrische Monitoring therapie-relevanten Verhaltens sind daher ein unverzichtbarer Bestandteil – wobei Verhalten in einem weiten Sinn verstanden und auf kognitiver, emotionaler, behavioraler (sichtbares Verhalten) und physiologischer Ebene erfasst wird.

Dieser Orientierung an Wissenschaftlichkeit entspricht im Kontakt mit dem Patienten eine möglichst umfassende Transparenz des therapeutischen Vorgehens. Die Grundlagen der verhaltenstherapeutischen Theorie und Praxis sollen dem Patienten im Sinne eines plausiblen Erklärungsmodells mitgeteilt, die Therapieziele und Maßnahmen in einem gemeinsamen Abstimmungsprozess erarbeitet und angepasst werden. Das Vorgehen in der Verhaltenstherapie fußt also immer auf Entscheidungen, die der Patient mit dem Therapeuten bzw. dem therapeutischen Team zusammen getroffen hat. Erst dann sind auch ein fundiertes Einverständnis und eine ausreichende Motivation des Patienten nicht nur zur Therapie, sondern auch zu oft mühsamen Änderungsschritten zu erwarten. Dabei sind die Zielbegriffe wenig abstrakt, sondern werden auf der kognitiv-emotionalen, perzeptuellen und insbesondere behavioralen Ebene möglichst klar definiert und operationalisiert, sodass sie auch einer direkten Überprüfbarkeit zugänglich sind. Verhaltenstherapie ist häufig pragmatisch, zeitlich überschaubar und strebt aktive und für den Patienten unmittelbar plausible Bewältigungsschritte an. Das veränderte Verhalten zeigt sich somit nicht nur in der therapeutischen Situation in Einzel- oder Gruppentherapien, sondern gerade auch im stationären Setting in unterschiedlichsten Situationen und multiplen Beziehungen (Mitpatienten, Hauspersonal etc.). Plausible Hypothesen zum dysfunktionalen Verhalten erlauben eine unmittelbar ableitbare Zieldefinition veränderten Verhaltens (z. B. selbstsicheres Verhalten, Exposition gegenüber angstauslösenden Stimuli), welches wiederum direkt überprüft werden kann und ein rasches Selbstwirksamkeitserleben des Patienten ermöglicht.

Die lerntheoretischen Grundlagen stellten früh die Abhängigkeit des Verhaltens von situativen Stimuli heraus (z. B. im Rahmen

klassischer oder operanter Konditionierungen). Die kognitiv-sozialen Theorien (Bandura 1986; Mischel 1973) sowie weitere sozial- und gruppenpsychologische Erkenntnisse betonten dann die soziale Bedingtheit psychischer Erkrankungen. Problemverhalten und Verhaltensdefizite zeigen sich in aller Regel als dysfunktionales Verhalten in sozialen Situationen, also im Kontakt mit Bezugspersonen, nahestehenden oder fremden Menschen, Gruppen oder der Gesellschaft. Diese sozialen und situativen Determinanten werden im Änderungsprozess berücksichtigt, Änderungsschritte und Bewältigungsstrategien gestalten sich als Lernfortschritte in sozialen Situationen. Daher bietet sich das stationäre Setting als sozialer Lernraum, quasi als großes Verhaltenslabor zur Erprobung neuer Strategien (z. B. Grenzen setzen, Forderungen stellen) oder Wahrnehmungen (Überprüfung der Reaktion der Umwelt) an. Eine ambulante Psychotherapie, z. B. mit einer Sitzung pro Woche à 50 Minuten, erfordert von einem Patienten ein hohes Maß an Disziplin und Änderungswillen, um in der Therapiestunde besprochene Verhaltensänderungen im Alltag zu erproben und umzusetzen. Eine stationäre Therapie bietet dagegen täglich zahlreiche Gelegenheiten zum »therapeutischen Verhaltensexperiment« und zur Einübung neuer Strategien in Einzel- und Gruppentherapie, beim Sport oder im Speisesaal, im Kontakt mit Mitpatienten oder dem Servicepersonal sowie zur simultanen Reflexion der Ergebnisse dieses Verhaltens in der Therapie. Dabei sollte sich die Einbeziehung der sozialen Umwelt nicht auf den Klinikrahmen beschränken, vielmehr sind auch Verhaltensübungen und Belastungserprobungen außerhalb der Klinik und die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen aus dem Alltag des Patienten in den stationären Therapieprozess sinnvoll und hilfreich.

Die Nutzung des sozialen Umfelds in einer



psychotherapeutischen Klinik, der Stationsatmosphäre, der therapeutischen Gemeinschaft als eigenständiges therapeutisches Instrument wurde unter dem Begriff **therapeutisches Milieu** vielfach beschrieben (Clark 1977; Hilpert et al. 1981; Jones 1956; Linden 2011). Auch in einer Klinik können die Umweltbedingungen als pathogene oder salutogene Faktoren wirken und somit krankheitsaufrechterhaltende Bedingungen (z. B. sozialer Rückzug, Fehlverstärkung), jedoch auch Unterstützung beim Aufbau funktionalen Verhaltens (soziale Integration, Zuwendung, Übung der Abgrenzung) bieten. Das therapeutische Milieu ermöglicht schwerbelasteten Patienten Entlastung und Schutz. Der Stationsalltag und der therapeutische Ablauf strukturieren aber auch den Tag, bieten Regelmäßigkeit und Ausgleich und damit ein equilibrierendes Element, daneben auch eine häufig nötige Kontrolle und Unterstützung z. B. beim Aktivitätenaufbau. Je nach Funktionsfähigkeit des Patienten stehen Betreuung und praktische Hilfe, häufig durch das Pflegepersonal, im Vordergrund oder aber Hilfe zur Selbsthilfe, Vermittlung konkreter Anforderungen und Unterstützung der Motivation zur Veränderung. Die nahezu permanent ablaufenden sozialen Interaktionen in der Klinik erleichtern die Diagnostik des Beziehungsverhaltens, ermöglichen das Lernen am Modell der Therapeuten oder fortgeschrittener Mitpatienten und die Erprobung und Einübung neuer Verhaltensstrategien.

Es verwundert nicht, dass im engen Miteinander des Kliniklebens die Aufnahme neuer Beziehungen leichter fällt. Der Wegfall alltäglicher Anforderungen und die Auflösung eingübter sozialer Rollen führen gelegentlich auch zu einer Art »Jugendherbergsatmosphäre« mit rascher Kontaktaufnahme bis hin zu intimen Beziehungen. Auch wenn Letztere in der Regel eher therapiehinderlich sind, wird die Klinik doch von den meisten Patien-

ten als Schutzraum wahrgenommen, den am Ende der stationären Therapiephase zu verlassen große Ängste auslöst. Das therapeutische Milieu muss daher vonseiten der Therapeuten strukturiert, angeleitet und beschützt, jedoch auch begrenzt werden, um therapieförderlich wirken zu können. Insbesondere krankheitsverstärkende Gruppenbildungen mit der Übernahme dysfunktionaler Verhaltensweisen, nicht zuletzt durch den Gruppendruck, oder eine emotionale Abhängigkeit von Mitpatienten erfordern die erhöhte Aufmerksamkeit des therapeutischen Teams. Gelegentlich brauchen Patienten auch Hilfe in der Abgrenzung gegenüber den Problemen anderer Patienten bei mangelnder Abgrenzungsfähigkeit oder dependenten Zügen. Ein funktionierendes therapeutisches Milieu ermöglicht dagegen korrigierende Beziehungserfahrungen sowie das Erleben von Selbstwirksamkeit, Gegenseitigkeit und sozialer Einbindung, schließlich von Respekt, Zusammenhalt und Solidarität.

### 5.5.2 Lerntheorie und sozial-kognitive Theorie

Prinzipien der Lerntheorie, die der frühen Verhaltenstherapie zugrunde lagen (klassisches und operantes Konditionieren, Expositionstherapien etc.), spielen auch heute noch eine bedeutende Rolle. Krankheit wird als dysfunktionales oder Problemverhalten verstanden, das hinsichtlich seiner situativen Bedingtheit im Rahmen der **Verhaltensanalyse** (SORKC-Schema) untersucht wird (Kaner et al. 1991). Therapieinterventionen dienen dann zur Reduktion des Problemverhaltens bzw. eines Symptoms, jedoch auch zum Aufbau von Alternativverhalten, des Selbsthilfepotenzials (Ressourcen) sowie zur übenden Überwindung von Verhaltensdefiziten (z. B. Emotionsregulation, Empathie). Verhaltensänderung wird dabei nicht nur durch Ein-



sicht, sondern durch übende Wiederholung erzielt. Gerade hierfür bietet das stationäre Setting hervorragende Möglichkeiten, zum einen durch multiple soziale Interaktionen im therapeutischen Milieu, zum anderen durch die Möglichkeit von Verhaltensübungen mit Unterstützung des Pflegepersonals, deren Mitarbeiter in diesem Setting also kaum mehr pflegende Funktionen wahrnehmen und deshalb in vielen Kliniken auch Co-Therapeuten genannt werden. Sie unterstützen etwa schwer depressive Patienten bei der Tagesstrukturierung, wobei sie auf deren zunehmende Eigenaktivität und -verantwortung Wert legen. Der Aufbau verstärkender Aktivitäten hat häufig unmittelbare Wirkungen zur Abmilderung depressiven Verhaltens. Die sehr aufwendigen Expositionsverfahren sind häufig nur durch ein therapeutisches Team im stationären oder teilstationären Setting zu leisten.

Das stationäre Behandlungskonzept muss gleichzeitig stets dahingehend überprüft werden, ob es zu Fehlverstärkungen des Problemverhaltens durch falsche Belohnungsanreize, allzu regressionsförderndes Milieu oder etwa zu luxuriöse Hotelleistungen der Klinik kommt.

Die Betonung sozialer Aspekte bei Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung im Rahmen der sozial-kognitiven Theorie findet ihre therapeutische Entsprechung im stationären und teilstationären Setting mit den vielfachen interaktionellen Kontakten und der Möglichkeit, die Klinik als Verhaltenslabor des Patienten zu verstehen. Dem entspricht eine Erweiterung der verhaltenstherapeutischen Diagnostik in der sogenannten **Bedingungsanalyse**, in der die wesentlichen krankheitsauslösenden und -aufrechterhaltenden sozialen Faktoren (z.B. Partnerbeziehung, familiäre Verhältnisse, soziales Netz, finanzielle und Arbeitsbedingungen) sowie medizinische, Lern- und Programmbedin-

gungen erfasst werden. Zusammen mit der Verhaltensanalyse ermöglicht die Bedingungsanalyse dem Patienten, unmittelbar die Zusammenhänge des Problemverhaltens mit seinem sozialen und Interaktionsverhalten zu erkennen. Die unterschiedlichen Krankheitsbedingungen können dann im multiprofessionellen Team spezifisch angegangen werden (z.B. Emotionsregulation und Kommunikationsverhalten in therapeutischer Einzel- und Gruppentherapie, Expositionstherapie mit Co-Therapeuten, Bearbeitung finanzieller oder beruflicher Probleme in der Sozialtherapie oder Verbesserung der Körper- und Emotionswahrnehmung in der Körpertherapie). Die Häufigkeit und Dichte der therapeutischen Angebote sowie der Interaktionen zwischen den Patienten ermöglichen eine intensive Bearbeitung der Beziehungs-, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit der Patienten, die sich bei den meisten stationär behandelten, häufig persönlichkeitsgestörten Patienten als defizitär herausstellen.

### 5.5.3 Kognitive Therapie und Selbstmanagement

Mit der kognitiven Wende der 1970er-Jahre entwickelte sich ein breites Interesse an innerpsychischen, vor allem kognitiven Prozessen. Auf der behavioristischen Perspektive fußend wurden Verhalten und Emotionen als erlernte Reaktionen auf spezifische Umweltreize erklärt, wobei insbesondere die kognitive Informationsverarbeitung zu einer spezifischen Selbst- und Weltsicht der Person führt (Bandura 1986). Das Verhalten wurde insofern nicht mehr – wie in der behavioristischen Therapie der 1950er- und 1960er-Jahre – als rein reiz- bzw. situationsdeterminiert betrachtet. Vielmehr kommt es stets zu komplexen Interaktionsprozessen zwischen diesen situativen Auslösern, individuellen Faktoren im Sinne von Dispositionen, dem beobachtbaren

Verhalten und den operanten Verhältnissen im Sinne interaktioneller Persönlichkeitsmodelle (Mischel 1973). Verhaltenserwartungen und -ziele formen somit individuelle Schemata, zu deren Umsetzung jedoch auch spezielle Fertigkeiten und Kompetenzen nötig sind. Insbesondere der Ansatz Aaron T. Becks etablierte die kognitive Therapie von Depressionen und Persönlichkeitsstörungen in der kognitiv-behavioralen Ausrichtung. Beck und Mitarbeiter erklärten die Verhaltensauffälligkeiten wesentlich durch kognitive Fehler (Wahrnehmung, Bewertung, Verhaltenssteuerung) und dysfunktionale Überzeugungen (Aussagen über die eigene Person oder die Umwelt), die sich in automatischen Gedanken niederschlagen (Beck & Freeman 1999). Kognitive (bzw. kognitiv-emotionale) Prozesse lassen sich gerade in der stationären Psychotherapie sehr effektiv vom Patienten anhand seiner Erfahrungen in vielfachen Interaktionen und Beziehungen überprüfen. Rückmeldungen in Gruppentherapien durch Mitpatienten oder durch die unterschiedlichen Mitglieder eines therapeutischen Teams wirken häufig glaubwürdiger als die eines isolierten Einzeltherapeuten. Zudem lassen sich kognitive Kompetenzen, wie etwa Problemlösefertigkeiten, besonders effektiv im Übungsraum des therapeutischen Milieus erwerben.

Eine bedeutende Erweiterung erfuhr die kognitive Therapie mit dem Fokus auf selbst-regulative Fähigkeiten durch Kanfer et al. (1991). Über selbst kontrolliertes Kontingenzmanagement soll der Patient die Möglichkeit zu korrigierenden Erfahrungen zu gewünschten Verhaltens- und Einstellungsänderungen erhalten. Hierzu bedarf es intensiver Aufklärungs- und Motivationsarbeit. Der Patient wird zum Experten seiner Störung und deren Behebung, wobei die kognitiv-behaviorale Theorie Grundlage und Sprache der gemeinsamen therapeutischen Arbeit wird. Dieser

emanzipatorische Ansatz verdeutlicht die Begrenzung von Therapeut und Patient auf Augenhöhe in der Verhaltenstherapie und korrespondiert im therapeutischen Team mit einer hohen Verantwortlichkeit des einzelnen Mitarbeiters für seine Funktion. Eine stark hierarchische Führungsstruktur ist daher für ein verhaltenstherapeutisches Krankenhaus kontraproduktiv, da Autonomie behindert und Eigenverantwortlichkeit rasch beschnitten wird. Der Therapeut steht dann in der Gefahr, einen »nicht funktionierenden« Patienten rasch zu sanktionieren, anstatt in einer gründlichen Motivationsanalyse die Entscheidung zu hinterfragen.

Die Entwicklung eines Krankheitsverständnisses, eines plausiblen Erklärungsmodells und eines davon abgeleiteten Behandlungsplans braucht Zeit. Entsprechend dem Sieben-Phasen-Modell nach Kanfer et al. (1991) ist eine ausführliche Problem- und Verhaltensanalyse Voraussetzung für die Feststellung der möglichen Verhaltensänderungen und des therapeutischen Ansatzpunktes, bevor der Patient sich schließlich entscheidet und in die aktive Veränderungsphase eintritt. Nur bei einer persönlichen Entscheidung des Patienten ist auch eine aktive Veränderungsmotivation zu erwarten. Ein grundlegendes Behandlungsprinzip der stationären Verhaltenstherapie ist also, dass der Patient (und ggf. auch nahe Bezugspersonen) zum Experten im Umgang mit seiner psychischen Störung werden und Handlungskompetenzen entwickeln soll, die zu höherer Eigenverantwortung, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit und damit schließlich zur Bewältigung seiner Probleme beitragen.

### 5.5.4 Störungsorientierte Ansätze in der Kognitiv-Behavioralen Therapie und Psychoedukation

Neben allgemeine kognitiv-behaviorale Behandlungsstrategien traten ab den 1980er-Jahren störungsspezifische Behandlungskonzepte. Sie bezogen sich entweder auf Diagnosen gemäß den jeweils gültigen Klassifikationssystemen oder auf zugrunde liegende, krankheitsaufrechterhaltende Bedingungsfaktoren, wie etwa Defizite in sozialen Fertigkeiten oder der Emotionsregulation. Entsprechend den störungs- oder problemspezifischen Faktoren, wie sie in der Verhaltens- und Bedingungsanalyse identifiziert werden können, wurden Therapieprogramme für einzelne Störungen entworfen, teils manualisiert, teils mit höherem Freiheitsgrad. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die Information und Aufklärung des Patienten über seine Störung, sodass insbesondere psychoedukative Elemente, häufig im Gruppensetting, von Bedeutung sind. Symptomatik, Ursachen und Verlaufsfaktoren, Prognose und mögliche Interventionen werden dem Patienten vermittelt, sodass er aktiv zur Bewältigung beizutragen, Frühsymptome zu erkennen und Rückfälle zu vermeiden lernt. Ein wesentliches Gewicht wird auf die Sicherung des Transfers der in einem störungsspezifischen Ansatz erworbenen Verhaltensänderungen auf den Alltag gelegt. Störungsspezifische Ansätze werden häufig in Gruppenprogrammen, im stationären Setting, aber auch in komplexen Behandlungskonzepten umgesetzt, z. B. für adipöse Patienten, Essstörungen (Anorexie/Bulimie), somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder chronische Schmerzpatienten. Zur Behandlung wesentlicher krankheitsaufrechterhaltender Bedingungsfaktoren wurden z. B. ein Emotionstraining in der Gruppe oder ein Genusstraining konzipiert. Störungsspezifische Behandlungsansätze können in verhal-

tenstherapeutischen Krankenhäusern heute neben den generellen verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien als Standard gelten. Für fast alle wesentlichen psychischen Erkrankungen liegen störungsspezifische Ansätze auf dem Boden der Kognitiven Verhaltenstherapie vor. Ein Überblick über die veröffentlichten Konzepte findet sich etwa bei Margraf & Schneider (2008) sowie Zielke & Sturm (1994). Als besonders prominente Beispiele seien hier die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Borderline-Störungen (Linehan 1996a) oder die Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen (Zaudig et al. 2002) genannt.

### 5.5.5 Die sogenannte Dritte Welle der Verhaltenstherapie

Ab den 1990er-Jahren revolutionierten neue Behandlungskonzepte die kognitiv-behaviorale Therapie, welche insbesondere mit den Schlagworten Achtsamkeit und Akzeptanz verbunden sind. Unter Achtsamkeit versteht man die bewusste und absichtsvolle Aufmerksamkeit auf die Erlebnisinhalte des gegenwärtigen Augenblicks, ohne zu werten – Gedanken, Gefühle und Körperregungen werden beobachtet, registriert und ihr Erscheinen akzeptiert, um daraufhin die Aufmerksamkeit wieder auf den Augenblick zu zentrieren. Diese Grundprinzipien, verbunden mit den bereits etablierten verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien, führten zu neuen therapeutischen Ansätzen, wie der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan 1996a, b), der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Hayes et al. 2001), der Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough 2003) oder der Schematherapie (Young et al. 2008). Achtsamkeitsbasierte Interventionen in Einzel- und Gruppentherapie sowie akzeptanzbasierte Strategien prägen ganz wesentlich die

heutige stationäre Verhaltenstherapie und lassen sich gut mit klassischem verhaltenstherapeutischem Vorgehen kombinieren. Gleichzeitig fand etwa über die Schematherapie eine konzeptuelle Annäherung an psychodynamische und bindungstheoretische Konzepte statt. In der Schematherapie werden maladaptive Schemata des Patienten sowohl als kontinuierlich wie auch als dynamisch aufgefasst. Sie weisen auf die zentrale Bedeutung verinnerlichter Beziehungserfahrungen hin. Dieses ursprünglich auf der Theorie Becks fußende Verfahren wurde schließlich durch Strategien der emotionsfokussierten Ansätze erweitert (Young et al. 2008). Im sogenannten Modus-Konzept werden unterschiedliche Selbstaspekte beschrieben, die auch als im Rahmen von Lernprozessen integrierte Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen verstanden werden können. Gleichzeitig findet sich hier auch eine in der neueren Verhaltenstherapie zu beobachtende stärkere Berücksichtigung emotionaler Prozesse wieder. Unter Aufrechterhaltung der verhaltenstherapeutischen Prinzipien von Transparenz, Aufklärung, der Anwendung (emotionsbezogener) Expositionsverfahren und der konsequenten Anwendung von Verhaltens- und Bedingungsanalyse werden aus Beziehungserfahrungen gebildete dysfunktionale, maladaptive Schemata und Bindungstraumata im multimodalen Setting behandelt.

#### 5.5.6 Kognitiv-behaviorale Therapieprinzipien im stationären und teilstationären Setting

Trotz der hohen Bedeutung der multimodalen und insbesondere der Gruppentherapie im stationären Setting kommt der **Einzeltherapie** auch hier eine besondere Rolle zu. Der Bezugstherapeut (Arzt oder Psychologe) ist der zentrale Ansprechpartner für den Patienten während des gesamten Therapieprozesses.

Bei Aufnahme ins Krankenhaus kann der Patient alle Hoffnungen und Befürchtungen bezüglich Krankheit und Therapie, sein individuelles Krankheitsmodell und seine Therapieerwartungen mit dem Bezugstherapeuten besprechen. Er erhält hier die erste Information und Aufklärung, hier findet auch eine erste Rollenklärung der Therapiebeziehung mit größtmöglicher Transparenz und beidseitiger Verantwortung statt. In der Regel werden auch in der Einzeltherapie mit dem Bezugstherapeuten die Verhaltens- und Bedingungsanalyse durchgeführt und die Motivation zur Behandlung und Verhaltensänderung sowie ein individuelles Störungskonzept erarbeitet. Da die Bedingungsfaktoren für dysfunktionales Verhalten immer höchstpersönliche Gründe haben, bietet sich deren Analyse im Einzelsetting an. Im Prozess der Diagnostik werden eine systematische Beobachtung und eine z. T. experimentelle Analyse (z. B. im Rahmen eines sogenannten Selbstbeobachtungstrainings) vereinbart, die sich auf unterschiedliche Aspekte beziehen können, wie Interaktions- und Kommunikationsverhalten, Selbstwertempfinden und selbstsicheres Verhalten, Impuls- und Emotionsregulation und natürlich auch die Symptomatik. Ist ein plausibles Störungsmodell für den Patienten etabliert, können als gemeinsames Verhandlungsergebnis die Therapieziele und -maßnahmen festgelegt werden, die der Bezugstherapeut auch mit dem Gesamtteam (z. B. Stationsteam) abstimmt.

Über diese intensive Zusammenarbeit kann sich ein tragfähiges **Arbeitsbündnis** zwischen Patient und Bezugstherapeut sowie auch einem Bezugs-Co-Therapeuten entwickeln, welches als Grundlage der Therapie und der Veränderungsmotivation wirkt. Umgekehrt findet sich die Ursache für Therapiehemmnisse oder ein Vermeidungsverhalten des Patienten häufig in einer Störung dieser Therapiebeziehung. Verstand sich die Verhal-

tenstherapie früher als methodenzentriert und eher beziehungsneutral (Zielke 1994a), so findet die Therapiebeziehung auch in der Kognitiv-Behavioralen Therapie inzwischen deutlich mehr Beachtung, wird für einen Teil der therapeutischen Wirkungen gerade bei einem stationären Aufenthalt verantwortlich gemacht (Kastner & Linden 2011) und als zentraler Ort korrigierender Erfahrungen im Rahmen der Dritten-Welle-Verfahren berücksichtigt (z. B. Young et al. 2008).

Allerdings steht in der (teil-)stationären Therapie die Beziehung zum Bezugstherapeuten als Dyade nicht im Vordergrund, vielmehr ergeben sich im therapeutischen Milieu zahlreiche Beziehungsmodalitäten zu Mitpatienten und Personal, die häufig schemakonform dysfunktional gestaltet werden. Der Bezugstherapeut erhält dann die Funktion eines Moderators oder Beraters, der konflikthaft verlaufende Beziehungen als Therapiethema aufgreift, mit dem Patienten analysiert und zu Verhaltensänderungen im sozialen Lernfeld der Klinik anregt. Beziehungsaufnahme und -gestaltung können so nach der Besprechung in der Einzeltherapie in den Gruppensitzungen oder auch im Klinikleben modifiziert und eingeübt werden. Gleichzeitig stehen Bezugstherapeut und Bezugs-Co-Therapeut aber auch zur Konfliktklärung zur Verfügung, wenn sich das dysfunktionale Schema in ihrer Beziehung zum Patienten zeigt. Die Interaktionsanalyse gehört inzwischen zum festen Bestandteil kognitiv-behavioralen Arbeitens. Schemakonforme Beziehungsmodalitäten (in anderer Terminologie: Übertragungen) lassen sich besonders effektiv in der Beziehung zum Bezugstherapeuten und zum therapeutischen Team analysieren, klären und modifizieren.

### Fallbeispiel

Ein Patient erscheint verärgert und mit verschlechterter Stimmung in der Einzeltherapie. Den Grund hierfür kann er nicht spontan angeben. Im Rahmen einer Verhaltensanalyse zeigt sich, dass diese Reaktion durch einen nicht ausgesprochenen Konflikt mit einem als unsensibel wahrgenommenen und indiskret fragenden Mitpatienten ausgelöst wurde. Der Patient kann in der Einzeltherapie seinen Ärger benennen, schafft es aber noch nicht, den Mitpatienten zu konfrontieren. Nach ausführlicher Ziel- und Motivationsklärung beschließt der Patient, den Mitpatienten auf seine Verhaltensweise hin anzusprechen, und übt dies zuvor in Rollenspielen in der Einzeltherapie. In der Nachbesprechung dieser Konfrontation bemängelt der Patient seine eigene Reaktionsweise zwar als »noch nicht perfekt«, kann jedoch auch bereits ein wenig Stolz über seinen Fortschritt empfinden. Eine Woche später wagt er es, nun auch seinen Bezugstherapeuten wegen dessen häufigen Zuspätkommens zu konfrontieren.

Die kognitiv-behaviorale **Gruppentherapie** entwickelte sich aus einer »Einzeltherapie in der Gruppe« mit geringer Berücksichtigung gruppenspezifischer Gesichtspunkte hin zu einer Verhaltenstherapie durch die Gruppe, bei der systematisch die Gruppeninteraktionen und -prozesse beachtet und entsprechend den Lernprinzipien (z. B. Modelllernen) als therapeutisches Instrumentarium genutzt werden (Zielke 1994b).

**Verhaltenstherapeutische Standardgruppen** werden in der Regel interaktiv, zieloffen und meist als offene Gruppe geführt. Hierzu haben sich unterschiedliche Konzepte gebildet, wie etwa die Problemlösegruppe (D’Zurilla & Goldfried 1971), bei der anhand eines von einem Patienten eingebrachten Problems nach Ist- und Soll-Vergleich die Problemlösefähigkeit trainiert wird, die interaktionelle Verhaltenstherapiegruppe, in der Probleme anhand verschiedener Techni-

ken, wie dem Rollenspiel, bearbeitet werden (Fiedler 1996), oder die multimodular-ziel-offene Verhaltenstherapiegruppe, bei der nach einem modularen System verschiedene Therapieelemente themenbezogen eingesetzt werden (z. B. Entspannungsübungen, Selbstsicherheitsübungen, Aspekte von Selbstmanagement oder sozialer Kompetenz) (Fiedler 1996). Gelegentlich wird auch eine Gruppe zum Entspannungstraining oder zur Förderung der sozialen Kompetenz wegen ihrer universellen Einsetzbarkeit zu den Standardgruppen gezählt.

Im Rahmen der Entwicklung störungsspezifischer Konzepte wurden zahlreiche störungsspezifische oder problem- bzw. themenzentrierte Gruppenprogramme erarbeitet. Sie werden auch **indikative Gruppen** genannt, oft geschlossen geführt und im stationären Setting mitunter teamübergreifend (d. h. für alle Stationen der Einrichtung) angeboten. Indikative Gruppenkonzepte wurden für alle häufigen Störungen und viele zugrunde liegende Bedingungsfaktoren formuliert und dürfen als Spezifikum verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie gelten. Neben psychoedukativen Aspekten (Information, Aufklärung) finden sich auch interaktive und übende Therapiesequenzen. Das (teil-)stationäre Setting eignet sich aufgrund des hohen Patientendurchsatzes besonders dazu, indikative Gruppen für zahlreiche Störungen und Probleme anzubieten, insbesondere im Rahmen spezialisierter Therapieprogramme oder Stationsschwerpunkte.

Die stationäre Verhaltenstherapie wird im **multimodalen Setting** mit zahlreichen weiteren Therapietechniken und -methoden insbesondere für die Spezialtherapie (Kunst, Körpertherapie etc.) kombiniert, soweit diese mit verhaltenstherapeutischem Denken kompatibel sind. Vielfach wird durch nonverbale, emotionsaktivierende Verfahren das kognitiv-behaviorale Standardvorgehen wesentlich

bereichert. In einigen Spezialtherapien, wie etwa Sportgruppen oder lebenspraktischem Training, erscheint den Patienten die Schwelle zur therapeutischen Arbeit geringer. In einem alltagsnahen Setting sind gleichwohl wesentliche Lernerfahrungen und die Übung von Verhaltensmodifikationen möglich und Erfolg versprechend. Dabei muss allerdings darauf geachtet werden, dass verschiedene Therapieansätze nicht widersprüchliche Botschaften enthalten (z. B. aktiv vs. passiv) und dadurch den Therapieerfolg kompromittieren könnten (Rief 2009). Durch manche spezialtherapeutischen Angebote, wie Sozialtherapie, und eine adaptierte Gestaltung des Therapieprogramms (Familiengespräche, Belastungs-erprobung während der stationären Therapie, Intervallbehandlung) wird der **Transfer** der Therapieergebnisse in den Alltag gefördert und damit einer wesentlichen Gefahr stationärer Therapie, dem »Käseglockeneffekt«, entgegengewirkt.

## 5.6 Systemische, ressourcen- und lösungsorientierte Ansätze in der stationären Psychotherapie

Systemische Ansätze bieten sich zum Verständnis der in der stationären Psychotherapie stattfindenden Prozesse wegen der unterschiedlichen am Behandlungsprozess beteiligten Systeme in besonderer Weise an und kommen meist im Zusammenwirken mit den das Gesamtkonzept bestimmenden psychodynamischen oder kognitiv-behavioralen Ansätzen zur Anwendung. Sie erlauben es, das außerstationäre soziale System mitzuerfassen und durch die Einbeziehung des Familiensystems krankheitsunterhaltende familiäre Verhaltensmuster zu identifizieren und zu bearbeiten. Das Spektrum familientherapeutischer systemischer Ansätze ist außerordentlich breit und reicht von klassischen familienthe-



rapeutischen Konzepten (Stierlin 1978, 1994) über strategische (Selvini-Palazzoli et al. 1985) bis hin zu systemisch-konstruktivistischen Ansätzen (von Schlippe & Schweitzer 1996; Schweitzer & von Schlippe 2006). In Verbindung mit Einflüssen der Hypnotherapie wurden hypnosystemische Ansätze entwickelt, die sich bei somatoformer Symptombildung, aber auch in der Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörungen bewährt haben (Schmidt 2004). Systemische Überlegungen prägen gleichfalls die Gedanken zum »unmotivierten« somatoformen Patienten in der zeitlich begrenzten stationären Psychotherapie (Häckl 2006).

In letzter Zeit finden auch Aspekte der Selbstorganisation in der stationären Therapie zunehmende Beachtung (Kronberger & Aichhorn 2015; Schiepek et al. 2001; Wellendorf 2000). Sie zeigen die hohe Komplexität der in der stationären Psychotherapie ablaufenden Prozesse und stellen überzeugend dar, in welchem Maß selbstregulative Prozesse angestoßen werden, die im Einzelfall nicht planbar sind.

Zur Familie der systemischen Therapieansätze gehören weiterhin lösungsorientierte Kurztherapien, die ebenfalls wegen der zeitlichen Begrenzung der Therapieprozesse in der stationären Psychotherapie von Interesse sind (De Jong & Berg 1998; De Shazer 1985). Lösungsorientierte Ansätze lassen sich in der tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Praxis vorteilhaft mit analytisch orientiertem kurzzeittherapeutischem Vorgehen kombinieren (Vogt 1996) und wurden auch für die stationäre Psychotherapie konzipiert (Schmid-Ott et al. 1998).

Angeregt durch das Salutogenese-Konzept (Antonovsky & Franke 1997) und beeinflusst durch Grawes wichtige Arbeiten (Grawe 2005; Grawe et al. 1994) ist der Gedanke der Ressourcenorientierung in der Psychotherapie stark in den Vordergrund getreten (Schie-

pek & Cremers 2003). Unter Ressourcenorientierung wird dabei das Prinzip verstanden, die vorhandenen Fähigkeiten, Interessen und Wertorientierungen des jeweiligen Patienten für die Therapie zu nutzen.

Eine Zusammenstellung ressourcenaktivierender Interventionen in der stationären Psychotherapie findet sich bei von Wachter & Hendrichke (2015, 2017). In dieser Sichtweise kann auch die Mitwirkung der Patienten in der stationären Psychotherapie unter der Perspektive der Ressourcenorientierung betrachtet werden. Besonders in der Phase des Ankommens auf einer Station bilden die Mitpatienten ein Ressourcenpotenzial. Die meisten Behandlungskonzepte sehen vor, dass neu ankommenden Patienten bei der Aufnahme ein Mitpatient als Pate zugeteilt wird, der ihnen vor allem in den ersten Tagen als Ansprechpartner zur Verfügung steht, mit Informationen und organisatorischen Hinweisen Orientierung gibt und sie bei der Kontaktaufnahme mit anderen Patienten unterstützt.

Weitere Ansätze, die wegen ihrer zunehmenden Verbreitung in stationären Therapien erwähnt werden sollten, sind das »Eye Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR) (Hofmann 2009; Shapiro 2013), insbesondere in seiner ressourcenaktivierenden Variante (Korn 2009), aber auch Klopftechniken zur Beruhigung und Symptomminde- rung (Bohne 2010) sowie Ansätze, die auf den Prinzipien von Achtsamkeit und Mindfulness beruhen (Kabat-Zinn 2005).

## 5.7 Ausblick auf weitere Konzepte aus Neurobiologie, Entwicklungspsychologie und Psychotherapieforschung

Die dargestellten Konzepte können die im Rahmen stationärer Psychotherapie zur Anwendung gelangenden Konzepte nicht annä-



hernd vollständig darstellen. Zu der nur noch schwer zu überblickenden Konzeptfülle kommt der oft implizite Einfluss von Befunden der Psychotherapieforschung, der Entwicklungspsychologie und der neurobiologischen Forschung (Schiepek 2010) hinzu. So hat z.B. die Kenntnis der neurobiologischen Veränderungen bei bindungstraumatisch gestörter Emotionsregulierung zu einem besseren Verständnis des generalisiert erhöhten Bedrohungserlebens von Patienten mit Traumafolgestörungen beigetragen und in der Praxis dazu geführt, dass besonders zu Beginn einer stationären Behandlung ein stärkeres Augenmerk auf die Herstellung eines subjektiven Sicherheitsgefühls gelegt wird (Reddemann & Wöller 2017; Wöller 2013, 2014).

Die Psychotherapieforschung hat nicht nur die herausragende Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg, sondern im spezifischen Sinne auch die Bedeutung der unvermeidlichen Brüche in der therapeutischen Beziehung nachweisen können. Sie hat darüber hinaus gezeigt, welches therapeutisches Potenzial in der »Reparatur« von Allianzbrüchen durch die Klärung von Empathiedefiziten und Missverständnissen liegt (Rhodes et al. 1994; Safran et al. 2002; Wöller 2016b). Die neurobiologische Forschung konnte wiederum zeigen, dass gelingende therapeutische Beziehungen mit vielfältigen biologischen Synchronisierungsvorgängen einhergehen, die den frühen dyadischen Abstimmungsprozessen der Mutter-Kind-Beziehung ähneln (Ramseyer & Tschacher 2011). Möglicherweise liegt ein wichtiges Potenzial der stationären Psychotherapie in der Möglichkeit, beim Scheitern einer Beziehungsdyade genügend Beziehungsalternativen zur Verfügung stellen zu können. Erweist sich die Beziehung zur Einzeltherapeutin als nicht hinreichend »passend«, so kann die mit den biologischen Synchronisierungsprozessen ein-

hergehende positive Beziehungserfahrung z. B. bei der Bezugspflegekraft oder der Kunsttherapeutin gefunden werden.

Wie schon angedeutet, wird die Vielzahl der potenziell zur Anwendung kommenden Konzepte noch um weitere, nämlich um die entsprechenden Konzepte der Spezialtherapien angereichert, die den extraveralen Bereich repräsentieren und auf die in diesem Buch noch eingegangen wird. Hinzu kommen in Abhängigkeit von dem jeweiligen störungsspezifischen Schwerpunkt Entspannungsverfahren, Methoden, die der Tradition von Achtsamkeit und Mindfulness verpflichtet sind (Kabat-Zinn 2005), oder körpernahe Methoden wie Qigong und viele andere Methoden mit ihren jeweiligen Konzepten.

Orientierung in der Landschaft der Konzepte zu vermitteln war das Anliegen dieses Kapitels. Letztlich muss es jedoch der kreativen Intuition der am stationären Prozess beteiligten Teammitglieder überlassen bleiben, welchem Konzept sie unter welchen Bedingungen den Vorzug geben wollen, um die ihnen anvertrauten Patienten bestmöglich verstehen und behandeln zu können.

## Literatur

- Alexander F, French TM. Psychoanalytic Therapy. New York: Ronald 1946.
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta 2016.
- Altmeyer M, Thomä H (Hrsg). Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2010.
- Ambühl H, Orlinsky D, Cierpka M, Buchheim P, Meyerberg J, Willutzki & Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von Psychotherapeutinnen. Psychother Psychosom Med Psychol 1995; 45: 109–20.
- Antonovsky A, Franke A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt 1997.
- Arfsten AJ, Hoffmann SO. Stationäre psychoanalyti-

- sche Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform. *Prax Psychother Psychosom* 1978; 23: 233–45.
- Balint M. *Therapeutische Aspekte der Regression*. Stuttgart: Klett 1970.
- Bandelow B, Bleich S, Kropp S. *Handbuch Psychopharmaka*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2004.
- Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1986.
- Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2008.
- Beck AT, Freeman A. *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie Verlagsunion 1999.
- Becker H, Lüdeke H. Erfahrung mit der stationären Anwendung psychoanalytischer Therapie. *Psyche – Z Psychoanal* 1978; 32: 1–20.
- Behandlungsteam der Station für Essstörungen. *Stationäre Psychotherapie bei Magersucht als Behandlungsepisode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans*. *Psychotherapie im Dialog* 2004; 5: 1–12.
- Bellak L, Hurvich M, Gediman H. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics and Normals*. New York: John Wiley & Sons 1973.
- Beutel ME, Doering S, Leichsenring F, Reich G. *Psychodynamische Psychotherapie. Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis*. Göttingen: Hogrefe 2010.
- Bion WR. *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1990.
- Blagys M, Hilsenrath M. Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: an empirical review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin Psychol Sci Pract* 2000; 7: 167–88.
- Blanck G, Blanck R. *Angewandte Ich-Psychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta 1978.
- Bohne M. *Klopfen mit PEP. Prozessorientierte Energetische Psychologie in Therapie und Coaching*. Heidelberg: Carl-Auer 2010.
- Boll-Klatt A, Kohrs M. *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer 2014.
- Bräutigam W. *Pathogenetische Theorien und Wege der Behandlung in der Psychosomatik*. *Nervenarzt* 1974; 45: 354–63.
- Clark DH. The therapeutic community. *Br J Psychiatry* 1977; 131: 553–64.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2. Aufl. Mit einem Anhang zur Praxis der TFP im deutschsprachigen Raum. Stuttgart: Schattauer 2008.
- De Jong P, Berg IK. *Lösungen (er-)finden*. Das Werkstattebuch der lösungsorientierten Kurztherapie. Dortmund: Modernes Lernen 1998.
- De Shazer S. *Keys of Solution in Brief Therapy*. New York: Norton 1985.
- Dulz B, Schreyer D, Nadolny A. Stationäre Psychotherapie: Von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer 2000; 483–503.
- D’Zurilla TJ, Goldfried MR. Problemsolving and behavior modification. *J Abnorm Psychol* 1971; 78: 107–26.
- Eckert A, Fischer R, Haaf E, van Niekerk C, Schattner-Besserer B. Das Traumasetting (Traumafolgestörungen). In: Huber D, von Rad M (Hrsg). *Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus*. Stuttgart: Kohlhammer 2011; 133–72.
- Ehmer-von Geiso C, Brey R, Jakobi M, Koelsch R, Wallnöfer S. Das Psych-Soma-Setting (Somatoforme Störungen). In: Huber D, von Rad M (Hrsg). *Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus*. Stuttgart: Kohlhammer 2011; 173–212.
- Engel GL, Schmale AH. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. In: Overbeck G, Overbeck A (Hrsg). *Seelischer Konflikt – körperliches Leiden*. Reader zu psychoanalytischen Psychosomatik. Reinbek: Rowohlt 1967; 241–61.
- Enke H. Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1965; 15: 116–21.
- Enke-Ferchland E. Gruppenstrukturen und Therapeuteneinfluss in der Klinik. *Gruppenpsychother Gruppendyn* 1969; 3: 38–46.
- Ermann M. Gemeinsame Funktionen therapeutischer Beziehungen bei stationärer Anwendung der Psychoanalyse. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1979; 25: 333–41.
- Ermann M. Die tiefenpsychologisch fundierte Methodik in der Praxis. *Forum Psychoanal* 2004; 20: 300–13.

- Fabian E, Dulz B, Martius P. Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Feixas G, Botella L. Psychotherapy integration: reflections and contributions from a constructivist epistemology. *J Psychother Integration* 2004; 14(2): 192–222.
- Ferenczi S. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. 1932. Frankfurt a. M.: Fischer 1988.
- Fiedler P. Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Göttingen: Beltz Psychologische Verlagsunion 1996.
- Fonagy P, Target M. Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta 2006.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2011.
- Freud A. Das Ich und die Abwehrmechanismen. 1936. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag; München: Kindler Verlag 1964.
- Freud S. Entwurf einer Psychologie. 1895. Gesammelte Werke, Nachtragsband. Frankfurt a. M.: Fischer 1987.
- Funke U, Schult E. Pflegeinterventionen bei Borderline-Patienten. In: Wöller W (Hrsg). Bindungstrauma und Borderline-Störung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie. Stuttgart: Schattauer 2014; 295–311.
- Gabbard GO. The treatment of the »special« patient in a psychoanalytic hospital. *Int Rev Psychoanal* 1986; 13: 333–47.
- Gabbard GO (Hrsg). Textbook of Psychotherapeutic Treatments. Washington: American Psychiatric Publishing 2009.
- Grawe K. (Wie) Kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *PTJ* 2005; 5: 4–11.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe 1994.
- Häckl E. Der unmotivierte psychosomatische Patient und der Zeitdruck. In: Schreiber-Willnow K, Hertel G (Hrsg). Rhein-Klinik: Aufsätze aus dem Innenleben. Frankfurt a. M.: VAS-Verlag 2006; 38–53.
- Hahn P, Petzold E, Drinkmann A (Hrsg). Internistische Psychosomatik in Heidelberg. Heidelberg: Esprint 1991.
- Hartmann H. Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart: Klett 1960.
- Hartmann H. Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. *Psyche* 1964; 18: 330–53.
- Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B (eds). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. New York: Kluwer Academic/Plenum 2001.
- Heigl-Evers A, Heigl F. Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch-orientiert) – psychoanalytisch. Gruppenpsychother Gruppendyn 1973; 7: 132–57.
- Heigl-Evers A, Heigl F. Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 1983; 29: 1–14.
- Heigl-Evers A, Ott J. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2002.
- Heimann P. On countertransference. *Int J Psychoanal* 1950; 31: 81–4.
- Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S. Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin: Springer 2015.
- Herzog W, Nikendei C, Friederich HC, Löwe B, Jünger J, Eich W, Zipfel S. Internistische Psychosomatik. Psychotherapeut 2003; 48: 348–56.
- Herzog W, Munz D, Kächele H. Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2004.
- Herzog W, Kruse J, Wöller W. Psychosomatik. Erkennen – Erklären – Behandeln. Stuttgart: Thieme 2016.
- Hilpert H, Schwarz R, Beese F. Psychotherapie in der Klinik. Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie. Berlin: Springer 1981.
- Hoffmann SO (Hrsg). Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Fischer 1983.
- Hoffmann SO. Psychodynamische Therapie von Angststörungen. Stuttgart: Schattauer 2008.
- Hofmann A. EMDR – Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme 2009.
- Huber D, von Rad M (Hrsg). Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer 2011.

- Huber W. Entwicklung der integrativen Therapie. In: Senf W, Broda M (Hrsg). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2000a; 290–2.
- Huber W. Zum Nutzen integrativer Ansätze in der Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2000b; 50(1): 2–13.
- Jacobson E. *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1978.
- Janssen PL. Auf dem Weg zu einer integrativen analytisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung. *Forum Psychoanal* 1985; 1: 293–307.
- Janssen PL. *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart: Klett-Cotta 1987.
- Janssen PL. Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2004; 49: 217–26.
- Janssen PL. Zur Theorie und Praxis psychoanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 2012; 28: 337–58.
- Janssen PL, Wienen G, Rath H, Hekele W, Paar GH. Zur stationären psychoanalytischen Therapie strukturell Ich-gestörter Patienten im »Essener Modell«. In: Janssen PL, Paar GH (Hrsg). *Reichweite der psychoanalytischen Therapie*. Berlin: Springer 1989; 93–106.
- Janssen PL, Martin K, Tress W, Zaudig M. Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstheapeutischer Sicht. *Psychotherapeut* 1998; 43: 265–76.
- Janssen PL, Martin K, Martius P, Votsmeier-Röhr A, Dammann G. Stationäre psychoanalytische Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Damann G, Janssen PL (Hrsg). *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 2007; 38–53.
- Jones M. The concept of a therapeutic community. *Am J Psychiatry* 1956; 112: 647–50.
- Kabat-Zinn J. *Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. New York: Hyperion 2005.
- Kandel ER. *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2006.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer 1991.
- Kastner S, Linden L. Beziehungen im sozialen Netz und das soziale therapeutische Milieu. In: Linden M (Hrsg). *Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung*. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2011; 15–28.
- Kernberg OF. *Theorie der Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.
- Köllner V, Senf W. Stationäre Psychotherapie – Modell für integrative Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog* 2010; 11: 48–53.
- Korn DL. EMDR and the treatment of complex PTSD: a review. *J EMDR Pract Res* 2009; 4: 264–78.
- Kronberger H, Aichhorn W. *Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie. Die Strukturierung therapeutischer Prozesse durch Begegnung*. Göttingen: Hogrefe 2015.
- Küchenhoff J. Trauma, Konflikt, Repräsentation. Trauma und Konflikt – ein Gegensatz? In: Schlösser AM, Höfeld K (Hrsg). *Trauma und Konflikt*. Gießen: Psychosozial 1998; 13–31.
- Küchenhoff J. Der integrative Prozess in der Psychotherapie. *Methodenvielfalt – Synergismus – Integration*. Schweiz Arch Neurol Psychiatrie 2009; 160: 12–9.
- Kunzke D. Grundlegende Merkmale interpersonaler, intersubjektiver und relationaler Ansätze als Ausdruck aktueller Entwicklungstendenzen in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 2011; 65: 577–616.
- Lambert MJ (ed). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. New York: Wiley 2004.
- Linden M (Hrsg). *Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung*. Berlin: Medizinisch-wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2011.
- Linden M, Baudisch F, Popien C, Golombek J. Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2006; 56: 390–6.
- Linehan MM. *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien 1996a.
- Linehan, M. M. *Trainingsmanual der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien 1996b.
- Loewald HW. On the therapeutic action of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 1960; 41: 16–33.

- Lohmer M. Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Berlin: Springer 1988.
- Mahler MS, Pine F, Bergman A. Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. 18. Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer 2003.
- Main TF. The hospital as a therapeutic institution. *Bull Menninger Clin* 1946; 10: 66–95.
- Margraf J, Schneider S (Hrsg). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter. Spezielle Indikationen. Glossar. 3. Aufl. Heidelberg: Springer 2008.
- Matakas F. Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1992.
- Mattke D. Gruppentherapie in der stationären Psychotherapie. *Stationäre Psychotherapie. Psychotherapie im Dialog* 2007; 8: 41–6.
- Mattke D. Gruppenpsychotherapie. In: Wöller W, Kruse J (Hrsg). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2014; 447–58.
- McCullough JP Jr. Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Washington: Educational Publishing Foundation 2003.
- Mentzos S. Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009.
- Mischel W. Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychol Rev* 1973; 39: 351–64.
- Mitchell S. Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag 2003.
- Mitchell S. Psychoanalyse als Dialog. Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung. Gießen: Psychosozial-Verlag 2005.
- Modell AH. Psychoanalysis in a New Context. New York: International University Press 1984.
- Ogden TH. Die projektive Identifikation. *Forum Psychoanal* 1988; 4: 1–21.
- Orange DM. Emotionales Verständnis und Intersubjektivität. Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel 2004.
- Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD. Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel 2001.
- Pape W. Die Rolle der Teamarbeit in der stationären Borderline-Behandlung. In: Wöller W (Hrsg). Bindungstrauma und Borderline-Störung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie. Stuttgart: Schattauer 2014; 274–94.
- Pine F. Drive, Ego, Object and Self: a Synthesis for Clinical Work. New York: Basic Books 1990.
- Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci* 1978; 1: 243–59.
- Ramseyer F, Tschacher W. Nonverbal synchrony in psychotherapy: coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79: 284–95.
- Reddemann L. Stationäre Therapie von real traumatisierten Patientinnen und Patienten – das Bielefelder Modell. In: Tress W, Wöller W, Horn E (Hrsg). Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. Frankfurt-Bockenheim: VAS 2000; 96–103.
- Reddemann L. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2012.
- Reddemann L, Wöller W. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Buchreihe: Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe 2017.
- Rief W. Therapeutische Settings. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. 3. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin 2009.
- Rhodes RH, Hill CE, Thompson BJ, Elliot R. Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *J Couns Psychol* 1994; 41(4): 473–83.
- Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer 2013.
- Rudolf G. Psychodynamische Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2014.
- Ruff W. Heilsame Begegnungen. Netzwerke in der stationären Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2000.
- Sachsse & Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Studienausgabe. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Safran JD, Muran JC, Samstag LW, Stevens C. Repairing alliance ruptures. In: Norcross JC (ed). *Psychotherapy Relationships that Work: Thera-*

- pist Contributions and Responsiveness to Clients. New York: Oxford University Press 2002; 235–54.
- Sammet I, Rabung S, Leichsenring F. Bedeutung und Entwicklung von Einsicht während des psychotherapeutischen Prozesses. Eine quantitative Einzelfallstudie auf der Grundlage der Control-Mastery-Theorie. *Psychotherapeut* 2006; 51: 197–205.
- Sampson H, Weiss J. Testing hypotheses. The approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In: Greenberg L, Pinsof W (eds). *The Psychoanalytic Process. A Research Handbook*. New York: Guilford 1983.
- Sandler J. Gegenübertragung und Rollenübernahme. *Psyche – Z Psychoanal* 1976; 30: 297–305.
- Sandler J. Unbewusste Wünsche und menschliche Beziehungen. *Psyche – Z Psychoanal* 1982; 36: 59–74.
- Sandler J, Sandler A. On the development of object relationships and affects. *Int J Psychoanal* 1978; 59: 285–96.
- Schauenburg H, Hildenbrand G. Stationäre Psychotherapie und Psychosomatik. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg). *Uexküll Psychosomatische Medizin*. 7. Aufl. München: Urban & Fischer 2011; 561–71.
- Schepank H, Tress W. Stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Berlin: Springer 1988.
- Schiepek G. *Neurobiologie der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2010.
- Schiepek G, Cremers S. Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: Schemmel H, Schaller J (Hrsg). *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt 2003; 147–93.
- Schiepek G, Ludwig-Becker F, Petzold E. Stationäre Psychotherapie ist nichtstationär. Die Erfassung von Prozessmerkmalen mittels Fluktuations-Resonanz-Diagrammen. In: Bassler M (Hrsg). *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag 2001; 278–94.
- Schindler H, Schlippe A v. Psychotherapeutische Ausbildung und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichentherapeutInnen. *Psychotherapie im Dialog* 2006; 3: 334–7.
- Schlippe A v, Schweitzer J. *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1996.
- Schmidt G. Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. *Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Auer 2004.
- Schmid-Ott G, Sack M, Lempa W, Lamprecht F. Konflikt- und lösungsorientierte stationäre psychoanalytische Therapie. *Psychotherapeut* 1998; 43: 296–301.
- Schnabel S. Ressourcenbasiertes stationäres Behandlungskonzept für Borderline-Patienten. In: Wöller W (Hrsg). *Bindungstrauma und Borderline-Störung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie*. Stuttgart: Schattauer 2014; 259–73.
- Schors R, Hirschenauer S, Jakobi K, Pudenz M, Teske M, Wenzel G, Huber D. Das Essstörungsetting (Anorexie und Bulimie). In: Huber D, von Rad M (Hrsg). *Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus*. Stuttgart: Kohlhammer 2011; 78–132.
- Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB. Outcome research on psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR (eds). *Handbook of Psychotherapy Integration*. 2nd ed. New York: Oxford University Press 2005; 459–93.
- Schweitzer J, Schlippe A v. *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006.
- Segal H. Notes on symbol formation. *Int J Psychoanal* 1957; 38: 391–7.
- Seidler GH. Stationäre Psychotherapie auf dem Prüfstand. Bern: Huber 1998.
- Selvini-Palazzoli M, Boscolo M, Cecchin G, Prata G. *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta 1985.
- Senf W. Stationäre Gruppentherapie. In: Becker H, Senf W (Hrsg). *Praxis der stationären Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme 1988; 58–72.
- Shapiro F. EMDR – Grundlagen und Praxis. *Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. 2. Aufl. Paderborn: Junfermann 2013.
- Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010; 65: 98–109.
- Spitzer C, Rullkötter N, Dally A. Stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt* 2016; 87: 99–110.
- Sterba RF. The fate of the ego in analytic therapy. *Int J Psychoanal* 1934; 15: 117–26.
- Stierlin H. *Delegation und Familie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1978.



- Stierlin H. Ich und die Anderen. Stuttgart: Klett-Cotta 1994.
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M. Stationäre Langzeitgruppentherapie. Heidelberg: Asanger 1994.
- Strauß B, Mattke D. Stationäre Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V (Hrsg). Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme 2001; 225–9.
- Streeck & Persönlichkeitsstörungen und Interaktion. Zur stationären Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 1998; 43: 157–63.
- Sullivan H. Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. Frankfurt a. M.: Fischer 1980.
- Tress W, Wöller W, Horn E (Hrsg). Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. Frankfurt-Bockenheim: VAS 2000.
- Trimborn W. Die Zerstörung des therapeutischen Raumes. Das Dilemma stationärer Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Psyche – Z Psychoanal 1983; 37: 204–36.
- Tschuschke V. Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1993.
- Van der Kolk BA. Trauma und Gedächtnis. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Hrsg). Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermann 2000; 221–40.
- Vandieken R, Häckl E, Mattke D (Hrsg). Was tut sich in der stationären Psychotherapie? Gießen: Psychosozial-Verlag 1998.
- Vogel RT (Hrsg). Die Psychotherapiestation. Praxis und Forschung in der Stationären Psychotherapie eines psychiatrischen Versorgungskrankenhauses. Gießen: Psychosozial-Verlag 2001.
- Vogel RT. Verhaltenstherapie in psychodynamischen Behandlungen. Theorie und Praxismanual für eine integrative Psychodynamik in ambulanter und stationärer Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer 2005.
- Vogt R. Zur Integration lösungsorientierten und analytisch orientierten kurzzeittherapeutischen Vorgehens in der tiefenpsychologisch fundierten psychotherapeutischen Praxis. In: Hennig H, Fikentscher E, Bahrke U, Rosendahl W (Hrsg). Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst 1996; 910–7.
- Wachter M v, Hendrichske A. Ressourcenaktivierung bei stationärer Psychotherapie. Ärztl Psychotherapie 2015; 10: 213–20.
- Wachter M v, Hendrichske A. Das Ressourcenbuch. Selbstheilungskräfte in der Psychotherapie erkennen und von Anfang an fördern. Stuttgart: Klett-Cotta 2017.
- Wellendorf F. Die Klinik als komplexes System gestörter Begegnungen. In: Ruff W (Hrsg). Heilsame Begegnungen. Netzwerke in der stationären Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2000; 57–68.
- Winnicott DW. Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler 1974.
- Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2013.
- Wöller W. Bindungstrauma und Borderline-Störung. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie. Stuttgart: Schattauer 2014.
- Wöller W. Assoziationsmodell. Drittes psychodynamisches Theoriemodell neben Konflikt- und Strukturmodell? Psychotherapeut 2016a; 61: 66–72.
- Wöller W. Der ausreichend gute Therapeut. Psychotherapeut 2016b; 61: 105–109.
- Wöller W, Kruse J. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2014.
- Yalom ID. Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch. 9. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2007.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann 2008.
- Zaudig M, Hauke W, Hegerl & Die Zwangsstörung. Diagnostik und Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2002.
- Zeeck A, Hartmann A. Stationäre und tagesklinische Therapie bei Anorexie und Bulimie. Ärztl Psychotherapie 2008; 3: 17–24.
- Zielke M. Der Bezugstherapeut in der stationären Verhaltenstherapie und Rehabilitation. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg). Handbuch stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union 1994a; 305–32.
- Zielke M. Zielsetzungen und Funktionen der Gruppentherapie in der stationären Behandlung. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg). Handbuch stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union 1994b; 333–44.
- Zielke M, Sturm J (Hrsg). Handbuch stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union 1994.



## 6 Seele und Leib – Der Körper in der Psychosomatik

Christian Thiele, Günther Bergmann, Götz Berberich und Wolfgang Wöller

### Zusammenfassung

Günther Bergmann

Wie kann der Komplexität des Körpers und seinen Binnenfunktionen sowie der Kommunikation mit dem Anderen mit dem neuralen und seelischen »Apparat« sowohl entwicklungsgeschichtlich als auch jeweils aktuell Rechnung getragen werden? Hierzu gibt es unterschiedliche methodische Ansätze. Drei wesentliche sind die psychodynamische, die behaviorale und die genetisch-biologische Perspektive sowie die daraus folgenden Methoden. Prinzipiell finden diese Perspektiven in allen unseren Kliniken statt, ohne dass darüber immer präzise Rechenschaft abgelegt wird – über die angewandte Methode (oder deren Mixtum compositum). Aber es folgt die Setzung eindeutiger Schwerpunkte, die in einer Haltung münden.

Was bedeutet das für das vorliegende Kapitel?

Wir stellen in unserem Lehrbuch drei von vielen Zugängen dar, nämlich jene, welche in der Praxis am relevantesten sind: die Grundlagen der psychodynamischen Therapie im Hinblick auf das Körperverständnis, den biologischen Zugang am Beispiel der heutigen Bedeutung der Stresstheorien und dessen Konsequenzen für das Körperverständnis sowie die Erkenntnisse, die mit dem Begriff des Embodiment verbunden sind.

Weitere mögliche Zugänge wären die Phänomenologie, die Psychopathologie oder funktionale systemische Betrachtungsweisen. Das würde den Rahmen des Buches über psychosomatische stationäre Therapie allerdings sprengen. Die Autoren sind sich dieser Beschränkung bewusst. Dies reflektiert die historisch gewachsenen, bedeutendsten Zugänge zum Körper. Unter diesem Gesichtspunkt soll der geneigte Leser den Zugang zum Körperverständnis für die Praxis der stationären Psychosomatik und Psychotherapie verstehen.

### 6.1 Der psychodynamische Zugang – selbstverständliche Psychosomatik, »Körperselbst«

Christian Thiele

Im Alltag ist uns die psychosomatische Verbindung geläufig und selbstverständlich. Wenn wir uns mit Lust oder Unlust bewegen oder ruhen, etwas be-handeln oder uns behandeln lassen, mit unserem Mund sprechen, unseren Ohren hören, Gedanken aufschreiben oder aufgeregt Herzklopfen haben: Immer verschränken sich seelisches und körperliches Sein in unserem Erleben.

Als Kind sind wir stolz, wenn wir es bis an die Spitze des Klettergerüsts schaffen und die Welt souverän von oben betrachten können. Die körperliche Kompetenzerfahrung trägt zur Entwicklung eines guten Selbstgefühls bei. Umgekehrt werden auch körperliche Beeinträchtigungen als Teil des Selbst wahrgenommen, wenn körperliche Einschränkungen (z. B. neurologisch oder orthopädisch bedingte Begrenzungen der Bewegungsfähigkeit, innere Krankheiten mit strengem Behandlungsregime, onkologische Bedrohungen) die normale psychosomatische – also das erlebte Verhältnis von Psyche und Soma – Entwicklung beeinflussen.

Die Vorstellung, die wir uns über uns selbst (und über Andere) machen, bezieht den Körper selbstverständlich mit ein. Umgekehrt wirkt sich unser körperlicher Zustand auf unser Befinden aus. Küchenhoff (2016) formuliert diese Verschränkung mit dem tref-

fenden Begriff des »Körperselbst«. Bewusste und unbewusste Bilder vom Wesen unserer psycho-somatischen Existenz prägen unsere Subjektivität.

Auch die kommunikative Funktion von Körperlichkeit ist uns aus dem Alltag sehr vertraut: *»... Körperliche Inszenierungen drücken mit Mimik, Haltung und Bewegung Affekte, Emotionen, Einstellungen und Zustände (z. B. Niedergeschlagenheit, Angststarre, Selbstbehauptung) aus. Andererseits wirken Haltungen und Bewegungen auf die Gefühle, die Befindlichkeit ein. Der Körper mit seinem hohen kommunikativen Potenzial wird zum Träger der Beziehungsgestaltung, zur Inkarnation der individuellen Bedürfnisse oder ihrer abwehrenden Verkleidung. [...] In einer körperlichen Haltung oder einem einzigen Lächeln verbirgt sich oft eine dermaßen große Fülle an möglichen Bedeutungen, dass wir sie sprachlich nur mühsam und höchstens annäherungsweise erfassen können. Was sich ggf. in einem einzigen gegenwärtigen Moment verdichteter Form zwischen Menschen, also auch zwischen Patient und Therapeut, ereignet, lässt sich oft besser spürend erfassen als sprachlich wiedergeben«* (Geißler & Heisterkamp 2007; zum Agieren und Inszenieren sowie zur Berücksichtigung in Diagnostik und Therapie im Zuge psychoanalytischer Behandlungen ► Küchenhoff 2007 sowie Streeck 2000).

Mit Beland (2011) lässt sich sagen: »Es gibt das Subjekt immer nur psychosomatisch«, immer und überall, in Gesundheit und Krankheit, allein und sozial.

So wie man automatisch atmet und dennoch bewusst atmen kann, liegen die beschriebenen Vorgänge im Vorbewussten. Erst wenn wir mit einer Störung konfrontiert werden, wird uns ein Teil davon bewusst.

Was bedeutet es also bei diesem Verflochtensein zwischen Leib und Seele, Selbst und Anderen, zwischen Innen und Außen, wenn von »psychosomatischen Krankheiten« die

Rede ist? Und wie werden körperliche Beschwerden und Befunde aus psychosomatischer Perspektive verstanden und in die Behandlung einbezogen?

### 6.1.1 Gestörte Psychosomatik – Krankheit als Beeinträchtigung der selbstverständlichen psychosomatischen Verschränkung

Die Krankheitsmanifestationen mit körperbezogener Symptomatik sind in der psychosomatischen Praxis äußerst vielfältig – sie reichen von seelischen Störungen (z. B. Ängsten wie Erythrophobie, Hypochondrie) über Verhaltensstörungen (z. B. Essstörungen) und Organfunktionsstörungen (z. B. funktionelle Herzbeschwerden, chronische Schmerzen) bis hin zur Beteiligung an organischen Läsionen, z. B. in Form von Entzündungen oder Geschwürsbildungen (z. B. Colitis ulcerosa).

Die in den folgenden Fallbeispielen genannten Patienten klagen zwar alle über körperliche Beschwerden und Symptome, zeigen jedoch auch Unterschiede:

#### Fallbeispiel Patientin A

Eine 18-jährige Gymnasiastin im letzten Schuljahr beklagte ungerichtete Schwindelgefühle und eine verzerrte Wahrnehmung des Raumes. Alles würde schaukeln, der ganze Körper würde innerlich wackeln, ein Gefühl wie betrunken; darüber hinaus bestünden täglich fluktuierende Kopfschmerzen sowie Parästhesien im rechten Arm. Diese Beschwerden würden seit einem bestimmten Tag vor vier Wochen bestehen. Seinerzeit hatte die Patientin im Rahmen einer Ferienreise nach Thailand am Vorabend an einer »Dschungel-Party« teilgenommen. Zuvor habe sie nach einem Tauchgang Ohrenbeschwerden gehabt, die sie ohne Effekt antibiotisch behandelt habe und die erst nach drei Wochen abgeklungen seien. Außerdem sei es

zu einer Gastroenteritis mit begleitendem Fieber gekommen, die ebenfalls antibiotisch behandelt worden sei. Darüber hinaus leide die Patientin seit Monaten an rezidivierenden Blasenentzündungen. Es seien ein einwöchiger stationärer Aufenthalt in Bangkok und nach der Rückkehr eine ausführliche medizinisch-neurologische Diagnostik im Universitätsklinikum erfolgt. Ein organischer Befund als Ursache der Beschwerden konnte (in den differenzialdiagnostisch infrage kommenden Fachbereichen) aber nicht erhoben werden. Wegen anhaltender Symptomatik und zunehmender **intensiver Angst** wurde die Patientin psychosomatisch stationär aufgenommen.

Die Patientin A hat ein klar körperorientiertes Krankheitskonzept, lässt gleichzeitig aber intensiv und unmittelbar ihre hypochondrisch akzentuierte Angst spürbar werden, die nach Beruhigung durch ein Halt gebendes Gegenüber schreit.

#### **Fallbeispiel Patientin B**

Eine etwa 40-jährige, differenzierte und äußerlich gepflegte Patientin kam in die Klinik, nachdem eine Zoster-Infektion aufgetreten war. Kurz zuvor waren ihr Vater verstorben und ihr 18-jähriger Sohn für ein Jahr ins Ausland gegangen. Sie gab sinngemäß an, dass diese Ereignisse ihre Bewältigungskapazität überschritten hätten. Den eigentlichen Grund für ihren stationären Aufenthalt sah die Patientin jedoch darin, einen Weg gewiesen zu bekommen, wie sie ihrer ausgeprägten, langjährig schon bestehenden Infektneigung begegnen könne, die nicht nur zu häufigen Arbeitsausfällen, sondern auch zu sozialer Isolation und Partnerschaftsproblemen geführt habe.

Bei der Patientin B besteht eine organische Veränderung in Form einer chronisch erhöhten Infektneigung. Subjektiv leidet sie vor allem an deren Folgen. Das Krankheitskonzept ist somato-psychisch. Der körperliche Zu-

stand und das seelische Erleben scheinen gänzlich unverbunden zu sein.

#### **Fallbeispiel Patient C**

Ein 20-jähriger schwächlicher Mann berichtete zunächst über heftige krampfartige Schmerzen im Bereich des oberen Epigastrium und über ein thorakales Engegefühl insbesondere im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme. Diese Beschwerden seien seit zwei Jahren stärker geworden. Zudem quälten ihn bereits seit seiner Kindheit Kopfschmerzen wechselnden Ausmaßes. Außerdem leide er unter depressiven Symptomen und schildert dazu eine seit ca. sechs Jahren bestehende melancholische Stimmung, zunehmende Sinnlosigkeitsgefühle, Freudlosigkeit, das Gefühl, morgens nicht ausgeschlafen zu sein, wiederkehrende Suizidgedanken, wobei er sich derzeit klar von Suizidalität distanziert. Er spüre ein tiefes Einsamkeitsgefühl in sich. Dies hätte sich in den letzten Jahren verstärkt, er kenne es aber, seit er denken könne. Er sei schon immer ein Außenseiter gewesen bzw. habe sich so erlebt.

Der Patient C leidet primär an seiner depressiven Verfassung und ordnet die körperlichen Symptome weitgehend diesem Befinden zu. Sein Krankheitskonzept ist am ehesten psychosomatisch.

### **6.1.2 Ätiopathogenetische psychosomatische Konzepte**

Die psychoanalytisch-psychosomatische Konzeptgeschichte zur Ätiopathogenese begann sozusagen an zwei Enden: Am Ende der schon reiferen psychosexuellen Entwicklung konzipierte Freud (1898/1952) im Modell der Psychoneurosen ein Trieb-Abwehr-Geschehen, welches sich in der Symptomatik symbolhaft darstellt und deswegen einer psychoanalytischen Behandlung (durch Entwicklung einer Übertragungsneurose und Aufhebung der

Kindheitsamnesie) zugänglich ist. Dieses psychoneurotische Modell beinhaltet das Konzept der Konversion, in welcher der Körper Träger eines Wunsch-Abwehr-Konfliktes ist, wie z.B. in der Hysterie (beispielsweise den Rivalen schlagen zu wollen, aber wegen des Gewissensverbotes und aus Angst vor Strafe eine Armlähmung zu bekommen). Dieses Konzept wurde später auch auf prägenitale Konflikte erweitert (Fenichel 1945).

Hingegen sah Freud in den Aktualneurosen (Neurasthenie, Angstneurose und später auch Hypochondrie) die körperliche Symptomatik als Folge einer quantitativ nicht zu bewältigenden Triebenergie (Somatisierung), für die eine repräsentationale Bewältigung nicht zur Verfügung steht (Freud 1898/1952). Freud konzipierte also einen prekären physischen Zustand ohne Verbindung zur Fantasiewelt, ohne die eine psychische Weiterverarbeitung nicht möglich ist.

Wenn auch Freud seinerzeit noch kein klares Bild der frühen Interaktion und ihrer Folgen entwickelt hatte, so wird im Ergebnis jedoch ein Zustand beschrieben, wie er mit den heutigen Konzepten von früher Beziehungsstörung kompatibel ist: Aktualneurose ist eine Konstellation, in welcher der Körper nicht Träger eines Wunsch-Abwehr-Konfliktes ist, wie in der Hysterie, sondern einziger Träger eines prekären Zustandes überhaupt.

Fenichel (1945) verschob das ätiopathogenetische Verständnis von der Bedeutung des Triebwunsches auf die Zentralität der Affekte. Der Gedanke, dass sich lediglich der körperlich-vegetative Teil eines Affektes manifestiert und wahrgenommen wird, während der psychische Aspekt nicht repräsentiert wird, führte zum Konzept der Affektäquivalente (Affektsomatisierung) und letztlich zum Begriff der Organneurose. Dabei »vertritt« das vegetative Phänomen den nicht wahrgenommenen Affekt (körperliche Dysfunktion statt z.B. Angst).

Alexander (1951) unterschied zwei wesentliche Grundstörungen: Verharren im Zustand der Bereitstellung zu einer notwendigen Handlung (Überwiegen der sympathischen Anteile; die Störung besteht darin, dass die Handlung nie zur Ausführung kommt) oder der Organismus reagiert auf die Notwendigkeit zum Handeln mit Rückzug (Überwiegen der parasympathischen Anteile; sich zurückziehen vor der Handlung in einen Abhängigkeitszustand). Für Alexander waren die psychosomatischen Störungen nicht eine Ausdruckskrankheit (wie bei Freud), sondern Folge einer resultierenden vegetativen Reaktion. Die körperliche Begleitreaktion von Affekten werde dadurch krankhaft, wenn diese automatisiert erfolge und nicht sinnfällig erlebt werden kann.

In der Folgezeit entwickelten Max Schur und Alexander Mitscherlich Modelle einer regressiven Abwehr als Grundlage psychosomatischer Erkrankungen. Schur (1974) sah im Modell einer Resomatisierung die Rückwärtsbewegung aus einer schon vollzogenen Entwicklung, die mit einer zunehmenden Wegbewegung vom Körper als Austragungsort von Erleben und Beziehungen einhergeht (De- und Resomatisierung).

Nach Mitscherlichs Konzept einer 2-phasigen Verdrängung erfolgt eine zweite Stufe der Abwehr »in« den Körper, wenn sich die »neurotische« Abwehr als nicht ausreichend erweist (Mitscherlich 1967).

Das auf Patienten mit Psychosomatosen angewendete Alexithymiekonzept der französischen Schule (Marty & de M'uzan 1978) beschrieb die Schwierigkeit des Patienten, Gefühlsvorgänge wahrzunehmen und einem konkretistischen Denkstil verhaftet zu sein. Die im Konzept umrissene Objektbeziehungsform wird als projektive Reduplikation definiert, was eine Ungetrenntheit bezeichnet, in der das Objekt projektiv mit den Qualitäten des Subjektes ausgestattet wird und

sich das Subjekt identifikatorisch wiederum mit den Qualitäten des Objektes ausstattet.

Eine ausführliche Darstellung der psychoanalytischen psychosomatischen Konzeptgeschichte findet sich z. B. bei Storck et al. (2016).

In der psychoanalytischen Psychosomatik heute steht eine differenzierte entwicklungspsychologische Perspektive ganz im Vordergrund. Diese zentriert auf grundsätzliche Fragen der leib-seelischen Entwicklung, die sowohl die (beeinträchtigte) Entwicklung psychisch-mentaler Repräsentanzen des personalen Anderen wie auch die Körper selbst-Repräsentanz in einem gemeinsamen Prozess verbindet und in ein Verhältnis zueinander setzt. Ist dieses Verhältnis im Sinne einer Unabgegrenztheit und Ungetrenntheit gestört, resultieren Entwicklungsbeeinträchtigungen der Symbolisierungskapazität (Storck et al. 2016).

### 6.1.3 Entwicklungspsychologische Perspektive

In der heutigen psychoanalytischen Psychosomatik ist das Verständnis vom Körper/Leib sowie von körperlichen Beschwerden und Störungen eng verbunden mit einer entwicklungspsychologischen Perspektive. Nach dieser prägen die Entwicklungsphasen der Kindheit das spätere Erleben und Verhalten.

Dabei wird die seelische Entwicklung, d. h. die Entfaltung und Ausdifferenzierung der Persönlichkeit, von seelischen, körperlichen und sozialen Reifungsprozessen getragen, die einen phasenhaften Verlauf haben. Zum großen Teil beruht die Entwicklung auf einer voranschreitenden Entfaltung und Ausformung von zunächst nur im Keim vorhandenen Anlagen.

Zu jeder **Lebensphase** gehören dabei typische Krisen mit phasentypischen Ängsten. Sie ergeben sich aus den wechselnden Entwicklungsaufgaben und werden je nach Entwick-

lungsstand unterschiedlich verarbeitet. Es handelt sich zunächst um ungelöste Konflikte zwischen Verschmelzung versus Getrenntheit mit Verfolgungsangst (Individuationsentwicklung, 6–18 Monate), gefolgt von Selbstständigkeitswünschen und Abhängigkeitsbedürfnissen mit Verlustangst (Autonomieentwicklung, 2. – 4. Lebensjahr), Loyalität versus Fremdensehnsucht mit Liebesverlustangst (präödpale Entwicklung, 3. – 5. Lebensjahr), Rivalität versus Übereinstimmung mit Gewissungsangst (ödpale Entwicklung, 4. – 7. Lebensjahr) sowie Ablösung von den Eltern, Ausformung der Geschlechtsidentität und Festigung der Persönlichkeit in der Adoleszenz (13. – 25. Lebensjahr) (Ermann 2016).

### Situation am Lebensbeginn

Zu Beginn des Lebens ist die Entwicklung von Babys vollständig von der Empathie einer fürsorglichen Bezugsperson abhängig. Die Erlebnisse am Anfang des Lebens (ca. 1. Lebensjahr) werden noch ganz und gar körperlich erfahren; es gibt noch keine Differenzierung in eine leibliche und seelische Dimension. In dieser Zeit existiert auch noch keine kontinuierliche Vorstellung über die Getrenntheit der eigenen Person von den Beziehungspersonen, es gibt noch keine Begriffe für das Selbst und den Anderen und kein Bild vom Körper. Erst nach und nach etablieren sich Repräsentanzen, d. h. zusammenhängende Vorstellungen von Beziehungserfahrungen.

Anzieu (1996) geht davon aus, dass sich jede psychische Wirklichkeit an eine biologische Funktion anlehnt. Die präverbale Kommunikation z. B. in Form von Berührungen führt zur Einschreibung von taktilen und sensorischen Spuren. Damit ist die Erfahrung der Körperoberfläche auf das Engste verbunden mit der Qualität des ursprünglichen Berührungsaustausches. Mit dem Begriffsbild des »Haut-Ich« beschreibt Anzieu, wie das Ich

des Kindes während früher Entwicklungsphasen – ausgehend von seiner Erfahrung der Körperoberfläche – eine Vorstellung von sich selbst ausbildet als Ich, das psychische Inhalte enthält. Damit verbunden ist die Entwicklung eines psychischen Innenraumes, also einer inneren Welt (Wünsche, Gedanken, Fantasien).

### **Erst allmähliche Symbolisierungsfähigkeit**

Es wird also Körpererfahrung in Vorstellungen und Affekte »übersetzt« und erlangt damit eine seelische Repräsentanz. Dann erst werden Erfahrung und Erleben ein im engeren Sinne seelischer Prozess. Dieser Vorgang wird als **Symbolisierung** (Lorenzer 1970) bezeichnet. Er ist eng mit der Sprachentwicklung verbunden. Erfahrungen, die aus einer Zeit stammen, in welcher der Mensch noch nicht über die Möglichkeit zur Symbolisierung verfügte, werden als präverbale Erinnerungen, d.h. als emotionale Zustände in Dimensionen wie körperliche Spannung oder Entspannung, Sättigung oder Unwohlsein erlebt und gespeichert.

Damit sich dieser Symbolisierungsprozess – also die Fähigkeit, Vorstellungen zu bilden – gut entwickelt, diese Vorstellungen eine subjektiv verträgliche Qualität haben und zueinander in einer ausreichend harmonischen Beziehung stehen können (integriert sind), sind Voraussetzungen erforderlich: Reizschutz, Spannungsregulation und Verarbeitung, Schutz vor Überforderung, Hilfe bei der Bewältigung von Erfahrungen. Eine Mutter, die gut genug ist (Winnicott 1973), die emotional-empathische Abstimmung zwischen Mutter und Kind (attunement, Affektabstimmung; Stern 1985) oder die Alpha-Funktion der Mutter im Konzept des Containing (Bion 1990): Dabei geht es darum, die wegen ihrer Intensität und noch nicht entwickelten Be-

wältigungskapazität überfordernden oder unaushaltbaren Zustände des Kindes einführend zu verstehen (z.B. den Schmerz des beißenden Hungers kann das Baby nur ausschreien, es hat noch keine anderen Mittel), sie rasch genug zu mildern und in erträgliche Zustände zu überführen. Die repetitive Umwandlung der überwältigenden Intensität eines (aus Erwachsenensicht nur schwer vorstellbaren) Erlebniskonglomerates aus »Unlust, Schmerz, Verzweiflung, Panik, Verwirrung und Wut« in gesättigtes Wohlbehagen und Zufriedenheit setzt die Fähigkeit der Bezugsperson voraus, sich auf das Kind einzustimmen und ihm so viel an stellvertretender Verarbeitungshilfe zu geben, wie es braucht. Dieser Prozess beinhaltet eine psychische und eine physische Dimension. Die Mutter spürt, was das Kind braucht, und setzt ihre Einfühlung in Verhalten um: das Kind halten und füttern, mit ihm dabei seelisch in liebevoller Bezogenheit verbunden sein. Im Kind verschränkt sich das körperliche Erleben der Sättigung und Spannungsauflösung mit geborgener Sicherheit in der verstehenden und verarbeitenden Beziehung (Containing).

Deswegen lassen sich Körper, Selbst und Beziehung nur zusammen denken. In Anlehnung an Kutter (1980) könnte man von »psychosomatischer Triangulierung« sprechen.

### **Entwicklung in Abhängigkeit der Beziehungserfahrung unter den jeweiligen Verhältnissen**

Demgemäß ist die psychosomatische Entwicklung neben der biologischen Disposition weitgehend abhängig von der Beziehungserfahrung mit den primären Bezugspersonen unter den jeweiligen sozioökonomischen Bedingungen und deren Auswirkungen. Die Grunderfahrungen des Lebens als Beziehungswissen werden im sogenannten implizit-prozeduralen Gedächtnis gespeichert, d.h. die



Inhalte dieser Grunderfahrungen sind unterhalb der Symbolisierungsebene codiert und bilden das Körpergedächtnis.

Erst nach und nach wird sich das Kind in der weiteren Entwicklung zunehmend gewahr, dass die Bezugsperson, die Mutter, eine Andere ist als das Kind selbst. Erst allmählich entwickelt sich in sehr vielen kleinen Schritten die Fähigkeit, sich eine Vorstellung davon zu machen, wie es wohl in der anderen Person aussehen mag, wie sie denkt und fühlt, was diese beabsichtigt, was von ihr zu erwarten ist usw., die Fähigkeit also, das Gegenüber gewissermaßen lesen zu können. Gleiches gilt für die eigene Person: sich über sich selbst und das eigene Erleben ein Bild zu machen sowie dieses Bild auch betrachten und darüber nachdenken zu können. Man spricht dann von **Mentalisierung** (Fonagy et al. 2004).

### Entwicklung der Affekte als ein Teil der Ich-Entwicklung

Im kommunikativen Austausch mit den primären Bezugspersonen werden in ihrer Grundstruktur bereits bei der Geburt vorhandene Affekte wahrgenommen und allmählich immer weiter ausdifferenziert. Sie sind eng mit vegetativen Reaktionen (z.B. Durchfall bei Angst, Blutdruckanstieg bei Ärger) verbunden.

Während der voranschreitenden Entwicklung werden Affekte zunehmend auch mental repräsentiert, bis irgendwann der gesunde Mensch fähig wird, einerseits körperliche Wahrnehmungen bewusst von seelischem Erleben zu unterscheiden, andererseits aber auch miteinander in Verbindung bringen zu können. Die zunehmende Bewusstseinsfähigkeit dieses Prozesses wird als **Desomatisierung** bezeichnet (Schur 1974). Dieser Prozess entwickelt sich über Jahre. So nehmen Dritt- und Viertklässler in der Schule ihre Gefühle insgesamt noch ganzheitlich wahr. Sie kön-

nen zwar konkrete Ängste wie etwa die Angst vor einem großen Tier oder auch vor einer schlechten Note benennen, komplexere Gefühlslagen und diffuse Ängste empfinden sie jedoch einfach als Unwohlsein, evtl. auch mit körperlichen Symptomen, ohne sie unbedingt beschreiben oder gar analysieren zu können.

Die fortschreitende Weiterentwicklung der Mentalisierungsfähigkeit gerät mit Erreichen der Pubertät, d.h. mit drastischer körperlicher Veränderung, in eine neue Krise. Es kommt zu einer Erschütterung des bisherigen Körperselbst und seiner relativen Kohärenz (adoleszente Identitätsdiffusion). Dabei rückt der Körper nicht nur ganz in den Vordergrund der bewussten Wahrnehmung, sondern wird auch zum Medium, um innerpsychische Probleme und interpersonelle Konflikte handlungsorientiert zu regulieren (z.B. Zurschaustellung sexueller Attribute oder deren Abwehr oder die selbstaufgelegte Askese bei der »Pubertätsmagersucht« als Ausdruck von Autarkie und Bedürftigkeit gleichermaßen oder generell im Bemühen, der quälenden Selbstunsicherheit entgegenzuwirken). Der genannte Entwicklungsprozess kommt erst nach Abschluss der Adoleszenz mit Ausbildung eines stabilen Körperselbst zur Konsolidierung.

Diese Entwicklung kann in jedem Stadium beeinträchtigt sein. Art und Ausmaß dieser Störung sind dann abhängig bzw. beeinflusst davon, zu welchem Zeitpunkt die seelisch-körperliche Entwicklung beeinträchtigt wurde und welche erschwerenden oder ausgleichenden Einflüsse im weiteren Entwicklungsverlauf hinzugekommen sind.

**Psychogene Störungen**, also Krankheiten, die in der seelisch-körperlichen Entwicklung begründet oder an deren Entstehung seelische Krankheitsfaktoren maßgeblich beteiligt sind, können als **Beziehungskrankheiten** aufgefasst werden: Beziehung zu sich selbst (zum Selbst), zum eigenen Körper, zum Ge-



genüber. Psychosomatische Medizin als Beziehungsmedizin kann das Beziehungsgeschehen, vor allem auch als unbewusste Inszenierung, aber nur vollständig erfassen, wenn die körperliche Dimension mit erfasst wird.

#### 6.1.4 Krankheitsbilder im Hinblick auf die psychoneurotische Entwicklung

Die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt unter dem Gesichtspunkt, *»...dass Körper und Seele zwei untrennbar miteinander verbundene Aspekte des Menschen sind, die nur aus methodischen Gründen oder zum besseren Verständnis unterschieden werden«* (Schweickhardt et al. 2005).

Die körperlichen Symptome der Patienten sind nicht nur einfach »psychosomatisch«, sondern sie erfordern eine differenzierte Einordnung dahingehend, in welcher Entwicklungsphase (wie früh, wie schwer, wie fundamental), d.h. auf welcher Reifungsstufe basierend die »Störung« – also eine mental nicht zu bewältigende Belastung (Missverhältnis zwischen Anforderung und Bewältigungskapazität) – auftrat.

Zu den Folgen zählen psychische, körperliche und Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen und sekundäre Störungen der Verarbeitung von körperlichen Krankheiten. Sie alle beruhen letztendlich auf einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung, die unter aktuellen Belastungen dekompenziert und zur neurotischen Erkrankung führt.

Neurosen sind also Krankheitsbilder mit seelischen und/oder körperlichen Symptomen, deren Ursache in innerpsychischen unbewussten Konflikten oder Entwicklungsdefiziten begründet ist, wobei die Symptome im Dienst der innerpsychischen Abwehr stehen oder ggf. auch ihre Dekompensation anzeigen. Zu ihnen werden auch die somatoformen Störungen gerechnet.

#### Somatoforme Störungen

Es handelt sich um Krankheitsbilder, die auf den ersten Blick wie körperliche Krankheiten erscheinen, aber funktionelle Störungen ohne organisch strukturelle Veränderungen. Sie sind Störungen von vegetativen und Organfunktionen auf seelischer Grundlage. Somatoform soll verdeutlichen, dass diese Störungen nach dem Modell körperlicher Krankheiten und Beschwerden geformt sind, aber ihren Ursprung im Psychischen haben.

Bei mangelhafter Desomatisierung von Affekten kommt es zu einer erhöhten affektiven Besetzung von Körperfunktionen und Organen. Mit zunehmender Chronifizierung verstärkt sich die Neigung, sich nur noch mit sich und seiner Krankheit zu beschäftigen. Bei ausgeprägtem Krankheitsbild spielen sich die eigentlichen zwischenmenschlichen Kontakte und Konflikte nicht mehr zwischen dem Patienten und seiner sozialen Umgebung ab, sondern zwischen ihm und seinem funktionsgestörten Organ. Der Patient kommuniziert ständig mit ihm und spricht von seinem Organ wie von missliebigen anderen Menschen.

Wenn unter Belastung die in der Entwicklung jeweils erreichte Differenzierung wieder verloren geht, bemerken die Betroffenen dann nur noch die Körperreaktion und reagieren nun auch körperlich labiler, z. B. mit Herzstolpern, Schmerzen oder Verdauungsstörungen. Dieser Vorgang heißt Somatisierung.

Somatisiert werden Affekte und Gefühle wie Wut, Angst, Traurigkeit, Depression, Schreck, Ekel, Gier, sexuelle Begierde usw. Bei Somatisierungsstörungen bleiben die zugrunde liegenden Affekte unbewusst, während der somatische Anteil intensiver als bei einer üblichen Gefühlsreaktion wahrgenommen wird.

Klinisch sind hauptsächlich die autonomen und vegetativen Funktionen betroffen.

Am häufigsten klagten Patienten über gastro-intestinale Syndrome wie Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähung, Durchfall, Speisunenverträglichkeit (Reizmagen, Reizdarm) sowie über kardiovaskuläre Symptome wie Herzrasen, Herzschmerz und Angst vor einem Herztod.

Die Betroffenen stehen unter einem hohen Leidensdruck aufgrund körperlicher Beschwerden, die jedoch nicht durch körperliche Behandlung gelindert werden können.

Zwangsläufig führt dies zu einem Missverhältnis zwischen der Erwartung des Patienten an die Umwelt, insbesondere Ärzte und deren Möglichkeiten, Abhilfe durch körperliche Behandlung zu leisten.

Dies ist für beide Seiten sehr frustrierend und belastet die Beziehung. Ein Teufelskreis kann sich dadurch anbahnen, dass die entstehenden heftigen Affekte wiederum somatisiert werden.

## Psychosomatose

Während bei somatoformen Störungen das Krankheitssymptom der Abwehr schlechthin entspricht und noch keine körperlichen Schäden verursacht hat, ist die Psychosomatose von Körperläsionen gekennzeichnet. Dabei sind psychoneurotische Vorgänge in der Genese von Bedeutung, und zwar in Gestalt der Resomatisierung (somatoforme Regression) auf einem bestimmten Entwicklungsniveau. Der körperliche Schaden wirkt sich wiederum auf die Psyche aus (somato-psychosomatisches Konzept; ► Engel & Schmale 1967). Bei der Entstehung von Psychosomatosen spielt sehr viel mehr als bei somatoformen Störungen die Tatsache eine Rolle, dass frühe oder traumatische affektive Zustände und Beziehungserfahrungen, die im Laufe der Entwicklung keine seelische Repräsentanz gefunden haben, als primär körperliche Zeichen in Erscheinung treten.

Beland (2011) formuliert das Unerträgliche als zentrale Erfahrung des Subjektes, die soziale Zurückweisung des Subjektes aus Kommunikation und Wachstum, die Regression auf die Protomentalität als wahrscheinlich phänomenales Übergangssystem zu endokrinen und humoralen Systemen.

Psychosomatosen sind also Organerkrankungen mit einer multifaktoriellen Ätiopathogenese, in der fundamentale seelische Überforderungen eine bedeutende Rolle spielen. Die Ursache liegt im Zusammenwirken körperlicher Dispositionen mit einer neurotischen Entwicklung.

## Posttraumatische Störungen

Posttraumatische Störungen definiert Ermann (2016) zusammenfassend als die seelischen Folgen von Traumaerfahrungen, die mit Zuständen von extremer Hilflosigkeit und Verzweiflung verbunden sind. Sie beruhen auf Traumatisierungen zu verschiedenen Zeitpunkten des Lebens. Auch diese Störungen können im beschriebenen Sinne zu einer somatoformen Regression führen. Hier gilt ebenso, dass die Behandlungsprognose günstiger ausfällt, wenn das Trauma in einer Zeit erlitten wird, in welcher die Persönlichkeitsentwicklung schon fortgeschritten ist.

## Reaktive somatoforme Störungen

Von den somatoformen Störungen auf neurotischer Grundlage, d. h. auf der Grundlage einer Entwicklungsbeeinträchtigung oder einer nicht zu bewältigenden unbewussten Konfliktsituation, die durch ein äußeres Ereignis angestoßen wurde, werden reaktive somatoforme Störungen abgegrenzt. Sie stellen die Reaktion auf eine (meist bewusste) akute oder chronische Stressbelastung im gegenwärtigen Alltag der Betroffenen dar. Sie können aller-

dings bei entsprechender Disposition auch neurotisch weiterverarbeitet werden.

### 6.1.5 Psychodynamische Gesichtspunkte

Frühe, fundamentale, anhaltende und nicht kompensierte Entwicklungsbeeinträchtigungen bedingen die Unfähigkeit zur psychischen Verarbeitung der noch körpernahen Erlebnisweisen. Dies wird als **psychosomatische Grundstörung** (Balint 1970) bezeichnet. Sie geht einher mit der Schwierigkeit, sich von anderen Menschen im Sinne einer befriedigenden Regulierung von Nähe und Distanz abzugrenzen, und einer nicht ausreichend ausgebildeten Gefühlsdifferenzierung sowie unzureichender Symbolisierung (emotionale Zustände in Begriffen sprachlich zu fassen). Gefühl und Verstand finden nicht zusammen, weil dafür kein innerer (repräsentationaler) Intermediärraum zur Verfügung steht. Reifere Abwehrvorgänge wie Verdrängung mittels Rationalisierung, Verschiebung, Sublimierung usw. sind damit weniger bis gar nicht verfügbar. Bei eventuell auftretenden Belastungen in Form von realen oder fantasierten Verlusten wird die Tür zu unbewussten, unsymbolisierten Inhalten geöffnet. Für diese ist bei eingeschränkter Bewältigungskapazität wiederum die Abfuhr von erlebten Affektzuständen nur körperlich möglich. Hieraus erklärt sich die im Kontakt mit diesen Patienten intensiv spürbare Objektangewiesenheit. Bei der vom Patienten oft nicht benennbaren, manchmal benannten oder zwischen den Zeilen angedeuteten Belastung handelt es sich um die auslösende Situation. Die Verbindung zu einer katastrophalen Angst, das sicherheitsspendende, ungetrennte (und nur dadurch ideale) Objekt existenziell zu brauchen, aber über dieses nicht verlässlich verfügen zu können, liegt jedoch im Unbewussten. Dem Schutz der seelischen Sphäre vor weiterer Er-

schütterung dient die Projektion der introjizierten negativen Beziehungserfahrung auf den Körper. Bewusst sind daher nur die körperlichen Symptome, über die der Patient seinen Leidensdruck verspürt und vermittelt. So wird verständlich, dass sich der Wunsch nach Linderung an Ärzte richtet, die seinen Körper behandeln sollen. Die Heilung soll *am* Körper erfolgen. Genau dieses verunmöglicht jedoch die Lösung des Problems: Der Arzt kann nicht in der Lage sein, auf dieser Ebene das Bedürfnis nach Abhilfe zu befriedigen, was wiederum beim Patienten das Verlassenheitserleben bis zur Selbstaufgabe steigern kann.

Bei Patienten mit Psychosomatosen kann von einer basalen Verunsicherung angesichts nicht repräsentierten Erlebens von Trennung und Bezogenheit ausgegangen werden. Darüber hinaus ist die Frage nach der Form und Bedeutung von Ängsten für alle psychosomatischen Symptome und Erkrankungen zu berücksichtigen.

Diese Überlegungen zur Psychodynamik beziehen sich vorrangig auf eine frühkindliche Störung, die mit einer Fixierung der Persönlichkeitsstruktur auf sehr niedrigem Entwicklungsniveau einhergeht. Tatsächlich aber besteht auch bei Menschen mit höherem Niveau der Persönlichkeitsorganisation die Möglichkeit eines Rückfalls auf eine vorsymbolische Ebene mit der Tendenz zur Somatisierung (somatoforme Regression). Je weiter die Persönlichkeitsentwicklung bis zu diesem Zeitpunkt fortgeschritten war, desto günstiger ist die Prognose für eine Rekompensation.

## 6.2 Der biologische Zugang

Götz Berberich

### 6.2.1 Neurobiologie und Psychoneuroendokrinologie: Die Rolle der frühen Stresserfahrungen

Die Neurowissenschaften betonen, wie geistige mentale Aktivitäten nicht losgelöst von der körperlichen Basis, nicht losgelöst in erster Linie vom Gehirn gedacht werden können: Das Mentale ereignet sich auf neurobiologisch zu beschreibenden Bahnen. Umgekehrt werden Erfahrungen auch verkörpert, also niedergelegt, in alten oder neuen Bahnen.

Die Erfahrung des Klinikers lehrt, dass zahlreiche psychische und psychosomatische Erkrankungen im Erwachsenenalter durch akute oder chronische Stressbelastungen ausgelöst werden. Im Verlauf der Behandlung wird jedoch offensichtlich, dass die Betroffenen bereits früh in ihrem Leben heftigsten Stressoren, etwa körperlichen oder psychischen Traumatisierungen, ausgesetzt waren, in deren Folge die Stressreaktivität zu- und die Resilienz hinsichtlich stressender Situationen abnimmt. Die enormen Erkenntnisse der Neurobiologie in den letzten 20 Jahren unterstreichen die herausragende Bedeutung des psychophysiologischen Stressreaktionssystems.

Zahlreiche Studien belegen den Einfluss früher Stresserfahrungen (Adverse Childhood Experiences, ACE) auf eine körperliche Erkrankung im Erwachsenenalter, wie chronische Kopfschmerzen oder Autoimmunerkrankungen (Anda et al. 2010; Dube et al. 2009). Diese Stresserfahrungen hinterlassen biologische Narben im Gehirn: Morphologie und Konnektivität wie auch Funktionsweise verschiedener zerebraler Areale, insbesondere aus dem Bereich des limbischen Systems und des präfrontalen Cortex, also Areale mit hoher Dichte von Glukokortikoidrezeptoren,

zeigen sich in der frühen Kindheit vulnerabel für übermäßige Stresseinwirkung, was sich in verringerten Volumina, reduzierter Konnektivität und gesteigerter Reaktivität auf erneute Stressreize niederschlägt. Lebensgeschichtliche Erfahrungen beeinflussen entsprechend der Plastizität des Gehirns dessen Entwicklung in spezifisch vulnerablen Phasen, wobei insbesondere die Verarbeitungsgebiete der Stresseinwirkung betroffen sind. So zeigen Kinder nach Beobachtung häuslicher Gewalt Veränderungen im visuellen Cortex; sexuell traumatisierte Frauen weisen eine verringerte corticale Dicke im somatosensorischen Cortex in dem Bereich auf, der den Genitalbereich repräsentiert (Teicher & Samson 2016). In Phasen erhöhter Plastizität haben aversive Ereignisse besonders gravierende Auswirkungen auf das sich entwickelnde Gehirnnareal. Im Allgemeinen ist die Plastizität höher im frühen Lebensalter und nimmt zum Erwachsenenalter hin ab, was eine geringere Anpassungsfähigkeit des Gehirns zur Folge hat. Es gibt darüber hinaus spezielle vulnerable Phasen, etwa das Alter von zehn bis elf Jahren für die Entwicklung der Amygdala (Pechtel et al. 2014).

Somatisch vermittelt werden diese frühen Stresserfahrungen insbesondere über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA), über die der Anstieg des Hauptstresshormons Cortisol in Stresssituationen reguliert wird. Über eine negative Feedbackschleife begrenzt Cortisol durch Kopplung an die Glucocorticoid-Rezeptoren (GR) im Gehirn die Stressantwort und führt zu einem Abfall von Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) und adrenocorticotropem Hormon (ACTH). Die Glucocorticoid-Rezeptoren vermitteln somit nach einer adaptiven Reaktion auf den Stressor die Beendigung der Stressreaktion nach dessen Wegfall. Dieses Stressreaktivitätssystem und insbesondere die negative Feedbackschleife können als

Folge massiver früher Stresserfahrungen gestört sein und zu einer Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse führen mit verringerter Stressschwelle und längerfristig erhöhten Cortisolwerten im Blut, die ihrerseits ungünstige Wirkungen auf die neuronale Entwicklung entfalten. Nach einer längeren Phase des Hypercortisolismus kommt es allerdings im Rahmen solch stress-assoziiierter Erkrankungen zu einem Crash im Stresssystem, der möglicherweise auf seine Erschöpfung zurückzuführen ist. Es entwickeln sich ein Hypocortisolismus und eine periphere Glucocorticoidresistenz, unterbrochen von überschießenden Cortisolanstiegen bei zusätzlichem Akutstress (Schubert 2014).

Das Stresssystem seinerseits beeinflusst die Abwehrvorgänge des Körpers: Ein dauerhaft erhöhter Cortisolspiegel im Rahmen stress-assoziiierter Erkrankungen führt zu einer Verschiebung der Immunlage von zellulären (TH1) zu humoralen (TH2) Abwehrvorgängen, was mittelfristig zu Wundheilungsstörungen oder viralen Erkrankungen führen kann. Nach dem Cortisolcrash mit konsekutivem Hypocortisolismus kehrt sich die Immunlage um – mit der Folge eines unkontrollierten Anstiegs der Entzündungsaktivität (Schubert 2014). Traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit können auch zu weiteren chronisch erhöhten Entzündungswerten, wie C-reaktives Protein (CRP) und Interleukin-6 (IL-6), führen (Baumeister et al. 2016).

Das vom Hypothalamus gebildete und aus der Neurohypophyse sezernierte Hormon Oxytocin wird beim Stillen, aber auch bei nicht schmerzhafter taktiler Stimulation (Streicheln) und bei der Sexualität freigesetzt. Es führt zu erniedrigtem Blutdruck, reduziert die Cortisolspiegel, erhöht vagal kontrollierte gastrointestinale Hormone und unterstützt die Gewichtszunahme des gestillten Kindes, es stärkt darüber hinaus die Bindung der Interaktionspartner, etwa der Mutter und des

Kindes beim Stillen. In gewisser Weise ist es also auch ein Stress antagonisierendes Hormon. Frühe Stresserfahrungen führen jedoch zu einer geringeren zentralen Oxytocin-Ausschüttung und damit zu einem Mangel an stressprotektiven Wirkungen dieses Neuropeptids.

Im Gefolge der psychoneuroendokrinen und -immunologischen Forschungen tritt in letzter Zeit auch die Forschung am intestinalen Mikrobiom, also die Gesamtheit der Mikroorganismen im Darm, in den Vordergrund. Auch hier zeigen sich frühe Einflüsse etwa der mütterlichen Stresserfahrung auf das Mikrobiom des Kindes (Zijlmans et al. 2015) wie auch zahlreiche Auswirkungen der Mikrobiomzusammensetzung auf körperliche, psychische und insbesondere psychosomatische Erkrankungen (Borre et al. 2014). Wir beginnen also erst langsam, die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen frühen Stresserfahrungen bzw. dem Erleben in unterschiedlichen Altersstufen und den neurobiologischen, endokrinen, immunologischen und mikrobiotischen Verhältnissen zu verstehen.

### 6.2.2 Gen-Umwelt-Interaktion und Epigenetik

Frühe Stresserfahrungen wirken jedoch ganz offensichtlich nicht bei allen Individuen in der gleichen Weise und gleich katastrophal. Individuelle Vulnerabilitäten sind zum einen auf eine genetische Grundausstattung zurückzuführen; Zwillingsstudien legen jedoch auch nahe, dass die genetische Ausstattung keineswegs das gesamte Risiko für eine Krankheitsmanifestation erklärt. Ein deutlich größeres Verständnis für Vulnerabilitätsfaktoren erreichen wir durch eine gemeinsame Betrachtung von genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen, was unter den Begriff der Gen-Umwelt-Interaktion gefasst wird.

Personen mit bestimmten Polymorphismen des Serotonintransportergens (5-HTTLPR) sind deutlich mehr in Gefahr, infolge eines Psychotraumas an einer Depression zu erkranken, als Menschen mit der gleichen traumatischen Erfahrung, jedoch ohne diesen Genotyp (Caspi et al. 2003).

Diese Gen-Umwelt-Interaktionen beginnen bereits pränatal: So konnte bei Babys mit einem bestimmten Genotyp (COMT-Met), deren Mütter erhöhte Werte von Angst in der Schwangerschaft zeigten, eine verminderte corticale Dicke im ventromedialen präfrontalen Cortex nachgewiesen werden (Qiu et al. 2015). Besondere Bedeutung in der Diskussion um die Gen-Umwelt-Interaktion gewann das FKBP5-Gen (FK-506 Binding Protein), das die Glucocorticoid-Rezeptoren reguliert und damit wesentlich das Stresssystem steuert. Je nach spezifischer Allel-Variation verändert sich das Risiko für stressassoziierte Erkrankungen. Führt ein solches Allel zu einer gesteigerten FKBP5-Transkription, kommt es zu einer Resistenz der Glucocorticoid-Rezeptoren und damit zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von affektiven Störungen (Binder et al. 2008). Erst das Aufeinandertreffen einer bestimmten genetischen Variante mit einem »live event« führt zur erhöhten Krankheitswahrscheinlichkeit.

Führen aber massive Stresserfahrungen ihrerseits wiederum zu einer überdauernden körperlichen Veränderung oder veränderten Regulationsmechanismen? Dieser Frage geht die Epigenetik nach. Meaney und seine Mitarbeiter fanden bei Experimenten an Laborratten heraus, dass intensives Brutpflegeverhalten zu einer lebenslang geringeren Stressvulnerabilität führt. Bei den Nachkommen von Rattenmüttern, die ein geringeres Brutpflegeverhalten zeigten, ließ sich die erhöhte Stressvulnerabilität auf eine Methylierung des Promotors für das Glucocorticoid-Rezeptor-Gen zurückführen (Meaney 2001). Hier-

durch wird das Glucocorticoid-Rezeptor-Gen weniger transkribiert und die geringere Dichte von Glucocorticoid-Rezeptoren im Hippocampus führt zu einer beeinträchtigten negativen Rückkopplung des erhöhten Cortisols in Stresssituationen, sodass diese nicht mehr ausreichend gedämpft werden können. Frühe Umwelterfahrungen führen also zu einer überdauernden, epigenetischen Regulationsveränderung der Genexpression, hier für Glucocorticoid-Rezeptoren, die zudem auch an die Enkelgeneration weitergegeben wird – auch die Enkel der Rattenmütter mit geringem Brutpflegeverhalten sind lebenslang stressvulnerabler!

Diese tierexperimentellen Ergebnisse konnten auch beim Menschen gesichert werden. Bei Suizidopfern, welche in der Kindheit einen sexuellen Missbrauch erlitten hatten, fanden sich eine verstärkte endokrine (HHNA) und autonome Stressreaktion, weniger Glucocorticoid-Rezeptor-mRNA sowie eine Methylierung des Glucocorticoid-Rezeptor-Promotergens (McGowan et al. 2009; Weaver et al. 2004). Die Methylierung oder Acetylierung spezieller DNA-Abschnitte kann als Schalter-System der Transkription spezifischer Gene verstanden werden, wobei dieser Schalter abhängig von Umweltreizen betätigt wird. Bei vielen unserer Patienten, namentlich Borderline-Patienten, welche häufig Traumatisierungen in ihrer Kindheit erfahren mussten, lässt sich die Symptomatik aus einem dysregulierten Stresssystem verstehen, wozu diese epigenetische Regulation einen wesentlichen Beitrag leisten dürfte. Epigenetische Veränderungen sind inzwischen bei einigen Erkrankungen (Depression, Angsterkrankungen) als wesentliche pathogenetische Mechanismen erkannt worden.

Eine noch größere Komplexität erreicht die Gen-Umwelt-Interaktion bei dem bereits erwähnten FKBP5-Gen. Hier fanden sich epigenetische Veränderungen am FKBP5-Gen



nach früher Traumatisierung nur bei den Trägern des Risikogens, nicht jedoch bei den Trägern des protektiven Allels. Das protektive Allel schützt also vor einer »schädlichen« epigenetischen Veränderung und der daraus resultierenden Resistenz der Glucocorticoid-Rezeptoren (Klengel et al. 2013). Diese genotypspezifische Methylierung der Promotor-region im FKBP5-Gen konnte bereits bei traumatisierten Kindern im Vorschulalter nachgewiesen werden und war umso ausgeprägter, je massiver die Traumatisierung war (Tyrka et al. 2015a, b).

### 6.2.3 Chronischer Schmerz im Hinblick auf neurobiologische und psychoneuroendokrinologische Grundlagen

Insbesondere die Erforschung des chronischen Schmerzes ließ wesentliche Zusammenhänge zwischen traumatisierenden Lebensereignissen, Stressreaktionssystem, neurobiologischen und psychoneuroendokrinologischen Mechanismen erkennen. Das »Klingelzugmodell« von Descartes, nach welchem einer zentralen Schmerzwahrnehmung stets eine periphere Gewebläsion vorausgehe, ist nicht mehr haltbar und musste zugunsten eines Modells der zentralen Schmerzverarbeitung und -entstehung bei vielen Formen des chronischen Schmerzes verlassen werden. Während der akute Schmerz eine Warnfunktion vor drohender oder bei eingetretener Gewebsschädigung aufweist, kann nicht tumorbedingter chronischer Schmerz auch ohne jedweden peripheren Input von einer peripheren Gefäßläsion durch eine zentrale Schmerzsensibilisierung im Sinne einer »stressinduzierten Hyperalgesie« entstehen (Egle et al. 2016; Imbe et al. 2006).

Schmerz wird im Gehirn durch unterschiedliche Areale verarbeitet. Ein sogenanntes laterales System – ausgehend von den late-

ralen Thalamuskernen mit Projektion zum somatosensorischen Cortex (S1, S2) sowie im perigenualen anterioren cingulären Cortex (pACC, perigenual anterior cingulate cortex) und im posterioren cingulären Cortex (PCC, posterior cingulate cortex) – prozessiert Art, Intensität, Ort und Modalität des Schmerzes. Im medialen System dagegen findet die affektive Schmerzverarbeitung, der pathische Anteil des Schmerzerlebens mit Angst und Unbehagen, statt. Dieses mediale System beinhaltet die medialen Thalamuskern, den anterioren cingulären Cortex (ACC, anterior cingulate cortex), die vordere Insula, Amygdala, Hippocampus und diverse Areale des präfrontalen Cortex. Damit deckt sich das mediale Schmerzverarbeitungssystem weitgehend mit dem Bereich der zentralen Stressverarbeitung. Dies lässt es – zumindest unter lokalisatorischen Gesichtspunkten – plausibel erscheinen, dass Emotionen einen wesentlichen Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung ausüben. Kurz anhaltende und intensive negative Emotionen führen zu einer eingeschränkten Schmerzwahrnehmung (Hypalgesie), langfristig auftretende negative Emotionen, wie bei überfordernden psychosozialen Lagen und lange anhaltenden Traumatisierungen, verstärken jedoch die Schmerzwahrnehmung und senken die Schmerzschwelle (Hyperalgesie). Dies ist unter anderem auf eine Reduktion der deszendierenden Schmerzhemmung über das periaquäduktale Grau (PAG), eine geringere Aktivierung des schmerzreduzierend wirkenden Neuropeptids Y (NPY) und eine verstärkte Ausschüttung des Neuropeptids Cholecystokinin (CCK) mit Verstärkung des Schmerzempfindens zurückzuführen. Auch eine reduzierte Wirksamkeit von Oxytocin führt zu vermehrter Schmerzempfindlichkeit.

Postnatal einwirkende Schmerzreize führten im Tierexperiment zu einer Sensitivierung mit konsekutiver Hyperalgesie (Schwal-

ler & Fitzgerald 2014). Ein ähnliches Ergebnis wurde auch durch eine längere Trennung vom Muttertier erzielt. Dabei wurden Muskelschmerzen bei den Versuchstieren nachgewiesen, was als tierexperimentelles Modell für das Fibromyalgie-Syndrom verstanden werden konnte (Green et al. 2011a, b). Dies weist auf eine wesentliche Bedeutung von Bindungserfahrungen bei der Schmerzverarbeitung bzw. Bindungsdeprivation bei der Entwicklung des chronischen Schmerzes hin. Das Erleben von sozialer Ausgrenzung und Deprivation bewirkt über eine emotionale Bewertung im Bereich des dorsalen anterioren cingulären Cortex (dACC) ein verstärktes Schmerzerleben (Eisenberger 2012). Dieser »soziale Schmerz« durch die Erfahrung, ausgeschlossen zu werden, aktiviert also offensichtlich das mediale Schmerzverarbeitungssystem. Der soziale Schmerz ist von Betroffenen dabei häufig nicht von einem körperlichen, durch Gewebsläsion entstandenen Schmerz zu unterscheiden.

Tatsächlich ist bei einigen chronischen Schmerzstörungen, die häufig in der Psychosomatik behandelt werden, etwa dem sogenannten Fibromyalgie-Syndrom, der somatoformen Schmerzstörung oder der cranio-mandibulären Dysfunktion, kein nozizeptiver oder neuropathischer Input nachweisbar. Bei Applikation experimenteller peripherer Schmerzreize ist bei diesen Patienten eine höhere Aktivierung des medialen Schmerzsystems (Amygdala, Hippocampus, anteriorer cingulärer Cortex) als bei Gesunden festzustellen, während im ventromedialen, präfrontalen und orbitofrontalen Cortex eine Hypoaktivität vorliegt (Gündel et al. 2008). Hierdurch ist die kognitive Kontrolle mit der Folge einer deszendierenden Schmerzhemmung eingeschränkt, wogegen die affektive, mit Angst und eingetrübter Stimmung verbundene Wahrnehmung betont ist. Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen erleben den

Schmerz daher bedrohlicher, sind schneller überfordert, neigen zur Katastrophisierung und zu dysfunktionalem Coping. Häufig finden sich parallel Angst, Depression und zahlreiche weitere körperliche Beschwerden.

Damit zeigt sich in der Schmerzforschung wiederum, dass eine herkömmliche, cartesiansche Trennung von körperlichen *oder* seelischen Phänomenen, Psyche *oder* Soma, nicht mehr haltbar ist. Vielmehr machen die Verarbeitungsmechanismen deutlich, dass sich psychische und somatische Prozesse gegenseitig zirkulär verstärken oder abmildern können und untrennbar verbunden sind. Es gibt keine körperliche Erkrankung ohne psychische Beeinflussung, ebenso wie ein seelischer Zustand nicht ohne körperliches Korrelat gedacht werden kann.

## 6.3 Embodiment

Wolfgang Wöllner

Während der letzten 20 Jahre hat die Embodiment-Forschung die in Philosophie und Psychosomatik seit Langem diskutierte Leib-Seele-Problematik auf eine neue wissenschaftliche Grundlage gestellt. Die psychoanalytische Betrachtung war dem traditionellen Dualismus noch über weite Strecken verhaftet geblieben, hatte sie doch den Körper im Wesentlichen als Projektionsfläche für seelische Vorgänge und verborgene Bedeutungen begriffen. Demgegenüber haben interdisziplinäre Bemühungen von Philosophie, Psychologie, Neuro- und Kognitionswissenschaften mit dem Embodiment-Konzept einen Paradigmenwechsel eingeleitet, der einen wesentlichen Schritt auf dem Weg zur Überwindung des herkömmlichen Dualismus darstellt (Fuchs et al. 2010).

Traditionell wurden körperliche Reaktionen vorrangig als Resultanten psychischer Prozesse angesehen. Embodiment-Ansätze

gehen jedoch davon aus, dass sich Körperliches und Seelisches fortgesetzt wechselseitig beeinflusst und auf diese Weise untrennbar miteinander verbunden ist. Die Wechselseitigkeit oder »Bidirektionalität« aller körperlichen und psychischen Prozesse lässt sich auf die Formel bringen: Nicht nur ist der Körper Spiegel der Seele, auch umgekehrt ist die Seele der Spiegel des Körpers. Jede Kognition und jede Emotion hat eine sensomotorische Komponente; jede Körperhaltung, jede Handbewegung und jeder Gesichtsausdruck beeinflusst emotionale, motivationale Prozesse und kognitive Prozesse – Einstellungen, Gedanken und Bewertungen – einschließlich der ihnen korrespondierenden Gehirnaktivität und neuroendokrinen Vorgänge (Liepelt, et al. 2012; Price et al. 2012). Systemtheoretisch gesprochen, können Körperparameter die Emergenz psychischer Zustände kontrollieren und so zu Kontrollparametern für die psychische Selbstorganisation werden (Storch et al. 2017; Tschacher & Storch 2012).

### 6.3.1 Theorien und Spezialdisziplinen

Die mit der Perspektive des Embodiment vollzogene Trendwende in den kognitiven und Verhaltenswissenschaften manifestiert sich in unterschiedlichen Theorien und Spezialdisziplinen. Theorien zur »Embodied Cognition« beschreiben die tiefe Verwurzelung aller kognitiven, emotionalen und interaktiven sozialen Prozesse in der Leiblichkeit (Gallagher 2005; Storch et al. 2017).

Die »Embodied Cognitive Science« geht von der bekannten Erkenntnis aus, dass sich neuronale Netzwerke in einer ständigen dynamischen Entwicklung befinden. Sie besagt, dass erfolgreich genutzte neuronale Verbindungen verstärkt und nicht genutzte verringert werden. Dabei besteht der Beitrag der Embodiment-Forschung in der zusätzlichen Erkenntnis, dass alle sozialen Erfahrungen in

sensomotorischen Koordinationen (»Karten«) einen Niederschlag finden und die Hardware des Gehirns bestimmen. Funktionen wie Lernen, Problemlösen und Gedächtnis sind nicht das Ergebnis einer einfachen »Speicherung« von Wissen im Gehirn, sondern das Produkt komplexer sensomotorischer Koordinationen. Das Gedächtnis wird vielmehr verstanden als das Produkt komplexer, dynamischer, re-kategorisierender und interaktiver Prozesse, die immer »embodied« sind (Leuzinger-Bohleber et al. 2013).

Die Forschungen der »Embodied Cognitive Science« sind von großer Bedeutung für das Verständnis des Körpererlebens und speziell des **Leibgedächtnisses**. Dieser Begriff steht für die Gesamtheit aller kognitiven, perzeptiven, affektiven und motorischen Aspekte des Körpererlebens, das die Aspekte von Körperbild, Körperschema, Körperkathexis und Bewegungsverhalten umfasst (z.B. Joraschky et al. 2009; Röhrich 2006; Röhrich et al. 2005). Das Leibgedächtnis aktualisiert sich unablässig, indem es seine primäre genetische Ausstattung fortlaufend um Informationen anreichert, die ihm aus der Umwelt und dem inneren Milieu zufließen. Es ist wesentlich an der impliziten Speicherung automatisierter Handlungsschemata und Gewohnheiten beteiligt, insbesondere solchen, die Halt und Sicherheit gegenüber äußeren Bedrohungen geben. Ein gesundes Individuum kann über den Leib – über die Atmung, über Körperhaltungen und -bewegungen – Nähe und Distanz zu inneren Körperzuständen und Affekten regulieren – eine Fähigkeit, die nach intensiven traumatischen Erfahrungen in Verlust geraten kann.

**Nonverbale Synchronien**, bei denen Körpersignale synchronisiert werden, prägen alle menschlichen Interaktionen. Aus der Säuglingsforschung ist bekannt, dass Kinder schon vor der Geburt in intensive interaktive Prozesse eingebunden sind, die sich als Kör-

perrhythmen oder pränatale Choreografien beschreiben lassen. Von Geburt an sind sie mit einem auf Intersubjektivität ausgerichteten Körperschema ausgestattet (Fuchs 2008). Die Fähigkeit zur affektiven Resonanz ermöglicht die frühe nonverbale Kommunikation; bereits bei Kleinkindern ist eine geteilte (Wir-)Intentionalität zu beobachten (Tomasello 2010).

Auch bei Erwachsenen gibt es eine Fülle von Beobachtungen über das spontane Auftreten von Synchronien. Dabei kann es sich um körperliche Imitationen oder Spiegelungen handeln, die von den beteiligten Personen weder intendiert noch wahrgenommen werden (Ramseyer & Tschacher 2011). Es lässt sich zeigen, dass das Ausmaß nonverbaler Synchronie mit der Qualität der Beziehung korreliert – in der Mutter-Kind-Beziehung ebenso wie bei der Gruppenkohäsion oder der Ausbildung einer therapeutischen Allianz (Chartrand & Lakin 2013; Ramseyer & Tschacher 2011). Patienten mit sicherer Bindung wiesen höhere Synchronie-Werte auf, während ungünstige Muster des Interaktionsverhaltens, insbesondere abweisende, selbstunsichere und introvertierte Verhaltensweisen, negativ mit Kennwerten der Synchronisation korreliert waren (Tschacher et al. 2007).

### 6.3.2 Klinische Anwendungen

Das gesamte Ausmaß klinischer Anwendungen der Embodiment-Forschung ist derzeit noch nicht absehbar. Von klinisch-praktischer Bedeutung ist in jedem Falle der wiederholt reproduzierte Befund, dass Veränderungen von Körperhaltungen und Spannungsmustern der Muskulatur zu Änderungen der Gefühle und Stimmungen und diese wiederum zu Änderungen des Denkens führen können. In unterschiedlichen Körperhaltungen nehmen Menschen sich und ihre Umwelt anders wahr. Allgemein bekannt ist, dass eine Kör-

perhaltung mit eingesunkenen Schultern die Stimmungslage anders beeinflusst als eine aufrechte Körperhaltung.

Eine praktisch-therapeutische Konsequenz aus den Befunden der Embodiment-Forschung kann darin bestehen, in psychotherapeutischen Prozessen die Körperwahrnehmung zu fördern und körperliche Rückmeldeprozesse beim Selbstmanagement der Emotionsregulierung zu nutzen (Jäncke 2013; Tschacher & Scheier 2003). Selbst unter Stress ist es möglich, Körperhaltungen oder die Atmung zu verändern, um Stimmungslage und Denken zu beeinflussen.

Speziell bei **depressiven Störungsbildern** kann symbolisch über Körperpositionen eine Haltung von Leid in Szene gesetzt werden, um die Möglichkeit einer alternativen Körperhaltung zu explorieren (Röhrich 2011). Nimmt eine Person die zu einer depressiven Verfassung passende Körperhaltung, Mimik und Gestik ein, stellt sich diese psychische Verfassung von selbst ein, ohne dass depressions-typische Denkfehler oder Verlusterfahrungen vorausgegangen sein müssen (Michalak et al. 2009; Niedenthal et al. 2005). Stimmübungen oder Übungen, die sich auf die Gesichtsmimik beziehen, können den eingeschränkten Gefühlsausdruck beeinflussen.

Aber auch bei anderen Störungsbildern wie **Angsterkrankungen** oder **somatoformen Störungen** kann die Förderung der körperbezogenen Selbstwahrnehmung in Verbindung mit dem erprobenden Experimentieren mit Haltungsänderungen dazu beitragen, ein Gegengewicht zu den Hilflosigkeitsgefühlen akuter Angst- oder Schmerzzustände zu bilden.

Im Bereich der Emotionsregulierung wurde mit dem »Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)« ein auf Erkenntnissen der Embodiment-Forschung basierendes psychoedukatives Selbstmanagement-Modell entwickelt, das explizit dem Aufbau positiver Ressourcen dient. Es

liegt in manualisierter Form vor und eignet sich nach Auffassung der Autoren besonders gut für das stationäre Setting (Meier & Storch 2013; Storch & Krause 2007).

## Literatur

- Alexander F. Psychosomatische Medizin. Berlin: De Gruyter 1951.
- Anda R, Tietjen G, Schulman E, Fellitti VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache* 2010; 50(9): 1473–81.
- Anzieu D. Das Haut-Ich. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1996.
- Balint M. Trauma und Objektbeziehung. *Psyche Z Psychoanal* 1970; 24: 306–58.
- Baumeister D, Akhtar R, Ciufolini S, Pariante CM, Mondelli V. Childhood trauma and adult inflammation: a meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor- $\alpha$ . *Mol Psychiatry* 2016; 21(5): 642–9.
- Beland H. Unaushaltbarkeit. Psychoanalytische Aufsätze II zu Theorie, Klinik und Gesellschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag 2011; 113–29.
- Binder EB, Bradley RG, Liu W, Epstein MP, Deveau TC, Mercer KB, Tang Y, Gillespie CF, Heim CM, Nemeroff CB, Schwartz AC, Cubells JF, Ressler KJ. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *YAMA* 2008; 299(11): 1291–305.
- Bion WR. Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1990.
- Borre YE, O’Keeffe GW, Clarke G, Stanton C, Dinan TG, Cryan JF. Microbiota and neurodevelopmental windows: implications for the brain disorders. *Trans Mol Med* 2014; 20(9): 509–18.
- Caspi A, Sugden KE, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of light stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301(5631): 386–9.
- Chartrand TL, Lakin JL. The antecedents and consequences of human behavioral mimicry. *Annu Rev Psychol* 2013; 64: 285–308.
- Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Fellitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom Med* 2009; 71(2): 243–50.
- Egle UT, Egloff N, von Känel R. Stressinduzierte Hyperalgesie (SIH) als Folge von emotionaler Deprivation und psychischer Traumatisierung in der Kindheit. Konsequenzen für die Schmerztherapie. *Schmerz* 2016; 30: 526–36.
- Eisenberger N. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat Rev Neurosci* 2012; 13: 421–34.
- Engel GL, Schmale AH. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. *Psyche Z Psychoanal* 1967; 23: 241–61.
- Ermann M. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Fenichel O. Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre. Band II. Gießen: Psychosozial-Verlag 1945.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta 2004.
- Freud S. Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. 1898. In: GW I. London: Imago; 1952; 489–516.
- Fuchs T. Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays. Zug: Die Graue Edition 2008.
- Fuchs T, Sattel HC, Henningsen P (Hrsg). The Embodied Self, Dimensions, Coherence and Disorders. Stuttgart: Schattauer 2010.
- Gallagher S. How the Body Shapes the Mind. New York: Oxford University Press 2005.
- Geißler P, Heisterkamp G (Hrsg). Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch. Wien, New York: Springer 2007.
- Green PG, Alvarez P, Gear RW, Mendoza D, Levine JD. Further validation of a model of fibromyalgia syndrom in the rat. *J Pain* 2011a; 12: 811–8.
- Green PG, Chen X, Alvarez P, Levine JD, Ferrari LF. Early-life stress produces muscle hyperalgesia and nociceptor sensitization in the adult rat. *Pain* 2011b; 152: 2549–56.
- Gündel H, Vallet M, Sorg C, Huber D, Zimmer C, Sprenger T, Tölle TR. Altered cerebral response to noxious heat stimulation in patients with somatoform pain disorder. *Pain* 2008; 137(2): 413–21.
- Imbe H, Iwai-Liao Y, Senba E. Stress-induced hyperalgesia: animal models and putative mechanisms. *Front Biosci* 2006; 11: 2179–92.

- Jäncke L. Lehrbuch Kognitive Neurowissenschaften. Bern: Huber 2013.
- Joraschky P, Loew T, Röhrich F (Hrsg). Körpererleben und Körperbild – Ein Handbuch zur Diagnostik. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Klengel T, Mehta D, Anacker C, Rex-Haffner M, Pruessner JC, Pariante CM, Pace TW, Mercer KB, Mayberg HS, Bradley B, Nemeroff CB, Holsboer F, Heim CM, Ressler KJ, Rein T, Binder EB. Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene-childhood trauma interactions. *Nat Neurosci* 2013; 1: 33–41.
- Küchenhoff J. Körperinszenierungen. In: Geißler P, Heisterkamp G (Hrsg). Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Ein Lehrbuch. Wien, New York: Springer 2007.
- Küchenhoff J. Das verkörperte Selbst und der Andere. *Psychotherapeut* 2016; 61: 124–9.
- Kutter P. Emotionalität und Körperlichkeit. *Prax Psychother Psychosom* 1980; 25: 131–45.
- Leuzinger-Bohleber M, Emde RN, Pfeifer R (Hrsg). Embodiment. Ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2013.
- Liepelt R, Dolk T, Prinz W. Bidirectional semantic interference between action and speech. *Psychol Res* 2012; 76: 446–55.
- Lorenzer A (Hrsg). Symbol, Verdrängung und unbewusste Inhalte. In: Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1970.
- Marty P, de M'uzan M. Das operative Denken (pensée opératoire). *Psyche* 1978; 32: 974–84.
- McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M, Turecki G, Meaney MJ. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associated with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009; 12: 342–8.
- Meaney MJ. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress-reactivity across generations. *Annu Rev Neurosci* 2001; 24: 1161–92.
- Meier R, Storch M. Coaching mit dem Zürcher Ressourcen Modell ZRM. In: Lippmann E (Hrsg). Coaching. Angewandte Psychologie für die Beratungspraxis. 3. Aufl. Heidelberg: Springer 2013; 74–83.
- Michalak J, Troje NF, Fischer J, Vollmar P, Heidenreich T, Schulte D. Embodiment of sadness and depression – gait patterns associated with dysphoric mood. *Psychosom Med* 2009; 71: 580–7.
- Mitscherlich A. Krankheit als Konflikt. Studien zur Psychosomatischen Medizin 2. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1967.
- Niedenthal PM, Barsalou LW, Winkielman P, Krauth-Gruber S, Ric F. Embodiment in attitudes, social perception and emotion. *Pers Soc Psychol Rev* 2005; 9: 184–211.
- Pechtel P, Lyons-Ruth K, Anderson CM, Teicher MH. Sensitive periods of amygdala development: the role of maltreatment in preadolescence. *Neuroimage* 2014; 15(97): 236–44.
- Price T, Peterson C, Harmon-Jones E. The emotive neuroscience of embodiment. *Motiv Emot* 2012; 36: 27–37.
- Qiu A, Tuan TA, Ong ML, Li Y, Chen H, Rifkin-Grabi A, Roegman DF, Kwek K, Saw SM, Chong YS, Gluckman PD, Fortier MV, Holbrook JD, Meaney MJ. COMT haplotypes modulate associations of antenatal maternal anxiety and neonatal cortical morphology. *Am J Psychiatry* 2015; 172(2): 163–72.
- Ramseyer F, Tschacher W. Nonverbal synchrony in psychotherapy: coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79: 284–95.
- Röhrich F. Körperschema, Körperbild und Körpererleben. Begriffsbildung, Definition und klinische Relevanz. In: Marlock G, Weiss H (Hrsg). Handbuch Körperpsychotherapie. Stuttgart: Schattauer 2006; 256–63.
- Röhrich F. Leibgedächtnis und Körper-Ich: zwei zentrale Bezugspunkte in der störungsspezifischen körperorientierten Psychotherapie. *Psychologie in Österreich* 2011; 4: 240–7.
- Röhrich F, Seidler KP, Joraschky P, Borkenhagen A, Lausberg H, Lemche E, Loew T, Porsch U, Schreiber-Willnow K, Tritt K. Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2005; 55: 183–90.
- Schubert C. Psychoneuroimmunologie des Lebenslaufs: Einfluss von Stress in der Kindheit auf Immundefunktionsstörung und entzündliche Erkrankung im weiteren Leben. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2014; 64: 171–80.
- Schur M. Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: Brede K (Hrsg). Einführung in die Psychoso-



- matische Medizin. Frankfurt a. M.: Fischer Athenäum 1974.
- Schwaller F, Fitzgerald M. The consequences of pain in early life: injury-induced plasticity in developing pain pathways. *Eur J Neurosci* 2014; 39: 344–52.
- Schweickhardt A, Reiner L, Joachim B. Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychother Psych Med* 2005; 55(8): 378–85.
- Stern D. *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books 1985.
- Storch M, Krause F. *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Manual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell ZRM*. 4. Aufl. Bern: Huber 2007.
- Storch M, Cantieni B, Hüther G, Tschacher W. *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. 3. Aufl. Bern: Huber 2017.
- Storck T, Benecke C, Gast L, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (Hrsg). *Psychoanalyse und Psychosomatik: Die leiblichen Grundlagen der Psychosomatik. Psychoanalyse im 21. Jahrhundert*. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Streeck U (Hrsg). *Erinnern, Agieren, Inszenieren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2000.
- Teicher MH, Samson JA. Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry* 2016; 57(3): 241–66.
- Tomasello M. *Warum wir kooperieren*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2010.
- Tschacher W, Scheier C. *Neue Entwicklungen in der Kognitionswissenschaft: Konzepte, Methoden und Implikationen für die Psychologie*. *Z Psychol* 2003; 211: 2–16.
- Tschacher W, Storch M. Die Bedeutung von Embodiment für Psychologie und Psychotherapie. *Psychotherapie* 2012; 17: 259–67.
- Tschacher W, Ramseyer F, Grawe K. Der Ordnungseffekt im Psychotherapieprozess: Replikation einer systemtheoretischen Vorhersage und Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. *Z Klein Psychol Psychother* 2007; 36: 18–25.
- Tyrka AR, Ridout KK, Parade SH, Paquette A, Marsit CJ, Seifer R. Childhood maltreatment and methylation of FK506 binding protein 5 gene (FKBP5). *Dev Psychopathol* 2015a; 27(4PT2): 1637–45.
- Tyrka AR, Parade SH, Eslinger NM, Marsit CJ, Lesseur C, Armstrong DA, Philip NS, Josefson B, Seifer R. Methylation of exons 1D, 1F, and 1H of the glucocorticoid receptor gene promoter and exposure to adversity in preschool-aged children. *Dev Psychopathol* 2015b; 27(2): 577–85.
- Weaver IC, Cervoni M, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci* 2004; 7: 847–54.
- Winnicott DW (Hrsg). *Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung*. In: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett 1973.
- Zijlmans MA, Korpela K, Riksen-Walraven JM, de Vos WM, de Weerth C. Maternal prenatal stress is associated with the infant intestinal microbiota. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 53: 233–45.

## 7 Wer? Wann? Wo? – Indikation

Christoph Schmeling-Kludas und Bernhard Janta

### Zusammenfassung

Im weltweiten Vergleich weisen die psychotherapeutischen Angebote der Bundesrepublik Deutschland eine einmalige Differenzierung und Zugänglichkeit auf (Kruse et al. 2013). Damit stellt sich die Frage, welche Patienten mit welchen Merkmalen (Wer?) zu welchem Zeitpunkt (Wann?) in welchem Setting (Wo?) behandelt werden sollten. Fachliche Aspekte, wie die Art der vorliegenden Störung oder die Stabilität der Erkrankten, sind bei der Beantwortung dieser Frage ebenso zu berücksichtigen wie sozialrechtliche Gesichtspunkte, damit die Kosten für eine ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Behandlung von den jeweils zuständigen Kostenträgern auch übernommen werden. Teil- und vollstationäre Psychotherapie wird dabei sowohl von den Krankenkassen als auch von den Trägern der medizinischen Rehabilitation finanziert – bei unterschiedlichen Eingangsvoraussetzungen. Darüber hinaus gibt es spezialisierte Angebote, etwa für bestimmte Störungen oder Altersgruppen. Im Folgenden werden die Kriterien für die Auswahl des jeweils geeigneten Settings dargestellt.

### 7.1 Vorbemerkungen

Im Jahr 2014 gab es in der Bundesrepublik Deutschland neben dem ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssystem 233 Krankenhäuser oder Fachabteilungen für Psychosomatische bzw. Psychotherapeutische Medizin mit insgesamt 10 162 Betten, die 82 148 Patienten versorgten (Psychiatrie und Psychotherapie: 832 849 Patienten). Bei 152 371 Patienten wurden psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen in 173 Einrichtungen durchgeführt, im Bereich der Psychiatrie und

Psychotherapie waren es 71 716 Maßnahmen in 213 Einrichtungen, etwa in Form der Suchtrehabilitation (► Kap. 3). Dabei existieren neben der stationären Rehabilitation auch tagesklinische Angebote unter der Bezeichnung ambulante Rehabilitation (► hierzu ausführlich Rüddel & Wahl 2015).

Mit der Indikationsstellung für die stationäre Psychotherapie haben sich bereits sehr früh Janssen (1987) und danach viele andere Autoren befasst, insbesondere auch zur Frage der differenziellen Indikationsstellung für Krankenhausbehandlungen im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einerseits, andererseits für stationäre Maßnahmen der Psychosomatischen Rehabilitation (z. B. Baudisch & Schmeling-Kludas 2010; Eirund 2010a, b; Hildenbrand 2003; Hohage 1993; Paar & Kriebel 1998; Quaas 1995; Rudolf & Grande 2006; Schmeling-Kludas 1999, 2010).

Wir setzen in diesem Kapitel den Schwerpunkt entsprechend dem aktuellen Stand unserer Diskussion im Qualitätszirkel der Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland; diese Diskussion ist vor allem auch von den inhaltlichen Auseinandersetzungen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und den Krankenkassen selbst geprägt.

Die jeweils einzuleitenden Maßnahmen müssen in jedem Fall das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Sozialgesetzbuch V berücksichtigen: *»(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirt-*

*schaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.»*

Für die Indikationsstellung einer teil- oder vollstationären Krankenhausbehandlung ist also zunächst in jedem Fall differenzialtherapeutisch zu prüfen, ob nicht eine ambulante Therapie durch den Hausarzt (psychosomatische Grundversorgung), einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen Psychologischen Psychotherapeuten angemessen und hinreichend sein würde.

Kostenträger bzw. der von ihnen beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen diese Frage bei psychotherapeutischen Krankenhausbehandlungen regelmäßig. Dabei stellen sie sich teilweise auf den Standpunkt, dass eine Krankenhausbehandlung von vornherein nicht indiziert sein kann, wenn ambulante Behandlungsversuche bislang noch gar nicht erfolgt sind. Dies ist jedoch eine Schlussfolgerung rein formaler Natur gemäß dem Grundsatz: ambulant vor stationär. Wie in anderen Fachgebieten auch, gibt es natürlich Situationen, in denen als primärer Behandlungsansatz allein die Krankenhausbehandlung infrage kommt und eine initial ambulante Behandlungseinleitung inadäquat oder kontraindiziert ist (► s. u., 7.2.2).

Eine zweite, die Indikation betreffende Frage ist die, ob eine teil- oder eine vollstationäre Krankenhausbehandlung angezeigt ist. Und schließlich stellt sich als dritte Indikationsfrage die nach der Psychosomatischen Rehabilitation.

Wir beginnen unsere Ausführungen mit der Beantwortung der ersten Frage.

## 7.2 Ambulant oder Krankenhausbehandlung?

Krankenhausbehandlungen im Gebiet »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« haben grundsätzlich einen psychotherapeutischen Schwerpunkt. Aber auch in Kliniken und Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sind psychotherapeutische Stationen, Bereiche oder ganze Abteilungen eingerichtet worden, in denen interdisziplinäre Teams eine vergleichbar intensive multimodale Psychotherapie anbieten. Teilweise sind diese Bereiche, Stationen oder Abteilungen auch mit der Überschrift Psychosomatik versehen und werden nicht selten von einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet. Sofern ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die Behandlung leitet, eine gewisse »Therapiedosis« erreicht wird und weitere fachliche Anforderungen erfüllt sind, können auch in psychiatrischen Kliniken die psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Code 9-63) durchgeführt werden. Ansonsten sind die weniger anspruchsvollen Bedingungen der Komplexziffern 9-62 (psychiatrisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) oder 9-60 (Regelbehandlung) zu codieren.

### 7.2.1 Welche Krankheiten sind psychotherapeutisch zu behandeln?

Dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie sind die entaktualisierten Psychosen und die Suchterkrankungen, dem der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie die somatoformen Störungen, die Essstörungen und die psychischen Störungen bei körperlicher Komorbidität zuzuordnen. Zum Überschneidungsbereich beider Fachgebiete gehören

Angststörungen, Depressionen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Störungen der Sexualität. Diese Aufteilung ist zwischen den Fachgesellschaften beider Gebiete nicht unumstritten (Schmeling-Kludas 2007), was jedoch für die Beantwortung der Frage, ob eine ambulante Behandlung ausreicht oder ob die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind, zunächst einmal nicht ausschlaggebend ist.

Betont werden muss, dass in dem gesamten Kapitel F der ICD-10 (Klassifikation psychischer Störungen) nur einige wenige Diagnosen verzeichnet sind, welche per se eine spezifische Behandlungsindikation beinhalten, wie z. B. Delir (F10.4) oder Verwirrheitszustand (F44.88 oder F05), die nur in einem Krankenhaus angemessen behandelt werden können. Einige wenige leicht ausgeprägte Störungen aus dem Kapitel F der ICD-10 stellen grundsätzlich keine ausreichende Begründung für die Durchführung einer Krankenhausbehandlung und sollten entsprechend ambulant behandelt werden, z. B. die leichten depressiven Episoden (F32.0) oder Angst und depressive Störung gemischt (F41.2). Bereits bei mittelgradigen depressiven Episoden können im Einzelfall die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich werden.

Allein die Mitteilung einer Diagnose begründet also weder Behandlungsbedürftigkeit noch Behandelbarkeit oder gar eine spezifische Behandlungsnotwendigkeit (ambulant oder stationär).

Umgekehrt kann im Einzelfall eine schwere depressive Episode (F32.2) einer ambulanten Therapie zugänglich sein. Gerade bei den affektiven Störungen kommt hinzu, dass sie z. T. auch auf eine medikamentöse Therapie ansprechen; hier sind dann die besonderen Umstände des Einzelfalles, die Präferenzen des Patienten oder auch die eines Behandlers ausschlaggebend dafür, welche Art der Therapie begonnen wird.

Die Indikationsstellung für die Art der Psychotherapie und das erforderliche Setting können somit nicht in erster Linie anhand der gestellten Diagnose erfolgen. Entscheidend sind weitere Umstände des Einzelfalles.

Für die Indikationsstellung im Bereich stationärer psychiatrischer Behandlung wurde von Gouzilis-Mayfrank et al. (2016) ein Modell vorgestellt, dessen Grundkonzeption uns auch für den Bereich der stationären Psychotherapie brauchbar erscheint. Die Autoren unterscheiden in dem Modell drei Indikationsachsen:

- Achse I: Schutz/Überwachung
- Achse II: Diagnostik/Behandlung
- Achse III: Modulierende psychosoziale Faktoren

Diesem Modell entsprechend müssen für jeden einzelnen Patienten die Inhalte bzw. Befunde oder Probleme auf diesen drei Achsen zueinander in Bezug gesetzt werden, sodass sich die Indikationsstellung insgesamt »dynamisiert« und nicht statisch durch einzelne Kriterien begründet wird. Das Modell kann somit helfen, Entscheidungen im Einzelfall auf einer vollständigeren »Datenbasis« zu treffen und zu strukturieren, weswegen wir bei den folgenden Ausführungen darauf zurückkommen werden.

Dabei geht es zunächst darum, worin in Abgrenzung zur ambulanten Psychotherapie die besonderen Mittel eines Krankenhauses bestehen und in welchen Konstellationen diese für eine adäquate Behandlung notwendig sind.

### 7.2.2 Die besonderen Mittel eines Krankenhauses

**Geschützter Raum, ständige ärztliche Präsenz und hohe Psychotherapiedosis** Ambulante Einzelpsychotherapien werden in der Regel mit ein bis zwei Stunden pro Woche durchgeführt, generell sollte die Behandlung drei Sit-

zungen pro Woche nicht überschreiten. Gruppenpsychotherapien erfolgen im Allgemeinen einmal wöchentlich, erst ab dem Jahre 2016 kann auch die Kombination beider Varianten ambulant abgerechnet werden. Im teil- wie im vollstationären Setting ist die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie regelhaft die Basis der Behandlung, zusätzlich werden weitere therapeutische Elemente im Rahmen der multimodalen Therapie angeboten.

Hinzu kommen die Errichtung, Pflege und Aufrechterhaltung des therapeutischen Milieus (Heim 1985), wodurch ein erlebnisbezogenes interaktionelles Feld entsteht, welches als eine Art »Reizklima« die Entwicklung von selbstreflexiven und introspektiven Fähigkeiten fördern kann, über die im Rahmen eines ambulanten psychotherapeutischen Settings Patienten in der Regel verfügen sollten, damit eine Psychotherapie mit Erfolg durchgeführt werden kann.

Gesundheits- und Krankenpfleger stehen den Patienten rund um die Uhr als Ansprechpartner zur Verfügung, für psychische Krisen oder körperliche Notfälle darüber hinaus ein ständig rufbereiter Arzt, falls im Rahmen der Behandlung unmittelbar ein Arzt benötigt wird. Dieser kann auch auf eine ausreichende apparative Ausstattung zugreifen (Schmeling-Kludas 1999).

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal gegenüber der ambulanten Behandlung ist die ständige ärztliche Präsenz. Sie ist im Rahmen einer stationären Behandlung deswegen von besonderer Bedeutung, weil hier ein gelingender psychotherapeutischer Prozess oft mit der Verstärkung und Mobilisierung regressiver Erlebnis- und Verhaltensweisen einhergeht, die sich z.B. in Form von Suizidalität oder Selbstverletzendem Verhalten (SVV) manifestieren können. Die unmittelbare ärztliche Präsenz kann in solchen Situationen lebensrettend sein – allerdings wird sie keineswegs in jeder stationären psychothe-

rapeutischen Behandlung benötigt, was zu Missverständnissen mit Kostenträgern führen kann.

Dass im Rahmen stationärer psychotherapeutischer Behandlungen ärztliche Kontakte meist einmal pro Woche fest eingeplant werden und auch die fachärztlich geleiteten Teambesprechungen in vielen Kliniken diesen Rhythmus aufweisen, wird von den Kostenträgern manchmal als Beleg dafür angesehen, dass eine ständige ärztliche Präsenz nicht unbedingt medizinisch notwendig war (mit einer derartigen Herangehensweise könnte man bei Operationen am offenen Herzen, die meist ohne unmittelbares Eingreifen des Anästhesisten verlaufen, argumentieren, die ständige Präsenz des Anästhesisten sei gar nicht notwendig gewesen).

Im Hinblick auf die Achse I nach Gouzilis-Mayfrank et al. (2016) bietet somit die Krankenhausbehandlung wesentlich bessere Möglichkeiten für Schutz und Überwachung der Patienten.

Therapieziele werden in der Aufnahmediagnostik festgelegt und mit dem Patienten abgesprochen, im weiteren Verlauf wird der Therapieprozess kontinuierlich überprüft, wenigstens einmal wöchentlich.

**Multimodales Angebot** In der teilstationären und vollstationären Psychotherapie wird ein multimodales Angebot vorgehalten, das nicht nur Einzel- und Gruppengespräche bereithält, sondern auch kreativtherapeutische Angebote, psychoedukative Gruppen, sport- und bewegungstherapeutische Maßnahmen, Krankengymnastik und Physiotherapie, ggf. eine gezielte Behandlung mit Psychopharmaka, Entspannungsverfahren und je nach Klinik weitere Behandlungselemente. Gegenüber dem ambulanten Setting befindet sich der Patient damit in einem Behandlungsprozess, in dem er wortwörtlich mit allen Sinnen (multimodal) in verschiedene Interaktionsfel-

der gerät. Wie er diese erlebt und welche Verhaltensweisen und Inszenierungen dabei zu beobachten sind, das erlaubt Rückschlüsse auf krankheitserzeugende und -aufrechterhaltende intrapsychische Prozesse. Zugleich handelt es sich um einen intensiven und vulnerablen Behandlungsprozess, der durch einen besonders geschützten Raum und die Entbindung von Alltagspflichten gefördert und beschleunigt wird.

Mit diesem multimodalen Angebot können Patienten psychotherapeutisch erreicht werden, bei denen das mit sprachlichen Mitteln allein nicht möglich ist (Schmeling-Kludas & Wilke 2007). Multimodal bedeutet dabei nicht die einfache Addition, sondern die überlegte Kombination unterschiedlicher psychotherapeutischer Elemente, welche zusammen mit dem verbalen Austausch in der Einzel- und Gruppentherapie weitere Sinneserfahrungen ermöglichen. Gegenüber der ambulanten Behandlung wird so ein qualitativer Sprung erreicht. Auf diese Weise wird gefördert, dass eine zunächst nur passive Beschäftigung mit intrapsychischen Konflikten und strukturellen Defiziten schrittweise zu einer reflektierenden Haltung des Patienten weiterentwickelt werden kann, sodass dieser sich schließlich selbst besser versteht, was eines der wesentlichen Ziele stationärer psychotherapeutischer Behandlung darstellt (Heidelberger Umstrukturierungsskala von Rudolf et al. 2000; Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 vom Arbeitskreis OPD 2006).

Damit gewährleisten stationäre Behandlungen über bessere Schutzmöglichkeiten (Achse I nach Gouzilis-Mayfrank et al. 2016) hinaus auch eine andere Qualität bei Diagnostik und Behandlung, wodurch zusätzliche Patientengruppen (Achse II) einer erfolgreichen Psychotherapie zugeführt werden können.

### 7.2.3 Spezialisierungen in der stationären Psychotherapie

Das multimodale Angebot relativiert auch die Frage nach der differenziellen Indikation für eine eher psychodynamisch oder eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Klinik: In der überwiegenden Mehrzahl der Kliniken herrscht zwar die eine oder die andere Orientierung vor, fast immer aber werden auch Angebote aus dem Spektrum des anderen Therapieverfahrens sowie – je nach Spezialisierung der jeweiligen Klinik – spezielle zusätzliche Vorgehensweisen eingesetzt, wie z. B. traumtherapeutische Ansätze oder im ambulanten Setting so nicht realisierbare Expositionsbehandlungen für Patienten mit Angststörungen. Krankenhausbehandlungen in Psychosomatischen Abteilungen an großen Allgemeinkrankenhäusern bieten Diagnostik, Weichenstellung, Motivationsstärkung und eine erste Anbehandlung für Patienten, die sie niederschwellig und auf kurzem Wege aus den somatischen Fächern übernehmen, sodass auch für eine Psychotherapie noch wenig aufgeschlossene Patienten erreicht werden können. Demgegenüber setzt die Einweisung in eine größere Fachklinik beim Patienten bereits eine einigermaßen stabile Krankheitseinsicht und Motivation für eine vom Schwerpunkt her psychotherapeutische Behandlung voraus.

In den letzten Jahrzehnten wurden Vorgehensweisen für Störungen entwickelt, die früher als einer Psychotherapie nicht zugänglich gehalten wurden, etwa für Persönlichkeitsstörungen (bzw. strukturell gestörte Patienten) oder somatoforme Störungen (bzw. Patienten mit Alexithymie). Diese neuen Ansätze haben auch die ambulante Psychotherapie verändert, sodass hier inzwischen Patienten behandelt werden können, für die in der Vergangenheit aus fachlicher Sicht eine klare Indikation für eine stationäre Behandlung bestand (z. B. für



bestimmte Patienten mit Traumatisierungen oder Persönlichkeitsstörungen). Aufgrund der Rahmenbedingungen und besonderen Mittel des Krankenhauses sind Spezialisierungen im stationären Setting aber qualitativ und quantitativ ausgeprägter. Es gibt inzwischen in der Kliniklandschaft zahlreiche störungsspezifische Angebote (Depressionsstation, Angststation, Essstörungenstation usw.), wobei die Multimorbidität der überwiegenden Zahl der Krankenhauspatienten Probleme aufwirft: Auf welche Station soll ein Patient mit Depression, Angststörung und Persönlichkeitsstörung eingewiesen werden?

Spezialisierungen erfolgen aber auch problembezogen (Konflikt, Struktur, Trauma) oder nach dem Lebensalter der Patienten: So haben sich z. B. Stationen für Jungerwachsene und Alterspatienten besonders bewährt. Diese Spezialisierungen der stationären Psychotherapieangebote sollten bei der Einweisung in ein Krankenhaus ebenfalls bedacht und ggf. mit dem Patienten vorab besprochen werden, wie das in den Vorgesprächen üblich ist, die in den meisten Psychosomatischen Fachkliniken vor der Aufnahme des Patienten durchgeführt werden.

Die Zuweisung in eine Klinik mit einem Spezialangebot kann somit eine adäquate Antwort auf bestimmte Konstellationen auf den Achsen I und II (Gouzilis-Mayfrank et al. 2016) darstellen.

#### **7.2.4 Durch Krankenhausbehandlungen bereitgestellte psychotherapeutische Möglichkeiten**

**Ermöglichung intensiver Auseinandersetzungsprozesse** Gegenüber dem ambulanten Setting bietet eine psychotherapeutische Krankenhausbehandlung dem Patienten unvergleichlich mehr Raum für die innere Auseinandersetzung mit sich und seinen Problemen. Zusammen mit der besseren Verfügbarkeit

von Ärzten, Psychotherapeuten, Pflegekräften und anderen Mitarbeitern wird die Behandlung intensiviert. Dadurch können auch Patienten eine Besserung ihres Zustandes erfahren, die von einer ambulanten Psychotherapie zunächst nicht erreicht werden.

#### **Vielfalt der Übertragungsmöglichkeiten bzw. der Beziehungen zu verschiedenen Mitgliedern des therapeutischen Teams**

Die Patienten haben es im Krankenhaus nicht nur mit ihrem Einzelpsychotherapeuten, sondern in der Regel zusätzlich mit einem Gruppentherapeuten, verschiedenen ärztlichen Behandlern, Oberärzten, Leitenden Psychologen und Leitenden Ärzten, mit Spezialtherapeuten (Musiktherapie, Bewegungstherapie, Kunsttherapie usw.) und mit Pflegekräften zu tun. Dadurch entstehen unterschiedlich geartete Beziehungen und vielfältige Übertragungsprozesse, in denen verschiedene Anteile der intrapsychischen Realität bzw. der Probleme des jeweiligen Patienten sichtbar werden. Ausgehend von dem Konzept der Einzeltherapie im Krankenhaus über das sogenannte bipolare Konzept, das zwischen therapeutischem und Realraum unterscheidet, haben sich sogenannte integrative Konzepte durchgesetzt, in deren Rahmen die unterschiedlichen Problembereiche bzw. Übertragungsprozesse in Teambesprechungen zusammengeführt werden (Schmeling-Kludas & Wilke 2007). Die vorliegende psychische Problematik kann auf diese Weise meist rascher und vollständiger verstanden werden als in der ambulanten Therapiesituation von einem einzelnen Therapeuten. Das gilt sowohl in Kliniken mit verhaltenstherapeutischer Orientierung wie auch in solchen mit psychodynamischer Ausrichtung, wobei in Letzteren besonders auf die Übertragungen des Patienten auf die unterschiedlichen Teammitglieder geachtet wird. Deswegen sind regelmäßige Teamsitzungen, in denen unter diagnostischem und

therapeutischem Blickwinkel ein Austausch über alle Patienten erfolgt, im stationären Setting unverzichtbar.

**Gemeinschaft der Mitpatienten und soziales Übungsfeld** Im teil- wie im vollstationären Setting bietet die Gemeinschaft der Mitpatienten die Möglichkeit, dass Patienten sich durch das Vorliegen ähnlicher psychischer Problematiken bei Mitpatienten selbst besser zu verstehen lernen. Darüber hinaus können mit der jeweiligen psychischen Störung zusammenhängende Verhaltensweisen abgebaut und Veränderungsschritte im sozialen Umfeld des therapeutischen Milieus einer Station geprobt werden (z.B. »Nein« sagen lernen). Durch die Anwesenheit der verschiedenen Therapeuten kann dabei gewährleistet werden, dass diese Prozesse die Verarbeitungskapazitäten der Patienten nicht überfordern.

**Einbeziehung von Angehörigen** Im Rahmen von Krankenausbehandlungen werden – abhängig von der individuell vorliegenden Problematik – inzwischen routinemäßig Angehörigengespräche eingesetzt. Daraus entsteht nicht selten ein zusätzlicher therapeutischer Nutzen, etwa bei der Behandlung Jung erwachsener. In anderen Fällen trägt ein Paargespräch dazu bei, behandlungsbezogene Sorgen des Ehepartners zu überwinden, z.B. ausgelöst durch neue Verhaltensweisen des Patienten. Dieser Punkt spricht für eine wohnortnah durchzuführende Krankenhausbehandlung; andererseits wünschen viele Patienten einen gewissen Abstand zum häuslichen Umfeld, nicht nur, um einen Abstand von Anforderungen und Belastungen zu haben, sondern auch, um im eigenen Lebensumfeld nicht als Klinikpatient erkannt zu werden. Deswegen ist eine mittlere Distanz der Klinik zum Wohnort bei vollstationären Behandlungen oft die beste Lösung.

All das betrifft Problemstellungen hinsichtlich der Achsen I und II, insbesondere der letztgenannte Punkt, aber auch solche der Achse III (modulierende psychosoziale Faktoren) des Modells von Gouzilis-Mayfrank et al. (2016).

Gelegentlich wird von Kostenträgern im Hinblick auf die langen Wartezeiten für stationäre psychotherapeutische Behandlungen, die aktuell aus vielerlei Gründen eher die Regel als die Ausnahme sind, argumentiert, dass es sich gar nicht um eine Krankenhausbehandlung handeln könnte, weil ein Patient mehrere Wochen oder Monate auf die Aufnahme zur stationären Behandlung warten muss. Diese Argumentation übersieht, dass der psychotherapeutische Behandlungsprozess selbst – vergleichbar einer Operation in einem anderen Fachgebiet der Medizin – die Risiken in sich birgt, derentwegen eine ständige ärztliche Präsenz im Krankenhaus notwendig ist. Niemand käme aber z.B. bei einem Patienten mit einer Herzklappeninsuffizienz auf den Gedanken, eine stationäre Behandlung sei nicht erforderlich, weil er viele Monate unter ambulanten Bedingungen noch einigermaßen zurechtkam. Für die Durchführung der adäquaten Behandlung, der Herzoperation, sind eben die Mittel eines Krankenhauses erforderlich, und das gilt analog für die stationäre Psychotherapie mit ihren geschilderten besonderen Möglichkeiten.

### 7.2.5 Patientenseitige Faktoren

Bei der Indikationsstellung ist dann für den einzelnen Patienten im Hinblick auf alle drei Achsen des o.g. Modells zu prüfen, ob die bei ihm vorliegende seelische Störung mit einer Frequenz von ein bis zwei, maximal drei Stunden im Einzelsetting ambulant behandelt werden kann, ob ggf. alternativ oder zusätzlich eine Gruppentherapie durchzuführen ist oder ob der jeweilige Patient auf die

besonderen Mittel eines Krankenhauses für psychotherapeutische Behandlungen angewiesen ist. Eine zu geringe Stabilität in psychischer und/oder körperlicher Hinsicht ist hierfür ein wichtiges, aber keineswegs das einzige Kriterium. Ein quantitativ und qualitativ angemessener, aber **erfolglos durchgeführter ambulanter Behandlungsversuch** stellt eine eindeutige Indikation für eine Krankenhausbehandlung dar, wenn ein Patient überhaupt einer Psychotherapie zugänglich ist.

**Mangelnde psychische und/oder körperliche Stabilität** Akute Suizidalität macht in aller Regel eine geschlossene psychiatrische Unterbringung erforderlich, d. h. eine Psychotherapiestation oder -abteilung reicht nicht aus. Patienten mit latenter Suizidalität können hingegen auch auf einer offenen Station behandelt werden. Latente Suizidalität ist bei vielen psychotherapeutisch zu behandelnden Erkrankungen, insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen oder depressiven Erkrankungen, vorübergehend oder auch dauerhaft ein Thema, mit dem die Patienten befasst sind. Vollstationäre Krankenhausbehandlungen bieten hier einen sicheren Rahmen, da der Patient rund um die Uhr Pflegekräfte oder ggf. auch einen rufbereiten Arzt ansprechen kann. Absprachen mit latent suizidalen Patienten können sehr kurzfristig getroffen und Gesprächskontakte sehr hochfrequent (z. B. im Stundenrhythmus) organisiert werden. Oft ist aber auch ein tagesklinisches Setting haltgebend genug, wenn die Patienten absprachefähig und in der Lage sind, bei Bedarf Hilfe in Anspruch zu nehmen (► 7.3).

Außer Suizidalität kann aber auch emotionale Instabilität im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen oder Traumafolgeerkrankungen eine ambulante Behandlung unmöglich machen, z. B. wenn es häufig zu Flashbacks oder dissoziativen Zuständen kommt. Auch

Selbstverletzendes Verhalten oder ein zu geringes Körpergewicht im Rahmen einer Essstörung können Gründe dafür sein, dass die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich werden. Ähnliches gilt für ausgeprägte dissoziative Störungen, manche Angst-erkrankungen oder auch für Patienten mit bestimmten strukturellen Defiziten. So ist für manche solcher Patienten die Zeit zwischen den Terminen einer ambulanten Psychotherapie so lang, dass sie das jeweils Erarbeitete und Erfahrene innerlich nicht über diese Zeit »halten« können, z. B. weil sie immer wieder auf die Rückbestätigung angewiesen sind, dass ihr Therapeut es gut mit ihnen meint oder dass sie sich keines Fehlverhaltens schuldig gemacht haben. In solchen Fällen ist eine ambulante Behandlung von vornherein nicht möglich; die Patienten sind primär auf eine Krankenhausbehandlung angewiesen.

Im Versorgungsalltag seltener sind Situationen, bei denen die Kombination einer psychischen und einer körperlichen Störung dazu führt, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichen. Dies kann z. B. bei Patienten mit einer Herzerkrankung eintreten, wenn diese zu einer Angst-erkrankung geführt hat und sich möglicherweise die Symptome der kardialen und der psychischen Erkrankung noch überschneiden. Eine solche Kombination kann die Krankenhausbehandlung begründen, auch wenn die körperliche und die seelische Erkrankung jeweils allein durchaus ambulant behandelt werden könnten.

Schließlich gibt es auch diagnostisch noch unklare Situationen, bei denen potenziell bedrohliche Symptome, wie z. B. Brustschmerzen, Luftnot oder Blutzuckerentgleisungen, eine Krankenhauseinweisung erforderlich machen. Auch in solchen Fällen wird es besonders problematisch, wenn im Rahmen einer Angsterkrankung oder einer somatoformen Störung ähnliche Symptome auftreten

wie bei einer beim selben Patienten vorliegenden Körperkrankheit. Hier bietet das ambulante Behandlungssetting ebenfalls keine ausreichende Sicherheit.

**Fehlende Erreichbarkeit des Patienten im ambulanten Setting** Es wurde schon darauf verwiesen, dass eine ganze Reihe von Patienten mit den in der ambulanten Behandlung dominierenden sprachlichen Mitteln einzel- oder gruppentherapeutisch nicht erreichbar und somit auf ein multimodales Angebot angewiesen sind, das ihnen auf nicht-sprachlichem Wege einen Zugang zu ihrem Befinden und ihren Problemen ermöglicht. Bei anderen ist im Zusammenhang mit strukturellen Defiziten eine Psychotherapie mit Terminintervallen von einer oder einer halben Woche (zunächst) nicht durchführbar (► 7.2.5). Eine Nichterreichbarkeit für ambulante Psychotherapie kann aber auch durch mangelhafte Krankheitseinsicht bzw. ein fehlendes psychosomatisches Krankheitsverständnis begründet sein, etwa wenn eine somatoforme Störung vorliegt und der Patient weiter einen somatischen Erklärungsansatz verfolgt sowie im Hinblick auf eine durchzuführende Psychotherapie noch ambivalent ist. Das multimodale Angebot in der Klinik, aber auch Erfahrungen und Erkenntnisse angesichts vergleichbarer Störungen bei Mitpatienten ermöglichen es vielen dieser Patienten, sich auf ein psychotherapeutisches Vorgehen einzulassen, wenn sie einer Einweisung zugestimmt haben. Die Vereinbarung einer Behandlung »auf Probe« kann solchen Patienten die Entscheidung für eine Einweisung erleichtern und bietet dem Behandlungsteam die Möglichkeit, zu prüfen, ob Patienten, die zunächst nicht psychotherapeutisch erreichbar scheinen, voraussichtlich doch von einer Krankenhausbehandlung profitieren.

**Mit ambulanter Psychotherapie nicht vereinbare Probleme im sozialen Umfeld des Patienten** In anders gelagerten Fällen können psychosoziale Faktoren (Achse III im Modell von Gouzilis-Mayfrank et al. 2016) eine geordnete ambulante Psychotherapie unmöglich machen. Dies gilt z.B. für Adoleszente, die sich aus dem Elternhaus lösen wollen, von ihren Eltern oder einem Elternteil aber an entsprechenden Schritten gehindert werden. Massive häusliche oder berufliche Konflikte können es ebenfalls erforderlich machen, dem Patienten durch eine Krankenhauseinweisung eine gewisse Distanz zum Konfliktfeld zu ermöglichen und damit die Voraussetzungen für eine Psychotherapie überhaupt erst zu schaffen (wer von außen zu stark unter Druck ist, kann sich und sein Verhalten nicht infrage stellen). Insbesondere gilt dies für traumatisierte Patienten, wenn ein Täterkontakt im häuslichen Umfeld nicht sicher zu vermeiden ist, da Täterkontakt in aller Regel eine Kontraindikation für eine Traumatherapie darstellt.

Wenn einer oder mehrere der genannten patientenseitigen Faktoren, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen (► hierzu auch die auf bestimmte Krankheitsbilder bezogenen Überlegungen von Beutel et al. 2013), vorliegen, bedeutet das keineswegs immer, dass Patienten nicht längere Zeit in ihrem häuslichen Umfeld leben könnten, ja, es kann sogar vorkommen, dass solche Patienten bis unmittelbar vor der stationären Aufnahme arbeitsfähig sind. Arbeit kann insbesondere leistungsorientierte Menschen stabilisieren, solange die Kompensationsmöglichkeiten gerade eben noch ausreichen. Bei genauerem Hinsehen werden aber das neben solchen Verhaltensweisen bestehende seelische Leid und die Erschöpfung sichtbar, die aus den Anstrengungen, stabil zu bleiben, resultieren.

Es wurde schon erwähnt, dass jede psychotherapeutische Behandlung vorübergehend labilisieren kann (z. B. durch Infragestellung eines überzogenen Leistungsanspruchs). Das führt gar nicht selten dazu, dass Patienten nach mehr oder weniger langer und im Hinblick auf den Gesamtverlauf erfolgreicher ambulanter Therapie in einen Zustand geraten, der vorübergehend eine Krankenhausbehandlung erforderlich macht.

Wie Probleme auf den drei Achsen des Modells von Gouzilis-Mayfrank et al. (2016) in der Zusammenschau die Indikation für eine stationäre Behandlung begründen können, soll an nachfolgendem Fallbeispiel verdeutlicht werden:

#### **Fallbeispiel**

Ein Patient leidet seit einigen Monaten unter Panikattacken, die mehrfach zur Inanspruchnahme des Hausarztes und zu verschiedenen Krankenhaus-Notaufnahmen geführt haben. Die Erkrankung und ihre Hintergründe konnten dabei noch nicht hinreichend diagnostiziert und differenzialtherapeutisch bewertet werden. Gleichzeitig war der Patient nicht in der Lage, einen für seine Erkrankung adäquaten ambulanten Ansprechpartner aufzusuchen, er fühlte sich mit seiner Erkrankung auf den Schutz eines Krankenhauses angewiesen (Achse I). Im Hinblick auf die Behandlungsvoraussetzungen standen dem Erkrankten wenige Möglichkeiten und Kapazitäten für Reflexion und Introspektion zur Verfügung (Achse II). Schließlich rief er in seinem sozialen Umfeld aufgrund der Symptomatik überwiegend Vorwürfe und Enttäuschung hervor, weshalb er begann, sich von zwischenmenschlichen Kontakten zurückzuziehen, sodass Sekundärkomplikationen in Form einer sozialen Isolierung und der Entwicklung einer Depression absehbar waren (Achse III). Diese Kombination von Faktoren auf allen drei Achsen begründete die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung.

### **7.3 Tagesklinisch oder vollstationär?**

Im Sinne des oben erwähnten Wirtschaftsgebotes ist eine teilstationäre Behandlung einer vollstationären vorzuziehen, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Teilstationäre psychotherapeutische Behandlungen werden ebenfalls als multimodales Angebot durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet; die »Psychotherapie-Dosis« ist in der Regel ähnlich wie in der vollstationären Behandlung.

Teilstationäre Behandlungen ersetzen zum Großteil eine vollstationäre Therapie komplett, sie können aber auch den Übergang von der vollstationären in die ambulante Behandlung erleichtern und so die Rückkehr des Patienten aus dem schützenden Krankenhausmilieu in seinen Alltag vereinfachen. Diese Variante wird dann von dem vorbehandelnden Krankenhaus eingeleitet.

Der Patient bleibt im teilstationären Setting weitgehend in sein soziales und häusliches Umfeld integriert, was den Alltags-transfer des in der Psychotherapie Erarbeiteten erleichtern kann. Nicht nur deswegen, sondern ganz generell tragen tagesklinische Behandlungen der sozialen Bedingtheit psychischer Störungen stärker Rechnung. In vielen Fällen ist die Einbindung des Patienten in sein übliches soziales Umfeld im Hinblick auf die Prognose günstig. Wegen dieser Vorteile sollte nicht nur aus wirtschaftlichen, sondern auch aus fachlichen Gründen vor der Einweisung in die vollstationäre Behandlung überlegt werden, ob für den jeweiligen Patienten eine tagesklinische Behandlung infrage kommt. Dies gilt besonders in folgenden Fällen:

- bei Patienten, die aufgrund aktueller Belastungen oder Traumatisierungen in eine Krise geraten sind und ambulant nicht ausreichend stabilisiert werden können, die

aber in ihrem üblichen sozialen Umfeld Stütze und Halt finden

- wenn aufgrund familiärerer oder häuslicher Umstände eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht möglich ist, z. B. weil pflegebedürftige Angehörige, Kinder oder Haustiere zu betreuen sind
- wenn Patienten in einer vorangegangenen Behandlung nach einem vollstationären Aufenthalt nur schwer in ihr übliches soziales Umfeld zurückfinden konnten, z. B. weil im Krankenhaus eine zu starke und damit schädliche Regression stattgefunden hat
- für Patienten mit Nähe-Distanz-Problemen, die eine kontinuierliche Nähe zum Behandlungsteam oder auch zu den Mitpatienten nicht aushalten, wie sie üblicherweise im vollstationären Setting entsteht

Bei der Indikationszustellung für eine teilstationäre Behandlung müssen aber weitere Aspekte bedacht werden:

- Bei den meisten Patienten ist die tagesklinische Behandlung mit einer Doppelbelastung verbunden, da nicht nur die therapeutischen Angebote wahrgenommen werden müssen, sondern zumindest einige Alltagspflichten weiter bestehen. Erschöpfung und mangelnde Stabilität, unter Umständen gepaart mit einer Selbstüberschätzung und Selbstüberforderungstendenz des betroffenen Patienten, können ein Argument gegen eine tagesklinische und für eine vollstationäre Behandlung sein.
- Dass es während einer Psychotherapie zu einer Labilisierung des Patienten kommen kann, wurde schon erwähnt. Für tagesklinische Behandlungen ist entsprechend für jeden Patienten einzuschätzen, ob er in der Lage ist, in solchen Situationen den Kontakt mit den zuständigen Ansprechpartnern (z. B. mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses) auch

außerhalb der Therapiezeiten, etwa am Wochenende, aufzunehmen bzw. für sich zu sorgen und Hilfe einzufordern.

- Schließlich ist zu fragen, ob das häusliche bzw. soziale Umfeld des Patienten nicht die therapeutische Arbeit erschwert. Dies kann z. B. bei übergriffigem Verhalten oder Gewalt vonseiten Angehöriger der Fall sein, ebenso aber bei heftigen Auseinandersetzungen oder lang anhaltenden Überlastungssituationen.

Des Weiteren müssen einige organisatorische Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine teilstationäre statt einer vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden kann:

- Anfahrtszeiten von mehr als einer Stunde für die Hin- bzw. Rückfahrt überfordern die meisten Patienten (wenn dies das einzige Argument für eine vollstationäre Behandlung darstellt, könnte die Krankenkasse argumentieren, dass sie nicht zur Finanzierung einer vollstationären Behandlung verpflichtet werden kann, nur weil ein ortsnahe tagesklinisches Angebot fehlt; so lautete jedenfalls ein höchstrichterliches Urteil im Hinblick auf die fehlende Verfügbarkeit einer ambulanten Psychotherapie; u. W. ist diese Problematik für teilstationäre Behandlungen rechtlich noch nicht geklärt).
- Die An- und die Abfahrt zur und von der Tagesklinik sind vom Patienten selbst zu bezahlen. Im Einzelfall müssen die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel beschafft bzw. zur Verfügung gestellt werden (z. B. durch das Sozialamt).
- Der Patient muss die Wege zur Tagesklinik und von dort nach Hause selbstständig und regelmäßig bewältigen. Dies kann z. B. bei bestimmten Angsterkrankungen oder dissoziativen Störungen unmöglich sein.
- Zu fragen ist im Einzelfall auch noch, ob in der Zeit der Abwesenheit des Patienten



vom häuslichen Umfeld die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen, Kindern oder Haustieren gewährleistet ist.

Mit den Ausführungen zum tagesklinischen Setting (► hierzu auch Baudisch & Schmeling-Kludas 2010) wurden implizit auch Indikationsfragen für eine vollstationäre Behandlung beantwortet. Wann immer einer oder mehrere Gründe eine tagesklinische Behandlung ausschließen, ist eine vollstationäre Krankenhausbehandlung durchzuführen.

Abschließend sei noch einmal betont, dass der mit der vollstationären Behandlung verbundene Abstand zu häuslichen und beruflichen Konfliktfeldern in manchen Fällen überhaupt erst die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung schafft (die ja auch beinhaltet, sich selbstkritisch mit sich zu beschäftigen). Andererseits besteht ein Risiko der vollstationären Behandlung immer auch darin, dass das in der »Käseglocke« der Klinik Erfahrene und Erarbeitete nur schwer in den Alltag transferiert werden kann.

## 7.4 Krankenhausbehandlung oder Psychosomatische Rehabilitation?

Mit 18 000 Betten verfügte die Psychosomatische Rehabilitation im Jahr 2013 über fast doppelt so viele Betten wie die Akut-Abteilungen und Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (CPKA 2015). Wie oben bereits erwähnt, wurde im Jahr 2014 bei 152 371 Patienten eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt (gegenüber 82 148 Krankenhausbehandlungen im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). Beide Bereiche des Versorgungssystems bieten neben der vollstationären Behandlung auch tagesklinische Behandlungen an, für die sich im Rehabilitationsbereich die Bezeichnung **ambu-**

**lante Rehabilitation** durchgesetzt hat. Es geht in diesem Abschnitt um die Indikationsstellung für Behandlungen in diesen beiden unterschiedlichen Sektoren des Versorgungssystems.

Psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen in den Fachgebieten Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie zielen vom Schwerpunkt her auf die Behandlung der Erkrankung und ihrer Symptome selbst, falls hierfür die speziellen Mittel eines Krankenhauses eingesetzt werden müssen und die Behandlung nicht ambulant erfolgen kann.

Demgegenüber ist die Psychosomatische Rehabilitation darauf angelegt, Teilhabestörungen zu reduzieren bzw. zu verhindern, dass solche Teilhabestörungen überhaupt auftreten (► Kap. 4). Dies kann auch bereits berentete Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen betreffen, Kostenträger sind dann die Krankenkassen. Zahlenmäßig spielen solche Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation nur eine geringere Rolle. Die weitaus meisten Maßnahmen werden von den Rentenversicherern finanziert. Neben versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (bestimmte Vorversicherungszeiten) muss die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert sein. Ferner muss eine Erfolgsaussicht in dem Sinne bestehen, dass die Psychosomatische Rehabilitation diese Minderung voraussichtlich bessern wird (Schliehe & Sulek 2007). Die Bedeutung der sogenannten medizinisch-beruflichen Orientierung (MBO) in der Psychosomatischen Rehabilitation nimmt deswegen zu, d.h. sie wird zunehmend auf die Bedürfnisse der Erwerbstätigen zugeschnitten, etwa mit Gruppenangeboten zu Stressbewältigung, arbeitsbezogenen Problemen, Mobbing, Konfliktlösung, mit Bewerbungstrainings oder auch Belastungserprobungen an speziellen Arbeitsplätzen. Entsprechend orientiert sich

die Psychosomatische Rehabilitation nicht in erster Linie an der »International Classification of Diseases« (ICD), wobei am Rande angemerkt sei, dass Spektrum und Häufigkeit der Diagnosen gemäß ICD zwischen psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung und Psychosomatischer Rehabilitation kaum differieren (► Schmeling-Kludas 2007). Rehabilitation folgt vielmehr dem WHO-Konzept der »funktionalen Gesundheit« (Schliehe & Sulek 2007). Die »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF) unterscheidet als Komponenten Körperstrukturen, Körperfunktionen, Aktivitäten/Teilhabe und Umweltfaktoren (Mau 2007).

Vor der Rehabilitation sollten die vorliegenden Krankheitsbilder möglichst bereits diagnostisch geklärt sein, in der Reha-Klinik erfolgt dann ein Assessment der funktionalen Gesundheit und der Kontextfaktoren (Morfeld et al. 2007). Außerdem wird vorausgesetzt, dass die Patienten rehabilitationsfähig sind. Das beinhaltet für die Psychosomatische Rehabilitation die Fähigkeit, sich weitgehend selbstständig zu versorgen und das in der Regel zu Beginn für den ganzen Aufenthalt zusammengestellte therapeutische Angebot einschließlich von Gruppenbehandlungen selbstständig zu nutzen; es wird also Gruppenfähigkeit vorausgesetzt. Diese Voraussetzungen sind übrigens auch bei einem nicht geringen Teil der Patienten gegeben, bei denen eine Krankenhausbehandlung angezeigt ist.

Bei manchen Erkrankungssituationen fällt es leicht, die jeweils aktuell erforderlichen Maßnahmen dem Bereich Krankenhausbehandlung oder dem Bereich Rehabilitation zuzuordnen, z. B. wenn im Krankenhaus eine Hüft- oder Herzoperation durchgeführt wird, in der nachfolgenden Anschlussheilbehandlung die Funktionsfähigkeit und die Teilhabemöglichkeiten des Betroffenen durch gezielte Trainingsmaßnahmen verbessert werden.

Beim Vorliegen psychischer oder psychosomatischer Störungen ist das aus mehreren Gründen schwieriger (Schmeling-Kludas 2010):

- Die Krankheit selbst und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen bzw. Teilhabestörungen sind schwerer voneinander abzugrenzen. So ist z. B. bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung das auch als diagnostisches Kriterium zur Diagnosestellung heranzuziehende Symptom des Vermeidungsverhaltens zugleich auch Funktionseinschränkung und Teilhabestörung.
- In der Psychosomatischen Rehabilitation wird ein multimodales Angebot durch multiprofessionelle Teams bereitgestellt, deren Zusammensetzung sich von den Berufsgruppen her kaum von denen in Krankenhäusern für Psychosomatische Medizin unterscheidet. Allerdings wirken die rechtlichen Grundlagen der Rehabilitation in anderer Weise auf die Therapeut-Patient-Beziehung ein als im Krankenhaus und die Zielrichtung ist eine andere, wie im Kapitel zur Psychosomatischen Rehabilitation in diesem Buch nachzulesen ist (► Kap. 4).
- Auch in Krankenhausbehandlungen von psychisch Erkrankten spielen rehabilitative Elemente, die auf die Teilhabe zielen, oft von Beginn an eine wichtige Rolle, z. B. wenn es um die Teilnahme an einer Gruppentherapie geht oder wenn in der Einzeltherapie krankheitsbedingte berufliche Einschränkungen oder die aktuelle Wohnsituation zum Thema werden.
- Viele, vor allem größere Reha-Kliniken halten die speziellen Mittel eines Krankenhauses teilweise oder ganz vor, wie z. B. den ständig rufbereiten Arzt, der zumindest potenziell den Behandlungsplan ständig überprüfen und verändern könnte, auch wenn das beim rehabilitationsfähigen Pa-

tienten nicht regelhaft erforderlich sein sollte.

- Die oben genannten besonderen psychotherapeutischen Möglichkeiten der Krankenhausbehandlungen sind, wenn z.T. auch mit anderer Ausprägung bzw. anderen Inhalten und Zielen, auch in der Psychosomatischen Rehabilitation zu verzeichnen: Spezialisierung auf bestimmte Diagnosen oder Problemstellungen, Distanzierung von einem konflikthaften sozialen Umfeld, Ermöglichung intensiver Auseinandersetzungsprozesse, multilaterale Übertragungsmöglichkeiten, Gemeinschaft der Mitpatienten und die Möglichkeit, Angehörige in die Behandlung einzubeziehen.
- Im Versorgungsalltag kommt hinzu, dass Patienten auf die Aufnahme in einem Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oft länger warten müssen als auf die Zuweisung in eine Rehabilitationseinrichtung. Die »Akutbehandlung« steht also je nach Patient und aktueller Auslastung der Systeme manchmal nicht so schnell zur Verfügung wie eine »Kur«. Dass die Wartezeiten auf eine Krankenhausbehandlung die auf eine Rehabilitationsmaßnahme übersteigen können, kommt allerdings auch in anderen Fachgebieten vor: So ist die Wartezeit auf eine elektive Hüft- oder eine Herzoperation nicht selten wesentlich länger als die auf die sich anschließende Anschlussheilbehandlung. Anders als bei den psychischen Störungen ist dabei aber für alle Beteiligten offensichtlich, dass die Hüft- oder die Herzoperation nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses erbracht werden kann.

Diese Schwierigkeiten bei der Abgrenzung sind die Ursache, dass sich das in anderen Fachgebieten übliche Vorgehen, dass sich an

eine Krankenhausbehandlung eine Rehabilitation anschließt (»Anschlussheilbehandlung«), bei der Behandlung psychischer Störungen bislang nicht etabliert hat, abgesehen von den Suchterkrankungen: Entgiftung ist Krankenhausbehandlung, die längerfristige anschließende Entwöhnung Rehabilitation.

Fasst man das bisher Gesagte zusammen, so ist die Frage »Krankenhausbehandlung oder Psychosomatische Rehabilitation?« wie folgt zu beantworten:

Die Indikation für eine **Krankenhausbehandlung** ist gegeben,

- wenn die Krankheit selbst und ihre Symptome zu diagnostizieren und zu behandeln sind.
- wenn die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich sind, insbesondere der ständig rufbereite Arzt, eine ausreichende apparative Ausstattung und die Möglichkeit, den Behandlungsplan kurzfristig anzupassen.
- wenn Patienten nicht rehabilitationsfähig sind.

Eine **Psychosomatische Rehabilitation** ist demgegenüber angezeigt,

- wenn eine drohende oder bestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden ist.
- wenn die Behandlung primär auf Teilhabestörungen zielt, insbesondere auf solche im beruflichen Umfeld.
- wenn die vorliegenden Krankheitsbilder weitgehend abgeklärt sind.
- wenn die Patienten rehabilitationsfähig sind.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Abgrenzungsschwierigkeiten werden gelegentlich Kostenübernahmen von Krankenkassen für die Durchführung einer psychosomatischen Krankenhausbehandlung mit dem Argument verweigert, eine psychosomatische

Rehabilitationsmaßnahme hätte ausgereicht, insbesondere wenn eine solche bereits beantragt oder genehmigt wurde. Es ist dann anhand der dargestellten Kriterien zu begründen, dass aktuell eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

Auch in der Psychosomatischen Rehabilitation wurden tagesklinische Angebote entwickelt, die unter der Bezeichnung **ambulante Rehabilitation** firmieren. Im Hinblick auf die Abgrenzung zur Indikation für eine stationäre Rehabilitation gelten hier analog die oben für die teil- und vollstationären Krankenhausbehandlungen dargestellten Gesichtspunkte. Zusätzlich bietet die ambulante Rehabilitation die Möglichkeit, die Behandlung in der Rehabilitationseinrichtung mit einer beruflichen Wiedereingliederung zu kombinieren.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber 2006.
- Baudisch P, Schmeling-Kludas C. Was spricht für, was gegen bestimmte Alternativen zur ambulanten Durchführung einer Psychotherapie. In: Eckert J, Barnow S, Richter R (Hrsg.). Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie. Bern: Hans Huber 2010; 399–410.
- Beutel ME, Doering S, Geiser F, Gündel H, Henningssen P, Herrmann-Lingen C, Herpertz S, Herschbach P, Joraschky P, Schauenburg H, Schneider W. Leitlinienorientierte Therapie in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. In: Herzog W, M. Beutel E, Kruse W (Hrsg.). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Stuttgart: Schattauer 2013; 33–53.
- CPKA (Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen e. V.). Newsletter Januar 2015.
- Eirund W. Kriterien zur Indikation einer stationären psychosomatischen Behandlung I. Versicherungsmedizin 2010a; 62: 85–9.
- Eirund W. Kriterien zur Indikation einer stationären psychosomatischen Behandlung II – Einweisungskriterien für eine stationäre psychosomatische Behandlung. Versicherungsmedizin 2010b; 62: 132–4.
- Gouzilis-Mayfrank E, Längle G, Koch-Stoecker S. Kriterien stationärer psychiatrischer Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Heim E. Praxis der Milieuthérapie. Heidelberg, New York, Tokyo: Springer 1985.
- Hildenbrand G. Zur Differenzierung psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung und stationärer Rehabilitation. Psychosom Med Psychother 2003; 49: 308–22.
- Hohage R. Welcher Patient in welche Klinik? Strukturelle Merkmale von stationärer Psychotherapie. Prax Psychother Psychosom 1993; 38: 193–200.
- Janssen P. Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta 1987.
- Kruse J, Bassler M, Beutel ME, Franz M, Gündel H, Herzog W, Hildebrand G, Janssen PL, Köllner V, Menzel H, Pfaffinger I, Söllner W, Timmermann J. Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung. In: Herzog W, Beutel ME, Kruse W (Hrsg.). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Stuttgart: Schattauer 2013; 55–81.
- Mau W. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.). Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München, Jena: Urban & Fischer 2007; 16–20.
- Morfeld M, Bergelt C, Koch & Beurteilung der funktionalen Gesundheit und Kontextfaktoren (Assessmentverfahren). In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg.). Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München, Jena: Urban & Fischer 2007; 20–5.
- Paar GH, Kriebel R. Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. Psychotherapeut 1998; 43: 310–5.
- Quaas M. Psychosomatische Einrichtungen als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung. Medizinrecht 1995; 8: 299–305.
- Rudolf G, Grande T. Indikation und Besonderheiten stationärer psychoanalytischer Psychotherapie.

- In: Möller HJ (Hrsg). Therapie psychischer Erkrankungen. Stuttgart: Thieme 2006; 1220–7.
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C. Heidelberger Umstrukturierungsskala. Psychotherapeut 2000; 45: 237–46.
- Rüddel H, Wahl R. Ambulante psychosomatische Rehabilitation. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 76–81.
- Schliehe F, Sulek C. Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation und der Teilhabe. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg). Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München, Jena: Urban & Fischer 2007; 6–16.
- Schmeling-Kludas C. Fachliche und rechtliche Aspekte zur Abgrenzung einer Krankenhausbehandlung im Gebiet »Psychotherapeutische Medizin« von der Psychosomatischen Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol 1999; 49: 312–5.
- Schmeling-Kludas C. Psychosomatische Rehabilitation. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg). Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München, Jena: Urban & Fischer 2007; 219–32.
- Schmeling-Kludas C. Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. In: Eckert J, Barnow S, Richter R (Hrsg). Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie. Bern: Hans Huber 2010; 411–5.
- Schmeling-Kludas C, Wilke E. Besonderheiten von Psychotherapie im Rahmen stationärer psychosomatischer Behandlungen. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg). Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3. Aufl. Heidelberg: Springer 2007; 687–711.

## 8 Wirkungen – Effektivität und Effizienz

Götz Berberich und Dorothee Kress

### Zusammenfassung

Psychotherapie insgesamt, ihre verschiedenen Verfahren und Anwendungsgebiete stehen unter einem hohen Rechtfertigungsdruck. Wissenschaftliche Nachweise ihrer Wirksamkeit – im Sinne der Evidence-based Medicine – wie auch des Kosten-Nutzen-Verhältnisses in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem müssen erbracht werden. Hier hat die Psychotherapieforschung der letzten 20 Jahre deutliche Fortschritte gemacht. In diesem Kapitel werden die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie anhand eines Literaturüberblicks belegt und Wirkfaktoren jenseits trockener Studienwirklichkeit praktisch verdeutlicht.

### 8.1 Notwendigkeit und Grenzen des Wirksamkeitsnachweises

Götz Berberich

Im Rahmen der sogenannten Evidence-based Medicine (EBM), im Kontext intensiver Bemühungen um Qualitätssicherung und nicht zuletzt im Gefolge eines hohen Kostendrucks, steht die Medizin insgesamt, in besonderem Maße aber die Psychotherapie unter einem immensen Rechtfertigungsdruck. Die rasch wachsenden Kosten des Gesundheitssystems müssen begrenzt, die Ressourcen richtig eingesetzt und Fehlallokationen vermieden werden. Die Kostenträger haben ein – absolut berechtigtes – Interesse, nur das zu bezahlen, was wirklich hilft. Noch wichtiger aber ist die Information an von Krankheit betroffene Menschen, damit sie sich den erheblichen Mühen, Unannehmlichkeiten und Risiken nur solcher Therapien unterziehen, welche durch wissenschaftliche Belege berechtigte

Hoffnungen auf Heilung oder Linderung erlauben. Daher ist es heute nicht nur wünschenswert, sondern unumgänglich, differenzierte Wirksamkeitsnachweise für medizinische Maßnahmen zu erbringen.

Dies gilt in besonderem Maße für Psychotherapie in ihren vielfältigen Varianten. Sie muss sich nicht nur gegen häufig technisierte und standardisierte Methoden der »somatischen Medizin« behaupten, sondern auch gegen die Psychopharmakotherapie, welche insbesondere im psychiatrischen Setting eine dominante Rolle spielt. Während die letztgenannten Methoden quasi objektivierbar erscheinen und mit dem Nimbus unbestechlicher Naturwissenschaftlichkeit, kühler Berechenbarkeit und Modernität rechnen können, kämpft die Psychotherapie immer noch mit einem gewissen Akzeptanzproblem. »Kann das denn helfen, mit einem Patienten einfach zu reden? Und wenn ja: Handelt es sich um eine fachlich qualifizierte Tätigkeit mit theoretischer Fundierung oder kann das nicht jeder?« In dieser Skepsis zeigt sich jedoch häufig – bei Patienten, somatisch tätigen Ärzten bis hin zu Kostenträgern – ein Widerstand gegen die als undurchschaubar und eindringend wahrgenommene psychotherapeutische Methode.

Umgekehrt gibt es aber auch bei den Psychotherapeuten selbst erhebliche Widerstände, sich dem Diktat einer auf Effizienz und Funktionalität ausgerichteten Medizin zu unterwerfen. Die geforderten Studien und Wirksamkeitsnachweise werden daher nicht selten mit dem Hinweis auf nicht messbare Prozesse und Beziehungsmodalitäten boykottiert.



Trotzdem wächst im deutschsprachigen Raum wie auch international das Interesse an der Effektivitäts- und Effizienzforschung über ambulante und stationäre Psychotherapie (z.B. Ambresin et al. 2012; Cuijpers et al. 2011; Van Wilgen et al. 2009).

Wirksamkeitsstudien bekommen besonderes Gewicht durch die Formulierung von Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung bestimmter Erkrankungen, die kooperativ von Fachgesellschaften, Patientenverbänden und anderen Organisationen ausgearbeitet werden. Diese Leitlinien gewinnen zunehmend den Charakter von offiziellen »Richtlinien«, auch wenn man dies nicht zuletzt aus wissenschaftstheoretischen Gründen kritisieren mag. Umso wichtiger ist es allerdings, Effektivität und Effizienz eines Verfahrens, einer Methode oder eines Settings zu belegen, damit diese leitliniengerecht auch in Zukunft angewendet werden können.

Aufgrund der Studienlage stellt die S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) »Unipolare Depression« (DGPPN et al. 2015) die stationäre Krankenhausbehandlung der unipolaren Depression als wirksam dar. Die Indikation zur psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Behandlung bestehe u. a. *»auch bei der Gefahr der depressionsbedingten Isolation und anderen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren, bei den Therapieerfolg massiv hindernden äußeren Lebensumständen (z.B. durch Milieuänderung), bei Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien und bei der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung sowie bei so schweren Krankheitsbildern, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen. Soll in derartigen Fällen vorrangig eine Psychotherapie angeboten werden, kann auch eine Indikation zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung bestehen«* (DGPPN et al. 2015, S. 60).

Wirksamkeitsstudien sind also, nicht zu-

letzt politisch, wichtig. Aber messen sie auch das Richtige? Der Goldstandard in der (v.a. somatischen) Medizin sind randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs), die auch der Psychotherapieforschung immer wieder abverlangt werden. Nur diese Studien können die höchste Evidenzebene I im Rahmen der Evidenzbasierten Medizin begründen. Das Ziel der Randomisierung ist die Verbesserung der internen Validität, also die Sicherstellung, dass der beobachtete Effekt tatsächlich auf die angewendete Therapie zurückzuführen ist. Diese singuläre Stellung von randomisierten kontrollierten Studien wurde jedoch in letzter Zeit infrage gestellt. Insbesondere wird bezweifelt, ob die Resultate solcher Studien repräsentativ für die klinische Praxis sein können oder ob vielmehr deren klare Kriterien und damit auch deren Künstlichkeit Ergebnisse weitab des klinischen Alltags zeitigen (Leichsenring 2005). Die Realität der Behandlung in psychosomatischen Kliniken schließt die Regelmäßigkeit von zahlreichen Komorbiditäten, atypischen Behandlungsverläufen, die gleichzeitige Anwendung multipler Methoden und individualisierte Therapiepläne (statt manualisierter Behandlungspläne) ein – alles Faktoren, die zum Ausschluss der betreffenden Patienten aus randomisierten kontrollierten Studien führen würden. Auch eine doppelblinde Randomisierung ist in der Regel aufgrund der Transparenz psychotherapeutischer Verfahren nicht durchführbar.

Möglicherweise wählen Patienten eine bestimmte Therapieschule unbewusst oder bewusst aus Vorwissen und Ahnung gezielt aus. So kommt es zu einem »Matching«, einer wahrscheinlich günstigeren Passung von Patient und Therapiemethode und damit zu vermutlich besseren Therapieergebnissen (Rudolf et al. 1994). Auch dieser Effekt würde durch randomisierte kontrollierte Studien verhindert werden. Naturalistische Studien könnten also durchaus Effektivität und Effi-

zienz gerade im Bereich von Psychotherapie besser wiedergeben als diese Studien.

Der bedeutende Psychotherapieforscher Michael Lambert (2013, S. 205 f.) vermutet daher, dass die in Studien ohnehin marginalen nachgewiesenen Wirkungsunterschiede zwischen den Psychotherapieverfahren eher durch Studiendesign und Forschungsmethodik bedingt und für die Praxis, ausgenommen bei bestimmten Indikationen wie Panikstörungen, Phobien und Zwangsstörungen, zu vernachlässigen sind.

Neben der Frage, welches Setting untersucht wird – vollstationäre Krankenhausbehandlung, tagesklinische, also teilstationäre Behandlung, Rehaklinik oder eine Mischung davon – sowie welche Diagnosegruppen – differenziert nach Diagnosen oder transdiagnostisch –, hat insbesondere auch die Auswahl der Erfolgsmaße wesentlichen Anteil an den Ergebnissen einer Studie. Nicht zuletzt aus praktischen Gründen werden häufig Selbstbeurteilungsmaße herangezogen, die sich auf die spezifische oder generalisierte Belastung durch Symptome, das psychosoziale Funktionsniveau, die Ausprägung gewisser Fertigkeiten oder Skills, die Bindungscharakteristik oder das Integrationsniveau der Persönlichkeitsstruktur beziehen. Aufwendiger sind Fremdbeurteilungsmaße (meist durch den Therapeuten), die daher in Studien seltener zum Einsatz kommen. In der Regel kann man davon ausgehen, dass sich Therapieverfahren oder -methoden, deren Theorie sich auf bestimmte Konstrukte stützt (z. B. Bindungscharakteristik, Persönlichkeitsniveau, gewisse Fertigkeiten), in den Studien besser abschneiden, in denen eben dieses spezifische Konstrukt genauer untersucht wird. Ob allerdings das Gesamt-Outcome hierdurch signifikant verbessert wird, muss zusätzlich erforscht werden. Aber auch generalisierende Maße, wie der Gesamtschweregrad der Symptombelastung, sagen nicht zwangsläufig den sub-

jektiv empfundenen Behandlungserfolg oder eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus voraus.

## 8.2 Effektivität von Psychotherapieverfahren

Götz Berberich

Nähert man sich dem Problem der Effektivitätsbeurteilung stationärer Psychotherapie, stellt sich zuerst die Frage nach der Wirksamkeit von Therapieverfahren überhaupt. Diese stand zu Beginn der modernen Psychotherapieforschung ganz im Vordergrund, darf aber inzwischen als zugunsten der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren klar entschieden gelten. Psychotherapie ist insgesamt wirksam und darf sich hinsichtlich der Effekstärken durchaus mit den Ergebnissen der Behandlung im Bereich der somatischen Medizin messen oder übertrifft sie sogar.

Zusammenfassend konstatiert Lambert (2013, S. 204) vor allem für den Bereich der ambulanten Psychotherapie, dass 40–60 % der Patienten von einer Behandlung profitieren. Psychotherapien der unterschiedlichen Schulen sind insgesamt signifikant und auch in einer klinisch bedeutsamen Weise wirksamer als keine Psychotherapie, Warteliste oder Kontrolltherapien, die keinem etablierten Therapiemodell entsprechen (Lambert 2013, S. 205). Psychotherapie ist aber auch hocheffizient: Eine substanzielle Minderheit von etwa 30 % profitiert schon deutlich nach lediglich drei Sitzungen. Darüber hinaus ist Psychotherapie eine nachhaltige Methode: Nur ungefähr 25 % der depressiven Psychotherapiepatienten erleben einen Rückfall, während es nach einer Psychopharmakotherapie 50 % sind (Lambert 2013, S. 205).

Betrachtet man die zwei wichtigsten wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie-

verfahren, die Psychodynamische Psychotherapie und die Kognitive Verhaltenstherapie, getrennt nach Diagnosen, so findet man für beide Verfahren ausreichende Wirksamkeitsnachweise für depressive Episoden, Soziale Phobie, Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Schmerzstörungen und Anorexia nervosa, mit geringerem Evidenzgrad auch für Dysthymie, komplizierte Trauer, Panikstörung, Generalisierte Angststörung und Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit (Huber et al. 2012; Leichsenring 2005; Leichsenring et al. 2015). Je nach Diagnose, Outcome-Maß und Untersuchungszeitraum finden sich durchaus differenzielle Unterschiede (z. B. signifikant bessere Ergebnisse einer psychoanalytischen Langzeittherapie von depressiven Patienten gegenüber psychodynamischer Kurzzeittherapie und Kognitiv-Behavioraler Therapie [CBT]; Huber et al. 2012). Insgesamt, etwa bei den Veränderungen der psychischen Symptombelastung oder des sozialen Funktionsniveaus, zeigen jedoch beide Verfahren bei den genannten Indikationen eine ähnliche Wirksamkeit, die einer Pharmakotherapie mindestens ebenbürtig ist und besser als bei unbehandelten Patienten oder »Treatment as usual« (TAU) (Leichsenring et al. 2004). Bei der Zwangsstörung fehlt die Evidenz für Psychodynamische Psychotherapie (Leichsenring et al. 2015), während die Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition als Methode der Wahl für Zwangsstörungen gilt (Hofmann & Smits 2008). Für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung gilt die Evidenz für traumafokussierte Therapieverfahren im Rahmen der Kognitiv-Behavioralen Therapie und »Eye Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR) als gesichert, während Psychodynamische Psychotherapie ebenso wie »Stress Inoculation Training«, Hypnotherapie und Interpersonelle Psychotherapie als möglicherweise

wirksam gelten (Leichsenring et al. 2015; Ponniah & Hollon 2009).

## 8.3 Effektivität und Effizienz stationärer und teilstationärer Psychotherapie

Götz Berberich

### 8.3.1 Das Setting

Im internationalen Vergleich ist das Angebot psychosomatischer Kliniken bzw. vorwiegend psychotherapeutisch arbeitender Krankenhäuser in Deutschland herausragend. In einigen europäischen Nachbarländern werden ähnliche stationäre Behandlungsmöglichkeiten langsam aufgebaut. Andererseits nötigt diese Singularität auch zum Nachweis eines Wirksamkeitsvorteils dieses Settings gegenüber einer stationären Behandlung mit im Vordergrund stehender psychopharmakologischer Therapie, wie sie im Ausland und auch in Deutschland in vielen psychiatrischen Kliniken angeboten wird.

Im Vergleich zu depressiven, stationär behandelten Patienten, welche eine Standardtherapie und strukturierte Psychopharmakotherapie erhielten, profitierten Patienten von zusätzlicher Psychotherapie. Dies konnten Cuijpers et al. (2011) in einer Metaanalyse von zwölf Studien mit fast 600 Patienten nachweisen. Es ergab sich ein kleiner, aber robuster zusätzlicher Effekt von  $g = 0,29$ . Dabei konnten interessanterweise keine Unterschiede hinsichtlich der Sitzungszahl oder der Psychotherapiemethode (überwiegend Kognitiv-Behaviorale Therapie [CBT], jedoch auch diverse andere Therapien oder Mischungen) beobachtet werden. Bedeutsam ist zudem der Befund, dass solchermaßen psychotherapeutisch behandelte Patienten ein geringeres Rückfallrisiko haben als nur psychopharma-

kologisch behandelte Patienten (Guidi et al. 2011; Schramm et al. 2007). Die oft nur geringe zusätzliche Effektstärke einer solchen zusätzlichen Psychotherapie ist vermutlich zum einen darauf zurückzuführen, dass auch in der Vergleichsgruppe einer stationären Standardtherapie zahlreiche Interventionen, wenn auch ohne konsequenten psychotherapeutischen Ansatz, erfolgen. Zum anderen muss bedacht werden, dass in den meisten dieser Studien ein zusätzliches Psychotherapieverfahren als Add-on der Standardtherapie angefügt wurde, dass sich ein solches Verfahren jedoch von einer multimodalen stationären Psychotherapie unterscheidet.

In der multimodalen stationären Psychotherapie sind unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen aufeinander abgestimmt und werden in einem Interaktionsprozess des multiprofessionellen Behandlungsteams koordiniert. Alle Interventionen folgen einem Gesamtbehandlungsplan, der zu Beginn festgelegt und je nach klinischem Verlauf stets modifiziert wird. Dieses Vorgehen entspricht also nicht einer bloßen Kombination von Psychotherapie sowie »üblicher«, z. B. psychiatrischer stationärer Behandlung und ist charakteristisch für psychosomatische Krankenhäuser im deutschsprachigen Raum. Die Frage der Wirksamkeit einer solchen multimodalen psychosomatischen Behandlung lässt sich daher nicht mit der Untersuchung einzelner Bestandteile derselben beantworten, vielmehr ist das »Gesamtpaket« einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Dies berührt freilich auch grundsätzliche konzeptuelle Fragen (► hierzu Kap. 5):

- Was ist eine psychosomatische bzw. psychotherapeutische multimodale Therapie?
- Auf welchen theoretischen Grundlagen baut sie – jenseits der Psychotherapieverfahren – auf?
- Was wirkt eigentlich (Prozessforschung)?

Im Rahmen einer Kooperation von elf psychosomatischen Krankenhäusern untersuchten Tritt et al. (2003) anhand der Ergebnisse der Basisdokumentation die Wirksamkeit der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung. Es handelte sich um eine naturalistische Versorgungsstudie an über 6400 regulär entlassenen Patienten, die mit unterschiedlichem Verfahrensschwerpunkt (psychodynamisch, kognitiv-behavioral, humanistisch etc.), stets aber im Sinne der multimodalen psychosomatischen Therapie, behandelt wurden. Nach Therapeuten- und Patientenratings ergab sich eine Besserung des somatischen Befindens um etwa 70 % und des psychischen Befindens um ungefähr 90 %. In allen Subskalen der Symptom-Checkliste (SCL) 90-R ergab sich eine signifikante Symptomverbesserung. Der Global-Severity-Index (GSI) der SCL-90-R besserte sich von Aufnahme bis Entlassung signifikant; dabei wurde eine Effektstärke (nach Rosenthal) von 0,83 erzielt, was als großer Effekt bewertet werden darf. Berücksichtigt wurden allerdings nur die regulär entlassenen Patienten, d. h. nicht die Abbrecher und Kurzlieger (Tritt et al. 2003).

Aus der gleichen Arbeitsgruppe stammt eine Untersuchung, welche auch 1-Jahres-Katamnesen einschließt (Probst et al. 2009): In dieser multizentrischen Studie an 935 Patienten aus fünf psychosomatischen Krankenhäusern ergaben sich wiederum signifikante Veränderungen in der SCL-90-R und weiteren Fragebögen. Die Effektstärken der Veränderungen des GSI von der Aufnahme- zur Entlassungsmessung (Prä-Post) errechnete sich zu  $d = 0,79$ , von der Aufnahme zur 1-Jahres-Katamnese zu  $d = 0,56$ . Die Veränderungen ein Jahr nach Aufnahme reduzierten sich in dieser Untersuchung also deutlich, die Effektstärke liegt aber immer noch im mittleren Bereich.

Zwei Metaanalysen fassen die Erkenntnisse zahlreicher Studien zusammen: Die

Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum wurde von Liebherz und Rabung (2013) anhand von 103 eingeschlossenen Studien im Prä-Post- sowie Aufnahme-Katamnese-Vergleich untersucht. Insgesamt ergab sich eine Effektstärke von (Hedges')  $g = 0,71$  im Prä-Post-Vergleich sowie  $g = 0,80$  im Vergleich zur Katamnese. Wiederum zeigten sich im körperlichen Bereich deutlich niedrigere Effektstärken als im psychischen Bereich (Prä-Post  $g = 0,54$  versus  $g = 0,8$ ). Die Effektstärken in verschiedenen Bereichen im Prä-Post-Bereich werden in Tabelle 8-1, im Prä-Post-Katamnese-Vergleich in Tabelle 8-2 differenziert dargestellt.

In einer weiteren Metaanalyse untersuchten Liebherz und Rabung (2014) metaanalytisch 59 prospektive Studien ausschließlich

aus Krankenhäusern in Deutschland. Diese Studie bezog sich auf Daten von über 20 000 mit unterschiedlichen Verfahren, vorwiegend psychodynamisch behandelte Patienten. Es ergab sich eine mittlere Effektstärke von  $g = 0,72$  bei der Prä-Post-Veränderung des GSI der SCL-90-R, jedoch nur eine geringe Veränderung mit einem  $g = 0,35$  bezüglich interpersonaler Probleme, gemessen mit dem Gesamtwert des Inventory of Interpersonal Problems (IIP; ► Tab. 8-1, Tab. 8-2).

Auffällig ist bei diesen Metaanalysen, dass zum 1-Jahres-Katamnese-Intervall die Effektstärken häufig gehalten und in einigen Bereichen (v.a. sozial-kommunikativer Bereich, funktionaler Bereich, IIP) sogar noch deutlich gesteigert werden können. Dies bestätigt die erfolgreiche Umsetzung wichtiger Therapieziele, die in der Regel nicht nur eine Verbesse-

**Tab. 8-1** Prä-Post-Effektstärken (Hedges'  $g$ ) in verschiedenen Outcome-Bereichen (nach Liebherz & Rabung 2013, 2014)

| Studie                    | Outcome-Bereich/Skala           | Anzahl Stichproben | Hedges' $g$<br>(95 %-KI) |
|---------------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Liebherz & Rabung<br>2013 | körperlicher Bereich            | 85                 | 0,62                     |
|                           | psychische Symptomatik          | 164                | 0,84                     |
|                           | dysfunktionale kognitive Muster | 77                 | 0,49                     |
|                           | sozial-kommunikativer Bereich   | 88                 | 0,36                     |
|                           | funktionaler Bereich            | 21                 | 0,73                     |
|                           | kostenrelevanter Bereich        | 2                  | -0,18                    |
|                           | Allgemeinbefinden               | 26                 | 1,35                     |
|                           | Gesamt                          | 194                | 0,71                     |
| Liebherz & Rabung<br>2014 | GSI der SCL-90-R                | 80                 | 0,72                     |
|                           | IIP                             | 37                 | 0,35                     |

GSI = Global-Severity-Index; IIP = Inventory of Interpersonal Problems; KI = Konfidenzintervall; SCL = Symptom-Checkliste

**Tab. 8-2** Prä-Post- und Prä-Katamnesen-Effektstärken (Hedges' g) in verschiedenen Outcome-Bereichen (nach Liebherz & Rabung 2013, 2014)

| Studie                 | Outcome-Bereich/Skala           | Anzahl Stichproben | Hedges' g Prä-Post (95 %-KI) | Hedges' g Prä-Katamnese (95 %-KI) |
|------------------------|---------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Liebherz & Rabung 2013 | körperlicher Bereich            | 27                 | 0,56                         | 0,48                              |
|                        | psychische Symptomatik          | 56                 | 0,80                         | 0,89                              |
|                        | dysfunktionale kognitive Muster | 23                 | 0,54                         | 0,55                              |
|                        | sozial-kommunikativer Bereich   | 27                 | 0,36                         | 0,41                              |
|                        | funktionaler Bereich            | 12                 | 0,57                         | 0,78                              |
|                        | kostenrelevanter Bereich        | 2                  | -0,18                        | 0,59                              |
|                        | Allgemeinbefinden               | 10                 | 1,20                         | 1,58                              |
|                        | Gesamt                          | 61                 | 0,72                         | 0,82                              |
| Liebherz & Rabung 2014 | GSI des SCL-90-R                | 21                 | 0,76                         | 0,61                              |
|                        | IIP                             | 8                  | 0,35                         | 0,48                              |

GSI = Global-Severity-Index; IIP = Inventory of Interpersonal Problems; KI = Konfidenzintervall; SCL = Symptom-Checkliste

rung der Symptomatik, sondern auch des Beziehungsverhaltens inkludieren.

Beiden Metaanalysen ist jedoch gemein, dass sie die Qualität der eingeschlossenen Studien kritisieren, sehr inhomogene Studienergebnisse wohl auf äußerst unterschiedliche Behandlungsangebote hinweisen, nur Beobachtungsstudien und ausschließlich Studien bis 2009 einbezogen wurden, die eine hohe mittlere Behandlungsdauer (>70Tage; ►Liebherz & Rabung 2014) aufweisen. Die reduzierten Behandlungsdauern in der stationären Psychotherapie der letzten Jahre lassen daher einen Vergleich mit der heutigen Situation fragwürdig erscheinen.

Der Frage der Effizienz von stationärer

Psychotherapie gehen nur sehr wenige Studien nach (Hiller et al. 2003). In der Metaanalyse von Liebherz & Rabung (2013) beschäftigen sich nur zwei der eingeschlossenen Studien mit dem kostenrelevanten Bereich. Hier ließ sich erst zum Katamnesezeitpunkt ein positiver Effekt erreichen ( $p < 0,01$ ; ►Tab.8-2). Insgesamt darf die Frage, ob der Nutzen stationärer Psychotherapie auch in der Kostenhinsicht den erheblichen Aufwand bei einzelnen Diagnosen oder in seiner Gesamtheit überwiegt, noch nicht als beantwortet angesehen werden.

Alle Ergebnisse waren mit  $p \leq 0,001$  statistisch signifikant, außer dem kostenrelevanten Bereich, der im Prä-Post-Vergleich die Signifi-



kanz verfehlte, im Prä-Katamnese Bereich jedoch das Signifikanzniveau  $p \leq 0,01$  erreichte.

Eine ähnliche Metaanalyse wurde für den Bereich stationärer psychosomatischer Rehabilitation bereits 2007 durchgeführt und ist unter dem Akronym MESTA-Studie (Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation) publiziert worden (Stefanowski et al. 2007). 56 Studien mit Aufnahme-Entlassungs-Vergleich konnten in die Metaanalyse zur Errechnung der mittleren Effektstärken einbezogen werden. Es ergab sich eine mittlere Effektstärke von 0,51 für den Vergleich der Aufnahme mit der Entlassung, also im mittelhohen Bereich. Die Effektstärke für den Vergleich Aufnahme-Katamnese lag bei 0,41. Auch in dieser Untersuchung war die Qualität der Studien heterogen, etwa bei den Outcome-Variablen oder den Patientenstichproben.

Alle bisher genannten Studien und Metaanalysen sind jedoch Beobachtungsstudien. Ein Vergleich der Behandlungsbedingungen ist nur mit dem Aufnahmezeitpunkt oder allenfalls mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe durchgeführt worden. Eine Randomisierung mit Vergleich der Verumgruppe mit einer unbehandelten Stichprobe würde auch aufgrund der bona fide angenommenen Wirksamkeit stationärer Psychotherapie aus ethischen Gründen kaum realisierbar sein. Damit ist jedoch die Settingspezifität der bisher aufgeführten Effektstärken nicht bewiesen. Die Wirkfaktoren – stationäres Setting, einzelne Interventionen, multimodale Therapie oder anderes – bleiben unklar.

Daher sind die wenigen Untersuchungen mit einem Kontrollgruppendesign von besonderem Interesse. Zum einen bieten sich hier Vergleiche mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe an. Van Wilgen et al. (2009) verglichen prospektiv die multidisziplinäre stationäre Behandlung von chronischen Schmerzpatienten mit Missbrauchssyndrom mit einer

Wartelistengruppe. Sie fanden signifikante ( $p < 0,001$ ) Verbesserungen für Schmerz, Fatigue, Gehstrecke, Muskelstärke, Ängstlichkeit, Depression, Somatisierungsneigung, negatives Selbstwirksamkeitserleben und Katastrophisierung nach der Behandlungsphase. Einige dieser Verbesserungen steigerten sich noch in der Katamnese von einem halben bzw. einem Jahr. Ähnlich positive Ergebnisse erbrachte eine Studie von Lange et al. (2011), die eine multimodale stationäre Reha-Behandlung mit hausärztlicher Versorgung von Fibromyalgiepatienten verglich. Nicht nur auf symptomatischer Ebene, sondern auch hinsichtlich der Bindungscharakteristika sind leichte bis mittlere Effekte einer stationären Therapie im Vergleich mit einer unbehandelten Kohorte von somatisch Kranken und Studenten nachgewiesen (Kirchmann et al. 2012). Vergleiche stationärer Psychotherapie mit unbehandelten Kontrollgruppen liegen also vor und zeigen auch sehr positive Ergebnisse, sind jedoch insgesamt noch nicht ausreichend.

Ebenso wichtig sind jedoch auch Vergleiche mit aktiven Behandlungsgruppen in anderen Settings. So konnten Lampe et al. (2008) in einer Untersuchung an Patienten mit chronischer Posttraumatischer Belastungsstörung nachweisen, dass ein spezifisch auf diese Patienten zugeschnittenes Therapieprogramm, die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT), im stationären Setting signifikant größere Verbesserungen erzielen kann als eine psychiatrische oder nicht indikationsspezifische ambulante Psychotherapie in der Wartelistengruppe. Die stationär behandelten Patienten profitierten bezüglich Depression, Intrusion, Vermeidung, Ängstlichkeit, Somatisierung und des Ausmaßes der Fähigkeit zur Selbstberuhigung, während in der Kontrollgruppe keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der gemessenen Parameter beobachtet wurden.

Allerdings kann dieses Studiendesign nicht die Frage beantworten, welchen Anteil das stationäre Setting am Erfolg dieses spezifischen Therapieprogramms hat, da die ambulante Psychotherapie unspezifisch (»Treatment as usual«) war.

Einen direkten Vergleich zwischen stationären und teilstationären (in der Regel tagesklinischen) Therapieansätzen ermöglichen jene Therapieprogramme, in denen Patienten beider Settings eine gleiche Therapieintensität der multimodalen Therapie erhalten. In einer Gegenüberstellung der tagesklinischen und stationären Psychotherapie depressiver Patienten (Day Clinic and Inpatient Psychotherapy of Depression [DIP-D]; Dinger et al. 2015) nahmen im Prä-Post-Vergleich wie auch in einer 4-Wochen- sowie 6-Monats-Katamnese sowohl die depressiven Symptome als auch interpersonelle Probleme signifikant ab (Effektstärke in beiden Gruppen zusammen im Prä-Post-Vergleich für das Beck-Depressions-Inventar [BDI]:  $d = 1,37$ ; für den GSI der SCL-90-R:  $d = 0,83$ ). Aufgrund der kleinen Stichprobe war der Trend für eine höhere Effektstärke in der vollstationären Therapie nicht signifikant und daher nicht bewertbar. Stationär und teilstationär behandelte Patienten unterschieden sich nicht. Nach den ersten Ergebnissen der großen INDDEP-Studie (Inpatient and day hospital treatment of depression; Zeeck 2015; Zeeck et al. 2013) unterscheiden sich hier stationäre und tagesklinische Stichprobe hinsichtlich der Schwere der Beeinträchtigung: Depressivität, soziale und berufliche Funktionsfähigkeit vor Aufnahme, körperliche Beeinträchtigung und somatische Komorbidität sind in der stationären Stichprobe höher. Erste Ergebnisse über den Verlauf sprechen jedoch dafür, dass sich trotz des unterschiedlichen Ausgangsniveaus zu Beginn der Therapie die Besserungsraten während der Therapie nicht unterscheiden. Auch in einer dritten Studie ließ sich kein ein-

deutiger Vorteil einer stationären gegenüber einer teilstationären Behandlung nachweisen. Herpertz-Dahlmann et al. (2014) verglichen eine vollstationäre Therapie von Adoleszenten mit Anorexia nervosa mit einer kurzen stationären, gefolgt von einer teilstationären (tagesklinischen) Behandlung. Die Ergebnisse beider Gruppen waren hier ebenfalls gleichwertig.

Die derzeitige Studienlage belegt also eine gute Wirksamkeit von stationärer und teilstationärer Behandlung, jedoch nicht eine Überlegenheit des stationären Settings.

Eine weitere Settingfrage betrifft die Dauer der stationären Psychotherapie: Ist eine lang dauernde stationäre Behandlung, wie *prima vista* vielleicht zu vermuten, wirklich effektiver als eine kurze Therapie? Während frühere Untersuchungen stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie keinen bedeutsamen Effekt der Behandlungsdauer ausmachen konnten (Franz et al. 2000), zeigte sich in einem Vergleich einer stationären Kurz- (4–6 Wochen) und Langzeitpsychotherapie (8–16 Wochen) ein deutlicher Unterschied (Beutel et al. 2005): Bezogen auf den GSI der SCL-90-R lagen die Effektstärken bei der Kurzzeittherapie für die Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung bei 1,14 und zwischen Aufnahme und 1-Jahres-Katamnese bei 0,95, bei der Langzeittherapie dagegen bei 0,86 bzw. 0,63. Dies kann nun aber keinesfalls als Zeichen einer größeren Wirksamkeit einer Kurzzeittherapie interpretiert werden, da sich die Patienten wesentlich unterschieden. Kurzzeitig therapierte Patienten waren gehäuft akut krank, stärker symptombelastet und eher beruflich integriert, während die langzeittherapierten Patienten aufgrund einer erhöhten Chronifizierungsrate, einer stärkeren somatischen Komorbidität und dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen einen geringeren Therapieerfolg erwarten ließen. Diese Ergebnisse sprechen für eine

sinnvolle Differenzierung der Behandlungsdauern je nach klinischem Zustand des Patienten und nicht für generalisierbare Effekte einer bestimmten Behandlungsdauer. Metaanalytische Befunde stützen den Zusammenhang des sogenannten Good-Enough-Modells der Behandlungsdauer, welches besagt, dass Patienten mit höherer Beeinträchtigung längerer Behandlungen bedürfen, bis ein befriedigender Zustand erreicht werden kann (Liebherz et al. 2015).

### 8.3.2 Diagnosen und Verfahren

Neben einer transdiagnostischen oder »modularen« Psychotherapie ist die störungsorientierte Psychotherapie ein zunehmend etabliertes Vorgehen gerade auch im teilstationären oder stationären Setting. Zahlreiche Kliniken und Tageskliniken haben Spezialstationen für bestimmte Indikationen, zeigen ein hohes Maß an Spezialisierung und Fachkompetenz. Daher ist die Wirksamkeit stationärer und teilstationärer Psychotherapie nicht nur insgesamt, über alle Diagnosen hinweg, sozusagen als eigene Methode, sondern auch für bestimmte Diagnosen nachzuweisen. Solche umschriebenen Settings erleichtern auch den Einbezug einer aktiven Kontrollgruppe oder gar einer Randomisierung. Die Wirksamkeitsstudien einiger wichtiger Diagnosen für den stationären und teilstationären Bereich sind im Folgenden dargestellt.

Bei der STOP-D-Studie (Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen) handelte es sich um eine naturalistische multizentrische Studie, an der 15 psychosomatische tiefenpsychologisch arbeitende Kliniken von 2005–2011 teilnahmen. Die Auswertung umfasste die Behandlung von 487 depressiv erkrankten weiblichen Patientinnen zwischen 25 und 45 Jahren. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 61,8 Tage. Erhoben wurden die

psychometrischen Werte bei Aufnahme und Entlassung in gut validierten und etablierten Testverfahren. In allen Prä-Post-Vergleichen ergaben sich mittlere bis hohe Effektstärken (Hedges'  $g$ ): Beck-Depressions-Inventar (BDI): 1,20; Hamilton-Depressions-Skala (HAMD): 1,29; Subskala »Depressivität« der Symptom-Checkliste 90 (SCL-90-R): 0,97; Global-Severity-Index (GSI) der SCL-90-R: 0,80; Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS): 1,78; Global Assessment of Functioning (GAF): –1,57. In einer Subgruppenanalyse konnte festgestellt werden, dass Patientinnen mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung signifikant weniger profitierten (z. B. BDI mit PS  $g = ,95$  vs. ohne PS:  $g = 1,31$ ). Durch die zusätzliche Gabe von Antidepressiva konnte in dieser Studie die antidepressive Wirkung der Behandlung nicht gesteigert werden. Kritisch ist bei dieser Studie anzumerken, dass es sich um ein naturalistisches Design ohne Kontrollgruppe handelte und keine katamnästische Nachuntersuchung durchgeführt wurde.

Für den Bereich der somatoformen Störungen wiesen Beutel et al. (2014) in einer Multicenterstudie an über 2000 Patienten nach, dass eine stationäre Psychotherapie mittelhohe bis starke Behandlungserfolge bei dieser Patientengruppe erzielt (z. B. Prä-Post-Vergleich des GSI der SCL-90-R:  $d = 0,58$ ). Allerdings handelt es sich hier wiederum um eine Beobachtungsstudie ohne Vergleichsgruppe. Im Vergleich zu einer Warteliste konnten chronische Schmerzpatienten mit Missbrauchssyndrom deutlich besser von einer multidisziplinären kognitiv-behavioralen Therapie im Krankenhaus profitieren (Van Wilgen et al. 2009). In dieser kleinen Studie ( $n = 32$ ) mit kurzer Behandlungsdauer (im Mittel 3,5 Wochen) ergaben sich keine Veränderungen der Symptomatik in der Wartelistentengruppe, in der Verumgruppe jedoch signifikante Verbesserungen ( $p < 0,001$ ) für Schmerz, Fatigue, Gehstrecke, Muskelstärke,

Ängstlichkeit, Depression, Somatisierungseigung, negatives Selbstwirksamkeitserleben und Katastrophisierung. Ein Großteil dieser Veränderungen blieb auch in der 1-Jahres-Katamnese stabil. Im Vergleich zu einer aktiven, jedoch nicht psychotherapeutischen Kontrollgruppe (hausärztliche Versorgung,  $n = 50$ ) verglichen Lange et al. (2011) 116 Patienten, welche in einem multimodalen rehabilitativen Programm behandelt wurden. Die Interventionsgruppe zeigte bessere Ergebnisse im Bereich der Schmerzintensität, der Angst, der Depression, des Selbstwirksamkeitserlebens, des somatischen und psychischen Wohlbefindens sowie der Alltagsfähigkeit.

Bei komplex traumatisierten Patienten konnten Lampe et al. (2008) eine Vergleichsstudie der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting mit einer ambulanten Psychotherapie oder einer psychiatrischen Behandlung durchführen. Auch hier zeigten sich hochsignifikante Effekte der stationären Psychotherapie im Bereich Depression, Intrusion, Vermeidung, Ängstlichkeit, Somatisierung und des Ausmaßes der Fähigkeit zur Selbstberuhigung, die zum großen Teil (außer Intrusion und Vermeidung) auch im Follow-up-Zeitraum von sechs Monaten aufrechterhalten werden konnten. Im Bereich der Depressions-therapie sei neben der bereits erwähnten Metaanalyse von Cuijpers et al. (2011), welche einen zusätzlichen Nutzen durch Psychotherapie bei Patienten, die eine Standardtherapie und strukturierte Psychopharmakotherapie erhielten, nachweisen konnte, auch die Studie von Dinger et al. (2015) genannt, die einen mindestens gleichwertigen Effekt einer stationären Psychotherapie der Depression im Vergleich zu einer tagesklinischen Behandlung (mit Trend für eine höhere Effektstärke in der vollstationären Therapie) nachwies.

Viele kontrollierte Studien beschäftigen

sich mit dem Vergleich der unterschiedlichen Therapieverfahren, der sogenannten »Psychotherapieschulen«. Insbesondere psychodynamische Verfahren werden häufig mit kognitiv-behavioraler Therapie verglichen, andere Verfahren, wie die Interpersonelle Psychotherapie, stehen demgegenüber im Hintergrund. Zahlreiche Vergleichsstudien decken den ambulanten Bereich ab (► hierzu Kap. 8.2). Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie im stationären Setting unterscheiden häufig nicht zwischen den Verfahren (Liebherz & Rabung 2013, 2014; Probst et al. 2009; Tritt et al. 2003) oder nur scheinbar (Franz et al. 2000; Stasch et al. 2007), da eine Methodenintegration in der stationären Psychotherapie eher die Regel als die Ausnahme ist. Meist arbeiten Kliniken für Psychotherapie nach einer grundsätzlichen Verfahrensorientierung, integrieren aber Theorien, Methoden und Interventionen auch aus anderen Verfahren, arbeiten also schulenübergreifend. In einigen Beobachtungsstudien (in der Regel ohne Kontrollgruppe) wird die Wirksamkeit eines Verfahrens im stationären Setting im Prä-Post- und evtl. katamnestischen Vergleich herausgearbeitet, sowohl für die stationäre Verhaltenstherapie (Henneberg et al. 2010; Zielke 1993) als auch für psychodynamische Verfahren (Haase et al. 2008; für *vorwiegend* psychodynamisch behandelte Patienten: Liebherz & Rabung 2014).

Im Vergleich mit einer psychiatrischen Routinebehandlung erzielt deren Kombination mit einer kognitiv-behavioralen Therapie eine höhere Veränderungsrate der Depressionsmaßnahme mit insgesamt kleinen Effektstärken (Köhler et al. 2013). In der bereits erwähnten, ähnlich aufgebauten Metaanalyse von Cuijpers et al. (2011), die Vergleichsstudien von psychologischer Depressionsbehandlung im stationären Setting mit einer Standardtherapie und strukturierten Psychopharmakotherapie allein verglich, wurde

ebenfalls ein kleiner, aber robuster Effekt der Psychotherapie gefunden, hierbei interessanterweise unabhängig vom Verfahren.

Insgesamt finden sich also kaum direkte Vergleichsstudien der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren im stationären Setting. Die wenigen Studien und Metaanalysen in diese Richtung zeigen etwa gleiche Effektstärken. Die Entwicklung zu zunehmender Methodenintegration einerseits und zu modularer, auf spezifische Zielbereiche gerichteter Psychotherapie andererseits lassen solche Gegenüberstellungen der großen Psychotherapieschulen auch mehr und mehr als überholt erscheinen.

Zukunftsweisend sind Untersuchungen, die differenzierte Prozesse und Interventionen im Therapieverlauf untersuchen. So konnte die Einbeziehung der Fokusbestimmung nach der OPD-2-Beziehungsachse im Rahmen von stationären Psychotherapien auf psychodynamischer Grundlage das interpersonelle Funktionsniveau signifikant verbessern (Stasch et al. 2007). Und im Rahmen eines kognitiv-behavioralen stationären Therapieprogramms führte ein zusätzliches Emotionsregulations-training zu einem verbesserten Outcome bezüglich Depression und den Emotionsregulations-Skills sowie verringerten negativen Affekten (Bering et al. 2013).

### 8.3.3 Prädiktoren der Behandlungsdauer und des Behandlungserfolgs

In der Gesamtschau liegen also durchaus beeindruckende Nachweise der Wirksamkeit stationärer Psychotherapie vor. Bei verzögertem oder ausbleibendem Therapieerfolg im Einzelfall stellt sich aber stets die Frage nach den Ursachen:

- Lässt sich die Notwendigkeit einer überdurchschnittlich langen Behandlungsdauer vorhersagen?
- Welche Indikatoren sprechen für ein gutes,

welche für ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis?

In Analogie zur somatischen Medizin liegt es nahe, eine Vorhersage für den Behandlungserfolg aus der Diagnose abzuleiten. Nach früheren diskrepanten Ergebnissen zeichnet sich in den letzten Jahren ab, dass depressive Erkrankungen mit eher günstigen Erfolgsaussichten verbunden sind (Herrmann & Huber 2013), wogegen somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen zu einem schlechten Outcome tendieren (Herrmann & Huber 2013; Liebherz et al. 2015; Reuter et al. 2014). Darüber hinaus scheint es auch zu einem häufigeren Wiederanstieg depressiver Symptome in der Katamnese bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu kommen (Unger et al. 2013). Zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen Beutel et al. (2005), die keinen Effekt der Diagnosen einschließlich der Persönlichkeitsstörungen auf die Symptombelastung bei Katamnese fanden.

Nicht verwunderlich liegt daher in Beobachtungsstudien auch die Behandlungsdauer von Persönlichkeitsstörungen über dem Durchschnitt, ebenso aber auch von Posttraumatischen Belastungsstörungen, Ess- und Zwangsstörungen, dissoziativen Störungen sowie Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (Tritt et al. 2003).

Von großer Bedeutung ist jedoch auch die Symptombelastung des Patienten zu Beginn der Behandlung, z. B. gemessen am GSI der SCL-90-R. Eine hohe Symptombelastung ist ein starker Prädiktor für ein schlechtes Behandlungsergebnis (Liebherz et al. 2015; Reuter et al. 2014). Ebenso ist eine lange, chronifizierte Krankheitsdauer bei Aufnahme ein negativer Prädiktor (Beutel et al. 2005; Reuter et al. 2014).

Inwieweit soziodemografische Kennzeichen des Patienten den Behandlungserfolg beeinflussen, bleibt umstritten. In einigen

Untersuchungen findet sich keine oder eine minimale prädiktive Aussagekraft von soziodemografischen oder sozialmedizinischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Familienstand und beruflichem Status (Beutel et al. 2005; Reuter et al. 2014), während in anderen Untersuchungen eine regelmäßige berufliche Tätigkeit, ein weibliches Geschlecht und ein höheres Bildungsniveau zu einem besseren Therapieergebnis beitragen (Herrmann & Huber 2013; Steffanowski et al. 2007). Ein jüngeres Alter des Patienten könnte aber einen günstigen Einfluss auf interpersonelle Veränderungen bewirken (Herrmann & Huber 2013), allerdings auch eine längere Behandlungsdauer hervorrufen (Liebherz et al. 2015).

Bei differenzierter Untersuchung psychischer Charakteristika des Patienten lassen sich ebenfalls Prädiktoren erkennen: Eine si-

chere Bindungsfähigkeit, günstige Voraussetzungen bei den Objektbeziehungsmustern, gemessen im Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO), sowie geringe interpersonelle Probleme (IIP-D) bei Aufnahme, jedoch ebenso eine hohe Motivation zur Psychotherapie sagen günstige Therapieergebnisse voraus (Beutel et al. 2005; Herrmann & Huber 2013). Es verwundert daher nicht, dass bei den Prozesscharakteristika eine schlechte therapeutische Beziehung und das Ausbleiben einer frühen Verbesserung der Symptomatik zu den negativen Prädiktoren des Behandlungsergebnisses zählen (Reuter et al. 2014). Eine längere Therapiedauer speziell von chronifizierten Patienten scheint aber einen günstigen Effekt auszuüben (Steffanowski et al. 2007).

Tabelle 8-3 gibt einen Überblick über die Prädiktoren des Behandlungsergebnisses.

**Tab. 8-3** Prädiktoren des Behandlungsergebnisses und der Behandlungsdauer  
(Literaturhinweise im Text)

| Prädiktor                                       | Behandlungsergebnis | Behandlungsdauer |
|-------------------------------------------------|---------------------|------------------|
| Diagnosen:                                      |                     |                  |
| Depressive Erkrankungen                         | +/0                 |                  |
| Somatoforme Störungen                           | -/0                 |                  |
| Persönlichkeitsstörungen                        | -/0                 | +                |
| Posttraumatische Belastungsstörung              |                     | +                |
| Essstörungen                                    |                     | +                |
| Zwangsstörungen                                 |                     | +                |
| Dissoziative Störungen                          |                     | +                |
| Im Kindes- und Jugendalter beginnende Störungen |                     | +                |



Tab. 8-3 Fortsetzung

| Prädiktor                                            | Behandlungsergebnis                   | Behandlungsdauer |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| Klinische Charakteristika:                           |                                       |                  |
| Hohe Symptombelastung bei Aufnahme                   | –                                     |                  |
| Chronizität                                          | –                                     |                  |
| Soziodemografische Variablen:                        |                                       |                  |
| Weibliches Geschlecht                                | +/0                                   |                  |
| Höheres Bildungsniveau                               | +/0                                   |                  |
| Regelmäßige berufliche Tätigkeit                     | +/0                                   |                  |
| Jüngeres Alter                                       | +/0<br>(nur interpersoneller Bereich) | –                |
| Psychische Patientencharakteristika:                 |                                       |                  |
| Sichere Bindungsfähigkeit                            | +                                     |                  |
| Adaptive Objektbeziehungsmuster (IPO)                | +                                     |                  |
| Geringe interpersonelle Probleme (IIP-D)             | +                                     |                  |
| Hohe Motivation                                      | +                                     |                  |
| Prozesscharakteristika:                              |                                       |                  |
| Ausbleiben einer frühen Verbesserung in der Therapie | –                                     |                  |
| Schlechte therapeutische Beziehung                   | –                                     |                  |
| Längere Therapiedauer bei chronifizierten Patienten  | +                                     |                  |

+ = besseres Behandlungsergebnis bzw. höhere Behandlungsdauer; – = schlechteres Behandlungsergebnis bzw. niedrigere Behandlungsdauer; 0 = kein Einfluss

## Exkurs

### Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie

Dorothee Kress und Götz Berberich

Ist der Nachweis der Wirksamkeit oder gar Überlegenheit einer stationären Psychotherapie bisher

noch schwer oder kaum zu führen, so gilt dies in noch weit größerem Maß für die Erforschung der Wirkfaktoren. Welche Komponenten der stationären Therapie bewirken Veränderungen der Symptomatik der Patienten, der Kompetenzen, der Konflikthaftigkeit oder gar der psychischen Struktur? Insbesondere die Pro-

zessforschung, welche die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung in den Mittelpunkt stellt, versucht sich diesen Fragen zu nähern. Der geringe Grad an Operationalisierung in der Psychotherapie, die Methodenvielfalt und -kombination gerade auch in der stationären, multimodalen Therapie machen aber darüber hinausgehende, evidenzbasierte Aussagen über differenzielle Wirkfaktoren fast unmöglich.

Wirkfaktoren – Ziel vieler Untersuchungen, Gegenstand langer Diskussionen, Hoffnungsträger für jede neue Therapieform –, was in der Psychotherapie wirkt, ist in dem vielfältigen Zusammenspiel der Faktoren nicht einfach zuzuordnen. Doch jeder Kliniker hat Vorstellungen über »das, was wirkt«. Auch ohne wissenschaftliche Absicherung lohnt es sich, einen heuristischen Zugang zu den Wirkfaktoren im Verlauf der stationären Therapie zu suchen.

Stationäre Psychotherapie lehrt uns, den Blickwinkel des Patienten und unseren immer wieder nebeneinanderzustellen, und lässt im kritischen Sichten des Alltags und des dort Erlebten und Gestalteten immer wieder Ausblicke entstehen, die für beide Seiten behandlungsrelevante Informationen bereithalten.

### Die erste Begegnung

Mit der gelebten und erlebten Mischung aus Biografie und aktueller Lebenssituation kommt der Patient zur stationären Aufnahme mit einer individuellen und einzigartigen Definition seiner Geschichte und seiner Selbst. Der bereits analyseerfahrene Patient mit viel kognitivem Wissen über sich und seine Symptomatik kann genauso behandlungsbedürftig werden wie ein vom »Körperarzt« überwiesener Patient, der die klinische Behandlung als letzte Chance sieht. Während Ersterer scheinbar professionell das »Psychovokabular« handhabt und trotzdem keinen Zugang zu seinem seelischen Erleben bekommt, findet der andere es vielleicht eine absurde Vorstellung, dass seine Körpersymptomatik ihn in eine »Psychoklinik« führt. Das ist die Ausgangssituation mit vielen dazwischenliegenden Varianten, die der Patient mitbringt.

Eine Ahnung vom Selbstverständnis des Patienten in Bezug auf sich und seine Erkrankung bildet sich bereits in den nicht formalisierten prästationären Kontakten ab (z. B. vor der Aufnahme stattfindende telefonische oder persönliche Kontakte mit Mitarbeitern, Fragen bei einem unverbindlichen Informations-

abend) ebenso wie dem Erstkontakt in der Aufnahmesituation, deren Variantenreichtum bei aufmerksamer Beobachtung oft schon wegweisendes Material liefert für die Art und Weise, wie der Patient sich in der Welt erlebt und verhält. Wenn immer es zeitlich möglich ist, nehme ich als Klinikleiterin diese erste Möglichkeit der Begrüßung eines neuen Patienten im Wartezimmer wahr. Dieser Erstkontakt mit dem Gehalt von Informationen und Übertragungsgeschehen begleitet mich oft über den gesamten Aufenthalt in Gesprächen mit dem Patienten. Wirkfaktor könnte in dem Fall sowohl das »Gesehen-werden« sein, aber auch eine erste Korrektur eines oft vorhandenen negativen Gefühlsgemisches von Erwartung, Angst und Misstrauen der Leitung als einer Autorität gegenüber, die oft entlastend wirkt. Von Anfang an bemühen sich die dem Patienten am ersten Tag begegnenden Menschen um Kontakte in einem wertschätzenden Rahmen. Die Mitarbeiter sind geschult und angehalten, den individuellen Gestaltungsrahmen des Patienten, auch wenn er mit interaktionell auffälligen Parametern gefüllt ist, wertschätzend, beantwortend und ihm Orientierung gebend zu gestalten. Gleichzeitig ist alles, was beobachtet wird, bereits dokumentationswürdig, d. h. der Patient gestaltet sein Eingangsszenario, das als solches ernst genommen wird und eine erste Diagnostik ermöglicht. Aber auch der Patient erlebt eine seine Haltung zur Klinik prägende Erstsituation in den verschiedenen Begegnungen, die er mit seinen Welt- und Beziehungserfahrungen füllt. Einsamkeit und Alleinseinsgefühl kann genauso wie Teilen der Erfahrung mit Mitpatienten Prozesse von Ablehnung, Übereinkunft oder Zustimmung in Gang setzen.

### Die Pflegesituation

Vor der offiziellen ärztlichen und psychotherapeutischen Untersuchung wird der Patient durch Mitarbeiter des Pflegebereichs aufgenommen und findet dabei Ansprache und Versorgung mit seinen realen Sorgen und Bedürfnissen. Er wird ins Zimmer gebracht, wichtige Abläufe des Klinikalltags werden ihm gezeigt und erklärt. Er wird einzeln durchs Haus geführt und kann seine Überlegungen, Bedenken, Ängste, Zweifel und positiven Rückmeldungen erst einmal äußern in einer ihm zugewandten Alltagssituation. Oft stellt sich dieser Kontakt als tragfähig über den gesamten Aufenthalt her, insbesondere in

krisehaften Zuspitzungen, da in diesem Erstkontakt beide Seiten noch nicht Wissende sind, d. h. der Raum kann verhältnismäßig vorurteils- und wertungsfrei gefüllt werden. Die Verunsicherung in der unbekannten Situation lässt die Qualität des individuell Versorgtwerdens besonders intensiv erscheinen, löst also auch entsprechende Übertragungsgefühle aus, die meist positiv getönt sind im Sinne von Sicherheit und Halt vermittelt zu bekommen. Gleichzeitig ist die Bindung an den Ort noch nicht so groß, dass der Patient nicht auch kritische Dinge äußern kann, er darf prüfen und hat noch nichts zu verlieren. Vor diesem Hintergrund sind die Authentizität der Begegnung gewährleistet und wenig durch Anpassung entfremdet, worauf sich in späteren krisenhaften Zuständen rückbezogen werden kann. Ein nicht unwesentlicher Punkt in dieser pflegerischen Aufnahme ist die Bekanntmachung der potenziellen Zimmernachbarn miteinander, mit der oft eine erste interaktionelle Hürde erleichtert und vielleicht ein Stück Basis für eine erste Verständigung geschaffen wird. Die Hilfe bei der Kontaktabahnung stellt für die oft verletzten und dem Fremden gegenüber misstrauischen Patienten eine Atmosphäre her, in der Entängstigung stattfinden kann und ein Klima geschaffen wird, in dem erste Spuren von Vertrauen zumindest möglich werden können. Auch hierbei ist als Wirkfaktor die Korrektur von gemachten Erfahrungen zu nennen. Es eröffnen sich vielleicht ein Raum von Wertschätzung und damit eine andere Tönung des Fühlens in der Welt.

### Die Anamnese

Der spontan berichtete Teil der Anamnese im Erstgespräch ermöglicht dem Patienten, einen Raum mit seiner Vorstellung von sich und seiner Krankengeschichte zu füllen, in der bei dem Patienten die Erzählung der Ereignisse rund um die Entwicklung der Symptomatik oft unerwartete neue Aspekte entstehen lassen. Diese entstehen durch den professionellen Zuhörer, mit dessen Blickwinkel das Gesagte eine neue Verbindlichkeit und oft eine andere Gewichtung bekommt. Der Patient muss in der konzentrierten Schilderung Entscheidungen treffen, was er für berichtenswert hält. Es entwickelt sich oft eine Prioritätensetzung, sowohl in Bezug auf die Schilderung der Symptomatik als auch in Bezug auf die Schilderung lebensgeschichtlicher Details. Über das dann folgende Nachfragen des Anamnestikers werden für den

Patienten unerwartete Schwerpunkte gesetzt, in die auch die Gewichtung des bio-psycho-sozialen Aspektes eingehen. Das heißt: Der Patient muss sich sehr aktiv mit einem entstehenden Dialog auseinandersetzen, in dem ggf. unterschiedliche Sichtweisen das erste Mal aufeinanderstoßen. Ähnlich wie die erste Begegnung mit den Mitarbeitern der Pflege findet auch diese erste gemeinsame Sichtung der Entwicklung der Symptomatik und deren Beziehung zur Lebensgeschichte als emotional intensives Kontaktgeschehen statt, in dem der Therapeut erste Hypothesen bezüglich der Psychodynamik entwickelt und Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse beobachtet und erlebt werden können.

### Die körperliche Aufnahmeuntersuchung

Getrennt von der anamnestischen Situation findet die körperliche Aufnahmeuntersuchung in einem Untersuchungsraum statt, der als Ort medizinischer Interventionen erkennbar ist. Abgesehen von der Selbstverständlichkeit, dass die Information über den körperlichen Zustand des Patienten zur Diagnostik gehört, sind die Schilderungen und ggf. die Sichtung körperlicher Symptomatik (z. B. Spuren von Selbstverletzung) in dieser medizinisch neutralen Form die Eröffnung eines Raums für den Patienten, in dem er mit möglichst wenig Scham und geringerer psychischer Konnotation seine Symptome »arztorientiert« schildern kann. Alle nur denkbaren Spielarten des Umgangs mit der körperlichen Symptomatik von Medizinalisierung über Verleugnung bis zu ausgeprägter Scham zeigen sich hier und können vom Untersucher beobachtet und dokumentiert werden. Begrenzungen auf das medizinisch Notwendige bis zur Entwicklung der Untersuchung in eine erste bedeutende Behandlungseinheit in Bezug auf den Zusammenhang von körperlichem und seelischem Geschehen können Ausformungen dieser Untersuchung sein. Ähnlich wie bei den anderen Erstkontakten sind hohe Authentizität und psychosomatische Geschultheit wichtige Kriterien dafür, dass auch diese Untersuchung bereits zum Spektrum der Wirkfaktoren gehören kann. Krankheitsängste, Leidensdruck und erste Differenzierung der Pharmakotherapie sind Inhalt dieser Erstuntersuchung. Auch hier ist mit einem nachhaltigen Eindruck zu rechnen, da für den Patienten dieser Kontakt der erste ärztliche Kontakt ist, d. h. in seiner Definition als Patient bekommt diese Begegnung einen besonderen

Stellenwert und ist oft mit großen Erwartungen verbunden.

### Die therapeutische Gemeinschaft

Durch die Teilnahme an einem Informationsabend oder auch durch die ersten therapeutischen Kontakte lernt der Patient den Blickwinkel kennen, dass sich jeder der Patienten einzigartig mit seinen Fähigkeiten, Ressourcen und Ängsten in der Gemeinschaft abbildet und wir ihn ermutigen, seine dabei gemachten Erfahrungen zu reflektieren und – wo immer es sich anbietet – mitzuteilen. Er weiß auch, oder hat zumindest gehört, dass dabei viele Dinge relevant sind oder werden, die ihm selbst gar nicht unbedingt zugänglich sind bzw. erst in der Spiegelung durch andere bemerkbar werden. In der noch nicht vertrauten Umgebung werden oft Unsicherheiten oder Ängste mobilisiert, gleichzeitig findet auch ein Rückgreifen auf vertraute Schutzmaßnahmen statt, sei es im Dienste der Anpassung oder der Abwehr. Die Ermutigung, sich diesem Erleben und auch dem Geschehen zu stellen, ist im stationären Milieu in der Regel immanent enthalten und wird an vielen Stellen auch noch einmal ausdrücklich ausgesprochen. Vom ersten Tag an lohnt es sich, den Patienten auf die Wahrnehmung seiner Selbst und der Spuren, die er setzt oder auslöst, aufmerksam zu machen. Die Auseinandersetzungen um die Regularien der Hausordnung sind der Raum, in dem alle Spielarten der Konflikt- und Strukturmodi sichtbar und benennbar werden. Hier wird schon deutlich, welch eine Vielfalt von Beobachtungs- und Wirkelementen eine Rolle spielen, wenn man das Alltagsgeschehen beobachtet und gewichtet.

### Die Zweitsicht durch den Leitenden

Das Gespräch nach dem Aufnahmetag bei dem verantwortlichen Klinik- oder Stationsleiter dauert in der Regel nicht länger als 15 Minuten, stellt aber, ähnlich wie die Begrüßung des Patienten und die 14-tägigen kurzen Gespräche im Rahmen der Chefarztvisite, ein unverzichtbares Element für die Überprüfung der Indikationsstellung und die Teilnahme am Behandlungsprozess dar. Für den Patienten bedeutet es, dass nach dem Erstkontakt in der Begrüßung einen Tag später ein vertiefter Kontakt stattfindet, in dem seine Geschichte um Fragen nach seiner Hypothese bezüglich der Symptomstehung und seinen Behand-

lungszielen ergänzt wird. Unter dem Aspekt der Gewichtung dieses ersten Tages und der Kenntnis der darüber verfassten Informationen ist es für den Klinikleiter vor dem Hintergrund seiner Erfahrung in diesem kurzen Zeitraum gut möglich, zu erwartende Hürden der Behandlung oder vermutliche Schwierigkeiten für den Patienten in der Auseinandersetzung mit dem stationären Milieu zu formulieren, aber auch Empathie für den vorhandenen Leidensweg und prognostische Aussichten zu thematisieren. Begrenzungen von Erwartungen können genauso wichtig sein wie Mut machende Hoffnung, charakterneurotische Verhärtungen oder chronifizierte Somatisierungen können als Behandlungshürde neutral und fachlich formuliert werden als Anfang eines langen Weges, ohne den Patienten zu kränken. Als deutliches Zeichen des wertschätzenden Gesehenwerdens vom Gesamtteam einschließlich der Leitung behalten diese ersten Aussagen einen hohen Stellenwert für den gesamten Behandlungsprozess und werden als Orientierung für die Entwicklung genutzt. Das zweite Anliegen dieses Gespräches ist die Auswahl des Einzeltherapeuten, idealerweise jemandem, von dem man in Bezug auf Passung und Behandlungsstil eine positive Beziehungsgestaltung mit diesem Patienten erwartet. Es kann aber auch eine Vorbeschreibung von Übertragungswiderständen geben, die man forciert, wenn man z. B. dem Geschlechtswunsch des Patienten für den Therapeuten aus bestimmten Gründen nicht nachkommt. Günstig für den Anfang der Behandlung ist, zu erwartende Reibungen oder Schwierigkeiten offen und klar zu benennen. Wird für den Fall, dass dieses eintritt, gleichzeitig Unterstützung zugesichert und beides als zum Behandlungskonzept gehörig definiert, sind diese Erfahrungen größtenteils positiv und schaffen oft ein erstes Arbeitsbündnis, worauf man sich bei Auftauchen der Konflikte dann beziehen kann. Dass Konflikte notwendigerweise zur Behandlung dazugehören, ist eine immer wieder zu benennende Tatsache. Unter dem Aspekt der Lern- und Bewältigungsmöglichkeit und der Ressourcenaktivierung kann man mit dem Ansprechen sowohl Fehlerwartungen als auch regressiven Tendenzen schon am Anfang der Behandlung begegnen und entsprechende Weichenstellungen setzen. Die Möglichkeit, mit diesem Gespräch sowohl eine Therapeutenauswahl zu treffen und diese dann auch begründen zu können, ist eine fast durchweg vertrauensbildende

Maßnahme, da sich der Patient auch bei auftauchenden Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess ggf. nochmal auf dieses Gespräch berufen und entsprechende Unterstützung holen kann. Dadurch werden nur selten Therapeutenwechsel notwendig. Dass dieses Prozedere ein bedeutender Wirkfaktor in Bezug auf Beziehungsanbahnung, Prozessplanung, Fokusbildung und Sicherung einer professionellen Vorgehensweise darstellt, ist eine sich immer wieder bestätigende Erfahrung.

## Literatur

- Ambresin G, Despland JN, Preisig M, de Roten Y. Efficacy of an adjunctive brief psychodynamic psychotherapy to usual inpatient treatment of depression: rationale and design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 182. doi: 10.1186/1471-244X-12-182.
- Bering M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 234–45.
- Beutel ME, Höflich A, Kurth R, Brosig B, Gieler U, Leweke F, Milch WE, Reimer C. Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie – Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51: 145–62.
- Beutel ME, von Heymann F, Bleichner F, Tritt K, Hardt J. Wie wirksam ist psychosomatische Therapie bei somatoformen Störungen? Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 2014; 60: 17–24.
- Cuijpers P, Clignet F, van Meijel B, van Straten A, Li J, Andersson G. Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta-analysis. *Cin Psychol Rev* 2011; 31: 353–60.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. DOI: 10.6101/AZQ/000364. [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de) (letzter Zugriff: 15. 11. 2017) (\* Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, ACKPA, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGPP, DGPT, DGVT, DPG, DPV, DPtV, DVT, GwG, Stiftung Deutsche Depressionshilfe).
- Dinger U, Köhling J, Klipsch O, Ehrenthal JC, Nikendei C, Herzog W, Schauenburg H. Tagesklinische und stationäre Psychotherapie der Depression (DIP-D) – Sekundäre Erfolgsmaße und Katamneseergebnis einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie. *Psychother Psych Med* 2015; 65: 261–7.
- Franz M, Janssen P, Lensche H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Wöller W, Hartkamp N, Schneider G, Heuft G. Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother* 2000; 46(3): 242–58.
- Guidi J, Fava GA, Fava M, Papakostas GI. Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: A preliminary meta-analysis. *Psychol Med* 2011; 41(2): 321–31. doi: 10.1017/S0033291710000826 [pii]S0033291710000826.
- Haase M, Frommer J, Franke GH, Hoffmann T, Schulze-Muetzel J, Jäger S, Grabe HJ, Spitzer C, Schmitz N. From symptom relief to interpersonal change: Treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy. *Psychother Res* 2008; 18(5): 615–24.
- Henneberg B, Margraf J, Wendler S. Effectiveness-Studie eines psychosomatischen Akutkrankenhauses – Patientenmerkmale, Behandlungserfolg und Zufriedenheit. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 2010; 87: 96–106.
- Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, Egberts K, Warnke A, Wewetzer C, Pfeiffer E, Fleischhaker C, Scherag A, Holtkamp K, Hagenah U, Bühren K, Konrad K, Schmidt U, Schade-Brittinger C, Timmesfeld N, Dempfle A. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* 2014; 383(9924): 1222–9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62411-3.
- Herrmann AS, Huber D. Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2013; 59: 273–89.

- Hiller W, Fichter MM, Rief W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *J Psychosom Res* 2003; 54: 369–80.
- Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(4): 621–32.
- Huber D, Zimmermann J, Henrich G, Klug G. Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients – a three-year follow-up study. *Z Psychosom Med Psychother* 2012; 58: 299–316.
- Kirschman H, Steyer R, Mayer A, Joraschky P, Schreiber-Willnow K, Strauss B. Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: An observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychother Res* 2012; 22(1): 95–114.
- Köhler S, Hoffmann S, Unger T, Steinacher B, Dierstein N, Fydrich T. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20: 97–106.
- Lambert M (ed). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley 2013; 169–218.
- Lampe A, Mitmansgruber H, Gast U, Schüssler G, Reddemann L. Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatr* 2008; 22(3): 189–97.
- Lange M, Krohn-Grimberghe B, Petermann F. Mittelfristige Effekte einer multimodalen Behandlung bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom. Ergebnisse einer kontrollierten Wirksamkeitsstudie. *Schmerz* 2011; 25(1): 55–61. doi: 10.1007/s00482-010-1003-2.
- Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 2005; 86: 841–68.
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1208–16.
- Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C. The empirical status of psychodynamic psychotherapy – an update: Bambi's alive and kicking. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 129–48.
- Liebherz S, Rabung S. Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Metaanalyse. *Psychother Psych Med* 2013; 63: 355–64.
- Liebherz S, Rabung S. Do patient's symptoms and interpersonal problems improve in psychotherapeutic hospital treatment in Germany. A systematic review and metaanalysis. *PLoS One* 2014; 9(8): e105329.
- Liebherz S, von Wolff A, Kriston L, Rabung S. Welche Merkmale sagen die Behandlungsdauer und das Behandlungsergebnis von psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung voraus? Eine Metaanalyse für den deutschsprachigen Raum. *Psychiatr Prax* 2015; 42(4): 181–90. doi: 10.1055/s-0034-1387548.
- Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depress Anxiety* 2009; 26: 1086–109.
- Probst T, von Heymann F, Zaudig M, Konermann J, Lahmann C, Loew T, Tritt K. Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung – Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie. *Z Psychosom Med Psychother* 2009; 55: 409–20.
- Reuter L, Bengel J, Scheidt CE. Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation – Eine systematische Übersicht. *Z Psychosom Med Psychother* 2014; 60: 121–45.
- Rudolf G, Manz R, Öri C. Ergebnisse psychoanalytischer Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 1994; 40: 25–40.
- Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel, Leonhart R, Berger M. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 768–77.
- Stasch M, Schmal H, Hillenbrand E, Cierpka M. Fokuserorientierte Interventionen mit der OPD in der stationären Psychotherapie: Effekte auf Ergebnis und Verlauf der Behandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 2007; 53: 309–23.
- Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J, Wittmann WW, Nübling R. Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation – MESTA-Studie. Bern: Huber 2007.
- Tritt K, von Heymann F, Loew TH, Benker B,



- Bleichner F, Buchmüller R, Findeisen P, Galuska J, Kalleder W, Lettner F, Michelitsch B, Pfitzer F, Stadtmüller G, Zaudig M. Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. *Psychother Psychiatr Psychother Med Klin Psychol* 2003; 8: 244–51.
- Unger T, Hoffmann S, Köhler S, Mackert A, Fydrich T. Personality disorders and outcome of inpatient treatment for depression: a 1-year prospective follow-up study. *J Pers Disord* 2013; 27(5): 636–51.
- Van Wilgen CP, Dijkstra PU, Versteegen GJ, Fleuren MJ, Stewart R, van Wijhe M. Chronic pain and severe disuse syndrome: long-term outcome of an inpatient multidisciplinary cognitive behavioural programme. *J Rehab Med* 2009; 41(3): 122–8. doi: 10.2340/16501977-0292.
- Zeeck A. Therapieergebnisse und Verlaufsmuster stationärer und tagesklinischer Behandlung der Depression. Kongressmitteilungen. DGPM-Kongress, Berlin, 2015.
- Zeeck A, von Wietersheim J, Weiss H, Beutel M, Hartmann A. The INDDEP-Study. Inpatient and day hospital treatment of depression – symptom course and predictors of change. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 100.
- Zielke M. Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Zeltz Psychologie Verlags Union 1993.

## 9 Nebenwirkungen – Risiken der Behandlung

Christian Fricke-Neef und Michael Hölzer

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel soll es vor allem um die speziellen Risiken, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen stationärer Psychotherapien gehen, die nicht in allen Aspekten denen ambulanter Psychotherapien entsprechen. Die verschiedenen Risiken und Nebenwirkungen stationärer Behandlungen und deren vielfältige Ursachen sollen differenziert dargestellt werden. Auch die Notwendigkeit, Patienten diesbezüglich vorab aufzuklären, wird herausgearbeitet.

### 9.1 Vorbemerkungen

Der »gesunde Menschenverstand« lässt manchen vielleicht annehmen, Psychotherapie und auch stationäre Psychotherapie seien nebenwirkungsarme, wenn nicht gar nebenwirkungsfreie Verfahren. Dies kann allerdings nach unserer Erfahrung wie auch durch die relativ wenigen Studien über Nebenwirkungen einer stationären Psychotherapie schon bezüglich der Ausgangssymptomatik nicht bestätigt werden, denn wo gehobelt wird, fallen Späne – wo viel gehobelt wird, fallen mehr Späne. Demnach wäre zu erwarten, dass in stationären Psychotherapien, in denen im Vergleich zu ambulanten Therapien mit größerer Intensität gearbeitet werden kann (und manchmal mehr Therapieerfolge in kürzerer Zeit erreicht werden können; ► Puschner et al. 2004), auch mehr unerwünschte und schädliche Wirkungen auftreten. Rein quantitativ scheint es dafür in der Literatur allerdings bisher keine Hinweise zu geben.

In einer Studie von Spitzer et al. (2008) wurden über zwölf Jahre 130 Patienten auf

einer Psychotherapiestation mit einem psychoanalytisch-interaktionellen multidisziplinären Behandlungsangebot bezüglich des Verlaufs untersucht. Am Ende der Therapie galten 34,6 % der Patienten in ihrer Ausgangssymptomatik als geheilt, 30,0 % als gebessert, 23,8 % als unverändert und 11,5 % als verschlechtert. Vielmehr scheint die Vorstellung, Psychotherapie sei ein nebenwirkungsfreies Verfahren, aufseiten der Patienten einen Risikofaktor für Symptomverschlechterungen darzustellen (Mohr 1995). Dem kann eine Aufklärung über Nebenwirkungen entgegenwirken: Je klarer diese erfolgt und je stärker diese Möglichkeit in das Therapiekonzept der Patienten integriert wird, desto weniger scheinen sich Symptomverschlechterungen als Nebenwirkungen einzustellen (Freyberger 2008).

Brakemeier et al. (2012) weisen am Beispiel einer Erhebung, welche die spezifischen Nebenwirkungen des stationären »Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy« (CBASP)-Konzeptes an 40 Patienten untersucht, darauf hin, dass negative Effekte, Symptomverschlechterungen und gravierende Lebensveränderungen zwar bei 40–60 % der Patienten vorkommen, diese jedoch in keinem Zusammenhang mit dem Ansprechen auf eine Therapie stehen und letztlich nur kurzfristig auftraten bzw. von den Patienten gut verarbeitet werden konnten. Das Auftreten von Nebenwirkungen muss daher immer in einen Zusammenhang zum kurz- und vor allem zum langfristigen Therapieergebnis gestellt und von seiner Kosten-Nutzen-Relation her bewertet werden.

## 9.2 Definitionen

Hinsichtlich der allgemeinen Risiken von Psychotherapie sowie der oftmals unscharfen Begrifflichkeiten und Definitionen sei auf die entsprechenden Standardwerke (Linden & Strauß 2012; Märtens & Petzold 2002) sowie auf das Kapitel über »Juristische Aspekte« (► Kap. 37) verwiesen, in welchem auch auf Aufklärungs- und Informationspflichten eingegangen wird.

Grundsätzlich lassen sich Risiken und Nebenwirkungen kategorial folgendermaßen differenzieren (Hoffmann et al. 2008):

- trotz richtiger Indikationsstellung für eine Therapietechnik oder Methode und ihrer angemessenen Anwendung bleibt die Therapie erfolglos oder es kommt zu Nebenwirkungen, zu Verschlechterungen oder neuen Symptomen
- Verstöße gegen die Regeln der Kunst
- mangelnde Passung zwischen einer Psychotherapeutenpersönlichkeit und einer Patientenpersönlichkeit – übersetzt auf den stationären Kontext: mangelnde Passung zwischen sozialen Kontextfaktoren des Patienten und den institutionellen Bedingungen einer Klinik

Im Folgenden sollen zunächst mögliche Risiken, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen erwähnt werden, die der ersten Kategorie entsprechen, welche also trotz im Prinzip richtiger Indikationsstellung und einer angemessenen Anwendung einer Therapietechnik zustande kommen.

## 9.3 Typische Risiken und Nebenwirkungen einer stationären Psychotherapie

Die für (teil-)stationäre Behandlungen typischen Risiken und Nebenwirkungen können sein:

- Selbst- und Fremdgefährdung
- kein stabiles Arbeitsbündnis
- interpersonelle Konflikte
- zusätzliche, neue Symptome
- unerwünschte soziale Folgen
- regressive Entwicklungen
- Zerstörung des therapeutischen Raumes

Es sind im Übrigen auch die Risiken und Nebenwirkungen, über die wir unsere Patienten vor Beginn der Therapie in ambulanten Vorgesprächen aufklären. Da jedoch in solchen ambulanten Kontakten eine Vielzahl (miteinander konkurrierender) Gesichtspunkte abgeklärt werden muss, wie die Überprüfung der Diagnose und der Indikation, diesbezüglich aber wenig Zeit zur Verfügung steht und Patienten in aller Regel auch nur begrenzt aufnahmefähig sind, hat es sich bewährt, diese Aufklärung als Prozess zu konzipieren. Weitere wichtige Stationen in diesem Prozess sind dann später das Aufnahmegespräch am ersten Tag der eigentlichen Behandlung wie auch eine wöchentliche Einführungsveranstaltung für die Gruppe aller neu aufgenommenen Patienten. Hier bietet sich erfahrungsgemäß eine sehr gute Gelegenheit, über Risiken und Nebenwirkungen einer stationären Behandlung zu sprechen, nicht nur weil sich der Trubel der ersten Tage dann bereits etwas gelegt hat, sondern weil es in der Gruppe erfahrungsgemäß zu einer Reihe von interessierten Nachfragen und damit zur Diskussion der entsprechenden Punkte kommen kann.

Während Fälle von Fremdgefährdung eher die Ausnahme in den diversen Settings statio-

närer Psychotherapie darstellen dürften, ist u. E. Selbstgefährdung bis hin zur Suizidalität keinesfalls ausgeschlossen, auch wenn zu Beginn der Behandlung darauf hingewiesen bzw. ein Anti-Suizid-Vertrag abgeschlossen worden sein sollte. Stationäre Therapie zielt zwar generell auf Stabilisierung, stellt aber in vielerlei Hinsicht (auch z. B. durch kritische Rückmeldungen aus der Gruppe) das Selbstbild eines Patienten infrage und kann deswegen dessen Selbstgefühl so schwer erschüttern, ihn derart kränken und beschämen, dass Suizidimpulse die Folge sind.

Konfliktbedingt können sich auch bestehende Symptome verschlimmern oder neue auftreten. Psychotische Phänomene stellen diesbezüglich die wohl bedrohlichste Komplikation dar, wegen derer gar nicht so selten Patienten (wie im Falle einer ernsthaften Suizidalität auch; ► Kap. 31) in einen geschützten Bereich verlegt werden müssen. Auch sollte man die Gefahr der **sozialen Ansteckung** nicht unterschätzen: In manchen Fällen dienen Mitpatienten – vor allem wenn sie mit ihrer Symptomatik die Aufmerksamkeit anderer erregen – als ein Modell sozialer Konditionierung. Schon manche Patientin hat sich bestimmte Formen der Selbstverletzung in der Klinik einfach abgeschaut bzw. regelrecht erlernt. Während auf Konflikte von Patienten untereinander und Verwicklungen, die sich daraus ergeben können, noch eingegangen werden wird, müssen auch unerwünschte, gleichwohl mögliche soziale Folgen einer stationären Psychotherapie bedacht werden: Partner können irritiert reagieren, potenzielle oder bereits bestehende Arbeitgeber könnten sich aversiv verhalten, Versicherungen Verträge verweigern oder eine Verbeamtung erschwert werden, wenn die stationär psychotherapeutische Behandlung an ungeeigneter Stelle bekannt wird.

Regressive Entwicklungen (► Abschn. 9.5.3) stellen ebenfalls eine eher verbreitete Neben-

wirkung im (teil-)stationären Setting dar, meist als eine Form der Kollusion zwischen überversorgender Institution und der Bereitschaft entsprechender Patienten, Verantwortung an die medizinisch-therapeutische Hierarchie abzutreten. Einen Spezialfall stellt die von Trimborn (1983) beschriebene »Zerstörung des therapeutischen Raums« dar, die eintritt, wenn ein Team die verschiedenen Konfliktanteile eines Patienten nicht mehr integrieren kann bzw. auf dessen Tendenzen zu Spaltung und Projektion mit gereiztem Gegenagieren bis hin zur disziplinarischen Entlassung oder aus Gründen vermeintlicher Unbehandelbarkeit reagiert.

Da stationäre Therapie im Wesentlichen Gruppentherapie ist, lässt sich annehmen, dass sie auch zu mehr interpersonellen Nebenwirkungen führt. Hessler und Lamprecht (1986) haben in diesem Zusammenhang die Effekte stationärer (psychoanalytischer) Behandlung auf den unbehandelten Partner untersucht; 44 unbehandelte Partner wurden ein bis zwei Jahre nach der stationären Therapie des anderen Teils untersucht. Sie konnten bei den nicht behandelten Partnern 16 Suizidversuche, einen erheblichen Anstieg von negativen Lebensereignissen, Krankschreibungen sowie eine verstärkte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen feststellen. Das Vorkommen unerwünschter oder negativer Auswirkungen von stationärer Psychotherapie auf das Befinden des Partners konnte auch in einer prospektiven Untersuchung von 100 Patienten und ihren Partnern gezeigt werden (Nothhelfer 1995).

Diese Befunde könnten u. a. darin begründet sein, dass in (stationären) Therapien kollusive Beziehungskonstellationen nicht hinreichend berücksichtigt werden und zu einseitig individuumzentriert auf die Bearbeitung z. B. altruistischer Beziehungsmuster fokussiert wird.

Folgendes Beispiel soll illustrieren, dass

eine passende Therapietechnik und ein sinnvoll gewählter Therapiefokus zunächst eine günstige Entwicklung anstoßen können, dass sich aber letztlich nicht voraussagen lässt, wie Interventionen von Patientinnen und Patienten verarbeitet werden und zu welchen Fehlentwicklungen sie beitragen können.

Fallbeispiel

Frau A., eine 43-jährige Patientin, kam mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung und einer chronifizierten somatoformen Schmerzstörung erstmalig in stationäre Behandlung. In der Schilderung ihrer häuslichen Interaktionen und in ihrer Beziehungsgestaltung auf der Station fiel auf, in welchem Ausmaß sie harmonisierte, die eigenen Bedürfnisse zurückstellte und in ihrem Wunsch nach Anerkennung und Zuwendung die eigenen körperlichen Belastungsgrenzen immer wieder aus dem Blick verlor. In der Behandlungsplanung wurde verabredet, dass es um eine Veränderung ihrer altruistischen Bewältigungsbemühungen gehen soll mit dem Ziel, dass sie die eigenen Belastungsgrenzen besser beachten lernt, sich hinreichend für die eigenen Belange und Bedürfnisse einsetzt und dabei auch darauf achtgibt, was sie anderen dabei zumuten kann.

Nach einem Belastungswochenende in der zweiten Therapiehälfte, das sie mit ihrem Ehemann und den beiden pubertierenden Kindern verbracht hatte, berichtete sie von einem heftigen Streit um die häuslichen Pflichten und Aufgaben. Sie hatte von den anderen Familienmitgliedern gefordert, nicht nur mehr Tätigkeiten im Haushalt zu übernehmen, sondern sie gleichsam für ihre jahrelange Aufopferung zu entschädigen und sie mehr zu versorgen. Jahrelang habe sie dies für die anderen übernommen, jetzt sei sie auch einmal »dran«.

In ihrem Beharren auf diesem vermeintlichen Recht hatte sie übersehen, dass die anderen zwar bereit gewesen wären, sie etwas zu entlasten, aber ihre Einschätzung, ihr etwas schuldig zu sein, nicht teilten.

Den Bemühungen der Einzeltherapeutin, dieser Pendelbewegung der Patientin von einem Extrem ins andere etwas entgegenzusetzen, schien sie nicht mehr zugänglich. Auch den Hinweis auf das eingangs verabredete Therapiethema (Was kann sie anderen von den eigenen Wünschen und Bedürfnissen zumuten?) ließ sie nicht gelten. Jahrelang hätten die anderen auf ihre Kosten gelebt, jetzt müssten sie ihr auch etwas zurückgeben. Und diese Erkenntnis bewerte sie im Übrigen als Therapieerfolg, den sie sich von nichts und niemandem mehr nehmen lasse.

9.4 Abschätzung der Schwere von Nebenwirkungen

Zur Erfassung und Einschätzung der Schwere von Nebenwirkungen eignet sich die von Haupt et al. (2012) vorgeschlagene Schweregradeinteilung (► Tab. 9-1), auch wenn diese nur ein relativ grobes Raster darstellt.

Tab. 9-1 Erfassung und Einschätzung der Schwere von Nebenwirkungen (nach Haupt et al. 2012)

| Schweregrad                                                | Konsequenz                                                                                   |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leicht (z. B. kurzfristige Verschlechterung des Befindens) | keine                                                                                        |
| Mittelgradig                                               | überdauernde Beeinträchtigung, vermehrte Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft |
| Schwer                                                     | Kündigung des Arbeitsplatzes                                                                 |
| Sehr schwer                                                | unwiderrufliche Schädigung, Scheidung, Herzinfarkt                                           |
| Extrem                                                     | Lebensgefahr, akute Suizidalität                                                             |

Vor allem in vollstationären Therapien, die heimatfern stattfinden, können sich die Vorteile eines stationären Behandlungssettings (Entlastung von alltäglichen Verpflichtungen, Möglichkeit zur Bilanzierung der Lebenssituation und der Lebensänderung, räumliche Distanz zu dysfunktionalen Faktoren und höhere Therapedosis; ▶ Schneider & Funke 2002) rasch ins Gegenteil verkehren, wenn Patienten meinen, radikale und lebensverändernde Entscheidungen treffen zu müssen. Mit Distanz zu sonst Halt gebenden Beziehungen und Strukturen und unterstützt durch die Sicherheit des stationären Settings trauen sich gerade Patienten mit abhängigen Persönlichkeitsanteilen oft mehr Entscheidungen zu, als sie hinterher verarbeiten können, bzw. bereuen diese eventuell später.

## 9.5 Ursachen und Gründe

### 9.5.1 Zur Interdependenz von Patienten-/Therapeutenvariablen und Behandlungsabbrüchen

Für eine stationäre psychosomatische Krankenhausbehandlung stellen Therapieabbrüche ein wesentliches Problem dar, und zwar sowohl als Folge von Nebenwirkungen als auch als deren Ursache. Für den abbrechenden Patienten fehlt u. U. eine passende Nachfolgebehandlung, sodass das Risiko der Verschlechterung oder der Chronifizierung der Erkrankung besteht. Zudem kann es als ein erneutes Scheitern erlebt werden und zur Verfestigung eines negativen Selbstkonzepts beitragen. Für die verbleibende Patientengruppe können Therapieabbrüche zur Infragestellung einer positiven Therapieerwartung und einer Verunsicherung und Entwertung einer noch nicht stabilen Beziehung zwischen Patient und Behandlerteam beitragen. Des Weiteren kann der Therapieabbruch im Sinne einer

Vorbildfunktion Abbruchgedanken und Abbrüche bei ambivalent motivierten Patienten bewirken. Für das Behandlerteam kann der Abbruch ebenfalls als ein Scheitern der eigenen Behandlungsbemühungen und als Misserfolg erlebt werden (Spitzer et al. 2016).

Etwa 12,5% der Patienten beenden eine stationäre Psychotherapie aus Sicht des behandelnden Teams vorzeitig (Reuter et al. 2014). Dabei können folgende Risikofaktoren (**Patientenmerkmale**) ermittelt werden:

- junges Alter
- Erwerbslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit
- Diagnose einer Essstörung, einer somatoformen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung
- geringe Symptombelastung bei Therapiebeginn

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass bei einem überwiegend gruppenzentrierten Therapiekonzept – wie es in den meisten Kliniken praktiziert wird – ähnliche Patientenmerkmale für Therapieabbrüche und das Auftreten von Nebenwirkungen eine Rolle spielen, wie sie für Gruppentherapien in der Literatur beschrieben sind (Freyberger & Spitzer 2014).

Problematische Patientenmerkmale bestehen vor allem in Folgendem:

- frühere negative Therapieerfahrungen
- narzisstische, schizoide und dissoziale Persönlichkeitsstrukturen; Misstrauen, Paranoia, interpersonelle Impulsivität und autoaggressive Symptomäquivalente
- unscharf definierte Beziehungsprobleme und unzureichende interpersonelle Kompetenzen
- soziales Vermeidungsverhalten und die Neigung, Außenseiterrollen zu übernehmen
- Konflikte um Selbstöffnung und Intimität



Spitzer et al. (2008) konnten in einer Untersuchung zur Symptomverschlechterung im stationären Setting weder bezüglich Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildung, Ausbildungsgrad oder Bindungs- und Kommunikationsverhalten noch hinsichtlich der Hauptdiagnosen einen Unterschied zwischen den verschiedenen Misserfolgskategorien feststellen. Allerdings waren die Patienten der Gruppe, die sich nach Therapieende verschlechtert hatte, häufiger und schwerer traumatisiert und hatten häufiger eine weitere Achse-I-Störung. In einer naturalistischen Psychotherapiestudie der Tiefenbrunner Klinik gaben von 1239 Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung 18,7% an, dass sich ihre Symptomatik entweder nicht verbessert oder sogar verschlechtert habe; vonseiten der Bezugstherapeuten wurde bei 11,1% ein Misserfolg festgestellt. Zusammenfassend konnte konstatiert werden, dass Patienten mit Cluster-B- sowie mit kombinierten Persönlichkeitsstörungen über alle Ergebnismaße weniger von der stationären Psychotherapie profitierten als Patienten mit Cluster-A- oder Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen (Spitzer et al. 2012).

Die o.g. Patientenmerkmale stellen einerseits eine Hypothek für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf dar, andererseits indizieren sie eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit. Zugleich stellen sie aber auch den Therapeuten bzw. das Behandlungsteam vor schwierige Herausforderungen und lassen das Entstehen negativer Gegenübertragungsreaktionen wahrscheinlicher werden. Diese können sich z. B. in einem

- vermehrten Ausdruck negativer Affekte,
- zu konfrontativen Interaktionsstil oder
- einem zu starren Festhalten an Therapiemanualen

zeigen, also in **Therapeutenmerkmalen**, die sich ihrerseits als nebenwirkungs- und abbruchassoziiert erwiesen haben.

Dementsprechend konnte gezeigt werden, dass es erfolgreiche und weniger erfolgreiche bzw. effektive und weniger effektive Therapeuten gibt, die unterschiedlich ungünstige Verläufe produzieren (Okiishi et al. 2003; Sandell et al. 2006; Spitzer et al. 2015; Wampold & Bolt 2006). Demnach scheint der beste Prädiktor für einen effektiven Therapeuten nach Ergebnissen von Diskriminanzanalysen dessen Einfühlungsvermögen zu sein. Zusätzlich scheinen recht einfache Mittel – wie etwa ein Therapeutenfeedback – einen Einfluss auf die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung und damit auf den Behandlungserfolg zu haben. So konnten Shimokawa et al. (2010) in einer Metaanalyse nachweisen, dass sich Verschlechterungsraten von 20% der Fälle auf 13% reduzieren lassen, wenn Therapeuten eine Rückmeldung über den Therapiefortschritt ihrer Patienten erhalten; werden zusätzlich Problemlösestrategien an die Hand gegeben, verringert sich die Verschlechterungsrate um weitere 5,5% bei gleichzeitiger Verdopplung des positiven Outcome.

### Fallbeispiel

Vier Wochen nach Ende der stationären Therapie von Frau R. erfährt der Bezugstherapeut, dass Frau R. einen schweren Suizidversuch begangen hat, nachdem sie zunächst in einem – aus therapeutischer Sicht – etwas gebesserten Zustand entlassen worden war. In der Patientenbefragung zur Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung (Helping Alliance Questionnaire [HAQ]; Alexander & Luborsky 1986) fiel nach einem anfangs eher durchschnittlichen Wert eine Verschlechterung in der Zwischen- und Enderhebung auf. Offenbar muss es während der Therapie zu einem Bruch oder einer Verschlechterung der therapeutischen Beziehung gekommen sein, die von Frau R. nicht offen kommuniziert und vom Therapeuten nicht bemerkt wurde.

Eine zeitnahe Rückmeldung während der Therapie hätte den Therapeuten in die Lage ver-

setzt, die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit anzusprechen, um so auf eventuelle Fehler und Missverständnisse eingehen zu können.

In der (teil-)stationären Therapie ließe sich evtl. erwarten, dass die Varianz der Therapeuteneffekte erheblich ist, da meist eine Mischung anzutreffen ist, die sich aus wenig erfahrenen Therapeuten, Weiterbildungsassistenten mit unterschiedlichem Ausbildungsniveau, erfahrenen Fachärzten und Mitgliedern anderer Berufsgruppen zusammensetzt, die ebenfalls sehr unterschiedliche Erfahrungshorizonte aufweisen. Berufserfahrung und Umfang der Psychotherapieausbildung scheinen jedoch nur einen geringen Einfluss auf das Behandlungsergebnis zu haben: *»Während es in früheren Untersuchungen wiederholt nicht gelungen war, einen Effekt von Psychotherapieausbildung auf das Therapieergebnis nachzuweisen, scheint inzwischen festzustehen, dass Psychotherapieausbildung einen Effekt hat, der jedoch gering ist«* (Atkins & Christensen 2001; ► auch Wöller 2016).

Im klinischen Kontext mit oft schwerer gestörten Patienten kann neben den o.g. feindseligen Botschaften und negativen Reaktionen auch ein unsicherer Bindungsstil des Therapeuten das Therapieergebnis negativ beeinflussen (Schauenburg et al. 2010). Wöller (2016) weist in einem Beitrag über den sogenannten »ausreichend guten Therapeuten« darauf hin, dass die Fähigkeit, Allianzrupturen in der therapeutischen Beziehung zu identifizieren und zu reparieren, wahrscheinlich die entscheidende und zentrale Beziehungskompetenz darstellt, die einen positiven Effekt auf das Behandlungsergebnis hat.

## 9.5.2 Merkmale des Therapieverfahrens

Im Kontext stationärer multimodaler Psychotherapie ist es schwierig, den Risiken und Nebenwirkungen einzelner therapeutischer Elemente und Verfahren auf die Spur zu kommen, sodass sich die Studienlage entsprechend dürftig gestaltet und Daten nur aus der ambulanten Versorgungsforschung zu entnehmen sind.

Mohr (1995) geht von einer höheren Gefährdung für unerwünschte Nebenwirkungen durch die Gestalttherapie aus, da hier eine starke emotionale Aktivierung erfolgt, die unter Umständen nicht ausreichend aufgefangen werden kann. Andere (verhaltenstherapeutisch orientierte) Autoren sehen eine Gefährdung eher in psychoanalytischen Verfahren (► z. B. Hoffmann et al. 2008; Lambert et al. 2001), die aufgrund der Länge und hohen Frequenz, des Settings und der Inhalte zu einer Abhängigkeit sowohl von Therapie als auch vom Therapeuten führen kann. Nach Margraf (2009) scheinen aber jene Therapiemaßnahmen ein höheres Gefahrenpotenzial zu besitzen, die sehr lange dauern, ausgesprochen invasiv, ohne Inter- oder Supervision durchgeführt werden und ein besonderes Machtgefälle aufweisen – unabhängig von ihrer theoretischen Ausrichtung.

## 9.5.3 Regressive Prozesse, maligne Regression und Fehlentwicklungen in verschiedenen Therapiephasen

Im Unterschied zu ambulanten Behandlungen besteht bei stationären Therapien aufgrund der vollstationären Bedingungen einer Krankenhausbehandlung ein höheres Regressionsrisiko. Insbesondere Patienten ohne psychotherapeutische Vorerfahrung erleben möglicherweise bereits den Beginn der Therapie ähnlich unmündig und abhängig wie in

einer somatischen Krankenhausbehandlung: Der Patient wird zu einem bestimmten, von ihm wenig zu beeinflussenden Termin einbestellt, ihm wird ein Bett zugewiesen, in das er sich hineinlegen kann, es werden Therapien »verordnet«, der Therapeut und die übrigen Interaktionspartner können nicht im Hinblick auf Passung ausgesucht werden und es gibt eine Reihe von expliziten und impliziten Regeln, die ihm anfangs nur ansatzweise bekannt sind oder deren Sinnhaftigkeit sich nicht automatisch erschließt, sodass leicht Assoziationen an früheres Abhängigsein geweckt werden oder die Behandlung als Einschränkung der eigenen Freiheit erlebt wird. Patienten fühlen sich in Reaktion darauf dann womöglich passiv-ausgeliefert oder reagieren mit Trotz oder innerem Widerstand, wenn sie auf die Bedingungen und Umstellungen nicht hinreichend vorbereitet und zuvor nicht über die Unterschiede zwischen einer somatischen und einer psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung aufgeklärt wurden.

In manchen Kliniken wird versucht, solch unerwünschten regressiven Prozessen mit Therapievorbereitungsgruppen entgegenzuwirken (► auch Liebler & Huber 2004), oder es werden innerhalb der ersten 14 Tage nach Aufnahme Informationsgruppen zur Aufklärung über Nebenwirkungen und Mitwirkungspflichten durchgeführt.

Während »milde« regressive Prozesse bei manchen Patienten durchaus erwünscht sein können (z. B. im Sinne der Entlastung einer Über-Ich-Problematik bei einer sehr pflichtbewussten, zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitsstruktur oder eine Irritation bei Patienten mit einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur durch unklare Vorgaben und Empfehlungen), können sie bei Patienten mit schweren strukturellen Störungen unter Umständen den Weg in eine maligne Regression bahnen, etwa dann, wenn Verabredungen zu

Halt gebenden Rahmenbedingungen (Hausordnung, Therapievereinbarungen) unklar bleiben, Regeln und Verabredungen willkürlich erscheinen oder das therapeutische Handeln intransparent und nicht nachvollziehbar ist.

Regeln und Rahmenbedingungen müssen daher immer so gestaltet sein, dass ihr Sinn verständlich gemacht werden kann und sie therapeutischerseits auch eingefordert werden können. Ist dies nicht der Fall, werden die Klinik oder ihre Repräsentanten womöglich als willkürlich handelnd und übermächtig wahrgenommen, was zur Folge hätte, dass Patienten sich trotzig zu Wehr setzen, die Therapie und ihre Rahmenbedingungen entwerten oder sich unterwerfen und Verantwortung abgeben.

Sehr lange Therapien, d. h. Therapien, die deutlich länger als drei bis vier Monate dauern, sind nicht nur von ihrem Nutzen her als bedenklich einzuschätzen, sondern können Hospitalisierungseffekte nach sich ziehen, indem sich Patienten zu sehr an die Bedingungen und Entlastungen der Klinik gewöhnen, die Endlichkeit der Therapie ausblenden, der Begegnung mit der äußeren Realität aus dem Weg gehen oder das Leben in der Klinik zum Ersatz für die nicht gelingenden Beziehungen im Alltag und im Berufsleben wird. Dieses Risiko scheint unter anderem bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erhöht zu sein (Fabian et al. 2009).

### 9.5.4 Andere Institutionell begründete Risiken und Nebenwirkungen

Im Zuge zunehmender Ökonomisierung, Privatisierung und eines steigenden Kostendrucks im Gesundheitssystem einerseits sowie erhöhter Anforderungen an medizinische Versorgungsqualität, Patientenansprüche und rechtlicher Aufklärungs- und Dokumentationspflichten andererseits klappt die Schere zwischen dem, was geleistet werden soll, und

dem, was geleistet werden kann, zunehmend auseinander. Dies wirkt sich nicht nur auf das Burnout-Risiko der Behandler, sondern auch auf Behandlungsqualität und Behandlungsrisiken aus. Ist z. B. die pflegerische Personalausstattung dürrig, lassen sich bestimmte Therapievereinbarungen und Rahmenbedingungen mit Patienten nicht sinnvollerweise treffen. Dies betrifft nicht nur Patienten mit selbstschädigenden Verhaltensweisen, sondern auch Patienten mit Essstörungen, die oft intensivere pflegerische Begleitung benötigen, oder Patienten mit Angststörungen. Wird dann in der Therapieplanung mit dem Patienten besprochen, dass er sich beim Auftreten bestimmter Schwierigkeiten unverzüglich beim Pflegepersonal melden soll, ohne dass gewährleistet werden kann, dass auch zeitnah eine Bezugspflegekraft als Ansprechpartner zur Verfügung steht, wird das therapeutische Ansinnen, einen Halt gebenden Rahmen zu gewährleisten, konterkariert, das Vertrauen des Patienten in die Behandlung beschädigt und der Patienten wahrscheinlich in seiner Annahme bestätigt, dass es doch besser ist, sich nur auf sich selbst zu verlassen.

Bandelow et al. (2016) legen am Beispiel der stationären psychosomatischen Behandlung von Patienten mit Angsterkrankungen dar, dass eine leitliniengerechte Therapie bereits nach der bisherigen Personalbemessungsgrundlage nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht realisierbar ist. Es steht jedoch zu befürchten, dass die aktuelle Novellierung des Entgeltsystems (PEPP) nicht zu einer Verbesserung der Personalausstattung führen wird.

### 9.5.5 Verstöße gegen »die Regeln der Kunst«

Wenn eine stationäre Psychotherapie trotz Kontraindikationen eingeleitet wird, d. h. obwohl absehbar ist, dass die Rahmenbedin-

gungen einer stationären Therapie zur Entstehung ernsthafter negativer Therapiewirkungen führen können, ist dies möglicherweise als Behandlungsfehler einzustufen; wenn z. B. ein kardial vorgeschädigter Patient durch die Aufnahme einer stationären Therapie zu sehr belastet wird oder wenn Patientinnen mit Anorexia nervosa und ambivalenten Therapiemotivation in einem Setting behandelt werden, das zu viel Eigenverantwortung bei der Auswahl und Einnahme der Mahlzeiten abverlangt.

Allgemein lässt sich formulieren, dass immer dann, wenn absehbar ist, dass die Bedingungen der stationären Therapie weniger zu einer Entlastung, sondern vielmehr zu einer Überforderung des Patienten beitragen, eine Kontraindikation in Betracht gezogen werden muss. So können Patienten mit ausgeprägten sozial-phobischen Anteilen bereits mit der Unterbringung in einem Mehrbettzimmer überfordert sein oder Patienten mit schwerer Depression und Antriebsstörung durch Gruppentherapien in ein Überforderungserleben geraten.

### 9.5.6 Zum Problem der Passung

Im Unterschied zu ambulanten Therapien können in stationären Behandlungen, allein schon wegen der Kürze der Behandlungszeit, die Therapeuten von ihren Patienten nicht im Hinblick auf Passung ausgesucht werden; nur in wenigen Einrichtungen ist ein Wechsel des Bezugstherapeuten, der sich ja auch meist mit einem Teamwechsel verbindet, gestattet. Dementsprechend wird das Risiko, dass im stationären Rahmen inkompatible Persönlichkeiten bzw. Persönlichkeitsanteile aufeinandertreffen, höher sein als unter ambulanten Behandlungsbedingungen. Andererseits dürfte dieses Risiko durch die verschiedenen zur Verfügung stehenden Interaktionspartner begrenzt sein. Gleichwohl kann es im Ein-

zelfall doch erforderlich werden, einen Therapeutenwechsel in Erwägung zu ziehen, etwa dann, wenn sich eine negative Übertragung absehbar nicht auflösen lässt, wenn der Therapeut selbst zu einem Auslöser für traumatische Rückerinnerungen wird oder eine negative Gegenübertragung (des Therapeuten) nicht adäquat bearbeitet werden kann, sodass es zu einem Agieren der Gegenübertragung kommt.

Das Problem der **Passung** lässt sich in stationären Therapien allerdings auch vor dem Hintergrund sozialer Kontext- und Zeitaspekte diskutieren: wenn kulturelle und religiöse Wertvorstellungen oder Verbote sich nicht mit den Inhalten und Zielen einer Psychotherapie in Einklang bringen lassen. Oder wenn Patienten, die schon längere Zeit arbeitsunfähig sind, während ihrer stationären Therapie ein Jobangebot erhalten, das sie ausschlagen müssten, um ihre Therapie erfolgreich beenden zu können. In ähnlicher Weise kann es sich als schwierig erweisen, wenn die stationäre Therapie eines Partners/Elternteils zur Verschlimmerung der ohnehin schon prekären finanziellen oder sozialen Situation der Familie beiträgt, wie in folgendem Fallbeispiel beschrieben:

#### Fallbeispiel

Frau A. kommt wegen einer Bulimie und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in stationäre Behandlung. Wenige Wochen nach ihrer Aufnahme werden die beiden Kinder der Patientin verhaltensauffällig. Der zweijährige Sohn lässt sich vom Vater nur schwer beruhigen, die elfjährige Tochter verhält sich gegenüber den mitbetreuenden Großeltern so beleidigend, dass diese die weitere Versorgung ablehnen. Der Vater ist nun nicht nur mit der Versorgung der beiden Kinder überfordert, sondern steht zusätzlich unter dem finanziellen Druck, seine Arbeit als selbstständiger Gartenbaumeister nicht reduzieren zu können, um die drohende Insolvenz seines Betriebs abzuwenden.

Während Frau A., die sich auch in der Vergangenheit nicht hinreichend durch ihren Ehemann unterstützt gefühlt hatte, nun erneut eine Bestätigung dafür findet, dass sie selbst als stationär aufgenommene Patientin im Krankenhaus keine Entlastung durch ihre Familie erfährt, wird den betreuenden Therapeuten klar, dass hier eine destruktive Eskalation droht.

Daraufhin wird der Patientin zum einen freigestellt, ihre Therapie notfalls zu unterbrechen, um eine bessere Versorgung ihrer Kinder zu organisieren. Zum anderen wird in einem Paargespräch mit Beteiligung der Sozialarbeiterin geklärt, was alle Beteiligten bräuchten, um aus der Situation der akuten Überforderung herauszukommen. Schließlich werden Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, die es der Patientin ermöglichen, ihre Therapie für weitere vier Wochen fortzuführen.

## 9.6 Abschließende Bemerkungen

Risiken und Nebenwirkungen (teil-)stationärer Psychotherapie gibt es also zahlreiche. Die hier wiedergegebene Aufstellung, auch über deren Ursachen und Gründe, ist keinesfalls vollständig und mag sich zwischen verschiedenen Institutionen durchaus unterscheiden: Psychosomatische Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken behandeln nicht nur eine andere Klientel, sie funktionieren auch anders als z. B. psychiatrische Einrichtungen. Unabhängig davon gilt es, diese Risiken und Nebenwirkungen sehr genau im Auge zu haben, denn nur so wird man ihnen auch präventiv begegnen können. Ebenso halten wir eine möglichst umfassende Aufklärung unserer Patienten für zwingend. Sie ist nicht nur aus ethischen bzw. juristischen Gründen eine *Conditio sine qua non*, sie dient unmittelbar dem Arbeitsbündnis, da sie den Patienten in die gemeinsame Verantwortung für das Gelingen einer stationären Behandlung hineinnimmt.

## Literatur

- Alexander LB, Luborsky L. The Penn Helping Alliance Scales. In: Greenberg LS, Pinsof W (eds). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: Guilford 1986; 325–66.
- Atkins DC, Christensen A. Is professional training worth the bother? *Austr Psychologist* 2001; 36: 122–30.
- Bandelow B, Lueken U, Wolff J, Godemann F, Menzler CW, Deckert J, Ströhle A, Beutel M, Wiltink J, Domschke K, Berger M. Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung von Angsterkrankungen. *Nervenarzt* 2016; 87: 302–10.
- Brakemeier EL, Breger V, Spitzer C. Nebenwirkungen von ambulanter und stationärer Psychotherapie. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 2012; 41: 569–78.
- Fabian E, Dulz B, Martius P. Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen: Therapiespektrum und klinikspezifische Behandlungskonzepte. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Freyberger HJ. Ethik in der Psychotherapie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Elsevier 2008; 721–7.
- Freyberger HJ, Spitzer C. Risiken, Nebenwirkungen und das Abbruchproblem in der Gruppentherapie. In: Staats H, Dally A, Bolm T (Hrsg). *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014; 85–90.
- Haupt ML, Linden M, Strauß B. Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In: Linden M, Strauß B (Hrsg). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2012.
- Hessler M, Lamprecht F. Der Effekt stationärer psychoanalytisch orientierter Behandlung auf den unbehandelten Partner. Stuttgart, New York: Thieme 1986.
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B. Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2008; 53: 4–16.
- Lambert MJ, Whipplem JL, Smart DW, Vermeersch DA, Nielsen SL, Hawkins EJ. The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychother Res* 2001; 11(1): 49–68.
- Liebler A, Huber TJ. Die Therapie-Vorbereitungsgruppe – »Vortraining« zur stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2004; 49: 272–6.
- Linden M, Strauß B. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2012.
- Margraf J. Risiken und Nebenwirkungen. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2009; 277–96.
- Märtens M, Petzold H. Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald 2002.
- Mohr DC. Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clin Psychol Sci Pract* 1995; 6: 1–9.
- Nothhelfer T. Die Auswirkungen einer stationären Psychotherapie auf das körperliche und psychische Wohlbefinden des unbehandelten Partners. Inauguraldissertation. Universität Mainz 1995.
- Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: an empirical analysis of the rapists effects. *Clin Psychol Psychother* 2003; 10: 361–73.
- Puschner B, Haug S, Häfner S, Kordy H. Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundungsverlauf – Stationäre versus ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2004; 49: 182–92.
- Reuter L, Bengel J, Scheidt CE. Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation – Eine systematische Übersicht. *Z Psychosom Med Psychother* 2014; 60: 121–45.
- Sandell R, Lazar A, Grant J, Carlsson J, Schubert J, Broberg, J. Therapist attitudes and patient outcomes. A latent class analysis of therapists. *Psychol Psychother* 2006; 79(4): 629–47.
- Schauenburg H, Buchheim A, Beckh K, Nolte T, Brenk-Franz K, Leichsenring F, Strack M, Dinger & The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychother Res* 2010; 20: 193–202.
- Schneider B, Funke W. Risiken und Nebenwirkungen der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald 2002; 266–81.



- Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78(3): 298–311.
- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ. Symptomverschlechterung während stationärer Psychotherapie: Wer ist betroffen? *Psychodynamische Psychotherapie* 2008; 7(1): 3–15.
- Spitzer C, Masuhr O, Jaeger U, Brünig S, Dümpelmann M, Dally A. Misserfolge in der stationären Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 2012; 57: 417–24.
- Spitzer C, Masuhr O, Jaeger U, Brünig S, Dally A, Fricke-Neef C, Dinger U, Zimmermann J. Rolle der Bezugstherapeuten in der stationären Psychotherapie – Klinische Beobachtungsstudie zur Bedeutung für den symptombezogenen Behandlungserfolg. *Psychotherapeut* 2015; 60: 302–9.
- Spitzer C, Rullkötter N, Dally A. Stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt* 2016; 87: 99–110.
- Trimborn W. Die Zerstörung des Therapeutischen Raums. *Psyche* 1983; 33: 204–36.
- Wampold BE, Bolt DM. Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychother Res* 2006; 16(2): 184–7.
- Wöller W. Der ausreichend gute Therapeut. *Psychotherapeut* 2016; 61: 105–9.



## **II    Das Team behandelt**

---



# 10 Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile – Das therapeutische Team

Wolfgang Wöller und Dorothee Kress

## Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden die Aufgaben und Möglichkeiten des multiprofessionellen stationären Behandlungsteams mit seinen unterschiedlichen diagnostischen und koordinierenden Funktionen behandelt. Dem Team obliegt nicht nur der kontinuierliche Austausch von Informationen aus den einzelnen Teilssettings, sondern auch das fortgesetzte Monitoring der Therapieprozesse ebenso wie die Anpassung der Behandlungsstrategie im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele.

## 10.1 Vorbemerkungen

Ein zentraler Bestandteil der stationären und teilstationären Psychotherapie ist die Arbeit eines berufsgruppenübergreifenden und multiprofessionellen Behandlungsteams. Inhaltlich repräsentiert es das therapeutische Konzept, praktisch sorgt es für seine konkrete Umsetzung (Bardé & Mattke 1991; Becker & Senf 1988; Janssen 1987, 1989, 2004, 2012; Janssen et al. 1998). Es setzt sich im Idealfalle aus allen an der Behandlung beteiligten Personen und Personengruppen zusammen.

Die therapeutischen Aufgaben des Teams bestehen in Folgendem:

- dem Austausch und Zusammentragen von Informationen
- der Erarbeitung von Therapiezielen
- der Entwicklung und regelmäßigen Anpassung der Behandlungsstrategie
- der Koordination von Aktivitäten einzelner Teammitglieder

Neben organisatorischen Aufgaben werden in den Teamsitzungen Indikationen für bestimmte Verfahren, z. B. Spezialtherapien, gestellt. Weiterhin werden einzelne Teammitglieder mit bestimmten Aufgaben, z. B. mit der Durchführung von Entspannungsverfahren oder familientherapeutischen Gesprächen, beauftragt. Hinzu kommen diagnostische und therapeutische Aufgaben des Teams, die in Abhängigkeit von der theoretischen Orientierung des Behandlungskonzeptes Spezifika aufweisen können.

Die Aktivitäten der Teammitglieder werden in gemeinsamen Teamkonferenzen koordiniert, an denen in der Regel ärztliche und psychotherapeutische Behandler, Spezialtherapeuten des kreativtherapeutischen Bereichs, Pflegekräfte und meist auch Sozialarbeiter teilnehmen. Bezogen auf eine einzelne Patientin sollten in den Teamkonferenzen nach Möglichkeit deren Einzeltherapeutin, Gruppentherapeutin, die für sie zuständigen Spezialtherapeutinnen und mindestens eine Pflegekraft vertreten sein. Dabei können, je nach Konzeption, Einzel- und Gruppentherapeutin identisch oder auch nicht identisch sein.

Die Funktion der Teamleitung wird üblicherweise durch die zuständige Oberärztin der Abteilung oder durch eine im jeweiligen Bereich tätige Fachärztin ausgeübt, die auch die Verantwortung für Teambeschlüsse und -entscheidungen trägt. Teamentscheidungen sollten nach Möglichkeit im Konsens gefunden werden. Nur wenn eine konsensuelle

Teamentscheidung nicht möglich ist, entscheidet die Teamleiterin.

Zum Verständnis der komplexen Psychodynamik der meist schwer gestörten Patienten, zur Klärung teaminterner Konflikte und zur emotionalen Entlastung der Teammitglieder wird eine regelmäßige Teamsupervision übereinstimmend als unverzichtbar angesehen. Diese sollte durch einen in der Teamsupervision erfahrenen Supervisor durchgeführt werden, der nicht in der gleichen Klinik angestellt ist (► Kap. 32).

## 10.2 Kontinuierlicher Informationsaustausch in Teamsitzungen

Die wichtigste Aufgabe der regelmäßigen Teambesprechungen und -konferenzen ist der kontinuierliche, offene Austausch über Beobachtungen, Erfahrungen und Interaktionen der Patienten untereinander und mit einzelnen Teammitgliedern.

Beobachtungen der Pflegekräfte über das Verhalten der Patienten auf der Station sollten zusammen mit den Informationen aus Einzeltherapie, Gruppentherapie und Spezialtherapie, oft auch aus der Bezugspflege, ein möglichst umfassendes Bild des Patienten ergeben.

Zu diesem Zweck sollten die Teamsitzungen regelmäßig stattfinden – mit Präsenzpflcht für alle am therapeutischen Prozess beteiligten Teammitglieder.

Frequenz und Dauer der Teamsitzungen variieren je nach Institution und Konzept.

In manchen Institutionen finden tägliche Konferenzen des Gesamtteams statt; in anderen werden zwei bis drei Sitzungen des Gesamtteams pro Woche für ausreichend gehalten, besonders dann, wenn noch ein Informationsaustausch in »Frühbesprechungen« oder anderen Übergabe-Kontakten stattfindet. Um eine möglichst vollständige Teilnahme aller Teammitglieder zu gewähr-

leisten, ist es zweckmäßig, Teamsitzungen zur Zeit des Schichtwechsels des Pflegepersonals anzusetzen.

Dabei ist es von großer Bedeutung, dass die Teammitglieder in einer wertschätzenden und angstfreien Atmosphäre in authentischer Weise ihre Erfahrungen und Gefühle, auch ihre subjektiven Belastungen im Umgang mit den Patienten mitteilen. Es kann für das Verständnis der Patientendynamik von großem Nutzen sein, wenn Gegenübertragungsreaktionen mitgeteilt und gemeinsam reflektiert werden. Naturgemäß wird die Mitteilung von Gegenübertragungsreaktionen durch die institutionellen Rahmenbedingungen an Grenzen stoßen; doch kann zum Schutz der einzelnen Teammitglieder vereinbart werden, dass über persönliche Patienten nach außen Diskretion bewahrt wird.

Janssen (2004) hebt besonders hervor, dass die Aufrechterhaltung der therapeutischen Identität eines jeden Teammitglieds und jeder Berufsgruppe von essenzieller Bedeutung ist. Jeder muss sich in seiner persönlichen und beruflichen Identität darstellen können; jedes Beziehungsfeld ist gleichwertig, kein Teammitglied und keine Berufsgruppe darf sich für »wichtiger« oder für »weniger wichtig« für den Therapieprozess halten (► Kap. 5). Weder sollte es eine Dominanz oder Sonderstellung der Psychotherapeuten noch eine Majorisierung durch eine zahlenmäßig stärker vertretene Berufsgruppe geben. Lediglich der teamleitenden Person kommt aufgrund ihrer Rolle eine Weisungsfunktion zu.

Angesichts dieser Idealforderung ist zu bedenken, dass eine gleichwertige und gleichberechtigte Teilnahme aller Teammitglieder am Teamprozess durch die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich Professionalisierungsgrad und Sozialstatus sowie durch die Machthierarchie der Klinik erschwert werden kann (Bardé & Mattke 1991). Interaktionsanalytische Studien zur Team-



dynamik und zur formalen Kommunikationsstruktur in psychiatrischen oder psychotherapeutischen Teams deuten auf unterschiedliche Muster des Interaktionsverhaltens der einzelnen Berufsgruppen hin. So fand Caudill (1958) in Teamsitzungen Rückzugsverhalten und eine Hemmung in der affektiven Expressivität bei Pflegekräften, während die affektive Expressivität den ranghöheren Teamvertretern vorbehalten war. Eine Untersuchung von Konferenzen des Stationspersonals in einer psychosomatischen Klinik durch Zenz (1970) kam zu dem Ergebnis, dass die ranghöheren Mitglieder des Teams mehr erklärten und weniger über die Beziehung zum Patienten während der Behandlung berichteten als nachrangige Teammitglieder. Die Befunde deuten darauf hin, dass Aspekte von Macht und rollenbedingter Ungleichheit nicht vernachlässigt werden dürfen.

### 10.3 Diagnostische und therapeutische Aufgaben des Teams

In den Teamsitzungen haben die an der Therapie beteiligten Therapeuten und Pflegekräfte die Gelegenheit, Informationen über die Patienten aus unterschiedlichen Beziehungskontexten zusammenzutragen. Sie erhalten so die Möglichkeit, auch Beziehungsmuster der Patienten kennenzulernen, die sich in der eigenen therapeutischen Beziehung nicht darstellen. Das Team hilft ihnen dabei, die einzelnen in den Therapiesettings sich darstellenden Perspektiven zusammenzufügen.

Es ist nichts Ungewöhnliches, wenn Einzeltherapeuten, Gruppentherapeuten oder Pflegekräfte die Patienten auf unterschiedliche Weise wahrnehmen. Ebenso wenig ist es ungewöhnlich, wenn aus der unterschiedlichen Patientenwahrnehmung andersartige Vorstellungen über das weitere therapeutische Vorgehen hervorgehen. Meist ist die Einzel-

therapeutin am stärksten mit den bedürftigen und verletzlichen Anteilen ihrer Patientin identifiziert, während der Gruppentherapeut Beobachtungen einbringen kann, die erklären, wie Verhaltensweisen der Patientin zu interpersonellen Konflikten führen. Rettungsimpulse und aversive Distanzierungen können durch die wechselnden Perspektiven und reflektierenden Beiträge der anderen Teammitglieder so korrigiert werden, dass sie nicht im Handeln ausagiert werden müssen (Pape 2014).

Dem Team fällt somit die Aufgabe zu, in den Teamkonferenzen die unterschiedlichen und z. T. widersprüchlichen Facetten des Verhaltens und Erlebens der Patienten sowie die eigene Reaktion darauf zu integrieren und vor dem Hintergrund ihrer Biografie zu verstehen, um ein möglichst umfassendes Bild ihrer Psychodynamik entstehen zu lassen. Bezogen auf die eigene emotionale Reaktion soll das Team die einzelnen Teammitglieder darin unterstützen, die Projektionen und Übertragungen der Patienten besser auszuhalten und mit deren Idealisierungen und Entwertungen besser umzugehen zu können. Übertragungsbedingte Wahrnehmungsverzerrungen können dem gesamten Team als »Globalobjekt« oder einzelnen Teammitgliedern gelten (Wölfler et al. 1998, 2000).

Bezogen auf das therapeutische Vorgehen hat das Team die Aufgabe, die von den Patienten formulierten Therapieziele zu diskutieren, realistische Zielvisionen zu erarbeiten und eine gemeinsame therapeutische Strategie zu entwerfen. Im weiteren Verlauf wird das Team die Therapieziele und die therapeutische Strategie immer wieder einer kritischen Revision unterwerfen und an die bisherige Entwicklung anpassen. Dies kann selbstkritische Reflexionen beinhalten:

- Waren die Therapieziele zu hoch gesteckt, die Erwartungen an die Patienten überzogen?

- War meine Reaktion auf den Patienten durch eine aversive Gegenübertragung zu mindest mitmotiviert?

Die damit verbundenen fortgesetzten Perspektivwechsel und die stetige Reflexion der eigenen und der patientenseitigen Befindlichkeit stellen hohe Anforderungen an die Mentalisierungsleistung der Teammitglieder.

Im psychodynamischen Verständnis können viele Verhaltensweisen von Patienten als Reinszenierungen früherer Beziehungsmuster verstanden werden. Das Verständnis von Reinszenierungen ist somit eine weitere Aufgabe des Teams und seiner Mitglieder. Dafür bedarf es eines richtigen Abstandes, um einerseits reflektieren zu können und gleichzeitig den Patienten empathisch nahe zu sein. Ein ausreichender Abstand gegenüber den Patienten ist nicht zuletzt deshalb wichtig, um angemessen reagieren zu können, wenn regredierte Patienten destruktive Persönlichkeitsanteile aktivieren und vorwurfsvolle Angriffe gegen einzelne Teammitglieder oder das gesamte Team richten. Nicht selten entstehen Konstellationen, bei denen sich ein Teil der Teammitglieder mit den Wünschen und Forderungen der Patienten identifiziert, während ein anderer Teil des Teams sie für unangemessen hält und begrenzen möchte. Im Extremfall kommt es, besonders bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, zu »Teamspaltungen«, die eine einheitlich abgestimmte Position des Teams gegenüber den Patienten erschweren. Im psychodynamischen Verständnis kommen diese durch Spaltungsübertragungen zustande, bei denen die negativen Teile von Selbst- und Objektrepräsentanzen auf einen Teil des Teams (häufig das Pflegepersonal) und die »nur guten« Selbst- bzw. Objektaspekte auf einen anderen Teil des Teams (häufig die ärztliche oder psychologische Psychotherapeutin) projiziert werden (Bernhard 1984; Kernberg 1976; Möhlen

1984; Möhlen & Heising 1980; Tuchscheerer 1988).

Ein therapeutisches Team, dessen Mitglieder persönliche Erfahrungen aus den Interaktionen mit Patienten durcharbeiten, befindet sich in einem kontinuierlichen gruppendynamischen Prozess, der sowohl von der patienteninduzierten wie auch von der teameigenen Dynamik gespeist wird (Janssen 1987). Entsprechend werden Teamgruppen in ihren Entscheidungen und ihrem Handeln nie nur durch rationale Regeln, sondern immer auch durch unbewusste Prozesse ihrer Mitglieder gesteuert (Volk 1980). Empirische Untersuchungen zur Teamdynamik zeigen, dass Teams eine spezifische Gruppenindividualität entwickeln, die mit unbewussten Fantasiebildungen über die Beziehung zu den zu behandelnden Patienten einhergeht. Dazu gehört auch die Neigung von Teams, Patienten im Hinblick auf die Konsistenzbedürfnisse der Teamgruppe als passend oder unpassend zu typisieren: Patienten, welche die Konsistenzbedürfnisse der Teamgruppe befriedigen, werden gerne behandelt; solche, die sie nicht befriedigen, erzeugen Dissonanz und werden als belastend und schwierig empfunden (Mattke et al. 1998). Vieles spricht dafür, dass sich die Befunde zu unbewussten Gruppenfantasien, die an Balint-Gruppen entwickelt wurden (Paar & Diercks 1985), nicht nur auf diese, sondern vorteilhaft auch auf Teamprozesse in der stationären Psychotherapie anwenden lassen (Bardé & Mattke 1993).

Ein Team, das bereit ist, das eigene Erleben und Handeln zu reflektieren, wird anerkennen, dass es in seinen Motivationen, Überzeugungen und Erwartungen derartigen gruppendynamischen Prozessen unterliegt.

Unter psychoanalytischer Perspektive fasst Janssen (1987) die Aufgaben, die das Behandlungsteam im Rahmen stationärer Psychotherapie zu erfüllen hat, wie folgt zusammen:

- Gestaltung und Aufrechterhaltung der Rah-

menbedingungen (Setting), eine Grenzen setzende und haltende Funktion

- Förderung der therapeutischen Arbeitsbeziehung und der Realitätsbeziehung während des therapeutischen Prozesses
- Förderung von mütterlich-haltenden und diatrophischen Beziehungen bei Regressionsstadien mit Reaktivierung primitiver Übertragungsmuster und Ich-Dekomensation sowie die Möglichkeit der Pflege und Behandlung bei somatisch Erkrankten
- Interpretation und Durcharbeitung der reinszenierten Konflikte

## 10.4 Klärung von Settingfragen und Umgang mit Regelverstößen

Das Team ist immer wieder mit Settingfragen konfrontiert:

- Ist der stationäre Rahmen weiterhin das bestmögliche Angebot für den jeweiligen Patienten?
- Ist der Wunsch einer Patientin nach Wechsel des Einzeltherapeuten oder nach einem Gruppenwechsel therapeutisch förderlich oder für den weiteren Therapieprozess hinderlich?
- Ist es günstiger, ihrem Wunsch zu entsprechen, um die Arbeitsfähigkeit in der Einzel- oder Gruppentherapie zu verbessern, oder eröffnet ihr gerade das Versagen des Wunsches die Chance, eine Entwicklungsaufgabe zu bewältigen?
- Ist eine Sonderregelung für den Einzelnen, so förderlich sie für ihn auch sein mag, noch vertretbar, um die Halt gebenden Funktion der Stationsregeln nicht zu gefährden?

Neben diesen Fragen hat das Team dafür zu sorgen, dass der Therapieraum gut geschützt ist. Nur in einem geschützten Raum ist es

möglich, sich auf schambesetzte Themen einzulassen oder frühe Beziehungsmuster in Szene zu setzen. Bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen von Patienten gegen die Haus- oder Stationsordnung ist es die Aufgabe des in einer Teamsitzung versammelten Teams, Grenzen setzende Maßnahmen (Ausgangsbeschränkungen usw.) zu beschließen (Hau 1975; Sachsse 1989). In anderen Fällen kann das Team Sonderregeln (Befreiungen, Beurlaubungen usw.) festlegen. Auch wenn stationäre Psychotherapie in der letzten Zeit kaum noch regressionsfördernd konzipiert wird, muss dennoch mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Regressionsneigung gerechnet werden, die Patienten zu Regelverletzungen veranlasst. In diesem Falle haben die Stationsregeln eine haltende Funktion. Häufig wird die Beobachtung mitgeteilt, dass nicht so sehr der Inhalt einer Regel für die Patienten Halt gebend wirkt, sondern ihr Empfinden, dass das Behandlungsteam die Regel gemeinsam vertritt (Schors et al. 2011).

Stationsregeln sollten einerseits verlässlich, andererseits aber auch nicht zu rigide sein, um nötigenfalls sinnvolle Ausnahmen zu gestatten. Jede Grenzsetzung und jeder Verzicht auf Grenzsetzung bedürfen einer Reflexion der eigenen Gegenübertragung: Geschahe die Grenzsetzung auf der Grundlage einer aversiven Gegenübertragung oder unterblieb die Grenzsetzung als Folge einer Überidentifizierung mit der Patientin?

## 10.5 Mentalisierungsfunktion und Wohlbefinden

Um ein »wahrnehmendes und reflektierendes Team« (Janssen 2004) sein und die geforderte anspruchsvolle Mentalisierungsleistung erbringen zu können, sollten die Mitglieder eines Teams emotional möglichst gut reguliert sein. Der empirisch belegte Zusammenhang

zwischen Mentalisierungsfunktion und Emotionsregulierung (Fonagy & Bateman 2007; Wöller 2014) gilt nicht nur für Patienten, sondern auch für psychotherapeutisch tätige Mitarbeiter. Ein Operateur mag eine hinreichend gute Operationsleistung auch dann noch erbringen können, wenn er sich in einer emotional schlechten Verfassung befindet; psychotherapeutisch Tätigen ist es hingegen weit weniger möglich, im Zustand emotionaler Dysregulation zugleich empathisch und reflektiert eine therapeutische Beziehung zu gestalten. Fragen einer hinreichend guten emotionalen Befindlichkeit der Teammitglieder sind von großer Bedeutung. Um die anspruchsvollen Aufgaben wahrnehmen zu können, sollten die Teammitglieder ihre Arbeit möglichst angst- und spannungsfrei wahrnehmen können. Daher wird empfohlen, emotionale Belastungen im Kontakt mit Patienten direkt anzusprechen. Wann immer die Arbeitsfähigkeit eines Teams durch Teamkonflikte beeinträchtigt ist, sollten diese so weit wie möglich geklärt werden, bevor die inhaltliche Arbeit fortgesetzt wird.

Ein psychotherapeutisches Behandlungsteam kann seine Aufgabe nur erfüllen, wenn die Teammitglieder eine wertschätzende Haltung zueinander einnehmen können. Diese umfasst die Akzeptanz der Unterschiedlichkeit der Teammitglieder sowie Respekt vor ihren Grenzen und Verletzlichkeiten. Vor allem bedeutet es Respekt vor der Tatsache, dass es mal dem einen und mal dem anderen Teammitglieder besser oder schlechter möglich sein kann, mit einem bestimmten Patienten in einen konstruktiven therapeutischen Kontakt zu kommen.

Unter dem Blickwinkel ressourcenorientierter Teamarbeit erscheint es geboten, nicht nur auf die problematischen und defizitären Seiten der Patienten und ihrer Interaktionsmuster zu achten, sondern sich immer wieder auch ihre Stärken, Erfolge und das in der Psy-

chotherapie Erreichte zu vergegenwärtigen (Hendrichske & von Wachter 2015).

Ein Behandlungsteam in der Rhein-Klinik Bad Honnef sieht dafür einen regelmäßig aufzurufenden Punkt in der Teambesprechung vor, der ausdrücklich nicht nur für belastendes, sondern auch für erfreuliches Erleben im Kontakt mit den Patienten Raum lässt: »Gab es seit der letzten Teamsitzung erfreuliche oder belastende Erfahrungen in der Stationsdynamik?«, lautet die regelmäßig gestellte Frage. Ein Teammitglied kann auf diese Weise sein eigenes emotionale Erleben verbalisieren; es wird in der Regel nicht diskutiert oder hinterfragt, sondern empathisch angenommen. Die Erfahrung zeigt, dass dieses Ritual nur wenig Zeit beansprucht, aber Entlastung schafft und die gedankliche Konzentration auf die Patienten erleichtert (Pape 2014).

### Praxistipp

#### Das Team – ein aktives Führungsinstrument

Anhand einer Umbruchsituation in einer psychosomatischen Fachklinik, die aus einem geschützten Rahmen mit einem privaten Träger an ein Krankenhaus der Regelversorgung wechseln musste, eine Herausforderungssituation, der Kliniken immer wieder ausgesetzt sind, sollen exemplarisch einige Aspekte von Belastungs- und Bewältigungsmechanismen bei Veränderungsprozessen beschrieben werden, die in ähnlicher Form im Spannungsfeld von Autonomie und abhängigen Strukturen immer wieder ablaufen. Verdeutlicht werden soll dabei, welch ein Entwicklungspotenzial neben der Anstrengung in diesen Veränderungsprozessen liegt, wenn das Team mit seiner Vielfalt von Fähigkeiten konstruktiv einbezogen wird. Der Aufbau des Teams besteht, ähnlich wie in vielen psychosomatischen Kliniken, aus fest angestellten Fachärzten für Psychosomatische Medizin mit meistens noch einer zusätzlichen Facharztqualifikation in den Chef- und Oberarztpositionen, Assistenten in Weiterbildung zur psychosomatischen Medizin aus ver-

schiedenen Ausbildungsinstituten, zwei Ergotherapeuten, zwei Therapeuten, die Konzentrative Bewegungstherapie und Physiotherapie durchführen, acht Pflegestellen mit dreijähriger Pflegeausbildung, aber wenig ausdrücklich psychosomatischer Fachweiterbildung. Zwei Sekretärinnen organisieren die Aufnahme und die Dokumentation.

Das Selbstbild der Klinik, letztlich getragen durch die Teammitglieder, war das einer analytisch arbeitenden Klinik, in der die therapeutischen Prozesse absoluten Vorrang vor allen äußeren Bedingungen hatten, die Teamprozesse vorwiegend im Spiegel der Patientengemeinschaft gesehen und die notwendigen Adaptationsprozesse (Liegedauer, durch Verbesserung der ambulanten Behandlungsbedingungen veränderte Klientel bezüglich der Inanspruchnahme der Behandlung, MDK-Prüfungen etc.) eher als Störfaktoren empfunden wurden, vor denen die Leitung das Team möglichst zu schützen hatte – als Hinweis, die geforderte Realität mit den therapeutischen Prozessen abzugleichen. Mit dem Auftauchen eines neuen Trägers, der einerseits Interesse an dem Behandlungskonzept hatte und durchaus Bereitschaft zeigte, Dinge zu übernehmen, gleichzeitig aber auch Optimierung der Organisationsprozesse und Kontrollierbarkeit der Abläufe forderte, musste ein für alle Beteiligten äußerst schwieriger Anpassungsprozess vollzogen werden, eine Herausforderung, der klinische Strukturen immer wieder ausgesetzt sind. Ein Jahr lang blieb die Klinik am alten Standort, wurde aber vom neuen Träger mit seinen Vorstellungen bereits geführt und das Team mit der fremden Struktur konfrontiert. Wichtigstes Instrument dafür war ein für alle Kliniken eingeführtes hochkomplexes Qualitätssicherungsinstrument (Joint Commission International), für welches die Zertifizierung noch in die Zeit am alten Standort fiel. Als erste spürbare personelle Veränderung wurde eine neue Stationsleitung installiert, die langjährige Erfahrung mit dem Unternehmen in somatischen Bereichen hatte und die Brücke zwischen Alt und Neu wurde, eine Position, die mit großen Herausforderungen für alle Beteiligten verbunden war. Ein frühes Zitat des ersten Leiters der Klinik Heinz Wiegmann: *»Der Mensch ist nicht Objekt einer*

*Erkrankung, sondern leidet unter Störungen, denen er als Subjekt gegenüber treten lernen soll«* (Wiegmann 1968), war einer der zentralen Aspekte, denen sich das Team in der autonomen Einrichtung mit überschaubaren Organisationsansprüchen nach innen und übersichtlichen Konflikten nach außen, die in der Regel von der Leitung persönlich lösbar waren, gegenüber verpflichtet sah. Die Teammitglieder sahen ihre Aufgabe vor allem im direkten Behandlungsauftrag des Patienten, die personelle und berufliche Identität repräsentierte sich in der jeweiligen Interaktion mit den Patienten und den daraus folgenden Interaktionen im Team. Teamprozesse betrafen therapeutische Vorgehensweisen, Kämpfe um die individuelle Wertschätzung und Kommunikationsstrukturen, die als Voraussetzung für die Abbildung der Gesamtgestalt im Team definiert wurden (Spaltungsprozesse, Macht-/Ohnmachtaus einander setzung, reale oder projizierte unterschiedliche Wertschätzungen unterschiedlicher Methoden etc.). Die Auseinandersetzungen fanden im Schutz einer eher patriarchalisch strukturierten Chefarztsituation statt, deren Träger eindeutig die Verantwortung für alle Prozesse nach außen trug und als Teamleiter Entscheidungen traf, an die nicht die Forderung der Transparenz gestellt wurde.

Der Chefarztwechsel mit einer Inhouse-Nachfolge hatte zwangsläufig eine vollkommen andere Führungsstruktur zur Folge, zumal von außen eine existenzielle Bedrohungssituation für die Klinik entstand, die eine Umorientierung und eine Inanspruchnahme individueller Fähigkeiten einzelner Teammitglieder weit über den therapeutischen Rahmen hinaus erforderte. Das Team stellte sich als tragfähiges Instrument der Bewältigung und Stabilisierung heraus, dem die Aufrechterhaltung der Qualität des therapeutischen Konzeptes genauso wichtig war wie die Bewältigung der Schwierigkeiten aus dem Realraum. Diese konnten nicht mehr nur an eine Führungsperson delegiert werden, sondern waren nur gemeinsam bewältigbar. Zusammengefasst war die Situation für die Klinik für etwa zwei Jahre in vielfacher Hinsicht unwägbar, sodass das Wissen und die Erfahrung des Teams sowohl als Bewältigungs- als auch als Entwicklungskraft genutzt

werden mussten. Die hohe individuelle Inanspruchnahme fand unabhängig von den hierarchischen Strukturen statt, sondern war eher abgezielt auf die individuellen Fähigkeiten und Durchsetzungskräfte einzelner Mitglieder.

**Vom Autonomieverlust zur neuen Kompetenz:** Der Abschluss der existenziellen Stabilisierung, welche die Übernahme durch einen neuen Träger mit entsprechend dessen Anspruch festgelegten Strukturen darstellte, bedeutete für das Team eine Rückkehr vom »kreativen Chaos« in eine fremdbestimmte Hierarchie, die ausgeprägter war als in den Anfangsjahren der Klinik. Die Rückführung in eine geordnete Struktur bedeutete existenzielle Sicherung, aber auch Autonomieverlust, der sich vor allem in einer Angst vor Identitätsverlust der Besonderheit dieser Klinik niederschlug. Die Freiheiten des Umbruchs, die trotz aller Belastungen zu Kompetenzerweiterungen geführt hatten, mussten zurückgenommen und der Schwerpunkt wieder auf die jeweilig fachspezifische Patientenbehandlung gelegt werden, die außerdem noch unter der Qualitätskontrolle einer fremden Geschäftsführung geprüft wurde. Eine Brücke zwischen Alt und Neu stellte die Beteiligung an der Umbauplanung des neuen Trägers dar, in der einerseits die unterschiedlichen Vorstellungen aufeinanderprallten, andererseits in vielen Planungssitzungen »altes Wissen« und Anpassung an die Organisation immer wieder Kompromisse ermöglichte. So wurden auf der einen Seite das Ohnmachtsgefühl des Teams beruhigt, aber auch die Ängste des Trägers, einen »unregierbaren« Baustein kontrollieren zu müssen.

Aus der Erfahrung der Potenz des Teams und der deutlich höheren Akzeptanz gemeinsam erarbeiteter Entscheidungen wurde nach Möglichkeiten gesucht, diese Erfahrung in Alltagsinstrumenten zu etablieren. Eingerichtet wurden sogenannte Strukturtage, dreistündige Gesamtteams in der Umbruchphase einmal im Quartal, deren Tagesordnungspunkte deutlich machten, dass es immer wieder darum ging, eine gemeinsame Beschreibung des Status quo zu finden, unter Berücksichtigung der bewältigten Probleme, der dafür verbrauchten Ressourcen, genauso aber auch der die Gegenwart belastenden Zukunfts-

ängste und Zukunftssicherungen. Als gemeinsames Ziel konnte immer wieder die Erhaltung des therapeutischen Milieus, die Prozessplanung und die Qualitätssicherung definiert werden. Während sich der erste Strukturtag eher mit Klagen und kämpferischer Abgrenzung zum Träger als Außenfeind beschäftigte, was offensichtlich als Entlastung notwendig schien, wurde dann sehr deutlich, dass das Team über die Sicherung der Behandlungsqualität wieder zusammenfand. Wichtig wurden nun Tagesordnungspunkte wie Kommunikationsstrukturen, Klientelveränderung durch Standortwechsel an ein Allgemeinkrankenhaus mit deutlicher Zunahme der somatisch erkrankten Patienten, was wiederum fachärztliche Kompetenz im Team erforderte, mit veränderter Gewichtung des analytischen Prozesses versus der psychosomatischen Patientenbehandlung, Aufbau und Integration eines Konsiliardienstes, Vernetzungsprozesse konstruktiver Art mit dem neuen Unternehmen, aber auch interne Strukturen wie die veränderte Kommunikation unter den Patienten durch weitläufigere Räumlichkeiten, durch Verlust des intimen Rahmens des alten Standortes und immer wieder der Einbettung in Qualitätssicherungsinstrumente, die eine ganz andere Art der Beobachtung und Strukturierung unserer Prozesse erforderte. Wenn man die Bedingungen erfüllt, die Strukturtage mit sachorientierten Themen zu füllen, dann aber auch die Wahrnehmungen der einzelnen Teammitglieder aus ihren jeweiligen Bereichen mit großem Respekt und Achtsamkeit zulässt und immer wieder klarifiziert, dass das Team als Ganzes das Behandlungsinstrument ist, das als Ganzes auch den Einblick in die Gesamtstruktur hat, bekommt man erstaunlich viel Kompetenz und kompetente Vorschläge zurückgemeldet.

**Fazit:** Über diesen Weg sind eine qualitativ hochwertige Integration in ein vollkommen neues System und letztlich auch neue Behandlungsaufgaben gelungen. Zusätzlich gewachsen ist das Vertrauen in Bezug auf die Lösungsmöglichkeiten immer wieder neuer Anforderungen an Flexibilität und Wandelbarkeit, da das Team die Erfahrung macht, dass es gemeinsam eine Kompetenz entwickelt, die echte Bewältigungsmöglichkeiten eröffnet. Die Führungsaufgabe ist dann eher –



zusammen mit einer aus dieser Erfahrung implementierten Leitungsstruktur (14-tägig 45 Minuten), die sich aus den Oberärzten und den jeweils verantwortlichen Leitern von Pflege und spezialtherapeutischen Einheiten zusammensetzt –, eine breite und zuverlässige Kommunikationsstruktur herzustellen, auftauchende Störungen gemeinsam zu gewichten und eine für alle verbindliche Problemlösung zu finden. Die Kräfte, die freigesetzt werden, wenn sich um eine alle Aspekte beinhaltende Lösung bemüht wird, sind erstaunlich, die Nachhaltigkeit der Entscheidungen ist besser gewährleistet, da aufgrund der gemeinsam gefundenen Lösung eher selten »subversive Kräfte« entwickelt werden, in den diversen Gremien immer wieder Gegen-, Erweiterungs- oder Verbesserungsvorschläge Raum finden und unter Berücksichtigung der Fähigkeiten der einzelnen Teammitglieder auch entsprechend gewichtet werden. Dieser Prozess findet nicht nur in den Sitzungen statt, sondern ist ein systemimmanenter Prozess geworden, da die geteilte Verantwortung auch tatsächlich viele kreative Impulse und eigenständige Problemlösungen hervorruft. Erforderliche Veränderungen in der Klinikstruktur, sei es als Vorgabe von außen oder der Notwendigkeit aus inneren Prozessen heraus, werden auf diesem Wege mit deutlich weniger Angst bewertet, sondern treffen als zu lösende Aufgabe auf darauf vorbereitete Strukturen.

## Literatur

- Bardé B, Mattke D. Das Problem der Macht in psychoanalytisch-psychotherapeutischen Teams. Ein Beitrag zu Teamdynamik und Behandlungsprozeß in der stationären Psychotherapie von psychosomatischen Patienten. Gruppenpsychother Gruppendyn 1991; 27: 120–40.
- Bardé B, Mattke D (Hrsg.). Therapeutische Teams. Theorie – Empirie – Klinik. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1993.
- Becker H, Senf W (Hrsg.). Praxis der stationären Psychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme 1988.
- Bernhard P. Spaltungsprozesse in der institutionellen Zusammenarbeit eines psychotherapeutischen Teams. Prax Psychother Psychosom 1984; 29: 282–9.
- Caudill W. The Psychiatric Hospital as a Small Society. Cambridge, MA: Harvard University Press 1958.
- Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing and borderline personality disorder. J Mental Health 2007; 16: 83–101.
- Hau TH (Hrsg.). Klinische Psychotherapie in ihren Grundzügen. Göttingen: Hippokrates/Vandenhoeck & Ruprecht 1975.
- Hendrischke A, Wachter M v. Ressourcenaktivierung in der stationären Psychotherapie. Ärztl Psychother 2015; 10: 213–20.
- Janssen PL. Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta 1987.
- Janssen PL. Behandlung im Team aus psychoanalytischer Sicht. Prax Psychother Psychosom 1989; 34: 325–35.
- Janssen PL. Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. Psychotherapeut 2004; 49: 217–26.
- Janssen PL. Zur Theorie und Praxis psychoanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie. Forum Psychoanal 2012; 28: 337–58.
- Janssen PL, Martin K, Tress W, Zaudig M. Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. Psychotherapeut 1998; 43: 265–76.
- Kernberg OF (Hrsg.). Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta 1976.
- Mattke D, Janssen PL, Strauß B. Behandlung und Teamprozesse in der stationären Psychotherapie. Psychotherapeut 1998; 43: 316–27.
- Möhlen K. Bemerkungen zur Übertragung und Gegenübertragung bei stationärer Psychotherapie. Materialien zur Psychoanalyse 1984; 10: 211–9.
- Möhlen K, Heising G. Integrative stationäre Psychotherapie. Gruppenpsychother Gruppendyn 1980; 15: 16–31.
- Paar GH, Diercks M. Die Balintgruppe als Gruppe – Überlegungen zum psychodynamischen Prozeß. Psychother Med Psychol 1985; 35: 235–59.
- Pape W. Die Rolle der Teamarbeit in der stationären Borderline-Behandlung. In: Wöller W (Hrsg.). Bindungstrauma und Borderline-Störung. Stuttgart: Schattauer 2014; 274–94.
- Sachsse & Psychotherapie mit dem Sheriff-Stern. Zum Umgang des Therapeuten mit der Hausordnung in der stationären Psychotherapie und zu



- möglichen Auswirkungen auf seine Sozialisation als Psychoanalytiker. *Gruppenpsychother Gruppenspendyn* 1989; 25: 141–58.
- Schors R, Hirschenauer S, Jakobi K, Pudenz M, Teske M, Wenzel G, Huber D. Das Essstörungen-setting (Anorexie und Bulimie). In: Huber D, von Rad M (Hrsg). *Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus*. Stuttgart: Kohlhammer 2011; 78–132.
- Tuchscheerer G. Sinn und Notwendigkeit der Beziehungsklärung im psychotherapeutischen Team. *Psychiatr Neurol Med Psychol* 1988; 40: 688–92.
- Volk W. Reflektionen zu den Einstellungen und Wünschen des Klinikpersonals in der stationären Psychotherapie. *Prax Psychother Psychosom* 1980; 25: 251–8.
- Wiegmann H. Der Neurotiker in der Klinik. Einführung in die Theorie und Praxis stationärer Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1968; 37.
- Wöller W. Bindungstrauma und Borderline-Störung. Ressourcenbasierte psychodynamische Therapie. Stuttgart: Schattauer 2014.
- Wöller W, Bergstein V, Horn E, Hartkamp N. Die Erfassung der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der stationären Psychotherapie. *Gruppenpsychother Gruppenspendyn* 1998; 34: 54–64.
- Wöller W, Hartkamp N, Bergstein V, Horn E, Kruse J. Therapeutische Arbeitsbeziehungen in der stationären Psychotherapie. In: Tress W, Wöller W, Horn E (Hrsg). *Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art*. Frankfurt a. M.: VAS2000.
- Zenz H. Gruppenprozesse in einer Stationskonferenz. *Psychother Med Psychol* 1970; 6: 236–46.

# 11 »Muss ich wirklich in die Gruppe?« – Einzel- und Gruppentherapie als sich ergänzende Elemente des Settings

Wolfgang Wöller, Götz Berberich und Christian Thiele

## Zusammenfassung

Dieses Kapitel wendet sich der für die stationäre Psychotherapie charakteristischen Kombination von Einzel- und Gruppentherapie zu. Vorteile und Einschränkungen der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie werden dargestellt. Anschließend werden Fragen von Indikation, Kontraindikation und Passung stationärer Gruppentherapie erörtert. Es folgt eine ausführliche Darstellung der in der stationären Psychotherapie angewendeten psychodynamischen und kognitiv-behavioralen gruppentherapeutischen Konzepte.

## 11.1 Vorbemerkungen

Die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie gilt als das Herzstück multimodaler stationärer Psychotherapiekonzepte. Während im ambulanten Bereich die gleichzeitige Anwendung von einzel- und gruppentherapeutischen Verfahren erst in letzter Zeit ermöglicht wurde, ist die Kombination beider Teilsettings im stationären Bereich seit Langem eine Selbstverständlichkeit.<sup>1</sup> Dabei kann je nach konzeptueller Ausrichtung des stationären Therapieangebotes der Akzent mehr auf der Gruppen- oder mehr auf der Einzelpsychotherapie liegen.

Die meisten psychodynamischen Konzepte betrachten die Gruppentherapie als zentrales Element des stationären Settings, während verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungskonzepte eher die Einzeltherapie ins Zentrum rücken.

Die meisten der zur stationären Aufnahme gelangenden Patienten wurden im ambulanten Bereich einzelnpsychotherapeutisch behandelt. An dieses Setting haben sie sich gewöhnt, während sie sich vom Nutzen der Gruppentherapie oft erst überzeugen müssen. Es verwundert daher nicht, dass sie sich auch während des stationären Aufenthaltes in erster Linie eine Einzelpsychotherapie vorstellen können. Der Wunsch der Patienten nach mehr Einzeltherapie pro Woche ist deshalb jedem in der stationären Psychotherapie tätigen Behandler sehr vertraut.

Sicherlich hat die Gruppenpsychotherapie ihre Bedeutung im stationären Bereich nicht zuletzt aus ökonomisch-organisatorischen Gründen erlangt. Die Kosteneffizienz gruppenpsychotherapeutischer Maßnahmen ist empirisch gut belegt (Heinzel 2001; Strauß 2010; Tschuschke 2010), gibt sie doch den Therapeuten die Möglichkeit, mehrere Patienten zur gleichen Zeit mit einer nachgewiesenen wirksamen Methode zu behandeln. Dass sie in ihrer Wirksamkeit der Einzelpsychotherapie nicht nachsteht, kann aufgrund vieler

<sup>1</sup> Verkürzt wird meist von Einzel- oder Gruppentherapie gesprochen. Da in einem multimodalen Behandlungsangebot auch Spezialtherapien mindestens im Gruppensetting und teilweise im Einzelsetting angeboten werden, werden zur genaueren Bezeichnung der beiden Therapieformen oft die Begriffe der »verbalen« Einzel- bzw. Gruppentherapie gebraucht.

fältiger Untersuchungen als gesichert gelten (Lambert 2013).

Doch sind – jenseits ihrer Kosteneffizienz – im Wesentlichen zwei Gründe für die herausragende Stellung der Gruppentherapie maßgebend: Der erste Grund ist durch den Großgruppencharakter des stationären Behandlungsangebots gegeben, das zu vielfältigen Interaktionen der Patienten untereinander einlädt. Im Kontext der Gemeinschaft der Patienten einer Station oder therapeutischen Einheit erhält die stationäre Gruppentherapie eine besondere Bedeutung als Katalysator für die Stiftung hilfreicher Interaktionen. Diese Interaktionen sind grundsätzlich erwünscht, da sie ein zusätzliches therapeutisches Potenzial erschließen. Wenn Patienten sich konstruktiv über die Erfahrungen in der Psychotherapie austauschen, sich gegenseitig bei der Lösung von Problemen helfen oder sich wechselseitig in edukativen Therapieeinheiten vermittelte Inhalte erläutern, kann dies den Therapieprozess auf vielfältige Weise unterstützen. Empirische Untersuchungen belegen die hohe Bedeutung, die Patienten einer stationären Psychotherapiestation den Kontakten zu Mitpatienten bei der Erklärung ihres Therapieerfolgs zuschreiben (Wöller et al. 2000).

Auf der anderen Seite können die Interaktionen der Patienten untereinander die Therapie auch behindern oder schädigen, wenn maladaptive Interaktionsmuster in den Vordergrund treten und therapeutisch nicht ausreichend aufgearbeitet werden können. Einzeltherapeutische Kontakte reichen in der Regel nicht aus, um potenziell schädigende gruppenspezifische Prozesse rechtzeitig zu erfassen, sei es, dass die Patienten sie von sich aus nicht thematisieren, sei es, dass ihre Bearbeitung durch die dringlichen anderen Themen hintangestellt werden muss. Mit der Gruppentherapie ist hingegen ein Untersuchungs- und Übungsfeld gegeben, das auch

maladaptive Interaktionsmuster abbilden und der Bearbeitung zugänglich machen kann. Dies besonders deshalb, weil die Gruppentherapie Wirkfaktoren vermittelt, die einzeltherapeutische Kontakte nicht zur Verfügung stellen können (► Abschn. 11.2).

## 11.2 Konzeptueller Hintergrund von Einzel- und Gruppentherapie und ihre Wirkfaktoren

Die Wirkfaktoren der Einzelpsychotherapie sind im ambulanten Bereich ausgiebig untersucht worden (Lambert 2013). Zu unterscheiden sind unspezifische und spezifische, d. h. auf das verwendete Psychotherapieverfahren bezogene Wirkfaktoren, wobei die Psychotherapieforschung der letzten Jahre die Bedeutung der unspezifischen Wirkfaktoren herausgearbeitet und diejenige der spezifischen, d. h. verfahrensbezogenen Wirkfaktoren immer mehr relativiert hat (Wampold & Brown 2005).

Die der stationären Einzelpsychotherapie zugrunde liegenden Behandlungskonzepte folgen durchweg der konzeptuellen Orientierung des stationären Gesamtsettings, die in der Regel psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtet ist. Einen Überblick über die im stationären Kontext zur Anwendung kommenden Konzepte gibt Abschnitt 11.6.

Zu den für eine Gruppenpsychotherapie charakteristischen Wirkfaktoren, die nicht durch eine Einzeltherapie vermittelt werden können, zählen (Burlingame et al. 2013; Mattke & Wöller 2015; Yalom 2012):

- Eine Gruppe kann für stationär behandelte Patienten eine wichtige haltende Funktion haben. Bei den Gruppenteilnehmern kann ein Gefühl entstehen, mit einer Gruppe von Menschen, die mit vergleichbaren Problemen zu kämpfen haben, »im gleichen

Boot« zu sitzen und ein ähnliches Schicksal zu teilen. Über die Wirkfaktoren der »Kohäsion« und der »Universalität des Leidens« kann die Gruppentherapie das Gefühl vermitteln, dazuzugehören, aufgehoben zu sein und sich gehalten zu fühlen. Mitzuerleben, dass Gruppenmitglieder verständnisvoll unterstützend und nicht urteilend, sondern akzeptierend und wertschätzend mit der eigenen Problemsituation umgehen, kann erhebliche therapeutische Wirkungen entfalten.

- Die Gruppe kann als ein Übungsfeld genutzt werden, um interpersonelle Einsichten in neuartige Verhaltensweisen umzusetzen. Ungünstige interpersonelle Beziehungsmuster kommen – anders als in der stationären Einzeltherapie, in der sie bestenfalls thematisiert werden – unmittelbar zur Darstellung. Erfahrungsgemäß können Patienten konfrontierende Rückmeldungen von Gruppenmitgliedern besser annehmen als von ihren Einzeltherapeuten.
- Die Patienten haben in der Gruppentherapie auch die Möglichkeit, sich – zumindest zeitweise – nicht am direkten Gesprächsaustausch zu beteiligen. Sie müssen nicht, wie in der Einzeltherapie, ständig im Fokus der Aufmerksamkeit stehen und können dennoch am Beispiel anderer Gruppenmitglieder wertvolle Einsichten gewinnen.

### 11.3 Vorteile und Einschränkungen der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie

Durch die Einbettung der Einzel- und Gruppenpsychotherapie in den Kontext der stationären Psychotherapie ergeben sich einerseits Einschränkungen, andererseits aber auch **erweiterte Möglichkeiten** der therapeu-

tischen Einflussnahme (Spitzer & Freyberger 2014):

- Der wichtigste Vorteil der Kombination beider Therapieformen besteht in der Möglichkeit einer **Aufteilung der therapeutischen Aufgaben**. So kann es sinnvoll sein, in der Einzeltherapie einen intrapsychischen und in Gruppentherapie einen interpersonellen Fokus festzulegen. Während in der Einzeltherapie schambesetzte Themen, intrapsychische Konflikte oder eine gezielte Auseinandersetzung mit psychischen Traumatisierungen Raum erhalten können, lassen sich die gleichzeitig vorhandenen interpersonellen Schwierigkeiten gut in der Gruppentherapie bearbeiten. Nicht wenige Patienten machen in der Gruppentherapie wichtige Beziehungserfahrungen; zur Durcharbeitung ihrer intrapsychischen Dimension bevorzugen sie jedoch die Einzeltherapie. Besonders strukturell gestörten Patienten fällt es oft schwer, ohne die zusätzliche Hilfe der Einzeltherapie die in der Gruppensituation gemachten neuen Beziehungserfahrungen auf die Alltagsbeziehungen in ihrem häuslichen und beruflichen Umfeld zu übertragen.
- Ein kaum zu überschätzender Vorteil der gleichzeitigen Präsenz von Einzel- und Gruppentherapie im multimodalen stationären Setting liegt auch in dem Vorhandensein **alternativer Beziehungsangebote**. Eine Patientin, die Schwierigkeiten hat, sich ihrer Einzeltherapeutin gegenüber zu öffnen, mag in der andersartigen Beziehungs- und Übertragungskonstellation der verbalen Gruppentherapie bessere Wege der Selbstöffnung finden.

Trotz der geschilderten Vorteile ergeben sich durch die in der Regel »obligatorische« Einbindung der stationären Einzel- und Gruppentherapie in das multimodale stationäre

Angebot neben Chancen und Synergismen auch **Herausforderungen**, die von den Gruppentherapeuten und dem therapeutischen Team zu bewältigen sind:

- Die **Inhalte** sowohl der Einzel- als auch der Gruppentherapie sind durch den Gesamtrahmen der stationären Psychotherapie vorgegeben. Sie variieren naturgemäß in Abhängigkeit von der Zielsetzung des Gesamtsettings. Verfolgt die Gesamttherapie das Ziel einer psychosozialen Stabilisierung, so hat dieser Fokus auch für die Einzel- und Gruppenpsychotherapie eine orientierende Funktion. In der Einzeltherapie kann der Fokus der Therapie am einfachsten an die individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen der Patientin angepasst werden. Dies ist in der Gruppentherapie nicht in diesem Maße möglich. Lediglich wenn störungsorientierte Gruppen angeboten werden, kann der Fokus differenziert werden. Dann kann z.B. in einer Essstörungsgruppe das konkrete Essverhalten in den Mittelpunkt gestellt werden, während die das Essverhalten bestimmende Beziehungsdynamik in den interaktionellen Gruppen zum Thema wird.
- Die **begrenzte Dauer des stationären Aufenthaltes** beschränkt auch den Aufenthalt der Patienten in der stationären Einzel- und Gruppentherapie. Nur in Ausnahmefällen kann eine einzel- oder gruppentherapeutische Maßnahme im Sinne eines vor- oder nachstationären Angebotes vor Beginn des stationären Aufenthaltes begonnen oder über das Ende des stationären Aufenthaltes hinaus fortgeführt werden. Durch die organisatorischen Rahmenbedingungen der Klinik ist in der Regel festgelegt, dass für jeden entlassenen Patienten ein neu aufgenommenen Patient in die Gruppe kommt. Dadurch ist ein halb-offenes Format vorgegeben, mehr im Sinne von »fast open groups« als von »slow open groups« (König & Lindner 1992).
- Eine damit im Zusammenhang stehende weitere Besonderheit der stationären Einzel- und Gruppenpsychotherapie ergibt sich durch die dauerhafte **Einbindung der Einzel- wie auch der Gruppentherapeuten in das therapeutische Team**. Das Team hat die Möglichkeit, den einzeltherapeutischen und den Gruppenprozess zu beeinflussen, indem es den jeweiligen Therapeuten zusätzliche Informationen zur Verfügung stellt, die sie für ihre Interventionen nutzen können, oder indem es festlegt, welche Themen in der Einzel- bzw. Gruppentherapie vorrangig behandelt werden sollten. Auf diese Weise können Konflikte und problematische Beziehungsmuster aus dem Stationsalltag in ihren interpersonellen Auswirkungen zum Gegenstand der Gruppentherapie werden, während man ihre intrapsychischen Determinanten in der Einzeltherapie bearbeitet. Im Gegenzug für diese Einschränkung in der Auswahl einzel- oder gruppentherapeutischer Themen profitieren die Therapeuten von der fortgesetzten Reflexion des Therapiegeschehens im multiprofessionellen therapeutischen Team und von der Möglichkeit, Informationen aus anderen Therapieangeboten gewinnbringend für ihre therapeutischen Prozesse zu nutzen.
- Eine Besonderheit der Einzeltherapie im stationären Setting ist in der Regel dadurch gegeben, dass die **Einzeltherapeutin meist auch die Bezugstherapeutin** ist. Als solche nimmt sie nicht nur koordinierende Funktionen wahr, sie ist meist auch die Ansprechpartnerin in Krisensituationen oder bei besonderen Anliegen wie z.B. bei Wünschen nach Sonderregelungen, Beurlaubungen oder Befreiungen von als belastend erlebten therapeutischen Maßnahmen.

men.<sup>2</sup> Dadurch und durch den Charakter des einzeltherapeutischen Settings stellt sich bei den Patienten im Kontakt zu ihrer Einzeltherapeutin schneller als zur Gruppentherapeutin ein Gefühl von Nähe her. Dies führt oft dazu, dass wichtige Inhalte dem einzeltherapeutischen Kontakt vorbehalten bleiben und dem Gruppenprozess entzogen werden. Verständlicherweise ist die Hürde, über schambesetzte Inhalte zu sprechen, in Einzelsettings geringer, was zur Folge hat, dass aus diesem Grunde relevante Inhalte nicht in den Gruppenprozess gelangen. Nicht zu Unrecht beklagen daher in der Gruppentherapie erfahrene Therapeuten, dass durch das gleichzeitige Angebot der Einzeltherapie das therapeutische Potenzial der Gruppentherapie im stationären Kontext nicht immer vollständig ausgeschöpft wird.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang, dass es konzeptuelle Divergenzen in der Frage gibt, ob **Einzel- und Gruppentherapien durch die gleichen oder durch unterschiedliche Therapeuten** durchgeführt werden sollten. Beide Varianten haben Vor- und Nachteile: Wenn eine Patientin bei der gleichen Therapeutin in Einzel- und Gruppentherapie behandelt wird, kann sie ihre Erfahrungen aus der Gruppentherapie gut in die Einzeltherapie einfließen lassen. Dies wirkt sich dann besonders vorteilhaft aus, wenn die Patientin zu dieser Therapeutin eine positive Arbeitsbeziehung entwickelt hat. Als nachteilig erweist sich die Personalunion von Einzel- und Gruppentherapeutin jedoch, wenn Probleme der Passung oder Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung die Entwicklung einer hilfrei-

chen Arbeitsbeziehung behindern und beide Settings davon betroffen sind. Um diese Situation nicht entstehen zu lassen, wird in der Regel dafür plädiert, Einzel- und Gruppentherapie von verschiedenen Therapeuten durchführen zu lassen.

## 11.4 Fragen von Indikation, Kontraindikation und Passung

Während sich die Frage der Indikation zur Einzeltherapie nicht stellt – sie ist mit der Indikation zur stationären Psychotherapie als gegeben anzusehen –, kann für einzelne Patienten die Frage der Indikation bzw. Kontraindikation für die Gruppentherapie (v.a. auch bei differenzierten Gruppenangeboten) ein diskussionswürdiges Thema sein.

Die Literatur führt eine Reihe von Indikationskriterien auf, die eine Gruppenpsychotherapie besonders geeignet erschienen lassen. Dazu zählen vor allem Probleme und Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich, insbesondere soziale Gehemmtheit, Rückzugsverhalten, Schwierigkeiten der Nähe-Distanz-Regulierung, Neigung zu Streit oder aggressiven Auseinandersetzungen, besondere Neigung zu Dominanz oder Unterwürfigkeit oder die Neigung, sich übermäßig für andere aufzuopfern und eigene Bedürfnisse hintanzustellen (► nachfolgende Übersicht »Spezielle Indikationen für die stationäre Gruppentherapie«). Vor allem Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die im stationären Setting häufig vertreten sind, lassen sich besonders Erfolg versprechend in Gruppen behandeln (Dally 2014; Tschuschke 2010).

---

2 In einigen Konzepten ist die auch medizinisch behandelnde Stationsärztin Ansprechpartnerin bei Krisen und besonderen Anliegen.

### Spezielle Indikationen für die stationäre Gruppentherapie

- Interpersonelle Problembelastung
- Soziale Gehemmtheit, Rückzugsverhalten
- Schwierigkeiten der Nähe-Distanz-Regulierung
- Neigung zu Streit oder aggressiven Auseinandersetzungen
- Neigung zu Dominanz oder Unterwürfigkeit
- Neigung, sich für andere aufzuopfern

Weniger geeignet ist eine Gruppentherapie für Patienten mit akuten psychiatrischen, insbesondere psychotischen Symptomen. Ebenso profitieren Patienten mit ausgeprägten hypochondrischen, soziopathischen oder paranoiden Zügen in der Regel weniger von einer Gruppentherapie (Eckert 1996).

Im einem stationären Kontext, in dem Gruppentherapie neben der Einzeltherapie zentraler Bestandteil des gesamten Angebotes ist, wird die Indikation zur Teilnahme an der Gruppentherapie naturgemäß breiter gestellt als in einem Kontext, in dem Gruppentherapie als Alternative zur Einzeltherapie zu indizieren ist. Zwar besteht für die meisten zur stationären Behandlung eingewiesenen Patienten wegen ihrer interpersonellen Problemfelder eine positive Indikation für eine Gruppentherapie, doch wird auch dann, wenn die Gruppentherapie nicht die Therapieform der ersten Wahl ist, aus den in Abschnitt 11.3 dargelegten Gründen in der Regel von neu aufgenommenen Patienten erwartet, dass sie auch an der Gruppentherapie teilnehmen.

Eine positive Indikationsstellung auf der Basis des vorherrschenden Störungsbildes ist möglich, wenn störungshomogene Gruppen konzeptuell vorgesehen sind und angeboten werden. Wie weit es gelingt, solche Gruppen zusammenzustellen, hängt in erster Linie von der Zahl der gleichzeitig in Behandlung befindlichen Patienten mit vergleichbarem Dia-

gnosespektrum ab. Dies wird in größeren Kliniken mit störungsspezifischen Schwerpunkten leichter möglich sein als in kleineren Krankenhausabteilungen mit heterogener Patientenzusammensetzung.

Sieht man von der Besonderheit störungshomogener Gruppen ab, stellt sich für die stationäre Psychotherapie in praktischer Hinsicht weniger das Problem der Indikation als das der **Kontraindikation für die Gruppentherapie**:

### Relative Kontraindikation für eine stationäre Gruppentherapie

- Patienten mit akuten psychiatrischen, insbesondere psychotischen Symptomen
- Ausgeprägte hypochondrische, soziopathische oder paranoide Züge
- Fehlende Fähigkeit oder Bereitschaft, Gruppenregeln einzuhalten
- Für Vertrauensbildung und Gruppenkohäsion schädigendes Patientenverhalten
- Fehlende Bereitschaft zur Reflexion beziehungs- und verhaltensmysterischer Verhaltensmuster

Eine Freistellung von der Gruppentherapie ist dann zu erwägen, wenn die Teilnahme mit einer unverträglich hohen Belastung für die Patienten verbunden ist und/oder eine schädigende Wirkung durch sie nicht auszuschließen ist. Diese Option sollte jedoch die Ausnahme bleiben und nicht schon dann zur Anwendung kommen, wenn Patienten lediglich aus Scheu vor dem unbekannten therapeutischen Medium auf die Teilnahme an der Gruppentherapie verzichten wollen.

Der Entscheidung, einzelne Patienten von der Teilnahme an der stationären Gruppentherapie auszunehmen, sollte eine sorgfältige Prüfung verschiedener Gesichtspunkte vorausgehen. Einige davon sind:

- Patienten, die es ablehnen, an der Gruppentherapie teilzunehmen, haben mög-



licherweise irrationale Erwartungen oder Befürchtungen, was in der Gruppentherapie auf sie zukommt. Hier können eine sorgfältige Vorbereitung und Informationen zum Ziel und zum Ablauf der Gruppentherapie beruhigen und motivieren.

- Ob Patienten als »gruppenfähig« einzuschätzen sind oder nicht, kann auch von der Art abhängen, wie die gruppentherapeutische Maßnahme konkret durchgeführt wird. Erfahrungen mit der gruppentherapeutischen Behandlung komplex traumatisierter Patienten zeigen, dass bei einer eher auf das Sicherheitsgefühl und auf die Stärkung von Bewältigungsressourcen zentrierten Gestaltung des Gruppenprozesses auch solche Patienten in der Gruppe behandelt werden können, die ihr bei anderer Behandlungstechnik fernbleiben müssten (Heffler & Mehler 2010).
- Weiterhin können, wie auch sonst in der Psychotherapie, Fragen der Passung eine Rolle spielen. Probleme der Passung können nicht nur in der Beziehung der Patienten zu ihren Therapeuten, sondern auch in den Beziehungen der Patienten untereinander entstehen. Diese können, müssen aber nicht mit entsprechenden Übertragungsdispositionen im Zusammenhang stehen. Nicht selten äußern Patienten den Wunsch nach einem Wechsel in eine andere Therapiegruppe. Hier ist das Behandlungsteam gefordert, zu entscheiden, ob dem Wunsch nach einem Gruppenwechsel ein Vermeidungsverhalten zugrunde liegt, das die Chance auf eine produktive Konfliktlösung verhindert, oder ob es sich um ein unüberwindliches Passungsproblem handelt.

Ungeachtet dieser Überlegungen kann es notwendig sein, einzelne Patienten nicht an der Gruppentherapie teilnehmen zu lassen. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn Verhal-

ten sich schädigend auf die Prozesse der Vertrauensbildung und Kohäsion in der Gruppe auswirkt. Patienten, die nicht in der Lage sind, die Gruppenregeln einzuhalten oder die Gruppe für ihr sozial schädigendes Interaktionsverhalten missbrauchen, sollten nicht an der Gruppentherapie teilnehmen. Auch Patienten, die andere Gruppenteilnehmer mit Pessimismus und Hoffnungslosigkeit infizieren, oder solche, die, ohne die Bereitschaft, dies zu reflektieren, zur Wiederholung beziehungs-traumatischer Erfahrungen in der Gruppe neigen, sind nicht für eine Gruppentherapie geeignet (Freyberger & Spitzer 2014).

## 11.5 Konzeptuelle Orientierung stationärer Gruppenpsychotherapie

Die im Rahmen stationärer Psychotherapie zur Anwendung kommenden gruppentherapeutischen Konzepte folgen prinzipiell der konzeptuellen Orientierung des stationären Gesamtsettings. Entsprechend der vorherrschenden Orientierung an einem Psychotherapie-Verfahren werden in der Regel entweder psychodynamisch orientierte oder kognitiv-behavioral orientierte Gruppenpsychotherapien angeboten. Empirisch lässt sich zeigen, dass Patienten in psychodynamischen Gruppentherapien deutlich andersartige Erfahrungen machen als in kognitiv-behavioralen Gruppentherapien (Watzke et al. 2004).

Im Zuge der zunehmenden Methodenvielfalt kommt es immer häufiger vor, dass in das Gesamtkonzept auch gruppentherapeutische Maßnahmen integriert werden, die ursprünglich einem anderen Psychotherapie-Verfahren zugeordnet waren. Besonders in psychodynamisch ausgerichteten Einrichtungen werden vermehrt verhaltenstherapeutische Gruppenangebote in das Gesamtsetting integriert, insbesondere edukative Gruppen, Angstbewälti-

gungstrainings oder »Skills«-Trainings zur Förderung der Emotionsregulierung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder komplexen Traumafolgestörungen. Dies wird dann als kompatibel mit der psychodynamischen Hintergrundorientierung angesehen, wenn es gelingt, das Gruppengeschehen im therapeutischen Team im Hinblick auf den jeweiligen Beziehungskontext und im Kontext von Übertragung und Gegenübertragung zu reflektieren (Wöller & Kruse 2015).

## 11.6 Psychodynamische gruppentherapeutische Konzepte

Für alle psychodynamischen gruppentherapeutischen Konzepte gelten – trotz konzeptueller Unterschiede im Einzelnen – die folgenden Gemeinsamkeiten (Mattke & Wöller 2015; Staats et al. 2014):

- Sie fokussieren, der allgemeinen psychodynamischen Beziehungsorientierung folgend, primär auf Aspekte der **Beziehungsgestaltung**, sowohl in interpersoneller wie auch in intrapsychischer Hinsicht. Unter intrapsychischer Beziehungsgestaltung wird im psychodynamischen Sprachgebrauch die Art des Umgangs mit eigenen Wünschen, Impulsen und der eigenen inneren Normenwelt als »verinnerlichte Objektbeziehung« verstanden. Besondere Beachtung finden, wie in allen psychodynamischen Therapien, die Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung. Durchweg wird die Bedeutung des affektiven Erlebens hervorgehoben.
- Unter psychodynamischem Blickwinkel bietet die Gruppentherapie gegenüber dem Einzelsetting zahlreiche Vorteile. Neben der Möglichkeit der Übertragungsaufspaltung bietet sie vielfältige **Möglichkeiten, sich mit anderen Gruppenmitgliedern zu identifizieren**. Darüber hinaus kann sie strukturell gestörten Patienten mit ausgeprägter dyadischer Fixierung ermöglichen, trianguläre Beziehungsmuster nicht mehr nur als bedrohlich, sondern auch als hilfreich zu erleben.
- In psychodynamischen Gruppenpsychotherapien werden die Gruppenmitglieder aufgefordert, entsprechend dem Grundsatz der freien Interaktion, jedoch in den Grenzen der jeweils zu vereinbarenden Gruppenregeln offen über alles zu reden, was sie ansprechen möchten. Es besteht für die Patienten **keine Verpflichtung, sich am Gruppengeschehen zu beteiligen**. Doch sollte die Gruppentherapeutin ermutigend darauf hinwirken, dass einzelne Gruppenmitglieder nicht über längere Zeit aus dem Gruppengespräch ausgeschlossen bleiben.
- Anders als in der ambulanten psychodynamischen Gruppenpsychotherapie, in der ausgiebige biografische Arbeit einzelner Gruppenteilnehmer einen wichtigen Stellenwert haben kann, ist die biografische Arbeit in der Regel nicht Gegenstand der stationären Gruppentherapie, sondern bleibt den Einzelkontakten vorbehalten. Vielmehr sind die **maladaptiven Beziehungsmuster und die biografisch verstehbaren Konflikte im Hier-und-Jetzt** Gegenstand der Gruppenpsychotherapie.
- Trotz unterschiedlicher Interventionsstrategien haben die im stationären Bereich angewandten gruppentherapeutischen Konzepte die Gemeinsamkeit, dass **regressive Formen des Erlebens und Verhaltens** nicht gefördert werden. Oft ist es notwendig, regressive Muster aktiv zu begrenzen. Die Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld und die Zuschreibung der Krankenrolle wirken vielfach als Regressionsauslöser und prägen das Verhalten und Erleben der Patienten auf der Therapiestation sowie in der Gruppensituation. Unange-

messen hilflose oder fordernde Verhaltensmuster, die eher einem kindlichen oder pubertären Muster als dem Erwachsenenmodus zuzuordnen sind, können die Arbeitsatmosphäre in der Gruppentherapie beeinträchtigen. Um ihnen entgegenzuwirken, fällt den Gruppentherapeuten wie auch anderen Teammitgliedern die Aufgabe zu, im Bedarfsfall antiregressiv zu steuern und die Regeleinhaltung einzufordern.

Im Einzelnen unterscheiden sich die Konzepte im Hinblick auf die vorrangige therapeutische Aufgabe, je nachdem, ob die Klärung unbewusster Konflikte, die Arbeit an strukturellen Einschränkungen oder der Umgang mit psychischen Traumatisierungen stärker im Vordergrund stehen sollte. Entsprechend unterschiedlich wird das **Therapeutenverhalten** ausfallen: Je stärker die Arbeit an unbewussten Konflikten beabsichtigt ist, desto zurückhaltender wird die Therapeutin intervenieren und umso mehr wird sie sich auf klärende, konfrontierende und deutende Interventionen beschränken. Je stärker sich die therapeutische Arbeit auf den Umgang mit Ich-strukturellen Problemen fokussiert, desto aktiver und strukturierender wird ihr Therapeutenverhalten sein.

Die Perspektiven schließen einander nicht aus; doch folgt aus der jeweiligen Akzentuierung eine andersartige Technik des Intervenierens. Die deutlich verbesserte ambulante Versorgung hat es mit sich gebracht, dass stationäre Psychotherapie zunehmend weniger von höher strukturierten Patienten und deutlich mehr von strukturell gestörten Patienten in Anspruch genommen wird.

Bei schwerer gestörten Patienten besteht zusätzlich die Möglichkeit multipler Übertragungen einschließlich der Entwicklung von Spaltungsübertragungen. Letzteres bedeutet, dass Patienten mit stark ausgeprägtem Über-

tragungsdruck auf Therapeuten verschiedener Settings unterschiedliche Aspekte der Mutter- oder Vaterrepräsentanz übertragen können. So kann der nur positive Teil des Mutterbildes auf die Einzeltherapeutin übertragen werden, während der negative Teil auf die Gruppentherapeutin oder die Therapiegruppe als Ganzes übertragen wird. Für diese Patientengruppen sind die heute angewandten modifizierten Konzepte geeigneter, darunter das mentalisierungsbasierte Gruppenkonzept (Bolm 2012; Schultz-Venrath 2011) (► Abschn. 11.6.3) oder das traumaorientierte Gruppenkonzept nach Reddemann (2009) bzw. Heftler & Mehler (2010) (► Abschn. 11.6.4):

### Psychodynamische Konzepte stationärer Gruppentherapie

- Konfliktorientierte psychodynamische Gruppenkonzepte
- Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie
- Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie
- Trauma- und ressourcenorientierte psychodynamische Gruppentherapiekonzepte

#### 11.6.1 Konfliktorientierte psychodynamische Gruppenkonzepte

Am Modell der konfliktorientierten Psychotherapie orientierte gruppentherapeutische Konzepte betonen die **Möglichkeit der Reinszenierung und heilsamen Durcharbeitung unbewusster Konflikte und maladaptiver Beziehungsmuster in der Gruppe**. Da nach psychodynamischer Auffassung die meisten unbewussten pathogenen Konflikte ihren Ursprung in der Kindheit haben, geht das Konzept davon aus, dass unverarbeitete Konflikte der Kindheit und unter ungünstigen Bedingungen des kindlichen Umfeldes

entstandene maladaptive Verhaltens- und Beziehungsmuster auch in der stationären Gruppentherapie zur Darstellung kommen.

Das Konzept betont die Möglichkeit, Affekte der Enttäuschung, Trauer und Verzweiflung, aber auch der Wut, der Scham und der Angst in dem schützenden Rahmen der Gruppentherapie wiedererleben zu können und gleichzeitig durch die wohlwollenden Reaktionen der übrigen Gruppenmitglieder Entlastung zu finden. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit der Externalisierung verinnerlichter Beziehungsmuster. Gruppenmitglieder oder die Therapeutin repräsentieren nun Selbstanteile.

Die Erlaubnis, bisher verbotene Affekte spüren und äußern zu dürfen, und deren Durcharbeitung in der Übertragung auf andere Gruppenmitglieder oder den Gruppentherapeuten trägt nach dieser Auffassung in Verbindung mit der neuen positiven Beziehungserfahrung in einer wohlwollenden und akzeptierenden Gruppenatmosphäre zur Modifikation der inneren Strukturen bei: Die als Folge der Introjektion traumatischer Erfahrungen verzerrten Selbst- und Objektrepräsentanzen differenzieren sich neu, aus verbietenden und selbstentwertenden Introjekten werden benigne, d.h. durch Selbstakzeptanz und Selbstfürsorge geprägte innere normgebende Strukturen.

Überträgt ein Gruppenmitglied offensichtlich Aspekte seines Mutter- oder Vaterbildes auf ein anderes Gruppenmitglied oder auf die Gruppe als Ganzes, so werden die dadurch aktualisierten Affekte ausdrücklich zugelassen und wertschätzend angenommen. Gleichzeitig erfährt das Gruppenmitglied eine Korrektur durch die übrigen Gruppenmitglieder, welche die verzerrte Wahrnehmung verdeutlichen und oft auch auf die Möglichkeit einer Übertragung von Mustern der Kindheit auf die Gegenwart hinweisen.

### Fallbeispiel

Eine Patientin, die ebenso kritisierend mit sich umging, wie es frühe Bezugspersonen mit ihr getan hatten, die also die kritisierende Art der Objektbeziehung verinnerlicht (introjiert) hatte, konnte diese verinnerlichte Objektbeziehung in der Gruppe externalisieren, indem sie einen Mitpatienten als kritisierend erlebte. Im weiteren Verlauf der Gruppensitzung ließ sich klären, dass der Mitpatient mit seinen Äußerungen keinerlei Kritik verbunden hatte; vielmehr wollte er der Patientin ein Hilfsangebot zukommen lassen. Die Patientin begann zu verstehen, in welchem Maße sie ihre eigene Neigung zur Selbstkritik auf andere Menschen projizierte. Das Hilfsangebot des Mitpatienten konnte sie im Sinne einer positiven Beziehungserfahrung nutzen.

Die Aktualisierung unbewusster Konflikte in der Übertragung auf Mitpatienten der Gruppe setzt in der Regel eine hinreichende therapeutische Ich-Spaltung voraus. Dies bedeutet, dass die Patienten in der Lage sein müssen, übertragungsbedingte Projektionen und Zuschreibungen zugunsten einer relationsorientierten Sicht auf diese Patienten zurückzunehmen und diesen Vorgang im Sinne einer positiven Beziehungserfahrung zu nutzen.

Eine Regression auf kindliche Erlebensmuster, wie sie in der ambulanten analytischen Gruppentherapie als therapeutisches Mittel genutzt wird, wird in der stationären psychodynamischen Gruppentherapie in aller Regel nicht angestrebt. Insofern folgt die Behandlungstechnik eher dem Modell der tiefenpsychologischen als der analytischen Psychotherapie (Wöller & Kruse 2015). Grundsätzlich kann die Therapeutin in gewissem Umfang steuern, wie weit sie sich als Objekt für Fantasien und Projektionen zur Verfügung stellen oder inwieweit sie die Realität der Arbeitsbeziehung repräsentieren will. Tatsächlich wird sich in der stationären Gruppentherapie wegen der überwiegenden Zahl strukturell

gestörter Patienten ein zurückhaltendes Interventionsverhalten nur selten empfehlen. Stattdessen wird eine Regressionsbegrenzung eher durch eine stärkere verbale und emotionale Präsenz der Therapeutin erreicht, die sich auch dann als reale Person erkennbar macht, wenn sie sich für einzelne Patienten als Übertragungsobjekt zur Verfügung stellt.

Häufig richten sich Projektionen und übertragungsbedingte Zuschreibungen auf Mitpatienten der Gruppe, auf Mitpatienten außerhalb der Gruppe oder auf andere Teammitglieder. In diesen Fällen ist es die Aufgabe der Gruppentherapeutin, die Gültigkeit der Affekte anzuerkennen und gleichzeitig die Wahrnehmung der Realität einzufordern. Dadurch wird sie für die Teilnehmer der Therapiegruppe zum Vorbild. Auch sie können die Fähigkeit entwickeln, die übertragungsbedingten Emotionen anderer Gruppenteilnehmer wohlwollend zu akzeptieren und ihren Projektionen und übertragungsbedingten Verzerrungen gleichzeitig eine realitätsorientierte Sicht entgegenzusetzen. Auf diese Weise tragen Therapeutin und Patienten gleichermaßen dazu bei, die Regressionsbereitschaft der Gruppe auf natürliche Weise zu begrenzen.

### 11.6.2 Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie

Die von Heigl-Evers & Heigl (1983) entwickelte psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie wendet sich an strukturell gestörte Patienten. Ziel ist es, die nur eingeschränkt verfügbaren psychischen und psychosozialen Funktionen wieder verfügbar zu machen. Die Patienten sollen Fähigkeiten und Funktionen zur Bewältigung innerer und äußerer Realität erarbeiten (Streeck & Leichsenring 2009).

Anders als in der soeben beschriebenen konfliktorientierten Form der psychodyna-

mischen Gruppentherapie fordert die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie vom Gruppentherapeuten eine Haltung, die durch die Merkmale der Präsenz, der Progressionsorientierung und der selektiv-authentischen Mitteilung eigener emotionaler Befindlichkeiten charakterisiert ist:

- Um das für die Gestaltung interpersoneller Interaktionen erforderliche implizite Beziehungswissen zu stärken, braucht es aufseiten der Therapeutin eine wache Aufmerksamkeit gegenüber allen sprachlichen und nichtsprachlichen Äußerungen der Patienten. Diese wache Aufmerksamkeit haben Heigl-Evers und Heigl (1973, 1983) »**Präsenz**« genannt.
- Als **Progressionsorientierung** wird eine therapeutische Haltung bezeichnet, die nicht primär am Verständnis unbewusster Konflikte und lebensgeschichtlich zurückliegenden Beziehungserfahrungen, sondern an einer förderlichen Gestaltung der künftigen Lebenspraxis der Patienten interessiert ist.
- Das **Prinzip »Antwort«** besagt, dass Therapeuten ihren Patienten ihre eigene emotionale Reaktion auf deren Verhalten »selektiv-authentisch« mitteilen. Diese Interventionsform will die Patienten darin unterstützen, ihr eigenes Interaktionsverhalten besser zu durchschauen und im Sinne ihrer Interaktionsziele zu steuern.

Anders als in der konfliktorientierten Variante der psychodynamischen Gruppentherapie stellt sich der Therapeut in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie nicht als Projektionsfläche für Übertragungen zur Verfügung. Vielmehr präsentiert er sich als ein wohlwollender Gesprächspartner, der jedoch nicht dem Alltagsdialog entsprechend reagiert, sondern dem Patient mitteilt, wie er reagieren würde, wenn er ein Interaktionspartner des Alltags wäre. Auf diese

Weise hilft er dem Patienten, zwischenmenschliche Beziehungen besser zu gestalten.

Das Interaktionsverhalten des Therapeuten ist in vieler Hinsicht dem Alltagsdialog ähnlicher als dasjenige in der konfliktorientierten Gruppentherapie. Mehr als in der konfliktorientierten Therapievariante bedarf es aufseiten der Therapeutin einer grundlegenden Akzeptanz des Patienten, die aus einem Alltagsverständnis abzulehnen wären. Wegen der meist massiven Störung des Selbstwertgefühls kann es notwendig werden, dem Patienten diese grundlegende Akzeptanz ausdrücklich und wiederholt zu vermitteln. Darin kann eine Herausforderung bestehen, wenn in der Gegenübertragung eine aversive Reaktionsbereitschaft gegenüber dem Patienten überwiegt.

### 11.6.3 Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie

Auf der Basis des Mentalisierungskonzeptes von Fonagy et al. (2004) wurden mentalisierungsbasierte gruppentherapeutische Ansätze entwickelt (Bolm 2009, 2012; Schultz-Venrath 2011). Sie richten sich vor allem an Patienten mit strukturellen Störungen, insbesondere an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, somatoformen Störungen und anderen Störungsbildern, die unter den Bedingungen emotionaler Dysregulation Defizite der Mentalisierungsfunktion aufweisen.

Die mentalisierungsbasierte Gruppentherapie fokussiert auf die Fähigkeit, eigene und fremde emotionale Zustände, Motive, Wünsche und Erwartungen besser zu erkennen. Sie fördert die Bereitschaft, eigene Sichtweisen zu reflektieren, die Perspektiven anderer Gruppenmitglieder zu erfahren und sich selbst besser zu verstehen. Indem Mitpatienten die Art, wie ein Patient reagiert und Beziehungen gestaltet, wohlwollend kommentieren, kann dieser seine eigenen Emotionen

und Reaktionsmuster besser kennenlernen. Ein geschützter und spielerischer Umgang miteinander wirkt dabei besonders förderlich.

Gefordert ist eine neugierige Haltung des Nicht-Wissens, welche die eigene und fremde subjektive Welt erforschen will. Das Innehalten und sorgfältige Rekapitulieren abgelaufener Interaktionssequenzen ist ein wichtiger Bestandteil der mentalisierungsbasierten Gruppenarbeit. Ein wichtiger Interventionschritt besteht darin, den oft durch eine Vielzahl von Äußerungen unübersichtlich gewordenen Gruppenprozess »anzuhalten« und die Patienten zu bitten, sich das abgelaufene Interaktionsgeschehen in der Gruppe noch einmal in Ruhe anzuschauen. Als Bild wird gern ein imaginärer Videorekorder angeführt, bei dem zunächst die »Stopp-Taste« gedrückt und dann zurückgespult wird, um anschließend die Sequenz in Zeitlupe zu betrachten.

Die Gruppentherapeutin wird immer zuerst die Patientenperspektive validieren und erst danach zu Interventionen übergehen, die rigide Überzeugungen oder eine zu enge Perspektivenwahl infrage stellen. Nach Möglichkeit bezieht sie dazu alle Gruppenteilnehmer in das Gespräch ein. Ihre Interventionen bedienen sich einer konkreten und verständlichen Alltagssprache; unproduktive Schweigepausen beendet sie aktiv. Auf Deutungen unbewusster Inhalte verzichtet sie weitgehend; in der Regel belässt sie es bei klärenden und vorsichtig konfrontierenden Interventionen. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass Gruppenmitglieder selbst Deutungen finden und formulieren. Die Therapeutin wird dann abschätzen müssen, wie weit dadurch der Gruppenprozess gefördert wird, und darauf achten, dass einzelne Gruppenmitglieder dadurch nicht überfordert werden.

Kaum ein Setting ist so geeignet, die Mentalisierungsfähigkeit zu stärken, wie die Gruppenpsychotherapie. Sie macht sich die Tatsache zunutze, dass auch schwerer gestörte



Patienten zu beträchtlichen Mentalisierungsleistungen in der Lage sind und anderen Gruppenmitgliedern helfen können, Sachverhalte unter einer anderen Perspektive neu zu reflektieren – sofern die Thematik für sie nicht konflikthaft ist und sie nicht selbst affektiv zu stark involviert sind (Wöller 2013).

#### **11.6.4 Trauma- und ressourcenorientierte psychodynamische Gruppentherapiekonzepte**

Die zunehmende Zahl von Patienten mit Traumafolgestörungen machte die Entwicklung spezieller gruppentherapeutischer Konzepte notwendig. Ein ressourcenorientiertes gruppentherapeutisches Konzept auf psychodynamischer Grundlage, das sich vor allem an komplex traumatisierte Patientinnen mit posttraumatischer und dissoziativer Symptomatik wendet, wurde im Rahmen der Psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie (PITT) von Reddemann (2009) entwickelt. Seine Herkunft aus dem stationären psychotherapeutischen Kontext erklärt den multimodalen Charakter mit unterschiedlichen verbalen und nonverbalen einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten. Die Gruppentherapie ist ausdrücklich als ein Element dieses umfassenden Behandlungskonzeptes konzipiert, das mindestens auch einzeltherapeutische Kontakte umfassen sollte.

Das Konzept sieht vor, dass sich kindlich-regressive Beziehungswünsche nicht in der therapeutischen Beziehung entfalten, um Regressionseffekte mit nachteiliger Auswirkung auf die Realitätsbewältigung zu vermeiden. Vielmehr werden die Patienten angehalten, kindlich-bedürftige Persönlichkeitsanteile auf der »inneren Bühne« mithilfe der Arbeit mit dem inneren Kind nachbeelternd zu versorgen. Auf diese Weise werden regressive Versorgungswünsche nicht zurückgewiesen, sondern ausdrücklich gewürdigt, ohne dass es zu

einer Regression auf der Ebene der therapeutischen Beziehung kommen muss. Ähnlich wie in der psychoanalytisch-interaktionellen und in der mentalisierungsbasierten Gruppentherapie werden Übertragungen nicht gefördert; wenn Übertragungsbedingt verzerrte Wahrnehmungen der Therapeutin oder der Gruppenleiterin auftreten, wird die aktuelle Beziehungsrealität geklärt (Reddemann & Wöller 2017).

Ziele der gruppentherapeutischen Interventionen sind die Verbesserung der Emotionsregulierung und die Aktivierung der Bewältigungsressourcen der Patientinnen im Sinne der traumaspezifischen Stabilisierung. Die Patientinnen werden angehalten, Techniken der Selbstberuhigung zu erlernen und Selbstfürsorge zu praktizieren. Ein wichtiges Element dieses Ansatzes ist die Nutzung imaginativer Techniken hypnotherapeutischen Ursprungs. Auch Achtsamkeitsübungen sind ein wesentlicher Bestandteil des Konzeptes. Erst wenn die Gruppenteilnehmer über eine hinreichende Stabilität ihrer Affektregulierung verfügen, wird auch die Interaktionsdynamik der Patienten zum Inhalt der Gruppenarbeit (Heffler & Mehler 2010). Eine Durcharbeitung traumatischer Erinnerung in der Gruppe ist ausdrücklich nicht vorgesehen und bleibt der Einzeltherapie überlassen. Auch sollen die Patienten in der Gruppe nicht über Details traumatischer Erfahrungen sprechen.

#### **11.6.5 Übertragung und Gegenübertragung in der psychodynamischen stationären Gruppentherapie**

Je schwerer gestört die Patienten in einer psychodynamisch Gruppentherapie sind, desto wichtiger wird der Umgang mit den Beziehungsdimensionen Übertragung und Gegenübertragung. Wie auch in anderen Teilstellungen des stationären Beziehungsangebots ist



damit zu rechnen, dass die Patienten Übertragungen misshandelnder oder emotional nicht verfügbarer Bezugspersonen der Kindheit auf die Person der Gruppentherapeutin oder auf andere Gruppenmitglieder aktivieren. Darin kann eine Erschwernis der Behandlung, aber auch eine Chance liegen, wenn es gelingt, die übertragungsbedingt aktivierten Emotionen wohlwollend anzunehmen und die entsprechenden Verzerrungen in der Wahrnehmung aufzulösen.

Aufseiten der Therapeuten sind aversive Gefühle gegenüber einzelnen Gruppenmitgliedern keine Seltenheit. Die Herausforderung besteht darin, sie als Reflex auf die Übertragungen der Patienten zu verstehen und nicht in unprofessioneller Weise auszuagieren. Ein Verständnis der regulatorischen Prozesse, die ein solches Verhalten bedingen, trägt in der Regel dazu bei, Distanz zu eigenen negativen Emotionen herzustellen. Neben feindseligen Reaktionen auf die Patienten können Gruppentherapeuten Gefühle von Lähmung, Selbstzweifel, Schuld- und Schamgefühle sowie Zweifel an der eigenen professionellen Kompetenz entwickeln, die ihr Selbstwertgefühl bedrohen und ihre Handlungsfähigkeit einschränken. Hier kann ein Verständnis, das die eigene negative Emotionalität als Reflex abgespaltener unerträglicher Selbstanteile der Patienten auffasst – die qua projektiver Identifizierung in sie »deponiert« wurden (Bion 1990) –, helfen, das Selbstvertrauen in die eigene therapeutische Kompetenz wiederherzustellen.

Für Therapeuten kann es auch schwer erträglich sein, zu erkennen, in welchem Maße sie von strukturell gestörten Patienten nicht als getrennte Person wahrgenommen, sondern ausschließlich im Dienste ihrer Selbstregulation »verwendet« werden. Auch hier kann es helfen, sich das Verhalten der Patienten vor dem Hintergrund ihrer leidvollen Lebensgeschichte als Überlebensstrategie zu er-

klären. Gleichwohl kann es notwendig werden, angemessene Grenzen zu setzen, um die Patienten, die Therapeutin und die Therapie vor destruktiven Impulsen und manipulativem Agieren zu schützen.

## 11.7 Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie

### 11.7.1 Kognitiv-behaviorale gruppen-therapeutische Konzepte

Während in der psychodynamischen Gruppentherapie gruppendynamische Prozesse und interaktionelle Konflikte als zentral betrachtet werden, fokussiert die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) auf eine einzelfallorientierte, zielgerichtete Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden in der Therapiegruppe. Wie in den Gruppenkonzepten unterschiedlichster Therapieverfahren entwickelte sich die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie anfangs durch die Anwendung einzeltherapeutischer Methoden in der Gruppe oder sogar als Einzeltherapie in Anwesenheit anderer (wie bei der Anwendung systematischer Desensibilisierung oder von Imaginationsverfahren in der Gruppe). Die gruppentherapeutische Arbeit bezieht sich also auf die Problematik oder Krankheit eines Einzelnen (oder mehrerer Patienten) und nicht primär auf die Gruppe als Ganzes. Sie nimmt bestimmte Störungsphänomene (»Krankheit«, Symptome, krankheitsaufrechterhaltende Faktoren etc.) ins Zentrum, geht zielorientiert unter Verwendung verhaltenstherapeutischer Methoden und Interventionen vor, beachtet den Transfer in den Alltag des Patienten und evaluiert das Therapieergebnis. Im Gefolge der Erkenntnisse der Sozialpsychologie und der kognitiv-sozialen Theorien (z.B. Bandura 1986) trat die Funktion der Gruppe als soziales Übungsfeld und Verstärkerquelle, als

Raum der (Gruppen-)Reflexion persönlicher Entwicklungen sowie der Gruppenmitglieder als Trainingspartner zur Erprobung neuer Verhaltensweisen ins Zentrum des Interesses. Gruppendynamische Prozesse treten – wie in jeder Gruppe – auch in der Verhaltenstherapiegruppe auf, ihre ungerichtete Förderung wird in der Kognitiven Verhaltenstherapie jedoch sehr kritisch gesehen (Fiedler 2005; Sipos & Schwaiger 2013). Gruppendynamische Probleme seien demnach nicht hinreichend repräsentativ für die Probleme der Patienten außerhalb der Gruppentherapie (Fiedler 2005), ihre Effekte könnten sich kontraproduktiv für die Erreichung des Therapieziels auswirken. Vielmehr wird in der Kognitiven Verhaltenstherapie durch ein strukturieren des Gruppenleiterverhalten intendiert, die Gruppendynamik in eine konstruktive Richtung zu lenken und zur Aktivierung der Wirkfaktoren zu nutzen. Die Gruppendynamik wird also genutzt, nicht aktiv provoziert. Daher nimmt der Gruppenleiter auch eine weit weniger abstinente, sondern vielmehr strukturierende, bisweilen direktive Haltung ein. Er bietet sich nicht als Projektionsfeld an, versteht sich vielmehr als Coach, Veränderungsassistent oder Lehrer mit transparentem, häufig supportivem Vorgehen.

Auch wenn also durch die Gruppendynamik angestoßene »Selbstheilungskräfte« umstritten sind, finden sich natürlich auch in der Kognitiven Verhaltenstherapie problematische gruppendynamische Prozesse, wenn dysfunktionales habituelles Interaktionsverhalten bzw. schemakonforme Interaktionsprobleme den Prozess bestimmen. Problematische Verhaltensweisen von z.B. persönlichkeitsgestörten Patienten zeigen sich somit bald im sozialen Mikrokosmos der Gruppe, werden aber in der Kognitiven Verhaltenstherapie rasch aufgegriffen, aktiv und zielgerichtet bearbeitet. Nicht die Beachtung oder Nichtbeachtung der Gruppendynamik stellt

also ein Unterscheidungskriterium verhaltenstherapeutischer Gruppenkonzepte gegenüber primär interaktions- oder konfliktorientierter Gruppenverfahren dar, sondern vielmehr die Betonung der Ziel- und Einzelfallorientierung, der Transparenz und Strukturiertheit des therapeutischen Vorgehens. Gleichwohl sollte die Orientierung des Therapieverfahrens in einem Gruppenprozess reflektiert und deutlich beibehalten sein, da etwa der Wechsel von einem strukturierten Leiterverhalten in der Kognitiven Verhaltenstherapie zu einer zurückhaltenden, die Übertragung fördernden Position in einem interaktionsorientierten, etwa psychodynamischen Verfahren zu Verwirrung der Patienten, zu einer Enttäuschung bezüglich der erwarteten Gruppenprozesse und letztlich zu mangelndem Therapieerfolg führen würden (Marwitz 2016).

Die Gruppentherapien der wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren konnten ihre Wirksamkeit eindrücklich unter Beweis stellen, wobei die durchschnittlichen Effektstärken bei allen Therapieformen (Kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamisch, humanistisch, systemisch) sich kaum unterscheiden (► Überblick bei Marwitz 2016). Sogenannte »Common Factors«, vor allem auch das Verhalten des Gruppenleiters, entscheiden deutlich mehr über den Therapieerfolg, wobei insbesondere ein strukturierendes Leiterverhalten signifikant bessere Effekte erzielte (Dies 1994). Zur Frage, welche Wirkfaktoren in der Gruppentherapie bedeutsam sind, gibt es seit Yalom (2007) eine umfangreiche Literatur. Als besonders wichtig werden die Gruppenkohäsion, das interpersonelle Lernen (Input/Output) und Katharsis betrachtet, daneben aber auch Offenheit, Vertrauen, eine konstruktive Arbeitshaltung als sogenannte instrumentelle Gruppenbedingungen sowie Unterstützung, Altruismus (das Erleben, sich für andere einzusetzen),

Modelllernen und Identifikation, Rollenspiele, die Reinszenierung der Familiensituation, das Erleben von Anleitung als spezifische Wirkfaktoren und schließlich die Erfahrung der Universalität des Leidens und von Hoffnung sowie existenzielle Einsicht als allgemeine Wirkfaktoren (Fiedler 2005; Marwitz 2016). Der Leiter einer verhaltenstherapeutischen Gruppe wird demnach aktiv und strukturiert danach trachten, diese Wirkfaktoren im Rahmen des Gruppenprozesses zur Geltung zu bringen.

### 11.7.2 Methodik der verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie

Es ist ein weitverbreitetes Missverständnis, dass sich verhaltenstherapeutische Gruppentherapie in kognitiven Methoden oder sogar lediglich in Psychoedukation erschöpfen würde. Tatsächlich lässt sich aber fast jede verhaltenstherapeutische Methode oder Technik in die Gruppentherapie integrieren. Zudem entlehnt die Verhaltenstherapie durchaus auch Techniken aus anderen Verfahren, wie Psychodrama oder systemische bzw. Gestalttherapie (z.B. Rollenspiele, Skulpturen und Aufstellungen), soweit sie mit verhaltenstherapeutischem Denken kompatibel sind, d.h. insbesondere entsprechend den Erkenntnissen aus der Verhaltens- und Bedingungsanalyse einer transparenten therapeutischen Zielorientierung folgen.

In der nachfolgenden Übersicht werden die gängigen Methoden dargestellt, die in verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie in unterschiedlicher Kombination und Reihenfolge zur Anwendung kommen:

#### Auswahl von Methoden der verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie (nach Fiedler 2005; Marwitz 2016)

- Wissensvermittlung: Information, Aufklärung, Schulung
- Kognitive Verfahren: Selbstmanagement, Selbstbeobachtungstraining, Selbstevaluation, Kontraktmanagement, Selbstverpflichtung, Aktivitätenaufbau
- Expositionstherapie in der Gruppe
- Problemlösetraining
- Training sozialer Kompetenzen
- Rollenspiele
- Modelllernen
- Feedback geben und erhalten
- Videofeedback, Biofeedback
- Problemsimulation bzw. -aktualisierung, z. B. Aufstellungen oder Skulpturen von Systemen, unterschiedlichen Emotionen, Werten, Einstellungen, Normen, Anforderungen
- Zwei-Stühle-Technik, Leerer-Stuhl-Technik
- Einstellungskonträre Diskussion
- Entspannungstechniken
- Achtsamkeitsübungen, Bodyscan
- Interozeptionstraining
- Hypnose
- Fantasiereisen
- Bibliothherapie, Begleitlektüre, Patienten-manuale
- Transferübungen, therapeutische Exkursionen

Die Auswahl der Methode hängt im Wesentlichen von einer exakten Zieldefinition ab und soll den Gruppenteilnehmern in Bezug auf die Sinnhaftigkeit, den Zweck und die Durchführung transparent sein. Einsicht, der Aufbau von neuem funktionalen Verhalten wie auch Erlebnissnähe und intensive emotionale Neuerfahrung werden in der verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie nicht durch die Gruppendynamik, sondern durch eine adäquate, zielführende Auswahl der Interventionen und Methoden vermittelt.

Verhaltenstherapeutische Gruppen sind auf einem Kontinuum zwischen zwei Polen

anzusiedeln, den standardisierten Gruppen und den zieloffenen Gruppen (Fiedler 2005; Marwitz 2016; Sipos & Schwaiger 2013; Zielke 2010). **Standardisierte Gruppen** zeichnen sich durch a priori festgelegte Ziele, Inhalte und Methoden des gesamten Gruppenprogramms sowie der einzelnen Sitzungen aus und eignen sich daher besonders für einen störungsspezifischen oder problemorientierten Zugang. Häufig handelt es sich um geschlossene Gruppen von eher kurzer Therapiedauer (6–12 Sitzungen). Die Teilnehmer sind in Bezug auf ihre der Therapieindikation zugrunde liegende Störung oder Problematik homogen, was eine intensive und zielgerichtete Bearbeitung des Themas ermöglicht. Individuelle Probleme oder Wünsche an den Gruppenverlauf müssen demgegenüber zurückstehen. In der Regel beinhalten standardisierte Gruppenkonzepte auch didaktische, psychoedukative Elemente. Aufgrund der klaren Gruppenstruktur und des standardisierten Ablaufs ist eine wissenschaftliche Überprüfung der Effektivität gut möglich und bei zahlreichen dieser standardisierten Gruppen auch gelungen. Ein umfangreiches Angebot an problemorientierten und störungsspezifischen Gruppen darf heute als Qualitätsmerkmal von vor allem verhaltenstherapeutischen psychosomatischen Kliniken gelten (Zielke 2010).

Am anderen Ende des Kontinuums finden sich die sogenannten **zieloffenen Gruppen**, bei denen jeder Patient ein individuelles Anliegen vorbringen kann und die Gruppe gemeinsam ein therapeutisches Ziel der jeweiligen Sitzung findet. Diese Offenheit bezüglich der Therapieziele und die Orientierung am Einzelfall ermöglichen eine intensive Bearbeitung individueller Probleme. Lediglich die Grobstruktur der Gruppe, etwa die Auswahl einer bestimmten Methodik, ist vorgegeben. Diese Gruppenart eignet sich für ein offenes Setting und eine transdiagnostische Zuwei-

sung, in der Regel bedarf sie einer längeren Dauer als standardisierte Gruppen.

### **Standardisierte verhaltenstherapeutische Gruppen**

Standardisierte Gruppen gelten heute als prototypisch für Verhaltenstherapiegruppen und können sowohl in einer störungsspezifischen Therapie als auch bei präventiven Ansätzen genutzt werden. Für die meisten psychischen und psychosomatischen Krankheiten, jedoch auch für körperliche Erkrankungen, deren Verlauf durch psychische Prozesse beeinflusst wird, liegen effektive störungsspezifische Gruppenkonzepte vor (z.B. für chronische Schmerzerkrankungen, somatoforme oder Angststörungen, Adipositas oder schwer einstellbarer Diabetes mellitus). Das standardisierte Gruppenvorgehen entspricht auch den favorisierten Einzel-Verhaltenstherapiekonzepten einer störungs- oder phänomenorientierten Behandlung.

Störungsspezifische Gruppen beinhalten mindestens drei Elemente:

- Schulung
- verhaltenstherapeutische Elemente zur Verhaltensänderung
- abschließend eine Sicherung des Transfers in den Alltag

Der psychoedukative Teil informiert über die wesentlichen Aspekte einer Erkrankung (z. B. somatoforme Schmerzstörung) oder eines Problems (z. B. selbstunsicheres Verhalten), über deren Ursache, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und Prognose. Die Schulung kann zwar in einer Art Frontalunterricht erfolgen, findet aber bedeutend mehr Resonanz und generiert einen höheren Lernerfolg, wenn sie erlebnisnah mit physiologischen oder Verhaltensexperimenten kombiniert wird. So ist ein Hyperventilationsversuch, bei dem alle Patienten einer Angstgruppe im Rahmen

einer geleiteten Hyperventilation unmittelbar deren Folgen erfahren können, sicher bedeutend eindrücklicher als eine trockene Mitteilung der dabei ablaufenden biochemischen Veränderungen im Blut.

Aus den Schulungsinhalten kann gemeinsam die Zielrichtung der gewünschten Verhaltensänderung abgeleitet werden. Der als Lehrer oder Trainer fungierende Gruppenleiter bietet hierfür geeignete spezifische Methoden an, wie etwa ein Training sozialer Kompetenz mithilfe von Videofeedback oder Übungen zur Erhöhung der Stresstoleranz. Im sozialen Übungsfeld und mithilfe der Verstärkung durch die Mitpatienten werden die spezifischen Methoden durchgeführt. Am Ende wird ihr Erfolg evaluiert. Dem Transfer des Erlernten in die Alltagswelt des Patienten widmet sich die Abschlussphase, etwa durch Belastungserprobungen in der Außenwelt oder Booster Sessions.

Störungsspezifische und problemorientierte standardisierte Gruppen haben sich als hochökonomisch und effektiv erwiesen und sind aufgrund der begrenzten Sitzungszahl besonders geeignet für eine stationäre Therapie. Im vollstationären Bereich und der Tagesklinik sind homogene Patientengruppen der gleichen Störung oder mit dem gleichen zugrunde liegenden Problem auch aufgrund des hohen Patientendurchsatzes leichter realisierbar. Allerdings ist ein alleiniges störungsspezifisches Konzept für viele Patienten aufgrund der mangelnden Individualisierung unbefriedigend. Daher bietet sich die Einbettung in das multimodale Gesamtkonzept einer Klinik an, wo in zieloffenen Gruppen, vor allem aber auch in der Einzeltherapie, ein höchst individualisierter Zugang ermöglicht wird.

Auf dem Kontinuum zwischen standardisierten problem- und störungsspezifischen Gruppen und zieloffenen Gruppen finden sich sogenannte multimodulare Verhaltenstherapiegruppen (Marwitz 2016). Sie ermöglichen

die Bearbeitung komplexerer Ziele als die reinen störungs- und problemspezifischen Gruppen und erlauben daher eine transdiagnostische Zuweisung. Sie eignen sich z. B. für die Bearbeitung krankheitsaufrechterhaltender Bedingungsfaktoren (wie mangelnde soziale Kompetenz und Selbstunsicherheit), die unterschiedlichen Störungen zugrunde liegen können (soziale Phobie, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, Depression etc.). Aufgrund der komplexeren Zielsetzung benötigen sie jedoch auch mehr Methoden und Techniken als standardisierte Gruppen. Sie eignen sich gut für den ambulanten Rahmen. Im stationären Setting lässt sich die Zielsetzung aber auch durch mehrere parallel verlaufende multimodulare und multiprofessionell geführte Gruppen erreichen.

Multimodulare Verhaltenstherapiegruppen sind jedoch trotzdem zeitlich und methodisch stärker strukturiert als zieloffene Gruppen, sodass sie wenig Raum für die Thematisierung individueller Probleme ermöglichen. Wie störungsspezifische und problemorientierte Gruppen werden sie eher als geschlossene Gruppen geführt.

### **Zieloffene Verhaltenstherapiegruppen**

Zieloffene Gruppen eignen sich besonders für Patienten, bei denen keine eindeutige Diagnose, eine intensive Komorbidität, primär unklare Problemstellungen oder Zieldefinitionen zu finden sind. Besonders trifft dies auch für Menschen mit komplexen Störungen des Beziehungsverhaltens, etwa bei Persönlichkeitsstörungen, oder in Lebenskrisen zu. Aus pragmatischen Gesichtspunkten lässt sich eine zieloffene Verhaltenstherapiegruppe auch einsetzen, wenn sich keine ausreichende Anzahl von Patienten mit homogener Störung oder Problemsituation findet (Fiedler 2005). Diese Gruppenart ermöglicht es jedem Mitglied der Gruppe, ein individuelles Anliegen

vorzubringen, welches im Sinne einer Einzeltherapie in und mit der Gruppe bearbeitet wird. Die Gruppe unterstützt den Indexpatienten bei einer gemeinsamen Erstellung einer Problem- und Zielanalyse, durch Verstärkung oder durch ihre Funktion als sozialer Übungsraum. Der Therapeut fungiert eher als Moderator, Coach oder Veränderungsassistent. Entsprechend der Zieloffenheit und Einzelfallorientierung wird auch die Methodik unterschiedlich sein und an den jeweiligen Zielen adaptiert. In der Regel wird eine individuelle Problematik in einer Sitzung erarbeitet (Ein-Sitzungs-Konzept; Fiedler 2005), die sich für die meist offenen Gruppen besonders eignet und die Bearbeitung der aktuell emotional aufgeladenen Themen erlaubt. Durch die Individualisierung der Therapie und den längeren Gruppenverlauf können gruppendynamische Prozesse eine größere Rolle spielen und werden durch den Gruppenleiter in strukturierter Form einbezogen.

Zieloffene Gruppen können sich an einer festgelegten Methodik orientieren, etwa im Sinne der kognitiven Verhaltenstherapie mit dem Ziel der Selbststeuerung und Selbstkontrolle (Kanfer et al. 1990; Meichenbaum 1979), als Gruppenarbeit mit kontinuierlichem Problemlöseprozess im Sinne der »Problemlösegruppen« (D’Zurilla & Goldfried 1971) oder mit der Fokussierung auf verhaltensanalytische Arbeit im Sinne der verhaltensanalytischen Gruppentherapie (VAG; Fiedler 2005).

Zieloffene Gruppen können jedoch auch methodisch offen gestaltet werden und im Prinzip alle gruppentauglichen Verhaltenstherapiemethoden oder adaptierte Techniken aus anderen Therapieschulen (Psychodrama, systemische oder Gestalttherapie) integrieren, insofern sie sich zur Bearbeitung des vereinbarten Problembereichs eignen. Ziel- und Methodenoffenheit heißt jedoch nicht Beliebigkeit. Jeweils zu Sitzungsbeginn wird das Therapieziel erarbeitet und die Methodik

dementsprechend adaptiert. Entsprechend der individualisierten Zieldefinition und komplexeren Problemsituation ist bei zieloffenen Gruppen eine höhere Sitzungsanzahl erforderlich als bei standardisierten Gruppen.

## 11.8 Fazit

Es besteht unter stationär arbeitenden Psychotherapeuten große Einigkeit, dass die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ein unverzichtbares Element des multimodalen Angebotes darstellt. Auch wenn die Teilnahme an der Gruppentherapie für Patienten einer Psychotherapiestation im Grundsatz verpflichtend ist, sollte stets darauf geachtet werden, einzelne Patienten durch sie nicht zu überfordern. Dies kann durch konzeptuelle Modifikationen oder durch die wohlüberlegte – vorübergehende oder dauerhafte – Entbindung von der Verpflichtung zur Teilnahme geschehen.

Stationäre Gruppentherapeuten sollten bedenken, dass viele Patienten, die zur Aufnahme kommen, keine Vorerfahrungen mit der Gruppentherapie haben. Die meisten stehen ihr offen gegenüber; einige erleben sie jedoch als ein Angebot, das sie sich selbst nicht ausgesucht haben und das sie gewissermaßen ableisten müssen, ohne von deren Nutzen überzeugt zu sein. Ihnen fehlt, bezogen auf die Gruppentherapie, die positive Heilungserwartung, die zum Erfolg jeder Form von Psychotherapie beiträgt. Diese Patienten profitieren besonders von einer Vorbereitung auf die Gruppentherapie.

Aufklärende und entlastende Informationen können den Patienten Orientierung geben und ihre Ängste vor der Gruppentherapie mindern. Die Patienten sollten erfahren, dass von ihnen keine uneingeschränkte Selbstöffnung erwartet wird, sondern dass es vielmehr darauf ankommt, eigene Scham- und Belas-



tungsgrenzen zu beachten. Die Mitteilung, dass ein Zwang zur Selbstöffnung nicht besteht, hat meist eine entlastende Wirkung. Sie fördert eher die Bereitschaft, über eigene Problembereiche zu sprechen, als dass sie sie behindert. Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Vorbereitung auf die Gruppentherapie deren Effizienz erhöht und die Abbruchraten senkt (Ogrodnick et al. 2004). Sie kann durch die Einzeltherapeutin oder durch den Gruppentherapeuten erfolgen. Eine ermutigende Haltung, die den erwiesenen Wert der Gruppentherapie überzeugend vertritt, ist dabei wichtig. Ähnlich wie in jeder Form der Psychotherapie wird die Gruppentherapie im Sinne eines unspezifischen Wirkfaktors umso eher helfen, je stärker ein Patient von ihrer Wirksamkeit überzeugt ist (Staats 2014; Streeck & Leichenring 2009).

Das Beispiel der Motivierung zur Teilnahme an der Gruppentherapie zeigt, und damit steht es stellvertretend für viele andere Bereiche der stationären Psychotherapie, vor welche Herausforderungen stationär arbeitende Therapeuten bei der praktischen Durchführung der kombinierten Einzel- und Gruppenpsychotherapie gestellt sind und welche Flexibilität von ihnen angesichts der notwendigen Kompromissbildungen zwischen patientenseitigen und institutionellen Anforderungen erwartet wird.

## Literatur

- Bandura A. Social Foundations of Thought and Action. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall 1986.
- Bion WR. Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1990.
- Bolm T. Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als Gruppenpsychotherapie. Persönlichkeitsstörungen – PTT 2009; 13: 94–103.
- Bolm T. Gruppenpsychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Strauß B, Mattke D (Hrsg). Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer 2012; 339–48.
- Burlingame GM, Strauß B, Joyce AR. Change mechanisms and effectiveness of small group treatment. In: Lambert MJ (ed). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. 6th ed. New York: Wiley & Sons 2013; 640–89.
- D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problemsolving and behavior modification. J Abnorm Psychol 1971; 78: 107–26.
- Dally A. Indikation zur Gruppenpsychotherapie. In: Staats H, Dally A, Bolm T (Hrsg). Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014; 80–4.
- Dies RR. Therapist variables in group psychotherapy research. In: Fuhrman A, Burlingame GM (eds). Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis. New York: John Wiley & Sons 1994; 114–54.
- Eckert J. Indikation und Prognose. In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke V (Hrsg). Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag 1996; 16–20.
- Fiedler P. Verhaltenstherapie in Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz 2005.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta 2004.
- Freyberger HJ, Spitzer C. Risiken, Nebenwirkungen und das Abbruchproblem in der Gruppentherapie. In: Staats H, Dally A, Bolm T (Hrsg). Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014; 85–9.
- Heftler D, Mehler S. Gruppentherapie mit komplex traumatisierten Menschen im stationären Setting. Gruppenpsychother Gruppendyn 2010; 46: 41–54.
- Heigl-Evers A, Heigl F. Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. Gruppenpsychother Gruppendyn 1973; 7: 132–57.
- Heigl-Evers A, Heigl F. Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 1983; 29: 1–14.
- Heinzel R. Behandlungsökonomische Aspekte der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V (Hrsg). Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme 2001; 195–200.



- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer 1990.
- König K, Lindner WV. Psychoanalytische Gruppentherapie. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1992.
- Lambert MJ (ed). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. 6th ed. New York: Wiley & Sons 2013.
- Marwitz M. Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. Grundlagen und Praxis. Göttingen: Hogrefe 2016.
- Mattke D, Wöller W. Gruppenpsychotherapie. In: Wöller W, Kruse J (Hrsg). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 447–58.
- Meichenbaum DW. Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban & Schwarzenberg 1979.
- Ogrodnicuk JS, Piper WE, Joyce AS. Differences in men's and women's responses to short-term group psychotherapy. *Psychother Res* 2004; 14: 231–43.
- Reddemann L. Gruppentherapie in der Traumabehandlung – die Gruppe als Ressource nutzen. In: Mattke D, Reddemann L, Strauß B (Hrsg). Keine Angst vor Gruppen. Stuttgart: Klett-Cotta 2009.
- Reddemann L, Wöller W. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe 2017.
- Schultz-Venrath & Das Gehirn in der Gruppe oder die Gruppe im Gehirn – Zur Neurobiologie des Mentalisierens in Gruppenpsychotherapien. *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 2011; 47: 111–40.
- Sipos V, Schwaiger & Gruppentherapie. Ein Handbuch für die ambulante und stationäre Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2013.
- Spitzer C, Freyberger HJ. Besonderheiten stationärer Gruppenpsychotherapie. In: Staats H, Dally A, Bolm T (Hrsg). Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014; 334–43.
- Staats H. Die Vorbereitung der Gruppenteilnehmenden und erste Sitzungen. In: Staats H, Dally A, Bolm T (Hrsg). Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014; 214–24.
- Staats H, Dally A, Bolm T (Hrsg). Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014.
- Strauß B. Behandlungseffekte: stationäre Behandlung. In: Tschuschke V (Hrsg). Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme 2010; 132–7.
- Streeck U, Leichsenring F. Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie. Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009.
- Tschuschke V (Hrsg). Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme 2010.
- Wampold BE, Brown GS. Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 914–23.
- Watzke B, Scheel S, Bauer C, Rüddel H, Jürgensen R, Andreas S, Koch U, Schulz H. Differenzielle Gruppenerfahrungen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Gruppenpsychotherapien. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004; 54: 348–57.
- Wöller W. Trauma und Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2013.
- Wöller W, Kruse J (Hrsg). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Wöller W, Hartkamp N, Bergstein V, Horn E, Kruse J. Therapeutische Arbeitsbeziehungen in der stationären Psychotherapie. In: Tress W (Hrsg). Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. Frankfurt a. M.: VAS2000; 69–79.
- Yalom ID. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. 9. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2007.
- Yalom ID. Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch. 11. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2012.
- Zielke M. Verhaltenstherapie in Gruppen – Teil 2. In: Tschuschke V (Hrsg). Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme 2010; 132–7.

## 12 Halt gebende Präsenz – Pflege

Andrea Bitschnau und Michael Hölzer

### Zusammenfassung

Nach einer persönlich gehaltenen Vorbemerkung, die sich auf einige Besonderheiten des Pflegedienstes in der stationären Psychotherapie bzw. auf dessen Entwicklung in den letzten Jahrzehnten bezieht, soll in einem zweiten Abschnitt kurz auf die Schwierigkeiten einer eindeutigen Definition »psychotherapeutischer Pflege« sowie ansatzweise auch auf heute gängige Pflege-theorien eingegangen werden. Diese helfen allerdings bei der Definition von »Bezugspflege« als dem aktuell in der stationären Psychotherapie bzw. Psychosomatik gebräuchlichsten Pflegesystem nur begrenzt. Anhand typischer Alltagssituationen sollen dann einige der vielfältigen Fragestellungen, mit denen der Pflegedienst täglich konfrontiert ist, mithilfe eines speziellen Klinikkonzeptes dargestellt werden: Neben den sogenannten »Morgen- und Abendkontakten« sind dies vor allem entlastende (Krisen-)Gespräche bzw. reguläre Bezugspflegegespräche. Deutlich wird in diesem Zusammenhang nicht nur die Vielfältigkeit pflegerischer Arbeit in der stationären Psychotherapie, sondern auch, wie hochgradig das stationäre Geschehen von den unterstützend-begleitenden Funktionen des Pflegedienstes abhängt, der sich u. E. auch in besonderer Weise für die Aufrechterhaltung des Rahmens verantwortlich fühlt. Mit dem Abschnitt zum Pflegeassessment, den Pflegediagnosen und der Pflegeplanung sollen in aller Kürze drei zentrale Aspekte von Pflege in der stationären Psychotherapie – einschließlich zwei nach der »North American Nursing Diagnosis Association« (NANDA) entwickelter Pflegediagnosen – erläutert werden. In diesen Pflegediagnosen sind sowohl Pflegeziele und damit auch spezifische Handlungsvorgaben bzw. Pflegemaßnahmen impliziert. Mithilfe eines abschließenden Fallbeispiels soll dann verdeutlicht werden, wie schnell therapeutische Prozesse ins Leere laufen können, wenn pflegerische Unterstüt-

zung bzw. Maßnahmen nicht in gewohnter Weise greifen.

### 12.1 Vorbemerkungen

»Ich wusste am Anfang gar nicht, was diese Form von Pflege soll, und fühlte mich deswegen auch völlig fehl am Platze.« – Mit diesen Worten erinnert sich eine heute 52-jährige pflegerische Stationsleitung an ihre beruflichen Anfänge in der Psychosomatik, nachdem sie zuvor jahrelang auf einer chirurgischen Intensivstation gearbeitet hatte. Zunehmende Rückenbeschwerden hatten sie zu einem Wechsel »gezwungen« und erst im Verlauf der darauffolgenden Jahre sollte sie ein Arbeitsfeld für sich erschließen, das sie auch heute noch mit großer innerer Befriedigung erfüllt. Abgesehen von der für die Pflege auch in psychotherapeutisch-psychosomatischen Kliniken typischen Stellenknappheit, den Schwierigkeiten einer Leitung, geeignete Fachkräfte zu finden, wenn eine der wenigen Stellen einmal frei wird, und der immer noch dürftigen Bezahlung hatte sich ihr Erleben mittlerweile völlig verändert. Mit den Worten, dass sie »früher weder so viel Zeit für einen einzelnen Patienten« gehabt hätte, noch dass sie ihren Patienten »so nahe gekommen« wäre wie heute, fasst die zweifache Mutter ihre positiven Erfahrungen in der stationären Psychotherapie zusammen.

Diese Stationsleitung stellt u. E. keinen Einzelfall dar, denn obwohl ein großer Teil der in der Psychotherapeutischen bzw. Psychosomatischen Medizin tätigen Pflegekräfte

ihren Beruf nicht unbedingt weiterempfehlen würde, sind diese doch häufig sehr positiv identifiziert mit dessen Inhalten.

Die anfängliche Irritation dieser pflegerischen Stationsleitung wie auch das spätere hohe Maß an Befriedigung, das diese spezielle Form der Pflege mit sich bringt, kann stellvertretend für die Verunsicherung von auch anderen Pflegekräften gesehen werden, die in die stationäre Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin wechseln oder gewechselt haben: Dies sind vielfach somatisch sehr gut ausgebildete Fachkräfte, die sich nach jahrelanger Beschäftigung in anderen Fachabteilungen bzw. Krankenhäusern nach einem neuen Tätigkeitsfeld umsehen. Schlussendlich geht es im psychotherapeutisch-psychosomatischen Pflegealltag eben nicht um einen zeitlich eng umgrenzten Kurzkontakt im Krankenzimmer und eine auf »sauber und satt« reduzierte Zielsetzung, sondern um ein sehr persönliches Begleiten von Patienten durch einen manchmal sehr konflikthaften Klinikalltag.

Die anfängliche Irritation wird verständlich, weil psychotherapeutisch-psychosomatische Pflege als Dienstleistung abweicht von den sonstigen Aufgaben und Verrichtungen, die für Pflege im Krankenhaus typisch sind – auch bedingt durch den Umstand, dass nur ein geringfügiger Teil der Patienten in einer psychosomatischen Abteilung über einen längeren Zeitraum bettlägerig ist, wenn überhaupt. Es gibt zudem vermutlich keinen Bereich in der Krankenpflege, der weniger eindeutig definiert ist, als die Pflege in der stationären Psychotherapie, und der so sehr die Persönlichkeit der einzelnen Pflegeperson in die Dienstleistung einbezieht bzw. so weitgehend von den persönlichen Voraussetzungen der einzelnen Pflegekraft abhängt. Trotz aller möglicher Vorgaben und schriftlicher Anweisungen gibt es keine andere Pflegetätigkeit, in der es so sehr auf die persönlichen

Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung, die Möglichkeiten, sich einzufühlen und sich gleichzeitig vom eigenen Erleben und Verhalten im Sinne einer therapeutischen Ich-Spaltung distanzieren zu können, ankommt. Die Reflexion des eigenen Beziehungserlebens, aber auch die Fähigkeit, im Team mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten, sind entscheidende Voraussetzungen für eine gelingende Tätigkeit in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Pflege.

Erschwerend kommen institutionelle Umstände hinzu, die weit über die in Krankenhäusern üblichen Einsparungen in Pflegediensten hinausgehen, hier vor allem das fast flächendeckende Fehlen psychotherapeutisch-psychosomatischer Fachpflegeausbildungen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen scheinen diesbezüglich in der Vergangenheit durchaus gut besuchte Kurse im Laufe der Zeit eher abzunehmen, auch aufgrund einer mangelnden Bereitschaft der Krankenhausträger, solche spezifischen Ausbildungen zu konzipieren bzw. zu unterstützen, indem sie dem eigenen Personal zumindest Möglichkeiten einräumen, sich diesbezüglich weiterzubilden. Die persönliche Erfahrung der meisten Pflegekräfte dürfte sein, solche umfangreicheren Weiterbildungsansinnen nur gegen erhebliche Widerstände in Anspruch nehmen zu können. Da im Unterschied zur Psychiatrie in den allermeisten Fällen auch die staatliche Anerkennung solcher Kurse fehlt (eine Ausnahme stellt momentan nur das Land Sachsen dar), hapert es gleichzeitig an einer besseren Bezahlung nach der Absolvierung einer durchaus anspruchsvollen psychosomatischen Fachpflegeausbildung.

Zusammenfassend können also eine ganze Reihe von Gründen ins Feld geführt werden, warum sich kein einheitliches Berufsbild »psychotherapeutisch-psychosomatische Pflege« bzw. auch keine institutionsübergreifenden verbindlichen Pflegekonzepte in der stationä-

ren Psychotherapie entwickeln konnten. Gemessen an den in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Medizin sonst festgeschriebenen Standards, Richtlinien und Leitlinien dürfte es zwischen den einzelnen Häusern manchmal mehr Unterschiede in dem jeweiligen Pflegekonzept geben als Gemeinsamkeiten. Selbst verfahrensspezifisch vergleichbar ausgerichtete Häuser, die also entweder schwerpunktmäßig verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch oder systemisch arbeiten, dürften sich auch innerhalb der gleichen Orientierung z. T. erheblich voneinander unterscheiden.

Die genannten Faktoren führen dazu, dass Pflege in stationärer Psychotherapie und Psychosomatik auch heute manchmal noch einen eher unsystematischen Charakter aufweist und, um es etwas überspitzt auszudrücken, vielfach neu erfunden wird, je nachdem, welche Personen sich in welchem Pflegedienst zusammenfinden, welche Ausrichtung das Krankenhaus als solches bzw. deren Leitung hat und in welchem Umfang diese prägend Einfluss auf die Mitarbeiter des Pflegedienstes nimmt. Dies kann man im Zeitalter der Krankenhauszertifizierung wie der Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) als einen erheblichen Nachteil ansehen. Andererseits birgt das mancherorts sehr kreative Vorgehen aber auch Möglichkeiten zu originellen lokalen Lösungen und einer lebendigen Weiterentwicklung des eigenen Tuns. Was nicht eindeutig durch Richt- und Leitlinien eingegrenzt wird, lässt Spielräume für individuelle Lösungen. Gleichzeitig deutet sich aber auch an, dass damit keine Beschreibung psychotherapeutisch-psychosomatischer Pflege in irgendeiner Form Allgemeingültigkeit beanspruchen kann. Das vorliegende Kapitel muss sich daher auf einige grundlegende Aspekte und Begriffe psychotherapeutisch-psychosomatischer Pflege beschränken, deren Realisierung an den ver-

schiedenen Krankenhäusern und Abteilungen in der Praxis sehr unterschiedlich ausfallen dürfte.

## 12.2 Definitionen und Pflegetheorien: Wie sehr nützt die Wissenschaft?

Vor dem Hintergrund der oben angedeuteten Vielfalt fallen eindeutige Definitionen von Pflege in der stationären Psychotherapie schwer. Auch die in letzter Zeit vermehrt spürbare Verwissenschaftlichung der Pflegeberufe leistet bei den Versuchen, hilfreiche Formulierungen für den psychotherapeutischen Alltag im Krankenhaus zu finden, wenig Beihilfe. Der Rückgriff auf angestammte Pflegetheorien hilft ebenfalls nur begrenzt. Zu unterschiedlich sind die in diesen Theorien entwickelten Konzepte und die darin verhandelten Menschenbilder und zu verschiedenen die jeweiligen Rückbezüge auf den klinischen Alltag, als dass daraus ein gemeinsamer psychotherapeutisch-psychosomatischer Nenner erwachsen könnte.

Gemein ist den gängigen Pflegetheorien in diesem Zusammenhang vor allem, dass sie zunächst keinen direkten Bezug zur stationären Psychotherapie im engeren Sinne haben und vielleicht auch nicht haben können, da sie zumeist zeitlich deutlich vor der Institutionalisierung stationär-psychotherapeutischer Konzepte entwickelt worden sind. Eine Übersicht der in der stationären Psychotherapie vermutlich am meisten zugrunde gelegten Pflegetheorien bzw. -konzeptionen findet sich in Tabelle 12-1.

Sicherlich könnten in diesem Zusammenhang auch Genderfragen diskutiert werden, denn nicht nur die Autorinnen dieser bekannteren Pflegetheorien sind samt und sonders weiblich, sondern auch die meisten Mitarbeiterinnen in den psychotherapeutisch-psycho-

**Tab. 12-1** Psychosomatisch relevante Pflege-theorien

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Virginia Henderson (1996)                         | Lehre der 14 (ursprünglich 15) Grundbedürfnisse, die es durch Krankenpflege sicherzustellen gilt: von der Atmung (1), der Ernährung (2), dem Bedürfnis auszuschcheiden (3) etc. bis hin zur Befriedigung der menschlichen Wissbegier (14)                                                                                                                       |
| Hildegard Peplau (1952)                           | Pflege als interaktives Geschehen bzw. eine Form teilnehmender Beobachtung in einem phasenhaft ablaufenden Pflege- bzw. Reifungsprozess (mit den Phasen der Orientierung, Identifikation, Nutzung, Ablösung), in dem der Pflegekraft regelhaft bestimmte Rollen zufallen (die der Unbekannten, der Hilfsperson, der Lehrerin, der Führungskraft, der Beraterin) |
| Ida Jean Orlando (1996)                           | Theorie eines reflektierten, evaluierten, am Patientenverhalten validierten, interaktiven und »individuell abgestimmten Pflegeprozesses«, den sie vor allem mit einer unreflektierten und in ihren Worten »mechanischen« Pflege kontrastiert                                                                                                                    |
| Dorothea Orem (1997)                              | Theorie der Selbstpflegedefizite, durch die der Einzelne nicht mehr in der Lage ist, seine Grundbedürfnisse in adäquater Weise zu befriedigen, und deswegen auf »Abhängigkeitspflege« angewiesen ist; hat durch kompensatorische bzw. unterstützend-erzieherische Pflegesysteme vornehmlich zum Ziel, Selbstpflegekompetenzen wieder herzustellen               |
| Nancy Roper (1997)                                | ganzheitliches Pflegemodell, das zwölf Lebensaktivitäten in den Mittelpunkt von Pflege rückt: neben sieben biologisch fundierten Aktivitäten wie Atmen oder Nahrungsaufnahme auch fünf komplexere sozial-kulturell fundierte Aktivitäten (»kommunizieren« oder »sich als Mann und Frau fühlen«)                                                                 |
| Marie-Luise Friedemann (Friedemann & Köhlen 2003) | Theorie des systemischen Gleichgewichts; hier spielen die Familie bzw. familiäre Strukturen, deren Wandel, vor allem auch deren Einbezug in pflegerisches Tun und damit die Beeinflussung gesundheitlicher Defizite bzw. Erkrankungen durch die Umwelt des Patienten eine zentrale Rolle                                                                        |

somatischen Pflegeteams. Andererseits war die Entwicklung der stationären Psychotherapie bzw. der Psychosomatischen Medizin in Deutschland, und hier im Besonderen deren theoretische Fundierung, mindestens in ihren Anfängen eher Männersache. Im »Uexküll« als vermutlich dem Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin (Köhle et al. 1996) finden sich jedenfalls auf weit über tausend Seiten gerade einmal zwei, die sich systema-

tisch mit der Rolle des Pflegedienstes, der »psychosomatischen Schwester« wie es dort heißt, beschäftigen (Köhle et al. 1996, S. 530 f.), sieht man einmal von einem sehr persönlichen Erfahrungsbericht einer Pflegekraft und weiteren vier Seiten am Ende des Buches ab (Köhle et al. 1996, S. 1245–1249). Lediglich der sehr beziehungsorientierte Ansatz Hildegard Peplaus (1952), die sich stark an Sullivan (1980) und dessen interaktionellem Ansatz

orientiert hatte, weist inhaltlich deutlichere Bezüge zu den heute gängigen Beschreibungen von psychotherapeutisch-psychosomatischer Bezugspflege auf. Ansonsten treten explizite Bezüge zur Pflege psychisch oder psychosomatisch erkrankter Personen in diesen Theorien weitgehend in den Hintergrund. Trotzdem dürfte sich der vielfach beschriebene pflegetheoretische Fokus auf die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse bzw. deren Sicherstellung in und durch eine tragfähige zwischenmenschliche Beziehung als eine Art gemeinsamer Nenner auch in psychotherapeutisch orientierten Bezugspflegekonzepten wiederfinden lassen.

Selbst wenn in verschiedenen Institutionen stationärer Psychotherapie die Theorie Hildgard Peplaus (1952) zugrunde gelegt werden sollte – in den endgültigen Formulierungen dürften die jeweiligen Konzepte, je nachdem, welche Funktion dem Pflegedienst in einer Klinik zukommt, trotzdem stark variieren. Werden z.B. Pflegekräfte vor allem als Co-Therapeuten tätig (zuständig z.B. für die Durchführung von Selbstsicherheits- oder Entspannungstrainings, Maßnahmen zur Exposition bzw. Desensibilisierung bis hin zur Durchführung sporttherapeutischer Maßnahmen), dann treten somatisch ausgerichtete pflegerische Maßnahmen naturgemäß in den Hintergrund. Gerade Bezugspflege kann dann nur bedingt gelebt werden, denn im Rahmen von Co-Therapie (meist in der Gruppe durchgeführte Veranstaltungen zu vorgegebenen Terminen) geht vor allem das Element der ständigen Erreichbarkeit der Bezugspflegeperson verloren und es fehlt dann die Zeit für Einzelkontakte im Sinne persönlicher Bezugspflegegespräche. Ausreichend Zeit für solche persönlichen Gespräche gerade in Einzelkontakten ist aber eine der unabdingbaren Voraussetzungen für eine funktionierende Bezugspflege.

Für die Definition der Bezugspflege in der

stationären Psychotherapie helfen die Formulierungen der in Tabelle 12-1 genannten Pflegetheorien also nur bedingt weiter. Es ist damit auch relativ, an welcher dieser Theorien sich eine Abteilung oder ein Krankenhaus orientiert. Bemerkenswert aber erscheint, dass Pflegekräfte in der stationären Psychotherapie bzw. Psychosomatik in den letzten 20 Jahren zunehmend erfolgreich den Versuch unternommen haben, die Aufgaben und Ziele des Pflegedienstes in diesem speziellen Sektor stationärer Krankenhausbehandlung systematisch zu beschreiben bzw. Konzepte der Aufgabenerfüllung herauszuarbeiten.

### 12.3 Das Konzept der Bezugspflege in der stationären Psychotherapie

Bezugspflege ist das System, auf welches sich die Pflegeteams der meisten psychotherapeutisch orientierten Stationen und Krankenhäuser derzeit beziehen. Besonders betont werden muss im Zusammenhang mit dieser Form der Pflegeorganisation, dass es sich nicht um eine möglichst detaillierte Liste pflegespezifischer Aufgaben, Maßnahmen und Ziele handelt, sondern zunächst um eine innere Haltung des Pflegedienstes bzw. der beteiligten Pflegekräfte, die sich vor allem in emotionalem Engagement bzw. der Übernahme von persönlicher Verantwortung für die individuellen Belange eines Patienten ausdrückt.

Den Kern dieser Bezugspflege stellt eine kontinuierliche Arbeit in und an einer tragfähigen Beziehung zum Patienten dar, wobei die wesentliche strukturelle Voraussetzung dafür in der eindeutigen Zuordnung einer für die Dauer des Aufenthaltes gleichbleibenden Bezugspflegeperson sowie in einer möglichst transparenten Vertretungsregelung besteht. »Beziehung« ist ein großes Wort. Sie lässt sich aber nicht einfach so herstellen, besonders



nicht zu Patienten, deren Beziehungsfähigkeit oftmals in hohem Maße eingeschränkt oder zumindest störanfällig ist. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung braucht Zeit, Raum und Inhalt im Sinne einer Orientierung auf bestimmte Ziele, die vor allem in der Reflexion auftretender Hemmungen und Konflikte bestehen bzw. der daraus resultierenden häufig maladaptiven Schemata problematischen Beziehungserlebens und -verhaltens. Diese Zielorientierung in der Beziehung zum Patienten ist auch das zentrale Unterscheidungsmerkmal professioneller Pflege zu privaten Beziehungen. Reflexion schafft dabei die nötige Distanz im Sinne eines emotionalen Schutzes der betroffenen Pflegekräfte im Falle negativer emotionaler Reaktionen von Patienten. Deren Vorwürfe und Angriffe nicht persönlich zu nehmen, sondern sie in den durch das Störungsbild des Patienten gegebenen Gesamtzusammenhang einzuordnen, erfordert nicht nur ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit und beruflicher Erfahrung, sondern auch persönliche Sicherheit im Hinblick auf die eigene (private) Identität.

Die Tragfähigkeit der Beziehung zum Patienten wird auf diese Weise nicht nur theoretisch zum Dreh- und Angelpunkt von Pflege. Implizit dürfte damit auch eines der wichtigsten menschlichen Grundbedürfnisse des Patienten befriedigt werden, stellen doch Bindungsbedürfnisse bzw. solche nach aufgehobensein in einer Beziehung vermutlich das wichtigste menschliche Motivationssystem dar, dem sich andere (auch physiologische) Bedürfnisse vielfach unterordnen, unabhängig davon, ob dem Einzelnen dieses Bedürfnis nun bewusst ist oder nicht. Im Begriff der »Bezugspflege« fällt also der Fokus auf die Beziehungsaspekte von Pflege (Peplau 1952) mit dem pflegerischen Schwerpunkt der Sicherung menschlicher Grundbedürfnisse (Henderson 1996) pflegetheoretisch gewissermaßen zusammen.

In einem solchen Bezugspflegesystem läuft die Hauptaufgabe der Pflegekräfte darauf hinaus, die ihnen zugeordneten Patienten während ihres stationären Aufenthaltes entsprechend deren individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen zu begleiten und ihnen im Rahmen dieser Begleitung unaufdringlich Beziehungsangebote zu machen, um so die Voraussetzungen für eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen.

Eine einheitliche, institutionsübergreifende Definition von psychotherapeutisch-psychosomatischer Bezugspflege wird sich nicht finden lassen, sie könnte aber wie folgt beschrieben werden:

#### **Definition**

##### **Bezugspflege**

*»Pflege verstehen wir als einen zwischenmenschlichen Prozess, in dem Pflegende und Patienten zueinander in Kontakt treten, um gemeinsam Ziele zu erreichen. Grundlage dieses Prozesses ist die um Wertschätzung, empathisches Verstehen und Reflexion bemühte Grundhaltung aller Pflegefachkräfte. Die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen eines Patienten finden innerhalb des aus dem Kontakt resultierenden Pflegeprozesses Berücksichtigung. Eine gute Beziehung trägt entscheidend dazu bei, dass eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen wird, die Wohlbefinden und Offenheit aufseiten des Patienten ermöglicht und damit zum Abbau von Unsicherheiten und Stress beiträgt. Daraus kann ein therapeutischer Effekt resultieren, wenn sich der Patient ernst genommen und akzeptiert fühlt bzw. ermutigt, sich aktiv an der Planung der eigenen Pflege zu beteiligen« (Sonnenberg Klinik Stuttgart 2015).*

## 12.4 Der pflegerische Alltag in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Medizin

Das eine ist es, psychotherapeutisch-psychosomatische Pflege mit wohlmeinenden Definitionen von anderen Formen der Pflege abzugrenzen. Etwas völlig anderes ist der praktische Alltag, den psychotherapeutisch-psychosomatische Pflegekräfte tatsächlich zu bewältigen haben und der sich nicht immer an wohlfeile Definitionen hält: Patienten erscheinen viel zu spät zum verabredeten Aufnahmetermin, gleichzeitig muss eine erkrankte Kollegin ersetzt werden (»Bezugspflege bei 20 Patienten, wie soll das gehen...?«), ein aufgeregter Therapeut fragt nach, warum ein bestimmter Patient nicht zur Gruppentherapie erschienen ist (»Würden Sie bitte rasch nach ihm schauen...?«) und dergleichen mehr. Ein solcher Alltag ist für Pflegekräfte in der stationären Psychotherapie ansonsten vor allem durch vielfältigste Gesprächssituationen geprägt. Beginnend morgens mit der Übergabe durch den Nachtdienst werden wichtige Informationen in Bezug auf individuelle Patienten, ggf. aber auch in Bezug auf die Stimmung und Atmosphäre der gesamten Klinik (oder einzelner Behandlungsteams), mitgeteilt, was der einzelnen Pflegekraft eine gewisse Vorbereitung auf die in einigen Kliniken üblichen »Morgenkontakte« erlaubt. Zusammen mit den meist ebenfalls obligatorischen »Abendkontakten« bilden diese eine Art Klammer, indem ein Patient zweimal pro Behandlungstag in einem verbindlichen, inhaltlich vom Pflegedienst vorkonstruierten Kurzkontakt gesehen und »ge-spürt« werden soll. Diese Kontakte bilden gleichzeitig eine Art Auffangbecken für sonst in den regulären Therapien häufig nicht Geäußertes, nicht Gesehenes und eben nicht Gespürtes. Sie dienen naturgemäß auch dem

frühzeitigen Erkennen eventueller Krisen, der Zunahme einer vielleicht bedrohlichen Symptomatik oder anderer Formen der Eskalation bis hin zu Abbruchstendenzen, denen dann vielleicht noch rechtzeitig entgegengewirkt werden kann: *»Durch verbindliche kurze Gesprächskontakte – Morgenkontakt und Abendkontakt – wird ein kontinuierliches, den Klinikalltag strukturierendes Beziehungsangebot hergestellt. Es bietet Patienten die Möglichkeit, ihre aktuelle Befindlichkeit einzubringen. Der Pflegeperson bietet es die Möglichkeit, zu erfassen, wie es den Patienten momentan geht, um einzuschätzen, ob im Laufe des Tages weitere Maßnahmen eingeleitet werden sollen oder auch nicht. Der Abendkontakt ist ausgerichtet auf die bevorstehende Nacht und soll schwerpunktmäßig Sicherheit vermitteln und auf den Patienten beruhigend einwirken. Der Schwerpunkt der pflegerischen Arbeit liegt damit in der möglichst individuellen und gleichzeitig fachlich kompetenten Begleitung von Patienten in ihrem therapeutischen Prozess sowie deren Unterstützung in der Bewältigung des Klinikalltags. Die Bezugspflegekraft ist erster Ansprechpartner für Fragen und Anliegen, die das Befinden des Patienten wie auch Organisationsabläufe des Klinikalltags betreffen. Die Aufgabe der Pflegenden ist es, für Patienten da zu sein, zuzuhören, zu entlasten, Verständnis und Unterstützung zu vermitteln.«* (Sonnenberg Klinik Stuttgart 2015)

Pflegerische Erstkontakte zu Patienten finden in der Regel kurz nach deren Ankunft in der Klinik statt; in vielen Fällen dürfte die Bezugspflegekraft damit auch die erste Person des zuständigen Behandlungsteams sein, die der Patient kennenlernt. Nicht nur führt die Bezugspflegekraft »ihren« Patienten dann in dessen Zimmer, bespricht dort die verschiedenen Modalitäten der Zimmernutzung, sondern erläutert vor allem auch die Handhabung des Notrufs bzw. andere für die Alltagsbewältigung relevante Umstände. Als vorteilhaft

hat es sich erwiesen (und dies ist in machen Kliniken ebenfalls obligatorisch), wenn der Bezugspflegekraft die Zeit bleibt, dem Patienten in einem einführenden Rundgang die Klinik und das Klinikgelände zu zeigen, um erste organisatorische Informationen quasi »vor Ort« zu geben. In einem sich daran anschließenden Aufnahmegespräch (das an den folgenden Tagen durch weitere einführende Gespräche ergänzt werden kann, je nach Bedarf und Auffassungsvermögen des Patienten) geht es zum einen um weitere organisatorische Fragen und Abläufe, zum anderen aber auch zunehmend um »inhaltliche« Fragen, für die sich die Bezugspflegekraft im Rahmen des Pflegeassessments (früher: Pflegeanamnese) interessiert. Den verschiedenen Dimensionen oder auch »Domänen« eines solchen Assessments (z. B. aktuelle Lebenssituation, Körperpflege und Selbstversorgung, körperliche Symptome, Ernährung und Flüssigkeit, Bewältigungs- und Anpassungsverhalten, Wahrnehmung und Kommunikation, soziale Interaktion) können, je nachdem, welche Defizite, Probleme und Schwierigkeiten ein Patient auf einem dieser Gebiete haben sollte, eine oder mehrere der in Tabelle 12-2 (► Abschn. 12.5) genannten Pflegediagnosen zugeordnet werden. Das Pflegeassessment ist weniger durch ein systematisches Abfragen einer Checkliste gekennzeichnet (auf dieser wird allenfalls dokumentiert) als vielmehr durch ein »Aufsammeln« diesbezüglich relevanter Mitteilungen des Patienten, die einer möglichst offenen Gesprächssituation entspringen. Keinesfalls soll der Patient gezwungen werden, zum wiederholten Male seine Krankengeschichte zu erzählen, was der Begriff des Assessments auch weniger nahelegt als der alte Begriff der »Pflegeanamnese«. Vielmehr geht es der Pflegekraft darum, ein Gefühl dafür zu entwickeln, wie der Patient in seinem Alltag funktioniert, welche Schwierigkeiten er dabei haben könnte und was diese

Schwierigkeiten für ihn subjektiv bedeuten könnten. Dieses »Subjektivieren« steht gleichberechtigt neben der objektiven Befunderhebung, denn neigt ein Patient z. B. dazu, sich selbst zu verletzen und zur Vernachlässigung seiner infizierten Wunden, ist dies pflegerisch natürlich auch objektiv von hoher Bedeutung.

Je nach Gelingen eines solchen oder ähnlich gearteten Anfangs (wobei sich »Gelingen« eher auf das Herstellen eines emotionalen Kontakts bezieht und eben nicht primär auf den kognitiven Aspekt der Informationsvermittlung) entwickelt sich »Beziehung« dann in die eine oder andere Richtung. In einer ersten Phase der Verunsicherung und der damit verbundenen Ängste gilt es vor allem, die Aufnahmefähigkeit eines Patienten nicht zu überschätzen und ihn diesbezüglich auch angesichts zahlreicher anderer »Erstkontakte« (zum Bezugstherapeuten, zu Mitpatienten etc.) nicht zu überfordern. Auf Anzeichen einer solchen Überforderung sollte angemessen reagiert werden, im Zweifel mit einer dann etwas geringeren »Dosis« von Information und Kontakt. Denkbar ist auch, dass ein Patient in der Phase anfänglicher Verunsicherung unerwartet negativ reagiert. Schlussendlich »passiert« Übertragung, wann und wo sie will, und hält sich nicht an bestimmte therapeutische Settings. Wenn eine Bezugspflegekraft schon in den ersten Stunden gewissermaßen die »volle Wucht« der Disposition eines Patienten zur Übertragung negativer Beziehungserfahrungen zu spüren bekommt, wenn also dieser in ihr möglicherweise die dominant-intrusive Mutter wiedererlebt, dann werden deren Fähigkeiten zu empathischem Verstehen und Reflexion unter Umständen auf eine harte Probe gestellt. Gleichzeitig ergibt sich natürlich auch hier bereits die Möglichkeit (wie nachher noch so oft im Verlauf der Behandlung), einen Patienten in seinen Eigenheiten zu erleben bzw. Beobachtungen zu machen, die später therapeu-

tisch vielfach von besonderem Wert sein können. Besonders regressionsanfällige Patienten, die in ihrem Erleben und Verhalten unter Druck plötzlich völlig verändert wirken können, verhalten sich außerhalb von »offiziellen Therapien« häufig unerwartet konflikthaft und lassen damit errahnen, welche Schwierigkeiten und Verwicklungen sie draußen im Alltag möglicherweise häufiger hervorgerufen.

Da aber auch Therapiesituationen als solche selbst sehr belastend werden können, gilt es nicht nur, diesbezüglich irritierbare Patienten in Bezugspflegegesprächen auf sie vorzubereiten. So können in solchen Gesprächen Patienten gewissermaßen befürchtete Situationen dann probierend vorwegnehmen und sie, begleitet von ihrer Bezugspflegekraft, für sich durchspielen. Manchmal allerdings muss diese auch im wörtlichen Sinne begleiten, nämlich bis zur Schwelle des Therapie- raumes, um dann auch noch (insbesondere jüngeren Patienten) bei deren Überschreitung behilflich zu sein.

In ähnlicher Weise wichtig sind auch Gespräche zur Nachbereitung, in denen die Bezugspflegekraft dann in einer Art Hilfs-Ich-Funktion dem Patienten beim Einordnen des Erlebten zur Seite steht. In durchaus häufigeren und für die stationäre Psychotherapie bzw. Psychosomatik nicht untypischen Situationen kann es auch vorkommen, dass ein Patient seine Ängste vor der Therapie (oder andere Formen negativer Affektivität, sei es Wut, Neid oder Eifersucht) nicht zum Bestandteil eines Gesprächs und damit einer Verhandlung macht, sondern schlicht agiert und einfach wegbleibt. Hier kann es Aufgabe des Pflegedienstes sein, sich auf den Weg zu machen, um zu suchen, in einer Nachlaufsituation im wahrsten Sinne des Wortes mitagierend, die in der Gegenübertragung durchaus massiven Ärger erregen kann und die deswegen umso dringlicher in ihren Beziehungs-

dimensionen mit dem Patienten angesprochen und geklärt werden muss.

Einfach nur »entlastende Gespräche« können im Gegensatz dazu vor allem dann notwendig werden, wenn der Patient emotional, aus welchen Gründen auch immer, unter Druck gerät, z.B. nachts unter Alpträumen leidet, aufgewühlt-weinend aus seinem Zimmer auftaucht und sich partout nicht zurücktraut. Dass dieses Pflegeprinzip der Entlastung gelegentlich konfligiert mit anderen therapeutischen Strategien (dem Aushalten von Ambivalenz und negativer Affektivität, der Arbeit am Signalcharakter der Angst oder eines Albtraums etc.), kann durchaus Anlass zu Auseinandersetzungen im Team geben, besonders dann, wenn unterschiedliche Therapiestrategien unverhandelt im Team aufeinanderprallen. Die daraus manches Mal entstehenden Teamkonflikte verlangen dann nicht nur äußere Klärung, sondern auch innere affektive Arbeit aufseiten der beteiligten Pflegekraft. Ob ihr dann noch – zusätzlich zu einem hohen administrativ-organisatorischen Aufwand – Zeit bleibt für Bezugspflegegespräche im eigentlichen Sinne (»Was erleben Sie in dieser Klinik und wie unsere Zusammenarbeit...«), ohne dass ein konkreter Anlass vorliegt, wie z.B. Auffälligkeiten aufseiten des Patienten bis hin zu echten Krisen, steht auf einem anderen Blatt.

Zeit sollte allerdings bleiben für eine Reihe anderer, pflegerischer Maßnahmen, die Kontakt und Beziehung zum Patienten eher en passant ermöglichen. In einigen Kliniken wurden diesbezüglich Konzepte »wohltuender Maßnahmen« entwickelt, die in erster Linie pflegerische Anwendungen aus der Naturheilkunde beinhalten: Im Rahmen der Aromapflege werden Patienten z.B. ätherische Öle und Badezusätze angeboten. Diese lernen die Anwendung der Aromapflege kennen und damit eine Möglichkeit, selbstständig auf ihr eigenes körperliches und seelisches

Befinden Einfluss zu nehmen. Auf diese Weise können also nicht nur Körperfunktionen positiv beeinflusst bzw. mobilisiert werden, sondern auch Selbstheilungskräfte und ein aktives Engagement des Patienten für sein eigenes Wohlergehen. Nebenbei ergibt sich im Zusammenhang mit der Durchführung solcher Maßnahmen für eine Bezugspflegekraft vielfach die Gelegenheit, ihre Patienten nach deren Befinden, ihren Sorgen und Ängsten im Klinikalltag zu befragen, ohne dabei aufdringlich auf Antworten zu insistieren, schließlich geht es ja in erster Linie um etwas anderes.

Bezugspflege in dieser offenen Art der Durchführung tritt natürlich auch dann zurück hinter andere Aufgaben, sollte ein Pflegedienst in einer Institution vermehrt co-therapeutische Aufgaben im engeren Sinne übernommen haben, sei es, dass Pflegekräfte als Co-Therapeuten in den Therapien systematisch anwesend sind oder sogar eigenständig therapeutisch tätig werden. Letzteres dürfte verschiedentlich in Kliniken der Fall sein, in denen dann speziell diesbezüglich qualifizierte Pflegekräfte z. B. Selbstsicherheitsgruppen leiten, Entspannungstrainings durchführen oder Maßnahmen der Exposition oder systematischen Desensibilisierung begleiten. Womit Pflegekräfte im Alltag tatsächlich in ihren Einrichtungen beschäftigt sind, hängt damit stark von dem der jeweiligen Klinik zugrunde liegenden Gesamtkonzept bzw. der darin festgelegten spezifischen Aufgabenverteilung ab und lässt sich kaum auf einen gemeinsamen Nenner bringen.

Der sich aus der Vielzahl dyadischer Patient-Bezugspflegekraft-Interaktionen ergebende Pflegeprozess wird natürlich nicht als isoliertes Geschehen, sondern nur im Kontext einer stationären Gesamtbehandlung wirksam, an der verschiedenste Personen aus unterschiedlichsten Berufsgruppen (einschließlich einer stellvertretenden Pflegekraft) beteiligt sind. Um die daraus resultie-

renden verschiedenen Perspektiven auf einen Patienten und damit die Behandlungsstränge zu integrieren, sind regelmäßige Teambesprechungen eine notwendige Voraussetzung. Typische Alltagssituationen sind für Pflegekräfte daher nicht nur Kontakte zur eigenen Berufsgruppe, um eventuell anstehende organisatorische Fragen abzustimmen, sondern vor allem auch Treffen in den jeweiligen Behandlungsteams. Begreift man Patienten, andere Mitarbeiter des Pflegedienstes sowie die Mitarbeiter anderer Berufsgruppen des therapeutischen Teams als die wesentlichen Partner, mit denen es eine Pflegekraft zu tun hat, wird recht schnell deutlich, in welche Loyalitätskonflikte Partnervielfalt führen kann. Identifiziert mit dem Patienten und seinen Anliegen (oder auch diesen innerlich ablehnend), muss die eigene Sicht- und Fühlweise mit den anderen Mitgliedern des Pflegedienstes (»der Patient ist doch so nicht mehr tragbar, das musst du in dein Behandlungsteam einbringen«) bzw. mit den möglicherweise völlig andersartigen Perspektiven sonst Beteiligter (»... bei mir in der Therapie erlebe ich den Patienten aber völlig anders«) verhandelt werden. Durch derart widersprüchliche Einschätzungen und Haltungen sind Inter- und Intrarollenkonflikte gewissermaßen vorprogrammiert. Dass die Lösung dieser Konflikte – sollen sie einen konstruktiven Beitrag zur Behandlung eines Patienten leisten – nicht nur eine gewisse Selbst- und Berufserfahrung voraussetzt, sondern vor allem auch die Bereitschaft, das eigene Erleben zur Disposition zu stellen, ohne sich dem Diktat der anderen zu unterwerfen, erscheint offensichtlich. Auch eine eigenständige Supervision für den Pflegedienst, etwa im Sinne einer Balint-Gruppe, wird heute allgemein als unerlässlich angesehen, selbst wenn es manchem Krankenhaus-träger vielleicht nicht ohne Weiteres einleuchten sollte, diesbezüglich besondere finanzielle Ressourcen bereitzustellen.

Vor allem finanzielle Aspekte sind es leider auch vielfach, welche die Größe der von einer Pflegekraft zu betreuenden Gruppe von Patienten bestimmt, denn je nach Organisationsform einer Abteilung oder eines Krankenhauses werden einer solchen Gruppe in der Regel mindestens fünf bis höchstens etwa zehn Patienten zugeordnet. Ob die Größenordnung von zehn Patienten tatsächlich noch Beziehung und persönlichen Bezug im erforderlichen Umfang ermöglicht, kann sehr unterschiedlich gesehen werden. Sie erreicht bei neun bis zehn Patienten sicher eine kritische Größe, vor allem vor dem Hintergrund, dass im Krankenhausbereich mit Bezugspflege in der Regel nur etwa vier bis fünf Patienten adäquat versorgt werden können. Sicher ist in diesem Zusammenhang das Ausweichen auf Gruppensituationen (dergestalt, dass z.B. Morgen- und Abendkontakt nicht mehr im Einzelgespräch stattfinden) eine problematische Lösung, denn Gruppensituationen stellen in vielen Einrichtungen vor dem Hintergrund personeller Engpässe ohnehin häufig genug das Hauptkontingent therapeutischer »Einheiten« dar. Ab einer kritischen Gruppengröße weicht das Prinzip der »Beziehung« dann dem der »Kontrolle« und längst überwundene custodiale, d.h. überwachende Aspekte von Pflege gewinnen dann die Oberhand.

12.5 Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeplanung

In psychotherapeutisch-psychosomatischen Kliniken sind bei den behandelten Patienten und deren Störungsbildern nicht selten gleiche bzw. ähnliche Probleme in der Alltagsbewältigung zu beobachten. Die häufigsten von ihnen werden in der Regel in sogenannten »Pflegediagnosen« bzw. in einem »Pflegediagnosenkatalog« (► Tab.12-2) zusammengefasst.

Tab. 12-2 Exemplarische Liste relevanter Pflegediagnosen (Pflegediagnosenkatalog)

|    |                                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------|
| 1  | Selbstverletzung                                                     |
| 2  | Sturz, hohes Risiko                                                  |
| 3  | Überernährung                                                        |
| 4  | Mangelernährung                                                      |
| 5  | Selbstschädigendes Verhalten im Zusammenhang mit Nahrung und Gewicht |
| 6  | Verstopfung                                                          |
| 7  | Durchfall                                                            |
| 8  | Stressurininkontinenz                                                |
| 9  | verbale Kommunikation beeinträchtigt                                 |
| 10 | soziale Interaktion beeinträchtigt                                   |
| 11 | soziale Isolation                                                    |
| 12 | maladaptive Formen der Bewältigung                                   |
| 13 | fehlende Kooperationsbereitschaft                                    |
| 14 | Müdigkeit                                                            |
| 15 | gestörte Schlafgewohnheiten                                          |
| 16 | Beschäftigungsdefizite                                               |
| 17 | Selbstpflegedefizite                                                 |
| 18 | geringes Selbstwertgefühl                                            |
| 19 | Hoffnungslosigkeit                                                   |
| 20 | akute Schmerzen                                                      |
| 21 | chronische Schmerzen                                                 |
| 22 | Angst, Phobie, Panik                                                 |
| 23 | akuter dissoziativer Zustand                                         |
| 24 | rezidivierende dissoziative Zustände                                 |
| 25 | innere Unruhe, Gefühl des Getriebenseins                             |
| 26 | beeinträchtigte Zimmerordnung                                        |



Wie die Systematisierung des Pflegeassessments bedeutet auch das Konzept der Pflegediagnosen für die Pflege in der stationären Psychotherapie einen wesentlichen Fortschritt.

**Merke**

**Pflegediagnosen** strukturieren das Feld bzw. die tägliche Arbeit der Bezugspflegekräfte, indem sie bestimmte typische Pflegeprobleme mit bestimmten Merkmalskombinationen beschreiben und ihnen geeignete Maßnahmen zuordnen, um spezifische problembezogene **Pflegeziele** ansteuern zu können.

Auf diese Weise sollen möglichst explizit und transparent Schwerpunkte in der Pflege eines Patienten gesetzt werden, und je mehr der Patient selbst aktiv in diese Schwerpunktsetzung einbezogen wird, desto besser. Diese Form der Systematisierung pflegerischer Arbeit widerspricht keinesfalls den Prinzipien der Bezugspflege und auch nicht dem Primat der »Subjektivierung« d. h. ( des einführenden Erkennens, wie es einem bestimmten Patienten gerade geht und was möglicherweise seine aktuellen affektiv relevanten Themen sein könnten). Es geht also bei Pflegediagnosen nicht um Pflege »am Affekt vorbei«, sondern um situationsübergreifende Probleme, unter denen der Patient mehr oder weniger andauernd leidet und die durch Pflegeassessment und -diagnostik zu Pflege Themen »gemacht« werden. Was in diesem Zusammenhang für das Pflegeassessment gilt, gilt auch für die Pflegediagnostik: Beides sind keine ärztlichen Vorrechte. Bei der Pflegediagnostik wie bei der ärztlichen Diagnostik ist allerdings in gleicher Weise darauf zu achten, den Patienten nicht in bestimmte Schubladen zu stecken, um dann im weiteren Verlauf der Behandlung blind zu werden für andere, weniger augenfällige, dafür aber möglicherweise relevantere »eigentliche« Probleme des Patienten.

Pflegediagnostik ist ein die gesamte Behandlung über andauernder Prozess und erfolgt in der stationären Psychotherapie bzw. in vielen psychosomatischen wie auch psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Anlehnung an die »North American Nursing Diagnosis Association« (NANDA) als dem international sicher einflussreichsten Pflegestandard, der mittlerweile mehr oder weniger weltweit Anwendung finden dürfte. Ziel dieser Anlehnung ist die Vereinheitlichung der Fachsprache durch die Entwicklung einer gemeinsamen Terminologie, die eine Verständigung über pflegerische Handlungsweisen erleichtern soll. Pflegediagnosen sind damit wichtige Bausteine im Pflegeprozess, der nach einer Phase der anamnestischen Informationssammlung die Einschätzung der wesentlichsten Pflegeprobleme eines Patienten zum Ziel hat. Eine exemplarische Übersicht über eine Auswahl relevanter Pflegediagnosen findet sich in Tabelle 12-2, wobei diese im Wortlaut modifizierte Auswahl (26 spezifische Pflegediagnosen) aus der sehr viel größeren Anzahl vor allem nach NANDA spezifizierter Pflegediagnosen (insgesamt 231) stammt, wie sie von Doenges et al. (2014) zusammengestellt wurden. In Bezug auf die Zusammensetzung ihrer jeweiligen Auswahl dürften verschiedene psychotherapeutische Institutionen bzw. psychosomatische Kliniken erheblich voneinander abweichen, wie auch in der Formulierung zusätzlicher eigener (»freier«) Pflegediagnosen.

Der strukturelle Aufbau einer Pflegediagnose (► nachfolgender »Praxistipp«) wiederholt sich bei den einzelnen Diagnosen: Nach einer Kurzdefinition des Pflegeproblems werden wesentliche Merkmale benannt, die auf dieses Problem hinweisen. Es folgen dann auf den Patienten bezogene Pflegeziele bzw. Maßnahmen, die geeignet sein könnten, diese definierten Pflegeziele zu erreichen. Es versteht sich von selbst, dass solche Listen von Pflege-

diagnosen natürlich keinesfalls erschöpfend sind, sondern im Einzelfall um relevante Problemstellungen ergänzt werden können oder sogar müssen.

### Praxistipp

#### Pflegediagnose: Überernährung

(► auch Stefan et al. 2003, S. 135–138)

**Definition** Der Zustand, bei dem ein (meist übergewichtiger) Patient seinem Körper mehr Nahrung zuführt und diese zu ungesundem Übergewicht führt bzw. ein schon zuvor bestehendes ungesundes Übergewicht erhält.

#### Merkmale und Kennzeichen des Problems

- Übergewicht unter Berücksichtigung von Größe und Körperbau (u. a. BMI)
- Essen als Reaktion auf äußere auslösende Momente (z. B. Tageszeit, typische soziale Situationen)
- Essen als Reaktion auf innere auslösende Momente außer Hunger (z. B. Angst, andere Formen negativer Affektivität, Erregung als solche)
- Nahrungsaufnahme in Verbindung mit anderen Aktivitäten
- verstärkte Nahrungszufuhr am Abend oder ggf. nachts
- mangelnde Bewegung (z. B. sitzende Tätigkeit, bewegungsarmes Freizeitverhalten)
- einseitige Formen der Ernährung (z. B. zu viele Fette, zu viele Kohlenhydrate)

**Pflegeziele** Alle nachfolgenden Pflegeziele, die in der individuellen Pflegeplanung Anwendung finden, erfolgen in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt/Psychologen bzw. sind an den im Team vereinbarten Behandlungs- bzw. Therapiezielen auszurichten.

#### Patient

- erkennt Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit einer Gewichtszunahme oder Überernährung stehen

- erkennt sein inneres Befinden und weiß, wie dieses auslösend zum übermäßigen Nahrungsmittelkonsum beiträgt
- zeigt eine Veränderung der Essgewohnheiten, Nahrungsmittelmenge und -qualität
- hält die individuelle Kost und das Bewegungsprogramm ein
- erreicht Gewichtsreduktion bei bestmöglichem Gesundheitszustand
- gewinnt Einsicht in gesundheitsschädigendes Verhalten

**Mögliche Pflegemaßnahmen (je nach Pflegekonzept)** Alle nachfolgenden Pflegemaßnahmen, die in der individuellen Pflegeplanung Anwendung finden, erfolgen in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt/Psychologen und sind an den im Team abgestimmten Behandlungs- bzw. Therapiezielen auszurichten.

#### Maßnahmen unter Berücksichtigung persönlicher Merkmale und Kennzeichen des Patienten

- Ausgangswerte festhalten: Größe und Gewicht
- positiv bestätigen und unterstützen bei Bemühungen um Gewichtsabnahme
- Vermeiden von einseitigen Über-Ich-Botschaften, eher die positive Funktion des Essens herausarbeiten, hier v. a. die Kompensation negativer Affektivität oder beruhigende Funktionen
- krankheitsbegünstigende Essgewohnheiten besprechen (kulturelle Essgewohnheiten beachten)
- Möglichkeiten beraten, während des Essens Stress und Anspannung zu vermeiden
- ermitteln, welche Ereignisse zu impulsivem Essen/zu Essanfällen führen; Möglichkeiten besprechen, mit diesen anders umzugehen als immer wieder zu essen
- wie kann ich mit Gefühlen der Anspannung und Frustration allgemein umgehen (z. B. aushalten)
- besprechen, wie man Gefühle der Entbehrung vermeiden kann, indem man sich gelegentlich etwas gönnt, und dies bei der Essensplanung berücksichtigen

### Mögliche Maßnahmen nach Verordnung durch verantwortlichen Arzt

- Anleitung zum Führen und zur Besprechung des Esstagebuches, Klärung der Zuständigkeiten (Wer von den Behandlern macht was, in welchem Turnus?)
- motivieren und unterstützen, körperliche Bewegung in den Alltag einzubauen
- Motivation und Erinnerung, Möglichkeiten zur Diätberatung zu nutzen
- Wiegeintervalle nach Standard oder Verordnung

### Praxistipp

#### Pflegediagnose: Selbstverletzung

(► auch Stefan et al. 2003, S. 403–407)

**Definition** Handlungen, mit denen sich Patienten in der Regel ohne Suizidabsicht absichtlich körperliche Schäden zufügen, die zumeist in direkten Gewebeschädigungen bestehen. Die Gründe für die Handlungen sind äußerlich nicht erkennbar, sie bestehen meist in Entlastung bzw. dem Versuch der Lösung innerer Anspannung.

#### Mögliche Merkmale und Kennzeichen des Problems

- (ggf. tiefere) Schnittwunden und Kratzer am Körper, Aderlass
- Manipulieren an Wunden
- selbst zugefügte Verbrennungen, z. B. mit Radiergummi, Zigaretten
- Injizieren, Einnehmen/Einatmen gefährlicher Substanzen/Gegenstände, z. B. Flüssigkeiten
- Beißen, Abschrufen, Haare ausreißen
- Nägel und Nagelbettentfernung, Kopf an die Wand schlagen
- Einführen von Gegenständen in Körperöffnungen
- Abschnüren von Körperteilen, aber auch exzessive körperliche Betätigung

**Pflegeziele** Alle nachfolgenden Pflegeziele, die in der individuellen Pflegeplanung Anwendung finden, erfolgen in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt/Psychologen und sind an den im

Team vereinbarten Behandlungs- bzw. Therapiezielen auszurichten.

#### Patient

- erkennt auslösende Faktoren, die dem Ereignis der Selbstverletzung vorangehen
- verzichtet auf die Beschaffung potenzieller Gegenstände, die die Gewebeschädigung ermöglichen
- nimmt bei Spannungszuständen Kontakt mit Pflegepersonen auf
- entwickelt Selbstkontrolle, die sich einerseits in nachlassender Häufigkeit und Intensität der Selbstverletzungs-Episoden und andererseits in der Anwendung von Alternativmethoden im Umgang mit den Gefühlen äußert
- erkennt die Wichtigkeit, individuelle Behandlungsempfehlungen einzuhalten

**Mögliche Pflegemaßnahmen (je nach Pflegekonzept)** Alle nachfolgenden Pflegemaßnahmen, die in der individuellen Pflegeplanung Anwendung finden, erfolgen in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt/Psychologen bzw. sind an den im Team vereinbarten Behandlungs- bzw. Therapiezielen auszurichten.

- auf Zeichen der Selbstverletzung achten, z. B. Schnittwunden, Kratzer, Hämatome, äußere Auffälligkeiten berücksichtigen wie eine anhaltend langärmelige Kleidung im Sommer
- Verbandswechsel durchführen und/oder (zeitnahen) Termin beim Funktionsarzt/AvD/Hintergrunddienst vereinbaren
- Patient unterstützen, Gefühle und Verhaltensweisen zu erkennen, die dem Drang nach Selbstverletzung vorangehen, ggf. Symptombeschreibungsbogen aushändigen
- Patient auffordern bzw. ermutigen, diese Gefühle wahrzunehmen und anzusprechen
- auf Gegenübertragungsgefühle achten, um Spaltungsprozessen entgegenzuwirken
- Patient ermutigen, konstruktive Alternativen zu seinen autoaggressiven Verhaltensreaktionen zu finden sowie diese auszuprobieren (z. B. Sport, Spielen, Aromapflege als Möglichkeiten der Ablenkung, aber auch Thematisierung zwischenmenschlicher Konflikte)

- auf Anordnung des behandelnden Therapeuten Durchführung von Kontakttermin(en)
- bei Bedarf Entlastungsgespräche durchführen
- positive Rückmeldungen bei Therapieerfolgen geben

Pflegediagnosen stellen neben der Beschreibung relevanter Pflegeprobleme auch die Grundlage für eine systematische **Pflegeplanung** dar, wobei eine Rückkopplung im Sinne einer Diskussion des Ergebnisses dieser Diagnostik mit dem jeweiligen Behandlungsteam unerlässlich ist, soll Spaltungsphänomenen und einer Konkurrenz um das womöglich bessere Verständnis für einen Patienten vorgebeugt werden: »Die Pflegeplanung bietet die Möglichkeit, pflegerisches Handeln zielgerichtet durchzuführen. Eine Bezugspflegerperson greift die systematisch erfassten Pflegephänomene aus Pflegeanamnese und Behandlungsverlauf (Verlaufsdokumentation) auf, bewertet diese, entwickelt einen umsetzbaren schriftlichen Pflegeplan mit möglichen pflegerischen Interventionen und Maßnahmen. Pflegeziele und Pflegemaßnahmen werden individuell unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten definiert.« (Sonnenberg Klinik Stuttgart 2015)

Dieser Plan und dessen Umsetzung sind nicht nur für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlich und erlaubt damit auch ein gewisses Maß an pflegerischer Kontinuität in Situationen des Urlaubs, der Erkrankung oder sonstiger Situationen der Verhinderung einer Bezugspflegerkraft. Pflegeplanung ermöglicht auch eine Evaluation der Zielerreichung und, wenn nötig, eine Anpassung der Ziele bzw. Maßnahmen, wie das folgende Fallbeispiel zeigt.

### Fallbeispiel

#### Patientin B.

Bei Frau B. handelt es sich um eine nach Angaben des überweisenden Arztes schwerst traumatisierte Patientin. Der Überweiser berichtete in diesem Zusammenhang nicht nur über das wiederholte Scheitern jeglicher ambulanter Behandlungsversuche, sondern auch über einen jahrelangen sexuellen Missbrauch in der Primärfamilie, in der die Patientin unter desaströsen emotionalen Bedingungen aufgewachsen war.

Die Aufnahme erfolgte in eine spezialisierte Abteilung der Klinik zur Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Eine solche Störung, bedingt durch kumulative Traumata in der Kindheit, wurde für die Patientin mit ihren wiederholten dissoziativen Anfällen jedenfalls angenommen.

Der Behandlungsverlauf in den intervallmäßig vorgenommenen Behandlungsabschnitten gestaltete sich ausgesprochen schwierig, da sich die Patientin zwar zweifellos der erheblichen Sympathie und Zuwendung der behandelnden Therapeutin erfreuen durfte. Die erfahrene und psychoanalytisch geschulte Fachärztin reagierte dabei in besonderer Weise berührt auf die massiven dissoziativen Zustände der Patientin, die sich zunehmend auch durch heftiges Kratzen im Gesicht selbst verletzte. Diese Zustände schienen aber eher zu- als abzunehmen, was vor allem der zuständigen Bezugspflegerkraft Sorgen wie auch Ärger in der Gegenübertragung bereitete, die dann Sorgen und Ärger (»... das kann doch alles gar nicht stimmen«) auch wiederholt zur Diskussion in der Behandlungsguppe stellte. Nicht nur, dass in diesem Zusammenhang fast die Spaltung des Teams drohte (wogegen auch Supervision nichts auszurichten schien), die Bezugspflegerkraft wurde mehr und mehr von der Patientin bezüglich regulärer Kontakte gemieden, immer mehr aber einbezogen in Notfallsituationen, was schlussendlich die Bezugspflegerkraft, unterstützt durch die Pflegedienstleitung, die Behandelbarkeit der Patientin infrage stellen ließ. Die Bezugstherapeutin erschien völlig absorbiert durch die zahllosen Ausnahmezustände der

Patientin und gefangen in einer symbiotischen Dyade, die Bezugspflegkraft (und auch andere Pflegekräfte zu anderen Dienstzeiten) hingegen als »verständnislos und böse«. Erst das Insistieren der Bezugspflegkraft auf dem Rahmen und dass es so nicht weitergehen könne mit der besonderen Zuwendung, verdeutlichte dann die Grenzen der Institution und die begrenzten Möglichkeiten einer stationären Behandlung. Diese Form der Triangulierung einer verwickelten therapeutischen Dyade förderte schlussendlich völlig unerwartete Verhältnisse zutage: Das Störungsbild der Patientin erwies sich als ein Münchhausen-Syndrom, dessen Symptomatik durch das »Verständnis« der Bezugstherapeutin leider eher befördert als verbessert worden war.

Erst durch das konfrontierend-aufdeckende Verhalten des Pflegedienstes, der sich durch die alltäglichen Konflikte überfordert fühlte und gezwungen sah, Klärung in der einen oder anderen Richtung herbeizuführen, kam Bewegung in festgefahrene Verhältnisse.

## 12.6 Abschließende Bemerkungen

Es ist wie mit Figur und Grund: Die Arbeit des Pflegedienstes im stationär-psychotherapeutischen Kontext bzw. im psychosomatischen Krankenhaus und damit der Beitrag der Pflege zum Therapieerfolg wird eher im Hintergrund geleistet, vorn an der therapeutischen Rampe stehen andere. Niedrigschwellig jederzeit für ihre Patienten erreichbar, stellen Bezugspflegekräfte jedoch Tag für Tag und Nacht für Nacht den für das Funktionieren des Krankenhauses oder der Abteilung unabdingbaren Rahmen sicher, ist es doch maßgeblich der Pflegedienst, der den klinischen Alltag strukturiert, meist die Gesamtsituation einer Klinik als Ganzes einigermaßen überblickt, die Stimmung und Atmosphäre auf der Station oder in der Abteilung wahrnimmt, um eskalierenden Entwicklungen vorzubeugen und schlussendlich so etwas wie

das Rückgrat der gemeinsamen Arbeit darzustellen. Neben dem fachlichen Input im Sinne einer sehr persönlichen Bezugspflege organisiert der Pflegedienst maßgeblich auch den mehr oder weniger reibungslosen formalen Ablauf bzw. hält diesen aufrecht. Neben dem Fokus auf der Beziehungsarbeit ist es gerade auch dieser administratorische Anteil an der Arbeit des Pflegedienstes, den die jeweilige Institution so dringlich braucht, der aber dem Pflegedienst selbst manchmal mehr Skepsis oder sogar Entwertung als Respekt einbringt, stellt er sich doch zu eigenwilligen therapeutischen »Lösungen« ein ums andere Mal in den Weg zugunsten tragfähiger Regelungen für das Gesamte. Das Einhalten dieser Regelungen, das Betonen des Rahmens, die Strukturierung des Gesamtgeschehens wie auch die Sicherstellung der gegenseitigen Information über Patientenverhalten außerhalb spezifischer therapeutischer Kontexte sind wesentliche zusätzliche Funktionen eines psychotherapeutisch-psychosomatischen Pflegedienstes und machen andere berufsgruppenspezifische Interventionen und damit stationäre Therapie vielfach überhaupt erst möglich.

## Literatur

- Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Pflege-diagnosen und Pflegemaßnahmen. Bern: Huber 2014.
- Friedemann ML, Köhlen C. Familien- und umweltbezogene Pflege. Bern: Huber 2003.
- Henderson V. Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H, Meleis A (Hrsg). *Pflegetheorien – Beispiele aus den USA*. Bern: Huber 1996; 39–54.
- Köhle K, Joraschky P, Reisinger E. Die Institutionalisierung im klinischen Bereich. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiak W (Hrsg). *Uexküll. Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1996; 516–40.
- Orem DE. *Strukturkonzepte in der Pflegepraxis*. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby 1997.

- Orlando JJ. Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Bern: Huber 1996.
- Peplau H. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Kassel: Recom 1952.
- Roper N. Pflegeprinzipien im Pflegeprozess. Bern: Huber 1997.

- Sonnenberg Klinik Stuttgart. Pflegekonzept. Unveröffentlichtes Manuskript; 2015.
- Stefan H, Allmer F, Eberl J. Praxis der Pflegediagnosen. 3. Aufl. Wien, New York: Springer 2003.
- Sullivan HS. Die interpersonelle Theorie der Psychiatrie. Frankfurt a. M.: Fischer 1980.



## 13 »Geh Du vor«, sagte die Seele zum Körper ...«<sup>3</sup> – Ärztliche Aufgaben

Christian Thiele und Götz Berberich

### 13.1 Der Körperarzt im psychodynamischen Setting

Christian Thiele

#### 13.1.1 Beziehungsmedizin

Die körperlichen Beschwerden vieler Patienten in der stationären Psychotherapie sind auf einer medizinisch-körperlichen Ebene nicht behandelbar, allerdings in vielen Fällen ebenso wenig primär nur psychotherapeutisch. Die spezielle Art der Behandlung auch körperlicher Beschwerden in der Psychosomatik lässt sich am besten mit dem Begriff »Beziehungsmedizin« beschreiben.

Eine Besonderheit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung besteht darin, dass Diagnostik und Therapie miteinander eng verwoben sind. Jede diagnostische Intervention ist gleichzeitig eine therapeutische Beziehungsepisode. Jede Untersuchung, jede Sprechstunde, jede Mitteilung, jede Verabreichung von Medikamenten wird vom Arzt oder Therapeuten und vom Patienten als Intervention verstanden, die in das Beziehungsgeschehen eingebettet ist.

Der Arzt hat neben der Organdiagnostik dabei die zentrale Aufgabe, mögliche somatoforme Symptome zu dekodieren.

Um die Dekodierung zu leisten, ist auf der Ebene jedes einzelnen Teammitglieds ein Verständnis für den Patienten notwendig.

Dieses Verständnis nimmt hier eine Schlüsselstellung ein, weil dies nicht nur der Diagnostik dient, sondern auch dem Vertrauensaufbau, der als Beziehungserfahrung für die Behandlung, d.h. die Veränderungsbereitschaft des Patienten, unbedingt notwendig ist. Patienten, die sich verstanden fühlen, sind erst dadurch in der Lage, über ihr lebensgeschichtliches Unverstandensein sprechen zu lernen und sich durch diesen Austausch besser selbst verstehen zu können. Die Selbst-, Objekt- und Beziehungsrepräsentanzen kommen dann in Bewegung. Dadurch können die Patienten Ressourcen ihrer Selbstwirksamkeit aktivieren, was wiederum zu einer Minderung der seelischen bzw. körperlichen Symptomatik führt. Dies ist das Ziel einer solchen Behandlung.

#### 13.1.2 Indikationen

Geht man in der Behandlung von einem Verständnis für den Patienten auf psychoneurotischer Ebene aus, so wird klar, dass sich die psychosomatisch-therapeutische Behandlung auf alle Krankheitsbilder richten kann, denen eine Neurosestruktur (inkl. traumatisch und strukturell bedingter Beeinträchtigungen) zugrunde liegt. Das bedeutet, dass aufgrund der Verschränkung von psychischem und körperlichem Selbst, also auch allen Neurosen, ein körperlicher Krankheitsanteil (in allerdings unterschiedlichem Ausmaß) anhftet. Deswegen bezieht sich die prinzipiell mögliche Behandlung in der stationären Psy-

<sup>3</sup> Ulrich Schaffer

chotherapie und Psychosomatik auf eine große Anzahl von neurotischen Erkrankungen: affektive Störungen (Depression, Angst), somatoforme Störungen, Psychosomatosen, posttraumatische Störungen und reaktive Störungen sowie Störungen der Krankheitsbewältigung.

### 13.1.3 Behandlungseröffnung

Patienten mit somatoformen Störungen haben zunächst gar keine andere Möglichkeit, als die Beziehung zu Behandlern so zu inszenieren, dass sie ihre Not (Überforderung, Unverstandensein, Abgewiesenwerden) nur über den Körper wahrnehmen und vermitteln können. Daher empfiehlt sich bei diesen Patienten ein somato-psychischer Einstieg in die Therapie: Der umfassenden Beschwerdedarstellung muss zunächst ausreichend Raum gegeben werden. Ein fast pathognomonisches Wesensmerkmal somatoform erkrankter Patienten ist eine mehr oder minder ausgeprägte »Psychophobie«. Es sollte deswegen hier kein Versuch unternommen werden, den Patienten von einer Psychogenese zu überzeugen oder gar mit ihm darüber zu verhandeln. Auch in einem weiteren Schritt sollten nicht die tiefer liegenden psychosozialen Ursachen der Beschwerden ermittelt, sondern zunächst deren äußerliche wie innerliche Folgen für sein aktuelles Leben besprochen werden. Erst die emotionale Erfahrung einer hilfreichen Beziehung durch Gesehen- und Verstandenwerden ermöglicht den Zugang zu verdrängten, teilweise noch undifferenzierten Fantasien und Gefühlen. Auf dieser Grundlage kann dann nach und nach die verinnerlichte konflikthafte Objektbeziehung vom Körperausdruck in die bewusste Betrachtung überführt werden.

### Fallbeispiel

Eine 48-jährige Patientin kam auf Veranlassung der neurologischen Abteilung im Hause mit Nacken-Schulter-Arm-Schmerzen und heftiger Lumbago, vornübergebeugt auf einen Rollator gestützt, zur Konsiliaruntersuchung. Für die Beschwerden hatte die medizinische Diagnostik keinen erklärenden Befund ergeben. Die Patientin war noch nie mit Psychotherapie in Kontakt gekommen, war aber bereit, sich auf ein Gespräch einzulassen. Seit etwa sechs Monaten war sie von den unerklärlichen und ansteigenden Schmerzen geplagt. Wegen zunehmender schmerzbedingter Einschränkung konnte sie ihren Alltagsaufgaben in ihrem Beruf als Schulhausmeisterin und im Privatleben nicht mehr nachkommen und war deshalb seit zwei Monaten krankgeschrieben.

Über die Möglichkeit der ausführlichen Schilderung ihrer Beschwerden wurde die Patientin hingeführt zu den damit einhergehenden Einschränkungen im Arbeitsprozess. Sie begann nun, von sich aus über vorangegangene Probleme zu sprechen. Die Ärztin erfuhr, dass nach einer dem jetzigen Krankheitsprozess vorangegangenen sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit wegen einer Sportverletzung (Handgelenkfraktur mit Unterarmgips) von der Schulbehörde ein Ersatz für sie eingesetzt worden sei, der ihr den Arbeitsplatz streitig mache.

Es stellte sich heraus, dass Leistungserbringung am Arbeitsplatz für die Selbstwertregulation der Patientin eine erhebliche Rolle spielt und dass darüber hinaus die Schule für sie ein familiäres Zuhause bedeutete. Es bedurfte nur einiger weniger weiterer Interventionen der Therapeutin, bis sie von ihrem aktuellen Gekränktsein und ihrem Hilflosigkeits- und Unwertgefühl sprechen konnte.

Von der Therapeutin jetzt konkret nach den Umständen ihres Aufwachsens gefragt, berichtet die Patientin kognitiv-rational einen Teil ihrer Lebensgeschichte, aus der die Therapeutin bereits auf in das Unbewusste verdrängte Trennungsängste schließen konnte. Die Therapeutin hielt es für verfrüht, diese möglichen Zusammenhänge mit der aktuellen Erlebnisweise der Patientin jetzt schon zu deuten.

Nachdem die Patientin über das stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungssetting mit allen seinen Elementen aufgeklärt wurde, entschloss sie sich zur Therapie in unserer Abteilung. Offenbar hatte sie sich im Gespräch von der Therapeutin verstanden gefühlt. Durch den Verzicht auf die Festlegung einer Psychogenese der Beschwerden in dieser ersten Sitzung wurde kein zusätzlicher Widerstand gegen eine psychotherapeutische Behandlung induziert.

### 13.1.4 Psychodynamisches Behandlungssetting

Ein Merkmal stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung besteht in der multiprofessionellen und multimodalen Konzeption. Dies bedeutet, die Patienten sowohl ärztlich-medizinisch und physiotherapeutisch als auch mit den zur Verfügung stehenden unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren zu behandeln. Insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit somatoformer Störung oder Psychosomato-se besteht darin ein einzigartiger Vorteil gegenüber ambulanter Behandlung (Janssen 2014).

Für die stationäre Behandlung dieser Patienten ist ein mehr oder minder strukturbezogenes Vorgehen hilfreich. Dafür braucht es eine möglichst hohe Kohärenz des multipersonalen, multiprofessionellen und multimodalen Settings. In einem gut abgestimmten, gemeinsam fokussierenden Behandlungsteam sind die verschiedenen Behandlungsansätze auf das letztendliche Ziel der Symptomlinderung gerichtet. Der Weg dorthin ist ganz wesentlich die Kombination der Einzel- mit den Gruppentherapien. Es genügt aber nicht, die verschiedenen Therapien einfach aneinanderzureihen, sondern es erscheint dabei sinnvoll, psychodynamische Gruppentherapie mit nonverbalen Gruppentherapien dergestalt zu

kombinieren, dass die Patienten einer Gruppe in einem geschlossenen organisierten Setting zusammenarbeiten. Nur auf diese Weise lernen sich die teilnehmenden Patienten besser kennen, bekommen Rückmeldungen in den verschiedenen Dimensionen, können mehr Vertrauen entwickeln und erfahren durch Spiegelungsprozesse sowie die gegenseitige Auseinandersetzung mit den multiplen Übertragungserfahrungen sowohl ein Containing als auch ein Holding. Die Gruppe verändert sich lediglich durch Entlassung und Aufnahme neuer Patienten, wodurch Themen des Abschieds und des Neubeginns immer wieder Berücksichtigung finden.

Eine besondere Bedeutung im Hinblick auf den beziehungsmedizinischen Ansatz hat sowohl die Gruppe der Patienten als auch – als korrespondierendes Gegenstück – die multiprofessionelle Gruppe der Behandler. Der Patient kann nämlich als psychosoziales Wesen mit der Möglichkeit der unbewussten Inszenierung seiner grundsätzlichen Beziehungsmodi wesentlich gesehen und gespiegelt werden. Dies geschieht durch den Austausch und die Abstimmung unterschiedlicher Wahrnehmungen (Gegenübertragungen) und deren Verarbeitung. Dadurch können die Versatzstücke aus konkordanten und komplementären Gegenübertragungsreaktionen sowie die durch Spaltungsoperationen auseinandergehaltenen Bruchstücke in ein ganzheitlicheres Bild integriert werden. Zur Besprechung der Gruppen- und Einzeldynamiken gehört zentral auch das Verständnis von chronischen oder intermittierend auftretenden Körpersymptomen.

### 13.1.5 Arztfunktion

In vielen psychosomatischen Abteilungen ist es üblich, die somatische Behandlung von der Psychotherapie personell zu trennen, sodass der jeweilige Patient einerseits von einem Arzt

und andererseits von einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten behandelt wird.

Die Arztrolle besteht dabei in der konventionellen somatischen Betreuung:

- Aufnahmeuntersuchung
- ggf. weitere medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich akuter Interventionen bei Bedarf
- in diesem Zusammenhang Einordnung und Bewertung von körperlichen Beschwerden, Symptomen und erhobenen Befunden sowie Strukturierung der daraus abgeleiteten Maßnahmen

Abgesehen von der selbstverständlichen Therapie nichtpsychogener körperlicher Erkrankungen ist natürlich auch bei psychogenen Körperfunktionsstörungen eine begleitende medizinische Behandlung erforderlich (z. B. die medikamentöse Senkung eines psychogen erhöhten Blutdrucks), um eine symptomatische Besserung zu erzielen sowie Komplikationen und Folgeschäden zu vermeiden.

Diese artifizielle Trennung in einen somatischen und psychotherapeutischen Zugang zum Patienten läuft dem psychosomatischen Denken eigentlich entgegen. Es existieren aber auch Argumente dafür: Eine eher praktische Begründung für diese sich ergänzende Versorgung resultiert aus der Verfügbarkeit von medizinischer oder psychotherapeutischer Kompetenz. Ärzte haben medizinisches Wissen, sind psychotherapeutisch aber nicht immer ausgebildet. Psychologen sind »zuständig« für die Psychotherapie, haben aber keine ausreichenden medizinischen Kenntnisse und daraus abgeleitete Berechtigungen, um mit diesen diagnostisch und therapeutisch tätig werden zu können.

Das herkömmliche ideelle Argument für eine solche Trennung besteht jedoch vor allem darin, dass der psychotherapeutische Beziehungsprozess (die Übertragungsbezie-

hung) nicht durch diagnostische oder therapeutische medizinische Interventionen (z. B. körperliche Untersuchung, Blutabnahme, Legen einer Magensonde) oder technisch-praktische Absprachen im Rahmen eines Organisationsmanagements unübersichtlicher und komplizierter werden soll. Der Psychotherapeut möge gewissermaßen in einem fiktiven Als-ob-Modus für seine innere Beziehungswelt als Projektionsfläche erhalten bleiben, die ansonsten von handelnd-konkreter Realität durch medizinische Verordnungen beeinträchtigt werde. Die therapeutische Erkundung der inneren Welt des Patienten wird in einem technisch-neutralen Rahmen leichter möglich.

Bei höher strukturierten neurotischen Patienten hat sich ein solches Vorgehen auch durchaus bewährt. Bei diesen Patienten wird die Beziehung von einer klassischen (neurotischen) Übertragung getragen: Sie ist auf Objekte bezogen und semantisch im explizit-episodischen Gedächtnis abgelegt.

Bei Patienten mit **somatoformen Störungen**, die in ihrer Körperselbst-Kohärenz stärker eingeschränkt sind, führen die meist zugrunde liegende Affektabwehr sowie die manifesten hartnäckigen Forderungen nach weiterer organmedizinischer Diagnostik (in der Überzeugung, dass der Körper krank ist), die Unzufriedenheit über die diesbezüglich fehlende Kooperation der Ärzte und die nicht erfolgende Abhilfe des Leidens in der Übertragung und Gegenübertragung zu mehr oder minder ausgeprägten Gefühlen von Gekränktheit, Ohnmacht und Wut. Hier bietet eine derartige funktionale Rollen-Trennung die Möglichkeit, dass die patientenseitige Spaltung – in einen enttäuschenden schlechten Arzt einerseits und einen verständnisvollen guten Therapeuten andererseits – dazu führen kann, die Behandlung fortzusetzen und nicht abbrechen zu müssen, weil ein idealisiertes gutes Objekt weiter konkret verfü-

bar bleibt. Falls eine solche Polarisierung nicht im Vordergrund stehen sollte, kann auch die Autorität des Arztes, der die körperbezogenen Ängste des Patienten beruhigt, seine Psychotherapiemotivation fördern.

Um die Aufteilung zu relativieren, müssen die somatischen und psychischen Aspekte in der Behandlung des Patienten wieder zusammengetragen und integriert werden. Individuell ist es dabei hilfreich, wenn der Psychotherapeut im Grundberuf Arzt ist, weil er eine größere Sicherheit in der Einschätzung und Bewertung der körperlich bezogenen Klagen des Patienten hat und dem Patienten dadurch auch mehr Sicherheit vermitteln kann. Umgekehrt gilt für den somatisch betreuenden Arzt, dass er optimalerweise psychotherapeutisch ausgebildet sein möge, damit er die Arzt-Patient-Beziehung in sein Gesamtverständnis besser einfügen kann.

Die Hauptarbeit dieser Integration muss allerdings im Behandlungsteam erfolgen. Deswegen unabdingbar notwendig und auch üblich ist es in diesem Behandlungskonzept, im Behandlungsteam die körperlich-medizinische Seite der Behandlung einschließlich der Beziehung zum behandelnden Arzt mit der Beziehung in der psychotherapeutischen Arbeit (psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut und den anderen beteiligten Behandlern) zusammenzuführen. Als Metapher könnte man sich einen Hausbau vorstellen, an dem mehrere unterschiedliche Gewerke mit verschiedenen Funktionen tätig sind, die aber wissen, was der andere tut, und sich abstimmen müssen, um dem Gesamtentwurf gerecht zu werden.

Dies gilt erst recht in der Behandlung von Patienten mit körperlichen Befunden als Krankheitsfolgen im Rahmen einer **Psychosomatose**. Patienten mit gering integrierter Persönlichkeitsorganisation, vorherrschender Spaltungsabwehr und verminderter oder fehlender Kapazität, sich ihrem psychischen Uni-

versum introspektiv zuzuwenden, nehmen sich auf der körperlichen Ebene mit Fremdheit (»Ich und mein Körper«), Widersprüchlichkeit und Bedrohlichkeit wahr.

In diesen Fällen ist das medizinische Vorgehen eingebettet in eine supportive psychotherapeutische Haltung. Diese beinhaltet eine Halt gebende, möglichst kontinuierliche Beziehung unter Wahrung der erforderlichen Distanz, um die Angst des Patienten vor Überwältigung und Ohnmacht nicht zu strapazieren. Die Besprechung der für den Patienten belastenden Situationen, Beratung und Anleitung stehen im Zentrum des psychotherapeutischen Teils der Behandlung. Am besten liegen die somatische und supportiv-psychotherapeutische Therapie in einer Hand. Eine davon losgelöste Psychotherapie ist kontraindiziert.

Als Manifestation der zugrunde liegenden verinnerlichten Beziehungserfahrung gibt es bei diesen Patienten in offener oder verdeckter Form häufig intensive Affekte wie wütende Enttäuschung, hilflose Resignation, empörte Gekränktheit, hoffnungslose Besorgtheit, vorwurfsvolle Klage oder schmerzliche Verzweiflung, Ohnmacht und Destruktivität (Rudolf 2004). Sich diesem Lebensgefühl und dem entsprechenden Beziehungsangebot der Patienten auszusetzen, Empathie aufzubringen, sich im Patienten womöglich wieder selbst zu begegnen, ist für Behandler eine emotionale Herausforderung. Um die Not zu sehen und in Beziehung zu treten, ist Einfühlung in den Patienten unabdingbar. Wenn wir »zu dicht dran« sind, bleiben wir allerdings verwickelt, sehen nur einen Ausschnitt. In der Gegenübertragung aufkommende mehr oder minder ausgeprägte Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit oder diffuser Angst können sich auch beim Arzt bei entsprechender Disposition körperlich niederschlagen. Um handlungsfähig zu sein, ist Abstand nötig. Der Abstand kann vom Behandler natürlich

auch eingesetzt werden, um sich vor emotionaler Überforderung zu schützen, oder als Gegenübertragungswiderstand, um nicht in die Rolle der versagenden bzw. traumatisierenden Objekte zu geraten. Die Gefahr besteht dann darin, dass dieser Abstand durch rationalisierendes oder intellektualisierendes Ausweichen in eine medicozentristische Fall-Konzeption oder in psychologische Theoriebildung ohne Beziehung (»der Patient und seine Krankheit«) agiert wird.

In derartigen Fällen benötigt also der Arzt für die Aufrechterhaltung seiner emotionalen Funktionsfähigkeit erst recht die Hilfe des Teams. Hier können dann auch die von den Behandlern erlebten Beziehungsepisoden mit den Patienten zusammengetragen und die eigenen Erlebnisqualitäten genutzt werden, um die Fragen zu beantworten, die für ein Verständnis des Patienten hilfreich sind:

- Welche Beziehung hat der Patient zu seinem Körper?
- Welche Beziehung inszeniert er mit seiner Umgebung?
- Welche Ich-Selbst-Zustände korrespondieren mit dem Körperzustand?
- Welche Beziehungserfahrungen (bedrohlich, quälend, beherrschend) schlagen sich darin nieder?

Das durch das Team zur Verfügung gestellte Holding und Containing, also die Verarbeitungsfunktion der Behandlergruppe, können zur primären Entlastung von solch schwer erträglichen emotionalen Zuständen beitragen und schrittweise deren bessere Integration befördern.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die patientenseitige Inanspruchnahme körperlicher Medizin in der stationären Psychosomatik vom **Grad der Somatisierung**, d.h. vom Ausmaß und der Qualität der überfordernden, mental nicht repräsentierten affektiven Erlebnisweisen des Patienten, abhängig

ist. Je stärker das Erleben ausschließlich körperlich (statt auch mental repräsentiert) konfiguriert ist, umso komplexer wird der Arzt emotional beansprucht. Er hat es dann zu tun mit dem Vorherrschen mehr oder minder archaischer Selbstzustände im Patienten, die implizit-prozedural im Gedächtnis abgelegt sind und die Beziehung prägen. Die oben beschriebene Trennung zwischen der Arzt- und der Psychotherapeutenrolle wird hier deutlich relativiert. Ein Beispiel für ein solches Vorgehen sind anorektische Patienten, die wegen Kachexie vorübergehend über eine nasogastrale Sonde ernährt werden müssen. Ein enges somatisches Monitoring erfolgt durch Arzt, der gleichzeitig mit dem Patienten supportiv-psychotherapeutisch spricht. Die »eigentliche« Psychotherapie darüber hinaus ist ausgesetzt.

Patienten mit mentalen Entwicklungsbeeinträchtigungen (Borderline, Traumafolge, Psychosomatose) leiden daran, dass starke negative Emotionen nicht reguliert, integriert und infolgedessen nicht aufgelöst werden können. Sie suchen und benötigen deshalb eine therapeutische Beziehung, welche die Emotionsregulation und Mentalisierung verbessert.

Die psychosomatische Behandlung verfolgt das Ziel, bislang unmentalisierte sowie unreflektierte Körperwahrnehmungen und Ausdrucksweisen in ein Beziehungserleben zu überführen (Küchenhoff 2003). Während bei Patienten mit einem höheren Strukturniveau dafür durchaus eine ausschließlich verbale Psychotherapie ausreichend sein kann, ist bei einem geringeren Strukturniveau ein zusätzlicher Weg in Form einer körperbezogenen Behandlung erforderlich (Mertens 2009).

### 13.1.6 Nonverbale Therapieformen

Die in der stationären Therapie angewendeten nonverbalen oder auch erlebnisorientierten



Therapien (z. B. Kunsttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie) können dabei eine nicht durch Rationalisierung und Intellektualisierung behinderte Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst anstoßen. Ebenso wie direkt am und mit dem Körper vollzogene Behandlung kann auch Musiktherapie durch sinnlich-körperliche Erfahrung das Tor zu einem erweiterten emotionalen Selbstverständnis öffnen. Feldenkrais, Tanztherapie, Funktionelle Entspannung, Atemtherapie, Biofeedback-Therapie (Wittling 1980), Physiotherapie mit Krankengymnastik, Bewegungsbad, Fango und Massage sowie sportliche Betätigung (z. B. Nordic-Walking-Gruppe) sind weitere körperorientierte Behandlungsmethoden, die mit teilweise unterschiedlichen Wirkansätzen zum Ziel der stationären psychosomatischen Therapie beitragen sollen.

Diagnostisch und therapeutisch bedeutet dies, nicht nur die psychosozialen Beziehungen des Patienten zu seiner Außenwelt, sondern auch die zu sich selbst einschließlich des Körpererlebens zum Gegenstand der Betrachtung zu machen. Die Beziehung zwischen Behandler und Patient wird dabei zur Schnittstelle, zum Angelpunkt, zum unmittelbar evidenten, d. h. offensichtlichen Geschehen. Es versteht sich inzwischen von selbst, dass die Wahrnehmungen dieser Körpertherapeuten im Behandlungsteam durch den Austausch über ihr Beziehungserleben mit den Patienten weiterverarbeitet werden.

Die Behandlung zielt also ab auf eine psycho-somatische Weiterentwicklung des Patienten unter Berücksichtigung seiner persönlichkeitsstrukturellen Grenzen und Möglichkeiten. Der Behandlungsansatz bezieht damit den Körper ein, bleibt aber ein psychologischer. Körperpsychotherapie bedeutet: Behandlung des Körpers mit psychologischen Mitteln. Dieses nicht leicht verstehbare Paradoxon kann einen Ausweg aus dem Dilemma des Dualismus zwischen seelischen und kör-

perlichen Krankheiten und ihrer seelischen oder körperlichen Behandlung bewirken. Dieser Weg bezeichnet auch etwas anderes als eine Ursachenzuschreibung, die entweder körperlich oder seelisch konstruiert ist. Auf diese Weise können Psychisches und Körperliches integriert werden.

Die Veränderung des Körperselbst erfolgt in einem sehr langsamen Prozess und ist allein sprachlich nicht erreichbar, sondern benötigt eine erlebnisnahe Erfahrung sowohl von Containing als auch Getrenntheit, von Konturierung und Nähe-Distanz-Regulation.

Ziele sind die Verminderung der Angst vor Vereinnahmung und Verwechslung sowie der Anstoß zur Entwicklung von Objektbeziehungsrepräsentanzen in Abgrenzung zum Selbst (Selbst-Objekt-Differenzierung) (Storck et al. 2016).

### 13.1.7 Pflegepersonal

Eine zentrale Rolle, auch im Hinblick auf körperliche Symptome, spielt das Pflegepersonal. Patienten wenden sich in der Regel zuallererst an dieses, wenn sie an körperlichen Beschwerden leiden. Die Pflegepersonen sind dabei diejenigen, welche die Beschwerden aufnehmen, ggf. die Vermittlung zum Arzt herstellen und therapeutische Maßnahmen teilweise selbst durchführen. Diese reichen von Hilfestellungen bei körperlichen Einschränkungen über die Gabe von z. B. Schlaftee und Medikamenten bis hin zu Verbandswechseln. Entscheidend ist der Kontakt, der neben den geplanten Zeiten innerhalb der Bezugspflege (d. h. Zuordnung einer bestimmten Pflegeperson zu einem bestimmten Patienten) im Prinzip immer möglich ist. Abhängig von der Bedürfnislage des jeweiligen Patienten wird diese Möglichkeit genutzt und auf der Basis seiner Übertragungsdisposition inszeniert er unbewusst seine verinnerlichte Beziehungsstruktur. Nicht zuletzt wegen der Nähe und

Verfügbarkeit (oder auch der subjektiv vermissten Verfügbarkeit) kommt es gerade beim Pflegepersonal zu einem mehr oder minder intensiven Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen, welches für die therapeutische Arbeit unabdingbar im Behandlungsteam besprochen wird.

### 13.1.8 Psychotherapeutischer Prozess

Um die Therapie nicht ziellos durchzuführen, sind Befunderhebung und psychodynamische Hypothesenbildung erforderlich, damit eine Fokussierung auf ein zentrales Konfliktthema erfolgen und ein Behandlungspfad beschritten werden kann. Diese Aufgabe steht zwar am Anfang der Behandlung, ist gleichzeitig aber auch ein fortlaufender Prozess, der in jeder therapeutischen Einheit und deren Nachbearbeitung ergänzt und modifiziert wird. Jede Therapiestunde beinhaltet daher gleichzeitig Diagnostik und Behandlung; Letzteres, weil die emergenten Erlebnisse im Miteinander und die daraus abgeleiteten Erkenntnisse zu einem Zuwachs an Bewusstheit führen, die mit einer emotional korrigierenden Beziehungserfahrung einhergeht. Zur Illustration wird ein Behandlungsausschnitt der Patientin A (► Kap. 6.1.1, Fallbeispiel) skizziert.

#### Fallbeispiel Patientin A

Die 18-jährige Patientin berichtet über sich selbst, dass sie sich »immer schon einen Kopf über alles« mache, alles reflektiere; es sei wie ein Zwang. Sie denke im Voraus, sei voller Besorgnis, könne sich nicht entspannen, auch das sei immer schon so. Als Kind habe sie eine Zeit lang gedacht, die Eltern könnten sterben. Sie habe ihr Leben eigentlich gern, sei sportlich und aktiv. Seit Auftreten der jetzigen Symptomatik habe sie zu nichts mehr Lust, alles erscheine sinnlos. Vorher habe sie ein Lehramts-

studium geplant, jetzt sei ihr alles egal. Sie fühle sich orientierungslos, sei derzeit kein zielgerichteter Mensch, wie sie sich sonst kenne. Der aufnehmende ärztliche Psychotherapeut erhebt folgenden Befund: Die Stimmungslage ist deutlich ängstlich-angespannt und vermittelt den Eindruck von Hilf- und Ratlosigkeit. Andererseits präsentiert sich die Patientin offen-unbefangen und erscheint dabei für ihr Alter auffallend sicher-souverän und unabhängig. Thematisch besteht eine Einengung auf die als bedrohlich erlebte körperliche Symptomatik. Die Kausal-Attribution ist gänzlich somatisch orientiert. Phänomenologisch, im Vordergrund histrionisch akzentuierte Persönlichkeit mit pragmatisch-tatkräftigem Habitus. Wünsche nach Schutz, Anlehnung und Halt bleiben hinter dem forciert autonomen Auftreten verborgen und werden nur in der ungeduldigen Forderung nach Abhilfe spürbar. Insgesamt Autonomie-(Autarkie-)/Abhängigkeitskonflikt. Strukturell mäßiggradige Integration mit basalen Beziehungsstörungenanteilen.

Zu Beginn des stationären Aufenthaltes wurden unter konsiliarischem Einbezug der neurologischen Abteilung im Haus zur Vergewisserung einige Untersuchungen wiederholt und ergänzt. Ein die Beschwerden erklärender somatischer Befund konnte dabei wiederum ausgeschlossen werden.

Thematisch und affektiv im Vordergrund standen zunächst die Auswirkungen der Symptomatik. So beschäftigte sich die Patientin sehr beunruhigt mit der Frage, was wäre, wenn die Beschwerden so blieben, und zeigte sich gereizt über die dadurch bedingte Einschränkung, die so störend in ihre Lebensart und das bisherige Lebensgefühl eingreifen würde. Sie war unzufrieden mit sich, weil sie sich anhedon, orientierungslos und Halt suchend depressiv fühlte – ein Erleben, das sie mit ihrem Selbstverständnis nicht in Übereinstimmung bringen konnte. Hier wünschte sie sich zur Abhilfe eine Versorgung mit Tipps und Tricks und zeigte sich enttäuscht, dass dieser Wunsch nicht erfüllbar war.

Angesichts dieser im Vordergrund stehenden Gefühlsmischung konnte Frau A. erst nach und nach und sehr kleinschrittig beginnen, den

Blick weg von der Symptomatik und hin auf ihr Leben bzw. Innenleben zu lenken. Zur Sprache kamen in diesem Zusammenhang einige Hintergründe ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung und die heutigen für die Patientin z. T. erheblich konflikthaften und widersprüchlichen Gefühle bezüglich ihrer Eltern.

Zunehmend entstand der Eindruck, dass Frau A. eine forciert pseudoautonome Entwicklung genommen hat, die wegen der zugrunde liegenden basalen Defizite an Kontinuität, Halt und Sicherheit aber nur begrenzt tragfähig ist. Als letztllicher Auslöser für die jetzige Dekompensation dieser Bewältigungsmodalität wurde ein Erleben von einbrechendem Halt- und Sicherheitsmangel im Ausland angenommen, welches durch die aufgetretenen körperlichen Störungen (Ohrenentzündung, Gastritis, Blasenentzündungen) begünstigt worden war. Die verstehende und zugewandte Beziehungserfahrung ermöglichte der Patientin eine wachsende Introspektion und ein besseres Selbstverständnis für ihre Gefühlswelt, was wiederum bedeutet, ihr Leben wieder in die Hand zu bekommen und die erlebte katastrophale Ohnmacht mit Angst vor dem Fall zu vermindern. Während Frau A. am Abend des Aufnahmetages noch einen heftigen Angstzustand mit dem Gefühl, eine Körperhälfte nicht bewegen zu können, erlitt und gemäß ihrer hypochondrischen Tendenz zunächst überzeugt war, dass es sich um einen organisch bedingten Zustand handelt (sich aber doch durch die ärztliche Autorität beruhigen ließ), war im Verlauf die anfängliche ausgeprägte Angstsymptomatik deutlich rückläufig. Es kam nur noch gelegentlich und immer weniger zu kurz aufflammenden Angstgefühlen bzw. Angstäquivalenten. Insgesamt zeigte sich also eine deutliche Zustandsbesserung mit Nachlassen des Schwindels. Gleichzeitig wuchs die Angst vor der Entlassung, die jedoch mithilfe des Therapeutenteams und durch Bearbeitung der Abschiedssituation gelindert werden konnte.

Symptomatisch stabilisiert wurde die Patientin entlassen. Sie wollte den Schulbesuch wieder aufnehmen, um auf das bevorstehende Abitur zuzusteuern.

Wegen der zugrunde liegenden seelischen Konfliktkonstellation war eine ambulante psychoanalytisch orientierte – derzeit wohl am ehesten tiefenpsychologisch fundierte – Weiterbehandlung sinnvoll, wofür die Patientin nun auch Interesse zeigte.

In diesem Beispiel wird deutlich, dass sich die zunächst rein körperbezogene Angst der Patientin zu einer mehr beziehungsorientierten Angst verschoben hat, die mit ins Leere laufenden Abhängigkeitsbedürfnissen, Haltlosigkeit und Verlorensein zu tun hat. Diese subjektive Annäherung an die psychische Dimension des Leidens erfolgte, ohne dass therapeutischerseits versucht wurde, der Patientin nachzuweisen, dass ihre Probleme »psychisch bedingt« seien, sondern durch eine Halt gebende, an ihr interessierte Beziehung, die es ihr ermöglichte, über ihre Lebenserfahrungen und Befindlichkeiten sprechen zu können. Die Nicht-Infragestellung der Somatisierung könnte mit einem Vorgang verglichen werden, bei dem unter einem verbleibenden Pflaster die Wunde darunter nach und nach heilen kann.

## 13.2 Der Körperarzt im kognitiv-behavioralen Behandlungssetting

Götz Berberich

### 13.2.1 Der Arzt im Team

Im kognitiv-behavioralen Verfahrensschwerpunkt weisen Funktion und praktische Tätigkeit des Arztes in der stationären Psychotherapie und Psychosomatik eine starke Überschneidung mit jener im tiefenpsychologischen Verfahren auf – wenn auch häufig mit unterschiedlicher Fachterminologie. Auch in der Verhaltenstherapie bietet ein multiprofessionelles Behandlungsteam ein multimodales Therapiekonzept an. Es bietet Beziehungs-

stabilität im Sinne einer haltenden Funktion, vermittelt dem Patienten Sicherheit, wobei gerade der Patient mit körperlicher Symptomatik diese Sicherheit primär in der Anwesenheit von Ärzten, Pflegepersonal und Notfallausrüstung vermutet. Aus therapeutischer Sicht steht aber die jederzeit verfügbare Kontaktmöglichkeit mit einem empathischen, in der Regel Verständnis signalisierenden Team im Vordergrund.

Zu Beginn der Behandlung hat gerade die Anwesenheit des Arztes durchaus suggestive Wirkung. Mancher Patient, der vor der stationären Aufnahme selbst seinen Sonntagsspaziergang an der Nähe eines Krankenhauses orientierte, fühlt sich nach Aufnahme in eine psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Klinik sicher und zeigt ein deutlich geringeres Angstniveau. Dies impliziert jedoch, dass von Beginn an der Kontakt zum Personal, insbesondere zum Arzt, auch gestaltet werden muss, um therapeutisch fruchtbar zu wirken.

Entscheidend ist dabei die regelmäßige Abstimmung des gesamten Teams, um dem Patienten nicht sich widersprechende Botschaften zu geben. Wenn etwa ein nicht in der Psychotherapie vorgebildeter Arzt, wie in unserer »Sicherheitsmedizin« üblich, zahlreiche medizinisch-somatische Untersuchungen anordnet, um sich abzusichern, wird er eine somatoforme Symptomatik iatrogen verstärken. Der Patient meint, daraus erkennen zu können, dass sich der Arzt in seiner Einschätzung der Erkrankung nicht sicher ist und ein möglicherweise ernsthaftes organisches Leiden vermutet. Wenn sich gleichzeitig das therapeutische Team (Psychotherapeuten, Pflege, Spezialtherapeuten) auf lebensgeschichtliche oder emotionale Auslöser der Symptomatik konzentriert, fühlt sich der Patient »in die psychische Ecke geschoben« und nicht ernst genommen. Ärger, vor allem auf die psychotherapeutische Vorgehensweise

und deren Träger, Hilflosigkeit und Verwirrung sind die Folge. Daher muss sich das Gesamtteam regelmäßig abstimmen, sich als Team kohärent verhalten, wenngleich mit verteilten Rollen. Der Arzt sollte, wenn er nicht ohnehin selbst Psychotherapeut ist, über ein profundes Wissen über psychische Erkrankungen und psychotherapeutisches Vorgehen verfügen und sich in die gemeinsame Arbeit des multiprofessionellen Teams einbringen – ein Rollenverständnis, das in der somatischen Medizin nicht durchgängig eingeübt wird. Das Team reflektiert Beziehungsbotschaften des Patienten, die sich in Kontaktsuche oder Symptompräsentation darstellen, auf zugrunde liegende Bedürfnisse und Motivationen hin, welche wiederum oft auf unterschiedliche Personen verteilt werden. Es ist das Gesamtteam, das hier die Integrationsleistung für den Patienten vollbringen muss. Der Vorteil einer stationären, vom Team getragenen Therapie ist zweifellos, dass diese integrierende Leistung nicht nur in wöchentlich stattfindenden Teamsitzungen, sondern in Kurzkontakten an jedem Tag vollbracht werden kann.

Die Sicherheit gewährende, anfangs suggestive Wirkung des Arztes darf nicht zu einer Fehlverstärkung der körperlichen Symptomatik des Patienten führen. Kurzfristige Sicherheitssignale des Arztes durch beruhigendes Gespräch, Versicherungen, wiederholte Untersuchungen oder die Gewährung einer Bedarfsmedikation führen in der Regel zum Nachlassen von Beunruhigung und Angst des Patienten bei körperlichen Symptomen. Im Sinne der Verstärkung, zusammen mit befriedigten Kontaktwünschen des Patienten, steigert dies aber die Auftretenswahrscheinlichkeit der vom Patienten initiierten Arztkontakte. Bleiben diese aus, steigen die Beunruhigung und Angst über die Maßen an. Es folgt ein iatrogen ausgelöster Teufelskreis der Angst, der subjektiv vom Patienten nur durch

jederzeit verfügbaren Arztkontakt in Schach gehalten werden kann.

Die Verhaltenstherapie hat von Anfang an ein medizinisches Modell abgelehnt, in dem der Patient die Verantwortung für seine Krankheit und Heilung an den Arzt abgibt. Ziel war vielmehr, den Aufbau von Kompetenz und Selbstmanagementfähigkeit um die eigene Symptomatik steuern oder mindestens durch ein gelungenes Coping bewältigen zu können.

Um den Arztkontakt in der stationären Psychotherapie und Psychosomatik vor diesem Hintergrund zu strukturieren, entwickelten sich bereits in den ersten verhaltenstherapeutischen Kliniken Modelle, die sich klar von der damals – und auch heute noch – üblichen medizinischen Versorgung in Krankenhäusern einschließlich der Psychiatrie unterschieden. Statt eines Stationszimmers mit stets verfügbaren Krankenpflegern und dem abrufbaren persönlichen Arzt, die direkt dazu einladen, sich ein rasches medizinisches Gespräch oder eine Tablette »abzuholen«, wird die medizinische Versorgung eines Krankenhauses in einer Medizinischen Zentrale konzentriert. Dieses etwas mehr formalisierte Angebot mit einer höheren räumlichen, aber auch persönlichen Distanz lädt zum Innehalten, zum Nachdenken über die Sinnhaftigkeit eines Arztkontaktes ein. Therapeutisch wird dies unterstützt durch ein Selbstbeobachtungstraining hinsichtlich der körperlichen Symptomatik, eine wiederholte Reflexion bezüglich der Auslöser einer Symptomatik (zuerst mit dem Arzt und Therapeuten, später in Eigenregie), eventuell auch durch die Vereinbarung, dass einem ärztlichen stets ein therapeutischer Kontakt vorausgehen soll.

Ziel ist ein Lernprozess, durch den der Patient zunehmend den Zusammenhang zwischen einem Symptom und der auslösenden Situation, Emotion oder interaktionellen Problemen versteht, durch den er sich besser ken-

nen- und seine Körperreaktionen akzeptieren lernt. Damit nimmt auch das Gefälle zwischen dem spezialisierten Arzt und dem Hilfe erwartenden Patienten ab. Ziel ist nicht eine hochspezialisierte, für den Patienten unverständliche, »wundersame« Hilfe des Arztes, sondern ein gemeinsames Verständnis der Symptomatik, Transparenz und ein kooperativer Arbeitsstil. Der Arzt behandelt den Patienten nicht, sondern begleitet ihn – wie das gesamte Behandlungsteam – als Fachmann mit dem Ziel des Selbstmanagements.

### 13.2.2 Gestaltung des Arztkontakts

In der stationären Therapie finden sich verschiedene Arbeitsfelder für den Arzt: als ärztlicher Psychotherapeut mit rein psychotherapeutischer Funktion, als reiner Körperarzt neben einem Psychologischen Psychotherapeuten und als sowohl somatisch als auch psychotherapeutisch tätiger Arzt.

Aus Patientensicht bedeutet dies, dass er von einem Arzt sowohl psychotherapeutisch als auch somatisch-medizinisch betreut wird oder sich diese beiden Funktionen auf zwei Personen, in der Regel Arzt und Psychologe, aufteilen.

Für beide Modelle gibt es gute Gründe. Eine getrennte Funktion bietet sich dann an, wenn der Patient einerseits einen hohen medizinischen Informations- und Behandlungsbedarf hat und somit die Gefahr bestünde, dass für den psychotherapeutischen Bereich kein ausreichender Raum zur Verfügung steht, andererseits, wenn der Patient psychische Prozesse klar von seinem medizinischen Bedarf trennen kann. Dies führt zwar gelegentlich zu unterschiedlich konflikthafter Rollenzuteilung, etwa wenn der Arzt mit der Krankheit oder der Notwendigkeit problematischer Untersuchungen identifiziert und zumindest unbewusst abgelehnt wird, während der »Seelenarzt« als empathisch zugewandte,

zugleich »ungefährliche« Bezugsperson gesehen wird. Dies kann vorübergehend nicht nur die Psychotherapie absichern und erleichtern, sondern langfristig auch zur Bearbeitung der Krankheitsakzeptanz und des Copings genutzt werden.

Auch wenn der Patient selbst Arzt ist, bietet sich eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Psychologen an, um eine eventuelle Konkurrenzsituation zum ärztlichen Psychotherapeuten zu vermeiden.

Bringt der Patient aber somatisierte Emotionen und Beziehungserfahrungen in die Arztkontakte über die Maßen ein, kann damit einerseits eine strukturierte medizinische Behandlung boykottiert werden, andererseits enthält er damit konflikthafte Bereiche dem Psychotherapeuten vor und lässt die Psychotherapie als »konfliktfreie Zone« ins Leere laufen. In diesen Fällen bietet sich eine Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten an, der sowohl die somatisch-medizinische als auch psychotherapeutische Behandlung übernimmt, um in einem integrierten psychosomatischen Vorgehen die Verflechtung interaktioneller Konflikte und auslösender Emotionen mit der Symptomatik zu verdeutlichen.

Verfügt der Patient noch über zu wenige Selbstmanagementfähigkeiten, um bedarfsgesteuerte Arztkontakte in einem verträglichen Rahmen zu halten, ist eine äußere Strukturierung der Arzttermine oft unumgänglich. Der Arzt sollte mit dem Patienten dann keine bedarfsgesteuerten Termine, kontingent zur Symptomatik, vereinbaren, sondern zeitgesteuerte Regimes, etwa einen Kontakt jeden Morgen oder dreimal in der Woche. Durch häufige Termine erübrigt oder reduziert sich die Kontaktsuche des Patienten, die Präsentation eines Symptoms nimmt ab. Gelingt es im Verlauf der Behandlung, den Zusammenhang zu auslösenden Situationen oder Emotionen herzustellen, sollten ärztliche oder therapeu-

tische Kontakte zur Besprechung etwa interaktioneller Probleme verstärkt werden und nicht Kontakte aufgrund von körperlichen Symptomen (Letzteres wäre die beschriebene Fehlverstärkung).

### 13.2.3 Aufgaben des Arztes

Nach Sichtung der Vorbefunde führt der Arzt am Aufnahmetag ein Anamnesegespräch und eine vollständige körperliche Untersuchung durch. Für den Patienten ist dies oft der erste medizinisch-therapeutische Termin in der Klinik und mit höchster Bedeutung besetzt. Den Patienten in seinen körperlichen Beschwerden und Erkrankungen ernst zu nehmen ist nicht nur selbstverständlich, sondern auch hinsichtlich der fachgerechten Beurteilung therapiebegleitender oder differenzialdiagnostisch zu berücksichtigender somatischer Erkrankungen von eminenter Bedeutung. Eine primär somatische Erkrankung (abgesehen von den psychischen Einflüssen auf praktisch jede, auch somatische Erkrankung) zu übersehen oder nicht ausreichend zu berücksichtigen, wäre potenziell nicht nur höchst gefährlich, sondern gleichzeitig auch das Ende der Psychotherapie. Die therapeutische Beziehung fußt auf Vertrauen und dazu gehört natürlich auch eine fachgerechte somatische Betreuung.

Zugleich ist aber gerade dieser Zwischenbereich mit somatischen (z. B. internistischen) und psychischen (z. B. psychiatrischen) Erkrankungen an den Polen eine äußerst herausfordernde Aufgabe. Die qualifizierte psychosomatische Tätigkeit erfordert somatische Expertise, die jedoch eingebettet ist in ein psychosoziales Konzept und Kompetenzen in der Beziehungsmedizin. Parallel zur somatischen Anamnese und Untersuchung müssen die Psychopathologie beurteilt und die häufig zu beobachtenden Interaktionskonflikte berücksichtigt werden.



Im weiteren Verlauf fällt dem Arzt die Rolle der Aufklärung über somatische, psychische und psychosomatische Erkrankungen, über Psychopharmakotherapie und Prognose zu. Der Patient soll die Möglichkeit bekommen, im Rahmen der Psychoedukation zum »Spezialisten seiner Störung« zu werden. In sich wiederholenden Analysen des Krankheitsverlaufs, begleitet von medizinischen Erklärungen, hilft der Arzt dem Patienten, die körperlichen Symptome zu verstehen, als Emotionsäquivalente zu deuten und schließlich auch einen Angst getriggerten Kontaktbedarf von wirklichen somatischen Notfällen zu unterscheiden. Ein differenzierter Umgang mit eigenen Körperempfindungen schließt auch ein problemlösendes Denken im Verhältnis zum eigenen Körper ein. Körperempfindungen als individuelle Wahrnehmung zu verstehen, hinter der eine bestimmte, gelegentlich auch psychische Kausalität zu entdecken ist, bedeutet die Mentalisierung hinsichtlich der eigenen Körpervorgänge zu üben.

Dabei ist ein wesentliches Ziel die Förderung der Compliance, etwa hinsichtlich der Wahrnehmung von Kontrolluntersuchungen oder der Einnahme von Medikamenten. Dies ist häufig eine Gratwanderung, bei welcher der Patient vor einer Übermedikalisierung bewahrt werden muss und befähigt werden soll, eine selbstverantwortliche Entscheidung für die weitere, auch medikamentöse Therapie zu treffen. Das Ziel der Aufklärung besteht also nicht zuletzt darin, eine autonome Entscheidung des Patienten zu ermöglichen, die wiederum als Voraussetzung für die langfristige Compliance zu sehen ist.

Durch seine diagnostischen Erkenntnisse und therapeutischen Erfahrungen mit dem Patienten trägt der Arzt zur Analyse der krankheitsauslösenden und -aufrechterhaltenden Bedingungen bei. Ausgehend von der Bedingungsanalyse wird im Team ein Thera-

pieplan entworfen und mit dem Patienten besprochen. Dabei fällt dem Arzt wiederum die Aufgabe zu, die Indikation der überwiegend somatischen Therapiemaßnahmen zu vertreten. Neben Behandlungskonzepten, in denen alle Patienten, etwa einer Station, das ganze Therapieprogramm gemeinsam bestreiten und wodurch das Beziehungserleben noch intensiviert werden dürfte, stehen bei anderen Konzepten die Individualisierung der Therapiemaßnahmen, je nach den Bedingungsfaktoren, im Vordergrund. Bei Letzteren kann durch spezifische Maßnahmen passgenauer auf die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten und die krankheitsbedingten Notwendigkeiten eingegangen werden.

Zu den somatisch orientierten Therapiemaßnahmen gehören neben der Verordnung von Medikamenten auch die Physiotherapie, physikalische Maßnahmen und die Sporttherapie. Bei zahlreichen psychosomatischen Erkrankungen und somatischen Symptombildungen sind solche Therapiemaßnahmen unumgänglich, beinhalten aber aus psychotherapeutischer Sicht die Gefahr einer überwiegend passiven Therapieerwartung und einer deutlichen Regressionsförderung. Der Wunsch nach und die Konflikte um die Verordnung einer »wohltuenden Massage« sind in psychosomatischen Kliniken geradezu legendär. Die Rückbindung des Arztes in das Behandlungsteam und die gemeinsame Reflexion des Therapieverlaufs bewahren den Arzt davor, als versagender Sadist oder verwöhnender Heilsbringer wahrgenommen zu werden, und helfen dem Patienten, die körperliche Sphäre in den Gesamtzusammenhang des psychotherapeutischen Prozesses zu integrieren.

## Literatur

- Janssen PJ. Psychoanalytische Therapie in der Klinik. 2. Aufl. Gießen: Psychosozial-Verlag 2014.
- Küchenhoff J. Körperbild und psychische Struktur – zur Erfassung des Körpererlebens in der psychodynamischen Struktur. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49: 175–94.
- Mertens W. Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen. Schlüsselbegriffe für Studium, Weiterbildung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 142.
- Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer 2004.
- Storck T, Benecke C, Gast L, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (Hrsg). Psychoanalyse und Psychosomatik: Die leiblichen Grundlagen der Psychosomatik. Psychoanalyse im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Wittling W (Hrsg). Biofeedback-Therapie. In: Handbuch der klinischen Psychologie. Band 2. Hamburg: Hoffmann & Campe 1980; 197–245.

# 14    **Bewegen und Wahrnehmen – Körperorientierte Therapien**

Michael Hölzer und Norbert Heck

## **Zusammenfassung**

Ziel dieses recht umfangreichen Kapitels ist es, dem Leser einen Überblick über die große und heterogene Gruppe der körperorientierten Therapien zu verschaffen, zu denen wir in diesem Zusammenhang sowohl die Entspannungsverfahren als auch sportliche Aktivitäten zählen. Nicht nur sollen anhand von Fallbeispielen mit der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) und der Integrativen Bewegungstherapie (IBT) zwei wesentliche Ansätze besonders erwähnt werden, sondern es wird vor allem auf Gemeinsamkeiten dieser Therapieverfahren eingegangen. Beispiele diesbezüglich sind das »Spüren« des Körpers wie auch das Prinzip der »Achtsamkeit«. Grundlegende theoretische Konzepte wie das Körperschema, das Körperbild oder das Körperselbst werden erläutert. Auch die eher meditativ ausgerichteten Bewegungstherapien Qi-gong, Tai-Chi oder Yoga werden neben den klassischen Entspannungsverfahren, z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation und Bio-feedback, dargestellt.

## **14.1 Vorbemerkungen**

Körperliche Symptome und Beschwerden, die im subjektiven Erleben unserer Patienten zunächst »nichts mit Psyche« zu tun haben, finden sich in der stationären Psychotherapie ausgesprochen häufig. Es sind »beileibe« nicht nur Somatisierungsstörungen oder somatoforme (Schmerz-)Störungen, die dabei als Ursache infrage kommen und an denen Patienten leiden. Manchmal stellt der Körper selbst den Ursprung dar, wie bei den somatopsychischen Störungsbildern, oder er wird in seiner

Funktionalität mehr oder weniger schwer beeinträchtigt, wenn z. B. bei einer Angststörung vegetative Angstäquivalente wie Schwindel, Herzrasen oder Atemnot die Patienten zusätzlich verunsichern. Auch depressive Entwicklungen können durch vegetative Begleiterscheinungen erheblich verkompliziert werden. In anderen Fällen dient der Körper als Projektionsfläche eines verunsicherten Selbstgefühls (wie z. B. bei der Hypochondrie oder der Dymorphophobie) bzw. als Mittel des symbolischen Ausdrucks innerer ungelöster Konflikte (Konversion bzw. dissoziative Störungen). Auch zunächst harmlose Formen der Instrumentalisierung des eigenen Körpers, z. B. zur Erhöhung des subjektiv empfundenen Selbstwertes durch Schminken, Tätowierungen oder forciertes sportliches Training, können sich durchaus zu bedrohlichen Störungen auswachsen: wenn z. B. eine Schlankheitskur in einer Magersucht endet, aus harmlosem Kratzen ernsthafte Formen der Selbstverletzung entstehen oder aus gesundem Krafttraining ein suchtartiger Körperkult – die sprichwörtliche »Muskelsucht« junger Erwachsener, vorwiegend männlichen Geschlechts.

Der prominenten Klage, dass die Behandlung eines »Körpers ohne Seele« genauso wenig bewirke wie die Therapie einer »Seele ohne Körper« (von Uexküll 1961, 1985), und die damit verbundene »Renaissance des Körpers« (Brähler 1995, S. 4) folgte im Bereich der stationären Psychotherapie die Implementierung von verschiedensten Therapieverfahren,

deren gemeinsamer Nenner vor allem darin bestand (und besteht), Seelisches vom Körper ausgehend zu beeinflussen bzw. zu reflektieren, ohne damit notwendigerweise dualistischen Vorstellungen von Leib und Seele Vor-schub leisten zu wollen. Im Gegenteil: Eines der wesentlichen Kennzeichen der im Folgenden als »Körper- und Bewegungstherapien« zusammengefassten Verfahren ist sicher deren »ganzheitlicher« Ansatz.

Unabhängig davon, ob es sich um eher konzentrativ-wahrnehmungsorientierte Ansätze des »Spürens« handelt, wie bei den meditativ ausgerichteten Entspannungstechniken, oder um primär sportliche Aktivitäten entweder im Kraft- oder im Ausdauerbereich (► Kap. 18): Körper- bzw. Bewegungstherapien haben sich längst sehr erfolgreich in der stationären Psychotherapie durchgesetzt und die Ziele dieser wachsenden Gruppe von Therapien reichen weit über die Verbesserung eines allgemeinen Körpergefühls oder der individuellen Fitness hinaus. Auch wenn unserer Meinung nach eine verbesserte Fitness an sich schon ein durchaus lohnendes Ziel darstellen würde angesichts einer weitverbreiteten Bewegungsarmut im technisierten Alltag des Durchschnittsmenschen, wird diese von den verschiedenen Vertretern der körper- und bewegungstherapeutischen Verfahren häufig eher als »Beifang« zugunsten des »höherwertigen« Zieles einer vertieften Selbsterfahrung und anderer positiver Rückwirkungen auf den »ganzen Menschen« gehandelt – und damit eben auch auf psychische Prozesse und Strukturen.

Die Vielzahl der heute existierenden Verfahren und Methoden wirft andererseits nicht nur Fragen bezüglich ihrer jeweiligen Wirksamkeit auf, sondern auch hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede:

- Gibt es Verfahren der Körper- und Bewegungstherapie, die empirisch anderen so weit überlegen sind, dass sie in der Kon-

zeption einer stationär-psychotherapeutischen Behandlung bevorzugt angewandt werden müssten?

- Lassen sich zu vermutende Gemeinsamkeiten auf einen (oder mehrere) Nenner bringen?
- Werden Unterschiede auch theoretisch überzeugend begründet?

Um es vorwegzunehmen: Die empirische Psychotherapieforschung hat schon bei etablierten, d. h. durch die Krankenkassen anerkannten Verfahren der Verhaltenstherapie und den psychodynamischen Therapieformen Schwierigkeiten, Wirksamkeitsunterschiede festzustellen. Daher dürfte es auch für die Körper- und Bewegungstherapien schwierig werden, Unterschiede empirisch nachzuweisen oder z. B. den Einfluss von Therapeutenvariablen auf den Therapieerfolg von dem des angewandten Verfahrens zu trennen (Lambert 2013).

Eine bloße Aufzählung einzelner Verfahren scheint damit für den Zweck dieses Kapitels weniger lohnenswert zu sein als ein Versuch, anhand einiger ausgewählter (Fall-) Beispiele bestehende Gemeinsamkeiten zu benennen, um damit den Beitrag zu skizzieren, den Körper- und Bewegungstherapien allgemein zu einem multimodalen Vorgehen im Bereich stationärer Psychotherapie leisten. Zu den hier exemplarisch erwähnten Verfahren zählen neben der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) vor allem die Integrative Bewegungstherapie (IBT) sowie die achtsamkeitsbasierten Verfahren des Qigong, Tai-Chi und Yoga mit ihren Übergängen zur Meditation, von John Kabat-Zinn (2013) transformiert in die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-based Stress Reduction, MBSR) als eine explizit westliche Variante. Da die Ziele des Autogenen Trainings und der Progressiven Muskelrelaxation bzw. des Biofeedbacks keinesfalls deckungsgleich sind,

sollen sie in diesem Kapitel ebenfalls gesondert abgehandelt werden. Lediglich die Sporttherapie bzw. »Sportliche Aktivitäten«, ein Ausdruck, den wir bevorzugen, unterscheiden sich in Vorgehensweisen und Zielen u.E. doch erheblich von den vorgenannten Therapieverfahren. Da sie aber in ihren positiven Auswirkungen auf den »ganzen Menschen« ebenfalls nicht zu unterschätzen sind, sollen sie in einem getrennten Kapitel gesondert besprochen werden.

## 14.2 Quellen und Ursprünge

Die Vielzahl der heute existierenden Verfahren, Schulen und Methoden der Körper- und Bewegungstherapie bzw. der »körperorientierten Formen der Psychotherapie« haben mit Petzold (2009, S. 28) im Wesentlichen die folgenden sechs unterscheidbaren »Herkunftsrichtungen«:

- künstlerische Bewegungsansätze, wie z. B. die Tanztherapie
- Gymnastik und Bewegungspädagogik bzw. Leibeserziehung
- psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Körpertraditionen
- psychomotorische Ansätze aus den psychologischen und physiologischen Bewegungswissenschaften
- neuromotorische Ansätze aus der neurowissenschaftlichen Bewegungsforschung
- psychiatrische Bewegungstherapieansätze

Petzold ist sicher auch zuzustimmen, wenn er Körper- und Bewegungstherapien in der Mehrheit als »systematisches Praxishandeln« beschreibt, »oft ohne spezifischen Anschluss an die Grundlagenforschung« (Petzold 2009, S. 30), wie auch die empirische Psychotherapieforschung.

Wesentliche Entwicklungen dieses Praxishandelns werden im deutschsprachigen Raum

häufig mit den Vorarbeiten von Elsa Gindler, Heinrich Jacoby und nicht zuletzt auch Charlotte Selver (Brooks 1991; Klinkenberg 2007; Ludwig 2002) in Verbindung gebracht, die – zunächst unabhängig voneinander, später dann aber umso intensiver gemeinsam – an den Übergängen von der Leibesertüchtigung, z. B. durch Gymnastik, zu einer Körpertherapie des »Spürens« gearbeitet haben. Die Begriffe des »Spürens«, der »Wahrnehmung« des eigenen Körpers (bzw. der »sensory awareness«) finden sich dementsprechend auch in mehr oder weniger allen Formen heute gängiger Körper- und Bewegungstherapien. Der Fokus dieser Verfahren liegt also auf der Intero- bzw. Propriozeption.

Das Konzept der »Achtsamkeit«, ursprünglich der »achtsamen Wahrnehmung«, geht auf die »Sensory Awareness« von Charlotte Selver zurück (Brooks 1991) und ergänzt die Funktion des Spürens durch eine Haltung der inneren Aufmerksamkeit, mit der ein Mensch nicht nur sich in Verbindung mit seinem Körper »begegnet«, sondern potenziell allen seinen Eindrücken und Tätigkeiten im Alltag.

### Definition

#### Achtsamkeit

Achtsamkeit (awareness) betont das Erleben des eigenen Selbst im Hier und Jetzt. Nach Kabat-Zinn, der als Begründer der »Mindfulness-based Stress Reduction« (MBSR) und damit der achtsamkeitsbasierten Verfahren im engeren Sinne gelten darf, ist das Ziel von Achtsamkeit, in »jedem Moment präsent zu sein, ohne zu bewerten« (Kabat-Zinn 2013, S. 31), um sich auf diese Weise dem »gegenwärtigen Augenblick in wohlwollendem Gewahrsein« (Kabat-Zinn 2013, S. 26) zuzuwenden und einzutauchen in ein »tieferes Sein«. Achtsamkeit sei »die Bewußtheit, die sich durch gerichtete, nicht wertende Aufmerksamkeit im gegenwärtige Augenblick einstellt« (Kabat-Zinn 2013, S. 23). Gewahrsein dürfe

nach Kabat-Zinn dabei nicht mit Denken verwechselt werden, und »mindfulness« müsse deswegen durch »heartfulness« ergänzt werden, um Wesentliches nicht zu verfehlen. Die Säulen einer von Glaubenssystemen und Weltanschauungen unabhängigen achtsamen inneren Einstellung bzw. Haltung sind nach Kabat-Zinn (2013, S. 68):

- nicht urteilen
- Geduld
- den Geist des Anfängers bewahren
- Vertrauen
- nicht erzwingen
- Akzeptanz
- Loslassen

»Achtsam im Hier und Jetzt sein« hieße, nicht auf die Zukunft zu warten, nicht »für« den Moment, sondern »in« ihm zu leben. Achtsamkeit sei eine Übung im Nicht-Tun, gelte es doch, die Dinge so zu belassen, wie sie sind, ohne Einfluss auf sie zu nehmen. Achtsam sein bedeutet, vom Aktionsmodus in den Seinsmodus zu kommen, um so den Lebenspuls zu verlangsamen und sich des Augenblicks nicht nur bewusst zu werden, sondern auch bewusst »im« Augenblick zu sein.

Auf »achtsame« Weise sollen unfruchtbare Auseinandersetzungen mit (unbefriedigenden) Erfahrungen in der Vergangenheit, sorgenvolles Grübeln bezüglich der Zukunft, die Vereinnahmung durch dysfunktionales Überlegen und gedankliche Sackgassen anderer Art verhindert werden. Inspiriert ursprünglich durch fernöstliche Formen der Meditation sollte dieser Fokus auf dem »Hier und Jetzt« bei der Wahrnehmung von Körperfunktionen wie des Ein- und Ausströmens des eigenen Atems nicht mit Ablenkung verwechselt werden (Michalak et al. 2012), denn Ablenkung habe selten einen nachhaltigen Erfolg, weil angestrengtes Denken, Grübeln oder Planen emotional sehr vereinnahmend und einengend sein könnten. Bei der Achtsamkeit ginge es eher darum, den Modus der

Verarbeitung solcher Gedanken von einem Tun-Modus (»was muss ich machen, damit sich das ändert«) in einen Sein-Modus der Beobachtung bzw. des aufmerksamen Mitgefühls mit sich selbst zu verändern. Nicht nur die Inhalte der Gedanken, sondern auch deren körperliche Begleiterscheinungen sollen zugelassen und achtsam wahrgenommen werden. Diese »mit Macht« zu verändern, ein Versuch, sie »abzuschalten«, würde eher dem Tun-Modus entsprechen und damit am eigentlichen Ziel der Achtsamkeit vorbeigehen. Achtsamkeit sei, für einen gewissen Zeitraum in einem Modus »mitfühlender Akzeptanz« und »großer Offenheit [...] ganz in der Situation« zu sein (Michalak et al. 2012, S. 6), um sich »dem ständig ändernden Strom von Gedanken, Gefühlen und Empfindungen« aufmerksam zuzuwenden, unbeeinflusst durch die gewohnten »Filter unserer Überzeugungen, Annahmen, Wünsche und Erwartungen« (Michalak et al. 2012, S. 7).

Einerseits hat Achtsamkeit damit u.E. Ähnlichkeit mit der »absichtsvollen Absichtslosigkeit« des Analytikers bzw. der Freien Assoziation seiner Patienten. Andererseits unterscheidet sie sich davon erheblich, da das Wahrgenommene und Gespürte nicht zum Ausgangspunkt von Deutungen und damit hochdifferenzierten kognitiven Prozessen gemacht wird, sondern als »körpernahe Erfahrung« für sich selbst steht. Kognitive Aufschaukelungsprozesse des Nach-Denkens bzw. Grübelns, des Planens und des sich Erinnerns werden durch Achtsamkeit relativiert bzw. unterbrochen, um in einen »lebendigen Kontakt mit den unmittelbaren Erfahrungen des Hier und Jetzt« zu kommen (Michalak et al. 2012, S. 5).

Achtsamkeit bzw. achtsamkeitsbasierte und achtsamkeitsinformierte Verfahren stehen u. E. damit auf der Grenze zwischen Körpertherapie einerseits und Entspannungsverfahren andererseits. Sie können keiner dieser



beiden Gruppen eindeutig zugeordnet werden, da sich das leitende Prinzip der Achtsamkeit eben auf die Lenkung von Aufmerksamkeit bezieht und in diesem Sinne erhebliche Überschneidungen zum »Spüren« hat, das als zentral für die meisten Formen der Körpertherapie im engeren Sinne angesehen werden kann. Achtsamkeit sollte zudem als Haltung auch nicht ausschließlich auf »innere Prozesse« bezogen werden, sondern kann mit ihrem Fokus auf dem »Hier und Jetzt« bei praktisch allen Verrichtungen des Alltags Anwendung finden.

Nichtsdestoweniger kann Achtsamkeit aber auch als eine der Grundlagen verschiedener Entspannungsverfahren und -techniken gesehen werden. Explizit achtsamkeitsbasierte Methoden weisen in diesem Sinne auch einige Überschneidungen mit den eher meditativ orientierten Entspannungsverfahren auf, vor allem wenn es darum geht, mit einer nicht wertenden inneren Aufmerksamkeit alles wahrzunehmen, was sich an Innenleben (und äußerer Welt) wahrnehmen und erspüren lässt.

Am und mit dem Körper zu arbeiten hat im Kontext mit den anderen Methoden und Verfahren stationärer Psychotherapie somit den großen Vorteil der unmittelbaren Anschaulichkeit und der sinnlichen Unmittelbarkeit der infrage stehenden Phänomene, denn der Patient »ist« nicht nur sein Körper (und erlebt ihn subjektiv), sondern er »hat« diesen Körper auch (und erlebt ihn objektiv): Den eigenen Körper wie den der anderen kann ein Patient spüren, ertasten, manchmal auch hören oder riechen, immer aber sehen. Mit dem Körper kann er sich bewegen, im Zweifelsfall kann er ihn trainieren. Er kann am Körper berührt werden bzw. kann aber auch andere berühren – und jede dieser Handlungen und Funktionen trägt nicht nur zum Körper- und damit zum Selbstgefühl des Individuums bei, sie kann als Träger subjektivi-

ver, letztlich emotionaler Bedeutung auch zum Gegenstand der Reflexion und Selbsterfahrung bzw. Selbsterkenntnis werden. Da dieses vom Körper ausgehende Selbstgefühl eng mit den theoretischen Konzepten des Körperschemas, des Körperbildes bzw. des Körperselbst verknüpft ist, sollen diese Begriffe in der Folge kurz erläutert werden.

### 14.3 Theorie: Vom Körperschema über das Körperbild zum Körperselbst und dem Konzept des »Embodiment«

Im Hinblick auf die theoretischen Grundlagen der Körper- und Bewegungstherapien wird einerseits häufig vom »Körperschema« gesprochen, einer Begriffsbildung, die in die Anfänge des 20. Jahrhunderts zurückreicht (Hartmann & Schilder 1927; Head & Homes 1911; Pick 1915; Schilder 1923, 1938), später andererseits aber auch vom »Körperbild« und vom »Körperselbst« (Joraschky 1995; Lichtenberg 1978), vom »Körperkonzept«, von Körpererinnerungen bzw. schlussendlich auch vom »Gedächtnis des Körpers« (Bauer 2002). Der Vielfalt der Begrifflichkeiten scheinen keine Grenzen gesetzt. Der Frage jedoch, in welcher Hinsicht diese Begriffe tatsächlich auch Verschiedenes meinen, kann an dieser Stelle nur ansatzweise nachgegangen werden. Zu umfangreich ist die diesbezüglich relevante Literatur.

Der Begriff des **Körperschemas** wird mehrheitlich an der Grenze zwischen »Wahrnehmung« und »Vorstellung« angesiedelt. Manche Autoren wie Bielefeld (1986) oder Joraschky (1995) platzieren das Körperschema im Bereich der neuro-physiologischen Wahrnehmungsfunktionen und verstehen es als eine eher kognitiv-perzeptive Struktur. Ein funktionierendes Körperschema bildet danach die funktionale Grundlage von allen mögli-

chen körpernahen Alltagsvorgängen und -richtungen, denn das Ersteigen einer Leiter oder das Gehen durch einen Türrahmen bedarf z. B. der »kognitiven« Abschätzung von Größenverhältnissen und einer jeweils dabei einzunehmenden Haltung. Beim Körperschema geht es nach Meinung dieser Autoren also vor allem um ein implizites »Wissen« um den eigenen Körper, dessen Ausmaße und seine Funktionen.

Das **Körperbild** (oder »body image«) wird dagegen eher dem Bereich der emotional gefärbten »Vorstellungen« vom eigenen Körper zugerechnet. Es beinhaltet die affektiv gefärbten Erfahrungen, die Werte und Fantasien, die ein Individuum in Bezug auf seinen Körper empfindet oder entwickelt, und ist damit also mehr am Vorstellungs- und Empfindungspol lokalisiert: Stimmen meine Proportionen mit meinen Idealvorstellungen überein? Ist mein Körper attraktiv für andere? Bin ich mit meinem Körper zufrieden etc.? Folgt man Joraschky (1995), greift diese begriffliche Unterscheidung mehr oder weniger direkt die Doppelnatur des Körpers auf und damit den Sachverhalt, dass das »Körper-Haben« und das »Körper-Sein« im Erleben des Individuums eben nicht zusammenfallen (Joraschky 1995, S. 34). Auch Plassmann (2008) weist in ähnlichem Zusammenhang auf diese Doppelnatur des Körpers und die »subjektiven Wahrnehmungen aus der Körperoberfläche und dem Körperinneren« hin, die zugleich aber auch »Objektwahrnehmungen« sind, da »der eigene Körper mit den eigenen Sinnen wie ein äußeres Objekt wahrgenommen werden kann« (Plassmann 2008, S. 396; für eine detaillierte Darstellung dieser Diskussion ► auch Schmidt 2016).

Die Entwicklung eines stabilen Selbstgefühls ist jedenfalls nicht vom Körpergefühl und dessen Entwicklung zu trennen. Auf Freud (1923/1976, S. 253) geht die Hypothese zurück, dass das Ich »vor allem ein körper-

liches« sei, eine Vorstellung, die heute von den allermeisten Psychotherapeuten geteilt werden dürfte, auch wenn man Freuds Thesen der erogenen Zonen und seiner Einteilung in orale, anale und genitale Phasen nicht zustimmt. Vom Beginn der individuellen Existenz an entwickeln sich Körper- und Selbstgefühl parallel, denn mit den ersten Berührungen gehen nicht nur entsprechende Hormonausschüttungen einher (z. B. Oxytocin), sondern auch Erfahrungen des Angekommenseins und der liebevollen Zuwendung, oder eben auch nicht. Mit den eigenen Bewegungsmöglichkeiten werden autonome Spielräume entdeckt und Eindrücke im Hinblick auf die eigenen aggressiv-expansiven Fähigkeiten gesammelt, nicht zuletzt aber auch das Bedürfnis nach Exploration in Handlung umgesetzt. Spielerische Vergleiche in späteren Entwicklungsphasen (wer kann schneller laufen, wer ist der Stärkere?) kommen zu diesen frühen Erfahrungen hinzu, die dann in der Summe die Basis für das spätere Gefühl von Selbstwirksamkeit und Selbstwert bilden.

Als »**Körperselbst**« kann dann mit Lichtenberg (1978) die Summe aller Körperrepräsentanzen zusammengefasst werden, seien diese nun bewusst oder unbewusst. Als Teil eines integrierten Selbstgefühls entwickelt sich das Körperselbst nicht in beziehungs-freien Räumen, sondern im Gegenteil immer »in Beziehungen« (Plassmann 2008, S. 397). Im Unterschied zu einer »medizinisch-naturwissenschaftlichen« Herangehensweise, die im Geiste der »Aufklärung« den Körper auf seine »objektiven« Aspekte reduziert, wird bei den in Anlehnung an die Psychoanalyse entwickelten Verfahren der Körper- und Bewegungstherapie eher diese subjektiv gefühlte, wahrgenommene bzw. manchmal auch fantasierte Seite des Körpers in den Mittelpunkt gestellt.

Im Begriff des »**Embodiment**« (Koch 2011) hat diese Symbolfunktion des Körpers in den

letzten Jahren im Übrigen massive Unterstützung aus den Kognitionswissenschaften erfahren, wobei Verfechter dieser Form der »Inkarnation« des Denkens dem Körper weit mehr »geistige« Funktionen zugestehen, als lediglich emotionale Befindlichkeit mehr oder weniger symbolisch zum Ausdruck zu bringen. Autoren wie z.B. wie Gallagher (2005) sind überzeugt, dass Denken ohne Körper gar nicht möglich ist, und verweisen auf einschlägige Experimente, die dies zu bestätigen scheinen: Wäre der Körper in der Lage, bestimmte elektromagnetische Schwingungen wahrzunehmen (wie dies bei Vögeln der Fall ist), hätte der Mensch einen völlig anderen Orientierungssinn und wäre anders und mit größerer Sicherheit in der Lage, sich in der freien Natur zu orientieren. Die Vorstellung, dass Rückmeldungen aus dem Körper (sei es die Körperhaltung, der Gesichtsausdruck durch Innervation der mimischen Muskulatur und anderes mehr) Denken und Empfinden nicht nur beeinflussen, sondern überhaupt erst ermöglichen, ist dabei keine Neuschöpfung moderner Kognitionswissenschaftler, sondern schon länger Bestandteil psychosomatischer Theoriebildung (Merleau-Ponty 1966; Schonecke & Herrmann 1995; Tomkins & Izard 1965).

Ob nun diese theoretischen Erwägungen für die tägliche Arbeit eines Körper- und Bewegungstherapeuten von praktischer Relevanz sind, sei dahingestellt. Vorstellungen vom eigenen Körper und dessen Wahrnehmung halten sich ohnehin nicht an theoretische Konzepte. Körperschema, Körperbild, Körperselbst und -repräsentanzen dürften sich, wenn man sie schon begrifflich voneinander trennt, in hohem Maße überlappen bzw. im Sinne einer Wechselwirkung miteinander verschränkt sein. Für die praktische Arbeit im Alltag eines Körper- und Bewegungstherapeuten, der unabhängig von der konkreten Schulrichtung u.E. ohnehin im-

mer an der subjektiven Wahrnehmung bzw. den individuellen Vorstellungen eines Patienten von seinem Körper und dessen Funktionen ansetzt (bzw. an den daraus resultierenden mentalen »Körperrepräsentanzen«), scheint die folgende praktische Definition durchaus ausreichend:

### Definition

#### Körperbild

*»Unter ›Körperbild‹ können alle psychischen Anteile der Körperrepräsentanz verstanden werden. Typischerweise werden verschiedene Dimensionen des subjektiven Erlebens des eigenen Körpers hierunter gefasst, wie Wahrnehmung, Kognition, Affekt, aber auch Verhalten. Dazu gehören die Wahrnehmung des eigenen Körpers oder einzelner Merkmale (visuell-exterozeptiv), aber auch innerer Körpervorgänge und das Körpergefühl (somatosensorisch-interozeptiv). Unter Kognitionen fallen evaluative Aspekte wie die Zufriedenheit mit dem Aussehen oder die Bedeutung des Aussehens für Selbstwert oder Lebensführung. Eng assoziiert sind damit das affektive Erleben und Befinden sowie Auswirkungen auf das Verhalten« (Martin & Svaldi 2015).*

Der wesentliche Beitrag der Körper- und Bewegungstherapien zu einer stationären Behandlung dürfte also vermutlich nicht in der theoretischen Schärfe liegen, mit der diese Begriffe definiert oder etwa das Leib-Seele-Problem diskutiert würde (was sich möglicherweise gerade für diese Gruppe von Therapien besonders anböte). Den meisten Körper- und Bewegungstherapeuten dürfte es auch weniger wichtig sein, ob ihre theoretischen Annahmen eher einem psychophysischen Parallelismus, einem Isomorphismus oder welcher Spielart der Philosophie des Geistes auch immer zuzuordnen wären, solange nur von einer starken Wechsel- bzw. Rückwirkung körperlicher Erfahrungen auf

seelische Befindlichkeiten bzw. umgekehrt im Sinne einer Ganzheitlichkeit des Menschen auszugehen ist. Die Annahme solcher Wechselwirkungen ist sicher konstitutiv für mehr oder weniger alle Formen der Bewegungs- bzw. Körpertherapien und stellt neben Unterschieden in den theoretischen Grundannahmen wohl auch den wesentlichen gemeinsamen Nenner dieser Therapieformen dar. Es ist ein gemeinsamer Nenner, der Patienten in der Regel auch gut zu vermitteln ist, weil er an Alltagswissen bzw. Alltagserfahrungen anknüpft. Denn schon der Volksmund »weiß« um die Vielfältigkeit dieser Wechselwirkungen und veranschaulicht diese in eindrucksvollen Bildern: Probleme können einem »auf den Magen schlagen«, die Augen als dem »Spiegel der Seele« weiten sich und die Muskulatur wird »starr vor Schreck«. Schwer »lastet« das Leben auf den Schultern, man hat »an seinem Päckchen zu tragen« und manches »geht einem an die Nieren«. Auch Eigenschaftsbegriffe, die Persönlichkeitsaspekte beschreiben, wie die der »Tatkraft«, oder Bewegungsbegriffe aus dem Beziehungsbereich, wie die der »Zuneigung« oder der »Abneigung«, gehen vom Körperlichen aus und reichen tief ins Psychische hinein.

Die Sprache ist nicht umsonst überaus reich an körperbezogenen Metaphern. In der Körpertherapie ist es allerdings nicht die Sprache, mit der Seelisches symbolisiert wird, sondern es sind der Körper selbst bzw. die Haltung des jeweils Betroffenen und dessen manchmal sehr subtile Bewegungen, die Seelisches zum Ausdruck bringen. Wirken kann Körpertherapie zwar auch ohne Sprache. Die Reflexion der Wirkung bzw. dessen, was der Körper symbolisiert, setzt letzten Endes aber Versprachlichung voraus. Die Symbolfunktion des Körpers und deren Versprachlichung darf sicher als eine weitere Gemeinsamkeit für mehr oder weniger alle Formen von Körper- und Bewegungstherapie gelten. In die-

sem Sinne beschreibt Stolze (2016) bezogen auf die von ihm begründete Konzentrative Bewegungstherapie, dass »*das Entscheidende*« darin bestehe, dass »*nicht nur das im Körperlichen Symbolisierte wahrgenommen und übersetzt wird in Sprache, sondern dass mit und an dem im Körperlichen Symbolisierten therapeutisch gearbeitet wird*« (Stolze 2016, S. 22).

Im folgenden Fallbeispiel des Klaus N. führt diese Arbeit an der körperlichen Symbolik innerseelischer Konflikte in eindrucksvoller Weise zu einer Auseinandersetzung mit seinen »Ängste vor dem Neuen« in Verbindung mit heftigen »Schuldgefühlen gegen das Alte«, eine unheilige Allianz, die so häufig Entwicklungs- und Ablösungsprozesse verhindert und mit »Bewegungslosigkeit« und scheinbaren Stillstand in Schach gehalten wird.

### Fallbeispiel

#### Klaus N.

Der 22-jährige Klaus N. hatte aufgrund seiner massiven Ängste seit zwei Jahren sein Elternhaus buchstäblich nicht mehr verlassen, nachdem er zuvor eine Lehre zum Maler und Lackierer abgeschlossen hatte. Er war angstbedingt unfähig, an einer ambulanten Therapie, welcher Art auch immer, teilzunehmen. Sein Vater schien sich für seine weitere Entwicklung nicht wirklich zu interessieren, völlig vereinnahmt von der offenbar fast insolventen familiären Lackiererei. Von der Mutter auch im Alltag rundum versorgt bzw. verwöhnt, wurde er von dieser in die ca. 100 km weit entfernte Klinik gebracht. Geradezu symptomatisch für dieses enge, infantilisierende Mutter-Sohn-Verhältnis reiste die Mutter auch »spontan« an, um ihren Sohn zu unterstützen, indem sie nach etwa zwei Wochen Klinikaufenthalt dessen inzwischen beschädigte Brille zu einem nahebei gelegenen Optiker brachte. Der »entrüstete Aufruhr« im Team ob dieses »Entgegenkommens« war beträchtlich, denn auch sonst schien sich der Patient kleinste Verrichtungen von seiner

Mutter aus der Hand nehmen zu lassen. Die in der Gruppe durchgeführten Aktivitäten in der Körper- und Bewegungstherapie wurden von ihm anfangs auch eher »arrogant« lächelnd begleitet, als dass er sich aktiv daran beteiligt hätte. Sich distanziert zurückhaltend ließ er sich allenfalls zu offen entwertenden Äußerungen hinreißen, bis in der dritten Woche eine körpertherapeutische Übung diese ganz offensichtlich narzisstisch geprägte Schutz- und Abwehrhaltung auflockerte: Auf dem Rücken liegend sollten die Patienten erst einmal die Größe der Matte abtasten, auf der sie lagen, und sich dann abwechselnd nach links bzw. rechts auf die Seite drehen, um ein Gefühl des zur Verfügung stehenden Spielraums zu bekommen. Durch dieses körperlich inszenierte »Einerseits – Andererseits« galt es, sich selbst auszu-lenken aus der sicheren Mitte, sich aus einem stabilen Gleichgewicht herauszubewegen und eben auch wieder zurück, um damit Ambivalenz gewissermaßen körperlich nachzuempfinden. Bei Klaus N. fiel auf, dass er bei dieser Übung im Oberkörper völlig starr blieb, die vorgeschlagenen Drehungen nur ansatzweise im Unterkörper nachvollziehend, was den Therapeuten das innere Bild eine »Krans« assoziieren ließ, der auf einem Auto montiert durch vier Stützen fest auf dem Boden verankert bleibt und nur so in der Lage ist, schwerere Lasten zu heben. Die Unbeweglichkeit des Patienten mit diesem Bild »positiv« kommentierend sprach der Therapeut Klaus N. an, was es diesem im Anschluss an die Übung ermöglichte (völlig unerwartet für die Gruppe und den Therapeuten selbst), von der »schweren Bürde« zu sprechen, von dem ungeheuren Druck, der auf ihm lastete, bedingt durch die Erwartungen seiner Eltern, aber auch durch eigene Forderungen, rasch gesund zu werden und sich »dem Leben zu stellen«. Ermutigt durch das »positivierende« Bild und die Interpretation wie auch durch das Gesehen-Werden in seiner Not und den Umstand, dafür nicht entwertet zu werden, ließen ihn fortan auch an anderen Therapiemodalitäten viel intensiver teilnehmen als zuvor und offener über sich und sein Erleben sprechen. In einer Übung in der freien Natur, an der er Tage spä-

ter (erstmal auch die Klinik dabei verlassend) teilnehmen konnte, überfielen ihn starke Ängste, dass schief stehende Bäume auf ihn herunterfallen könnten, ihn unter sich begrabend. Aushalten hätte er dies nach seinem späteren Bekunden nur können durch die Anwesenheit und emotionale Präsenz der anderen Gruppenmitglieder bzw. des Körpertherapeuten, von denen ausgehend er eine »ungeheure Ermutigung« gespürt habe. In seinen späteren Einfällen erzeugte die Vorstellung der ihn immer wieder massierenden Mutter Abwehr und Ekel in den einzelnen Gruppenmitgliedern, Gefühle, die Klaus N., bemerkenswert vorsichtig zur Verfügung gestellt, dazu brachten, sich mit dem eigenen (abgewehrten) Ekel diesbezüglich und damit auch mit unterdrückten eigenen aggressiv-expansiven Anteilen auseinanderzusetzen. Geradezu überraschend war dann auch in einer späteren Phase der stationären Therapie, wie sehr der Patient begann, den Bereich des Sports und der Bewegung für sich nutzen (u. a. mithilfe eines in der Klinik vorhandenen Tischtennisplatzes). Sportliche Aktivität (► auch Kap. 18) wurde damit auch für Klaus N. zu einem Feld des Experimentierens mit zuvor abgewehrt-entwerteten Impulsen des Konkurrierens und des sich Abgrenzens, wobei sein bemerkenswertes Engagement im medizinischen Krafttraining (und rasche Fortschritte, die der Patient diesbezüglich machte) diese spielerische Form der Abgrenzung und des Konkurrierens systematisch-körperlich ergänzte.

Gerade bei jungen und im Rückzug befindlichen Patienten wie bei Klaus N. können Erfahrungen in der Körper- und Bewegungstherapie also besonders nachhaltig wirken und zur Thematisierung elementarer innerer und zwischenmenschlicher Konflikte beitragen (Salge 2017).

Körpertherapeuten bedienen sich in diesem Zusammenhang nicht nur verschiedenster szenischer Möglichkeiten der Darstellung (bis hin zu regelrechten »Aufstellungen« und »Skulpturen«), sondern scheuen sich auch

nicht, andere Hilfsmittel wie Musikinstrumente, Sportgeräte u. Ä. in ihren Therapien zu nutzen. Das nachfolgende Fallbeispiel von Katharina H., ebenfalls einer jüngeren Patientin, zeigt, wie dadurch Symptome in ihrer Funktion (Mentzos 1998) manchmal überhaupt erst verstanden und später Entwicklungsblockaden auch unter Einbeziehung der Natur als Möglichkeitsraum überwunden werden können.

### Fallbeispiel

#### Katharina H.

Katharina H., eine 24-jährige Patientin mit einem BMI von 15, stark untergewichtig und zu Beginn der stationären Behandlung zwanghaft auf Sport und übertriebene Bewegung zu Zwecken des Abnehmens konzentriert, war drauf und dran, die Therapie abzubrechen. Die Vorgaben und Verträge im Hinblick auf stetige Gewichtszunahme erschienen ihr als nicht einhaltbar bzw. als eine sie überfordernde und vereinnahmende Zwangsmaßnahme. In der Körpertherapie ermutigt, sich selbst durch die im Raum vorhandenen Gegenstände einmal »mit« und einmal »ohne« Symptomatik darzustellen, ergriff sie einen farbig ausgesprochen abwechslungsreichen und formschönen »rainmaker«, ein aus Afrika stammendes Musikinstrument, das durch die Erzeugung rauschender Klänge zudem alle möglichen Assoziationen zuließ und noch dazu gut in der Hand lag. Zur Überraschung der anwesenden Gruppe wie auch der Körpertherapeutin symbolisierte dieses Instrument sie selbst »mit« ihrer Symptomatik, während sich ein glatt geschliffener Holzzyylinder, eigentlich eine Art Klotz ohne jede farbliche Besonderheit oder Unregelmäßigkeit in der Formgebung, sie »ohne« Symptomatik, also als gesunde Frau, darstelle. Ihre verblüffende Erklärung in der Gruppe: »Schon meine Eltern hatten immer nur versucht, an mir herumzuschleifen und mich glatt zu kriegen, mit der Magersucht behalte ich meine Eigenart...«, ließ den tiefen Zwiespalt spüren, den die Patientin mit der Aufgabe ihres Hungerns bzw. ih-

rer Magersüchtigkeit verspüren musste, was die Körpertherapeutin veranlasste, nach weniger selbstzerstörerischen Formen der Bewegung für die Patientin Ausschau zu halten. Die Empfehlung, einen Ball mit dem Fuß durch ein unwegsames Waldstück zu bewegen, brachte die Patientin zu eindrucklichen Überlegungen, wie wenige Impulse dieser Ball gebraucht hätte, um unterstützt durch die Besonderheiten des Geländes und durch kleinste Anstöße durch sie selbst seinen eigenen Weg zu finden (durchaus abweichend von der durch die Patientin selbst intendierten Richtung). Anregungen und Anstöße müssten den eigenen Weg nicht verhindern und spielerische Formen der Bewegung könnten ebenfalls durchaus guttun (vor allem dann, wenn sie nicht zu Zwecken der Gewichtsregulation instrumentalisiert werden). Auch überlegte sie, dass es keinesfalls bedrohlich gewesen wäre, die Bewegung des Balls und dessen Richtung nicht immer unter Kontrolle zu haben etc. Dieses sich Einlassen auf ein »natürliches« Umfeld stellte für diese Patientin ein wichtiges Thema dar, hatte sie doch zuvor, allen Einfluss auf sich als Übergriff empfindend, menschliche Interaktionen geradezu abgeblockt. Es waren bei Katharina H. ganz offenbar vor allem die körpernahen Erfahrungen und deren Thematisierung bzw. das Gefühl, in ihrem Zwiespalt bezüglich der Aufgabe ihrer magersüchtigen Symptomatik bzw. des zwanghaft betriebenen Sports verstanden zu werden, die ein vom Abbruch bedrohtes Arbeitsbündnis gerettet hatten und ihr so weitere Schritte auf dem Weg des sich Einlassens ermöglichten.

## 14.4 Praxis: Konzentration und Integrative Körper- und Bewegungstherapien sowie deren Verwandte aus Fernost: Qigong, Tai-Chi und Yoga

Während Stolze (1989), in der Nachfolge Gindlers und Jacobys, als Begründer der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) gelten kann, muss Petzold (2009) als Begründer der



Integrativen Bewegungstherapie (IBT) genannt werden, eines anspruchsvollen Versuchs, körper- und psychotherapeutische Ansätze nicht nur miteinander zu verschmelzen, sondern sie auch noch umfangreich philosophisch theoretisch zu begründen. Die heute unter diesen Bezeichnungen tatsächlich praktizierten bzw. realisierten Therapien dürften zwischenzeitlich vielfach durch die Integration von Elementen anderer Verfahren modifiziert werden, sei es in Anlehnung an einen »Body Scan«, an eine »Sitz- bzw. Geh-Meditation« oder durch Bewegungsübungen, die in der freien Natur durchgeführt werden (wie das Durchdringen eines Dickichts, das Begehen eines steilen Abhangs, das Erklettern eines Baumes etc.). Spätestens mit der zunehmenden Integration von Ansätzen der Traditionellen Chinesischen Medizin in den Kanon kassenfinanzierter Leistungen begannen auch Methoden wie Tai-Chi, Qigong oder Yoga Einzug in die stationäre Psychotherapie zu halten. Die Progressive Muskelrelaxation und das Autogene Training sind demgegenüber eher als mehr eigenständige »westliche« Entwicklungen und heute in gewisser Weise schon als Klassiker der Entspannung anzusehen.

Insbesondere beim Yoga, aber auch beim Qigong oder dem Tai-Chi (oder bei hier nicht näher erwähnten anderen Bewegungsübungen wie z.B. Pilates oder Feldenkrais) sollte u. E. immer ein mildes »Training«, also allenfalls Übungen auf Einsteigniveau, angezielt werden. Falscher Ehrgeiz ist völlig unangebracht und kann insbesondere bei den schwierigeren Übungen des Yoga durchaus auch zu Verletzungen führen. Durchgeführt werden sollten Übungen also immer nur unter kundiger Anleitung, um Fehlhaltungen und eben auch Verletzungen vorzubeugen. Die jeweiligen Anleiter sollten eine entsprechend umfassende Ausbildung bzw. Mitgliedschaft in den einschlägigen Verbänden nachweisen können

bzw. sich an die dort definierten und auf das stationäre Setting angepassten Leitlinien halten.

#### **14.4.1 Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) und Integrative Bewegungstherapie (IBT)**

Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) und Integrative Bewegungstherapie (IBT) sind weder ihrem Ursprung noch ihrer Intention nach scharf voneinander abgegrenzte Verfahren, sondern entsprechen eher einer Sammlung von Methoden und Ansätzen, mit denen Haltung, Ver-Halten und Bewegung für eine körpernahe Selbsterfahrung genutzt werden. Ausgehend von der bewussten Wahrnehmung des eigenen Körpers sollen im Alltag nicht oder nur schwer zugängliche Aspekte des eigenen Fühlens und Denkens, nicht zuletzt aber auch deren konflikthafte Anteile erleb- und erfahrbar werden, wozu sowohl in der Konzentrativen Bewegungstherapie (Gräff 2008) als auch in der Integrativen Bewegungstherapie eine Reihe sehr unterschiedlicher therapeutischer »Angebote« entwickelt worden sind.

In der Konzentrativen Bewegungstherapie kommt der offene Angebotscharakter u. a. darin zum Ausdruck, dass es sich dabei um keine vorgefertigten »Therapieschablonen« handelt, sondern um häufig vonseiten des Therapeuten spontan, d. h. in Abhängigkeit von situativen Faktoren wie z. B. der aktuellen Gruppenstimmung formulierte Vorschläge bezüglich einer gemeinsamen Übung entweder im Raum oder ggf. draußen in der freien Natur (► S. 235: Übungen »Bogenschießen« und »Naturerleben«). Therapeuten lassen sich diesbezüglich also explizit leiten vom »Hier und Jetzt« einer Gruppen- bzw. Einzelsituation.

Auch das Repertoire, aus dem Therapeuten der Integrativen Bewegungstherapie schöp-

fen, ist ausgesprochen vielfältig und keinesfalls personenunabhängig, denn die persönlichen Vorlieben eines Therapeuten dürften bei der jeweiligen Auswahl eine beträchtliche Rolle spielen: ob es nun Atemübungen sind oder der »Body Scan« (bei dem der Atem beginnend bei den Zehen und von diesen aufsteigend in andere Körperregionen »gelenkt« wird) oder Übungen im Einzel- oder Gruppen-Setting.

In der Konzentrativen Bewegungstherapie treten solche Übungen im engeren Sinne hinter den »Anregungscharakter« zurück, den die Angebote in der freien Natur haben oder in einem Raum, im Stehen, Gehen oder im Liegen und bei Partnerübungen, bei denen alle möglichen menschlichen Beziehungen und damit einhergehende Konflikte »verkörpert« werden. Auch wenn es sich um andere sinnliche Körpererfahrungen handelt, z. B. um spielerische Formen der Körperwahrnehmung unter Zuhilfenahme von spezifischen Gegenständen und Objekten (Bällen, Stäben, Seilen etc.) oder das Darstellen eines Körperbildes und das Sprechen darüber: Immer geht es darum, dass durch die Hinwendung zum »Leib« in der direkten Körpererfahrung die Selbstwahrnehmung in Ruhe und Bewegung in Beziehung zu sich, zum umgebenden Raum, zur Zeit und zu anderen Gruppenteilnehmern angeregt und gefördert werden soll. Auch versäumte oder vermiedene Entwicklungsschritte sollen auf diese Art und Weise einer bewussten Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Durch die gewonnenen Erkenntnisse kann ein »Handeln auf Probe« im augenblicklichen Erleben innerhalb der Therapie neue Perspektiven eröffnen.

In einer Patienteninformation der Sonnenberg Klinik in Stuttgart werden weitere Ziele der Konzentrativen Bewegungstherapie wie folgt beschrieben:

### Ziele der Konzentrativen Bewegungstherapie

- Erweiterung positiver Erfahrungen mit dem eigenen Körper (»Körperphänomene«) und damit eine Vermehrung positiver Körperwahrnehmungen, eine Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Selbstakzeptanz (Selbstwirksamkeit, Ich-Stärkung)
- Förderung der Aggression (im eigentlichen Wortsinn: »auf etwas zugehen«) und sozialer Kompetenzen (Konfliktfähigkeit); der Patient erlebt und probiert sich über das Körpererleben mit verschiedenen (auch zwischenmenschlichen) Themen aus, blockierte Handlungsimpulse können erfahrbar und bewusst gemacht werden:
  - nehmen, greifen, schnappen
  - verweigern, zurückstoßen
  - abgrenzen
  - auf etwas zugehen,
  - von etwas weggehen
  - **gegen** etwas angehen
  - **eigene Kraft erleben und aushalten**
- Förderung der Autonomie
  - eigene Bedürfnisse erleben **und in Bewegung bringen**: lernen, diese auszudrücken oder zurückzuhalten
  - wahrnehmen und erleben der eigenen (Körper-)Grenzen
  - wahrnehmen und erleben der Abgrenzungsfähigkeit (Ich – Du)
  - wahrnehmen und erleben des eigenen Stand(punkt)es: Eigenständigkeit/Eigenartigkeit/Eigenwilligkeit, sich ausdrücken, verteidigen, sichern etc.
  - die Wirkung von eigenem Handeln unterscheiden von Behandelwerden (aktiv/passiv): aktiv werden, selbstständiges Tun versus sich passiv überlassen
- Ermöglichen von neuen **eigenen** Beziehungs- und Kontakterfahrungen
  - berühren/berührt werden
  - erleben von Nähe und Distanz
  - erleben von halten und gehalten werden
  - aktive/passive Beziehungsgestaltung

- Erweiterung neuer Handlungs- und Erlebnisräume, denn bei vielen psychosomatischen Erkrankungen besteht eine Fixierung der Patienten auf die Symptomatik und dadurch bedingt eine Einengung lebensnotwendiger Spielräume (innerlich wie äußerlich); in der Therapie geht es dann um die Ermutigung, Eigenes (das vielleicht als »neu« erlebt wird) auszuprobieren, neue Erfahrungsspielräume zu eröffnen (auch z. B. in der Natur als therapeutischem Raum)

## Übungen

### Bogenschießen

Eine der in klinischen Settings immer häufiger angewandten Methoden ist das therapeutische Bogenschießen. Es erfreut sich bei Patienten einiger Beliebtheit, möglicherweise weil es anschließt an entsprechende Erfahrungen aus Kindheit und Jugend, an lebendige Cowboy-und-Indianer-Spiele, möglicherweise aber auch, weil die Handhabung eines Bogens schon als solche das Körper- und Selbstgefühl durch den sicheren Stand verändert, den das Schießen erfordert. Auch die aufrechte Haltung und die Kraftentfaltung, die für das Spannen des Bogens erforderlich sind, wirken unmittelbar zurück auf das subjektive Gefühl von Kraft (oder eben Schwäche, sollte man den Bogen nicht spannen können). Daneben verlangt das Schießen auf ein Ziel als eine symbolisch aggressive Handlung, dass Patienten sich diesbezüglich fokussieren und andere ablenkende Themen ausblenden. Nur so lässt sich ein Ziel im eigentlichen Sinne des Wortes »ins Auge fassen«. Bogenschießen erfordert auch die Fähigkeit, im richtigen Moment loslassen zu können, ohne zu bremsen, und damit ein hohes Maß an Kontrolle über Aggressivität und körperliche Anspannung. »Sie bleiben stehen, der Pfeil geht...«. Es symbolisiert damit auch eine Handlung, die man als solche nicht mehr zurücknehmen kann, sondern mit deren Folgen man leben muss: treffen oder eben auch nicht.

## Übungen

### Naturerleben

In seinem Werk über »Menschliches, Allzumenschliches«, dem »Buch für freie Geister« (1. Band, 9. Hauptstück), überlegt Friedrich Wilhelm Nietzsche (1878), dass wir »so gerne in der freien Natur sind, weil diese keine Meinung über uns hat«. Und in der Tat, die Meinung der jeweils anderen über uns hat für den Menschen als einem sozial orientierten Gruppenwesen genauso große Bedeutung wie eben auch einengende Aspekte. So steht zu vermuten, dass der Begriff der »Freien Natur« nicht auf wie auch immer geartete Freiheit der Natur abhebt, sondern auf unser in der Natur erlebtes Freiheitsgefühl. Körper- und Bewegungstherapeuten bevorzugen auch deswegen häufig Übungen in der freien Natur, weil damit etwas Ungeschütztes verbunden ist, kein sicherer Raum, keine vorgezeichneten Wege und keine gebäudemäßigen Absperrungen, welche die eigene Mobilität und Beweglichkeit kanalisieren. Natur, ob das nun ein Waldstück, eine offene Wiese, ein Steinbruch oder ein Flusslauf ist, ermöglicht eine Vielzahl sinnlich-haptischer Eindrücke und damit Körper- und Sinneserfahrungen, die in geschlossenen Räumen so nicht möglich wären. Geschlossene Räume bieten auch weniger Überraschungsmomente, weniger »Neues«, was hinter dem nächsten Baum oder an der Mündung eines kleinen Rinnsals auf uns »wartet«. Naturerfahrungen führen nicht selten auch durch ihre Unmittelbarkeit zu einem gestärkten Realitäts- bzw. Selbstgefühl, wenn Patienten es schaffen, einen steilen Abhang hochzukommen (den sie auf eigene Faust nie angegangen wären). Auf einen Baum zu steigen oder sich durch ein dorniges Dickicht durchzuarbeiten, kann das Gefühl von Selbstwirksamkeit auch bei denen erzeugen, die sich im Alltag klein und unwirksam erleben, spüren sie dann doch geradezu körperlich, dass Widerstände überwunden werden können. Andererseits führen Naturerfahrungen auch zu einer gewissen Demut, denn nicht jeder Widerstand lässt sich ohne Weiteres einfach überwinden, nicht jeder Baum besteigen. Und »dem Baum ist es am Ende egal«, ob er nun bestiegen wurde oder nicht, es verändert ihn nicht. Nicht der Patient hat die Natur,

sondern die Natur hat ihn. Settings, die einen sogenannten »Medicine Walk« vorsehen – d. h. von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang einen ganzen Tag in der freien Natur, ohne dass diese Freiheit durch Rituale des Essens oder Redens mit anderen Menschen unterbrochen würde, einen Tag, der auch nicht durch Pläne vorgezeichnet wird oder durch bestimmte Ziele, die es zu erreichen gilt, abgesehen von der Aufgabe, sich diesen einen Tag in der Natur aufzuhalten und offen zu sein für Eindrücke und Beobachtungen, Fantasien und Erfahrungen – erzeugen häufig die bleibendsten Eindrücke eines stationären Aufenthaltes, ganz abgesehen davon, dass die Freiheit der freien Natur – frei nach Nietzsche – auch eine Freiheit von menschlichen Kontakten beinhaltet: »Wer bin ich, wenn ich für niemanden jemand sein muss?« Fallen auf diese Art äußere strukturierende Einflüsse weg, ist es häufig erstaunlich, wie viele Ängste und Sorgen sich Patienten bzw. Menschen im Vorfeld machen, konfrontiert mit dem Umstand, einen Tag auf sich allein gestellt zu sein und auf das zu verzichten, was normalerweise »hält«, »trägt« oder »strukturiert«. Umso nachhaltiger sind andererseits dann die Berichte nach der Rückkehr aus einem solchen Tag in der Natur, die vielfältigen Eindrücke, die Patienten mitbringen, und die Nachdenklichkeit, die einfachste Entscheidungen und Erfahrungen an diesem Tag erzeugt hatten, bis hin zur Reflexion der zuvor entwickelten Ängste und Fantasien, der eigenen Verhaltensweisen an diesem Tag, der erlebten Schwierigkeiten, einfachste Entscheidungen zu treffen bezüglich des einzuschlagenden Weges, der Pausen usw.

#### 14.4.2 Qigong

Der Begriff Qigong, der wörtliche übersetzt »Arbeit am Chi« bedeutet, umfasst eine große Anzahl verschiedener, sich in wesentlichen Aspekten überlappenden Atem-, Ton-, Dehn- und Bewegungsübungen. Gemeinsamer Nenner dieser langsam bzw. fließend (und damit schonend im Stehen) ausgeführten Übungen ist nach traditioneller Auffassung die Mehrung des Chi, d. h. der Lebensenergie eines

Menschen, bzw. die Verbesserung der Regulation dieser Energie. Unabhängig davon, ob nun eher die Meditation oder die Dehnung und Stärkung des Körpers im Vordergrund steht, soll ein verbesserter Durchfluss der Lebensenergie eines Menschen durch dessen »Meridiane« gleichzeitig zu einer Verbesserung der Verbindung seiner individuellen Energie mit der universellen Energie des Kosmos beitragen. Im Begriff des Chi fließen diesen Traditionen entsprechende Glaubensvorstellungen vom Atem und der Atmung überhaupt, von einer individuellen wie auch universalen Lebensenergie, von Vitalität und der Lebenskraft, von Unsterblichkeit ermöglichenden Urkräften und -prinzipien zusammen, die man besser nicht versuchen sollte, mit westlich-naturwissenschaftlichen Methoden nachzuweisen. Als geistig-religiöse Überzeugungen waren sie zunächst wesentliche Elemente fernöstlicher Religionen, wie des Daoismus, des Konfuzianismus aber auch des Buddhismus. Erst sekundär wurde die Arbeit am Chi, dessen Vermehrung und Beherrschung bzw. verbesserte Regulation als eine die Gesundheit sichernde bzw. Krankheiten vorbeugende bzw. heilende Arbeit verstanden. Mit der chinesischen Kulturrevolution wurden solche Vorstellungen und Traditionen obsolet und erst mit deren Ende kam es zu einer gewissen Renaissance des Qigong mit seinen präventiv-gesundheitsfördernden Auswirkungen und Zielen. Die Verbreitung bzw. Vermarktung der Methode im westlichen Kulturkreis tat ein Übriges und führt gegenwärtig zur fast vollständigen Überlagerung traditioneller Vorstellungen vom menschlichen Energiehaushalt und dessen Eigenschaften durch eher naturwissenschaftlich-medizinische Erklärungsmodelle im Rahmen von Stressreduktion und Regulation des vegetativen Nervensystems. Unstrittig dürfte sein, dass sich Qigong mit seinen langsam durchgeführten, fließenden Bewegungen

besonders gut für ältere Patienten handelt, da durch die stehend durchgeführten Übungen gleichzeitig Gleichgewicht, Koordination und Balance geschult werden.

### 14.4.3 Tai-Chi

Langsame und fließende Bewegungen sind auch charakteristisch für das Tai-Chi, das als eine weitere Form der Arbeit am Chi verstanden werden kann. Tai-Chi leitet sich her von »taijiquan«, wobei »taiji« sich auf so etwas wie ein »oberstes Prinzip« bezieht, »quan« als ein Wort für Faust oder Hand die Verbindung zum »waffenlosen Kampf« herstellt. Auch wenn Tai-Chi in der westlichen Praxis heute wenig oder keine martialische Konnotationen mehr hat und damit analog zum Qigong der Meditation und der Konzentration, der Dehnung und Kräftigung des Körpers dient, bezieht es sich auf eine traditionelle, ins Mittelalter zurückreichende chinesische Kampfkunst, die schon lange nicht mehr nur in China oder etwa Asien praktiziert wird, sondern bedingt durch die chinesische Kulturrevolution und den Exodus der damals nicht mehr geduldeten Tai-Chi-Meister den Weg in den Westen gefunden hat. Die ursprünglich dem Kampf dienenden Bewegungsabläufe zielen den Regeln des Tai-Chi entsprechend weniger auf die Entfaltung von Kraft als vielmehr auf fließend ineinander übergehende Körpererfahrungen. Sie dienen wie das Qigong der Mehrung des Chi sowie der Öffnung des Körpers bzw. der Durchlässigkeit der Meridiane für diesen »Energiefluss« und entlehnen ihren gedanklich-philosophischen Hintergrund dem Daoismus oder auch »Taoismus« bzw. den darin spezifizierten Wirkmechanismen und -kräften: Die wohl bekanntesten sind in diesem Zusammenhang das Yin und Yang als ein Paar sich zu einer Einheit ergänzender Energien. Die einzeln oder in der Gruppe gelehrt bzw. durchge-

führten Bewegungen des Tai-Chi (»Formen«, die aus einer Reihe von bis zu 100 »Bildern« bestehen) dienen heute analog zum Qigong der meditativen Lockerung des Körpers, d. h. der Muskulatur und der Gelenke, und damit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung von körperlich-seelischer Gesundheit. Insofern treten kampfbetonte Partnerübungen völlig in den Hintergrund. Der salutogene Aspekt des Tai-Chi und seiner vielfältigen Unterformen spielen in der Traditionellen Chinesischen Medizin seit Langem eine erhebliche Rolle und wurden in den letzten 30–40 Jahren zunehmend auch in westlichen Ländern zur Gesunderhaltung eingesetzt. Nach § 20 SGB V wird Tai-Chi im ambulanten Bereich seit Längerem von den gesetzlichen Krankenkassen (zumindest anteilig) finanziert bzw. den Versicherten zu Präventionszwecken angeboten. In stationären Kontexten stellt es neben dem Qigong und dem Yoga eine der gebräuchlichsten Formen der konzentrativen oder meditativen Formen von Bewegungstherapie dar, in der die Patienten angehalten werden, sowohl »Standformen« als auch »Bewegungsformen« zu üben. Das Ziel des Tai-Chi ist es, zu einem besseren Körpergefühl, einer bewussteren Körperhaltung sowie ökonomischeren Formen der Bewegung zurückzufinden.

### 14.4.4 Yoga

Auch Yoga muss in diesem Zusammenhang genannt werden, obwohl es natürlich »den einen« Yoga wie »das eine« Qigong oder »das eine« Tai-Chi nicht gibt und die in westlichen Ländern praktizierten Varianten des Yoga als körperorientierte Meditationstechnik wenig mit den ursprünglichen, in den Frühzeiten des Hinduismus bzw. Buddhismus entwickelten Formen gemein haben dürfte. Yoga verbindet Atmung, Dehnung und Bewegung mit Meditation (Hata-Yoga), teilweise auch Ge-

sängen (Kundalini-Yoga) bzw. zielt unter Einbeziehung von Ernährung auf einen besonderen Lebensstil (Sivananda-Yoga). Dem Chi in der chinesischen Tradition entspricht im Yoga am ehesten das »Prana« als individuelle und universelle Lebensenergie, die es durch Körperhaltungen, Bewegungsabläufe, Konzentrations- und Atemübungen, ggf. unterstützt durch die Vorgabe bestimmter Mantras, zu stimulieren gilt. Yoga, der zu körpertherapeutischen Zwecken adaptiert wurde, benutzt in der Regel bestimmte (manchmal recht schwierige und einzelne Patienten grenzwertig belastende) Körperhaltungen, ursprünglich »Asanas« genannt. Deren Einüben soll positive Wirkungen, vor allem körperliches Wohlbefinden und Stabilität, aber auch Vitalität und Beweglichkeit erzeugen mit entsprechend positiven Rückwirkungen auf das seelische Befinden des Yogi (d.h. eines Yoga praktizierenden Menschen). Im stationären Bereich dürften vor allem die körperbezogenen (Atem-)Übungen im Vordergrund stehen, also Asanas wie Kerze, Pflug, Fisch oder der Lotussitz (als dem vielleicht bekanntesten Asana). Der spirituelle Aspekt, die Konzentration auf das Hier und Jetzt des eigenen Seins und das »Zügeln der Sinne«, der eigenen Gedanken wie auch des eigenen Tuns, mögen auch im stationären Kontext vielleicht Erwähnung finden. Aber für Qigong, Tai-Chi und eben auch Yoga gilt gleichermaßen, dass im Rahmen einer stationären Psychotherapie Patienten nicht auf fernöstliche Heilslehren eingeschworen werden sollten, so sinnvoll es auch sein mag, durch ein »Sein im Hier und Jetzt« eine zwanghafte und deswegen unfruchtbare Beschäftigung mit der Vergangenheit oder mit der Zukunft zugunsten von »Gewahrsein« der Gegenwart zu relativieren. Die Harmonisierung der Chakren (»Energiezentren«, in denen es zu »Blockaden« kommen soll, die dann den Energiefluss hindern) und »Erleuchtung« als ein im traditionellen

Yoga angestrebtes und im Hinduismus religiös verankertes, spirituelles Ziel, das sich einstellt, sollte die sogenannte »Kundalini-Kraft«, die sich im untersten Chakra befindet, ungehindert aufsteigen und bis zum obersten »Lotus-Chakra« fließen können, sollten in den Formen des Yoga, die gegenwärtig im stationären Kontext angewandt werden, keine Rolle mehr spielen.

## 14.5 Mehr als nur »Entspannung«

Zweifellos gehen eine Vielzahl psychischer bzw. psychosomatischer Erkrankungen mit einer Übererregung autonomer Funktionen im Sinne einer generellen Anspannung einher. Fast scheint es so, dass das Zeitalter der allseits beschleunigten Prozesse (Rosa 2016) geradezu direkt zurückwirkt auf das sympathiko-adrenerge System des Einzelnen. Nicht nur, dass Schlaflosigkeit zur neuen Zeitkrankheit zu werden droht; der moderne Mensch ist in zahllose Aktivitäten verstrickt und im Agieren der Selbstoptimierung gefangen. Auszeiten und Besinnung treten dahinter zurück. Wenn wundert es, wenn das »erschöpfte Selbst« (Ehrenberg 2008) nach Entspannung lechzt und entsprechende Angebote nicht zuletzt auch im Bereich der stationären Psychotherapie entsprechend nachgefragt werden. Stationäre Einrichtungen, die kein Entspannungsverfahren, welcher Art auch immer, vorhalten, dürften deswegen auch die absolute Ausnahme darstellen.

Entspannung kann auf verschiedenste Weise herbeigeführt werden. Sie kann entweder primär körperlich, wie z.B. bei der Progressiven Muskelrelaxation, oder eher mental, wie beim Autogenen Training bzw. den eher meditativen Verfahren, selbst induziert oder angeleitet werden. Ihre positiven Auswirkungen werden in der Regel mit einer Aktivierung der parasympathischen Funktionen er-



klärt, die mit einer generellen Dämpfung des Sympathikus bzw. der damit verbundenen sympathiko-adrenergen Stoffwechsellaage korrespondieren. Entspannung geht im Idealfall also mit einer Senkung der Herz- und Atemfrequenz, einer Erniedrigung des Blutdrucks, einer Steigerung der Durchblutung in der Muskulatur und ähnlichen physiologischen Effekten einher. Durch eine Dämpfung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse kommt es normalerweise auch zu einer Reduktion des Cortisols und auf diese Weise kann stressassoziierten Symptomen wie einer inneren Unruhe und Schlafstörungen, einem erhöhten Blutdruck, aber auch Kopf- und Körperschmerzen entgegengewirkt bzw. regenerativen Prozessen Vorschub geleistet werden. Regelmäßiges Üben soll dann, mehr oder weniger unabhängig von der jeweiligen Methode, zu einer Art Automatismus im Sinne einer Konditionierung führen, um in bestimmten Stresssituationen auch akut entspannen zu können. Methoden zur Induktion von Entspannung bieten sich im Übrigen vor allem dann an, wenn Medikamente vermieden werden sollen, unwirksam oder sogar kontraindiziert sind (wie z. B. in der Schwangerschaft) und sportliche Aktivitäten nicht infrage kommen.

Für stationäre Settings haben sich angesichts der Kürze der zur Verfügung stehenden Behandlungszeit u. E. vor allem leichter zu erlernende Techniken wie die Progressive Muskelrelaxation bewährt. Je größer jedoch eine Einrichtung ist, desto eher können – und sollten auch – andere Verfahren Anwendung finden, um ggf. an positive Vorerfahrungen, die Patienten manchmal in die Klinik mitbringen, anknüpfen zu können. Da Entspannungsverfahren und damit die Sensibilisierung gegenüber den negativen Folgen körperlich-mentalener Anspannung die wohl häufigsten körperorientierten Therapieformen in stationären Settings darstellen, soll auf die wich-

tigsten Vertreter im Folgenden kurz eingegangen werden.

### 14.5.1 Die Progressive Muskelrelaxation (PMR)

Der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) nach Edmund Jacobson (1990) liegt die Beobachtung zugrunde, dass vielerlei Zustände emotionaler Anspannung vor allem auch mit einer Erregung der Muskulatur einhergehen. Durch die Entspannung der Muskulatur soll diese Wechselwirkung gewissermaßen in »umgekehrter Reihenfolge« positiv beeinflusst und Zustände der Angst und Erregung gemildert werden. Bei der Progressiven Muskelrelaxation werden zu diesem Zweck die verschiedenen Muskelgruppen des eigenen Körpers in einer bestimmten Reihenfolge zunächst willkürlich angespannt, um dann nach einer kurzen Phase der Anspannung (ebenso willkürlich und bewusst) entspannt zu werden. In der Regel beginnt die Progressive Muskelrelaxation mit dem rechten oder dem linken Arm (je nach Händigkeit), bezieht dann den Oberarm und weiter Gesicht und Kopf, später dann auch den Rumpf und die unteren Extremitäten ein. Der Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung und die Sensibilisierung des Übens für die damit verbundenen Körperempfindungen stellt bei dieser Technik den Dreh- und Angelpunkt dar, wobei die Phase der Anspannung hilft, bewusst auf bestimmte Körperregionen bzw. Muskelpartien zu fokussieren. Zunächst vornehmlich in der Verhaltenstherapie (und hier vor allem bei der Behandlung von Patienten mit Angsterkrankungen im Rahmen der Exposition bzw. der systematischen Desensibilisierung) angewandt, gilt die Progressive Muskelrelaxation heute als das wohl am häufigsten praktizierte Entspannungsverfahren, dessen positive Auswirkungen als empirisch gut überprüft angesehen werden können. Die

Vermittlung dieser Technik ist u.E. zudem trotz guter Wirksamkeit nicht an eine besondere berufliche Vor- oder Ausbildung geknüpft, sodass Trainings von den Mitgliedern verschiedenster Berufsgruppen vorgenommen werden können, substanzielle Eigen- erfahrung mit der Methode vorausgesetzt.

### 14.5.2 Das Autogene Training

Das Autogene Training wurde in ersten Ansätzen von Johannes H. Schultz (1932) schon in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg entwickelt. Eine zusammenfassende Publikation seines Verfahrens stammt aus dem Jahr 1932. »Autogen«, d.h. selbstinduziert ohne äußere Vorgaben und/oder Einwirkungen, zielt dieses letztlich konzentrierte Entspannungsverfahren auf die willkürliche Beeinflussung bzw. Beruhigung vegetativer Funktionen wie etwa Atemfrequenz, Pulsschlag und Durchblutung. Da Entspannung und Beruhigung über die Beeinflussung der Muskulatur im weitesten Sinne induziert werden sollen, kann das Autogene Training analog zur Progressiven Muskelrelaxation (zumindest in den verschiedenen Formen der »Unterstufe« des Trainings) ebenfalls den Körpertherapien zugerechnet werden, auch wenn die Oberstufe, die fortgeschrittene Fähigkeiten erfordert und im stationären Setting aus Zeitmangel gewöhnlich nicht erlernt werden kann, imaginative Techniken im Sinne eines Tagtraumerlebens impliziert. Durch das »Umschalten« soll ein Patient aus der Hektik des Alltags gewissermaßen heraustreten und in einen durch den Vorsatz bestimmter Formeln selbstinduzierten Ruhezustand gelangen. Die Formeln der Unterstufe lassen sich entweder den Schwere- oder Wärme- bzw. Kühleübungen zuordnen (»mein linker Arm wird ganz schwer« oder »mein Kopf wird kühl und klar«). Im Sitzen zumeist in der sogenannten Droschenkutschershaltung oder aber im Lie-

gen durchgeführt können durch Autogenes Training durchaus beachtliche Erfolge gerade bei Schmerz- oder Angstpatienten erreicht werden, eher also bei Patienten, die tendenziell über ein höheres Arousal klagen, als bei Patienten mit gedämpften seelischen Funktionen. Kontraindikationen ergeben sich allenfalls bei schwereren strukturellen Störungen, bei denen die Fähigkeiten zur Konzentration nicht gegeben oder stark eingeschränkt sind, oder bei psychosenahen Patienten, die sich durch Autosuggestion eher labilisiert als stabilisiert fühlen.

### 14.5.3 Biofeedback

Neben der Progressiven Muskelrelaxation bzw. dem Autogenen Training (gelegentlich auch in Kombination mit diesen beiden Verfahren) finden in stationären Settings häufiger auch die verschiedenen Varianten des Biofeedbacks einschließlich des Neurobiofeedbacks Anwendung. Das lernthorethisch hergeleitete und am ehesten einem Kontroll-Lernen (Schonecke und Muck-Weich 1995) zuzuordnende Prinzip dieses meist der Entspannung (in Ausnahmefällen aber auch der Anspannung) dienende Verfahren beruht darauf, bewusst normalerweise nicht wahrgenommene physiologische Parameter wie den Herzschlag, die Herzratenvariabilität, den Blutdruck, den Hautwiderstand oder die Hauttemperatur, wahlweise auch den Sauerstoffgehalt des Blutes oder den Grad der Anspannung einer bestimmten Muskelpartie etc. technisch umzuwandeln in als angenehm empfundene Töne und Klänge bzw. bildhafte Visualisierungen, die dann an den Anwender zurückgemeldet werden. Durch diese Rückmeldung soll einmal eine Verbesserung der Interozeptionsfähigkeit für den eigenen psychophysischen Zustand erreicht bzw. eine Abweichung in die gewünschte Richtung systematisch trainiert werden. Biofeedback-

Therapeuten gehen davon aus, dass die unmittelbare Rückmeldung des »Erfolgs« einen besonders motivierenden Effekt auf den Übenden hat und längeres Üben (wie bei anderen der Entspannung dienenden Verfahren auch) immer bessere Effekte »bahnt«. Dienen die Frequenz bzw. Amplitude der Wellen des EEG als physiologische Messgröße, spricht man vom sogenannten Neurobiofeedback, das insbesondere bei Störungsbildern angewandt wird, die mit einer corticalen Übererregung (z.B. Schlaflosigkeit, bestimmten Schmerzzuständen, aber auch Formen der Epilepsie) oder aber einer Untererregung (wie z.B. den Aufmerksamkeitsstörungen) in Verbindung gebracht werden. Da Reaktionsweisen und Vorlieben sowohl im Hinblick auf die abgeleiteten Messgrößen als auch in Bezug auf das rückgemeldete Signal erheblich variieren können, sollten diese immer individuell erprobt bzw. nach Möglichkeit den Vorlieben des jeweiligen Patienten angepasst werden. Als eine spezielle Form des Feedbacks können z.B. auch Formen des Ausdauertrainings betrachtet werden, bei denen Probanden mittels einer Pulsuhr ihre subjektive erlebte körperliche Belastung mit den objektiven Daten einer Herzfrequenzmessung vergleichen können. Auch hier geht es um eine verbesserte Selbsteinschätzung, um z.B. einen Trainingsbereich anzusteuern, der mit ca. 55–70 % der maximalen Herzfrequenz noch einigermaßen sicher im aeroben Bereich liegt. Auch hier hat der Effekt, dass bereits nach wenigen Wochen Übung der Ruhepuls »nachweisbar« sinkt bzw. bei gleichem Puls höhere Belastungen möglich werden, eine nicht zu unterschätzende motivierende Funktion (Waibel & Petzold 2009, S. 87).

## 14.6 Abschließende Überlegungen

Der Vielfalt der Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele (ohne sich damit auf eine dualistische Perspektive festlegen zu wollen) steht also eine substanzielle Anzahl von körperorientierten Verfahren gegenüber, die sich diese Wechselwirkungen zunutze machen: Vom Körper ausgehend sollen positive Rückwirkungen auf die seelische Verfassung eines Individuums bzw. eine möglicherweise bestehende Symptomatik erzielt werden. Die Darstellung dieser Verfahren muss notgedrungen unvollständig bleiben. Tanztherapeutische Ansätze, Atem- und Leibtherapie nach Middendorf (1984), der große Bereich der Physiotherapie bzw. Physikalischen Therapien und vieles andere mehr könnten mit gleicher Berechtigung erwähnt und beschrieben werden, denn sie leisten zweifellos einen vergleichbaren Beitrag in einem multimodalen Setting (teil-)stationärer Psychotherapie. Ob aber Konzentrative Bewegungstherapie oder Integrative Bewegungstherapie, ob Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Qigong, Tai-Chi oder Yoga: Mit Kabat-Zinn (2013) lässt sich zusammenfassen, dass diese Verfahren und Ansätze, so unterschiedlich sie auch praktiziert werden, im Wesentlichen nur verschiedene Türen darstellen, die alle letztlich »in denselben Raum führen«. Vor allem in Kombination mit den Beiträgen anderer Berufsgruppen können körpertherapeutische Erfahrungen und Entspannungstechniken im wahrsten Sinne des Wortes viel »bewegen«. Dies gilt nicht nur für Patienten, bei denen der sprachliche Zugang zu ihrer Innenwelt aus welchen Gründen auch immer erschwert erscheint, die ihre Gefühle schwer in Worte fassen können etc. Therapeutisch begleitete Erfahrungen mit dem eigenen Körper wirken so direkt und unmittelbar auf das Individuum zurück, dass sie mittlerweile eine notwendige, in wesentlichen Aspekten

nonverbal fundierte Ergänzung auf Einsicht oder kognitive Umstrukturierung abzielen-der Verfahren darstellen. Nicht umsonst zählen sie damit nach den Kriterien des gegenwärtig geltenden Entgeltsystems für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System) zu den notwendigen Ingredienzien, ohne die stationäre Psychotherapie als Komplexleistung nicht mehr abgerechnet werden darf.

Unserer Erfahrung nach wäre den Patienten allerdings nicht gedient, stellte man ihnen körper- und bewegungstherapeutische Behandlungsmodule lediglich in einer langen Reihe von »Anwendungen« zur Verfügung, Anwendungen, die dann untereinander womöglich unverbunden bleiben. Denn ob sich die verschiedenen Elemente dieser z. T. durchaus unterschiedlichen Ansätze tatsächlich bruchlos in ein multimodales Therapiespektrum »integrieren« bzw. ohne Weiteres mit verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Perspektiven kombinieren lassen, ist eine völlig andere Frage. Auch das Herauslösen bestimmter therapeutischer Elemente bzw. Ansätze aus ihrem angestammten (z. B. fernöstlichen) kulturellen Entwicklungshintergrund stellt eine nicht unerhebliche Herausforderung für jedwede Form der Integration dar, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Frage nach der Identität bzw. Identifikation eines Therapeuten mit den jeweils zugrunde liegenden Vorstellungswelten und den darin beschriebenen Konstrukten. Hier ist unter Umständen eine beträchtliche Integrationsleistung im Sinne einer kontinuierlichen Teamarbeit erforderlich, um nicht in einen Polypragmatismus abzugleiten bzw. therapeutische Parallelprozesse zu induzieren, die dann eben nicht mehr integriert werden können, sondern einen Patienten möglicherweise sogar eher verwirren. Für eine gelungene Integration ist zum einen das gegenseitige Verständnis der verschiedenen Be-

handler eines multiprofessionellen Teams unabdingbare Voraussetzung, genauso wie deren Beziehungsfähigkeit untereinander angesichts nicht zu vermeidender Teamkonflikte. Aber auch die Kenntnis der jeweils anderen Verfahren und deren Wirkprinzipien (nach Möglichkeit auf der Grundlage einer gewissen Selbsterfahrung mit diesen Methoden, sei diese auch noch so minimal) spielt eine wichtige Rolle. Dies stellt nicht nur eine Anforderung an gut ausgebildete Körper- und Bewegungstherapeuten dar, denn nur solche sollten in teil-/stationären Settings tätig werden: Körpertherapie kann genauso wenig nebenher »gemacht« werden wie Psychoanalyse. Dem widerspricht nicht das Herausstellen »praxeologischer« Aspekte (Waibel et al. 2009, S. 5) der Körper- und Bewegungstherapien im Sinne einer allgemeinen Praxisnähe. Körper- und Bewegungstherapie sind als solche zwar nicht theoriefeindlich, im klinischen Alltag dürfte es aber nicht auf die Klärung tiefgründiger philosophischer Fragen der Leib-Seele-Problematik ankommen, sondern auf therapeutisch begleitete Körpererfahrungen, die den »ganzen« Menschen in den Blick nehmen bzw. einen kranken Menschen »ganz« erreichen, ohne ihn auf »Körper« oder »Seele« oder welches andere Konstrukt auch immer zu reduzieren.

## Literatur

- Bauer J. Das Gedächtnis des Körpers. Frankfurt: Eichborn 2002.
- Bielefeld J (Hrsg). Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen: Hogrefe 1986.
- Brähler E (Hrsg). Körpererleben. Ein vernachlässigter Aspekt der Medizin. In: Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Gießen: Psychosozial Verlag 1995; 3–18.
- Brooks C. Erleben durch die Sinne. München: DTV 1991.
- Ehrenberg A. Das erschöpfte Selbst. Frankfurt: Suhrkamp 2008.

- Freud S. Das Ich und das Es. 1923. GW XIII. 8. Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer 1976; 235–89.
- Gallagher S. *How the Body Shapes the Mind*. New York: Oxford University Press 2005.
- Gräff C. *Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta 2008.
- Hartmann H, Schilder P. Körperinneres und Körperschema. *Zentralbl Ges Neurol Psychiatr* 1927; 109: 666–75.
- Head H, Holmes G. Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain* 1911; 34: 102–254.
- Jacobson E. *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. Aus dem Amerikanischen von Karin Wirth. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 1990.
- Joraschky P. Das Körperschema und das Körper selbst. In: Brähler E (Hrsg). *Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele*. Gießen: Psychosozial Verlag 1995; 34–49.
- Kabat-Zinn J. *Gesund durch Meditation*. München: Knaur 2013.
- Klinkenberg N. *Achtsamkeit in der Körperverhaltentherapie. Ein Arbeitsbuch mit 20 Probiersituationen aus der Jacoby/Gindler Arbeit*. Stuttgart: Klett-Cotta 2007.
- Koch S. *Embodiment. Der Einfluss von Eigenbewegung auf Affekt, Einstellung und Kognition. Experimentelle Grundlagen und klinische Anwendungen*. Berlin: Logos 2011.
- Lambert MJ. *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy Research an Behavior Change*. 6th ed. New York: Wiley 2013.
- Lichtenberg JD. The testing of reality from the standpoint of the body self. *J Am Psychoanal Assoc* 1978; 26: 357–83.
- Ludwig S. Elsa Gindler. *Von ihrem Leben und Wirken. Wahrnehmen, was wir empfinden*. Hamburg: Christians 2002.
- Martin A, Svaldi J. Körperbild und Körperbildstörungen. *Psychotherapeut* 2015; 60(6): 475–6.
- Mentzos S. *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt a. M.: Fischer 1998.
- Merleau-Ponty M. *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter 1966.
- Michalak J, Heidenreich T, Williams JM. *Achtsamkeit*. Göttingen: Hogrefe 2012.
- Middendorf I. *Der erfahrbare Atem – Eine Atemlehre*. Paderborn: Junfermann 1984.
- Nitzsche FW. *Menschliches, Allzumenschliches. Ein Buch für freie Geister*. Chemnitz: Verlag Ernst Schmeltzner 1878.
- Petzold HG. Der informierte Leib. In: Waibel MJ, Jakob-Krieger C (Hrsg). *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und Ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer 2009; 27–44.
- Pick A. Zur Pathologie vom Bewußtsein des eigenen Körpers. Ein Beitrag aus der Kriegsmedizin. *Neurol CBL* 1915; 34: 257–65.
- Plassmann R. Körperbild, Körperschema, Körper selbst. In: Merten W, Waldvogel B (Hrsg). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2008; 396–9.
- Rosa H. *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp 2016.
- Salge H. *Analytische Psychotherapie zwischen 18 und 25*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2017.
- Schilder P. *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewusstsein des eigenen Körpers*. Berlin: Springer 1923.
- Schilder P. *The Image and the Appaerance oft the Human Body*. New York: International University Press 1938.
- Schmidt E (Hrsg). *Zur Bedeutung des Körperbildes*. In: *Konzentrierte Bewegungstherapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2016; 3–20.
- Schonecke OW, Herrmann J. Psychophysiologie. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiak W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1995; 161–97.
- Schonecke OW, Muck-Weich C. Methoden der Verhaltensmodifikation. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiak W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1995; 409–27.
- Schultz JH. *Das autogene Training (konzentrierte Selbstentspannung). Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung*. Leipzig: Thieme 1932.
- Stolze H (Hrsg). *Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen*. 2. Aufl. Berlin: Springer 1989.
- Stolze H. Symbol, Symbolik, Symbolisieren. In: Schmidt E (Hrsg). *Konzentrierte Bewegungstherapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2016; 21–6.
- Tomkins S, Izard CE. *Affect, Cognition and Personality. Empirical Studies*. New York: Springer 1965.
- Uexküll T v. Der Körper als Problem der psychosomatischen Medizin. *Psyche* 1961; 15: 76–87.

Uexküll T v. Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und somatischen Medizin. *Prax Psychother Psychosom* 1985; 30: 95–103.

Waibel MJ, Petzold HG. Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In: Waibel MJ, Jakob-Krieger C (Hrsg). *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und Ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer 2009; 81–97.

Waibel MJ, Petzold HG, Orth I, Jakob-Krieger C. Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT). In: Waibel MJ, Jakob-Krieger C (Hrsg). *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und Ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer 2009; 1–20.



## 15 Innere und äußere Bilder – Kunst- und Gestaltungstherapie

Alexandra Danner-Weinberger und Wolfgang Wöller

### 15.1 Einleitung und Begriffsklärung

Die Kunst- und Gestaltungstherapie gehört heute zum festen Bestandteil stationärer Psychotherapie. Im Rahmen integrativer Konzepte werden diese Therapieformen nicht als begleitende Verfahren aufgefasst, vielmehr kommt ihnen – ebenso wie der Musiktherapie oder der Körpertherapie – eine eigenständige therapeutische Bedeutung im gesamten Behandlungsplan zu (Janssen 1982) (► Abb. 15-1).



Abb. 15-1 »Herz im Regen«

Zentraler Ausgangspunkt der Kunsttherapie und bis heute eine ihrer wichtigsten Quellen ist die Psychoanalyse mit ihrem vertieften Blick auf unbewusste Prozesse. Freuds Entdeckungen der Bildsprache des Traumes und seine Schriften zur Kunst und Kunstwirkung bilden nach wie vor eine Basis in der therapeutischen Arbeit mit Bildern (Mechler-Schönach 2005).

C. G. Jung (1955, 1984) und seine Schülerinnen und Schüler beziehen sich mehr auf das kollektive Unbewusste. Jungs Archetypenlehre und die Methode der »aktiven Imagination«, eine Maltherapie, die bildnerische Ausdrucksmöglichkeiten in die psychoanalytische Arbeit einbezog, sind bis heute Quellen vieler kunsttherapeutischer Konzepte (Riedel 2016).

Eine andere Linie der Entwicklung der Kunsttherapie führt in die Psychiatrie des 20. Jahrhunderts (Biniek 1982; Günter 1989). Die bildnerischen Darstellungen Geisteskranker (Navratil 1965; Prinzhorn 1919) wurden als Ausdruck unbewusster Prozesse verstanden. Später beschäftigte sich Kris (1936) mit dem Malen als therapeutischem Mittel im Rahmen der Behandlung von Psychosen. Wichtige Impulse kamen auch aus der amerikanischen Kunsttherapie von Naumburg (1973) und Kramer (1978).

So haben sich in den letzten Jahrzehnten verschiedenste Formen und Ansätze der Kunsttherapie entwickelt:

- Mechler-Schönach verweist in »Kunsttherapie und ihre 47 Namen« auf »den der

*Kunsttherapie eigenen, immanenten Freiraum, der Platz lässt für individuelle Vorgehensweise und Lösungswege» (Martius et al. 2008, S. 11).*

- Menzen (2008) unterscheidet den kunstpädagogischen Ansatz in der Kunsttherapie, den ergotherapeutischen Ansatz, den kreativ- und gestaltungstherapeutischen sowie den tiefenpsychologischen Ansatz.
- Martius und Marten (2014) sprechen von ressourcen-, erlebnis-, handlungs-, beziehungs- und bewältigungsorientierten Konzepten in der Kunsttherapie.
- Baukus und Thies (1997) differenzieren zwischen den psychiatrischen, den künstlerisch-pädagogischen, den heilpädagogischen, den anthroposophischen, den psychotherapeutischen, den rezeptiven und den integrativen Konzepten.
- Haffke und Schütz führen die Bezeichnungen »emotionszentrierte und emotionsbasierte Kunsttherapie« ein (Haffke 2014).

Alle Ansätze nutzen das gestalterische Handeln zu therapeutischen Zwecken; ihnen gemeinsam ist der Einsatz von künstlerischen Medien (Schrode 1995).

Dem Kunsttherapeuten fällt einerseits die Aufgabe zu, die Fähigkeit der Patienten zur kreativen Ausdrucksweise zu fördern, andererseits den damit verbundenen Erkenntnisprozess mittels Verbalisierung zu unterstützen.

Kunst- und Gestaltungstherapie kann als Gruppen- oder Einzelarbeit durchgeführt werden; im stationären Rahmen kommt meist die Gruppenarbeit, in geringerem Maße auch die Einzelarbeit zur Anwendung.

Wenn auch der Begriff »**Kunsttherapie**« üblicherweise als Überbegriff dient, können wir mit der Wahl der Begriffe »Kunsttherapie« oder »Gestaltungstherapie« zwei unterschiedliche Strömungen innerhalb der Kunsttherapie unterscheiden: In einem Falle wird

dem Prozess des Gestaltens und der Gestaltung selbst eine therapeutische Funktion zugeschrieben (Kramer 1978). Im anderen Fall, namentlich in der psychoanalytisch orientierten und tiefenpsychologisch fundierten Gestaltungstherapie, steht nicht der künstlerische, gestalterische Prozess im Vordergrund, sondern der mit der verbalen Aufarbeitung des Gestalteten verbundene Erkenntnisprozess (z.B. Baukus & Thies 1997; Schmeer 2002, 2003, 2006, 2015).

Erstreckte sich der Begriff »**Gestaltungstherapie**« ursprünglich in einem weiteren Sinne auf eine Vielzahl künstlerisch-therapeutischer Therapieformen – einschließlich Tanztherapie und Musiktherapie (Franzke 1972) –, so hat sich seine Verwendung in den letzten Jahren auf Therapieformen mit dem Einsatz bildnerischen und plastischen Gestaltens reduziert. Als eine verwandte Methode wird die **Maltherapie** praktiziert, die sich von der Gestaltungstherapie im Wesentlichen durch die Beschränkung auf das Malen unterscheidet (Dreyfuss-Kattan 1986; Franzke 1972; Janssen 1982; Janssen & Hekele 1986; Steinbauer & Taucher 1993).

### Definition

Als »**tiefenpsychologisch fundierte Gestaltungstherapie**« kann also eine Therapieform bezeichnet werden, die auf der Basis des Krankheitsverständnisses der Psychoanalyse und der Analytischen Psychologie bildnerische Mittel zur Behandlung von psychischen Erkrankungen einsetzt (Schrode 1995).

Entsprechend der Begriffsdefinition wird hier explizit eine Strömung beschrieben, dennoch wird der Begriff »**tiefenpsychologisch orientierte Kunsttherapie**« in Forschung, Lehre und klinischer Praxis verwendet.

Die jüngste Weiterentwicklung innerhalb der tiefenpsychologisch fundierten Ausrich-

tung ist die **mentalisiierungsbasierte Kunst- bzw. Gestaltungstherapie**. Das Konzept der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) wurde in den letzten Jahren von Bateman und Fonagy (2015) in London weiterentwickelt. Die bedeutende Veränderung besteht darin, Deutung und Konfrontation eher zu vermeiden und stattdessen konsequent die explizite Erforschung mentaler Zustände, Emotionen und Affekte mittels spezieller Fragetechniken zu fokussieren (Schultz-Venrath & Felsberger 2016). Schwerpunkt der mentalisierungsbasierten kunsttherapeutischen Behandlung ist, die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten zu unterstützen – *»als die eigentliche menschliche Fähigkeit sowohl die eigenen als auch die fremden psychischen Befindlichkeiten zu begreifen«* (Schultz-Venrath 2013, S.15). Des Weiteren erschien 2016 das erste Handbuch einer Reihe »Mentalisieren in Klinik und Praxis«; zeitgleich formierte sich ein deutschsprachiges »Netzwerk Mentalisieren«.

Die Begriffe »Kunsttherapie« und »Gestaltungstherapie« bezeichnen also Psychotherapieformen, die von der **Beschäftigungstherapie** abzugrenzen sind, in der es eher um die Förderung der Funktionslust, die Erhöhung des Spannungsbogens bei der Erstellung eines Produktes und die Förderung der Konzentrationsfähigkeit geht, während die Darstellung von konflikthaften Inhalten in den Hintergrund tritt (Bonstedt-Wilke & Rüger 1997).

Der Oberbegriff »**nonverbale Therapien**« ist zwar verbreitet, um alle mit künstlerischen Medien arbeitenden Therapieverfahren zusammenzufassen; er ist jedoch problematisch, da – zumindest nach der hier dargestellten Auffassung – verbale Elemente die Arbeit mit künstlerischen Medien notwendig ergänzen. In vielen Kliniken werden diese Therapieverfahren unter dem Begriff »Spezial- oder Kreativtherapien« zusammengefasst.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf die tiefenpsychologisch

(psychoanalytisch) fundierte Kunst- bzw. Gestaltungstherapie und auf die tiefenpsychologisch (psychoanalytisch) orientierte Maltherapie.

## 15.2 Zielsetzung

Die Ziele der tiefenpsychologisch (psychoanalytisch) fundierten Kunst- bzw. Gestaltungstherapie und der analytisch orientierten Maltherapie entsprechen den Zielen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie.

Spezifisch geht es darum, Kreativität in den Dienst von Veränderungs- und eventuell auch Heilungsprozessen zu stellen. Ziel ist es, über kreatives Gestalten und Erleben sowohl mit eigenen und fremden Gefühlen und Gedanken als auch mit eigenen und fremden mentalen Zuständen in Berührung zu kommen. Dabei wird Kontakt zu den unbewussten, nicht gelebten Emotionen und Persönlichkeitsanteilen gefördert und ein Möglichkeitsraum geschaffen, bisher unbewusste, abgewehrte oder projizierte Bereiche als etwas Eigenes zu erleben (► Abb. 15-2).

Indem man gefürchteten Objekten oder Anteilen eine Form gibt, bringt man sie unter symbolische Kontrolle. Widersprüchliche, unvereinbare Gegensätze können so als Pole eines Ganzen integriert werden und ein intensiverer Kontakt zu sich selbst, zu einem tiefenseelischen Bildverständnis wird möglich (Baumann 1994). Fonagy spricht von der »*Erzeugung eines inneren Selbstnarrativs*« (Bateman & Fonagy 2015, S.30).

Gegenstand des gestaltungstherapeutischen Arbeitens sind gleichermaßen der Gestaltungsprozess, das Produkt der Gestaltung und das Gespräch über die Gestaltung.



**Abb. 15-2** Mentalisieren von Gefühlen. Mithilfe von Transparentpapier versucht eine Patientin, das leere Gesicht mit verschiedenen Emotionen zu füllen, und wählt schließlich das einzige farbige Bild, »Mein Gefühl, wenn ich spreche«, als das »Gesicht neben meinem Partner« (► ausführliche Fallbeispiele zur Transparentpapier-Methode in Danner-Weinberger 2008).

## 15.3 Wirkprinzipien

Über Wirkfaktoren der Kunst- und Gestalttherapie liegen wenige, empirisch abgesicherte Befunde vor, meist lediglich auf kasuistischer Grundlage. Viele der folgenden Aussagen zu den Wirkfaktoren der Kunst- bzw. Gestaltungstherapie beruhen auf Expertenwissen.

### 15.3.1 Erleichterte Darstellung unbewusster Konflikte

Man geht davon aus, dass durch die gestalterische Darstellung regressive Prozesse eingeleitet und schöpferische Kräfte geweckt werden, die den Patienten einen Zugang zu ihren Fantasien und Emotionen und damit auch zu vor-

und unbewussten Konflikten ermöglichen. Es wird vermutet, dass unbewusste Konflikte in der eher spielerischen und daher angstfreien Atmosphäre des Gestaltens besser und schneller zur Darstellung kommen können als durch verbale Ausdrucksformen. Grundlage für diese Annahme ist die Beobachtung, dass gestalterische Medien die Eigenschaft haben, Abwehrstrategien außer Kraft zu setzen und vorsprachliche Ebenen zu erreichen, sodass sowohl ein rascherer Zugang zur Emotionalität als auch zu vor- und unbewussten Konflikten möglich wird (Jacobi 1977; Reiter 1988; Schottenloher 1989). Indem eine Externalisierung intrapsychischer Konflikte in Form bildnerischer Produktionen angestrebt wird, können Aufschlüsse über die spezifische Kon-



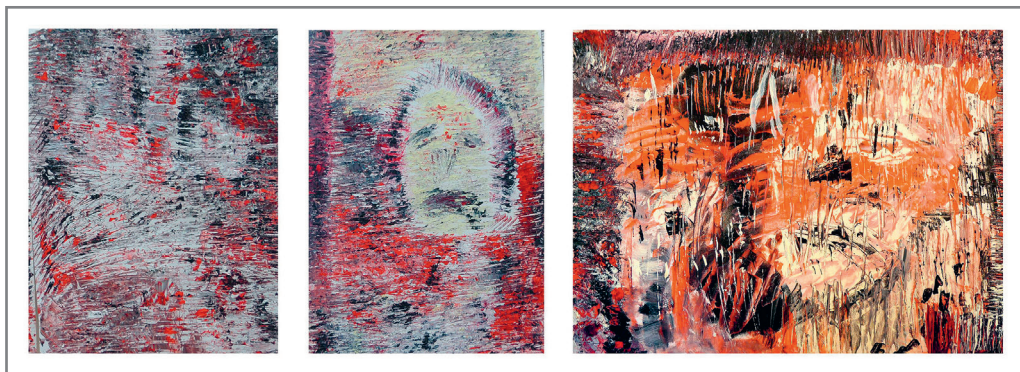


**Abb. 15-3** Eine Patientin erkennt in ihrem Spachtelbild die Züge ihres psychotischen Vaters.

fliktdynamik und über die Persönlichkeitsstruktur des Gestalters gewonnen werden. Dies erleichtert eine Interpretation nach tiefenpsychologischen Kriterien (Janssen 1982). Gestaltungen können auf diese Weise als Manifestationen des Unbewussten, ähnlich wie Träume, aufgefasst und unter Zuhilfenahme von Einfällen und Kontextinformationen durch Bewusstmachung der symbolischen Ausdrucksvorgänge gedeutet werden (► Abb. 15-3).

### 15.3.2 Einsichtsförderung

Da die persönliche Gestaltung – im Gegensatz zum gesprochenen Wort – auch nach Abschluss des Gestaltungsprozesses sichtbar bleibt und auf diese Weise das eigene Erleben dem Gestalter in objektivierter Form gegenübertritt, ergibt sich die Möglichkeit einer intensivierte Auseinandersetzung bei gleichzeitiger Möglichkeit der distanzierten Betrachtung. Es wird daher angenommen, dass das Betrachten der eigenen Gestaltung die Integration verdrängter oder vorbewusst gebliebener psychischer Inhalte fördert.

### 15.3.3 Spannungsregulierung

Es wird weiterhin vermutet, dass eine Minderung intrapsychischer Spannungszustände erreicht werden kann, indem durch kreatives Handeln kanalisierte Formen des Ausdrucks für als gefährlich erlebte Impulse geschaffen werden (Müller-Braunschweig & Möhlen 1980). Durch die Externalisierung widersprüchlicher und unlustvoller Affekte kann das Ich vor einer Angstüberflutung infolge andrängender Impulse geschützt werden (Fulde 1988) (► Abb. 15-4).

### 15.3.4 Ich-Stärkung

In den letzten Jahren wurden zunehmend auch Ich-psychologische Aspekte der Kunst- und Gestaltungstherapie betont. Indem kreative Ich-Funktionen geweckt oder wiederbelebt werden (► Abb. 15-5), kann eine Ich-Stärkung erreicht werden, welche

- das Selbstvertrauen und das Vertrauen in die eigene Problemlösefähigkeit verbessert,
- die Voraussetzung für die Bewältigung intrapsychischer Konflikte schafft,
- die Notwendigkeit pathologischer Abwehroperationen und Symptombildungen vermindert,

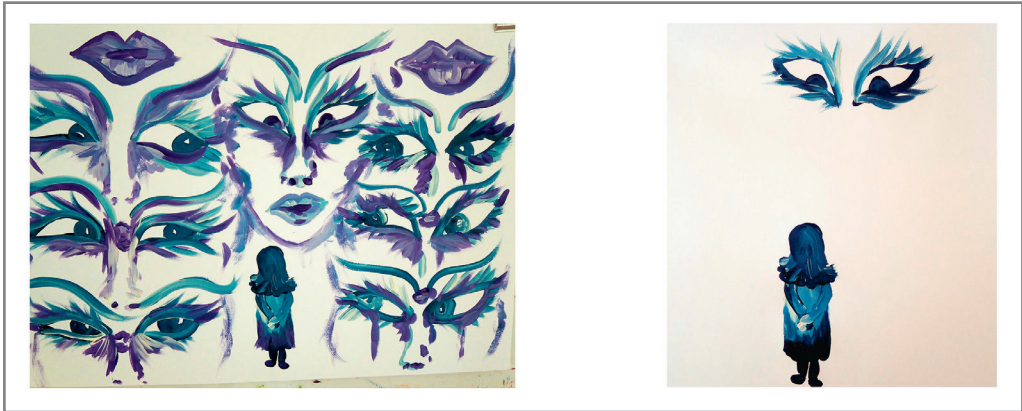


**Abb. 15-4** Mithilfe der »Transparentpapier-Methode« distanziert sich die Patientin von der »gewaltigen Angst«.

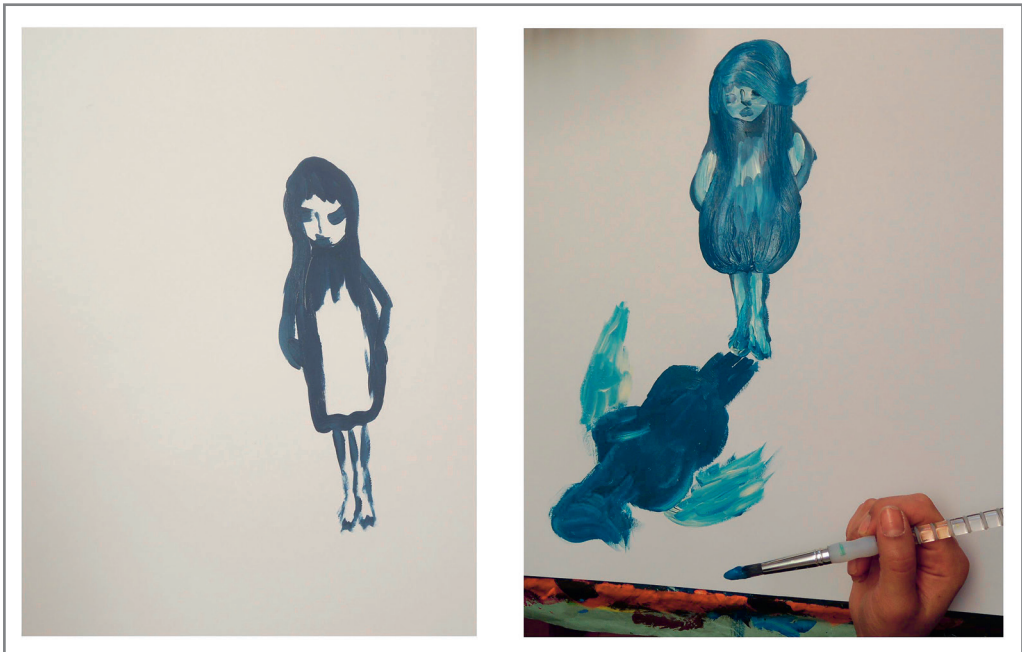


**Abb. 15-5** Schattenarbeit. Erst durch Integration intrapsychischer Konflikte füllt sich der leere Körper.

- die Sublimationsleistung des Patienten erhöht (Kramer 2014),
- das Gefühl der persönlichen Identität fördert (Kramer 2014; Noy 1979; Schottenloher 1989).

### 15.3.5 Beziehungserfahrung

Bei sorgfältiger Beachtung der Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung können, ähnlich wie in den verbalen psychodynamisch orientierten Therapieformen, in der



Beziehung zum Kunsttherapeuten und ggf. zu den Mitpatienten der Gruppe korrigierende emotionale Erfahrungen gemacht werden, die sich therapeutisch nutzbringend auswirken.

Im stationären Setting zeigen sich vor allem in der Gestaltung die unbewussten Konfliktkonstellationen, die Übertragungen und Widerstände des Patienten bei der Reaktualisierung der Konflikte (Janssen 1982).

Im Vergleich mit verbal orientierten Therapien muss sich ein Kunsttherapeut aber nicht nur zum Patienten verhalten und eine therapeutische Beziehung mit ihm gestalten können, sondern er muss auch mit der künstlerischen Arbeit umgehen, die im Rahmen dieser Beziehung entsteht. Sowohl der Patient als auch die Gestaltung fordern Respekt und Verantwortung des Therapeuten (Dannecker 2010). Es geht also nicht nur um die Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten, sondern auch um die Beziehung zu einer dritten Dimension, dem künstlerischen Werk oder dem künstlerischen Prozess (von Essen 2017).

### 15.3.6 Förderung der Mentalisierungsfähigkeit

Sowohl das gemeinsame Gestalten als auch die gemeinsame Reflexion der Gestaltung innerhalb der Gruppe bieten eine besondere Möglichkeit, das Erleben von sich selbst und anderen zu erforschen. Indem der Fokus der Betrachtung auf die explizite Erforschung mentaler Zustände, Emotionen und Affekte gesetzt wird, kann geübt werden, sich einerseits in den anderen hineinzufühlen und sich andererseits mit den Augen des anderen zu sehen.<sup>4</sup>

---

4 Dies stützt sich unter anderem auf die mentalisierungsbasierte psychotherapeutische Arbeit in der Psychosomatischen Klinik der Universität Ulm und im Evangelischen Krankenhaus Bergisch Gladbach.

## 15.4 Ergebnis- und Prozessforschung

Seit einigen Jahren spielt die Forschungsperspektive auch in der Kunsttherapie eine zunehmende Rolle.

In Hochschulen für Kunsttherapie – wie der Hochschule für Kunsttherapie in Nürtingen, die seit 2016 in die Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtingen-Geislingen (HfWU) integriert ist, der Hochschule für Künste im Sozialen, Ottersberg, und der Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft – sind entweder Forschungsinstitute entstanden, die die empirische Forschung vorantreiben, oder sie sind in Kooperation mit einem Forschungsinstitut wie die private Medical School Hamburg (MSH) mit dem International Institute for Subjective Experience and Research (ISER). Darüber hinaus befindet sich ein Verein »Wissenschaftliche Fachgesellschaft« für künstlerische Therapien (WIKT) in Gründung.

Trotz grundsätzlicher Bedenken gegenüber einem nomothetischen Wissenschaftsverständnis (Petersen 1990) finden sich zunehmend einige empirische Untersuchungen zur Überprüfung der Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierter Kunsttherapie bzw. Gestaltungstherapie.

Es liegt eine Untersuchung von Zimmer et al. (1992) zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Maltherapie vor. Die Autoren fanden, dass Patienten mit zusätzlich verordneter Maltherapie, verglichen mit einer Kontrollgruppe, eine deutlichere Antriebssteigerung, stärkere Verringerung des Ordnungsbedürfnisses und des Misstrauens gegenüber anderen Menschen sowie eine deutlichere Reduzierung des Vermeidungsverhaltens erfuhren. Die Kontrollgruppe war hinsichtlich der Items des »Psychischen und Sozialkommunikativen Befundes« (PSKB Rudolf 1981) parallelisiert, die sich empirisch als Indikationskri-

terien für die Zuweisung zur Maltherapie herausgestellt hatten.

Baumann (1994) wertete in einer Prozessstudie an 600 Patienten subjektive Stellungnahmen zu verschiedenen Therapieangeboten eines mehrdimensionalen Therapiekonzepts zum Zeitpunkt der Klinikentlassung aus. In einer Kontentanalyse wurde deutlich, dass Patienten der tiefenpsychologisch orientierten Gestaltungstherapie gegenüber den übrigen psychotherapeutischen Angeboten eine bevorzugte Rolle hinsichtlich des Zugangs zu unbewussten psychodynamischen Prozessen einräumten.

Von Plecity et al. (2009) sowie Oster et al. (2014, 2016) wurden Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit der tiefenpsychologisch orientierten Kunst- bzw. Gestaltungstherapie am Uniklinikum Ulm durchgeführt. Die Auswertung der Interviews zu den kunsttherapeutischen Verläufen mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ergab zusammengefasst, dass das künstlerische Gestalten Möglichkeiten eröffnet, sich selbst kennenzulernen, Zugang zu Gefühlen zu bekommen sowie Konflikte zu verstehen und zu kommunizieren. Des Weiteren zeigten die Befragungen, dass sowohl die Inhalte der Gestaltungen als auch der Prozess der Gestaltung für zwei Drittel der Befragten von großer Bedeutung waren. Im Erleben der Mehrzahl der Patienten war die psychodynamische Kunsttherapie ein wichtiger und nützlicher Teil der multimodalen Gesamtbehandlung (Oster et al. 2014, 2016; Plecity et al. 2009).

## 15.5 Therapeutisches Vorgehen

Die Vorgehensweise bei der Kunst- und Gestaltungstherapie variiert in den einzelnen Verfahren, zeigt aber als wesentliche Gemeinsamkeit die regelmäßige Abfolge von Gestaltungsprozess und anschließender tiefenpsy-

chologisch fundierter Reflexion (Martius et al. 2008; Schattmayer et al. 1989; Schmeer 2002, 2003, 2006, 2015; Schottenloher 1989). Schon in der ersten Therapiesitzung soll es den Patienten ermöglicht werden, sich gestalterisch auszudrücken. Sie werden darauf hingewiesen, dass nicht künstlerisch-ästhetische Leistung und Perfektion angestrebt werden, sondern vielmehr das Gestalten dem Ziel der Selbsterfahrung dient. Nicht das Endprodukt als Kunstwerk ist wichtig, sondern der Prozess der Entstehung selbst. Sowohl das künstlerische Material, die verschiedenen künstlerischen Techniken als auch das Thema der Gestaltung können den Patienten in Abhängigkeit von Art und Schwere der Störung, aber auch in Abhängigkeit von der gestaltungstherapeutischen Konzeption freigestellt oder vorgegeben werden.

**Raum und Zeit** Voraussetzungen für die Anwendung der tiefenpsychologisch orientierten Gestaltungstherapie oder der psychoanalytischen Kunsttherapie sind ein geeigneter Therapieraum, ausreichende Therapiezeit und die Verfügbarkeit passender Arbeitsmittel. Kunst- bzw. gestaltungstherapeutische Gruppen- oder Einzelbehandlung sollten als fester Bestandteil (zweimal wöchentlich) in den Behandlungsalltag stationärer Psychotherapie integriert sein. An Therapiezeit sollten pro Sitzung für Einzelarbeit 60 Minuten, für Gruppenarbeit mindestens 90 Minuten zur Verfügung stehen. Der Therapieraum sollte so beschaffen sein, dass er spontanes Gestalten ermöglicht und fördert. Idealerweise verfügt der Raum über genügend Platz, sodass das Malen und Arbeiten mit Materialien wie Stein, Holz oder Tonerde an unterschiedlichen Arbeitsplätzen möglich ist.

**Materialien** An Materialien werden üblicherweise angeboten: Öl- und Pastellkreiden, Buntstifte, Aquarellfarben, Fingerfarben,

Tempera, Acrylfarben, Tusche, verschiedenes Papier, Karton, Malplatten, Stoff, Schnur, Wolle und Filz, Tonerde, Sand, Speckstein, Holz, Gips, Mosaiksteinchen, Glasperlen, Kleber, Kleister, Klebebänder, Draht, Zeitschriften, alte Bücher, Seidenpapier, Servietten (für Collagen), Pinsel und Werkzeug u. a.

Der Einsatz von künstlerischen Materialien ist Teil des kunsttherapeutischen Prozesses. Jedes Material hat seine Besonderheiten und fokussiert damit bestimmte Themen (Wirtensohn-Baader et al. 2003).

Einerseits ist die freie Materialauswahl des Patienten als Ausdruck seines inneren Zustandes ernst zu nehmen, andererseits kann es gezielte Intervention sein, dem Patienten ein bestimmtes Material anzubieten, je nach körperlichen und seelischen Voraussetzungen.

*Stein* z.B. vermittelt Beständigkeit und Widerstand. Der Rohling wird über längere Zeit, unter Einsatz von verschiedensten Werkzeugen, gezielt geraspelt, gesägt, geschliffen, gemeißelt, geklopft, geschmirgelt und poliert. Die Form entsteht, indem der Gestaltende Material entfernt; Entferntes kann auch nicht wieder hinzugefügt werden. *Tonerde* hingegen kann der Förderung von leiblichen und haptischen Erfahrungen dienen. Dieses Material wird meist direkt mit der Hand geformt, geknetet, gedrückt und gequetscht, der Widerstand in der Arbeit mit Tonerde ist paradoxerweise gerade in der extremen Verformbarkeit des Materials begründet. Die endgültige Gestalt entsteht, indem Material weggenommen und hinzugefügt wird. So könnte es z.B. eine hilfreiche Intervention sein, eine Anorexie-Patientin, die wochenlang eine Steinfigur immer kleiner schleift, dazu zu bewegen, dieselbe Figur auch aus Tonerde zu formen. Dieses Material erlaubt es, in spielerischer Form dem Körper auch »Material« hinzuzufügen.

**Farbe** Die Farbe gilt als zentrales Medium in der Kunsttherapie. Für Patienten ohne kunsttherapeutische Vorerfahrung ist der Einstieg in den Malprozess oft schwieriger als die plastische Gestaltung. Angst vor dem »leeren weißen Blatt«, Prägung eines bewertenden Kunstunterrichtes in der Schulzeit, Furcht vor wertender Interpretation usw. können den experimentierenden Zugang zu Farben und Formen erschweren.

Möglichst offene Einführungen helfen den Patienten, ihre Befangenheit, anfängliche Ängste und Widerstände zu überwinden, z.B.: »Lassen Sie Ihre Hand einfach über das Papier gleiten und malen Sie das, was Ihre Hand malen möchte«, »Bringen Sie zum Ausdruck, was Sie gerade fühlen, lassen Sie Farben auf dem Papier tanzen«, »Drücken Sie mithilfe der Farben Ihrer Wahl aus, was Sie gerade am meisten beschäftigt, malen Sie, was Ihnen gerade in den Sinn kommt« oder »Denken Sie an eine Zeit oder Situation, in der Sie sich besonders gefühlt haben«.

Bei manchen Patienten kann es hilfreich sein, ihnen Vorgezeichnetes zum Ausmalen, wie Mandalas o. Ä., zur Verfügung zu stellen, um die ersten Hürden zu überwinden. Auch das Kleben von bunten Mosaiksteinchen, das Ausschneiden aus Zeitschriften, das Zusammensetzen und Kleben von Collagen, das Gestalten mit bedruckten Servietten, das Bemalen von Steinen oder Holzstückchen oder auch einfach nur das Betrachten von Bildbänden kann den Einstieg in den gestalterischen Prozess mit Farbe erleichtern.

Die Bedeutung der Farben und ihre Wirkung sind umstritten. Es geht nicht um die spezifischen Wirkungen, die den Farben in verschiedensten Farblehren zugesprochen werden. Rot muss nicht als aggressiv oder als lebendig empfunden werden und je nach augenblicklichem Gefühlszustand kann Blau anders als kühl oder kalt wirken. Vielmehr geben Art und Weise der Auswahl von Farbe

und des Umgangs mit Farbe Einblicke in mentale Zustände der Patienten (Trug & Kersten 2013): Setzt der Patient z. B. Zeichen, Striche, Fragmente, Flächen, Formen auf großes, kleines, dickes, dünnes Papier mit leuchtenden, matten, pastelligen, hellen, dunklen, wässrigen, öligen, deckenden, klaren Farben nebeneinander, übereinander, übermalt er oder hebt er Farben hervor? Gibt es eine Neigung zur Stereotypie, zur Pedanterie oder zur Formgenauigkeit? Wie ist die Farbkomposition und wie ist der Rhythmus? Gibt es Nuancen und wie ist es mit der Experimentierfreudigkeit? Darf ein Zufallsprodukt entstehen, z. B. mit nassen, ineinanderlaufenden Aquarellfarben? Oder versteckt sich hinter der Auswahl von Bunt- oder Graphitstiften das Bedürfnis nach Strukturierung und Differenzierung?

**Reflexion** Anschließend an die Gestaltungszeit werden die Patienten gebeten, ihre Gestaltungen der Gruppe zur Betrachtung und zur gemeinsamen Reflexion zur Verfügung zu stellen. Nach Winnicott (2015) ist es »the mothers face«, das den ersten emotionalen Spiegel bildet; erst über ihre Reflexion und Resonanz ist das Kind fähig, die eigenen Emotionen zu kennen. Diese Aufgabe übernehmen in der Bildbetrachtung sowohl die Gruppe als auch der Kunsttherapeut. Der Prozess sollte mit Fragen eingeleitet werden, die sich möglichst an die ganze Gruppe richten, z. B.: »Gibt es eine Gestaltung, die Sie in besonderer Weise berührt, angenehm oder unangenehm? Es kann die eigene Gestaltung sein oder die eines Mitpatienten.« Die Patienten sind aufgefordert, Gefühle, Gedanken und Einfälle zu den entstandenen bildnerischen Werken mitzuteilen und so ihr emotionales Erleben zu verbalisieren. Auch im Rezipieren der Gestaltungen der Mitpatienten fühlt, erlebt und handelt der Patient und kommt in Kontakt mit dem Inneren. Gemein-

sam wird versucht, die Gestaltungen im lebensgeschichtlichen Kontext zu verstehen. Der Kunsttherapeut leitet dabei die Patienten an, Verbindungen zwischen den Elementen der Gestaltungen und den eigenen Gefühlen und Konflikten herzustellen. Der Beziehungsdynamik zwischen dem Gestalter und dem Therapeuten bzw. den Mitpatienten der Gestaltungstherapiegruppe wird unter Beachtung der Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung besondere Aufmerksamkeit geschenkt. In der Resonanz auf Gestaltungen der Mitpatienten mentalisieren die Patienten sowohl eigene Gefühlszustände als auch die Gefühle der »Gestaltungsautoren« (Was fühle ich zur Gestaltung meines Mitpatienten und was, glaube ich, fühlte der Gestalter?).<sup>5</sup>

**Übergabe an das therapeutische Team** Die Integration der gestaltungstherapeutischen Arbeit im therapeutischen Gesamtteam erfordert die Weitergabe von Beobachtungen über den Gestaltungsprozess und über die sich darstellenden Inhalte an das Team. Idealerweise ist in dieser Übergabe auch eine Betrachtung der Gestaltungen möglich (► Kap. 16).

## 15.6 Indikation

Der Indikationsbereich der tiefenpsychologisch orientierten Kunst- und Gestaltungstherapie entspricht dem der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie und erstreckt sich auf die Gesamtheit der psychoneuroti-

<sup>5</sup> Dieses therapeutische Vorgehen stützt sich auf das Lebenswerk Gisela Schmeers, auf die Ausbildung in der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT) bei Schultz Venrath und auf die gemeinsame klinische Arbeit innerhalb des multimodalen, mentalisierungs-basierten Settings in der Psychosomatischen Klinik der Universität Ulm.

schen und psychosomatischen Symptombildungen.

Es ist jedoch für die spezielle Indikationsstellung zu beachten, dass eine Gestaltung oftmals ein Überangebot von Unbewusstem enthält (Schmeer 1994). Dadurch, dass spontanes Gestalten einen direkten Zugang zum Unbewussten herstellt, können bewährte Abwehrstrategien außer Kraft gesetzt und traumatische visuelle, auditive und kinästhetische Erinnerungen oder verdrängte Triebimpulse mobilisiert werden. Dies kann die Verarbeitungskapazitäten des Ich überfordern (Fulde 1988).

So wie eine Gestaltung oft ein Überangebot an Unbewusstem enthalten kann, wird auch progressive Dynamik fühlbar. Der Therapeut hinterfragt jede Intervention kritisch vor der Anwendung, er bespricht nur so viele Bildelemente, wie der Gestaltende integrieren kann, er berührt und dosiert heilsam.

Eine besondere **Indikation** für einen tiefenpsychologisch fundierten kunsttherapeutischen Zugang besteht für folgende Patientengruppen:

**Psychosomatisch erkrankte Patienten** Bei psychosomatisch erkrankten Patienten mit alexithymen Phänomenen, d.h. einem erschwerten Zugang zur Gefühlswelt, Fantasiearmut und der Neigung zu mechanistischem Denken, die ihr psychisches Leiden nicht angemessen verbalisieren können, kann die Kombination von bildnerischem Produzieren und anschließender Versprachlichung helfen, die emotionelle Ausdrucksstörung zu überwinden und die »Übersetzung« von der körperlichen in die sprachliche Ausdrucksform zu erleichtern (Becker & Lüdeke 1978; Bräutigam 1978; Köpp 1993).

**Patienten mit rationalisierenden oder schizoiden Abwehrstrukturen** Patienten mit der Neigung zu rationalisierendem und intellektuali-

sierendem verbalem Gesprächskontakt oder schizoid charakterneurotische Patienten können von der Gestaltungstherapie profitieren, sofern nicht das Gestalten in den Dienst ihrer Leistungsabwehr gestellt wird. In vielen Fällen bringen solche Patienten ihre Konflikte zuerst in der Gestaltungstherapie zum Ausdruck. Gestaltungstherapeutisch gut behandelbar sind auch Patienten mit Anorexia nervosa (Rosenkranz et al. 1992) oder andere essgestörte Patienten (Schattmayer 1989) mit eher rigider Abwehrstruktur.

Die Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten Kunst- bzw. Gestaltungstherapie verbietet sich bei Kontraindikation gegen eine tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (Martius et al. 2008; Schattmayer et al. 1989; Schottenloher 1989).

Zur Indikation von Kunsttherapie im Allgemeinen gibt es unterschiedliche Haltungen (zur Indikationsstellung von Kunst- und Musiktherapie innerhalb eines multimodalen mentalisierungsasierten Settings ► Kap. 16).

Vorausgesetzt, Kunsttherapeuten

- nutzen die vielfältigen kunsttherapeutischen Möglichkeiten (► Danner-Weinberger 2008), um die Patienten je nach ihren innerpsychischen Voraussetzungen zu unterstützen und ihre Themen in kreative Prozesse zu übersetzen,
- verstehen es, mit besonderen Situationen umsichtig umzugehen und
- vermeiden eine zu rasch einsetzende Konfrontation mit unbewussten psychischen Inhalten, welche die Verarbeitungskapazität des Ich überfordern würde,

besteht keine Kontraindikation für die Anwendung von Kunsttherapie (► Abb. 15-6).





**Abb. 15-6**  
»Mein Ich-Haus«

## 15.7 Aus- und Weiterbildung

In Deutschland gibt es entsprechend den unterschiedlichen zugrunde liegenden theoretischen Konzepten und den jeweiligen therapeutischen Ausrichtungen verschiedene Aus- und Weiterbildungsangebote zum Kunst- und Gestaltungstherapeuten.

Es existieren Ausbildungsangebote in Kunsttherapie

- als Hochschulstudium, z.B. an der ehemaligen Hochschule für Kunsttherapie in Nürtingen, die seit 2016 in die Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtingen-Geislingen (HfWU) integriert ist, an der Hochschule für Künste im Sozialen, Ottersberg, und an der Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft;
- als Studienschwerpunkte innerhalb anderer Studiengänge auf Fachhochschul- und Hochschulebene, z.B. an der Akademie der Bildenden Künste in München, an der Heilpädagogischen Fakultät der Universität Köln;
- als privatrechtliche Aufbaustudiengänge



und mehrjährige berufsbegleitende Weiterbildungen, z.B. am Institut für Kunst- und Gestaltungstherapie (IKT) in München, in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtingen-Geislingen (HfWU).

Sowohl der »Deutsche Arbeitskreis Gestaltungstherapie/Klinische Kunsttherapie e. V.« (DAGTP) als auch das Institut für Kunst- und Gestaltungstherapie (IKT) in München bieten eine vierjährige berufsbegleitende Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Kunst- und Gestaltungstherapie an, die u. a. 120 Stunden Gruppenselbsterfahrung in tiefenpsychologisch fundierter Gestaltungstherapie bei einem der Lehrtherapeuten des DAGTP und mindestens 150 Stunden psychoanalytische oder gestaltungs- bzw. kunsttherapeutische Einzelselbsterfahrung bei dafür autorisierten Therapeuten beinhaltet (Böhler 1988; Schattmayer et al. 1989; Wichelhaus 1996).

## Literatur

- Bateman AW, Fonagy P. Handbuch Mentalisieren. Gießen: Psychosozial-Verlag 2015.
- Baukus P, Thies J (Hrsg). Kunsttherapie. 2., neubearb. & erw. Aufl. Stuttgart: Urban & Fischer 1997.
- Baumann J. Themenbezogene analytische Gestaltungstherapie als Gruppenpsychotherapie. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 1994; 5: 181–7.
- Becker H, Lüdeke H. Erfahrung mit der stationären Anwendung psychoanalytischer Therapie. Psyche 1978; 32: 1–20.
- Biniek E. Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1982.
- Böhler US. Gestaltungstherapie. In: Schepank H, Tress W (Hrsg). Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Berlin, Heidelberg: Springer 1988.
- Bonstedt-Wilke I, Rüger & Kunst- und Gestaltungstherapie. In: Heigl-Evers A, Heigl, Ott J, Rüger U (Hrsg). Lehrbuch der Psychotherapie. 3. überarb. Aufl. Lübeck, Stuttgart, Jena, Ulm: Fischer 1997.
- Bräutigam W. Verbale und präverbale Methoden in der stationären Therapie. Z Psychosom Med Psychoanal 1978; 24: 146–55.
- Dannecker & Die Wirksamkeit der Werte – Ethik in der Kunsttherapie. In: Sinapius P (Hrsg). Bildtheorie und Bildpraxis in der Kunsttherapie. Graz: Nausner & Nausner 2010; 76–9. [www.nnv.at](http://www.nnv.at) (letzter Zugriff: 30. 12. 2017).
- Danner-Weinberger A. Kunsttherapie bei essgestörten Patientinnen. In: Martius P, von Sprei F, Henningsen P (Hrsg). Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München, Jena: Urban & Fischer 2008; 299–306.
- Dreyfuss-Kattan E. Praxis der klinischen Kunsttherapie. Mit Beispielen aus der Psychiatrie und Onkologie. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber 1986.
- Essen U v. Kunst ist der Anfang. Kunsttherapie bei Autismus-Spektrum Störungen. 2017. [www.uta-von-essen.de](http://www.uta-von-essen.de) (letzter Zugriff: 22. 12. 2017).
- Franzke E. Zur Indikation gestalterischer Verfahren in der analytischen Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal 1972; 8: 45–8.
- Fulde I. Umgang mit dem Bildnerischen aus psychoanalytischer Sicht. In: Kurz H (Hrsg). Gestaltungstherapie. Almanach 1986. Stuttgart: Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie 1988.
- Günter M. Gestaltungstherapie – Zur Geschichte der Mal-Ateliers in Psychiatrischen Kliniken. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber 1989.
- Haffke H. Emotionsbasierte Kunsttherapie. Göttingen: Hogrefe 2014.
- Jacobi J. Vom Bilderreich der Seele. Olten: Walter 1977.
- Janssen PL. Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psyche 1982; 35: 541–71.
- Janssen PL, Hekele W. Die therapeutische Bedeutung des Malens im Gruppenprozeß stationärer psychoanalytischer Behandlungen. Gruppenpsychother Gruppensdynamik 1986; 22: 151–65.
- Jung CG. Mysterium coniunctionis. GW Bd. 14/2. Olten: Walter 1955.
- Jung CG. Ziele der Psychotherapie. GW Bd. 1. Olten: Walter 1984.
- Köpp W. Gestaltungstherapie bei Anorexia nervosa – ein Fallbericht. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 1993; 4: 25–8.
- Kramer E. The problems of quality in art. In: Ulman

- E, Dachinger P (eds). *Art Therapy and Practice*. New York: Shoken Press 1978.
- Kramer E. *Kunst als Therapie mit Kindern*. 6. Aufl. München, Basel: E. Reinhardt 2014.
- Kris E. Bemerkungen zur Bildnerie der Geisteskranken. *Imago* 1936; 22: 339–70.
- Martius P, Marten D. *Kunsttherapie – Grundlagen und Anwendungen*. *Psychotherapeut* 2014; 59: 329–43.
- Martius P, von Sprei F, Henningsen P. *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München, Jena: Urban & Fischer 2008.
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz 2010.
- Mechler-Schönach C. *FreiRaum*. *Psychotherapeut* 3/2005. [www.springermedizin.de/freiraum/8284988](http://www.springermedizin.de/freiraum/8284988) (letzter Zugriff: 22. 12. 2017).
- Menzen KH. *Grundlagen der Kunsttherapie*. Stuttgart: UTB 2008.
- Müller-Braunschweig H, Möhlen K. Averbale Therapieformen bei Anfallsleiden. *Psyche* 1980; 34: 1073–91.
- Naumburg M. *An Introduction to Art Therapy*. New York: Teachers College Press 1973.
- Navratil L. *Schizophrenie und Kunst. Ein Beitrag zur Psychologie des Gestaltens*. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag 1965.
- Noy P. Form creation in art: an ego-psychological approach to creativity. *Psychoanal Q* 1979; 48: 229–56.
- Oster J, Poetsch S, Danner-Weinberger A, Wietersheim J v. Patientenerfahrungen und Bildverläufe. *Psychother Psych Med* 2014; 64: 70–5.
- Oster J, Moser AS, Danner-Weinberger A, Wietersheim J v. Wirkfaktoren Kunsttherapie in der Gruppe und Veränderungen im Erleben psychosomatischer Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 82–7.
- Petersen P (Hrsg). *Ansätze kunsttherapeutischer Forschung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1990.
- Plecity DM, Danner-Weinberger A, Skura L, Wietersheim J v. Die Auswirkungen der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten – Eine quantitative und qualitative Analyse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009; 59: 364–9.
- Prinzhorn H. Das bildnerische Schaffen der Geisteskranken. *Z Ges Neurol Psychiat* 1919; 307–26.
- Reiter A. Psychoanalytischer Beitrag zur Gestaltungstherapie. In: Kurz H (Hrsg). *Gestaltungstherapie*. Almanach 1986. Stuttgart: Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie 1988.
- Riedel I. *Maltherapie, eine Einführung auf der Basis der analytischen Psychologie von C. G. Jung*. Ostfildern: Patmos 2016.
- Rosenkranz E, Rathner G, Schweinitzhaupt J, Osterberger R. *Gestaltungstherapie bei Anorexia nervosa*. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 1992; 3: 23–7.
- Rudolf G. *Untersuchungen und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*. Weinheim: Beltz 1981.
- Schattmayer K. *Gestaltungstherapie in der Behandlung essgestörter Patientinnen*. In: Schattmayer K, Schrode H, van Veen B (Hrsg). *Gestaltungstherapie in der psychotherapeutischen Klinik*. Stuttgart: Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie 1989.
- Schattmayer K, Schrode H, van Veen B. *Gestaltungstherapie in der psychotherapeutischen Klinik*. Stuttgart: Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie 1989.
- Schmeer G. *Krisen auf dem Lebensweg*. München: Pfeiffer 1994.
- Schmeer G. *Das Ich im Bild. Ein psychodynamischer Ansatz in der Kunsttherapie*. 3. Aufl. München: Pfeiffer 2002.
- Schmeer G. *Kunsttherapie in der Gruppe*. Stuttgart: Klett-Cotta 2003.
- Schmeer G. *Die Resonanzbildmethode*. Stuttgart: Klett-Cotta 2006.
- Schmeer G. *Ein Leben, eine Lehre*. Graz: Erato 2015.
- Schottenloher G. *Kunst- und Gestaltungstherapie. Eine praktische Einführung*. München: Kösel 1989.
- Schrode H. *Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta 1995.
- Schultz-Venrath & Lehrbuch Mentalisieren. Stuttgart: Klett-Cotta 2013.
- Schultz-Venrath U, Felsberger H. *Mentalisieren in Gruppen*. Stuttgart: Klett-Cotta 2016.
- Steinbauer M, Taucher J. Sabine. Falldokumentation einer Patientin mit Zwangsneurose im Therapieprozess der integrativen Maltherapie. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 1993; 4: 29–37.
- Trug E, Kersten M. *Praxis der Kunsttherapie*. Stuttgart: Schattauer 2013.
- Wichelhaus B. *Kunsttherapie als Wissenschaftsdisziplin*.

- plin. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 1996; 7: 143–4.
- Winnicott D. Vom Spiel zur Kreativität. 14. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta 2015.
- Wirtensohn-Baader I, Leutkart C, Wieland E. Kunsttherapie – aus der Praxis für die Praxis. Dortmund: Verlag Modernes Lernen 2003.
- Zimmer M, Sänger-Alt C, Sandweg R. Die therapeutische Wirksamkeit von Maltherapie im Rahmen eines sechs- bis achtwöchigen stationären Aufenthaltes. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 1992; 3: 221–4.

## 16 Hören und gehört werden – Musiktherapie

Nicola Scheytt-Hölzer und Michael Hölzer

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel soll nicht nur allgemein auf Eigenschaften von Musik im Alltag sowie auf therapeutische Aspekte von Musik im Besonderen eingegangen werden. Erwähnung findet auch die Geschichte der Institutionalisierung der Musiktherapie als psychotherapeutisches Verfahren bzw. deren Definition. Da Musiktherapie mittlerweile als ein bewährtes Verfahren in den meisten multimodalen Therapieprogrammen stationärer Behandlungen Anwendung findet, sollen anhand von drei Fallbeispielen verschiedene musiktherapeutische Methoden (wie die der freien Improvisation einerseits und der rezeptiven Musiktherapie andererseits) exemplarisch erläutert werden. Abschließend wird auf das Thema der musiktherapeutischen Diagnostik sowie auf Fragen der Indikation bzw. Kontraindikation eingegangen.

### 16.1 Vorbemerkungen

*»... weil der Rhythmus und die Harmonie am meisten in das Innerste der Seele dringt und am stärksten sie erfasst ...«*

*(Platon)*

Über die Geschichte der Heilkraft der Musik und deren Anfänge, die von verschiedenen Autoren bis in die Urgeschichte der Menschheit zurückverfolgt werden, bis hin zu modernen Formen der Musiktherapie findet sich eine Vielzahl einschlägiger Veröffentlichungen (Schwartz 2012a, b). Auch wenn bezüglich ihrer Anfänge immer wieder auf den biblischen David verwiesen wird, der Saul mit seinen musikalischen Klängen von schwerer Depression befreit haben soll, wurde Musik-

therapie, wie sie heute angewandt wird, in der Nachkriegszeit entwickelt, mehr oder weniger parallel an verschiedenen Orten (besonders im deutschsprachigen Raum am Ende der 1950er-Jahre in Wien) und aus unterschiedlichen Kontexten heraus (Fitzthum 2003).

Musikaffine Ärzte boten ihren Patienten Musik und Musizieren an, damals wie heute schwerpunktmäßig in Krankenhäusern und Kliniken. Inzwischen sind es weniger die Ärzte als vielmehr Musiktherapeuten, die mit Musik arbeiten (Kächele et al. 2003). Nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen, d. h. aufgrund der Zurückhaltung relevanter Kostenträger, ambulante Musiktherapie zu finanzieren, konzentrieren sich die Anwendungen von Musiktherapie nach wie vor vornehmlich auf den stationären Sektor. Gemeinsam mit anderen sogenannten Spezialtherapien oder auch künstlerischen Therapien wird sie gegenwärtig regelhaft zu den wesentlichen Strukturmerkmalen z. B. einer psychosomatisch-stationären Einheit gezählt, ohne die eine Komplexbehandlung entsprechender Patienten von den Kostenträgern nicht anerkannt wird.

Die zunehmende Institutionalisierung von Musiktherapie, die Gründung von einschlägigen Verbänden bis hin zur Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG) und die Verabschiedung gemeinsam getragener Grundlagen bezüglich Ausbildung und Praxis sowie eine zunehmend breitere empirische Basis im Hinblick auf die Wirkweisen von Musiktherapie haben bei ihrer Etablierung eine nicht zu unterschätzende Rolle gespielt. Heute kann diese Form der Psychotherapie

auf ein breites Spektrum möglicher Anwendungsfelder verweisen, das von der Kinder- und Jugend- sowie der Erwachsenenpsychiatrie über die Psychosomatische Medizin bis hin zu eher »somatischen« Fächern wie z.B. der Onkologie, der Neurologie, der Neonatologie oder der Palliativmedizin reicht.

Im Rahmen von stationärer Psychotherapie wird Musiktherapie in der Regel innerhalb eines multimodalen Spektrums vielfältiger Formen von Therapie- und Pflegemaßnahmen praktiziert (Janssen 1982). Sie firmiert häufig als Spezialtherapie, Kreativtherapie oder zusammengefasst mit Kunst-, Gestaltungs- oder Tanztherapie als künstlerische Therapie. Auf die Frage, ob der Begriff der Spezialtherapie in diesem Zusammenhang gerechtfertigt ist oder ob er auf eine gewisse Unterschätzung von Musiktherapie zugunsten der Wirkung der anderen, primär sprachlich verankerten Therapien hinausläuft, kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden, wohl aber auf das Spezielle, das die Musiktherapie zu einer Gesamtbehandlung im stationären Setting beizutragen in der Lage ist (Danner & Oberegelsbacher 2001). Um diesen speziellen Beitrag herausarbeiten zu können, sind – sehr skizzenhaft – einige allgemeine Ausführungen zu den Wirkungsweisen von Musik und Musiktherapie hilfreich, wobei sich die hier diskutierten allgemeinen Effekte naturgemäß nicht auf ein stationäres Setting der Krankenbehandlung beschränken lassen.

## 16.2 Musik und musikalische Wirkung im Alltag

Musik und ihre (gezielten) Auswirkungen auf menschliches Befinden und Empfinden (und damit auch auf Handlungen) sind im täglichen Leben nahezu allgegenwärtig: Filme z.B. können durch unterlegte Musik eine zusätzliche Dimension gewinnen, Sportereig-

nisse werden musikalisch eingeleitet und sowohl die Akteure als auch das Publikum eingestimmt, Alltagshandlungen wie das Warten in einer Telefonschleife oder das Einkaufen in einem Supermarkt sind musikbegleitet, Jogger ohne Earphones sind zunehmend die Ausnahme.

So vielfältig wie diese und viele andere Einsatzbereiche sind auch die verschiedenen Funktionen von Musik. Vom ästhetischen Kunstgenuss einer musikalischen Aufführung, z.B. eines Konzertes, zur aufweckend-stimulierenden Wirkung bei Partys, von der Ablenkung und Entspannung durch entsprechend beruhigende Klänge bis hin zum Ausdruck spezieller emotionaler, programmatischer, religiöser oder anderer Motive der jeweiligen Komponisten: Musik ist nicht nur allgegenwärtig, sie erfüllt offensichtlich eine Vielzahl klangsprachlich-emotionaler Funktionen, manche ganz gezielt durch den Einzelnen oder die Gruppe hervorgerufen, andere eher implizit wirksam werdend. Wie weit die Wirkung von Musik hineinreicht in das alltägliche menschliche Miteinander, veranschaulichen nicht zuletzt die vielfältigen Funktionen, die Lieder in der zwischenmenschlichen Kommunikation übernehmen können: Sie dienen dem Ausdruck persönlicher Gefühle, z.B. der Liebe oder der Freundschaft, der Selbstdarstellung, der Artikulation politischer Überzeugungen bzw. der Festigung entsprechender Gemeinschaften oder Gruppen, aber auch der Vorbereitung und Begleitung aggressiver Handlungen. Sie dienen gleichfalls der Verbreitung von Wissen, sie erzeugen und unterstützen Stimmungen, z.B. indem sie beruhigen, Mut machen oder Trost spenden in scheinbar aussichtslosen Lebenslagen (Levitin 2014).

## 16.3 Musik als »klangsprachliches« Phänomen?

Somit ist es kein Wunder, dass Musik mit ihren ausdrucksstarken Funktionen in verschiedenen Kontexten und praktisch in jeder Kultur aufzufinden ist. Die Bedeutung von Musik zeigt sich auch darin, dass sich unter den ältesten archäologischen Artefakten des Homo sapiens Musikinstrumente finden lassen (das älteste bislang entdeckte Instrument, eine Flöte, ist weit über 30 000 Jahre alt).

Der Begriff des Klangsprachlichen bezieht sich auf die vielfach geäußerte Überlegung, ob Musik als eigenes Symbolsystem vergleichbar ist mit Sprache, was eher verneint werden muss (Rüsenberg 2012). Sie besitzt jedoch einen sehr spezifischen eigenen Code, um symbolisch Bedeutung zu codieren und weiterzugeben. Im Gegensatz zur Sprache werden mit Musik nämlich keine präzisen Anweisungen übermittelt, die Information ist nicht diskursiv. Individuen und Gruppen werden eher ganzheitlich-emotional »informiert« bzw. bewegt. »Wortsprache macht gebildet und klug; Musik macht betroffen und glücklich« (Faltin 1981, S. 49).

Auch neurophysiologisch ist Musik nicht gleichzusetzen mit Sprache: Spitzer (2014) begründet das u. a. damit, dass Musikverarbeitung in anderen Gehirnarealen stattfindet als Sprachproduktion und -verständnis. Aber auch wenn die zentrale Verarbeitung von Musik sich als viel zu komplex erweist, als dass sie sich stereotyp auf bestimmtes Areal festlegen ließe, so lässt die vielfältig nachgewiesene Aktivierung limbischer Hirnstrukturen durch Musik auf deren starke Verankerung gerade auch im emotionsverarbeitenden Teil des menschlichen Gehirns schließen und erklärt die emotionale »Einfärbung« musikalischer Information.

## 16.4 Definitionen von Musiktherapie

Die allgemeingültige Definition von Musiktherapie dürfte es ebenso wenig geben, wie es heute eine für alle Formen der Psychotherapie gültige Formel gibt.

Die World Federation of Music Therapy (WFMT) definiert:

### Definition

*»Musiktherapie ist die professionelle Nutzung von Musik und deren Elementen als Intervention in medizinischen, erzieherischen und alltäglichen Umgebungen mit Einzelpersonen, Gruppen, Familien oder Gemeinden, die ihre Lebensqualität optimieren und ihre physische, soziale, kommunikative, emotionale, intellektuelle und spirituelle Gesundheit und ihr Wohlergehen verbessern wollen. Musiktherapeutische Forschung, Praxis sowie theoretische und klinische Ausbildung basieren auf professionellen Standards, die kulturellen, sozialen und politischen Standards entsprechen.« (World Federation of Music Therapy 2011)*

Etwas umfassender formuliert die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG):

### Definition

*»Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. Musiktherapie ist eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin, die in enger Wechselwirkung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik. Der Begriff »Musiktherapie« ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die in ih-*



*rem Wesen nach als psychotherapeutische zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie. Musiktherapeutische Methoden folgen gleichberechtigt tiefenpsychologischen, verhaltens-therapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen.» (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft 2001)*

Aus den genannten Definitionen wird erkennbar, wie schwer es fällt, das weite Feld der therapeutischen Anwendungen von Musik, ihrer Herstellung und ihrer Rezeption bzw. Reflexion auf einen Punkt zu bringen. Noch verwirrender wird die Situation für den Laien, wenn bestimmte Adjektive den jeweiligen musiktherapeutischen Ansatz besonders qualifizieren sollen, wenn z.B. von einer »integrativen« oder »schöpferischen«, einer »regulativen« bzw. einer »musikmedizinischen« Therapie die Rede ist. Auch die Kennzeichnung durch Eigennamen wie die »Orff'sche Musiktherapie« oder »Musiktherapie nach Nordoff-Robbins« hilft wohl nur dem kundigen Experten bei der Einordnung dessen, worum es geht. Schon die schiere Anzahl der Zuordnungen und Bezeichnungen belegt die Vielfältigkeit der Ansätze, die sich in der Praxis mit dem Begriff der Musiktherapie verbinden.

Bezogen auf das Feld der institutionalisierten, stationären Psychotherapie dürften sich die verschiedenen musiktherapeutischen Ansätze erheblich voneinander unterscheiden, je nach fachlicher Ausrichtung der jeweiligen Einrichtung, aber auch je nach Ausbildung und Erfahrung des in der Institution angestellten Musiktherapeuten und dessen Stellung im Team. Die Anwendung musiktherapeutischer Elemente in ressourcenorientierten Großgruppen, gemeinsames Singen oder Trommeln in stations- oder abteilungsübergreifenden Gruppenangeboten (bis hin zum

abendlichen Patientenchor) differiert jedenfalls erheblich von einer eigenständigen Musiktherapie in festgefügtten Gruppen, die auch sonst alle übrigen stationären Angebote gemeinsam bestreiten bzw. miteinander gestalten und erleben.

Praktikabel für den klinischen Alltag in der psychotherapeutischen Gesamtbehandlung scheint die Unterscheidung zwischen rezeptiven und aktiven Formen von Musiktherapie: Während rezeptive Ansätze vor allem auf musikimmanente Wirkungen setzen, die durch das Hören von Musik ausgelöst werden, beziehen sich aktive Formen der Musiktherapie auf das (meist) improvisatorische Spielen auf verschiedensten Instrumenten. Beide Formen – aktive wie rezeptive Musiktherapie – werden im Einzel- oder Gruppensetting angeboten.

## 16.5 Rezeptive Musiktherapie

Beim Hören von Musik in der Therapie geht es zunächst einmal um das Rezipieren, das Aufnehmen von etwas, was dargeboten wird. Bewusst wird nicht – in Abgrenzung von aktiver Musiktherapie – von passiver Musiktherapie gesprochen, kann das Hören im Zeitalter des Konstruktivismus doch nicht mehr ohne das aktive Zutun des Hörers konzeptualisiert werden, im Gegenteil – die Wirkung des Gehörten und die Reaktion darauf sind hochgradig abhängig von der Voreinstellung des Hörers, seinen lebensgeschichtlich erworbenen Hörgewohnheiten, -abneigungen und -vorlieben. Insofern ist auch das Hören komponierter oder improvisierter Musik ein aktiver Vorgang, der therapeutisch nutzbar gemacht wird, indem die Patienten gebeten werden, genau und wachsam wahrzunehmen, was sich in ihnen währenddessen ereignet, um diese Erlebnisse anschließend in Worte zu fassen. So können Stimmungen moduliert,

Erinnerungen evoziert, das Triggern somatischer Marker (Damasio 2013) wahrgenommen werden. Auch ist immer wieder festzustellen, dass sich eine bestimmte Musik, ein Song, ein klassisches Stück, ein Soundtrack o. Ä. lebensgeschichtlich mit einem affektiv bedeutsamen Ereignis oder einer affektiv besonders relevanten Lebensphase verbinden kann, lerntheoretisch also von Konditionierung auszugehen ist (Frohne-Hagemann 2004).

Zunehmend wird damit gearbeitet, dass Patienten »ihre« Musik in die Stunde mitbringen. Allein das Heraussuchen eines passenden Stückes ist für manche von ihnen eine sehr große Herausforderung, zeigt man sich doch damit in gewissem Maß – wenn auch im geschützten Rahmen – einer Öffentlichkeit und wird angreifbar. Aber die Wahl des Musikstückes lädt ein zu Reflexion und Nachdenken über sich selbst und in der Gruppenmusiktherapie sind die Rückmeldungen der Mitpatienten gewünscht und gefürchtet. Schafft es die Gruppe, wertschätzend mit dieser »Mitteilung« eines Einzelnen umzugehen, können im Gespräch über das Musikstück und die Hintergründe seiner Auswahl intensive verbindende interpsychische wie auch gruppendynamisch relevante Prozesse in Gang gesetzt werden.

Der Schwerpunkt rezeptiv-musikalischer Interventionen liegt insgesamt sicher mehr auf dem inneren Erleben und auf der Ebene der Selbstwahrnehmung als auf der Ebene der aktiven Veränderung, wobei unbestritten das bewusste (Selbst-)Erleben in fast allen Fällen die entscheidende Voraussetzung von bewusster (Selbst-)Veränderung darstellen dürfte, soll diese Veränderung nicht unter Umgehung des individuellen Bewusstseins vonstattengehen.

### Fallbeispiel

#### Mut zur Dissonanz

Simon wurde wegen schwerer rezidivierender depressiver Episoden stationär behandelt. Er beschrieb Phasen, in denen er jeweils mehrwöchig Zustände ausgeprägter Niedergeschlagenheit erlebte mit starken Störungen des Antriebs und seiner Fähigkeit, sich kognitiv z. B. um seine beruflichen Belange zu kümmern. Obwohl es sich bei Simon um einen äußerst beflissenen, höflichen und ausgesprochen leistungsorientierten Patienten handelte, wurde er glaubhaft von seinen Vorgesetzten in der Firma unter Druck gesetzt, ohne dem irgendetwas entgegensetzen zu können. Privat war er eher locker an eine Freundin gebunden, im bewussten Erleben auch deswegen, weil er sich lange Zeit um seinen schwerkranken Vater hatte kümmern müssen und deswegen wenig Zeit neben dem Beruf für private Beziehungen bzw. eine Partnerschaft hatte. So wie alle Patienten eingeladen sind, in die Musiktherapie für sie bedeutungsvolle Lieder oder Musikstücke mitzubringen, war auch er dieser Möglichkeit nachgekommen und hatte sich für eine ausgesprochen melancholisch klingende Version eines bekannten Popsongs (»Hallelujah«) entschieden. Beim Anhören des Liedes in der Gruppe war er entgegen seinem sonstigen Bekunden (»ich fühle meistens gar nichts und wenn, dann Leere«) sehr traurig geworden. Ihm fiel die jahrelange Pflege des todkranken Vaters ein, gleichzeitig auch die ihn persönlich kränkende Bevorzugung des Bruders durch den Vater, welcher sich an dessen Versorgung kaum beteiligt hatte. Wie im Beruf bei seinen Vorgesetzten hätte er, so schildert er es, auch die Anerkennung seines Vaters eigentlich nie bekommen. Die Bearbeitung dieser musikalisch ausgelösten traurigen Erinnerung erbrachte dann den Umstand, dass er als zweites Kind seiner Eltern eigentlich eine Tochter hätte werden sollen. Die bewussten Wünsche seiner Mutter diesbezüglich unbewusst durch betont friedliches, harmonieorientiertes und offene Konkurrenz vermeidendes Verhalten beantwortend und so in der Männerwelt sich selbst kastrierend, begab er sich oftmals eher in die Rolle

des »fleißigen Lieschens« als in die des potenten Mitarbeiters. Als maßgeblichen Therapiefortschritt empfand das nicht nur die diesbezüglich verständnisvolle (und eben nicht entwertende), eher begleitende Musiktherapeutin, sondern auch er selbst, als er sich in einer der darauffolgenden musiktherapeutischen Stunden an eine der größten Trommel begab, um darauf durch kräftige Schläge einen durchdringenden Rhythmus zu spielen. Nicht länger passiv auf den Segen des Vaters wartend, nahm er gewissermaßen sein Schicksal selbst in die Hand, trat aus der Opferhaltung heraus, sozusagen zum Täter werdend, durchaus Unmut hervorrufend bei den Mitpatienten, und konnte damit eine tiefgehende neue Erfahrung machen, die so in den anderen Therapien noch nicht möglich war. Es schien, als ob das aktuelle Empfinden der Trauer und eine Würdigung seines erlebten Mangels, vom Vater nicht so gesehen zu werden wie der Bruder, Voraussetzungen waren für seine Eigeninitiative bzw. für seinen Versuch, sich aus der harmonisierenden Welt seiner Mutter zu lösen.

## 16.6 Aktive Musiktherapie

### 16.6.1 Die musiktherapeutische Improvisation

Das Improvisieren gilt als die zentrale Methode, die Via Regia der aktiven Musiktherapie (Oberegelsbacher 1997), »als Medium für Selbsterleben, für Ausdruck und Kommunikation«, für die lediglich das »Hören und das Ausführen einfacher Körperbewegungen« Voraussetzung sind (Körper 2013, S. 87). Einer gelingenden Improvisation liegt die Bereitschaft zum Hören und Zuhören zugrunde, die bei manchen Patienten erst wieder entwickelt werden muss, die aber – weit über musiktherapeutische Prozesse hinaus – eine Grundlage menschlicher Beziehungsgestaltung und deswegen so basal wichtig ist. Im günstigen Fall ist damit auch das implizite Wissen des Ge-

hört-Werdens verbunden; die Sorge dafür zu tragen, dass ich gehört werde, kann ein therapeutisches Ziel darstellen.

Um möglichst vielerlei Spielarten in verschiedensten Improvisationen ausprobieren zu können, ist ein Musiktherapieraum ausgestattet mit unterschiedlichsten Instrumenten, oft aus verschiedenen Kulturkreisen stammend, alle ohne Vorkenntnisse und somit durch jeden spielbar. Man kann hier zupfen, blasen, schlagen mit oder ohne Schlägel, singen, streichen – eben spielen. Insofern ist ein Musiktherapieraum auch immer ein Spielraum in mehrfacher Hinsicht. Nicht umsonst ist eines der seinerzeit grundlegendsten Bücher über Musiktherapie im stationären psychotherapeutischen Kontext »Spiel-Räume« titulierte worden (Loos 1986).

Oftmals wird aufseiten der Patienten die Aufforderung zum freien Spiel mit Vorbehalten und Ambivalenz verknüpft, sei es, dass die Aussicht auf eine unregelmäßige bzw. nicht erkennbar vorstrukturierte Situation als solches für Beunruhigung sorgt, oder dass negative Vorerfahrungen mit Musizieren im engeren Sinne oder aber mit Gruppensituationen im allgemeinen bestehen (für den Fall, dass die Improvisation in der Gruppe erfolgen sollte). Nicht selten leiden bestimmte Patienten auch unter erheblichen sozialen Ängsten, also darunter, in irgendeiner Form vor oder mit anderen (und damit in einem öffentlichen Raum) agieren zu müssen.

Um solchen Scham- und Versagensängsten zu begegnen, ist die Aufklärung eines Patienten über den Sinn des aktiven Improvisierens elementar, denn auch in der Musiktherapie ist das Herstellen eines stabilen Arbeitsbündnisses eine *Conditio sine qua non*. Inwieweit Zeit dafür zur Verfügung steht (z. B. durch einführende Einzelkontakte vorab), bleibt zwar dem jeweiligen Kliniksetting vorbehalten, erfahrungsgemäß kann aber eine sorgfältige Vorbereitung des Patienten auf das, was sich wäh-

rend einer freien Improvisation ereignen kann, nicht überschätzt werden. Auch wenn nur wenig Zeit zur Verfügung stehen sollte: Für eine kurze Vorabinformation sollten ausreichende Ressourcen zu Verfügung gestellt werden, ebenso für das Erfragen der biografische Bedeutung von Musik. Einfach auf den fahrenden Zug einer bereits seit Längerem musikalisch miteinander interagierenden Gruppe von Patienten aufzuspringen, hat sich für einen unvorbereiteten Patienten noch selten bewährt, denn dieser fahrende Zug birgt für den »Neuen« doch eine ganze Reihe von Überraschungselementen: nicht nur ein subjektiv als gelungen empfundenes Zusammenspiel bzw. einen abgestimmten Wechsel zwischen Hören und Spielen, sondern eben auch irritierende Dissonanzen, lautes Über-tönen und störendes »Gegeneinander-Musizieren« oder sonstige asynchrone Geräusche.

### 16.6.2 Formen aktiver musiktherapeutischer Improvisation

Je nach therapeutischer Situation, Bedürfnissen oder Therapiezielen in der Einzel- oder Gruppenmusiktherapie werden verschiedene Formen von Improvisationen angeboten. Die Entscheidung für die eine oder andere Improvisationsform ist sicher durch methodische Überlegungen zur Vorgehensweise gekennzeichnet, unterliegt aber auch intuitiven Prozessen (Scheytt-Hölzer & Kächele 2014).

In der **regelgeleiteten Improvisation** werden weniger bestimmte Inhalte als vielmehr bestimmte Regeln vorgegeben, welche die Patienten in ihrer Improvisation einhalten sollten. Beim sogenannten »Wandernden Duett« z.B. fängt ein Spieler an zu improvisieren, sucht sich dann einen Mitspieler in der Gruppe aus, um diesen musikalisch in ein Duo einzubinden. Nach einer Zeit des gemeinsamen Musizierens zieht sich der erste zurück, der verbliebene sucht sich einen

neuen Mitspieler usw. Andere Regeln könnten lauten: »Drei ist einer zu viel« oder »Solo – Tutti«, »Crescendo – Decrescendo« etc.

In **musikalischen Rollenspielen** werden für einen Patienten bedeutsame Personen bzw. deren Rollen, die sie gegenüber dem Patienten einnehmen (und natürlich auch dessen komplementäres Verhalten), musikalisch ausgestaltet. Typische Beispiele sind Eltern-Kind-Konstellationen, Paarkonflikte oder Arbeitsplatzsituationen. Vergleichbar mit den Grundsätzen des Psychodramas wird das Musizieren eines Patienten als eine sichtbare und vor allem eben auch hörbare Projektion von Innenwelt, von Erlebtem und Erfahrenem konzipiert und ermöglicht dessen nachträgliche Bearbeitung. Unter Einbeziehung anderer Patienten kann es zu intensiven emotionalen Begegnungen und Einsichten kommen.

Bei der **themengebundenen Improvisation** sind der Vielzahl der möglichen Themen keine Grenzen gesetzt: »Vom Chaos zur Ordnung«, »Miteinander – Gegeneinander«, »Karawane«, »Wie klingt Schmerz?« sind einige Beispiele. Auf den einzelnen Patienten bezogen und die Bedeutung, die das Thema für diesen Patienten individuell hat, kann es sich um ein konflikthafte Gefühl handeln, das musikalisch gestaltet wird (Wut, Ärger, Trauer), ein emotional bedeutsames Bild (»Sonnenuntergang im elterlichen Garten«) oder ähnliche subjektiv relevante Themen.

In der **freien Improvisation** werden im Gegensatz zu den anderen hier erwähnten Ansätzen keinerlei inhaltliche oder formale Vorgaben gemacht, sie ähnelt daher am ehesten dem Prozess der Freien Assoziation in der psychoanalytischen Einzeltherapie bzw. der freien Interaktion der psychoanalytischen Gruppe. Mit den aus dem Moment heraus hergestellten musikalischen Produktionen können dann entsprechend psychoanalytischer Grundanschauung Externalisierungen typischer Dispositionen des Erlebens und Verhal-

tens und damit auch Ängste und Widerstände eines Patienten bearbeitet werden.

### Fallbeispiel Taktlosigkeit

Sabine ist eine junge Frau mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie kommt zum wiederholten Mal in die Klinik und in ein Setting, in dem Patienten gemeinsam teilstationär und stationär in derselben Gruppe behandelt werden. In der Gruppe mit neun Patienten haben alle dasselbe Therapieprogramm, u. a. intensive Gruppenpsychotherapie, Kunst- und Musiktherapie; in allen Therapien wird mentalisierungs-basiert gearbeitet.

In den bisherigen Behandlungen fiel Sabine durch eher provokatives und entwertendes Verhalten auf: Die Baseballmütze tief ins Gesicht gezogen, von der Gruppe und der Therapeutin abgewandt, demonstrierte sie durch Gestik und Mimik (scheinbare) Interesslosigkeit, wirkte regelrecht »ungezogen«, indem sie mit untergeschlagenen Beinen dasaß und damit ihre Schuhe auf die Stuhlpolster platzierte, andere Gruppenmitglieder und die Therapeutin mit verächtlichen oder gelangweilten Blicken bedenkend. Durch ihr Verhalten demonstrierte sie eindrücklich, dass sie sich nicht beteiligen wollte, sodass der Schluss nahe lag, dass »Mitmachen« für sie irgendeine Form der Gefahr darstellt, wobei das Nichtmitmachen bzw. ihr Rückzug – wie z. B. das Abbrechen von Ausbildungen – schon zu diversen Problemen im Alltag geführt hatte. Auch der aktuelle Krankenhausaufenthalt stand im Zusammenhang mit einer Zunahme ihrer depressiven Zustände, der Tendenz zur Selbstverletzung und fast völligem sozialem Rückzug.

Das Vorgespräch zur Musiktherapie diente vor allem der Thematisierung ihrer offensichtlichen Widerstände gegenüber besagter Form des Mitmachens wie auch dem vorsichtigen Vertiefen möglicher biografischer Hintergründe. Die hochkonflikthaften Bedingen ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung, ganz besonders die Schwierigkeiten mit einer intrusiven und als gefühlskalt erlebten Mutter, waren zwischenzeitlich deutlich

geworden. Die Annahme einer negativen Mutterübertragung schien sehr plausibel.

In fast überraschender Weise gestaltete dann die Patientin die ersten beiden musiktherapeutischen Stunden völlig anders als von ihr zuvor gewohnt, erwies sie sich doch als ausgesprochen entschlossene »Taktgeberin«, indem sie laut und sehr klar einmal auf einer Cajon, beim nächsten Mal auf einer Djembe der Gruppe einen Rhythmus vorgab, den diese rasch aufgriff und zum Gruppenrhythmus machte. Die Therapeutin, an die »Taktlosigkeiten« der Patientin aus den Voraufenthalten erinnert, war beeindruckt von der offensichtlich veränderten Haltung, wurde zusammen mit der Patientin und der Gruppe nachdenklich durch die Bemerkung, sie könne eben nur mitmachen, wenn sie auch etwas Eigenes zu sagen habe, gewissermaßen den Takt vorgeben könne. In der Musiktherapie wurde somit Sabines Verwirrung bezüglich ihrer selbst thematisierbar: einerseits als Tochter einer sie taktlos dominierenden Mutter, welche ganz offensichtlich kein Gefühl für den »Rhythmus« ihrer Tochter hatte, sodass diese sich maximal abgrenzen musste, andererseits auch identifiziert mit dieser dominanten Mutter; sich damit in ihren Beziehungen im Hin und Her zwischen diesen Positionen erlebend und immer wieder scheiternd.

Unschwer sind in Improvisationen verschiedene Aspekte und Ziele zu erkennen: Steht manchmal die Förderung des kreativen Potenzials eines Patienten im Vordergrund (»Sonnenuntergang«), ist es in anderen Situationen die kommunikative Komponente (»Miteinander – Gegeneinander«). Janssen spricht in erstem Fall von der »*darstellenden Improvisation*« (Janssen 1982, S. 163 ff.), im zweiten von der »*kommunikativen Improvisation*« (Janssen 1982, S. 167). Oberegelsbacher führt das weiter, wenn sie die Form der »*probehandelnden Improvisation*« hinzufügt, zu verstehen als eine »*lösungsorientierte Spielform*« (Oberegelsbacher 1997, S. 45). Letzteres zielt in der Gruppenmusiktherapie u. a. auf

die Gruppenkohäsion, generell in der musikalisch gestalteten Beziehung auf Abstimmungsprozesse oder das Attunement mit den Mitspielern.

### Fallbeispiel

#### Laut sein

Die 31-jährige Birgit kam mit den Diagnosen einer lange bestehenden Anorexie (BMI 15) sowie einer Posttraumatischen Belastungsstörung in die stationäre Therapie; sie hatte im Vorgespräch eine »Vergewaltigung im 17. Lebensjahr« angedeutet. Danach habe sie sich völlig zurückgezogen, lebe einsam in einer Zweizimmerwohnung, mit größten Schwierigkeiten, einem geregelten Beruf (als Mitarbeiterin in einem Schreibdienst) nachzugehen. Birgit wurde in einem multimodalen psychodynamischen Behandlungssetting für Ich-strukturell vulnerable Patienten mit Techniken der Mentalisierungs-basierten Therapie (MBT) nach Bateman und Fonagy (2008) behandelt. Die Therapie bestand u. a. aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie Kunst- und Musiktherapie.

Die Patientin verhielt sich während der ersten Wochen in allen Gruppen ausgesprochen abwartend, mehr beobachtend als teilnehmend, in der Musiktherapie nur sehr vorsichtig das eine oder andere Instrument in die Hand nehmend und fast unhörbar mitspielend. Nicht nur in ihrem Äußern wirkte die Patientin verschlossen, eingepackt in einige Lagen T-Shirts und Pullover, immer in Jacke oder Weste, auch in ihren verbalen Äußerungen und Kommentaren blieb sie verschlossen, lediglich andeutend, worunter sie leide, so gut wie keine Details aus ihrem privaten Leben bzw. ihrer beruflichen Situation berichtend. Die übrigen Teilnehmer der Gruppe reagierten zunächst freundlich abwartend, dann zunehmend vorwurfsvoll, z. T. offen ärgerlich über diese offensichtliche Zurückhaltung, die als demonstrativ und durchaus auch entwertend empfunden wurde.

Auf Nachfragen in der Musiktherapie, wie sie sich fühle, beschreibt sie wieder einmal ihre Hemmungen, über sich zu sprechen, und verweist auf »früher, bis vor 14 Jahren«, da sei sie

»eine ganz andere« gewesen. Den Vorschlag, ein musikalisches Rollenspiel durchzuführen, in welchem jemand aus der Gruppe die Patientin in ihrer heutigen Zurückhaltung spielen solle, die Patientin selbst jedoch ihre früheren lebhaften Seiten verklängen könne, griff sie nach einigem Zögern auf. Sie suchte für ihre Mitspielerin ein kleines Glockenspiel aus (das Instrument, das sie in den bisherigen Stunden fast immer für sich gewählt hatte), stellte sich selbst hingegen zwischen einen Gong, ein Becken und eine große Tischtrommel. Zu Beginn antwortete sie leise auf die noch leiseren Klänge ihrer zögerlich spielenden musikalischen Partnerin, um in der Folge immer lauter und fordernder mit ausholenden Bewegungen auf der Trommel zu spielen, dabei affektiv spürbar involviert, energischer, fast wütend anmutend. Nachdem ihre Mitspielerin verstummt war, führte sie einige heftige Schläge auf den Gong mit einer Kraft und Lautstärke aus, die ihr zuvor niemand zugebraut hatte. In der Nachbesprechung wirkte sie sowohl verbal als auch mimisch und gestisch erstmalig etwas offener und zugänglicher, beschrieb ihren wachsenden Unmut auf die vorsichtig retentive Art ihrer Mitspielerin und sprach offen über den eigenen, immer deutlicher spürbaren Ärger. Den habe sie weniger auf die Mitspielerin entwickelt als auf sich selbst bzw. den Teil in ihr, der sich eben jahrelang nicht mitgeteilt hätte. Es entstand der Eindruck, dass diese Stunde bzw. dieser musikalische Rollenaufteilung (zurückgehend auf die mentalisierungsfördernde Frage: »Wie fühlt man sich wohl, wenn man mit Ihnen zu tun hat?«) eine Wende im Therapieverlauf herbeigeführt hat, denn die Patientin begann sich insgesamt spürbar aktiver einzubringen.

## 16.7 Sprechen und Sprache in der Musiktherapie

Die immer noch zu findende Bezeichnung »nonverbale Therapie« für Musiktherapie ist inzwischen obsolet (Kächele & Scheytt-Hölzer 1990). Zwar gibt es auch bei bzw. nach den



verschiedenen Formen aktiven Improvisierens Situationen, die keiner sprachlichen Nachbearbeitung bedürfen, zu eindeutig scheint der Sinn des musikalischen Tuns schon in der Improvisation selbst auf. Dies stellt aber im musiktherapeutischen Alltag eher die Ausnahme dar. Nach einer kürzeren Pause des »Nachklings« haben die meisten Teilnehmer an einer musikalischen Improvisation das Bedürfnis zu reden, sich zu erklären bzw. mitzuteilen, um so das musikalisch Erlebte sprachlich noch einmal zu reflektieren. Durch Versprachlichung gelingt nicht nur ein Teil kognitiver Kontrolle über zuvor affektiv Erfahrenes, durch das Sprechen und damit die Symbolisierung des Erlebten in einem zweiten (eben sprachlichen) Code werden auch Lernen und Erinnerung verfestigt (durchaus im Sinne eines »multiple coding«; Bucci 1985). Auch kann durch die Überführung des musikalisch-analogen Modus in einen sprachlich-digitalen eine verwirrende Vieldeutigkeit der Musik konkreter fassbar werden, selbst wenn dadurch analoge (d.h. in der Regel: affektive) Information verloren gehen sollte. In diesem Zusammenhang ist allerdings vor vorschnellen »Erklärungen« oder Interpretationen aller Art zu warnen, denn häufig genug laufen sie auf Rationalisierungen und damit auf Abwehr hinaus.

Wichtig scheint uns bei der Versprachlichung deswegen zunächst die Fokussierung auf die Beschreibung des eigenen affektiven Erlebens sowie die wertfreie Rückmeldung, was bei anderen oder auch der Gruppe wahrgenommen wurde. So können die Beteiligten durch den sprachlichen Austausch die Perspektive des Anderen kennenlernen und sich damit passager bzw. probeweise identifizieren – ein therapeutischer Aspekt, der insbesondere für Patienten mit Störungen im Bereich des empathischen Einfühlens bzw. Mentalisierens erhebliche Bedeutung gewinnen kann (Schultz-Venrath 2013).

## 16.8 Musiktherapeutische Diagnostik

Die Frage, ob es überhaupt so etwas wie eine musiktherapeutische Diagnostik gibt, kann u. E. eingeschränkt mit »ja« beantwortet werden, obwohl eine solche Diagnostik natürlich keine Konkurrenz zur ICD-10 oder dem DSM-5 darstellt als den gängigen diagnostischen Systemen, die mithilfe von Symptomen und Beschwerden bzw. deren zeitlichem Verlauf bestimmte Störungskategorien definieren. Eine musiktherapeutische Diagnostik bezieht sich vielmehr auf die Art und Weise des Musizierens, des Sich-in-Beziehung-Setzens zur Musik zum Musikinstrument, zu den mitmusizierenden Mitpatienten und zum Therapeuten:

- Wie entschlossen oder zurückhaltend tritt jemand auf, wie zögerlich wird ein Instrument angeschlagen, ergriffen oder ausprobiert?
- Wie gut kann ein Patient zuhören, ohne selbst zu verstummen, wie sehr kann er sich auf jemand anderen einlassen oder mit ihm in Wechselwirkung treten?
- Wie durchsetzungsfähig und oder abgegrenzt musiziert jemand?

Die Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme über Klänge, Rhythmen und Melodien gibt Hinweise auf die Fähigkeit zum sogenannten Attunement, auf mentalisierungsbasierte Prozesse (Kupski & Schultz-Venrath 2017) und die Eigenarten der Beziehungsgestaltung eines Menschen.

## 16.9 Indikationen und Kontraindikationen in der Musiktherapie

Eine wichtige Frage ist die nach der Indikation bzw. Kontraindikation von Musiktherapie. Da Musiktherapie, wie oben ausführlich

begründet, nicht ohne Weiteres als einheitliches Geschehen beschrieben werden kann und sie je nachdem, ob sie als Einzel- oder als Gruppentherapie angewandt wird bzw. eher aktiv oder eher rezeptiv, im Erleben je nach Individuum durchaus unterschiedliche Wirkungen entfalten dürfte, sind therapeutische Prognosen mit erheblicher Unsicherheit behaftet. Vorherzusagen, was ein Patient bei welcher Intervention vermutlich erleben und wie er dieses Erleben voraussichtlich verarbeiten wird, dürfte auch Vertretern anderer Therapierichtungen und -verfahren eher schwerfallen. Insofern sollten die in der Literatur bezüglich gängiger Indikationen bzw. Kontraindikationen mitgeteilten Listen eher kritisch gelesen werden; dies vor allem, sollten Indikationen und Kontraindikationen lediglich aus »offiziell« kategorisierten Störungen eines Patienten abgeleitet werden. Ein etwas anderer Weg ergibt sich, geht man eher von den persönlichen Voraussetzungen eines Patienten und ganz wesentlich auch von dessen individuellen Therapiezielen aus.

Vor allem Patienten mit Steuerungsdefiziten oder -konflikten im emotionalen Erleben und im affektiven Ausdruck können von Musiktherapie profitieren. Konflikte in der (ja immer affektiven) Beziehungsregulation und daraus resultierende Einschränkungen der jeweiligen Beziehungsfähigkeit stellen gerade vor dem Hintergrund des interaktionellen Aspekts von Musiktherapie eine weitere wesentliche **Indikation** dar.

Mit den **Kontraindikationen** verhält es sich ähnlich unspezifisch. Geradezu obsolet erscheint heute eine Aufzählung von sogenannten »expliziten« Kontraindikationen, wie sie sich z. B. bei Kächele et al. (2003) oder Körber (2013) findet, die in diesem Zusammenhang suizidale Patienten nennen, Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen oder solche mit fehlender Einsicht etc. Derartige Aufzählungen greifen unserer Er-

fahrung nach zu kurz, da sie nicht nur die Vielfaltigkeit der musiktherapeutischen Praxis bzw. deren Anwendungsformen berücksichtigen, sondern auch die Wechselwirkung in einer therapeutischen Dyade, d. h. zwischen speziell diesem Patienten und eben diesem Therapeuten bzw. dessen Methoden. Keinesfalls würden wir heute also davon ausgehen, dass es generelle störungsspezifische Kontraindikationen gibt, allenfalls dass in besonderen Situationen ein besonders umsichtiges Vorgehen erforderlich sein kann. Explizit muss unseres Erachtens – und dem würden sich wohl gegenwärtig die meisten Musiktherapeuten anschließen – letztlich jede Form einer musiktherapeutischen Intervention, wie generell bei allen Interventionen in allen Psychotherapien, vor ihrer Anwendung kritisch reflektiert werden. Der Idealfall ist in diesem Zusammenhang immer ein möglichst individualisiertes Vorgehen in Bezug auf einen spezifischen Patienten, was im stationären Setting angesichts logistischer Zwänge und eines meist obligatorischen Therapieprogramms eher die Ausnahme darstellen dürfte. Explizit kontraindiziert mag das aktive musikalische Improvisieren im Rahmen einer Gruppentherapie z. B. dann sein, wenn es um Patienten geht, bei denen jede Form geringfügiger Reizüberflutung absehbar eine Krise auslösen würde. Schwerst traumatisierte oder psychosenah Patienten, möglicherweise aber auch der eine oder andere agitierte Borderline-Patient könnten zu dieser Gruppe dazugehören (abgesehen von Patienten, die auch aus physiologischen Gründen wie dem eines Tinnitus oder einer Hyperakusis gefährdet sein könnten). Kontraindiziert könnte eine musiktherapeutische Intervention auch sein, wenn diese eher einer maladaptiven Abwehr Vorschub leistet als zu deren Thematisierung zu taugen: So könnten z. B. professionelle Musiker möglicherweise Gefahr laufen, musikalisch eher »von sich weg« zu spielen.

Am Ende gilt in den meisten Fällen aber, dass der Vorhersagewert solcher Aussagen eher gering ist und dass es auf ein individuelles kreatives Ausprobieren ankommt.

## 16.10 Conclusio

Das Spezifische der Musik sind schlussendlich nicht nur die nicht-sprachlichen Klänge, die hinsichtlich ihrer Melodie, ihrer Harmonie, aber auch bezüglich ihrer Rhythmik und ihrer Lautstärke voneinander zu unterscheiden sind und von Patienten wie Therapeuten hergestellt werden, um miteinander zu kommunizieren. Das Spezifische ist auch nicht nur die eigene Wirkung, die Musik entfaltet, sondern insbesondere bei den aktiven Formen der Musiktherapie die Beziehungsdimension des gemeinsamen Musikmachens mit dem stattfindenden Attunement, denn die Musik wird gemeinsam geschaffen. Musik ist die Kunst in der Zeit, sie ist flüchtig. Die Vergänglichkeit steht aber hinter der Beziehungsdimension zurück.

## Literatur

- Bateman AW, Fonagy P. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial-Verlag 2008.
- Bucci W. Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *J Am Psychoanal Assoc* 1985; 33: 571–607.
- Damasio S. Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins. München: Pantheon 2013.
- Danner B, Oberegelsbacher D. Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie. Katamnestic Erhebung an psychosomatischen Patienten einer psychiatrischen Klinik. *Nervenheilkd* 2001; 20: 434–41.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. Definition Musiktherapie. 2001. [musiktherapie.de/musiktherapie/definition.html](http://musiktherapie.de/musiktherapie/definition.html) (letzter Zugriff: 10.01.2018).
- Faltin P. Ist Musik eine Sprache? In: Henze HW (Hrsg). *Neue Aspekte der musikalischen Ästhetik II. Die Zeichen*. Frankfurt a. M.: Fischer 1981; 32–50.
- Fitzthum E. Von den Reformbewegungen zur Musiktherapie. Die Brückenfunktion der Vally Weigel. Wien: Edition Praesens 2003.
- Frohne-Hagemann I (Hrsg). *Rezeptive Musiktherapie – Theorie und Praxis*. Zeitpunkt Musik. Wiesbaden: Reichert 2004.
- Janssen PL. Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett Cotta 1982.
- Kächele H, Scheytt-Hölzer N. Sprechen und Spielen – Verbale und nonverbale Aspekte des musiktherapeutischen Prozesses. *Musikther Umschau* 1990; 11: 286–95.
- Kächele H, Oerter U, Scheytt-Hölzer N, Schmidt HU. Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik. *Psychotherapeut* 2003; 48: 155–65.
- Körper A. Musiktherapie. Entwicklungsstand und Wirkungsweise einer Spezialtherapie. *Psychotherapeut* 2013; 58: 79–99.
- Kupski G, Schultz-Venrath & Musiktherapie mit Borderline-Patienten aus Sicht des Mentalisierungsmodells. In: Leikert S, Niebuhr A (Hrsg). *Von der Musik zur Sprache und wieder zurück. Jahrbuch für Psychoanalyse und Musik*. Band 1. Gießen: Psychosozial-Verlag 2017; 179–202.
- Levitin DJ. *Die Welt in 6 Songs. Warum Musik uns zum Menschen macht*. München: Bertelsmann 2014.
- Loos G. *Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten*. Stuttgart: Fischer 1986.
- Oberegelsbacher D. Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In: Fitzthum E, Oberegelsbacher D, Storz D (Hrsg). *Wiener Beiträge zur Musiktherapie*. Wien: Edition Praesens 1997; 42–66.
- Platon. *Platon's Werke. Zehn Bücher vom Staate*. Buch 3. St. 2 E. Stuttgart: Metzler 1855; 401.
- Rüsenberg M. Ist Musik eine Sprache? Das Vokabular der Töne. In: Bernius V (Hrsg). *Sinfonie des Lebens*. Mainz: Schott 2012; 11–21.
- Scheytt-Hölzer N, Kächele H. Zur Intuition in der Musiktherapie. *Psychodyn Psychother* 2014; 13: 203–12.
- Schultz-Venrath U. *Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapie wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett Cotta 2013.

Schwartz M. Und es geht doch um die Musik: Zur musikalischen Heilkunde im 19. und 20. Jahrhundert. Teil 1. Musikther Umschau 2012a; 33: 113–25.

Schwartz M. Und es geht doch um die Musik: Zur musikalischen Heilkunde im 19. und 20. Jahrhundert. Teil 2. Musikther Umschau 2012b; 33: 333–48.

Spitzer M. Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2014.

World Federation of Music Therapy. What is music therapy? 2011. [www.wfmt.info/WFMT/About\\_WFMT.html](http://www.wfmt.info/WFMT/About_WFMT.html) (letzter Zugriff: 10.01.2018).

# 17 Boden unter den Füßen? – Psychosoziale Beratung

Katharina Diatara und Wolfgang Wöller

## Zusammenfassung

Die individuelle psychosoziale Beratung von Patienten ist im Rahmen der stationären und teilstationären psychotherapeutischen Behandlung fest verankert. In diesem Kapitel werden Tätigkeitsschwerpunkte und Merkmale dieser besonderen Teildisziplin der sozialen Arbeit vorgestellt und deren methodische Ansätze dargelegt.

## 17.1 Einleitung

Ziel der psychosozialen Beratung ist es, Menschen, denen es nicht gelingt, sich mit eigenen Mitteln aus einer psychischen und sozialen Notlage zu befreien, Unterstützung zu bieten. Die Beratung soll im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe dem Ratsuchenden in seiner Problemlage wieder Orientierung bieten, ihn in seiner Planungs- und Entscheidungsfindung unterstützen und ihm helfen, Bewältigungsstrategien zu erarbeiten (Schnoor 2006).

Dabei werden dem Patienten in erster Linie Informationen zugänglich gemacht. Darüber hinaus ist es wesentlicher Bestandteil der Beratung, die Ursachen der aktuellen Problemlage im reflektierenden Gespräch zu erkunden, um den Kontext möglicherweise neu zu bewerten, Entwicklungshemmnisse zu erkennen und durch die (Wieder-)Entdeckung und Nutzung von Ressourcen Problemlösungen zu ermöglichen.

Ressourcen, individuelle Kompetenzen und bisherige Bewältigungsversuche des Patienten, stellen dabei für die Sozialberaterin

einen wichtigen Ansatzpunkt dar (Schnoor 2006).

Sozialarbeit als Teil der stationären und teilstationären psychotherapeutischen Behandlung bedient sich aus Sicht der sozialen Arbeit in erster Linie der gesundheitspezifischen Fachrichtung »Klinische Sozialarbeit« und deren Teildisziplin des Krankenhaussozialdienstes (Ansen et al. 2004). Mit anderen Worten: Methoden, Aufgabenstellungen und Handlungsstrukturen der sozialen Arbeit finden ihre Anwendung im Rahmen eines multiprofessionellen Behandlungskontextes (Geißler-Piltz et al. 2005). Inhalt, Beratung und Zielsetzungen des Sozialdienstes im jeweiligen Krankenhaus richten sich dabei nach den zielgruppenspezifischen Bedürfnissen der Patienten, der betreffenden Klinikform und deren organisatorischen Strukturen.

Es handelt sich also bei psychosozialer Beratung im Rahmen der stationären Psychotherapie um eine beratende und behandelnde Sozialarbeit, die klinische Aufgabenstellungen wahrnimmt, sofern methodische soziale bzw. psychosoziale Unterstützung im jeweiligen Behandlungsverlauf angeraten ist (Geißler-Piltz et al. 2005).

Indiziert ist psychosoziale Beratung im betreffenden Kontext spätestens dann, wenn ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung eines Menschen und seinem psychischen und sozialen Leidensdruck besteht. Es gilt dann für den Berater, das Spannungsfeld zu erkunden, in dem psychische Beeinträchtigungen individuelle soziale Auswirkungen haben und

andersons soziale Beeinträchtigungen zu individuell psychischem Leid führen (Geißler-Piltz et al. 2005).

Dabei legt die Klinische Sozialarbeit ihren Fokus auf die interpersonale Entwicklung der Patienten und die wechselwirkende Person-Umwelt-Beziehung, welche die psychosoziale Wirklichkeit der Patientinnen darstellt (Geißler-Piltz et al. 2005). Die psychosoziale Beratung richtet sich also stärker auf die interaktionellen Anteile einer Person als auf die intrapsychischen Anteile (Schnoor 2006). Sie erkundet den Spielraum, den Patienten haben, um ihre psychosoziale Umwelt mit den ihnen aktuell zur Verfügung stehenden intrapsychischen Möglichkeiten zu verändern.

Damit steht der lebensweltliche Rahmen – die intersubjektive Wahrnehmung der Realität durch den Patienten –, in dem die Krise der Patientin und ihre Orientierungslosigkeit entstanden sind, im Fokus der psychosozialen Beratung. Sie ist gleichwohl der Ausgangspunkt für das Beratungsangebot selbst.

Dieses Verständnis bietet einen wichtigen Zugangspunkt bei der Annäherung an die sozialen und individuellen Problemlagen des Patienten. Die tatsächlich vorliegenden Lebensverhältnisse des Patienten, seine Lösungsansätze und Bewältigungsmuster gilt es mit einer respektierenden Grundhaltung zu erfragen, einzuordnen und zu verstehen. Schnoor (2006) konstatiert in ihrem Artikel »Psychosoziale Beratung und Psychotherapie: Annäherungen – Abgrenzungen – Ergänzungen«, dass dieser Lebensweltbezug in einer Psychotherapie weniger berücksichtigt wird und dabei die Gefahr besteht, sozial bedingte Konflikte zu psychologisieren.

Psychosoziale Beratung stellt damit ein Handlungsfeld der Zukunft dar.

In Zeiten wachsender Unsicherheit, erhöhter Anforderungen an das einzelne Individuum, immer höher geforderter Leistungsbeurteilung sowie permanenter Entscheidungs-

notwendigkeiten wird die Bedeutung von Beratung weiterhin ansteigen (Kaba-Schönstein & Kälble 2003). Je unübersichtlicher der Alltag jedoch mit seinen Anforderungen für das Individuum ist und je stärker sich die Lebenswelten ausdifferenzieren, desto größer wird das Bedürfnis nach kompetenter, fachlich qualifizierter Beratung sein (Gerull 2009). Dem stehen der Leistungsgedanke unserer heutigen Gesellschaft und die permanente Forderung und Anforderung der Gesellschaft an das Individuum gegenüber. Das Individuum muss immer mehr, immer schneller und immer länger leisten können. Das mündet in bekannten Zivilisationskrankheiten mit psychischer Genese wie Depressionen, Burnout, Rücken- und Kopfschmerzen etc.

Insofern wird deutlich, wie wichtig die fachlich fundierte und institutionell verankerte psychosoziale Beratung im stationären psychotherapeutischen Rahmen ist (Hömann et al. 1999).

## 17.2 Besonderheiten im Setting

### 17.2.1 Heterogenität der psychosozialen Beratungsbedarfe

Die Vielfalt der sozialen und störungsspezifischen Faktoren, welche die Zielgruppe einer stationären Psychotherapie prägen, findet sich gleichfalls in der Patientengruppe wieder, für die psychosoziale Beratung in diesem Kontext von Nutzen ist. Es handelt sich dabei um eine in hohem Maße heterogene Gruppe, die ein großes Spektrum an unterschiedlichen Beratungsbedarfen aufweist.

Die Art der psychosozialen Problemstellungen ist ebenso wie deren Ausmaß sehr divers. So kann ein Beratungsbedarf von der unkomplizierten Wiedereingliederung in ein bestehendes Arbeitsverhältnis nach nur kurzer Krankschreibung zwecks Klinikaufent-



haltes bis hin zur finanziellen Absicherung bei dauerhafter Arbeitsunfähigkeit reichen (Wingenfeld 2005).

Ebenso heterogen sind die Eckdaten der jeweiligen ratsuchenden Patienten hinsichtlich Alter, sozialer Herkunft, Krankheitsbild, vorhandener Unterstützungssysteme und dem individuellen Problemverständnis.

So müssen auch methodische Ansätze in der psychosozialen Beratung weit gefasst sein und individuelle Zugänge erlauben. Schnelles Einfühlungsvermögen und Erfassen von komplexen psychosozialen Zusammenhängen sind unabdingbar.

Charakteristisch für die Heterogenität der psychosozialen Problemlagen ist auch, dass sie mit Beeinträchtigungen auf unterschiedlichen sozialen Ebenen einhergehen. So ist es nicht unwahrscheinlich, dass ein Patient zum einen von langjähriger Arbeitslosigkeit betroffen ist, zum anderen nur über mangelhaften Zugang zu adäquaten Hilfen verfügt und gleichzeitig wechselwirkend unter seiner sozialen Isolation und finanziellen Armut leidet.

Zentrale und turnusmäßige Themen in der psychosozialen Beratung im psychotherapeutisch behandelnden Kontext sind z.B. Schwerbehinderung und Beruf, Erwerbsminderungsrente, berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, finanzielle Absicherung bei längerer Erkrankung und damit verbundene Arbeitsunfähigkeit, ferner auch Erziehungsfragen, Informationen zu Grundsicherung, Leistungen der Krankenkasse, Trennung und Scheidung, Lebens- oder Schuldnerberatung (Bienz & Reinmann 2004).

Das pathogene Potenzial einer schwierigen Lebenssituation kann die Gesundheit des Patienten in Form von chronischen und lang andauernden psychosozialen Belastungen beeinflussen (Geißler-Piltz et al. 2005) und ist somit wesentlich therapierelevant und explizit behandlungsbedürftig.

### 17.2.2 Rascher Veränderungswunsch versus kurze Beratungsdauer

Kennzeichnend für die Sozialarbeit im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist häufig auch der Wunsch der Patienten, durch die psychosoziale Beratung eine zügige Veränderung der aktuellen Notlage zu erreichen und eine fast unmittelbare Entlastung zu erfahren.

Dieser Wunsch steht den meist jahrelang gewachsenen, nicht selten multifaktoriellen sozialen Problemlagen gegenüber, die es zu meist schrittweise zu entwirren gilt (Geißler-Piltz et al. 2005). Beim Großteil der Beratungen reicht eine psychosoziale kurzzeitige Begleitung ausschließlich während des stationären Aufenthalts nicht aus, um geeignete Bewältigungsstrategien nicht nur zu erarbeiten, sondern diese auch zum Einsatz kommen zu lassen. Die Beratung im stationären Kontext kann so überwiegend nur Interventionscharakter haben und im Optimalfall den Zugang zu geeigneten Beratungs- und Unterstützungssystemen ebnen. Dies schlägt sich auch in der Zahl der Beratungskontakte nieder, die zumeist bei maximal drei bis fünf Beratungen liegt (Ansen et al. 2004). Somit hebt sich die psychosoziale Beratung auch in der Gesamtdauer des gemeinsamen Kontaktes, der Intensität der Patienten-Berater-Beziehung, den vereinbarten Zielen in Anbetracht des kurzen Interventionszeitraums und den daraus resultierenden Veränderungsprozessen deutlich von den psychotherapeutischen Behandlungsformen ab.

Psychosoziale Beratung kann dadurch, Hilfs- und Unterstützungsangebote anzubieten und/oder zu initiieren, helfen, den Heilungsprozess einer Person abzusichern.

## 17.3 Methodische Ansätze

Die methodische Abgrenzung der Klinischen Sozialarbeit gegenüber der allgemeinen Sozialarbeit ist teilweise noch unklar formuliert. Festzuhalten ist aber ein Bedarf an erhöhter (methodischer) Kompetenz im Umgang mit Hard-to-reach-Patienten (Geißler-Piltz et al. 2005), den die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen mit sich bringt. Initiiert wird die fallspezifische Sozialarbeit im stationären Kontext in der Regel entweder durch eine Behandlerin, die einen Beratungsbedarf erkennt, oder die Patientin selbst, die eine Beratung zu selbst erfassten psychosozialen Problemlagen wünscht. Daraufhin nimmt der Sozialarbeiter Kontakt zum Patienten auf.

Zu Beginn der (psycho-)sozialen Beratung geht es der Sozialarbeiterin in erster Linie darum, die soziale Anamnese des Patienten zu erheben und sich in seine aktuelle Lebens- und Versorgungssituation einfinden zu können. Unterstützungssysteme, Bewältigungsansätze und Ressourcen des Patienten gilt es auszuloten sowie Versorgungslücken und Unterstützungsbedarfe zu erkennen.

Im späteren Verlauf sollten Ziele und Unterstützungsleistungen individuell mit dem Patienten abgestimmt werden. In direktem Bezug auf seine Eigenverantwortlichkeit kommt es schließlich zur Vermittlung und Abstimmung passender Unterstützungs- und Leistungsangebote (z. B. Kontaktaufnahme zu Behörden und Trägern von Unterstützungsleistungen, Stellen von Anträgen).

Erlauben es die Verweildauer der Patientin im betreffenden stationären Kontext und die jeweilige Verfügbarkeit des Beratungsangebotes, sollte zu einem späteren Zeitpunkt die Sicherung, Prüfung, Bewertung und ggf. Nachsteuerung der einzelnen Unterstützungsangebote vorgenommen werden (Matschke 2010).

Auf der institutionellen Netzwerkebene

werden im Beratungsprozess der Aufbau und die Pflege der lokalen, regionalen, formellen und informellen Netzwerke an Akteuren von Unterstützern und Leistungsangeboten hinzugezogen.

Da sich die psychosoziale Beratung im klinischen Kontext häufig mit der Tatsache konfrontiert sieht, dass sich der Beratungsprozess zumeist auf wenige Gespräche beschränkt, müssen Problemlösung und nötige Weitervermittlung in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum umgesetzt werden.

Aufseiten des Sozialberaters ist darum eine strikte Fokussierung auf ein klar eingegrenztes Problemfeld erforderlich (Schnoor 2006). Neben der prinzipiellen Lösbarkeit des Problems gelten als wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Beratungsprozess daher insbesondere die Beratungskompetenzen der Sozialberaterin, die dem Beratungsprozess Rahmen, Struktur und Effizienz verleihen.

Grundstein einer jeden psychosozialen Beratung sollte eine Berater-Patient-Beziehung sein, die eine fruchtbare Zusammenarbeit ermöglicht. Denn der Patient ist in seiner Mitwirkung im Beratungsprozess maßgeblich an dessen Erfolg beteiligt (Schnoor 2006). Unabhängig für einen zielführenden Beratungsprozess ist also auch ein gewisses Maß an Einsichtsvermögen und Problembewusstsein seitens des Patienten. Angesichts des kurzen Interventionszeitraums schmälern mangelnde Reflexionsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Patienten die Chance auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Beratungsprozess (Schnoor 2006).

Methodisch gesehen stellen die Stärkung der Eigenverantwortung und die Förderung der Eigeninitiative durch den Berater einen zentralen Aspekt in der psychosozialen Beratung im klinischen Kontext dar.

Dass sich soziale Problemlagen und erschwerte Lebensumstände belastend auswirken, steht außer Frage, sagt aber gleichwohl

noch nichts über die tatsächlichen Bewältigungsmöglichkeiten einer Person aus. Somit bieten bisherige Lösungsstrategien und Kompetenzen des Patienten einen wichtigen Anknüpfungspunkt für den Sozialarbeiter, um seine individuellen kompensatorischen Fähigkeiten zu stärken (Schnoor 2006). Dabei bedient sich der Sozialberater nicht einer defizitorientierten, sondern einer ressourcenorientierten Herangehensweise. Auf die Praxis bezogen bedeutet dies nicht nur, persönliche Kompetenzen sichtbar zu machen, sondern auch soziale Netzwerke und materielle Sicherheiten zu eruieren.

Auch hier steht das Grundprinzip der maximalen Einbeziehung des Patienten im Fokus des Beratungsprozesses. Steuernde Fragen im Beratungsprozess für den Sozialarbeiter sind dabei vor allem: »Wobei braucht der Patient wirklich Hilfe?« und »Wobei ist es wichtig, dass es der Patient selbstständig erledigt?«, um die Eigenverantwortlichkeit nachhaltig zu stärken und nicht durch scheinbares Wohlfühlen zu untergraben.

So kann es für einige Patienten wichtig sein, wenn ihnen der Kontakt zu einer Fachberatungsstelle gegeben wird, für andere kann es viel aktivierender wirken, wenn sie dies selbst tun. Ebenso maßgeblich sollte jedoch auch die Frage sein: »Was braucht der Patient wirklich?«, unabhängig davon, ob dies in seiner Eigenwahrnehmung präsent ist.

Neben der bereits angesprochenen Vermittlung von Informationen ist es auch die Funktion der Sozialberaterin, diese für den Patienten nutzbar zu machen, ihm damit verbundene Handlungsspielräume zu eröffnen und Hindernisse bei der Umsetzung der erarbeiteten Problemlösungsstrategien abzubauen (Nau & Gödecker-Geenen 2003).

Kurz gesagt: Für den Berater gilt es, das individuelle Problemverständnis des Patienten zu erfassen, ggf. anzupassen oder zu ergänzen. Auf dieser Grundlage werden für den

Patienten konkret nutzbare Lösungsstrategien erarbeitet, die sich am Rahmen seiner Möglichkeiten und Bedürfnisse orientieren (Schnoor 2006)

### Fallbeispiel

Herr K. befindet sich seit einigen Wochen in der stationären psychotherapeutischen Behandlung, als durch die Bezugspflege der Kontakt zur Sozialberatung hergestellt wird. Ausschlaggebend sind große finanzielle Probleme des Patienten, verbunden mit Pfändungen und der drohenden Einstellung der SGB-II-Leistungen. Diese Belastungen führen dazu, dass Herr K. noch nicht stabilisiert ist und seine Ziele im Behandlungsverlauf noch nicht genau definiert werden konnten. Im ersten psychosozialen Beratungsgespräch führt die Sozialarbeiterin eine Anamnese der sozialen Problemlagen durch, die, wie sich herausstellt, eng mit den psychischen Belastungen verknüpft sind.

Ausgelöst durch den Suizid seiner Partnerin, geriet Herr K. in eine schwere psychische Krise. Durch die große psychische Belastung sah er sich außerstande, den Anforderungen des Alltags standzuhalten. Er vernachlässigte zunehmend die Regelung finanzieller Angelegenheiten und Korrespondenzen, Fristen verstrichen und es kam über mehrere Jahre hinweg zu einer erheblichen Verschuldung des Patienten, verbunden mit dem Verlust seines Betriebes. Hier gelang es ihm durch einen Bewältigungsversuch, noch Grundsicherung nach dem SGB II zu beantragen, wovon er zurzeit lebt.

Herr K. lebt ein Leben in sozialer Isolation – durch Schuldgefühle und depressive Verhaltensmuster verlor er mehr und mehr seine sozialen Kontakte. So erlebt er inzwischen kaum Unterstützung durch Freunde und Familie. Sich selbst Hilfe zu suchen fällt ihm schwer. Aktuell ist Herr K. sehr belastet durch einen Brief des Sozialamtes. Ihm wird mangelnde Mitwirkung vorgeworfen, Papiere wurden nicht eingereicht, Fristen nicht gewahrt. Es wurde ihm eine Zahlungseinstellung der SGB-II-Leistungen angekündigt. Herr K. sieht keinen Ansatzpunkt, dies abzuwenden, und fürchtet um seine Existenz.

Private sowie institutionelle Gläubiger üben weiterhin Druck auf ihn aus, es stapeln sich ungeöffnete und unbeantwortete Briefe bei ihm zu Hause.

Im Gespräch mit Herrn K. werden folgende Zielsetzungen herausgearbeitet:

- Vorrangig ist die Sicherung der Zahlungen durch das Sozialamt, um seine finanzielle Grundsicherung aufrechtzuerhalten.
- Langfristig gesehen braucht Herr K. Unterstützung, um seine finanzielle Lage wieder so weit in den Griff zu bekommen, dass sich ihm mehr Handlungsspielräume eröffnen.
- Soziale Kontakte sowie Alltagsstrukturierung sind Ziele, die ihn zusätzlich stabilisieren sollen.

Um eine langfristige Perspektive für Herrn K. zu erarbeiten, ist es unabdingbar, seine Eigenaktivität im Beratungsprozess zu stimulieren und sein Selbstwirksamkeitserleben zu fördern.

Gleichzeitig sollten noch während des stationären Aufenthaltes erste Hürden genommen werden, um den Einstieg in nachfolgende Bewältigungsprozesse zu erleichtern. Einen engen Rahmen bot die nur noch kurze Verweildauer des Patienten in der Klinik.

Folgende Schritte konnten durch die psychosoziale Beratung noch während des Klinikaufenthaltes auf den Weg gebracht werden:

- Im gemeinsamen Gespräch wurde ein Schreiben an das Jobcenter aufgesetzt, welches Herr K. selbstständig vorbereitete und das wiederum gemeinsam abgeschickt wurde. Eine Einstellung der SGB-II-Leistungen war somit vorerst abgewendet.
- Es erfolgte in Abstimmung mit Herrn K. eine Kontaktaufnahme mit einer Sozialberatung im Wohnort des Patienten. In der Klinik fand ein Dreiergespräch zwischen Herrn K., der Kliniksozialarbeiterin und der Sozialarbeiterin der betreffenden Beratungsstelle statt. Hürden für eine weitere psychosoziale Absicherung konnten so abgebaut und die Anbindung an das ambulante Unterstützungssystem deutlich erleichtert werden.

Gemeinsam konnten so auch für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt nachhaltige Ziele gesetzt und Problemlösungsstrategien entwickelt werden.

Methodisch gesehen ging es aufseiten der Beraterin insbesondere darum, Herrn K. in der Beratung Wertschätzung, Empathie und Kongruenz erfahren zu lassen – die Beraterbeziehung stand im Fokus.

Entscheidend für das Gelingen einer Beziehung sind einerseits eine Atmosphäre, die erfüllt ist von Freundlichkeit, Entspannung und Aufmerksamkeit, und andererseits die Achtung der Person, deren Verhalten von rationalen und emotionalen Impulsen beeinflusst wird (Giesecke 2015).

## 17.4 Abgrenzung zu Psychotherapie

Psychosoziale Beratung und Psychotherapie sind Tätigkeitsfelder, die sich in ihren Aufgaben ähneln, sich aber methodisch, je nach Praxisfeld, in unterschiedlich starkem Maße voneinander abgrenzen (Schnoor 2006).

Beide Verfahren haben gemeinsam, dass sie den Patienten in seiner Notlage unterstützen, indem sie seine Problemwahrnehmung erweitern und oftmals durch eine Perspektivänderung neue Handlungsalternativen ermöglichen. Dabei setzen Sozialberater und Psychotherapeut in ihrer Vorgehensweise aber unterschiedliche Schwerpunkte. Einer der deutlichsten Unterschiede ist die bereits angesprochene Fokussierung der Psychotherapie auf innerpsychische Vorgänge und Muster gegenüber der Schwerpunktsetzung der Sozialberatung auf aktuelles interpersonales konflikthafte Geschehen. In der Praxis ist die Trennlinie allerdings weniger scharf zu ziehen, da sich der Sozialberater in der Beratung natürlich auch – und insbesondere bei der

Suche nach individuellen Bewältigungskompetenzen – mit der intrapsychischen Ebene des Patienten auseinandersetzt. Bei den gewachsenen psychosozialen Problemlagen der Patienten und deren Bewältigung sind interpersonale Aspekte eng mit intrapsychischen vernetzt.

Einen weiteren Unterschied der beiden Praxisformen stellt das **heilende Selbstverständnis** der Psychotherapie gegenüber dem **helfenden Verständnis** der sozialen Beratung dar. Eine Psychotherapie strebt in ihrer Vorgehensweise die Heilung der Patientin an: Leidenszustände und Verhaltensstörungen sollen so behandelt werden, dass es zu einer Verminderung der Symptome und einer strukturellen Veränderung kommt.

Demgegenüber richtet sich die psychosoziale Beratung nicht primär auf die Erkrankung der Patientin. Vielmehr behandelt sie deren Problemlagen und interaktionelle Konflikte als Erfahrungen von Desorientierung. Psychosoziale Beratung richtet sich somit nicht direkt auf die Krankheitsbewältigung, sondern vielmehr auf die Krisenbewältigung und Neuorientierung des Patienten. Aufgaben des Sozialberaters sind also in erster Linie, eine Klärung der individuellen psychosozialen Problemlage und darauf abgestimmte Entscheidungs-, Planungs- und Bewältigungshilfen anzubieten. Die Beratung schließt unmittelbar bei den Alltagsproblemen der Betroffenen an. Ein fundierter Überblick über Unterstützungssysteme und gesetzliche Grundlagen ist damit unentbehrlich.

## 17.5 Herausforderungen – Perspektiven

Die Herausforderungen, die sich bei der Betrachtung der psychosozialen Beratung im stationären psychotherapeutischen Setting aufdrängen, liegen insbesondere in der Kom-

plexität und Vielschichtigkeit dieser Aufgabe (Gerull 2009).

Die Sozialarbeiterin sieht sich bei ihrer Tätigkeit mit einer großen Diversität in allen Bereichen konfrontiert. Diese umfasst aufseiten der Patientengruppe deren Störungsspezifika und Beratungsbedarfe sowie deren Bewältigungskompetenzen, aufseiten der Hilfsangebote deren Spezialisierung und jeweils regionale Verfügbarkeit – all dies bei einer sehr unterschiedlich gehandhabten Einbettung des Beratungsangebotes in den jeweiligen Institutionen, was Stellenumfang, Kooperations- und Kommunikationswege sowie den Anschluss an regionale Netzwerke angeht (Wingenfeld 2005).

Eine zusätzliche Herausforderung für die psychosoziale Beratung im stationären Setting ist die Tendenz zu kürzeren Verweildauern und komprimierteren Beratungskontakten.

Hauptziel der Beratung im klinischen Kontext stellt damit die Anbindung der Patienten an kompetente Unterstützungssysteme im Rahmen des Entlassungsmanagements dar. Es gilt, durch auffangende und passgenaue Angebote den psychosozialen Druck auf die Patienten zu mindern und somit den Heilungsprozess mit abzusichern.

Die Fokussierung im klinischen Bereich auf Störungsspezifika der Patienten und deren therapeutische Beeinflussung sowie der Vorrang, der den etablierten Behandlungsdisziplinen der Somatik und Psychotherapie gewährt wird, können zu einer Vernachlässigung des psychosozialen Behandlungsbedarfs führen. Wenn die psychosoziale Beratung im behandelnden Setting nicht fest verankert ist, führt das häufig dazu, dass eine betreffende Beratung verhältnismäßig spät im Behandlungsprozess einsetzt und der Handlungsspielraum des Beraters ausgesprochen begrenzt ist.

Wünschenswert wäre eine festere Imple-

mentierung der psychosozialen Beratung im stationären psychotherapeutischen Kontext, um den Beratungserfolg für die Patienten dauerhaft und zielgruppendeckend sicherzustellen.

## Literatur

- Ansen H, Gödecker-Geenen N, Nau H. Soziale Arbeit im Krankenhaus. München, Basel: Ernst Reinhardt 2004.
- Bienz B, Reinmann A. Sozialarbeit im Krankenhaus: Aufgaben, Methoden und Ziele. Bern: Haupt 2004.
- Geißler-Piltz B, Mühlum A, Pauls H. Klinische Sozialarbeit. München, Basel: Ernst Reinhardt 2005.
- Gerull S. »Das ist unsere Mutti für alles, das ist unsere Sozialarbeiterin« – Professionelle Identität in der Sozialen Arbeit. In: Geißler-Piltz B, Gerull S (Hrsg). Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich – Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen: Buderich Uni Press 2009.
- Giesecke H. Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns. 12. Aufl. Weinheim, München: Beltz Juventa 2015.
- Hömann U, Müller-Mundt G, Schulz B. Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt a. M.: Mabuse 1999.
- Kaba-Schönstein L, Kälble K (Hrsg). Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt a. M.: Mabuse 2003.
- Matschke G. Expertenstandard. Entlassungsmanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen – Anspruch und Wirklichkeit. Hamburg: Diplomica 2010.
- Nau H, Gödecker-Geenen N. Der Patient im Mittelpunkt des Behandlungsprozesses – eine Vision? Zur psychosozialen Situation der Patienten in der Institution Krankenkasse – Eine Einführung. In: Gödecker-Geenen N, Nau H, Weis I (Hrsg). Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung – Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster, Hamburg, London: Lit Verlag 2003.
- Schnoor H (Hrsg). Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Kohlhammer 2006.
- Wingefeld K. Die Entlassung aus dem Krankenhaus: Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber 2005.



## 18 »... voll das gute Gefühl« – Sportliche Aktivitäten

Michael Hölzer und Christian Blacha

### Zusammenfassung

Sportliche Aktivitäten werden getrennt von den im vorangegangenen Kapitel beschriebenen körperorientierten Bewegungstherapien dargestellt, um deren spezifischem Beitrag im Rahmen stationärer Behandlungen gerecht zu werden. Nach dem Versuch einer Definition sollen anhand von einigen für die stationäre Psychotherapie typischen Störungsbildern (Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen) der Stand der empirischen Forschung sowie Fragen der Indikation bzw. Störungsspezifität behandelt werden. Den gemeinsamen therapeutischen Nenner sportlicher Aktivitäten stellen nicht nur günstige physiologische Effekte im Hinblick auf stressassoziierte Krankheitssymptome dar, sondern auch positive Rückwirkungen auf das allgemeine Gefühl körperlicher Leistungsfähigkeit bzw. auf das Gefühl von Selbstwirksamkeit einerseits, aber auch das Erfahren der eigenen Grenzen in einer Gruppe von Mitpatienten andererseits. Abschließend folgen einige kritische Überlegungen zur Motivation von Patienten und zur Beibehaltung bzw. dem Transfer sportlicher Aktivitäten in den nachstationären Alltag.

### 18.1 Vorbemerkungen

Sport bzw. sportliche Aktivitäten haben zumindest in den Anfängen der stationären Psychotherapie keine bedeutende Rolle gespielt. Zwar soll schon der Arzt Herodicus im 6. Jahrhundert v. Chr. seinen Patienten »Gehen, Laufen, Massagen und Diäten« verordnet haben, eine Tradition begründend, die später dazu führte, dass in den griechischen Tempelkrankenhäusern »stets ein Stadion zur kör-

perlichen Ertüchtigung angeschlossen war« (Waibel & Petzold 2009, S. 82). Sportliche Aktivitäten wurden jedoch lange Zeit in der auf stationäre Psychotherapie bezogenen Fachliteratur eher nicht diskutiert (Beese 1977; Janssen 2014; Markser 2015a; Waibel et al. 2009), selbst wenn der eine oder andere Patient »... voll das gute Gefühl« dabei erlebt (so jedenfalls eine Patientin im Anschluss an ein körperlich durchaus belastendes Ausdauertraining).

Auch heute sucht man das Stichwort der »Sporttherapie« oder der »sportlichen Aktivitäten« in einschlägigen Veröffentlichungen vielfach vergebens, unabhängig davon, ob es sich um praxisnahe Abhandlungen z. B. über die »Störungsspezifische Psychotherapie« (Herpertz et al. 2008), über die »Traumazentrierte Psychotherapie« (Sachsse 2004) oder um eine »Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen« (Fiedler 2000) handelt. Gleiches gilt für die »Klassiker« unter den psychosomatischen bzw. psychiatrischen Lehrbüchern (Adler et al. 1996; Ehrmann 1999; Möller et al. 2000), in denen sportliche Aktivitäten allenfalls in Nebensätzen erwähnt werden (z. B. Adler et al. 1996, S. 597). Zu wenig »psychotherapeutisch« scheinen dem professionellen Mainstream offensichtlich sportliche Aktivitäten und damit vielleicht nicht »konkurrenzfähig« im Hinblick auf andere im (teil-)stationären Kontext angewandte Verfahren. Ausnahmen sind in diesem Zusammenhang noch am ehesten Einrichtungen, in denen die Integrative Bewegungs-

therapie praktiziert wird (Waibel & Petzold 2009), die sportliche Formen der Bewegung explizit praktizieren. Anderenorts verändert sich die vorsichtig-skeptische Haltung bezüglich einer »Sporttherapie« bzw. zu therapeutischen Zwecken angeleiteter »sportlicher Aktivitäten« jedoch eher zögerlich, obwohl z. B. Angstpatienten und depressive Patienten nachweislich einen ausgesprochen bewegungsarmen Lebensstil pflegen (Helgadóttir et al. 2015). Dass aus einem Mehr an Bewegung bzw. sportlichem Tun durchaus ein besonderes Gefühl der Befriedigung und damit auch ein positives Selbstgefühl resultieren können, wird in vielen psychotherapeutisch orientierten Institutionen unserer Einschätzung nach auch heute noch nicht systematisch genutzt.

Während beim Sport im engeren Sinne Rekorde oder Siege erstrebenswerte Ziele sein dürften, so ist es in der Sporttherapie die Erfahrung, dass es kleinere Schritte zur Verbesserung der eigenen Leistungsfähigkeit und damit des Selbst- und Körpergefühls auch tun. Die gegenwärtig verfügbaren empirischen Befunde verweisen jedenfalls zunehmend auf signifikante positive Effekte bei einer Reihe von ernst zu nehmenden psychischen bzw. psychosomatischen Störungsbildern. Ein umfassender Überblick diesbezüglich findet sich z. B. bei Fuchs und Schlicht (2012a) bzw. bei Markser und Bär (2015). Da sich Patienten in stationären Einrichtungen zumindest retrospektiv in einschlägigen Fragebögen (»Was hat geholfen?« bzw. »Wie zufrieden waren Sie mit der Sporttherapie?«) auffällig positiv im Hinblick auf sportliche Aktivitäten äußern, ist u. E. davon auszugehen, dass diese durchaus einen eigenständigen Sektor in einem multimodalen Spektrum therapeutischer Maßnahmen beanspruchen sollten. Insbesondere gemeinsam in der Gruppe betriebene sportliche Aktivitäten schneiden in der Bewertung stationär behandelter Patienten am Ende ihrer Therapie rela-

tiv gut ab (► z. B. die Qualitätsberichte der Sonnenberg Klinik in Stuttgart seit 2010 bzw. Blacha 2017). Andere Belege für diese positive Bewertung sind zum einen eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen zum Thema Sport und seelische Gesundheit, zum anderen aber auch die Gründung des »Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie« (DVGS) bzw. die Bildung eines gesonderten Referates für »Sportpsychiatrie und -psychotherapie« innerhalb der DGPPN im Jahr 2010 (Markser & Bär 2015). Bezüglich des praktischen Nutzens einer breit gestreuten Anwendung sporttherapeutischer Angebote besteht auch bei den diesbezüglich »erfahrenen« Einrichtungen (teil-)stationärer Psychotherapie zunehmend Konsens (► Schmid-Ott et al. 2008; Waibel & Jakob-Krieger 2009), weswegen u. E. deren systematischer Einsatz in eigentlich jedem multimodalen Setting ernsthaft erwogen werden sollte.

## 18.2 Definition von sportlichen Aktivitäten bzw. Sporttherapie

Der Begriff des »Sports« als solcher dürfte bei vielen Patienten zunächst sehr zwiespältige Gefühle hervorrufen: Wem fällt nicht zunächst sein vermeintliches Versagen im Sportunterricht, beim Weitsprung, beim Klimmzug am Reck oder bei der Auswahl von Mitspielern beim Fuß- oder Volleyball ein, wenn man erst ganz zum Schluss oder gar als Letzter »gewählt« wurde? Begriffe können schon durch ihren assoziativen Hintergrund geradezu »toxikologische« Wirkungen entfalten (Benedetti 2017). Zudem fehlen gerade im deutschen Sprachraum eindeutige Definitionen der Begriffe »Sport«, »sportliche Aktivität« oder auch »körperliche Aktivität«. Nach Fuchs und Schlicht (2012b) kann der etwas mildere Begriff der »sportlichen Aktivität« am ehesten verglichen werden mit dem eng-

lischen »Exercise«, einem Begriff, in dem körperliche Aktivitäten zusammengefasst werden, die unter dem Einsatz größerer Muskelgruppen mit einem den Grundumsatz deutlich überschreitenden Kalorienverbrauch und einer Erhöhung der Körperkerntemperatur ausgeführt werden, »um die körperliche Leistungsfähigkeit bzw. Gesundheit aufrecht zu erhalten oder zu verbessern« (Sallis & Owen 1999, S.11). Bei diesen Tätigkeiten käme es zwar zu den »typischen Bewegungsinszenierungen des Sports, ohne aber unbedingt den wesentlichen Charakteristiken des Sports (Wettkampf, Rekord und formale Chancengleichheit) zu folgen« (Fuchs & Schlicht 2012b, S.4). Sportliche Aktivitäten unterscheiden sich u.E. damit auch deutlich von »körperorientierten Bewegungskonzepten mit psychotherapeutischem Anspruch« (Markser & Bär 2015, S.6).

### Definition

**Sportliche Aktivität zu therapeutischen Zwecken** kann definiert werden als eine »ärztlich indizierte und verordnete Bewegung mit verhaltensorientierten Komponenten, die vom Therapeuten geplant, dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird. Sie will mit den geeigneten Mitteln des Sports, der Bewegung und der Verhaltensorientierung bei vorliegenden Schädigungen gestörte physische, psychische und psychosoziale (den Alltag, die Freizeit und den Beruf betreffende) Beeinträchtigungen rehabilitieren bzw. Schädigungen und Risikofaktoren vorbeugen« (Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie 2014).

Zur genaueren Messung bzw. Operationalisierung der »Sportlichkeit« wird im Ausdauerbereich meist die Herzfrequenz als Belastungskorrelat herangezogen, mit der dann der

Unterschied zwischen einer mittleren Belastung (zwischen 55 und 75 % der maximalen Herzfrequenz) und den verschiedenen Formen der gesteigerten aeroben Belastung (bis zu 75 % der maximalen Herzfrequenz) bestimmt werden kann. Die maximale Herzfrequenz als Bezugsgröße wird entweder individuell als persönlicher Wert erhoben oder formelhaft abgeschätzt ( $208 - \text{Lebensalter} \times 0,7$ ). Im Bereich der Medizinischen Trainingstherapie oder des Krafttrainings werden entsprechende Belastungen in Prozent der Maximalkraft angegeben bzw. mit der Anzahl Sätze pro Übung (► Hersleb & Pluta 2015). Signifikant positive Effekte treten nach Hottenrott und Zülch (1998) bereits bei niedrigeren bzw. mittleren Trainingsreizen ein (z.B. mit  $3 \times 30$  Minuten Ausdauerbelastung in der Woche bei 50–70 % der maximalen Herzfrequenz; ► auch Hölzer & Blacha 2014, S.274). Eine ähnliche Dosierung wird von Schwerdtfeger (2012) nahegelegt, dem zufolge sportliche Aktivitäten ebenfalls mit mindestens mittlerer Intensität und wenn, dann ebenfalls für eine Mindestdauer von 20–30 Minuten durchgeführt werden sollten, da seines Erachtens »ein Training von niedriger Intensität übereinstimmend als nahezu wirkungslos beschrieben wird« (Schwerdtfeger 2012, S.196). Wird von besonders »eifrigen« Patienten allerdings im Bereich der anaeroben Schwelle oder sogar darüber hinaus trainiert (75–85 % der maximalen Herzfrequenz und mehr), sind kontraproduktive Effekte durchaus nicht ausgeschlossen: Negative Affekte wie z.B. das Gefühl zu großer Erschöpfung oder Ängste, körperliche Schäden zu erleiden, können die Motivation eines Patienten, sich solchen Anstrengungen wiederholt auszusetzen, nachhaltig beeinträchtigen. Um solche negativen Effekte zu vermeiden, erscheint es also umso wichtiger, ungeübte Patienten oder solche, die aus anderen Gründen aversiv auf sportliche Aktivitäten reagieren, sehr allmählich an ein

moderates Training heranzuführen. In diesem Zusammenhang bietet sich im stationären Kontext die Bildung verschiedener Leistungs- und Belastungsgruppen an, denen sich Patienten je nach individuell empfundenem Leistungsvermögen oder aktueller Tagesform anschließen können, um demotivierende Vergleiche mit scheinbar leistungsstärkeren Mitpatienten zu vermeiden (Plag et al. 2015). Entscheidend für eine Motivation von eher bewegungsaversiven Patienten dürfte auch die Information sein, dass im Grunde »jeder Schritt zählt« und bereits regelmäßige Bewegung allein positive Effekte in Bezug auf das allgemeine Wohlbefinden wie auch auf die Verbesserung spezifischer Störungsbilder zeitigen kann. Schon regelmäßiges »Wandern« (Hottenrott et al. 2012) und vergleichbare Betätigungen mit geringer körperlicher Belastung (Nordic Walking, langsames Laufen etc.) bewirken im Vergleich zu »unbewegten« Kontrollgruppen signifikant positive Verbesserungen im Sinne einer Abnahme des systolischen wie des diastolischen Blutdrucks, des Körpergewichts bzw. der Herzfrequenz und nicht zuletzt auch des subjektiv erlebten »Anstrengungsempfindens« bei gleicher Belastung (Hölzer & Blacha 2014). Gleiches dürfte für ein moderates Krafttraining gelten, das mit dem eigenen Körpergewicht ohne Zuhilfenahme besonderer Geräte bzw. ohne Inanspruchnahme besonderer Trainingsmöglichkeiten von Patienten auch nach der stationären Behandlung fortgesetzt werden kann. Nicht nur Kraft und Ausdauer, sondern auch Schnelldkraft, Beweglichkeit und Koordination profitieren vom regelmäßigen Üben, ganz abgesehen von einem besseren Gefühl bezüglich der eigenen Möglichkeiten und Grenzen. Nach Markser (2015b, S. 126) ist dabei vermutlich *»die Tatsache, dass Patienten überhaupt aktiv bleiben, viel wichtiger als der Grad der körperlichen Belastung«*.

### 18.3 Wie wirken sportliche Aktivitäten?

Für sportliche Aktivitäten werden in Abhängigkeit von Frequenz und Intensität der Durchführung eine Vielzahl positiver Wirkungen auf den Erhalt bzw. das Wiedererlangen seelischer wie auch körperlicher Gesundheit diskutiert (Markser & Bär 2015; Schwerdtfeger 2012). Das beginnt mit einer allgemeinen körperlichen Aktivierung und der damit einhergehenden Verbesserung physiologischer Parameter, denn schon nach wenigen Wochen eines milden Trainings nimmt das Leistungsvermögen im Hinblick auf Kraft und Ausdauer spürbar zu und damit die Voraussetzung für ein verbessertes Körpergefühl. Positiv beeinflusst werden auch Ruhezugs, Blutdruck und der Energiestoffwechsel sowie die Stimulierung der körpereigenen Apotheke. Moderates sportliches Training fördert zudem die Durchblutung der Muskulatur und stärkt einen bis dato möglicherweise untrainierten Bandapparat; Effekte, die in der Regel auch ein besseres Körpergefühl, das Empfinden von mehr Selbstwirksamkeit und damit überhaupt ein besseres Selbstgefühl zur Folge haben dürften, ganz abgesehen von der subjektiv erlebten »Attraktivität« des eigenen Körpers.

Gesundheitsfördernde Aspekte von Sport und Bewegung lassen sich also nicht nur auf »klassisch physiologische« Parameter reduzieren, sondern erstrecken sich auch auf den Bereich psychischen Funktionierens und Befindens. Nicht nur kognitive Funktionen werden durch sportliche Aktivitäten im weitesten Sinne verbessert (► Übersicht in Bär 2015). Sportliche Bewegung stabilisiert auch die Stimmung und Emotionalität und damit ganz allgemein die »seelische Gesundheit«, denn aus therapeutischer Sicht ist es vor allem das grundlegende menschliche Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit, Körperkontrolle und da-

mit einem besseren Selbstgefühl, das durch sportliche Aktivitäten befördert wird (► Exkurs »Sportliche Aktivitäten und Selbstgefühl«). Neurophysiologen machen für diese Effekte vor allem auch die Stimulation der »inneren Apotheke« verantwortlich (Hollmann 2003); die Liste der diesbezüglich diskutierten körpereigenen Substanzen ist lang. Sie reicht von einer vermehrten Ausschüttung von Neurotransmittern wie Noradrenalin und Dopamin über eine Erhöhung von Endorphinen bzw. der Stimulierung des körpereigenen Opioidsystems (Pajonk 2015) bis zur Stabilisierung erniedrigter Serotoninlevel (Anderson & Shivakumar 2013).

## Exkurs

### Sportliche Aktivitäten und Selbstgefühl

Der Begriff des »Selbstgefühls« bezieht sich in der Regel auf ein inneres Gefühl von Stabilität und Kontinuität in der Zeit, gründend auf den subjektiven Vorstellungen bzw. der Empfindung von den eigenen Fähigkeiten und Eigenschaften. Geknüpft ist das Selbstgefühl, und eng verbunden damit auch Gefühle des Selbstwertes bzw. der eigenen Identität, an verinnerlichte Bindungs- und Beziehungserfahrungen und an Rückmeldungen, die das Individuum aus der äußeren Welt bezieht und als Anerkennung, Wertschätzung oder aber als Ablehnung erlebt (Damasio 2013). Mit Shavelson et al. (1976) lässt sich ein »emotionales Selbst« (»Ich bin in der Regel ein zufriedener Mensch«) von einem »sozialen Selbst« (»Die Leute finden meist Gefallen an mir«) und einem »physischen Selbst« (»Ich fühle mich körperlich häufig schwach«) unterscheiden, bezüglich dessen schon Freud (1923/1976) betont hatte, dass das Selbstgefühl eines Menschen gerade in seinen Anfängen durch ein Körper selbst(-gefühl) begründet wird. Die Verbesserung sportlicher Leistungsfähigkeit und Fitness wirkt auch deswegen therapeutisch, da sie unmittelbar positiv auf dieses Körper selbstgefühl zurückwirkt (Hänsel 2012) und fast nebenwirkungsfrei »zu einer Positivierung des globalen Selbst« (Hänsel 2012, S. 155) führt – unter Berücksichtigung moderierender Variablen wie Alter, Geschlecht, Art und Um-

fang der jeweiligen Aktivitäten etc. Da das Selbstgefühl eines Menschen ein »dynamisches Geschehen« darstellt (Hänsel 2012, S. 160), variieren die Einflüsse sportlicher Aktivität mit den Kriterien der »Zentralität« (... ist sportliche Aktivität einem Individuum überhaupt wichtig?), der »Referenz« (... mit wem vergleicht sich eine Person bezüglich Leistungsfähigkeit und Fitness?) und der »Stabilität« des Selbstgefühls. Ein gehobenes Selbstgefühl und positive Erfahrungen im Bereich sportlicher Aktivitäten werden im Sinne einer »Cross-Stressor-Adaptationshypothese« (Gerber 2012, S. 127) auch auf andere Aspekte des Selbst in seiner Beziehung zur Umwelt generalisiert, daher sind dementsprechend auch positive Folgen in anderen Bereichen des psychosozialen Funktionierens eines Patienten zu erwarten. Vorsicht ist allerdings bei Patienten geboten, die ihr Selbstgefühl vornehmlich oder nur über Leistung und Leidsfähigkeit regulieren, ihren Körper deswegen immer wieder über Gebühr sportlich strapazieren und diesbezüglich jegliche funktionale Grenze außer Kraft setzen. Hier bietet der stationäre Kontext allerdings ein förderliches Experimentierfeld, wirken doch Mitpatienten wie Therapeuten bei jeglicher Übertreibung gleichermaßen als Korrektiv.

Aber nicht nur das: Sportliche Aktivität (wie überhaupt Bewegung allgemein) wirkt offensichtlich »lebenslanglich« auch stimulierend auf die Neubildung von Nervenzellen bzw. dient deren synaptischer Vernetzung (z. B. im Hippocampus durch die vermehrte Bildung von Wachstumshormon und Faktoren wie dem »Brain-Derived Neurotrophic Factor« [BDNF]; Anderson & Shivakumar 2013). Neben der Neuroneogenese scheinen auch die Gliogenese (die Neubildung von Stützzellen im Gehirn) sowie die Angiogenese und damit eine bessere Durchblutung des Gehirns gefördert zu werden (Pereira et al. 2007). Sportliche Aktivität und Bewegung können sich also nicht nur situativ positiv auf Stimmung und Befindlichkeit auswirken, sondern dürften mittelfristig durch eine Erhöhung der zentralen Synapsendichte und damit der Konnektivität relevanter Gehirnareale auch deren



Morphologie und Funktionalität positiv beeinflussen (Hollmann 2003, S. 173).

Zu diesen eher allgemeinen Auswirkungen kommen noch »differenzielle« Effekte hinzu, denn die Art des Störungsbildes und dessen Ausprägung beeinflussen unter Umständen erheblich, wie sportliche Aktivitäten subjektiv empfunden werden. Patientinnen, die z. B. an einer Essstörung leiden, dürften sehr unterschiedlich auf sportliche Aktivitäten im Therapieplan reagieren, je nachdem, ob es sich um eine Anorexie, eine Bulimie, eine Binge Eating Disorder oder um eine Adipositas handelt. Magersüchtige Patientinnen mit ihrem häufig erhöhten Bewegungsdrang werden eher unter einem Sportverbot bzw. entsprechenden Kontrollmaßnahmen leiden, adipöse Patientinnen hingegen könnte die Aufforderung zu sportlicher Aktivität im Einzelfall beschämen und unter Druck setzen. Die empirische Befundlage liefert zwar eindeutige Hinweise auf den Nutzen sportlicher Aktivitäten für beide Gruppen von Patientinnen (Markser 2015b) und widerlegt damit die landläufige Vorstellung, dass sportliche Aktivitäten magersüchtigen Patientinnen generell z. B. durch den vermehrten Kalorienverlust schaden. Die Art der Erkrankung, das Alter eines Patienten wie auch Aspekte der Krankheitsverarbeitung und andere Persönlichkeitseigenschaften sollten jedoch bezüglich dieser differenziellen Effekte (und damit bei der Indikation bzw. Dosierung sportlicher Aktivitäten) berücksichtigt werden.

Ein Angebot sportlicher Aktivitäten kann sich damit auch nicht darin erschöpfen, lediglich Training, in welcher Form auch immer, anzubieten. Im Gegenteil, ein reduktionistisches Trainingsparadigma gilt in der Sporttherapie mittlerweile als überwunden, da therapeutisch orientierte Sportangebote immer auch wichtige persönliche Themen und Konflikte aktivieren (u. a. Markser 2015b, S. 113 ff.). Solche Themen, die im Kontext kör-

perlicher Aktivitäten in einer Gruppe von Mitpatienten gewissermaßen beiläufig aufscheinen, sind nach Bauder und Waibel (2009, S. 197) folgende:

- mithalten, aushalten, durchhalten
- wer ist der Beste
- alleine davonziehen
- Mittelmaß sein
- Kontakt suchen, Kontakt vermeiden
- Ablehnung oder Zuwendung erleben
- Grenzen setzen
- Begrenzung erleben
- sich nichts zutrauen
- ausgeschlossen sein
- Schlusslicht, Loser sein
- dem Schmerz den Kampf ansagen

Schon diese Aufzählung erschließt aus psychodynamischer wie auch verhaltenstherapeutischer Sicht hochsignifikante Konfliktfelder, verdeutlichend, dass durch sportliche Aktivität durchaus relevante Lebensthemen virulent werden – als eine Art Rohmaterial, das dann in anderen Therapieangeboten vertieft aufgearbeitet werden kann. Auf den Wert sportlicher Aktivitäten als Co-Therapie in einem multimodalen Therapieprogramm (und damit implizit vor allem auch in einem stationären Setting) wird deswegen in jüngster Zeit verstärkt hingewiesen (Plag et al. 2015).

Differenzielle Effekte sind also vor allem dann anzunehmen, wenn das Störungsbild eines Patienten einer spezifischen Eigendynamik unterliegt. Nachfolgend werden einige für die stationäre Psychotherapie typische Störungsbilder kurz beschrieben.

### 18.3.1 Angststörungen

Patienten mit Angsterkrankungen leiden z. B. vielfach unter einer ausgeprägten psychovegetativen Hyperreagibilität (Stichwort: »vegetative Angstäquivalente«), bedingt durch eine chronische Aktivierung der Hypothala-



mus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bzw. eine Ausschüttung damit assoziierter Stresshormone (► Exkurs »Sportliche Aktivität und Stress«). Geradezu pathognomonisch für diese Störungsbilder ist, dass eine Vielzahl Betroffener sekundäre Ängste vor dem Auftreten solch vegetativer Reaktionen (im Sinne einer »Angst vor der Angst«) und damit implizit auch vor jeder körperlichen Anstrengung entwickeln, da diese regelmäßig mit einer beschleunigten Herzfrequenz, relativer Atemnot und Schwitzen einhergeht. Nicht selten sind in diesem Zusammenhang Ängste, bewusstlos zu werden, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen, sich hilflos ausgeliefert zu fühlen oder Ängste vor tödlichem Herzversagen, die sich dann zu einer regelrechten Herzphobie aufschaukeln können. Die Vermeidung körperlich belastender Situationen, wie im Falle Carsten F. (► folgendes Fallbeispiel), führt zu Untrainiertheit und gesteigerter kardiovaskulärer Reagibilität und schlussendlich im Sinne eines Teufelskreises zur fast völligen Vermeidung jeglicher Anstrengung. In solchen Fällen kann sportlichen Aktivitäten vor allem deswegen eine besondere Funktion zukommen, da sie implizit immer auch eine »Exposition« darstellen: Die durch körperliche Anstrengung hervorgerufenen vegetativen Reaktionen im Hinblick auf Puls, Blutdruck und Atemfrequenz können in einer sicheren Umgebung (nach vorheriger medizinischer Untersuchung sowie Aufklärung und Schulung bezüglich basaler körperlicher Zusammenhänge) im Sinne einer systematischen Desensibilisierung zunehmend wieder als »normal« erlebt werden. Angstpatienten dürften auch deswegen besonders vom Expositionscharakter sportlicher Aktivitäten profitieren, da sich im Verlauf einer solchen »physiologischen« Desensibilisierung in der Regel auch das Vermeidungsverhalten im Bereich anderer, z. B. psychosozialer Aktivitäten besser thematisieren lässt.

## Exkurs

### Sportliche Aktivität und Stress

Die Behandlung von Patienten mit »stressassoziierten« Erkrankungen stellt einen Kernbereich stationärer Psychotherapie dar. Im Hinblick auf »Stress« sollte eigentlich zwischen »Stressor«, »Stresswahrnehmung« und »Stressantwort« unterschieden werden, um den implizierten Prozessen begrifflich einigermaßen gerecht zu werden (Reber 2014). Gemeinsamer Nenner dieser Störungsbilder ist, dass die adaptiven Reaktionen der akuten Stressreaktion in negative Folgen umschlagen, wenn Stressoren unkontrollierbar bzw. Stressbelastungen chronisch werden, d. h. Erholungsphasen nicht mehr ausreichen, um die physiologische Stressreaktion (qua Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bzw. Nebennierenmark) herunterzuregulieren. Im Falle von chronischem Stress resultiert hingegen eine psychophysische Daueranspannung, die bereits von Hans Selye (1956) als »Allgemeines Adaptationssyndrom« beschrieben worden ist. Innere Unruhe, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Gereiztheit, Schwierigkeiten, sich in andere einzufühlen (u. a. Schultz-Venrath 2013), sind auf seelischem Gebiet noch die harmlosesten Folgen. Ernste Gesundheitsgefahren drohen vor allem durch kardiovaskuläre Schäden und durch eine Schwächung des Immunsystems (Siegrist 2005; Stressreport Deutschland 2012).

Neben einem intakten sozialen Umfeld und der Kontrollierbarkeit potenzieller Stressoren stellen vor allem sportliche Aktivitäten bzw. eine ausreichende Bewegung einen wesentlichen protektiven Faktor im Hinblick auf Stresserleben und Stressregulation dar. Mit Fuchs und Klaperski (2012) können die zahlreichen, wenn auch im Einzelnen nicht immer völlig übereinstimmenden empirischen Befunde dergestalt zusammengefasst werden, dass *»regelmäßige Sportaktivität (bzw. körperliche Fitness) eine moderierende Rolle im Prozess der Stressbewältigung«* spielen dürften (Fuchs & Klaperski 2012, S. 112). Weil Sportler *»weniger gesundheitsbeeinträchtigende physiologische Stressreaktionen zeigen als sportlich inaktive«* (Fuchs & Klaperski 2012, S. 115), könne nicht nur allgemein von einer stresspuffernden Wirkung sportlicher Aktivität ausgegangen werden, sondern auch von einem kathartischen Abreagieren von Angst und Ärger bzw. anderen Formen von Anspannung und ne-

gativer Affektivität. Belegt würde dies durch niedrigere Cortisolspiegel von Sporttreibenden im Vergleich zu Nichtsportlern. Sich sportlich betätigende Personen würden sich nach »stresshaft« erlebten Belastungen auch rascher erholen. Nicht zuletzt seien sportliche Aktivitäten auch dazu geeignet, zwanghaftes Grübeln bzw. das gedankliche Festhalten an stressenden Situationen durch Ablenkung zu unterbrechen – wenngleich nicht übersehen werden sollte, dass sportliche Aktivitäten in bestimmten Situationen von charakterlich diesbezüglich disponierten Personen auch als zusätzlicher Stress empfunden werden können. Im stationären Kontext gilt es, sportliche Aktivitäten deswegen »individuell optimal« zu dosieren, denn insbesondere über Gebühr anpassungsbedürftige Patienten dürften eine verpflichtende Vorgabe im Bereich sportlicher Aktivitäten als zusätzliche Über-Ich-Botschaft und damit als zusätzlichen Stress erleben.

### Fallbeispiel

#### Carsten F.

Bei Carsten F. handelte es sich um einen 54-jährigen Verwaltungsangestellten, der ungefähr zwei Jahre vor seiner stationären Behandlung »aus heiterem Himmel« einen ersten schweren Angstfall erlitten hatte: Auf der Fahrt in den Urlaub war er gemeinsam mit seiner Ehefrau im Auto unterwegs gewesen, als kurz nach Einbiegen auf die Autobahn sein Herz »zu rasen« begann, er einen Schweißausbruch erlitt, ein Engegefühl in der Brust, Luftnot und Todesängste entwickelte. Der Beginn des Urlaubs musste aufgrund dieser ihn massivst verunsichernden Empfindungen verschoben werden, zunächst ging es ins Krankenhaus und nicht weiter in Richtung Süden. Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten führte in der Folge zu einer rasch voranschreitenden Generalisierung seiner Ängste, bis er schlussendlich nicht mehr in der Lage war, seiner Arbeit nachzugehen geschweige denn das Haus zu verlassen. Nachdem sich wenige Monate später auch noch seine Ehefrau von ihm getrennt hatte, zog er zu seiner unverheirateten älteren Schwester, die ihn dann schlussendlich zur stationären Behandlung anmeldete.

Jegliches Engegefühl vermeidend, erschien er zur Aufnahme in einer weitgeschnittenen Bekleidung, abgemagert auf etwa 65 kg Körpergewicht bei einer Körpergröße von stattlichen 185 cm, da er nichts essen könne, was in irgendeiner Weise ein Völlegefühl in seinem Bauch erzeugen würde. In ständiger Sorge, sich und sein subjektiv als schwerst gefährdetes Herz »zu überlasten«, vermied er anfangs auch in der Klinik harmloseste Anstrengungen. Neben der Arbeit an einem ungelösten Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt (... die Ehefrau des Patienten hatte im Erleben des Patienten »immer das Sagen gehabt« und nicht nur »das Reiseziel vorgegeben«, ohne dass der weitgehend aggressionsgehemmte Carsten F. dem irgendetwas »Eigenwilliges« hätte entgegenzusetzen können) galt es vor allem, das ausgeprägte körperbezogene Vermeidungsverhalten zu unterbrechen. Um den Patienten langsam wieder an Anstrengungen und damit einhergehende normale körperliche Reaktionen zu gewöhnen, ermunterten ihn Bezugstherapeut und Pflegekraft zu »Wanderungen« auf dem Klinikflur und der Benutzung der Treppen statt des Aufzuges, psychoedukativ begleitet durch eine sehr sorgfältige Erläuterung der physiologischen Folgen seines Vermeidungsverhaltens bzw. der Prinzipien einer diesbezüglichen systematischen Desensibilisierung. Nach vier Wochen traute sich Carsten F. erstmals, an einer Gruppenveranstaltung im Nordic Walking außerhalb »sicherer« Räumlichkeiten teilzunehmen bzw. mit leichtesten Gewichten in der Medizinischen Trainingstherapie zu hantieren, das »steuernde Objekt« Sporttherapeut immer um sich herum wissend. Konstante Ermutigung durch diesen wie auch durch die anderen Mitglieder seiner Therapiegruppe führte zu einer sukzessiven Zunahme seiner Leistungsfähigkeit bzw. zur Ausweitung des Radius seiner Exkursionen auch außerhalb der Klinik bzw. des Klinikgeländes. Die Reduktion seiner Ängste und vor allem die wiedererlangte körperliche Leistungsfähigkeit stellten neben der Einsicht, dass seine Angstsymptomatik vor allem Ausdruck seiner Hemmungen war, sich im sozialen Feld notwendige persönliche Spielräume zu ver-

schaffen, die er durch Trennungsängste und Konfliktvermeidung aufgegeben hatte, am Ende der stationären Behandlung einen beachtlichen Therapieerfolg dar.

Die Auswirkungen von sportlichen Aktivitäten bei Angstpatienten sind dementsprechend in einer Reihe unterschiedlicher Studien (Brooks et al. 1998; De Moor et al. 2006; McAuley et al. 1996) ausgiebig untersucht worden – mit mehr oder weniger dem gleichen Ergebnis: Überwiegend finden sich negative Korrelationen dergestalt, dass sportliche Aktivitäten Angst grundsätzlich zu reduzieren scheinen. Schwerdtfeger (2012) kommt vor dem Hintergrund dieser Befundlage zu dem Ergebnis, dass *»ein einmaliges Training von etwa 20–30 Minuten Dauer mit einer Reduktion von Zustandsangst verbunden zu sein scheint«* und dass *»längerfristige Trainingsprogramme (typischerweise 3–4 Trainingseinheiten pro Woche über einen Zeitraum von 7–10 Wochen) sich sowohl auf die Zustandsangst als auch auf die Eigenschaftsangst positiv auszuwirken scheinen«* (Schwerdtfeger 2012, S. 192). Die in einschlägigen Metaanalysen mitgeteilten Effektstärken (Conn 2010a; Herring et al. 2010) erreichen mittleres Niveau (z.B.  $-0.48$  in einer Studie von Wipfli et al. 2008). Vor allem ein aerobes Ausdauertraining dürfte sich positiv auf eine ganze Reihe störungsspezifischer Angstsymptome auswirken, wobei es augenscheinlich zu differenziellen Effekten je nach Art der Angststörung kommen kann: Patienten mit sozialer Phobie scheinen in der Regel etwas besser abzuschneiden als solche mit einer Panikstörung oder generalisierten Ängsten. Bezüglich seiner Wirksamkeit ist ein aerobes Ausdauertraining bei Angstpatienten jedoch mit anderen Interventionen (Psychopharmakologie, Yoga, Entspannung, Stressbewältigungstraining etc.) durchaus vergleichbar (Schwerdtfeger 2012, S. 198), es hat damit also einen ein-

deutigen anxiolytischen Effekt (Hölzer & Blacha 2014). Aus therapeutischer Sicht ist zudem der Umstand erwähnenswert, dass die Effekte in klinischen Stichproben im Vergleich zu gesunden Probanden ausgeprägter sind und auch mit institutioneller Aufsicht zuzunehmen scheinen (Conn 2010b), ein Befund, der sowohl für die Behandlungsstrategien im stationären Kontext als auch für die Weiterführung sportlicher Aktivitäten in der poststationären Phase besonders relevant sein dürfte.

### 18.3.2 Depressive Störungen

Eine allgemeine körperliche Aktivierung, kathartische Effekte im Sinne eines Abreagierens, aber auch die Ablenkung von beeinträchtigenden seelischen bzw. körperlichen Symptomen entfalten nicht nur bei Angstpatienten, sondern auch bei Patienten mit depressiven Störungsbildern positive Effekte. Hautzinger und Wolf (2012, S. 167) folgern deswegen, *»dass Sport akute Depressionen z.B. allein deshalb lindern könnte, weil sich Bewegung konträr zur Antriebsarmut als einem wichtigen Charakteristikum der Depression verhält«*. Nach psychodynamischer Lesart spielt bei den verschiedenen Formen von Depressivität fast immer auch ein vermindertes Selbstwertgefühl eine zentrale Rolle, was in der Regel mit einer Tendenz zu narzisstischen Kränkungen, zum Rückzug aus potenziell kränkenden Situationen bzw. aus verhaltenstherapeutischer Sicht mit »gelernter Hilflosigkeit« (Seligmann 1992) einhergeht. Sportliche Aktivitäten wirken sich in der Regel positiv auf diese drei zentralen Aspekte des Erlebens und Verhaltens aus und stärken damit die subjektiv empfundene »Selbstwirksamkeit« eines Patienten (► Exkurs »Sportliche Aktivitäten und Selbstgefühl«). Zudem leistet körperliche Aktivität einen Beitrag zur Gewichtsregulation, was ebenfalls »einen

*antidepressiven Effekt haben dürfte*» (Hautzinger & Wolf 2012, S.167), ganz abgesehen davon, dass »durch Sport ausgelöste positive Emotionen der negativen Emotionalität depressiver Patienten« entgegenwirken (Hautzinger & Wolf 2012, S.167). Die von diesen Autoren ausgewerteten Metaanalysen ließen auf einen »moderaten positiven Einfluss auf die Reduktion depressiver Symptomatik« schließen (Hautzinger & Wolf 2012, S.179), sodass sich nach jetzigem Kenntnisstand »die Wirksamkeit von sportlicher Aktivität nicht von anderen Therapiemethoden wie Psychotherapie oder Antidepressiva« unterscheide (Hautzinger & Wolf 2012, S.180). Neuere Metaanalysen scheinen diese positive Sichtweise mehr oder weniger uneingeschränkt zu unterstützen, auch wenn hier Vorsicht geboten sein sollte im Hinblick auf eine gewisse Publication Bias. Wegner et al. (2014) konnten jedenfalls in einem groß angelegten Überblick über eine Reihe von Metaanalysen unter Einschluss von jeweils mehr als 40 000 Patienten pro Gruppe durchschnittlich deutlich höhere Effektstärken (0.56) für die Gruppe der depressiven Patienten feststellen, verglichen mit einer Gruppe von Angstpatienten (0.34). Ähnlich hohe Effektstärken bzw. ähnliche Unterschiede berichten auch Josefsson et al. (2014) aus einer anderen methodisch anspruchsvollen Metaanalyse, wobei Einschränkungen vor allem dann gelten, wenn die depressive Störung so schwer ausgeprägt ist, dass überhaupt keinerlei sportliche Betätigung mehr möglich ist. Die etwas bessere Wirkung von sportlicher Aktivität bei depressiven Patienten im Vergleich zu solchen mit Angstsymptomen konnte auch für nichtklinische Populationen belegt werden (Rebar et al. 2015; Silveira et al. 2013). Ausdauer- und Krafttraining dürften dabei in ihren positiven Auswirkungen auf depressiv erkrankte Patienten als durchaus äquivalent einzuschätzen sein. Im Sinne eines »Review of Reviews« fassen Schulz et al.

(2012) die aus solchen Metaanalysen ersichtliche und insgesamt ermutigende Datenlage im Bundesgesundheitsblatt quasi »amtlich« zusammen: »Körperliches Training kann bei Depressionen ähnlich wirksam sein wie eine medikamentöse Therapie« (Schulz et al. 2012, S.57). Körperliche Aktivität könne zudem dem kognitiven Abbau im Alter vorbeugen und die Entwicklung einer Demenz hinauszögern und auch bei Kindern und Jugendlichen hätte körperliche Aktivität einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit und auf kognitive Funktionen.

### 18.3.3 Anhaltende somatoforme Schmerzstörungen

Auch Patienten mit chronischen (somatoformen) Schmerzstörungen können u.E. nachhaltig von sportlichen Aktivitäten profitieren. Chronische Schmerzen gehen häufig mit einer allgemeinen »somasensorischen Amplifizierung« einher (Stichworte sind in diesem Kontext u.a. auch die »Hyperalgesie« oder die »Allodynie«) sowie einer Vermeidung körperlicher Aktivität aus Angst vor weiteren Schmerzen: »Wenn ich mich bewege, wird alles nur noch schlimmer.« Die aus der Vermeidung resultierende schmerzbedingte Schonhaltung trägt meist wesentlich zur Aufrechterhaltung der Symptomatik bei, bedingt durch die Dekonditionierung des Körpers, die Schwächung der Muskulatur bzw. des Bandapparates und die damit einhergehende zusätzliche Belastung z. B. knöcherner Strukturen. Passivität zeichnet diese Patienten vielfach nicht nur in ihrem körperlichen Schmerzverhalten aus. Passivität und eine manchmal anspruchsvoll anmutende Erwartungshaltung ergeben sich auch aus der für Schmerzpatienten fast pathognomonischen »externen« Attribution ihrer Beschwerden: Nicht nur die Schmerzen sind durch »äußere«, d.h. in diesem Fall vom Subjekt nicht

zu verantwortende unabhängige Faktoren bedingt, auch Hilfe ist nur von außen zu erwarten, sei es durch besonders wirksame Medikamente oder durch sonstige Eingriffe, nicht zuletzt durch Operationen. Mit Bewegung bzw. sportlichen Aktivitäten in angemessener Dosierung kann dieser Passivität und dem Teufelskreis der Vermeidung durchaus wirksam begegnet werden. Für Patienten mit einem Fibromyalgie-Syndrom (FMS), die ja nicht selten in stationär-psychotherapeutischen Kontexten anzutreffen sind, erweist sich die Forschungslage in diesem Zusammenhang als durchaus positiv. Schwarz et al. (2009) fassen ihren Literaturüberblick dahingehend zusammen, dass mittlerweile »die Wirksamkeit von Sporttherapie bei FMS als bestätigt« gelten könne. Dabei sollte insbesondere »auf Ausdauertraining bzw. ein Kombinationstraining aus Ausdauer plus Kraft- oder Flexibilitätstraining zurückgegriffen« werden (Schwarz et al. 2009, S. 125).

Sportliche Aktivitäten (und hier nicht nur im Ausdauerbereich, sondern eben auch durch Krafttraining) können also auch bei Schmerzpatienten in bemerkenswerter Weise Selbstwirksamkeitserfahrungen vermitteln (► Exkurs »Sportliche Aktivitäten und Selbstgefühl«) und selbstverständlich auch bei diesen Störungsbildern die hauseigene, innere Apotheke mobilisieren. Auch wenn die von entsprechenden Fitnesscentern veröffentlichten Versprechungen (»ein starker Rücken kennt keinen Schmerz«) die durch ein gezieltes Krafttraining möglichen Effekte vermutlich etwas überschätzen: Milde Formen der Ausdauertherapie und moderates Krafttraining haben sich auch bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen bewährt. Darauf jedenfalls lassen die Ergebnisse z. B. des Göttinger Rücken-Intensiv-Programms (GRIP) in bemerkenswerter Weise schließen (Hildebrandt & Pfingsten 2003). Gerade wegen der vielfältigen Ursachen, die am Ende in eine

chronische Schmerzsymptomatik münden, und der regelhaft zu konstatierenden Verschränkung psychischer mit somatischen Faktoren gilt es, mit dem Training jedoch nicht zu übertreiben. Ein kleinschrittiges »Pacing«, d.h. ein Üben, das die jeweils individuell kritischen Schmerzgrenzen berücksichtigt, hat sich insbesondere im Hinblick auf eine durch Schmerzen bedingte Schonhaltung als nützlich erwiesen (Butler & Moseley 2016). Einer anderen Gruppe von Schmerzpatienten dürfte ein solches Pacing möglicherweise eher schwerfallen, neigen sie doch dazu, ihre Schmerzen durch ein forciertes Überschreiten der Schmerzschwellen zunächst eher zu verleugnen, als sie regressiv zu vermeiden: »...da muss ich durch«, lautet deren Mantra bzw. »was einen nicht umhaut, macht einen härter«. Diese Gruppe von Schmerzpatienten sollte durch sportliche Aktivitäten eher mit ihren Grenzen vertraut gemacht werden und diese akzeptieren lernen, ansonsten droht auch in diesen Fällen weitere Chronifizierung.

## 18.4 Motivation und Beibehalten sportlicher Aktivitäten

Begleitende psychoedukative Maßnahmen, ein kritisches Überdenken des eigenen Lebensstils bzw. der eigenen Haltung sportlicher Aktivität und Bewegung gegenüber dürften Voraussetzungen für jede Form längerfristig positiver Effekte und hier vor allem für einen Transfer in den poststationären Alltag sein, denn sportliche Aktivitäten sind durch eine gewisse körperliche Anstrengung definiert, ohne die im wahrsten Sinne des Wortes nun mal »nichts geht«. Und wie anderen Anstrengungen auch werden ihnen gewisse Widerstände entgegengebracht, deren Überwindung im stationären Rahmen (und hier vor allem in der Gruppe der Mitpatienten unter Anleitung eines kundigen Therapeuten)



leichter fallen dürfte als in Eigenregie oder auch nach der Rückkehr in den poststationären Alltag. Sportliche Aktivitäten »motivational abzuschirmen« gegen konkurrierende Ziele (wie die Erledigung anderweitiger Arbeiten, entspanntes Fernsehen oder die Lektüre eines spannenden Buches etc.), fällt in der Regel schwer, da Menschen gewissermaßen aus Energiespargründen schon qua Evolution auf die Vermeidung »unnützer« Anstrengungen ausgelegt sind. Energie für »Nutzloses« aufzubringen liegt nicht in der menschlichen Natur, was die körperliche Dekonditionierung moderner Menschen vor dem Hintergrund einer weitgehend technisierten Umwelt verständlich werden lässt. Da es sich für den Einzelnen spürbar lohnen muss, körperliche Aktivitäten auf sich zu nehmen, müssen dessen persönliche Ziele in vernünftiger Relation zum Aufwand stehen. Schon im stationären Kontext sollte es also darum gehen, mit sportlichen Aktivitäten auch persönlich wichtige Ziele zu verbinden, die das Beibehalten im alltäglichen Umfeld mit all den angestammten Zwängen und Gewohnheiten zumindest wahrscheinlicher machen. Über-Ich-Botschaften alleine (»Man sollte mehr für seine Gesundheit tun...«) und der Hinweis auf ein schmerzärmeres Altern dürften hier kaum helfen. Emotional positiv besetzte Ziele können explizit mit Lustvollem in Verbindung stehen (»...Ich kann mehr meiner Lieblingsspeisen essen, wenn ich durch Muskelaufbau oder Bewegung Kalorien verliere«), die eigene Attraktivität betreffen (»Ich habe weniger Falten und mein Körper fühlt sich straffer an, wenn ich Sport treibe«), die eigene Leistungsfähigkeit in den Mittelpunkt stellen (»Ich schaffe das, auch wenn ich lange nichts getan habe«) oder auch kognitive Aspekte von Selbstwirksamkeit enthalten (»Ich bin in der Lage, hier und heute selbst etwas für meine Gesundheit zu tun«). Keines dieser Ziele wäre per se schlecht, wes-

wegen sie auch wiederholt als mögliche Zielsetzungen (entweder bei der Betätigung als solcher, in der Nachbesprechung oder sogar im Rahmen psychoedukativ gestalteter Informationsveranstaltungen) benannt werden sollten. Da mit solchen Zielsetzungen körperliche Aktivitäten allerdings nicht um ihrer selbst willen durchgeführt, sondern für »uneigentliche« Zwecke instrumentalisiert werden, ist der evolutionsbedingte Hang, Anstrengungen wann immer möglich zu vermeiden, noch nicht ausgetrickst. Deswegen sollte der Schwerpunkt im stationären Kontext immer darauf gelegt werden, Patienten zu unterstützen, ihre sportlichen Aktivitäten so zu wählen, dass sie auch zu ihnen persönlich »passen«. Was für den einen der Kraftsport (also die Medizinische Trainingstherapie) ist, ist für den anderen das Tanzen und für einen dritten die ausgedehnte Wanderung in der Natur. Was schlussendlich Gegenstand der jeweiligen Aktivität wird, bleibt letztlich unerheblich, solange nur ein gewisses Mindestmaß an körperlicher Anstrengung, sei es Kraftaufwand, Ausdauer oder Koordination, damit verbunden ist. Trotz aller Psychoedukation und »Positivierung« werden die im stationären Kontext angeeigneten Aktivitäten unter dem Druck des Alltags relativ rasch subjektiv »wichtigeren« Fragestellungen (und bequemerem Beschäftigungen) untergeordnet werden. Denn frei nach Konrad Lorenz gilt: Gesagt ist nicht gehört, gehört ist nicht verstanden, verstanden ist nicht einverstanden, einverstanden ist nicht umgesetzt und umgesetzt ist nicht beibehalten.

Um das Gelingen eines Transfers in den nachklinischen Alltag wahrscheinlicher zu machen, sollten Therapeuten deswegen gewisse Leitgedanken bzw. Gesichtspunkte im Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten nicht aus dem Auge verlieren:

1. Nur die sportlichen Aktivitäten haben längerfristig eine Chance, beibehalten zu wer-



den, die der Einzelne gerne macht und die mit einem gewissen Maß an Freude oder innerer Befriedigung einhergehen. Einzelne Patienten sollten ermutigt werden, die ihnen gemäße Betätigung zu finden (und sie dann auch gegen ein möglicherweise skeptisches Umfeld in der Klinik wie auch zu Hause zu »verteidigen«).

2. Nach Möglichkeit sollten im stationären Kontext vor allem im Alltag erreichbare Aktivitäten angeboten werden, denn wer hat schon eine Kletterhalle oder einen Tennisplatz vor der Haustür.
3. Sportliche Aktivität sollte kein singuläres Ereignis bleiben, wenn es gewisse Trainingseffekte haben soll. Das individuelle Ausmaß sollte also so gewählt werden (bezüglich der Intensität, der Dauer und auch der Häufigkeit), dass keine Situationen der Überforderung und damit Frustrationserlebnisse entstehen. Aus diesem Grund sollte auch der Wert von Pausen bzw. Erholungsphasen nachhaltig vermittelt werden.
4. Die Betonung sollte im Hinblick auf die zu wählende Belastung nicht auf einem »Mindestens« liegen, sondern immer darauf, mit wie wenig schon wie viel zu erreichen ist. Auch sollte zu Abwechslung geraten werden in der »Reizkonfiguration«, denn auch bei sportlichen Aktivitäten gilt im Zweifel: *variatio delectat*.
5. Patienten sollten auch ermutigt werden, aus »ihrem« Sport keine einsame Aktivität werden zu lassen. Sich einem Lauftreff anzuschließen oder einen Wanderpartner zu suchen, stabilisiert den einmal gefassten Entschluss qua sozialer Unterstützung bzw. Vernetzung. Schon im stationären Kontext besteht die Möglichkeit, dies einzuüben, d.h. versuchsweise jemanden anzusprechen bzw. entgegenstehende Hemmungen zu überwinden. Auch hier sollte bezüglich der Intensität so vorsichtig do-

siert werden, dass Interaktion im weitesten Sinne immer möglich bleibt.

6. Soziale Unterstützung als positiver Verstärker kann auch durch neue Medien kommuniziert werden, denn elektronisch heißt nicht virtuell. Dem Anschluss an eine bestehende oder neu (ggf. im Klinikkontext) gegründete Trainingsgruppe und der gegenseitigen Bestärkung werden durch neue Medien Tür und Tor geöffnet. Möglich und denkbar wäre auch, Übergangsweise ein elektronisches Forum einzurichten, in dem sich ehemalige Patienten über ihre sportlichen Aktivitäten austauschen.
7. Patienten sollten ermutigt werden, feste Termine in der Woche freizuhalten, damit sie nicht »freigeschaufelt« werden müssen. Eine gewisse zeitliche »Ritualisierung« unterstützt die Intention so wie die Gemeinsamkeit des Ausübens. Wichtig ist, sich nicht abhängig zu machen von der gerade herrschenden Stimmung, vom Wetter oder davon, ob man ausgeschlafen hat oder nicht.
8. Patienten sollten auch kognitive Strategien an die Hand gegeben werden für allfällige Unterbrechungen (seien diese krankheitsbedingt, berufsbedingt oder aus anderen Gründen), damit aus dem Ausfall kein Aufhören wird.
9. Auch gezielte situative Anreize (die schon gepackte Sporttasche im Auto oder im Hausflur) erinnern und erleichtern abends nach der Arbeit den Entschluss, sich tatsächlich auch noch sportlich zu betätigen.

In diesem Zusammenhang erscheint es uns sinnvoll, den Patienten immer wieder zu vermitteln, dass es keiner sportlichen Höchstleistung bedarf, um durch mehr Bewegung nicht nur körperlich-physiologische Effekte zu erzielen, sondern eben auch positive Rückwirkungen auf Seele und Selbstempfinden:

Weniger »Anstrengungsgefühl« bei Alltagsaktivitäten und damit einen Zuwachs von subjektiv empfundener »Vitalität« sowie insgesamt ein »besseres Körpergefühl« laufen implizit immer auch auf ein Mehr an »Selbstgefühl« bzw. an subjektiv empfundener »Selbstwirksamkeit« hinaus. Und Selbstwirksamkeit ist eine gerade in der Behandlung wie auch in der Rückfallprophylaxe, also der Sekundärprävention depressiver Störungen bzw. von Angsterkrankungen, »nicht zu vernachlässigende Zielgröße« (Hölzer & Blacha 2014, S. 274).

## 18.5 Kontraindikationen

Eine durch Sport bedingte passagere Stimmungsaufhellung ist nicht unbedingt mit »seelischer Gesundheit« gleichzusetzen. Die Fähigkeit, sich mit Sport kurzfristig in eine positive oder gar euphorische Stimmung zu bringen, kann im Gegenteil auch kompensatorisch bzw. suchtartig eingesetzt werden, um z. B. einer Missstimmung entgegenzuwirken oder um konflikthaftern Themen auszuweichen. Auf solche Aspekte der Kompensation sollte bei der Indikation also besonders geachtet werden. Bei Patientinnen mit Essstörungen wird z. B. diskutiert, ob durch vermehrten Sport Hungergefühle in Schach gehalten bzw. »übertönt« werden können. Dass Sport von etwa 25 % aller bulimischen bzw. 50 % aller anorektischen Patientinnen diesbezüglich geradezu suchtartig eingesetzt wird (Shroff et al. 2006), ist Klinikern nur allzu bekannt. Trotzdem sollte auch essgestörten Patientinnen nur in Ausnahmefällen sportliche Aktivität völlig untersagt werden; zu sehr gehört der Sport zu deren Lebensgefühl, selbst wenn sie ihn zunächst im Dienste einer maladaptiven Abwehr und damit gewissermaßen aus den »falschen« Gründen einer Gewichtsreduktion betreiben. Empfehlenswerter als ein generel-

les Verbot scheint uns z. B., mit magersüchtigen Patientinnen im Rahmen entsprechender Therapieverträge unschädliche Formen der Bewegung zu verhandeln. Ein Krafttraining und damit der Muskelaufbau sind in den meisten Fällen ja auch durchaus indiziert (eine entsprechende Ernährung vorausgesetzt). Da aber auch andere Formen kompensatorischer sportlicher Aktivitäten eher anti-therapeutische Zerrbilder bzw. das Gegenteil einer gesundheitsfördernden Form der Bewegung darstellen, stellt sich naturgemäß die Frage nach anderen möglichen Kontraindikationen: Wer profitiert unter welchen Umständen eben nicht von sportlichen Aktivitäten?

Andere »echte« Kontraindikationen ergeben sich u. E. ansonsten vor allem aus dem Vorliegen körperlicher Beeinträchtigungen und daraus resultierender Risiken. Um z. B. kardialen Risiken vorzubeugen, sollte deswegen immer eine – in Einrichtungen der stationären Psychotherapie ohnehin obligate – gründliche körperliche Untersuchung und Befunderhebung erfolgen. Optimal wäre natürlich ein Belastungs-EKG zu Beginn der Behandlung. Liegen altersbedingt orthopädische Beeinträchtigungen vor, so sollten möglichst schonende Formen der sportlichen Aktivität und eine ausgesprochen vorsichtige Ausweitung des individuellen Radius empfohlen werden. Aber auch bei jüngeren Patienten könnten Aktivitäten, die mit besonderen Stoß- und Druckbelastungen einhergehen, aus orthopädischen oder anderen Gründen kontraindiziert sein, z. B. wenn gleichzeitig eine instabile Stoffwechsellage vorliegt wie bei einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus.

## 18.6 Abschließende Bemerkungen

Der therapeutische Erfolg einer stationären Behandlung hat viele Väter und sportliche Aktivitäten dürfen u. E. in einem multimodalen Therapieansatz durchaus auch einen Anspruch auf Vaterschaft anmelden. Sie wirken sich zwar nicht ausnahmslos und in jedem Fall positiv auf die seelische Gesundheit aus und im Einzelfall sollte sorgfältig bedacht werden, wer aus welchen Motiven welcher Form der sportlichen Aktivität in welchem Umfang nachgehen sollte. Wenn aber sportliche Aktivitäten nicht vornehmlich zu kompensatorischen Zwecken eingesetzt und betrieben werden, resultiert in der Regel ein Zuwachs an allgemeiner körperlicher (Gehirn-)Gesundheit, eine Zunahme von subjektiver Kompetenzerfahrung und eine Steigerung des Gefühls der Selbstwirksamkeit. Die Therapieziele sportlicher Aktivitäten sollten also keinesfalls auf eine zwanghafte Selbstoptimierung im Sinne einer beziehungslos inszenierten, »mechanischen« Leistungssteigerung durch ein »Höher, Weiter, Schneller« hinauslaufen. Sportliche Aktivitäten sollten zunächst nur auf eine allgemeine Aktivierung körperlicher wie psychischer Funktionen zielen, die dem »Homo sedens« in einer weitgehend technisierten Welt verloren zu gehen drohen. Der zunehmend bewegungsarmen Lebensweise des sitzenden Menschen, der damit korrespondierenden Dekonditionierung seines Körpers bzw. dem neurologisch-funktionalen Rückbau der Bewegung koordinierenden zentralen Gehirnbereiche entgegenzuwirken etc., kann Gesundungsprozesse in Psychiatrie und Psychosomatik nur unterstützen. Soll dann auch noch ein Transfer in den poststationären Alltag gelingen, kann es nur um die Freude an der Bewegung bzw. der eigenen Beweglichkeit gehen (in der Psychoanalyse gelegentlich auch als »Funktionslust« beschrieben; Zepf 2008, S.220). Der Entde-

ckung spielerischer Elemente im sportlichen Tun, dem »Spüren« und nicht dem »Zählen«, dem natürlichen Umfeld und nicht dem perfekt vermarkteten Sportangebot (den »green activities« in der freien Natur) sollte deswegen aus therapeutischer Sicht der Vorzug zu geben werden.

Der stationäre Kontext und die damit gegebene Gruppensituation eignet sich u. E. besonders, positive Erfahrungen auf diesen Gebieten zu machen bzw. um eventuell verloren gegangene Interessen und brachliegende Fähigkeiten zu reaktivieren. Der motivierende Aspekt der Gruppe, bislang vielleicht unterlassene Anstrengungen auszuprobieren, sich diesbezüglich Ziele zu setzen und beides auch beizubehalten, ist jedenfalls nicht zu unterschätzen. Sportliche Aktivitäten können damit auch soziale Kontakte in einer Welt zunehmend rastloser Mobilität, Flexibilität und Vereinzelung fördern. Kritisch-relativierende Rückmeldungen anderer Gruppenmitglieder können vom Einzelnen als ausgesprochen hilfreich erlebt werden und verhindern, dass aus einem »runners high« ein »runners down« wird, wenn sich Patienten mit Übertraining und durch zu forcierte Anstrengungen zu sehr erschöpfen. Aus medizinisch-psychotherapeutischer Sicht ist mit sportlichen Aktivitäten jedenfalls ein Therapeutikum identifiziert, das nicht nur arm an Nebenwirkungen ist, sondern das das Selbstgefühl und die Autonomie unserer Patienten sehr spezifisch fördern kann, frei verfügbar und völlig unabhängig von den sonst manchmal knappen medizinisch-psychotherapeutischen Ressourcen. Im Wesentlichen bleibt es ja nur an die Entscheidung des Einzelnen gebunden, ob sie oder er sportlichen Aktivitäten nachgeht oder eben nicht.

## Literatur

- Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiak W (Hrsg). Uexküll. Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1996.
- Anderson E, Shivakumar G. Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Front Psychiatry* 2013; 4: 27.
- Bär KJ. Sporttherapie bei kognitiven Störungen. In: Markser VZ, Bär KJ (Hrsg). Sport und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2015; 165–87.
- Bauder M, Waibel MJ. Somatoforme Schmerzstörungen. In: Waibel MJ, Jakob-Krieger C (Hrsg). Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer 2009; 187–201.
- Beese F (Hrsg). Stationäre Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1977.
- Benedetti F. On the Pharmacology and Toxicology of Words: The Medical Significance of the Doctor-Patient-Relationship. Vortrag auf dem Kongress »Die zwischenmenschliche Beziehung«, Freiburg, 8.4.2017.
- Blacha C. Einstellung zu und Transfer von sporttherapeutischen Behandlungsmaßnahmen bzw. Entspannungstherapie in der stationären Psychosomatik. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Ulm 2017.
- Brooks A, Bandelow B, Pekrun G, George A, Meyer T, Bartmann & Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 603–9.
- Butler D, Moseley LG. Schmerzen verstehen. Heidelberg, New York: Springer 2016.
- Conn VS. Anxiety outcomes after physical activity interventions: meta-analysis findings. *Nurs Res* 2010a; 59(3): 224–31.
- Conn VS. Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. *Ann Behav Med* 2010b; 39(2): 128–38.
- Damasio A. Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins. München: Pantheon 2013.
- De Moor M, Beem A, Stubbe J, Boomsma D, De Geus E. Regular exercise, anxiety, depression and personality. A population-based study. *Prev Med* 2006; 42: 273–9.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS); 2014. [www.dvgs.de/verband/sport-bewegungstherapie/definition.html](http://www.dvgs.de/verband/sport-bewegungstherapie/definition.html) (letzter Zugriff: 16.11.2017).
- Ehrmann M. Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1999.
- Fiedler P. Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe 2000.
- Freud S. Das Ich und das Es. 1923. GW XIII. 8. Aufl. Frankfurt a. M.: Fischer 1976; 235–89.
- Fuchs R, Klaperski S. Sportliche Aktivität und Stressregulation. In: Fuchs R, Schlicht W (Hrsg). Seelische Gesundheit und Sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe 2012; 100–21.
- Fuchs R, Schlicht W (Hrsg). Seelische Gesundheit und Sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe 2012a; 100–121.
- Fuchs R, Schlicht W (Hrsg). Zum Stand der Forschung. In: Seelische Gesundheit und Sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe 2012b; 1–11.
- Gerber M. Sportliche Aktivität und Stressreaktivität. In: Fuchs R, Schlicht W (Hrsg). Seelische Gesundheit und Sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe 2012; 122–41.
- Hänsel F. Sportliche Aktivität und Selbstkonzept. In: Fuchs R, Schlicht W (Hrsg). Seelische Gesundheit und Sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe 2012; 142–63.
- Hautzinger M, Wolf S. Sportliche Aktivität und Depression. In: Fuchs R, Schlicht W (Hrsg). Seelische Gesundheit und Sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe 2012; 164–85.
- Helgadóttir B, Forsell Y, Ekblom Ö. Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study. *PloS One* 2015; 10(1): e0115894.
- Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg). Störungsorientierte Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg 2008.
- Hersleb M, Pluta C. Grundlagen der Trainingslehre. In: Markser VZ, Bär KJ (Hrsg). Sport und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2015; 36–46.
- Herring M, O'Connor P, Dishman R. The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients. A systematic review. *Arch Intern Med* 2010; 170: 321–31.
- Hildebrandt J, Pfingsten M. Chronischer Rückenschmerz. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann

- KA, Nix A (Hrsg). Handbuch Chronischer Schmerz. Stuttgart: Schattauer 2003; 505–17.
- Hölzer M, Blacha C. Sport und Psychische Gesundheit. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, Nowak D (Hrsg). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Heidelberg, München, Landsberg: ecomed MEDIZIN 2014; 268–79.
- Hollmann W. Gehirn, Psyche und körperliche Aktivität. In: Pape D, Schwarz R, Gillessen H (Hrsg). Satt, schlank, gesund. Das Ernährungspraxisbuch nach dem Insulinprinzip. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2003; 169–78.
- Hottenrott K, Lösche A, Schulze S, Radetzki M. Zwischenbericht: Studie zur Evaluation des Gesundheitswanderns. Halle-Wittenberg: Martin Luther Universität 2012.
- Hottenrott K, Zülch M. Ausdauertrainer: Inline Skating. Reinbek: Rowohlt 1998.
- Janssen P. Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Gießen: Psychosozial Verlag 2014.
- Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports* 2014; 24: 259–72.
- Markser VZ. Der Körper und die Bewegung in der Psychiatrie. In: Markser VZ, Bär KJ (Hrsg). Sport und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2015a; 9–17.
- Markser VZ. Sport und Bewegungstherapie bei Essstörungen. In: Markser VZ, Bär KJ (Hrsg). Sport und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2015b; 113–32.
- Markser VZ, Bär KJ (Hrsg). Sport und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2015.
- McAuley E, Mihalko S, Bane S. Acute exercise and anxiety reduction: Does the environment matter. *J Sport Exerc Psychol* 1996; 18: 408–19.
- Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer 2000.
- Pajonk FG. Neurobiologische und neuroendokrinologische Grundlagen. In: Markser VZ, Bär KJ (Hrsg). Sport und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2015; 18–35.
- Pereira AC, Huddleston DE, Brickmann AN, Sosunov AA, Hen R, McKhann GM. An in vivo correlate of exercise-induced neurogenesis in adult dentate gyrus. *Proc Nat Acad Sci USA* 2007; 104: 5638–43.
- Plag J, Gaudlitz K, Ströhle A. Sporttherapie bei Angsterkrankungen. In: Markser VZ, Bär KJ (Hrsg). Sport und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2015; 71–95.
- Reber S. Neurobiologische Grundlagen von Stress – Grundlagen der Stressanfälligkeit und Stressresistenz. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, Nowak D (Hrsg). Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Heidelberg, München, Landsberg: ecomed MEDIZIN 2014; 133–55.
- Rebar AL, Stanton R, Geard D, Short C, Duncan MJ, Vandelanotte C. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev* 2015; 9(3): 366–78.
- Sachsse & Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer 2004.
- Sallis JF, Owen N. Physical Activity and Behavioral Medicine. Thousand Oaks: Sage Publications 1999.
- Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar GH, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer 2008; 212–4.
- Schulz KH, Meyer A, Langguth N. Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 55–65.
- Schultz-Venrath & Lehrbuch Mentalisieren. Stuttgart: Klett-Cotta 2013.
- Schwarz D, Gießing J, Heider J, Zaby A, Schröder A. Sporttherapie in der Behandlung somatoformer Beschwerden. *Z Sportpsychologie* 2009; 16(4): 117–30.
- Schwerdtfeger A. Sportliche Aktivität und Angst. In: Fuchs R, Schlicht W (Hrsg). Seelische Gesundheit und Sportliche Aktivität. Göttingen: Hogrefe 2012; 186–207.
- Seligmann M. The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychol* 1992; 50: 965–74.
- Selye H. The Stress of Life. New York: McGraw-Hill 1956.
- Shavelson RJ, Hubner JJ, Stanton GC. Self-Concept. Validation of construct interpretations. *Rev Educ Res* 1976; 46: 407–41.
- Shroff H, Reba L, Thornton LM, Tozzi F, Klump KL, Berettini WH, Brandt H, Crawford S, Crow S, Fichter MM, Goldman D, Halm KA, Johnson C, Kaplan AS, Keel P, LaVia M, Mitchell J, Rotondo

- A, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Kae W, Bulk CM. Features associated with excessive exercise in woman with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 454–61.
- Siegrist J. *Medizinische Soziologie*. München: Urban & Fischer 2005.
- Silveira H, Moraes H, Oliveira N, Coutinho ES, Laks J, Deslandes A. Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychobiology* 2013; 67(2): 61–8.
- Sonnenberg Klinik. *Qualitätsberichte*. Unveröffentlichte Manuskripte, 2010–2017.
- Stressreport Deutschland. Infomaterial der Bundesregierung 2012, [www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMAS/Publikation-Stressreport-kurzfassung\\_90878.html](http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMAS/Publikation-Stressreport-kurzfassung_90878.html) (letzter Zugriff: 16. 11. 2017).
- Waibel MJ, Jakob-Krieger C (Hrsg). *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Waibel MJ, Petzold HG. Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In: Waibel MJ, Jakob-Krieger C (Hrsg). *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer 2009; 81–97.
- Waibel MJ, Petzold HG, Orth I, Jakob-Krieger C. Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: Waibel MJ, Jakob-Krieger C (Hrsg). *Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer 2009; 1–20.
- Wegner M, Helmich I, Machado S, Nardi AE, Arias-Carrión O, Budde H. Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2014; 13(6): 1002–14.
- Wipfli B, Rethorst C, Landers D. The anxiolytic effects of exercise: A metaanalysis of randomized trials and dose-response analysis. *J Sport Exerc Psychol* 2008; 30: 392–410.
- Zepf S. Funktionsverlust. In: Mertens W, Waldvogel B (Hrsg). *handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer 2008; 220–3.



### **III Von der Anmeldung bis zur Entlassung**

---



# 19 Im Vorfeld der Behandlung – Von der Anmeldung zur Indikation

Michael Hölzer und Dorothee Kress

## Zusammenfassung

In diesem Kapitel soll auf die Notwendigkeit einer gründlichen Vorabinformation der an einer Behandlung interessierten Patienten bezüglich der Behandlungsoptionen und -konzepte bzw. grundlegender Therapieziele einer Klinik hingewiesen werden. Auch die Wege, mit denen sich die Klinik einen validen Eindruck im Hinblick auf Diagnosen und Indikationen ihrer prospektiven Patienten verschaffen kann, werden dargestellt. Um diesbezüglich relevante Informationen mit den Vorteilen einer persönlichen Begegnung zu verbinden, wird einerseits auf gängige Modalitäten des Marketings wie Informationsveranstaltungen, Internetauftritte und Prospekte eingegangen. Mehr aber noch als ein vom Patienten selbst verfasster Bericht und Vorbefunde zuweisender Ärzte und Psychologen bieten Vorgespräche die Möglichkeit, Diagnosen und Indikation zu überprüfen bzw. für interessierte Patienten erreichbare Behandlungsziele abzuklären. Bewährt hat sich auch eine Ambulanzkonferenz, um die Indikationsentscheidung auf eine breitere Basis zu stellen, d. h. sie auch von den anderen Berufsgruppen bestätigen zu lassen, die später mit dem Patienten zu tun haben werden. So kann Verwicklungen und möglichen Komplikationen bereits im Vorfeld vorgebeugt werden. An zwei Beispielen sollen die Kriterien einer adaptiven Indikationsstellung verdeutlicht werden. Der Patient selbst sollte ausführlich bezüglich wesentlicher Befunde und Fragestellungen sowie über die Gründe einer Indikation zu einer Krankenhausbehandlung bzw. über deren grundsätzliche Modalitäten aufgeklärt werden. Ein Bericht an den Zuweiser bzw. eine direkte mündliche Kommunikation mit diesem wird vor allem dann unumgänglich sein, wenn im Vorfeld einer Behandlung eine Kontraindikation festgestellt wurde.

## 19.1 Vorbemerkungen

Ob eine stationäre Therapie indiziert ist oder nicht, kann im Einzelfall eine schwierig zu beantwortende Frage werden. Eine solche Behandlung bedeutet nicht nur für den jeweiligen Patienten einen erheblichen Einschnitt in sein alltägliches Leben, auch Angehörige, Arbeitgeber und Kostenträger als »Dritte im Bunde« (Thomä & Kächele 1985) sind in erheblichem Maße einbezogen bzw. betroffen, wenn eine (teil-)stationäre Behandlung zustande kommt. Im Grundsatz gilt zwar, dass stationär oder teilstationär nur dann behandelt werden sollte, wenn sich eine ambulante Behandlung noch nicht bzw. nicht mehr realisieren lässt oder wenn eine stationäre Behandlung deutlich schneller und deutlich früher Erfolg zu zeitigen verspricht bzw. der Leidensdruck des Patienten nach einem solchen Erfolg verlangt. Wie und unter welchen Umständen dann aber in der Realität eine Indikation zur stationären Behandlung zustande kommt, mag auch von anderen, weniger gut begründbaren Einflussfaktoren abhängen. Im Übrigen ist es überhaupt eine interessante Frage, wann und von wem eigentlich die Entscheidung getroffen wird, ob eine stationäre Behandlung stattfindet, und wenn ja, in welcher Institution.

Wir gehen von einem in der Regel prozesshaften Verlauf aus, in dem ein betroffener Patient entweder selbst auf die Idee kommen kann, eine stationäre Behandlung aufzusuchen, oder angesichts zunehmender Be-

schwerden und Probleme von seinem Umfeld, durch Angehörige, den Hausarzt oder vielleicht durch einen ambulanten Therapeuten, auf diese Möglichkeit aufmerksam gemacht wurde. Vielleicht hat ein Patient auch schon stationäre Vorerfahrungen – ein Fall, der angesichts manchmal beträchtlicher Vorbefunde und -berichte gar nicht so selten vorkommt. In anderen Fällen wurde im Bekanntenkreis diesbezüglich über positive Erfahrungen berichtet etc. Der Entscheidung, sich an eine stationäre Einrichtung zu wenden, gehen jedenfalls aufseiten des Patienten zumeist vielfältige Überlegungen und auch Fantasien bezüglich einer solchen Behandlung voraus, resultierend in »gemischten Gefühlen«, denn in den seltensten Fällen dürfte er sich bei der ersten Kontaktaufnahme schon eindeutig entschieden haben, tatsächlich eine stationäre Behandlung zu beginnen. Im Gegenteil: Meist dürfte ein Patient eher ambivalent motiviert sein und sich möglicherweise schon länger mit den Pros und Kontras einer stationären Behandlung auseinandergesetzt haben.

Uns erscheint wichtig, dass vor dem Hintergrund dieser Zwiespältigkeit Patienten schon mit der ersten Kontaktaufnahme auf ein freundlich-entgegenkommendes Gesprächs- bzw. Beziehungsangebot treffen, was die diesbezügliche Eignung der Personen, mit denen es der Patient zu Beginn zu tun bekommt (und diese beginnen bei den Mitarbeitern des Sekretariats oder der Rezeption bzw. wer immer sonst am anderen Ende des Telefons sitzt oder Internetanfragen beantwortet), zu einem nicht unwichtigen Thema werden lässt.

## 19.2 Von der selektiven zur adaptiven Indikation

Unseres Erachtens steht im Vorfeld aus Sicht der Institution auch nicht die Abklärung der »Therapierbarkeit« eines Patienten im Sinne einer Patienteneigenschaft (und damit einer Ein-Personen-Psychologie) im Vordergrund, sondern vielmehr die Erreichbarkeit von bestimmten Veränderungszielen durch eine hilfreiche Beziehung zur Institution und damit ein dyadisches Merkmal im Sinne einer hilfreichen Wechselwirkung. Letztlich kommt es darauf an, ob einem spezifischen Patienten mit einem spezifischen Störungsbild mit den besonderen Mitteln und Personen des jeweiligen Krankenhauses geholfen werden kann bzw. welchen adaptiven Beitrag das Krankenhaus damit zu der oben genannten Therapierbarkeit eines Patienten zu leisten imstande ist.

### Fallbeispiel

#### Petra B.

Die 38-jährige Petra B. hatte sich mithilfe ihrer langjährigen – und wie sich später herausstellte, eigentlich einzigen – Freundin an die psychosomatische Klinik gewandt und nach dem ersten Telefonat mit einer Mitarbeiterin des Aufnahmesekretariates eine Vielzahl von (fast ausschließlich) psychiatrischen Vorbefunden übersandt. Aus dem obligatorischen Selbstbericht, den sie ebenfalls beigelegt hatte, bzw. dem darin erkennbaren Schriftbild war ersichtlich, dass dieser von mindestens zwei verschiedenen Personen abgefasst worden sein musste, so, als ob die Patientin dabei erhebliche Unterstützung benötigt hätte. Die Vorbefunde selbst ließen auf ein Störungsbild schwersten Ausmaßes mit massiven depressiven Einbrüchen, chronischer Suizidalität und dissoziativen Symptomen schließen, das die ehemalige Verwaltungsleiterin offensichtlich seit Jahren arbeits- und erwerbsunfähig gemacht hatte.

Im seitens der Klinik mit Vorbehalten vereinbarten ambulanten Vorgespräch, zu dem die Patientin einen weiten Weg anreisen musste (begleitet von besagter Freundin), entsprach sie dann zunächst in keiner Weise den Vorstellungen, die sich der Interviewer von ihr aufgrund der Aktenlage gemacht hatte: Zu wach und zugewandt, sich auf ihr Gegenüber einlassend, schilderte die Patientin ihre Probleme und Symptome. Unterbrochen wurde dann aber das Gespräch – in welchem sie einerseits einen trostlos-einsamen Alltag erkennen ließ, zum anderen in der Tat depressive Zustände mit ernst zu nehmender Suizidalität – durch einen etwa zehnminütigen dissoziativen Zustand. Den Blick starr auf den Interviewer gerichtet, unfähig, sich zu bewegen, lief ihr dabei eine Träne aus dem Augenwinkel, eigentlich als einzige wahrnehmbare Regung einer sonst völlig erstarrt wirkenden Frau. Die zu dieser Situation, wie vorher vereinbart, hinzugezogene Freundin bestätigte dann diesen – seit Jahren wiederkehrenden – Zustand als typisch für die Patientin, die damit in verschiedensten, vornehmlich psychiatrischen Aufnahmestationen bislang keinen Behandlungserfolg hatte erzielen können. Im Gegenteil: »Ich bin in den Krankenhäusern meines Umfeldes völlig verbrannt«, bekannte die Patientin nach ihrem »Aufwachen«. Da nehme sie keiner mehr ernst und deswegen auch nicht mehr zur Behandlung auf. Der Interviewer, beeindruckt durch die Massivität der dissoziativen Symptomatik, der Bedrohlichkeit der Suizidalität der Patientin, aber auch berührt von der Einsamkeit und Zurückgezogenheit ihrer Existenz, war sich zunächst bezüglich der Indikation für eine spezielle Abteilung des eigenen Krankenhauses eher unsicher. Erst die Besprechung in der tags darauf durchgeführten Ambulanzkonferenz sowie ein zweites Gespräch der Patientin mit dem prospektiven Bezugstherapeuten erbrachten dann die notwendige Klarheit (und Beruhigung des Interviewers), fiel nach Einschätzung der Konferenz die Patientin mit dieser Symptomatik doch nicht so sehr aus dem Rahmen des Üblichen, als dass eine Kontraindikation angenommen werden müsste.

Für diese Klärung bedarf es im Vorfeld einer diagnostischen Einschätzung, die nicht allein vom Zuweiser getroffen werden kann, sondern von der Institution bestätigt werden sollte. Der Zuweiser stellt selbstverständlich zunächst die Behandlungsindikation als solche fest, aber die Institution muss ihre eigenen Mittel, Konzepte und Ressourcen, bezogen auf den speziellen Fall, adäquat einschätzen, denn nicht jeder Patient profitiert von den vorgehaltenen Angeboten einer speziellen Institution gleichermaßen gut.

Patienten mit ausgedehnten Zwangshandlungen benötigen in der Regel spezifische Formen der Exposition, Patienten mit einer strukturell verankerten Persönlichkeitsstörung möglicherweise eine Mentalisierungs-basierte Therapie oder ein Skills-Training. Patienten mit traumatischen Belastungsstörungen – eine solche sollte sich bei Petra B. später herausstellen – bedürfen besonderer Mittel der Stabilisierung vor oder neben der Konfrontation mit dem Trauma. Ob im Falle eines Borderline-Patienten spezialisierte Therapiemaßnahmen einer Dialektisch-Behavioralen Therapie (Bohus & Bathruff 2000) oder eher eine psychodynamisch begründete Arbeit an Beziehungsverwicklungen durch Deutung von Spaltung und Projektion im Sinne einer die Übertragung fokussierenden Therapie (Clarkin et al. 2017) den Vorrang haben sollten, lässt sich ohnehin nur schwer entscheiden.

Ob sich also eine »Passung« zwischen Patient und Institution herstellen lässt, sollte im Vorfeld möglichst gründlich abgeklärt werden, um Enttäuschungen auf beiden Seiten frühzeitig entgegenzuwirken.

Ansonsten sollte aus unserer Sicht die Indikation zu einer stationären Psychotherapie so weit wie möglich adaptiv, d. h. ausgerichtet an Patienten-Merkmalen, und so wenig wie möglich selektiv erfolgen, d. h. an den Verfahren und Methoden der Institution bzw. den

Vorlieben der dort tätigen Behandler orientiert (Baumann & Wedel 1981; Thomä & Kächele 1985, 1987). Allerdings hat die Fähigkeit der Institution, sich an die Voraussetzungen des Patienten zu adaptieren, ihre Grenzen, auch wenn diese nach Möglichkeit weiter gesteckt sein sollten als z. B. in einer ambulanten Praxis. Da für bestimmte Institutionen auch immer bestimmte Kontraindikationen bestehen, ist eine gewisse Selektivität in der Indikationsstellung und damit eine Auswahl von Patienten unumgänglich, wodurch aber eine adaptive Grundhaltung keinesfalls infrage gestellt werden sollte. Aus unserer Sicht ist auch ein ggf. erheblicher Aufwand bei dieser »Auswahl« gerechtfertigt, denn mit der Indikationsstellung bzw. der sich daran anschließenden Aufnahme eines Patienten in ein stationäres Setting ist fast immer ein gewisser »Rubikon« (Heckhausen et al. 1987) überschritten – mit beträchtlichen psychologischen, sozialen wie auch ökonomischen Folgen für alle Betroffenen.

Eine Vielzahl von Fragestellungen gilt es also im Vorfeld einer stationären Psychotherapie zu beachten, auch wenn eine endgültige und sichere »Klärung«, ob Aufwand und Nutzen einander entsprechen werden, nur in den wenigsten Fällen erreichbar sein dürfte: *»Sicher ist nur, dass in wenigen Fällen nicht geholfen«* werden kann, wie Thomä und Kächele (1985, S. 173) über die ambulante psychoanalytisch orientierte Psychotherapie schreiben.

Will man den aus unserer Sicht sehr problematischen »Probebehandlungen« entgehen, die bei Misslingen häufig mit erheblichen Kränkungen für einen Patienten verbunden sind, sollte im Vorfeld einer stationären Therapie für den Patienten, dessen ambulant behandelnde Ärzte und Therapeuten wie auch für die Institution selbst ein zumindest grobes Bild davon entstehen, was im Einzelfall »günstige Voraussetzungen« (Freud 1937c/1980) für den Behandlungsprozess

sind. In diese Betrachtung sollten Überlegungen im Hinblick auf die Ätiologie einer Störung, die Veränderungsmöglichkeiten eines Patienten und andere prognostisch relevante Aspekte einfließen. Die Frage der Erreichbarkeit der für diesen spezifischen Patienten relevanten Zielsetzungen gerät dabei unweigerlich in den Fokus vorstationärer Maßnahmen. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang einerseits vor allem die Vorerfahrungen eines Patienten mit Therapie, andererseits die generelle Realisierbarkeit einer stationären Behandlung vor dem Hintergrund der besonderen psychosozialen Verhältnisse dieses Patienten. Gelegentlich stehen einem Therapieerfolg auch sekundäre »Gewinne« (u.E. adäquater als »Zielkonflikte« verstanden) entgegen, wie z. B. erwartbare Erleichterungen am Arbeitsplatz oder eine gleichzeitig beantragte Erwerbsunfähigkeitsrente.

Nicht zuletzt spielt auch das aktuelle Umfeld des Patienten, besagte »Dritte im Bunde«, eine nicht unwichtige Rolle bei der Indikationsstellung, unabhängig davon, ob es sich um nähere Angehörige, den Arbeitgeber oder möglicherweise ambulant behandelnde Ärzte und Therapeuten handelt. Eine stationäre Therapie bedeutet in jedem Falle einen substanziellen Einschnitt in das gegenwärtige Beziehungsgefüge eines Patienten, der nicht selten mit bedeutungsvollen emotionalen Reaktionen desselben verbunden ist. Der Patient selbst mag Ängste vor dem Neuen des stationären Settings haben, möglicherweise auch Schuldgefühle, sich selbst nun eine Art »Auszeit« zu gönnen. Ängste und Schuldgefühle, Neid und Ärger können im Einzelfall aber auch bei den im sozialen Kontext bedeutsamen Bezugspersonen des Patienten eine Rolle spielen. Werden mögliche Wechselwirkungen und daraus resultierende »Umweltschäden« im Vorfeld übergangen bzw. nicht thematisiert, können sie die ohnehin schwierige



Übergangssituation erheblich verkomplizieren, wenn nicht gar den Beginn einer stationären Therapie völlig verhindern, von der Nachhaltigkeit des am Ende realisierten Therapieerfolges ganz zu schweigen.

Da sich damit die Indikation zu einer stationären Psychotherapie als ein in vielerlei Hinsicht »prekärer« Übergang darstellt, Forschungsdaten ohnehin zeigen, dass Psychotherapie nur zu etwa einem Drittel von den Betroffenen in Anspruch genommen wird, die ihrer eigentlich bedürfen (Janssen et al. 1999), ist ein größerer Aufwand im Vorfeld der Behandlung zur Abklärung der o.g. Fragestellungen sicher gerechtfertigt.

Zu vermeiden ist dabei allerdings, dass ein Patient in eine Nachlauf-Situation gerät, ein Umstand, der nur allzu leicht eintreten kann, da die Nachfrage nach stationärer Therapie auch heute noch das verfügbare Angebot übersteigt. Viele Institutionen verfügen über Wartelisten, die die meisten Patienten psychologisch in eine undankbare »Bewerber-Situation« rücken, scheint doch damit offensichtlich zu sein, wer was von wem will und wer sich worum zu bemühen hat.

### 19.3 Vorabinformationen für den Patienten

Informationsquellen, derer sich Patienten bezüglich der Möglichkeiten und der Reichweite einer stationären Psychotherapie in einer bestimmten Institution bedienen können, sind ausgesprochen vielfältig: Dies können Erfahrungsberichte aus dem persönlichen Bekanntenkreis sein, Mitteilungen eines Hausarztes oder die Einschätzungen eines ambulanten Therapeuten, bei dem ein Patient möglicherweise zu einem Erstgespräch vorstellig geworden war und der zunächst eine stationäre Behandlung für sinnvoll erachtet hatte etc.

In viel höherem Maße als noch vor weni-

gen Jahren bietet heute auch die »bunte Welt« des Internets Informationen in Hülle und Fülle. Hier finden sich einerseits die Internetauftritte der Institutionen selbst. Wir empfehlen in diesem Zusammenhang eine gewisse Zurückhaltung, was die »Hochglanz-Aspekte« einer Klinik angeht, und bevorzugen eine möglichst sachliche, wenngleich auch persönlich gehaltene Beschreibung der Behandlungskonzepte und der formalen Rahmenbedingungen eines Krankenhauses. Patienten zeigen sich in der Regel recht angetan davon, wenn aus einem solchen Netzauftritt konkrete Informationen zum »therapeutischen Alltag«, d. h. dem Tagesablauf mit seinen verschiedenen Therapiemodalitäten, möglicherweise in Form eines Wochenplans, der psychotherapeutischen Orientierung der Klinik sowie wesentliche Fragen der Unterbringung ersichtlich sind. Netzauftritte bieten darüber hinaus zwar eine Vielfalt von Möglichkeiten, sich ins rechte Licht zu setzen, von den gesetzlich vorgeschriebenen Inhalten (Qualitätsbericht, Entlassmanagement etc.) einmal ganz abgesehen; unserer Erfahrung nach ist jedoch »weniger« in diesem Zusammenhang »mehr« und keinesfalls sollte dem Hochglanz und einer schönen Bilderwelt die Übersichtlichkeit des Auftritts und die sachliche Information geopfert werden. Erwartungen zu wecken, die nachher nicht erfüllt werden können, ist nicht nur aus therapeutischer Sicht kontraproduktiv.

Im Internet finden sich aber auch zahlreiche Erfahrungsberichte in entsprechenden Foren, in denen Patienten ihre Eindrücke bezüglich bestimmter Institutionen mitteilen. In den seltensten Fällen resultiert aus diesen vielfältigen (und manchmal recht widersprüchlich anmutenden) Quellen ein solides Wissen der Patienten darüber, ob und in welchem Umfang sie von einer stationären Behandlung in einer speziellen Einrichtung werden profitieren können.

**Fallbeispiel****Vier kurze Erfahrungsberichte aus einem Patientenforum**

»Durch die verschiedenen Therapien [...] war es mir möglich, die Schmerzen soweit in den Griff zu bekommen, dass ich zum Ende hin fast schmerzfrei war. Die Therapeuten geben sich in allem sehr viel Mühe. Es wurde rund um die Uhr für Patienten gesorgt. Wenn man akut Hilfe benötigt hat, war immer jemand da. Die Bezugsschwestern waren sehr freundlich, kompetent und hatten immer ein offenes Ohr [...] Ich kann den Aufenthalt dort sehr empfehlen.«

»Bei dem Vorgespräch war ich sehr enttäuscht, da die Therapeutin scheinbar keine Zeit hatte [...] Zwei Tage später kam der Aufnahmebescheid [...] Ich rief dort an und meinte, ich schaff das nicht, da ich gerade aus dem Urlaub kam ... Da ich stark traumatisiert war, konnte ich nicht alleine fahren ... Der Mann am Telefon meinte, wieso Trauma, ich sei für die Traumatherapie nicht vorgesehen, sondern für die Angstgruppe [...] Hauptsache, die Krankenkasse zahlt, oder wie? Das war's. Habe nichts mehr gehört, weil ich kein Lückenbüßer sein wollte.«

»Die Klinik hat mir unheimlich viel geholfen. Es war eine sehr lehrreiche Zeit und ich habe mich extrem weiterentwickelt. Ich kann die Klinik nur weiterempfehlen.«

»Der Morgen- und Abendkontakt war nicht immer so berauschend, lange Wartezeiten, Behandlung wie am Fließband, teilweise unfreundlich. Man hatte auch immer das Gefühl, als wenn man nicht richtig ernst genommen wird, ist ja eh alles nur psychosomatisch, das war der Lieblingssatz.«

Aus unserer Sicht ist es deswegen unerlässlich, Patienten die Chance einzuräumen, im persönlichen Kontakt zumindest einige der notwendigerweise auftauchenden Fragen zu besprechen, wobei sich dieser Kontakt nach Möglichkeit nicht auf ein Telefonat mit nur

allgemeinen Auskünften beschränken sollte. Im Gegenteil: So niederschwellig wie möglich sollten von einer Klinik entweder Informationsveranstaltungen, die für Angehörige und Patienten gleichermaßen offen sein sollten, und/oder individuelle Vorgespräche angeboten und durchgeführt werden, um auf diese Art einen persönlich gefärbten »Raum« der Abklärung bzw. Verständigung zur Verfügung zu stellen.

Während monatlich oder quartalsweise, meist abendlich durchgeführte Informationsveranstaltungen aus unserer Sicht nicht nur recht gut besucht werden, sondern auch die Klärung von Fragen zur Institution und zum Behandlungskonzept im Schutz einer gewissen Anonymität der jeweils versammelten Gruppe erlauben, ermöglichen persönliche Vorgespräche ein sehr individuelles Eingehen auf einen Patienten und auf dessen Fragen bzw. Ängste und daraus resultierende »Widerstände« gegenüber einer stationären Therapie.

Die Entscheidung, sich stationär oder teilstationär in einem Krankenhaus behandeln zu lassen, berührt Patienten in der Regel in allen wichtigen Motivationssystemen, unter anderem auch, weil bedeutungsvolle Bindungen an nahe Angehörige zumindest passager gelockert werden. Die damit einhergehenden Trennungsängste, aber auch Schuldgefühle, tragen oft zur Verhinderung einer stationären Behandlung bei bzw. zu deren vorzeitigem Abbruch, sollten sie zuvor nicht ausreichend thematisiert worden sein. Patienten fühlen sich subjektiv angesichts einer anstehenden stationären Aufnahme in vielen Fällen auch erheblich in ihren autonom-expansiven Wünschen und Bestrebungen eingeschränkt, ganz abgesehen von möglichen Kränkungen und Verunsicherungen im Selbstgefühl bzw. Selbstwertgefühl, wenn sie sich so krank fühlen »müssen«, dass eine stationäre Behandlung notwendig wird.

Hinzu kommt, dass mit der Übernahme

der Rolle eines stationär zu behandelnden Patienten die passagere Relativierung anderer Rollen verbunden ist – Rollen, die sich nicht nur auf Partner oder Kinder beziehen, sondern auch auf andere sozial wichtige Kontexte. Ängste, dass dem Arbeitgeber durch Mitteilungen des Krankenhauses eine psychische Erkrankung bekannt wird, und daraus resultierende Ängste vor Stigmatisierung, Benachteiligung oder gar Verlust des Arbeitsplatzes sind leider auch nicht immer unbegründet. Sie spielen in der gedanklichen Auseinandersetzung eines Patienten vor einer stationären Psychotherapie, in seiner Mischung aus Wissen und Fantasien diesbezüglich und für seine Motivation, eine stationäre Therapie tatsächlich auch in Anspruch zu nehmen, meist eine bedeutungsvolle Rolle.

Im Sinne einer adaptiven Indikationsstellung sind wir daher der Meinung, auch die Motivation eines Patienten bezüglich einer stationären Behandlung nicht nur aus der Perspektive einer Ein-Personen-Psychologie zu betrachten, zu viele Faktoren wirken diesbezüglich zusammen. Es ist eben nicht nur der Leidensdruck eines Patienten, der aus einer gewissen Schwere einer Symptomatik resultiert, oder seine Reflexionsfähigkeit bzw. Bereitschaft, den eigenen Beitrag zu dieser Symptomatik bzw. damit korrespondierenden Konflikten im Alltag zu überdenken. Auch die sogenannten »Dritten« und deren jeweils spezifische Beiträge können die Motivationslage eines Patienten erheblich beeinflussen.

## 19.4 Das ambulante Vorgespräch

Aber nicht nur der Patient braucht für seine Entscheidungsfindung Informationen und Klärung, auch die Institution selbst ist auf ein gewisses Mindestmaß an Vorinformationen angewiesen, um die Adäquatheit bzw. Plausi-

bilität einer Behandlung dem Patienten, sich selbst, aber auch Dritten gegenüber zu begründen.

Viele Krankenhäuser bedienen sich in diesem Zusammenhang der Übersendung von Vorbefunden und/oder mehr oder weniger langen Stellungnahmen der zuweisenden Ärzte bzw. psychologischen Psychotherapeuten. Ohne dass zuweisende Ärzte und Therapeuten aus dem ambulanten Bereich im Grundsatz mit der Indikation einverstanden sind bzw. ebenfalls die Notwendigkeit einer stationären Therapie sehen, wird eine solche selten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes dauerhaft zu einer positiven Veränderung des Patienten beitragen können oder anderweitig Sinn machen.

Für die meisten Einrichtungen stationärer Psychotherapie sind zudem schriftlich verfasste Selbstberichte von Patienten hilfreich, in denen diese nach vorgegebenen Kriterien bzw. Unterpunkten mehr oder weniger ausführlich zu ihren Beschwerden und ihrer allgemeinen Lebenssituation Stellung nehmen (► Übersicht »Die Inhalte eines Selbstberichts«). Bei diesem »Bericht« geht es nicht primär darum, »objektive« Informationen zu gewinnen, sondern einen Patienten bereits von Beginn an aus einer möglicherweise passiven Erwartungshaltung herauszulösen und ihn zur Beschreibung, wenn nicht gar zur Reflexion seiner Beschwerden bzw. möglicher Therapieziele anzuregen. Die Lektüre solcher Selbstberichte führt aufseiten der Institution bzw. der diesen Bericht lesenden Behandler zu einer Vielzahl von Vorstellungen und Fantasien über den Patienten. Mit seiner Mischung aus subjektiven, objektiven und szenischen Informationen einschließlich der Qualität der Handschrift und der stark variierenden Ausführlichkeit der Darstellung usw. induziert der Selbstbericht erste Gegenübertragungsreaktionen und erlaubt vorab eine vorläufige prototypische Zuordnung, welcher

Gruppe von Patienten der Einzelne möglicherweise angehören dürfte (Argelander 1970; Argelander et al. 1973).

## Die Inhalte eines Selbstberichts (Kurzfassung)

### 1. Beschwerden

Welche Beschwerden und Probleme führen Sie zu uns? Bitte nennen Sie in Stichworten Ihre Hauptleiden und fügen Sie an, seit wann bzw. seit wie vielen Jahren diese bestehen. (Für eine ausführliche Schilderung Ihrer Beschwerden und Probleme steht Ihnen das letzte Blatt dieses Fragebogens zur Verfügung.)

Beschwerden: seit (Jahr) .....

### 2. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet seit .....
- ☐ verwitwet seit .....
- ☐ geschieden seit .....
- ☐ getrennt lebend seit .....
- ☐ wieder verheiratet seit .....

### 3. In welcher Partnersituation leben Sie?

- ☐ kurzfristig kein Partner
- ☐ langfristig/dauerhaft kein Partner
- ☐ wechselnder Partner
- ☐ fester Partner (Ehepartner)/Alter des Partners: .....
- ☐ fester Partner (nicht Ehepartner)/Alter des Partners: .....

### 4. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- ☐ noch in der Schule
- ☐ ohne Schulabschluss
- ☐ Sonderschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss/Mittlere Reife/  
Polytechnische Oberschule
- ☐ Abitur/Fachhochschulreife
- ☐ sonstiger Abschluss: .....

### 5. Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

- ☐ berufstätig, Vollzeit
- ☐ berufstätig, Teilzeit

- ☐ berufstätig, gelegentlich
- ☐ mithelfender Familienangehöriger,  
nicht berufstätig
- ☐ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
- ☐ Ausbildung
- ☐ Wehr-/Zivildienst/Freiw. Soz. Jahr
- ☐ geschützt beschäftigt
- ☐ arbeitslos gemeldet
- ☐ Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente
  - ☐ auf Dauer ☐ auf Zeit
- ☐ Frührente/Altersrente/Pension
- ☐ Witwen-/Witwer-Rente
- ☐ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
- ☐ unbekannt/unklar

### 6. Derzeit ausgeübter Beruf:

.....

### 7. Sind Sie zurzeit krankgeschrieben?

- ☐ ja ☐ nein

### 8. Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?

- ☐ ja ☐ nein

### 9. Haben Sie Kinder?

- ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, geben Sie bitte den Vornamen, das Geschlecht und das Geburtsdatum Ihrer Kinder an:

.....

### 10. Freizeit – Welche Interessen, z.B. Hobbies, Verein, haben Sie?

.....

### 11. Waren Sie schon einmal in psycho- therapeutischer, psychiatrischer oder nervenärztlicher Behandlung?

- ☐ nein ☐ ja

Wann? Behandlungsart? Wo? Bei wem?

.....

Sollten Sie bereits einmal Patient in unserer Klinik gewesen sein, bitten wir Sie, hier mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zu erklären, dass zur näheren Abklärung der Indikation einer erneuten Behandlung auch Berichte zu früheren hiesigen Behandlungen herangezogen werden.

Unterschrift:

.....

**12. Bei welchen Ärzten/Therapeuten sind Sie zurzeit in Behandlung?**

.....

Bitte veranlassen Sie, dass Ihr Behandler uns eine kurze Einschätzung Ihrer Erkrankung zukommen lässt. Bitte veranlassen Sie im Falle früher stattgefundenener Behandlungen eine Übersendung entsprechender Entlassungsberichte an uns.

**14. Nehmen Sie zurzeit Medikamente?**

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

| Name | Dosierung | Täglich                  | Gelegentlich             | Wochen | Monate | Jahre |
|------|-----------|--------------------------|--------------------------|--------|--------|-------|
|      |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |        |       |
|      |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |        |       |
|      |           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |        |       |

**13. Welche für Sie wichtigen Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Kuraufenthalte hatten Sie?**

| Jahr | Art der Erkrankung | Aufenthaltsort |
|------|--------------------|----------------|
|      |                    |                |
|      |                    |                |

**15. Hier haben Sie Platz für eine ausführliche Beschreibung Ihrer Beschwerden und Probleme.**

.....  
.....  
.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Auch wenn in vielen Fällen durch Mitteilungen niedergelassener Therapeuten, durch Vorbefunde, Berichte und Entlassungsbriefe aus schon im Vorfeld stattgefundenen stationären oder teilstationären Behandlungsmaßnahmen sowie aus dem übersandten Selbstbericht eine Fülle von diagnostisch und differenzial-indikatorisch relevanten Informationen bereitliegt, wird in einer Vielzahl von Einrichtungen zusätzlich ein ambulantes Vorgespräch durchgeführt, um diese dann doch letztlich »unpersönlich« übermittelten Daten in einer persönlichen Begegnung zu validieren.

Die Funktion eines solchen Vorgesprächs geht dabei weit über das Erheben objektivier-

barer Daten hinaus. Sie besteht aus unserer Sicht vor allem in einer Beziehungsanbahnung zwischen Patient und Institution, wobei der von der Institution bereitgestellte Gesprächspartner nicht nur in Fragen der Diagnostik und Indikation hinreichend erfahren sein sollte, sondern er muss vor allem auch in der Lage sein, die Institution in ihrer Breite zu repräsentieren. Im Unterschied zu einem ambulanten Erstgespräch, in dem nach Dantlgraber (1982) vor allem durch die subjektiven und damit affektiven Reaktionen der Gesprächspartner jenseits aller objektivierbaren Daten die Passung zwischen Patient und Therapeut gewissermaßen direkt ausgelotet wer-

den kann, wird im ambulanten Vorgespräch einer Klinik die Passung zwischen einem Patienten und einem Behandlungsteam, das in der Vorgesprächssituation ja selbst nicht anwesend sein kann, sondern nur durch die Vorstellungen des Ambulanzarztes der Klinik repräsentiert ist, »fremd« beurteilt. Diesem subjektiven Eindruck wird ebenfalls von Patientenseite ein hoher Wert zugemessen, da aller Erfahrung nach Patienten auch weitere Anreisen für solche Gespräche auf sich nehmen.

Die zeitliche Begrenzung eines solchen Vorgesprächs, das in der Regel nicht über eine Stunde hinausgehen dürfte, erlaubt damit nicht das »Abarbeiten« eines komplexen Interview-Schemas, wie es z.B. Balint vorgelegt hat (Balint & Balint 1962) und wie es an vielen Ambulanzen psychodynamischer Institute oder verhaltenstherapeutisch orientierter Universitätsambulanzen gängig ist. Auch die Durchführung eines komplexeren diagnostischen Interviews oder eines strukturierten Interviews nach Kernberg (1981) wird nur ansatzweise möglich sein, denn inhaltlich liegt der Fokus dieser Vorgespräche eindeutig auf der sorgfältigen Erhebung aktuell bestehender Symptome bzw. symptomatischer Verhaltensweisen und Beeinträchtigungen, die daraus für das Funktionieren des Patienten im Alltag resultieren. Auch die Zuordnung dieser Symptome und Beeinträchtigungen zu den entsprechenden diagnostischen Katalogen der ICD oder ICF kann angesichts der Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Zeit nur eine vorläufige sein. Ein weiterer Schwerpunkt liegt neben einer biografisch akzentuierten Krankheitsanamnese, d.h. einem Überblick über den zeitlichen Verlauf der Beschwerden des Patienten und damit der Bedingungen des Fluktuierens einer Symptomatik, vor allem in der Abschätzung der möglichen Therapieziele bzw. im Abgleich der Veränderungsmöglichkeiten ei-

nes Patienten mit den spezifischen Mitteln und Methoden, die das Krankenhaus in Bezug auf seine besonderen Probleme anbieten kann.

Ein weiteres Anliegen besteht darin, den Patienten vor allem über die Institution selbst und die Rahmenbedingungen einer Behandlung (► Kap.23) aufzuklären bzw. zu informieren, denn Ängste und Verunsicherungen diesbezüglich können eigentlich bei jedem Patienten vorausgesetzt werden. Begreift man die Motivation eines Patienten aus einer Zweipersonen-Psychologie, also auch als die Fähigkeit der Institution bzw. eines ihrer Repräsentanten, auf die Ängste und Widerstände eines Patienten bezüglich einer stationären Behandlung einzugehen, kann ein solches Vorgespräch erheblich zu einem positiven Therapieverlauf beitragen. Sollte es gelingen, schon im Vorgespräch ein inhaltliches Thema – sei es ein psychodynamisch oder auch ein verhaltensmäßig relevanter Fokus – in den Blick zu nehmen und damit auch die Zielsetzung einer stationären Psychotherapie zu konkretisieren, wird es vielen Patienten aufgrund begründbarer Hoffnungen auf Besserung und damit positiver Erwartungen leichter fallen, eine manchmal nicht zu vermeidende Wartezeit zu überbrücken. Wie für Vorgespräche bzw. probatorische Sitzungen im ambulanten Bereich ebenfalls üblich, empfiehlt es sich allerdings, den Sinn des Gesprächs und die absehbaren Inhalte schon zu Beginn zu erläutern und auch die Dauer des Gesprächs vorab anzukündigen.

Notwendigerweise hat ein solches Vorgespräch damit mehr explizit explorative Aspekte, als dies in probatorischen Sitzungen im ambulanten Setting möglicherweise der Fall wäre. Beziehungs- und Übertragungsaspekte werden vom Klinikmitarbeiter in einem zeitlich begrenzten Vorgespräch eher wahrgenommen als systematisch thematisiert. Letzteres ist in der Regel nur der Fall, wenn



irgendwelche Komplikationen im Gespräch selbst auftreten oder im Hinblick auf die spätere Inanspruchnahme der Behandlung absehbar sind. Während in ambulanten Therapien im Erstgespräch therapeutische Aspekte den diagnostischen sinnvollerweise nicht untergeordnet werden sollten, sondern als mehr oder weniger »gleichrangig« (Thomä & Kächele 1985, S. 182) anzusehen sind, werden im Vorgespräch einer stationären Therapie diagnostische und differenzialindikatorische Aspekte stärker gewichtet. Insbesondere Aspekte der »Behandlungsanamnese« und damit Vorerfahrungen des Patienten mit Psychotherapie, vor allem auch mit stationären wie teilstationären Einrichtungen, stellen prognostisch wichtige Informationen dar, die bei der Indikationsstellung unbedingt berücksichtigt werden sollten, um die Vergangenheit nicht einfach nur zu wiederholen: Behandlungstechnische »Wiederholungszwänge« sind eben nicht nur durch Patienten bedingt, sondern durchaus auch durch Institutionen und deren Behandlungsrituale.

Im Hinblick auf die Diagnose(n) sollte vorab eine gewisse Vorläufigkeit gestattet sein – angesichts der Relativität, die der psychosomatischen bzw. psychiatrischen Diagnostik ohnehin eigen ist. Die Reliabilität von Diagnostik lässt häufig zu wünschen übrig und schwindet, je tiefer diese Diagnostik auf die Ebenen der Konflikte, der Abwehr und ähnlicher Konstrukte bezogen wird und je weiter sie sich von der phänomenologischen Ebene des Verhaltens und Erlebens entfernt, mag sie auch noch so ausgefeilt operationalisiert worden sein (Arbeitskreis OPD & Cierpka 2014). Andererseits ist eine diagnostische Festlegung, zumindest was die Phänomenologie der Störung angeht, entsprechend der ICD (und für psychodynamisch orientierte Einrichtungen – entsprechend dem neuen pauschalierenden Entgeltsystem – auch der OPD) zwingend. Bezüglich dieser dia-

gnostischen Einschätzung sowie der dabei verwendeten Begriffe und Kategorien sollte der Patient aufgeklärt werden, vor allem, wenn diese in der Kommunikation über ihn, sei es im Bericht an den zuweisenden Arzt oder aber später im Rahmen der Abrechnung mit dem Kostenträger, genannt werden sollte. Da solchen Diagnosen letztlich auch Behandlungsprozeduren zugeordnet werden, haben sie damit prognostische Funktionen, nicht zuletzt im Hinblick auf die absehbare Dauer der Behandlung. Und an Letzterer wird der Patient im Vorgespräch in der Regel ebenfalls sehr interessiert sein.

Tabelle 19-1 gibt eine Übersicht über die Situationen, in denen an die Indikation einer stationären Behandlung gedacht werden sollte (und mit denen auch vor den Kostenträgern und deren Prüfinstanzen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, eine stationäre Behandlung und damit »Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit« begründet werden kann). Abgesehen davon, dass neben dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit bzw. der Kosten, die durch eine stationäre Therapie erzeugt werden, hier immer auch der Zeitgeist eine Rolle spielt, sind die aufgeführten Kriterien naturgemäß nicht trennscharf und bedürfen wie auch das Konstrukt der »Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit« im Einzelfall jeweils der kritischen Bewertung. Diese sollte nicht nur im Erstgespräch mit dem Patienten zusammen erfolgen (»Warum gerade jetzt stationär?«), sondern auch im Verlauf der späteren stationären Behandlung regelmäßig mit dem Patienten zusammen besprochen und damit immer wieder überprüft werden. Den Patienten schon zu Beginn daran explizit aktiv zu beteiligen, scheint nicht nur aus Legitimationsgründen den Krankenkassen gegenüber ausgesprochen zweckmäßig und therapeutisch sinnvoll, sondern auch im Sinne des Herstellens eines stabilen Arbeitsbündnisses.

**Tab. 19-1** Bei wem und in welchen Situationen ist eine stationäre Psychotherapie indiziert?

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Ambulante Psychotherapie wird mangels Motivation, Krankheitseinsicht bzw. Leidensdruck trotz erheblicher Beeinträchtigungen (auch des Umfeldes) nicht in Anspruch genommen (typischerweise z. B. eine magersüchtige Patientin mit rapide sinkendem BMI).                                                                                                                                                                                                                    |
| 2 | Ambulante Therapie kann aus Gründen der Krankheitsschwere bzw. der Komplexität einer Symptomatik oder damit einhergehender diagnostischer Unsicherheiten nicht in Anspruch genommen werden (z. B. Patienten mit einer Angst- bzw. Zwangssymptomatik, die nicht mehr in der Lage sind, das Haus zu verlassen).                                                                                                                                                               |
| 3 | Ambulante Therapie bietet keine ausreichende Aussicht auf Erfolg, da Frequenz und Intensität einer ambulant möglichen Richtlinienpsychotherapie der Schwere und Komplexität eines Krankheitsbildes nicht gerecht werden und unabdingbar ist, intensiv an den Krankheitsursachen zu arbeiten, um einer Verschlechterung der Symptomatik entgegenzuwirken (Patienten, bei denen sich die Therapieziele also nicht auf die Behandlung einer Teilhabestörung begrenzen lassen). |
| 4 | Ambulante Therapie erscheint nicht vertretbar, da ansonsten erhebliche Risiken für die Gesundheit eines Patienten in Kauf genommen werden müssten (z. B. bei Patienten mit einer Angststörung, die weiter generalisieren würde, oder bei Patienten mit Selbstschädigendem Verhalten).                                                                                                                                                                                       |
| 5 | Ambulante Therapie lässt sich (ggf. wiederholt) nicht realisieren oder zeitigt trotz einiger Versuche keine ausreichend positiven Folgen, weil z. B. die mangelnde Beziehungsfähigkeit eines Patienten das Herstellen eines belastbaren Arbeitsbündnisses verhindert (z. B. bei Patienten mit einer schweren Borderline-Persönlichkeitsstörung).                                                                                                                            |
| 6 | Die Fortsetzung einer ambulanten Therapie ist aufgrund eingetretener Komplikationen momentan nicht mehr möglich (z. B. bei drohender Dekompensation eines depressiven Patienten mit zunehmenden Suizidgedanken) oder nicht mehr sinnvoll, da sich trotz erheblicher Symptombelastung keine Besserung einstellt und auch ein Therapie- bzw. Therapeutenwechsel keine Aussicht auf Erfolg verspricht.                                                                         |
| 7 | Das Herauslösen aus einem pathogenen Umfeld (und möglicherweise eine heimatferne stationäre Behandlung) erscheint notwendig, wenn nicht gar zwingend, um überhaupt therapeutische Spielräume zu eröffnen (z. B. bei psychisch erkrankten Patienten, die in kollusiven Beziehungsmustern verstrickt sind, bei denen häusliche Gewalt den Alltag prägt oder die in anderer Weise von Familienmitgliedern gebunden oder vereinnahmt werden).                                   |

Das im Erstgespräch vermutete jeweilige Störungsbild wie auch besondere Persönlichkeitseigenschaften dürften schlussendlich ausschlaggebend dafür sein, welchem Behandlungsteam bzw. welcher Behandlungsgruppe oder welcher Abteilung einer Institution der Patient zugeordnet werden kann. Beides spielt auch bei der Frage nach Kontraindikationen eine größere Rolle, worauf vor allem im Kapitel 7 eingegangen wird. An dieser Stelle sei

lediglich vermerkt, dass für die verschiedenen Formen stationärer Psychotherapie vor allem bei Patienten mit einer gewissen Vulnerabilität bezüglich psychotischen Erlebens bzw. einer Neigung zu suizidalem Agieren sowie anderen Formen schwer beherrschbarer Handlungsimpulse eine Kontraindikation besteht, zumindest in Einrichtungen mit begrenzten Überwachungsmöglichkeiten. Auch Suchtpatienten bedürfen in der Regel eines

speziellen stationären Settings. Sollte sich eine solche Kontraindikation im Erstgespräch ergeben, ist aus unserer Sicht auf eine möglichst schonende Mitteilung dem Patienten gegenüber zu achten, der ja bereits einen beträchtlichen Aufwand im Hinblick auf Anmeldung und Anreise betrieben hat. In der Regel wird es auch nicht möglich sein, eine konkrete ambulante Alternative anzubieten. Um Kränkungserlebnisse zu vermeiden und daraus resultierende Widerstände bezüglich der nachfolgenden Inanspruchnahme möglicherweise hilfreicher therapeutischer Alternativen, sollten die Gründe, die gegen eine Behandlung sprechen, dem Patienten gegenüber auch offen benannt und mit ihm möglichst sorgfältig besprochen werden, um sie dann in einem Bericht dem zuweisenden Arzt mitteilen zu können. Auch Letzterem gegenüber befindet sich die Institution in einer Art Zielkonflikt, ist sie doch letztlich auf Überweisungen und Zuweisungen geeigneter Patienten angewiesen. Der Überweiser ist seinerseits daran interessiert, dass seine Empfehlungen im Grundsatz stimmig sind, sich in der Summe als richtig erweisen und positive Konsequenzen zeitigen. Aufgrund der damit gegebenen Konflikthaftigkeit und der Gefahr, dass Gefühle des Abgelehntwerdens bei Patient und Zuweiser überwiegen, sollte aus unserer Sicht im Falle einer Kontraindikation nicht gezögert werden, zum Telefonhörer zu greifen und die Situation möglichst direkt mit dem Zuweiser anzusprechen und zu klären. Nur durch direkte Kommunikation gelingt es, Missverständnissen, welcher Art auch immer, vorzubeugen (► folgendes Fallbeispiel).

### Fallbeispiel

#### Ulrich K.

Mit Ulrich K. stellte sich Jahre nach seiner disziplinarischen Entlassung aus dem selben Krankenhaus ein 41-jähriger Lagerist vor, der sich kurz zuvor nicht nur von seiner Freundin ge-

trennt, sondern der darüber hinaus auch noch seinen Arbeitsplatz aufgrund von Rationalisierungsmaßnahmen verloren hatte, um nun mehr oder weniger plötzlich – wie schon einige Male zuvor in seinem Leben – vor dem sozialen Nichts zu stehen. Ausgeprägte soziale Ängste machten es ihm eigenen Aussagen zufolge schwer, auf irgendwelche Personen seines Umfeldes zuzugehen, was zu einem fast völligen Rückzug in seine Wohnung und zum Vermeiden fast jeglicher Kontakte zu seinen Mitmenschen geführt hatte (sieht man einmal von unregelmäßigen, ihn emotional scheinbar unberührt lassenden Bordellbesuchen ab).

Im Erstgespräch, zu dem der schweigsame Patient eine halbe Stunde zu spät erschien, musste ihm der Interviewer die Sätze förmlich aus der Nase ziehen, so sehr gehemmt erschien der Patient im Hinblick auf freies oder spontanes Sprechen. Erst zögerlich wurde im Verlauf dieses Gesprächs deutlich, dass sich Ulrich K. nicht nur in drei weiteren Kliniken angemeldet hatte, sondern dass er in den letzten Jahren mindestens siebenmal stationär wegen seiner depressiven Einbrüche und seiner sozialen Phobie behandelt worden war. An die Inhalte dieser Behandlungen oder besondere Begegnungen konnte sich Ulrich K. nicht erinnern, was den Interviewer in Bezug auf das Ingangsetzen einer erneuten stationären Krankenhausbehandlung ausgesprochen nachdenklich machte. Zu regressiv und zu sehr von den Wünschen nach schnellem Halt und einem rundum versorgenden Kontext geleitet, erschien der Patient, zu empfindlich auch auf Probedeutungen des Interviewers reagierend, gewissermaßen stets zum Rückzug bereit und scheinbar ständig auf dem Sprung nach »draußen«. Das laute Nachdenken des Interviewers über die Sinnhaftigkeit eines weiteren, unter Umständen erneut nur Regression induzierenden stationären Aufenthaltes erlebte der Patient situativ eher wohl als Ablehnung und Zurückweisung seiner Person, im Gegenüber damit mehr Schuldgefühle und Wiedergutmachungsimpulse auslösend als z. B. Abneigung oder ähnliche negative Affekte. Schlussendlich gelang die Überweisung zu einem niedergelassenen, psychodynamisch

orientierten Kollegen mit der Maßgabe, sich bei Nichtzustandekommen der ambulanten Therapie wieder bei der Klinik melden zu können, um ggf. dann in einem zweiten Anlauf die Indikation zu einer stationären Behandlung noch einmal zu überprüfen.

## 19.5 Die Ambulanzkonferenz

Im Idealfall kann also die Indikation (oder auch Kontraindikation) zu einer stationären Therapie durch ein ambulantes Vorgespräch recht eindeutig gestellt werden. Lassen es die personellen und zeitlichen Ressourcen einer Einrichtung zu, ist aus unserer Sicht eine Indikations- bzw. Ambulanzkonferenz, in der man sich kurz über diese Vorgespräche mit anderen in die Behandlung einbezogenen Personen austauschen kann, ausgesprochen sinnvoll. In stationären Kontexten behandelt immer eine Gruppe von Behandlern eine Gruppe von Patienten. Deswegen gilt es, aus einer Indikationsentscheidung keine einsame »Chiefsache« zu machen, sondern die später für die Behandlung Verantwortlichen so weit wie möglich einzubeziehen, die Indikation also durch andere, später möglicherweise direkt verantwortliche Personen »validieren« zu lassen. Durch eine gemeinsam getroffene Entscheidung bzw. eine gemeinsam »ausgehandelte« Indikation gelingt es, gerade bei eher schwerer strukturell gestörten Patienten, die dann häufig im Klinikkontext durch ihr Agieren Konflikte provozieren, vielfältigen Verwicklungen und gegenseitigen Zuschreibungen von Verantwortung und damit maladaptiven Spaltungsphänomenen vorzubeugen. In manchen Fällen wird die Indikationsstellung durch die Diskussion in einer Ambulanzkonferenz auch noch einmal revidiert, manchmal kann die Feststellung der Indikation vonseiten des verantwortlichen Therapeuten auf das Prinzip der gemeinsamen Diskussion und damit in die Ambulanz-

konferenz »verschoben« werden, sollte er sich selbst entsprechend unsicher sein. Unabhängig davon bindet natürlich eine solche Ambulanzkonferenz in nicht unbeträchtlichem Ausmaß personelle und zeitliche Ressourcen, da in der Regel eine gewisse Mindestzahl leitender Ärzte, Psychologen und leitender Pflegekräfte daran beteiligt sein sollte.

## 19.6 Aufklärung im Vorgespräch

Aus unserer Sicht stellt es einen für das Herstellen eines stabilen Arbeitsbündnisses ausgesprochen sinnvollen Vorgang dar, den Patienten schon im Vorgespräch über bestehende Unsicherheiten bezüglich einer Indikationsstellung aufzuklären. Auch das manchem vielleicht umständlich erscheinende Verfahren der Ambulanzkonferenz kann sehr plausibel gerechtfertigt werden, wird doch dadurch Transparenz bezüglich der Schwierigkeiten einer Indikationsstellung hergestellt und im Einzelfall einer überzogenen Erwartungshaltung bzw. einer Idealisierung der zu erwartenden Therapieerfolge vorgebeugt. Aufgeklärt werden sollte der Patient im Vorgespräch natürlich auch über die ihn erwartenden Behandlungsmodule, die in der Klinik üblichen Prozeduren und Regeln sowie last, not least über Risiken und Nebenwirkungen einer stationären Psychotherapie (► Kap. 9), auch wenn diesbezüglich die zeitlichen Ressourcen ausgesprochen eng und begrenzt sein dürften. Da wir Aufklärung ohnehin als »Prozess« verstehen und Patienten zum Zeitpunkt ihrer Vorgespräche nur begrenzt aufnahmebereit und -fähig sein dürften, müssen Interventionen zur Aufklärung später dann in der Aufnahmesituation und auch im Verlauf der Behandlung immer wieder explizit erfolgen. Dass mit einer stationären Behandlung möglicherweise finanzielle Risiken jenseits eines Verdienstausfalls verbunden sind (so z. B. im

Falle von Privatpatienten oder Selbstzahlern), der Patient deswegen seine Vertragsverhältnisse vor Beginn der Behandlung klären sollte, und dass mit einem Bekanntwerden eines stationären Aufenthaltes manchmal auch berufliche Nachteile verbunden sein können (z. B. wenn es um Verbeamtung oder andere berufliche Entwicklungen geht), sollte im Einzelfall ebenfalls nicht unerwähnt bleiben. Immer wieder kommt es ja tatsächlich zu nachteiligen Folgen bezüglich des Abschlusses von bestimmten Versicherungen und zu anderen Formen der Stigmatisierung, sollten psychische Erkrankungen und intensive Behandlungsmaßnahmen diesbezüglich Dritten bekannt werden. Auch dass eine Zuzahlung für die ersten 28 Tage eines Krankenhausaufenthaltes pro Kalenderjahr notwendig wird (was zurzeit nur gesetzlich versicherte Patienten betrifft), sollte Gegenstand der Aufklärung in einem Vorgespräch sein.

## 19.7 Berichterstattung und Wartelisten

Wie ausführlich dann dem Zuweiser gegenüber über Inhalte aus dem Vorgespräch berichtet wird, dürfte je nach Institution sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang, dass ein solcher Bericht nicht nur eine Kommunikation nach außen darstellt, sondern auch eine Kommunikation ins Innere der Klinik, d. h. an die später verantwortlichen Behandler der Institution und damit eine Vor-Festlegung in Bezug auf die Persönlichkeit eines Patienten, die Sichtweise seiner Störung bzw. mögliche Behandlungsschwerpunkte. Wir empfehlen in diesem Zusammenhang ein mittleres Maß an Ausführlichkeit; explizit Stellung nehmen muss die Institution natürlich besonders ausführlich, wenn die Einschätzung bzw. Indikationsstellung des zu-

weisenden Arztes nicht geteilt wird und der Patient nicht aufgenommen werden soll. Zu ausführliche Berichte werden andererseits von den niedergelassenen Kollegen meist nicht gelesen und haben in Bezug auf die in der Institution dann verantwortlich Behandelnden eine gewisse »passivierende« Wirkung. Nicht selten finden sich im späteren Aufnahmebericht (manchmal sogar im abschließenden Behandlungsbericht) der psychische Befund oder andere wörtliche Formulierungen aus der Vorgesprächssituation wieder, was zwar arbeitsökonomisch angesichts der Vielfalt der zu dokumentierenden Sachverhalte nachvollziehbar sein mag, therapeutisch aber deletär sein dürfte, verstellt es doch weitgehend den eigenen Blick auf den Patienten und damit ein wesentliches Element der eigenen persönlichen Bezugnahme.

Auch die absehbare Wartezeit und mögliche Vorschläge zu deren Überbrückung sollten durchaus Bestandteil eines solchen Berichts zum Vorgespräch sein. Die Wartezeit bzw. Warteliste stellt im Übrigen ein besonders heikles Thema dar, da es in vielen Fällen leider als notwendiges Übel und aufgrund der das Angebot übersteigenden Nachfrage eine größere Zahl von Patienten betrifft. In den meisten Fällen wäre eine möglichst rasche Aufnahme des Patienten vermutlich sinnvoll. Andererseits gestatten in vielen, vor allem psychosomatisch orientierten Einrichtungen die Pflegesätze keine sichernde Überwachung von Patienten im engeren Sinne, sodass Akut-Aufnahmen schon aus Gründen der nicht garantierbaren Sicherheit ausscheiden. Zu berücksichtigen ist auch, dass eine Wartezeit den Raum für vielfältige, mit der Inanspruchnahme von stationärer Therapie konkurrierende Motive aufseiten des Patienten wie auch seiner Angehörigen eröffnet und damit einen beträchtlichen Raum schafft für Ambivalenz. Das Warten auf eine Aufnahme zur stationären Behandlung ruft alle möglichen Gegen-

kräfte und Widerstände auf den Plan. Eine Wartezeit ist daher eigentlich nur dann sinnvoll und vertretbar, wenn der Patient sie benötigt, um seine soziale Situation so weit zu regeln, dass eine stationäre Therapie überhaupt realisierbar wird (sei es, dass für Angehörige gesorgt werden muss oder der Patient mit seinem Arbeitgeber Absprachen treffen kann). Ist die Entscheidung für eine stationäre Psychotherapie im Grundsatz erst einmal getroffen, sollte diese im Prinzip auch so rasch wie möglich einsetzen.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD, Cierpka M (Hrsg). OPD-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2014.
- Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie (Erträge der Forschung). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1970.
- Argelander H, Eckstaedt A, Fischer R, Goldschmidt O, Kennel K. Das Sprechstundeninterview. *Psyche* 1973; 27: 1001–66.
- Balint M, Balint E. Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern, Stuttgart: Klett 1962.
- Baumann U, Wedel Bv. Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: Baumann U (Hrsg). Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung. München: Urban & Schwarzenberg 1981; 1–36.
- Bohus M, Bathruff H. Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog* 2000; 1(4): 55–66.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart: Schattauer 2017.
- Dantlgraber J. Bemerkungen zur subjektiven Indikation für Psychoanalyse. *Psyche* 1982; 36: 191–225.
- Freud S. Die endliche und die unendliche Analyse. 1937c. GW XVI. Frankfurt a. M.: Fischer 1980; 57–99.
- Heckhausen H, Gollwitzer PM, Weinert FE. Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1987.
- Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W. Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart: Schattauer 1999.
- Kernberg OF. Structural interviewing. *Psychiatric Clinic North Am* 1981; 4: 169–95.
- Thomä H, Kächele H. Lehrbuch der Psychoanalyse. Bd. 1. Heidelberg: Springer 1985.
- Thomä H, Kächele H. Lehrbuch der Psychoanalyse. Bd. 2. Heidelberg: Springer 1987.



## 20 »Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne«<sup>6</sup> – Der Beginn der Therapie

Michael Hölzer und Dorothee Kress

### Zusammenfassung

Am Beispiel eines relativ speziellen Aufnahmesettings soll in diesem Kapitel versucht werden, dessen wesentliche Bestandteile als essenzielle und damit prototypische Parameter für die Herstellung eines stabilen Arbeitsbündnisses zu beschreiben. Jede professionell geführte psychosomatische oder psychiatrische Klinik hat ihre eigenen Rituale. Gemeinsame Erfahrung ist, dass den in die Aufnahme eines Patienten eingebundenen Personen bzw. Berufsgruppen mit der dazugehörigen Beziehungserfahrung eine wesentliche Bedeutung zukommt. Sowohl das Gelingen als auch das Nichtgelingen der Aufnahme wirken sich erheblich auf den gesamten weiteren Behandlungsprozess aus. Die Rollen und Aufgaben der Mitarbeiter der Verwaltung, des Pflegedienstes sowie der Ärzte und Psychologen werden detailliert beschrieben. Wie unterschiedlich Patienten auf dieses spezielle Angebot während der ersten Tage in einer Klinik reagieren können, soll an zwei Fallbeispielen illustriert werden. Diese Reaktionen spiegeln jeweils wesentliche Aspekte ihrer Persönlichkeit wider, seien es psychodynamisch relevante Konfliktmuster und daraus resultierende charakteristische Verhaltensdispositionen oder aber Aspekte einer eher strukturellen Störung.

### 20.1 Vorbemerkungen

In seinem Gedicht »Stufen« heißt es bei Hermann Hesse, dass »*allem Anfang ein Zauber inne*« wohne, der einen »*beschütze*« und auch

»*beim Leben helfen*« würde (Hesse 1977, S. 676). Ob einer stationären Aufnahme, immerhin der Anfang einer in der Regel etwas längeren Behandlung, auch ein solcher Zauber innewohnt, sei dahingestellt. Dass aber ein geglückter Anfang mitentscheidend sein kann für einen erfolgreichen Verlauf bzw. ein verunglückter für das Gegenteil bis hin zum frühzeitigen Abbruch der Behandlung, liegt nahe. Nicht umsonst firmiert die Aufnahme in den verschiedensten Modellen der Qualitätssicherung, so z. B. in der »Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen« (KTQ), in der Regel als ein »Kernprozess« mit entsprechender Gewichtung (KTQ 2015).

Die Aufnahme bedeutet für einen Patienten zumeist die Konfrontation mit einer völlig neuen Umgebung. Dazu gehören nicht nur neue Personen und ungewohnte Räumlichkeiten, auch stationäre Therapie im weitesten Sinne ist für das Gros der neu aufgenommenen Patienten ein bis zu diesem Zeitpunkt unbekanntes Unterfangen. Patienten sind genötigt, aus ihren Alltagsrollen zumindest passager herauszutreten und sich in einer ungewohnten Situation mit fremden, oft befremdlichen Maßstäben zurechtzufinden, sich in ihren Rollen als Patient, als Mitpatient, als Zimmernachbar, als Gruppenmitglied etc. neu einzurichten. Je nach Persönlichkeitsstruktur und Neigung zu Ängstlichkeit und Verunsicherung kann eine solche Übergangssituation bei dem einen oder anderen für eine erhebliche Labilisierung des Selbstgefühls

6 Hermann Hesse

sorgen und in Unsicherheit, Angst bzw. aggressivem Agieren münden (► Abschn. 20.4, Fallbeispiele Christiane F. und Peter C.).

Halt und Orientierung sind also in einer solchen Situation der Verunsicherung unabdingbar. Patienten sollten nicht unnötig unter Druck gesetzt werden, insbesondere wenn abhängig von der Kurzfristigkeit einer Terminmitteilung diese Übergangssituation mit einer gewissen Plötzlichkeit eingetreten ist. Zwar nimmt wohl die Mehrheit der stationär-psychotherapeutischen Einrichtungen, vor allem die der psychosomatischen Medizin, Patienten nur nach einer gewissen Wartezeit auf; in der Regel ist dabei auch die geplante Entlassung eines anderen Patienten Voraussetzung für die Aufnahme eines neuen. Die jeweilige Mitteilung des Krankenhauses kann für einen Patienten durch Begrenzungen der Planbarkeit trotz eines Vorgesprächs und damit prinzipieller Vorbereitung im Einzelfall aber durchaus »unerwartet« kommen. Dann heißt es nicht nur, schnell die Koffer zu packen, sondern sich auch entsprechend schnell aus den gegenwärtigen sozialen Bindungen zu lösen, was in vielen Fällen mit im wahrsten Sinne des Wortes gemischten Gefühlen einhergehen dürfte. Die Trennung von Familie, Freunden und Beruf mag einerseits mit dem Gefühl von Entlastung, aber eben auch mit Trennungsängsten bzw. Schuldgefühlen verbunden sein. Ängste vor dem Neuen sind unvermeidlich, findet sich der Patient doch auf einmal in einem für ihn völlig ungewohnten sozialen Feld wieder, plötzlich in einer Art und Weise abhängig von Strukturen und Vorgaben, die er aus seinem gewohnten Alltag so nicht kennt.

Die ersten Eindrücke des Patienten vom ungewohnten »Öko-System« Krankenhaus wie auch seine spontane, intuitiv-emotionale Reaktion auf die ihn notwendigerweise verwirrende Vielfalt des diesbezüglich Gesehenen, Gehörten und Erlebten wirken sich

nachhaltig auf sein Befinden in den ersten Tagen aus. Es ist daher keinesfalls unwichtig oder relativ, wie freundlich der Patient z. B. an der Rezeption empfangen wird, ob er sich von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung individuell behandelt fühlt, wie lange es dauert, bis er aus einer Wartezone von seiner Bezugsschwester abgeholt und aufs Zimmer begleitet wird, ob er dort auf einen vorbereiteten Zimmernachbarn trifft und wie die Erstbegegnung mit dem Bezugstherapeuten verläuft – um nur einige Beispiele zu nennen. Angesichts der Fülle der verschiedenen und notwendigerweise verwirrenden Eindrücke empfehlen wir, alle der Aufnahme dienenden Prozeduren und Prozesse so einfach, übersichtlich und klar wie möglich zu organisieren. Vor allem der Aufnahmetag sollte nach Möglichkeit nicht mit Informationen und Begegnungen »überfüllt«, sondern auf das absolut Notwendige begrenzt werden, damit dem Patienten noch ein gewisser Überblick und damit ein Restgefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit erhalten bleiben.

In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll und zweckmäßig, dass im Rahmen von Maßnahmen zur Qualitätssicherung (► Kap. 36) bestimmte quantitativ messbare Parameter festgelegt werden, wie z. B. die Dauer der Aufnahme in der Patientendatenverwaltung, die Wartezeit auf den ersten Kontakt zur Bezugspflegekraft bzw. zum Bezugstherapeuten oder die Wartezeit bis zum Bezug des Zimmers. Zu quantitativ nicht erfassbaren Qualitätsparametern, die aber entscheidend für eine geglückte Aufnahmesituation sein können, gehört auch der Umgang mit der inneren Situation des aufgenommenen Patienten, ob auf ihn im subjektiven Empfinden grundsätzlich positiv reagiert wird, selbst wenn er sich möglicherweise verunsichert, kritisch oder gar abweisend verhalten sollte. Um vor diesem Hintergrund einer frühzeitigen »Entzauberung« des stationären

Anfangs entgegenzuwirken, ist nicht nur eine gründliche Schulung auch des in der Verwaltung tätigen Personals notwendig (Patientendatenaufnahme, Rezeption etc.), sondern ebenso eine einrichtungsmäßig bzw. architektonisch »freundliche« Gestaltung des Aufnahmebereiches bzw. der dafür vorgesehenen Wartzone sehr zu empfehlen.

Nur in seltenen Fällen werden in Krankenhäusern stationärer Psychotherapie spezielle Aufnahmeabteilungen vorgehalten, da diese bei einer Verlegung in eine andere Abteilung fast immer einen Behandlerwechsel nötig machen, was eine stationäre Behandlung in fast allen Fällen unnötig verkomplizieren dürfte. Gleichzeitig werden Patienten im Wissen, dass in wenigen Tagen eine Art »Neustart« in einer anderen Abteilung ansteht, auch nur sehr begrenzt bereit sein, sich vorläufig auf eine Therapie einzulassen, sich dafür ausreichend zu öffnen etc. Angesichts immer kürzerer Behandlungszeiten – ein Trend, der in den nächsten Jahren vermutlich unumkehrbar sein wird – werden Patienten also schon mit der Aufnahme mehr oder weniger direkt ins »kalte Wasser« geworfen und vom ersten Tag an mit den für sie in dieser Institution dauerhaft zuständigen Behandlern konfrontiert. Wie viel Zeit die jeweilige Institution ihren Patienten dann für deren Aufnahme lässt, ist nicht nur ein rein formaler Akt. Je nach Konzept wird für den Prozess der formalen »äußeren« Aufnahme wie auch des »inneren« Ankommens eines Patienten ein bewusst nutzbarer Zeitraum eingeräumt. Zweckmäßigerweise ist u. E. eine Aufnahme erst als abgeschlossen zu betrachten, wenn der Patient das erste Wochenende in einer Klinik verbracht und damit in gewisser Weise im neuen Umfeld »überlebt« hat, ohne abzubrechen. Denn erst nach dem ersten Wochenende und nach den in den ersten Tagen stattgefundenen Kontakten zu den verschiedenen, für ihn zuständigen Bezugspersonen dürfte

der Patient ein Gefühl für die Gesamtsituation bzw. für die jeweils zuständigen Personen entwickelt haben. Die bewusste Ausdehnung des Aufnahmeprozesses auf einen mit fünf oder sechs Tagen längeren Zeitraum wirkt sich u. E. nachhaltig auch auf die Haltung des Teams in Bezug auf diese durchaus kritische erste Behandlungsphase aus, welche die Basis für das Gelingen der Verantwortungsübernahme durch den Patienten im weiteren Prozess bildet. Hier sollte sich die Klinik ihrer halt gebenden Funktionen vor allem in den ersten Tagen besonders bewusst sein, um vom Patienten dann auch erwarten zu können, sich relativ selbstständig in der Klinik zurechtzufinden.

Aus dem in Abbildung 20-1 wiedergegebenen Diagramm ist beispielhaft der Ablauf einer Aufnahme ersichtlich einschließlich der Personen, mit denen ein Patient in der Regel am ersten Tag in Kontakt kommt, bzw. der Vielzahl von verschiedenen Situationen, die es für ihn zu meistern gilt. »Mehr« würde sicher nicht mehr helfen, sondern eher zu Reizüberflutung und Verwirrung führen, weswegen ein solcher Ablauf auch möglichst klar und für den Patienten überschaubar gegliedert sein sollte.

### Praxistipp

#### Die therapeutische Gemeinschaft

Die Fülle des ersten Tages mit einer Vielzahl verschiedener »Aufnahmesituationen« (je nachdem, auf wen der Patient trifft) findet eingebettet in erste Kontakte mit Mitpatienten statt. Die Gestaltung dieser Kontakte durch den Patienten sollte nach Möglichkeit z. B. von den Mitarbeitern der Pflege als Eindruck dokumentiert werden. Aus professioneller Sicht haben auch besondere Schutz- und Sicherungsmaßnahmen, die jeweils individuell getroffen werden bzw. werden müssen, schon einen frühen diagnostischen Wert. Unter diesem Gesichtspunkt ist vor allem die

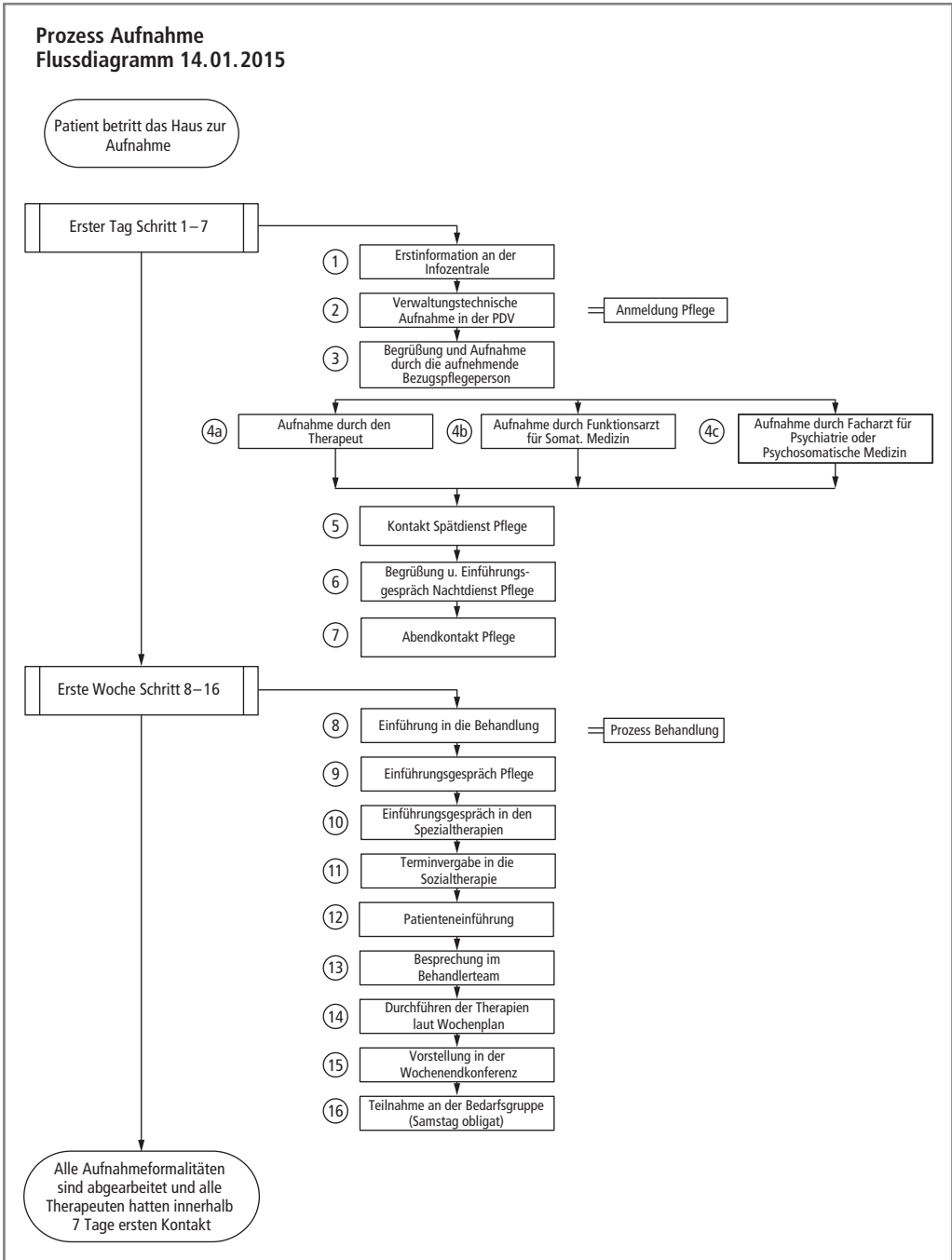


Abb. 20-1 Ablaufdiagramm Aufnahme

»Anfangsszene« bedeutungsvoll, der in der Beobachtung und Dokumentation deswegen auch ein hoher Stellenwert zukommt. Zu dokumentierende Eindrücke, um nur einige Beispiele zu nennen, beziehen sich auf

- die schnelle Bindung an eine Person oder eine Patientengruppe,
- Rückzug ins Zimmer oder Vermeidung des Zimmers,
- Mitarbeiter der Pflege viel oder gar nicht in Anspruch nehmen,
- Umgang mit den gemeinsamen Mahlzeiten,
- Fordern und Inanspruchnahme von Sonderregeln,
- Umgang mit der Hausordnung (z. B. eingeschränkte Handynutzung, geregelte Ausgangszeiten),
- Integration in bestehende »Cliquen«.

Die Art und Weise des jeweiligen Verhaltens bei der Bewältigung und Anpassung eines Patienten spiegelt wichtige Aspekte seiner Struktur und seines Umgehens mit den eigenen Grundbedürfnissen bzw. deren Konflikthaftigkeit wider.

## 20.2 Rezeption und Patienten-datenverwaltung

Auch wenn eine Klinik nicht im engeren Sinne im Stil einer therapeutischen Gemeinschaft (Main 1946) (► Kap. 25) konzipiert sein sollte, ist es unzweifelhaft notwendig, dass alle Mitarbeiter dieser Klinik, einschließlich derer, die in der Verwaltung für Patienten zuständig sind bzw. direkte Patientenkontakte haben, eine Atmosphäre der Freundlichkeit und des Entgegenkommens herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten in der Lage sind. Vor diesem Hintergrund sollte insbesondere auch nicht-therapeutisches Personal in Bezug auf ein patientenorientiertes Verhalten hin geschult bzw. trainiert werden. Ohne Schulung wird es nicht gelingen, in möglicherweise unklaren oder sogar konflikthafter zwischenmenschlichen Situationen adäquat reagieren

zu können. Wichtig erscheint uns, dass dem Patienten von Anfang an das Gefühl vermittelt wird, als Person anzukommen und aufgenommen und nicht wie ein »Objekt« oder ein »Ding« behandelt bzw. auf eine Nummer oder auf einen Aufkleber reduziert zu werden. Hier sind insbesondere auch die Mitarbeiter an der Rezeption bzw. Pforte (oder »Infozentrale«, wie es gelegentlich heißt) gefordert, stellen diese Bereiche doch eine wichtige erste Schnittstelle dar, in gewisser Weise das Innere der Klinik mit dem äußeren Raum auch später im Alltag des Patienten verbindend. Vielfach wenden sich Patienten, zumindest am Anfang ihrer Behandlung, daher auch an die Mitarbeiter der Rezeption mit ihren alltäglichen Fragen nach Post, nach Telefonmöglichkeiten und anderen Auskünften. Um hier nicht nur zum dienstbaren Geist möglicherweise anspruchsvoller Patienten zu werden, sondern auf gestellte Fragen adäquat antworten zu können, zu weit gehende Forderungen freundlich begrenzend ohne Hilfestellung zu verweigern, wo dies nötig ist, bedarf es neben der Schulung auch der regelmäßigen Möglichkeit zur Nachbesprechung schwieriger Patientenkontakte oder anderer kritischer Situationen.

## 20.3 Pflegedienst

Den Mitarbeitern des Pflegedienstes kommt in der Aufnahmesituation, d. h. in den ersten Tagen des stationären Aufenthaltes, besondere Bedeutung zu. Zunächst sind sie eine wichtige Informationsquelle, weil dem Patienten durch den Pflegedienst nach dem Kennenlernen Ablauf und Struktur der ersten Tage erläutert wird. Zum anderen bestimmen sie erfahrungsgemäß den »Zauber« des Anfangs vor allem durch ihre Art der Kontaktaufnahme und ihre Ansprechbarkeit entscheidend mit, auch weil gerade sie in der

Aufnahmesituation häufig deutlich mehr Zeit für einen Erstkontakt zur Verfügung stellen können als Vertreter anderer Berufsgruppen. Es sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes, die den Patienten nach dessen datenmäßiger Erfassung begrüßen und auf sein Zimmer begleiten, ihm dort einen ggf. anwesenden Zimmernachbarn vorstellen und ihn in die Hausordnung einweisen. Zweckmäßigerweise reicht die Zeit auch noch für eine kurze Führung durch die wesentlichen »Orte« der Klinik, um eine erste Orientierung zu ermöglichen. Besonders wichtige Informationen und andere relevante Dokumente sollten unserer Meinung nach nicht nur mündlich vom Pflegedienst mitgeteilt, sondern auch in einer Patientenmappe (z. B. einem kleinen Papierordner mit Kliniklogo) ausgedruckt zur Verfügung gestellt werden. Da die Fähigkeiten eines Patienten, konzentriert zuzuhören, gerade zu Beginn und am ersten Tag der Behandlung limitiert sein dürften, muss er relevante Mitteilungen später jederzeit wieder nachlesen können. Nachfolgende Übersicht gibt exemplarisch den Inhalt einer solchen Patienteninformationsmappe wieder.

### Inhalt einer Patienteninformationsmappe

- Begrüßungsschreiben
- verbindliche Termine für den jeweiligen Aufenthaltstag
- Termine für den folgenden Tag
- weitere Termine in der ersten Woche
- andere wichtige zeitliche Informationen für die ersten Tage (Uhrzeiten für Frühstück, Mittagessen und Abendessen an den jeweiligen Wochentagen sowie die Zeiten für Morgen- und Abendkontakte mit dem Pflegedienst, so sie in der Institution vorgesehen sind)
- Therapie- bzw. Wochenplan der jeweiligen Abteilung
- Erläuterungen zum »Patenamt« (wenn vorhanden)
- Erläuterung zur Erreichbarkeit des Patienten
- wichtige Informationen für Angehörige (Besuchszeiten, Postanschrift, Telefon, E-Mail-Adresse und Internet)
- Anfahrtsbeschreibung
- Hinweise zur Einführungsveranstaltung
- Hinweise zu freien, zusätzlichen Angeboten in der Klinik
- Hinweise zu Brandverhütung und Feueralarm
- Zimmerordnung sowie ggf. eine Liste der im Zimmer vorhandenen Einrichtungsgegenstände und anderer Dinge (bzw. Empfangsbestätigung diesbezüglich)
- »Klinikleitfaden« bzw. Hausordnung

Angesichts der Fülle der mitzuteilenden organisatorischen Informationen wird die jeweilige Pflegekraft, je nach Einschätzung der Auffassungsfähigkeit eines Patienten und seiner emotionalen Angespanntheit, darauf hinweisen, dass sich in einer solchen Informationsmappe alle wesentlichen Angaben und Daten befinden. In der Regel wird sie sich damit auf die Strukturierung des ersten Tages beschränken können, auch um für einen Patienten noch persönliche Worte zu finden und damit dem Beziehungsaspekt und dem Gelingen des emotionalen Kontaktes Zeit und Raum einzuräumen. Vor allem wird die Bezugspflegekraft auf ihre eigene Rolle eingehen, die von nun an in der Begleitung des Patienten durch den Alltag der Klinik bestehen wird. Das Erheben der Pflegeanamnese, die Dokumentation daraus ableitbarer Pflegediagnosen etc. sollten auf ein intensiveres Aufnahmegespräch am Folgetag bzw. auf die Folgetage verschoben werden (► Kap. 12). Auch in Bezug auf die Hausordnung reichen nach unserer Meinung anfangs wenige Hinweise auf einige entscheidende Punkte, wie den der Nachtruhe, der Anwesenheit und Erreichbarkeit eines Patienten innerhalb der Klinik aus, um den Patienten erst einmal »ankommen« zu lassen, bevor er sich vielfachen neuen Regularien unterzuordnen hat. Immer ist damit zu rechnen ist, dass Patienten zu Be-



ginn eines stationären Aufenthaltes mit der Fülle der zur Verfügung gestellten Informationen überfordert sind, weswegen es gilt, diese möglichst sorgfältig zu »dosieren«. Einige Patienten mit entsprechenden Störungsbildern dürften ohnehin erst am Ende ihres stationären Aufenthaltes in der Lage sein, den Sinn einer Hausordnung wertzuschätzen bzw. sie dem Klinikkonzept entsprechend einzuhalten (► Übersicht »Pflegeziele und Qualitätsmerkmale im Aufnahmeprozess«).

### **Pflegeziele und Qualitätsmerkmale im Aufnahmeprozess**

Die Aufnahme ist gelungen, wenn sich der Patient innerhalb einer Woche im Haus sowie in den Therapieangeboten seiner Abteilung zu recht findet und sich auf einen Therapieprozess einlassen kann:

- Beziehung herstellen
- Ängste mindern bzw. mildern
- Informationsvermittlung
- Erfassung der psychischen und körperlichen bzw. sozialen Ist-Situation des Patienten
- dem Patienten eine Vorstellung davon vermitteln, was Psychotherapie heißt und was seine Aufgaben dabei sind

## **20.4 Kontakt zum Bezugstherapeuten**

Die Rolle des Bezugstherapeuten ist in der Aufnahmesituation nicht minder wichtig, stellt er doch zusammen mit der Bezugspflegekraft symbolisch eine Art »Elternpaar« des Patienten dar, wobei sich Rollen-, aber auch Übertragungsanteile typischerweise aufspalten: Entsprechend ihren Rollen dürften auf Bezugspflegekräfte möglicherweise eher Anteile einer Mutter-Übertragung (► Fallbeispiele Christiane F. und Peter C.), auf Bezugstherapeuten (gleich welches Kerngeschlecht sie haben und ob sie Psychologen oder Ärzte sind)

eher Aspekte einer Vater-Übertragung projiziert werden. Jedenfalls zu Beginn der Behandlung erscheint eine solche Aufspaltung nicht unwahrscheinlich. Unabhängig von sich möglicherweise früh manifestierenden Übertragungsdispositionen sollte auch für Bezugstherapeuten ein angemessener Zeit- und damit Spielraum zur Verfügung stehen, um nicht nur standardisiert anamnestische Daten abzufragen, sondern sich auch emotional auf einen Patienten einlassen zu können (► Übersicht »Inhaltliche Aspekte des Erstkontaktes zum Bezugstherapeuten«). Nur so kann von Beginn an auf das Herstellen einer hilfreichen Beziehung (Luborsky 1984) hingearbeitet werden. Ausgesprochene Vorsicht ist deshalb geboten, die in der Übersicht »Inhaltliche Aspekte des Erstkontaktes zum Bezugstherapeuten« (► S. 325) aufgeführten Unterpunkte und Tätigkeiten einfach abzuarbeiten bzw. sie lediglich technisch-formal zu erledigen. Das Herstellen einer stabilen Arbeitsbeziehung und damit auch die Bearbeitung von Störungen im formal angestrebten Ablauf haben absoluten Vorrang, auch wenn natürlich die Erhebung eines psychischen Befundes wie auch möglicherweise absehbarer Komplikationen, die Beurteilung des momentanen Funktionierens bzw. Funktionsniveaus eines Patienten sowie des Grades seiner potenziellen Gefährdung »conditiones sine quibus non« gerade auch in der Aufnahmesituation sind. Überhaupt besteht die Aufnahmesituation beim Bezugstherapeuten, zumindest soweit psychodynamisch konzipierte Einrichtungen betroffen sind, häufig aus einem eher spontan vom Patienten gestalteten Teil, bezüglich dessen der aufnehmende Bezugstherapeut versucht, so etwas wie einen ersten szenischen Eindruck zu formulieren, und aus einem erfragten bzw. eher explorierten Teil, der dann das Erfassen »harter« Fakten und eine entsprechende Diagnostik ermöglicht.

**Fallbeispiel****Christiane F. – Was nicht immer gelingt:  
Die Entdeckung der Langsamkeit**

Frau F. hatte sich relativ rasch entschlossen, ihre ambulante Psychotherapie zu beenden, um sich aufgrund der stetigen Verschlechterung ihrer Symptomatik in stationäre Behandlung zu begeben. Schon telefonisch hatte sie im Vorfeld das Therapieangebot der Klinik ausgesprochen kritisch hinterfragt, sich über vermeintlich lange Wartezeiten beschwert und laut überlegt, ob sie nicht woanders »unterkommen« könne. Entsprechend schwierig gestaltete sich wenige Wochen nach dem Vorgespräch auch die Aufnahme dieser 27-jährigen Patientin, die unter ihrem chaotischen Beziehungsverhalten genauso litt wie unter einem chronischen Gefühl der »furchtbaren inneren Leere«, daneben unter schweren depressiven Einbrüchen sowie einer Reihe von dissoziativ anmutenden Funktionsstörungen. In der Abteilung für spätadoleszente Patienten und junge Erwachsene konnte sie sich von Beginn an nicht mit der deutlich älteren Bezugsschwester abfinden, wobei ihre Versuche, diese zugunsten einer anderen »auszutauschen«, rasch an den Regularien der Klinik scheiterten. Schnell hatte sie sich auch mit ihrer Zimmernachbarin zerstritten, um diese im Anschluss hinsichtlich ihrer Problem heftig zu bewerten: »So wird die doch ihre Magersucht nie los ...« Auffällig war nicht nur ihre Tendenz, innere Konflikte zu externalisieren, sondern auch ihre Ruhelosigkeit, mit der sie in therapiefreien Zeiten über die Gänge tigerte, sich fast ununterbrochen mit dem Handy am Ohr ablenkend. In den Therapiegruppen selbst hatte sie sich in einer Art Flucht nach vorn nach kürzester Zeit in eine Randposition manövriert, indem sie schon in den ersten Stunden ausufernd und druckvoll über sexuelle Übergriffe aus ihrer Kindheit berichtet hatte. In einer Übergabebesprechung vor dem ersten Wochenende waren dementsprechend Stimmen von Teammitgliedern laut geworden, die sie aufgrund der strukturellen Aspekte ihres Störungsbildes für »nicht therapierbar« hielten, sie »unmöglich« fanden und die auf rasche Beendigung der Behandlung drängten. Nachdem sie am ersten

Wochenende mehrfach nicht zu den Mahlzeiten erschienen war, ohne sich abzumelden, am Sonntagabend erst deutlich nach dem Klinikschluss in diese zurückgekehrt war, beschloss sie selbst am darauffolgenden Tag, die Klinik möglichst umgehend wieder zu verlassen.

**Fallbeispiel****Peter C. – Sich besser abgrenzen, um sich besser einlassen zu können ...**

Peter C. war zum vereinbarten Aufnahmetermin fast zwei Stunden zu spät erschienen, sehr freundlich, fast überangepasst nachfragend, ob nun eine Aufnahme überhaupt noch möglich sei. Der passionierte 38-jährige Motorradfahrer, dessen wesentliche soziale Kontakte sich auf seinen Motorradclub zu beschränken schienen, litt an heftigen Angstanfällen, die seit ihrem erstmaligen Auftreten ca. drei Jahre zuvor (zeitlich korrelierend mit dem Beginn einer von ihm sehr ambivalent erlebten Partnerschaft) so massiv zugenommen hatten, dass er mittlerweile nicht mehr arbeiten konnte und auch seinen Job als Lagerist verloren hatte. Peter C. war seither vermehrt nicht mehr in der Lage gewesen, seine Wohnung zum Einkaufen oder dem Erledigen anderer Verpflichtungen zu verlassen, auch an eine ambulante Therapie war nicht zu denken, da er eine regelmäßige Teilnahme nicht zusichern konnte.

Auffällig war am Aufnahmetag, wie zögerlich sich Peter C. auf sein Zimmer begleiten ließ, nur halben Herzens die Informationen seiner Bezugsschwester aufnehmend, in deren Erleben er mehr damit beschäftigt schien, ob er die Klinik am gleichen Tag noch einmal für ein »dringlich notwendiges Treffen« verlassen könne, weswegen dann aber das Aufnahmegespräch mit seinem Bezugstherapeuten verlegt werden müsse. Wie zum Beweis seiner Unabhängigkeit (in der Diktion seines Bezugstherapeuten: »... zur Abwehr seiner Ängste vor Autonomieverlust«) musste er dieses Treffen dann in der Tat noch am gleichen Tag realisieren, was vom Team zunächst als Symptomhandlung verstanden und ihm nach kurzem Zögern auch gestattet wurde. Im Verlauf der stationären Therapie,

und hier vor allem in der Gruppentherapie, auf die sich Peter C. zunehmend besser einlassen konnte, konnte dann nachhaltig an einem ungelösten Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt bzw. einer vereinnahmenden Mutterbeziehung und erheblichen Hemmungen, sich in dieser Beziehung adäquat abzugrenzen, als psychogenetischem Hintergrund gearbeitet werden.

### **Inhaltliche Aspekte des Erstkontaktes zum Bezugstherapeuten**

- kurze Anamnese-Erhebung der Beschwerden (spontan geschildert, aber auch spezifisch erfragt)
- ggf. auslösende Versagenssituationen
- psychischer Befund
- Arbeit und Beruf
- ggf. Erfahrungen mit früheren Behandlungen
- Dokumentation der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit
- Besprechung der geplanten Therapien (Wochenplan)
- Ausgabe der Erhebungsbögen für die Basisdokumentation
- Erläuterung bzw. Besprechung notwendiger Behandlungsverträge und besonderer Vereinbarungen
- Fragen der psychopharmakologisch relevanten Medikation und Aufklärung bezüglich deren Risiken und Nebenwirkungen
- Zuordnung zu wesentlichen ICD-10(Aufnahme)-Diagnosen
- Kontaktaufnahme zum Pflegedienst und zum Funktionsarzt, insbesondere bei Unklarheiten
- Kontaktaufnahme zu einem leitenden Arzt, falls die Aufnahme durch einen Nicht-Facharzt oder einen Psychologen erfolgt (Vier-Augen-Prinzip)
- Dokumentation der Maßnahmen im jeweiligen Krankenhausinformationssystem

Unbedingt zu klären sind in diesem Zusammenhang auch Fragen, die mit der Medikation zusammenhängen, zu möglicherweise gleichzeitig bestehenden Grunderkrankun-

gen und zu sonstigen Risiken, Komplikationen und Gefährdungspotenzialen. Diesbezügliche Daten sollten nicht nur erhoben, sondern einschlägige Informationen auch mit den übrigen für den Patienten zuständigen Mitarbeitern zeitnah besprochen werden, um ein koordiniertes Vorgehen zu ermöglichen. Aber auch hier hat der Beziehungsaufbau Vorrang vor der Erfassung faktischer Daten und der formalen Unterzeichnung von Verträgen. Insbesondere sollte mit dem Patienten die Sinnhaftigkeit von eventuell obligatorischen Verträgen bzw. Regelungen besprochen werden, denn nichts wäre schädlicher für den weiteren Fortgang als eine blinde Unterwerfung des Patienten und damit vorprogrammierte Widerstände im Verlauf (► Fallbeispiel Peter C.).

Je nach Institution werden im Aufnahme-prozess Non-Suizid-Verträge, Non-Alkohol-Verträge, Aufklärungsbögen zur Beeinträchtigung von Konzentration und Aufmerksamkeit (bedingt durch Medikamente oder andere Therapiemodalitäten) etc. besprochen und vom Patienten wie auch vom Bezugstherapeuten unterschrieben. Unseres Erachtens sollten den Patienten allerdings bezüglich solcher Verträge angemessene Zeiträume zum gründlichen Lesen und Überdenken bzw. für die Klärung damit verbundener Fragen zur Verfügung gestellt werden. Vor allem dann, wenn bezüglich der Vertragsgegenstände, die ja ohnehin primär keine juristischen, sondern vornehmlich therapeutische Funktionen erfüllen sollen, keinerlei Gefahrenpotenzial absehbar sein sollte, können solche Verträge im subjektiven Erleben eines Patienten durchaus als irritierend bzw. einengend und damit bevormundend wahrgenommen werden, je nachdem, welche Konfliktdisposition ein spezifischer Patient in die Behandlung nun gerade mitbringt. Zeit für die Reflexion damit einhergehender Widerstände sollte sich der aufnehmende Bezugstherapeut auch deswe-

gen nehmen, um dem Zauber des Erstkontaktes einen entsprechenden Raum zur Entfaltung zu eröffnen, gewissermaßen eine Bühne mit einer gewissen »Spielzeit«, um den Patienten auch »szenisch« im Rahmen seines Handlungsdialoges (► Fallbeispiel Christiane F.) zu verstehen (Argelander 1970; Argelander et al. 1973; Klüver 1983).

Auch wenn das Herstellen von diagnostischem »Wissen« um einen Patienten und insbesondere auch die Dokumentation der Indikation der Krankenhausbehandlung bzw. deren Notwendigkeit schon aus formalen Gründen bereits am ersten Tag geleistet werden müssen, sollten sich Bezugstherapeuten nach Möglichkeit ein gewisses Maß an Nicht-Wissen gönnen, um den Patienten nicht vorschnell in irgendeine diagnostische Schublade zu verfrachten, was angesichts von meist zahlreichen Vorbefunden wie z. B. einem ambulanten Vorgespräch nicht selbstverständlich ist. Die Vorbefunde interessiert zur Kenntnis zu nehmen ist sicher sinnvoll. Sie an die Stelle der eigenen Wahrnehmung und des eigenen Gespürs zu setzen (aus Gründen der Bequemlichkeit und einer vermeintlichen Ökonomie), würde die Vielfalt der möglichen Blickwinkel einschränken und möglicherweise eine therapeutisch wertvolle Zugangsmöglichkeit verschanken.

Analog zur Bezugspflegekraft sollte auch der Bezugstherapeut noch einmal auf die zu erwartende, fast naturgesetzliche Verunsicherung in den ersten Tagen hinweisen, explizit verbunden mit der Aufforderung, sich im Zweifel bzw. in einer Situation der Unsicherheit an ein Mitglied des Behandlerteams zu wenden: »Man fährt nicht erst zur Tankstelle, wenn der Tank leer ist« und ähnliche Redewendungen können einen Patienten substanziell ermutigen, dies rechtzeitig zu tun, bevor er sich in irgendeiner Weise unglücklich agierend verwickelt hat. Auch der Hinweis, dass sich die Mitglieder des Behandlerteams un-

tereinander in regelmäßigen Besprechungen austauschen und der Patient diesbezüglich auch eine Schweigepflichtsentbindung zu unterschreiben hat, kann entlastend sein. Damit muss natürlich auch die Zusage möglicher Vertraulichkeit verbunden sein, wenn von einem Patienten der Wunsch geäußert wird, dass bestimmte Inhalte, die z. B. in einer Einzeltherapie geäußert wurden und bezüglich derer der Patient Verschwiegenheit erwartet, vom Bezugstherapeuten nicht aktiv in andere Kontexte hineingetragen werden. Das Gefühl des Patienten, sich mit Eintritt in die Klinik auf einen sicheren und berechenbaren Behandlungsrahmen einrichten zu können und sich des persönlichen Interesses seiner therapeutischen Bezugspersonen sicher zu sein, hat jedenfalls allemal Vorrang vor der detaillierten Dokumentation seiner Entwicklungsgeschichte.

Vor allem für den Fall, dass es sich bei dem aufnehmenden Bezugstherapeuten um keinen approbierten Psychologen oder Facharzt handeln sollte, ist trotz Zeitaufwand das ggf. kurze Gespräch des Patienten mit dem verantwortlichen Stations- oder Abteilungsleiter am Aufnahmetag ein unverzichtbares Ritual. Diese Form der Zweitsicht ist nicht nur formal, d. h. aus juristischen Gründen notwendig, sie entlastet Patienten wie Bezugstherapeuten gleichermaßen bzw. bestätigt deren gemeinsame Aufnahmearbeit, echtes Interesse vonseiten des endverantwortlichen Leiters allerdings vorausgesetzt.

## 20.5 Funktionsarzt für »Somatische Medizin«

Die allgemeinmedizinisch-internistische Untersuchung ist ein wichtiger Bestandteil des Aufnahme-procederes. Die Bezugnahme auf diesbezüglich relevante Informationen sollte über den gesamten Behandlungsverlauf für

alle Beteiligten eines Behandlungsteams gewährleistet sein. In vielen Kliniken für stationäre Psychotherapie hat sich dabei bewährt, die körperliche Untersuchung und die Behandlung von primär körperlichen Erkrankungen nicht nur zeitlich, sondern auch personell von der psychotherapeutischen Beziehung bzw. der klinisch psychosomatischen Befunderhebung abzutrennen, auch wenn damit Spaltungsprozessen zwischen Körper und Seele durch die Situation selbst Vorschub geleistet werden sollte. Diese Spaltungsprozesse sind aber unserer Meinung nach unabdingbar, sollen Psychotherapie einerseits sowie körperliche Untersuchung, Befunderhebung und Behandlung andererseits mit einem gewissen Niveau durchgeführt werden. Expertise auf beiden Gebieten zu erlangen und notwendige bzw. aktuelle Kenntnisse diesbezüglich aufrechtzuerhalten bzw. zeitnah aufzufrischen, dürfte für einen einzelnen Arzt eine Überforderung darstellen (auch wenn die Psychotherapie im engeren Sinne in psychiatrischen wie auch in psychosomatischen Kliniken in Zukunft ohnehin schwerpunktmäßig von Psychologen ausgeführt werden dürfte).

»Multimodal« heißt in diesem Zusammenhang also explizit, dass nicht einige Wenige von Vielem alles verstehen, sondern dass die jeweiligen Experten ihr Wissen um einen Patienten bzw. ihre jeweilige spezifische Perspektive auf ihn zeitnah in einem Team zusammentragen.

Insbesondere in psychosomatischen Einrichtungen kommt dann natürlich dem »Körperarzt« oder auch »Funktionsarzt« (für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin) die besondere Aufgabe zu, die somatische Seite, das Mitreagieren des Körpers durch die Entwicklung welcher somatischen Symptome auch immer, im Auge zu haben. In der Aufnahmesituation dürfte es reichen, wenn sich dieser Körperarzt auf eine orientierende körperliche Untersuchung beschränkt (ein-

schließlich eines neurologischen Status), deren Ergebnisse in Kenntnis der relevanten Vorbefunde bzw. Vorerkrankungen dokumentiert und neben den üblichen Parametern wie Blutdruck, Puls, Blutbild etc. ein EKG schreibt bzw. schreiben lässt.

Empfehlenswert ist es aus unserer Sicht auch, zunächst an der mitgebrachten Medikation festzuhalten und bezüglich rascher Umstellungen ausgesprochene Zurückhaltung zu üben.

Sollten Unsicherheiten bzw. Risikofaktoren bei einem Patienten bestehen oder möglicherweise somatische Komplikationen zu erwarten sein, so muss deren Dokumentation den übrigen Mitarbeitern des Behandlungsteams (ggf. auch mündlich) zur Kenntnis gebracht bzw. detailliert kommuniziert werden.

Unserer Meinung nach erscheint es angesichts der vielen Untersuchungen und Kontakte der ersten Tage durchaus möglich, die gründlichere körperliche Untersuchung wie auch die Erhebung hygienerrelevanter Daten (Dekubitus-Ausschluss, MRSA-Abklärung etc.) an einem der nachfolgenden Tage stattfinden zu lassen. Auch für die Blutabnahme bzw. Untersuchung des Blutbildes kann sich der Körperarzt beim Fehlen irgendwelcher Warnsymptome eine gewisse Zeit lassen. Spätestens nach vier Tagen allerdings sollte ein diesbezüglich objektivierbarer Befund vorliegen.

## 20.6 Mitpatienten und Patenschaften

Fragt man Patienten am Ende ihrer stationären Behandlung nach der Wirksamkeit der verschiedenen Therapiemaßnahmen bzw. -modalitäten, so werden regelmäßig die »Mitpatienten« als besonders hilfreich und in diesem Sinne »wirksam« erlebt. Als »kommunaler« Wirkfaktor mögen also Mitpatienten zwar unspezifisch »mitwirken«, erweisen sich

aber als ausgesprochen unterstützend im Aufbau bzw. Erleben eines therapeutisch hilfreichen Beziehungsgeflechtes, in dem der Patient einerseits spezifische Beziehungserfahrungen »wiederholen« und reflektieren kann, aber auch auf völlig neue Beziehungskonstellationen trifft und neue, ihn z.B. in seiner Selbstwirksamkeit bestätigende Erfahrungen machen kann (► Kap. 25).

Für Patienten zu Beginn einer stationären Behandlung haben sich unserer Erfahrung nach »ältere« Paten, d.h. Mitpatienten, die schon länger im stationären Setting behandelt werden und diesbezüglich also Vorerfahrungen besitzen, bewährt, vorausgesetzt, dass auch der Pate (und eben nicht nur die Bezugstherapeutin bzw. Bezugspflegekraft als »professionelle Helfer«) den Patienten bereits am ersten Tag kennenlernt. Während auf die Vermittlung professioneller Perspektiven und Informationen zu Beginn sicher nicht verzichtet werden kann, Patienten sich jedoch manchmal aus Angst vor Beschämung oder wegen anderer Unsicherheiten nicht eindeutig nachzufragen trauen, können solche Paten über Erfahrungen aus erster Hand berichten. Ist ein solches Patenamt im Rahmen der Klinik systematisch vorgesehen, wird es also in gewisser Weise »verordnet«, birgt die Patenschaft für den neu aufgenommenen Patienten vielfältige Möglichkeiten der persönlichen Information. Für den Paten selbst bedeutet das Amt durchaus eine Herausforderung, sich dem Anderen in der Rolle des »Wissenden« zur Verfügung zu stellen. Auf diese Art und Weise selbst zum Helfer zu werden, bedeutet vor allem für solche Patienten, die bislang die Übernahme von persönlicher Verantwortung vermieden hatten und eher zu Rückzug und zur »Bescheidenheit« neigen, vielfach eine recht positive, bestätigende Erfahrung.

Auch Patientenämter jenseits solcher Patenschaften, z.B. bezüglich des Führens einer Patientenbibliothek, des Gestaltens von Un-

terhaltungs- oder Filmabenden, der Organisation eines gemeinsamen Ausflugs oder anderer Freizeitaktivitäten am Wochenende, fordern und fördern ein progressives Übernehmen von Verantwortung für die Mitpatienten und deren Belange. Sie stellen regelhaft einen Gewinn und ein Mehr an Orientierung für den Neuankömmling dar bzw. vor allem für diesen einen weiteren Knoten im Beziehungsnetz der ersten Tage und damit einen Zuwachs des Gefühls von Sicherheit und Aufgehobensein.

## 20.7 Eine zusätzliche Informationsveranstaltung in der ersten Woche?

Ebenfalls sehr bewährt hat sich aus unserer Sicht die Durchführung einer am Ende der Aufnahmewoche platzierten und für alle in dieser Woche neu angekommenen Patienten durchgeführten Informationsveranstaltung. Die Gruppe aller neu aufgenommenen Patienten sollte dabei die Anzahl von 15 bis 18 nicht übersteigen, je nach Größe einer Institution. Die »Neuen« werden durch einen leitenden Arzt und eine leitende Pflegekraft begrüßt und können systematisch und strukturiert im Rahmen dieser Informationsveranstaltung auf wesentliche Punkte der stationären Behandlung hingewiesen werden (► Übersicht »Die Inhalte einer Patienteneinführungsveranstaltung«).

### Die Inhalte einer Patienteneinführungsveranstaltung

- Geschichte und Aufgabe der Institution als psychosomatisches oder psychiatrisches Fachkrankenhaus
- Krankheiten und Störungsbilder, die im Rahmen dieser Institution behandelt werden können: Indikationen und Kontraindikationen



- Erläuterungen zur Gruppentherapie: eine Gruppe von Patienten wird durch eine Gruppe von Behandlern therapiert
- typische Module einer multimodalen stationären Behandlung: Aufgaben des Teams
- Aufgaben und Rolle von Patienten
- Abläufe, Termine und Hausordnung
- Risiken und Nebenwirkungen einer stationären Behandlung

Eine solche Informationsveranstaltung bietet neuen Patienten zudem die Gelegenheit, schon zu Beginn ihrer Behandlung in Kontakt mit der Leitung bzw. den leitenden Personen des Krankenhauses wie auch mit den anderen neu aufgenommenen Patienten zu kommen, auch wenn diese Patienten sehr unterschiedlichen Behandlungsteams bzw. Abteilungen zugeordnet sein sollten. Wieder stehen der Beziehungsaufbau und das Herstellen einer stabilen Arbeitsbeziehung ganz im Vordergrund und die sachliche Information, so wichtig sie auch sein möge, rückt an zweite Stelle. Neu aufgenommene Patienten haben zu diesem Zeitpunkt in der Regel schon zwei bis drei Tage Krankenhaus bzw. Klinik hinter sich und erste Erfahrungen mit einer Reihe von Therapiemaßnahmen bzw. therapeutischen Angeboten gesammelt. Sie hatten Kontakt zu den meisten Mitgliedern ihres Behandlungsteams und haben auch einen ersten Überblick über die organisationalen Besonderheiten der jeweiligen Institution gewinnen können. Für viele Patienten ergeben sich aus diesen ersten Eindrücken eine Vielzahl von Fragen und Irritationen; manche sind mit den vorläufigen Antworten, die sie von Behandlern oder Mitpatienten zuvor erhalten hatten, nicht unbedingt zufriedengestellt. Vorausgesetzt, dass es den Repräsentanten der Klinikleitung gelingt, eine einerseits zwar informative, andererseits aber auch freundlich-entgegenkommende Atmosphäre zu schaffen, können solche Veranstaltungen sehr frucht-

bar verlaufen, da Verunsicherndes explizit »noch einmal« gefragt bzw. thematisiert werden kann und soll.

Andererseits hat die Klinikleitung die Möglichkeit, auch ihre Sicht der Dinge bezüglich der essenziellen Ziele, Bestandteile und Aufgaben einer stationären Therapie sowie des Sinns einschlägiger Rahmenvereinbarungen und organisatorischer Regelungen zu erläutern. Durch das explizite Eingehen auf diese typischen »Ingredienzien« einer stationären Psychotherapie, aber auch auf Risiken und Nebenwirkungen, die durch stationäre Behandlungen hervorgerufen werden, wird noch einmal der Verpflichtung zur Aufklärung (allerdings sich bereits in Behandlung befindlicher Patienten) Genüge getan. Darauf, dass Aufklärung als Prozess verstanden werden sollte und hier eine gewisse Redundanz als keineswegs schädlich, sondern als geradezu erwünscht angesehen werden kann, wird an anderer Stelle eingegangen (► u. a. Kap. 37).

## 20.8 Regelmäßige Teambesprechungen

Ein ganz wesentlicher Bestandteil eines funktional gestalteten Aufnahmeprozesses findet ohne den Patienten statt, besteht dieser doch darin, dass sich das zuständige Behandlungsteam trifft, um erste Eindrücke aus der jeweiligen subjektiven Perspektive mitzuteilen. Je nachdem, ob ein solches Behandlungsteam aus fünf, sechs oder sieben Personen besteht (und entsprechend der vielfältigen Möglichkeit zur Übertragung von Beziehungserfahrungen wie aber auch zur Projektion von Persönlichkeitsanteilen), kann durch eine solche Besprechung vor allem zu Beginn der Therapie ein noch uneinheitliches, um nicht zu sagen »buntes« Bild eines Patienten entstehen. Möglicherweise zeichnet sich aber auch eine erste

Gestalt und damit ein erstes tieferes Verständnis der den Patienten dynamisch beschäftigenden Konflikte sowie seiner ggf. defizitären Persönlichkeitsanteile und -organisation ab.

Nicht nur das unmittelbar zuständige Behandlungsteam sollte sich am Ende der Aufnahmewoche zusammensetzen, um erste Hypothesen hinsichtlich der Ätiologie des jeweiligen Störungsbildes eines Patienten und der daraus folgenden Behandlungskonsequenzen zu entwickeln. Neu angekommene Patienten sollten in größeren Kliniken auch in einer vorbereitenden Wochenendkonferenz bezüglich ihres Krankheitsbildes, besonderer Behandlungsnotwendigkeiten und vor allem auch zu erwartender Komplikationen vorgestellt werden, damit sich diensthabende Kollegen, vor allem aus der Pflege, aber auch aus dem therapeutisch-ärztlichen Dienst, informieren und vorbereiten können.

Das erste Wochenende stellt erfahrungsgemäß nicht nur für die Patienten, sondern auch für die diensthabenden therapeutischen Akteure eine besondere Herausforderung dar (► Fallbeispiel Christiane F.), da die diensthabenden Pflegekräfte sowie die diensthabenden Therapeuten und Ärzte des Wochenendes in der Regel nicht zum Behandlungsteam des Patienten im engeren Sinne gehören. Insbesondere in größeren Einrichtungen (in denen zumindest am Wochenende meist relativ wenige Mitarbeiter für relativ viele Patienten zuständig und verantwortlich sind, jedenfalls gemessen am Durchschnitt eines Wochentages) haben sich aus unserer Sicht sogenannte »Bedarfsgruppen« bewährt. Bedarfsgruppen sind reguläre Therapieangebote, die nicht durch die jeweils diensthabenden Ärzte oder Psychologen durchgeführt werden, sondern durch einen dafür separat zuständigen (und dafür auch gesondert bezahlten) Therapeuten, an den sich dann alle Patienten, die »Bedarf im weitesten Sinne« verspüren, wenden

können. In der Regel sollte eine Bedarfsgruppe die Zahl von zehn bis zwölf »bedürftigen« Patienten nicht überschreiten, wobei alle neu angekommenen Patienten sowohl am ersten Samstag und auch am ersten Sonntag ihres Aufenthaltes verpflichtet werden, an dieser Bedarfsgruppe teilzunehmen, unabhängig vom subjektiv tatsächlich erlebten Bedarf. Auf diese Weise kann bezüglich späterer Wochenenden die Schwelle, eine solche Gruppe in Anspruch zu nehmen, gesenkt werden, denn die Patienten lernen dieses Behandlungsinstrument bzw. die entlastende Wirkung solcher Gruppen gleich zu Beginn kennen und durchaus schätzen. Am ersten Wochenende stellen solche Gruppen durch den Wegfall ohnehin ja noch nicht gewohnter Strukturen und durch das dadurch bedingte Entstehen von Freiräumen in gewisser Weise Halt und Orientierung gebende »Fixpunkte« dar. Je nach Persönlichkeitsstruktur bzw. der Beschaffenheit innerer und äußerer Konflikte des Einzelnen helfen solche Gruppen dementsprechend auch, das mehr oder weniger angstvoll erwartete erste Wochenende sinnvoll zu »füllen«. Allein auf sich gestellt, verunsichert im Hinblick auf Halt gebende Beziehungen und getrennt von den gewohnten Personen ihres normalen Alltags würden viele, gerade auch schwerer strukturell gestörte Patienten ansonsten unter Handlungsdruck kommen und entweder profus nach »steuernden Objekten« greifen oder in anderer Art und Weise maladaptiv agieren bzw. sich verwickeln, um der inneren Anspannung, bedingt durch ein »leeres« Wochenende, zu entgehen. Beurlaubungen und Belastungserprobungen sind in den ersten drei bis vier Wochen aus unserer Sicht weder empfehlenswert noch sinnvoll (denn auch dadurch könnten Patienten ein möglicherweise als quälend erlebtes Wochenende im Krankenhaus »verdünnen«). Im Übrigen greifen hier auch Verträge, welche die Krankenhausge-

sellschaften der verschiedenen Bundesländer mit den Kostenträgern geschlossen haben und die eine Beurlaubung in der Regel erst nach dem dritten oder vierten Wochenende vorsehen.

Krisen und Konflikte am ersten Wochenende sind also vielfach unvermeidlich, da zu Beginn vor allem die schwerer gestörten Patienten wenig oder gar nicht in der Lage sein dürften, diese »leere« Zeit sinnvoll zu strukturieren. In wie hohem Maße Trennungsängste, Bindungsverunsicherungen, bedrohliche Gefühle des Alleinseins reaktualisiert werden, kann naturgemäß nicht sicher vorhergesagt werden. Abteilungs- bzw. Bereichs-übergreifende Bedarfsgruppen, die für neue Patienten verpflichtend organisiert werden, können in solchen Situationen einen bedeutungsvollen Halt und Orientierung darstellen sowie Ängste vor weiteren Wochenenden mildern. Da dieses Angebot zudem »vorstrukturierte« Kontakte zu Mitpatienten ermöglicht, wird auch hinsichtlich der Beziehungen untereinander eine Schwelle gesenkt. Damit wird nicht nur die Bindung an die Institution, sondern auch die Bindung an andere Mitpatienten erleichtert und gestärkt. Die Klinik kann u. E. durch solche Bedarfsgruppen dem Gefühl der Vereinzelung substanziell entgegenwirken, ohne dass der Patient in besonderer Weise schon anfangs seine individuelle Not kenntlich machen müsste. Das strukturierte Kennenlernen anderer Patienten erlaubt da-

bei den neu angekommenen Patienten auch einen Blick über den Tellerrand der eigenen Abteilung bzw. Behandlergruppe hinaus, was dortige verstörende Erfahrungen insbesondere zu Beginn der Behandlung auf entlastende Weise relativiert.

Nur dann, wenn der Patient nicht nur die ersten durch Behandlung vorstrukturierten und damit gesicherten Tage im stationären Setting erlebt hat, sondern auch die deutlich weniger strukturierte Situation eines Wochenendes, sollte unseres Erachtens von einer gelungenen Aufnahme bzw. einem abgeschlossenen Aufnahmeprozess ausgegangen werden.

## Literatur

- Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie (Erträge der Forschung). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1970.
- Argelander H, Eckstaedt A, Fischer R, Goldschmidt O, Kennel K. Das Sprechstundeninterview. *Psyche* 1973; 27: 1001–66.
- Hesse H. Die Gedichte 1892–1962. Zweiter Band. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1977.
- KTQ-GmbH. KTQ-Manual. KTQ-Krankenhaus-Katalog. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2015.
- Klüver R. Agieren und Mitagieren. *Psyche* 1983; 37: 828–40.
- Luborsky L. Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment. New York: Basic Books 1984.
- Main TF. The hospital as a therapeutic institution. *Bull Meninger Clin* 1946; 10: 66–70.

## 21 Das Leiden (er)fassen – Diagnostik

Bernhard Janta, Wolfgang Wöller und Götz Berberich

### 21.1 Grundlagen der Diagnostik in der stationären Psychotherapie

Im Rahmen der Diagnostik kann man erforderliche diagnostische Elemente von ergänzenden störungsspezifischen und verfahrensspezifischen diagnostischen Elementen unterscheiden.

Unabdingbar ist die Erstellung einer Diagnose gemäß den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10.

Diese Diagnostik ist ausschließlich phänomenologisch, deskriptiv angelegt. Entscheidend ist dabei, dass die ICD-10-Diagnose, der psychische/psycho-pathologische Befund und die Befindensschilderung des Patienten schlüssig aufeinander bezogen und kompatibel sind. Nur auf diese Weise wird eine mitgeteilte ICD-10-Diagnose auch nachvollziehbar. Es ist von erheblicher Bedeutung, dass allein auf dieser diagnostischen Ebene die Art und Ausprägung von Symptomen, die damit einhergehenden Einschränkungen sowie die Folgeerscheinungen für einen Patienten die Krankheitswertigkeit und den Schweregrad der von ihm geschilderten Befindensmitteilung verdeutlichen.

Im Vorwort zur deutschen Übersetzung der ICD-10 (Dilling et al. 2011, S.13) führen die Herausgeber aus: *»Die Benutzer sollten aber nicht vergessen, dass deskriptive Diagnostik nur einen, wenn auch wesentlichen Teil des pathologischen Verständnisses unserer Patienten umfasst. Weitreichendere Aspekte der Psychopathologie, der Psychodynamik, wie auch der Psychophysiologie, vor allem aber die indi-*

*viduellen, persönlichen und biografischen Besonderheiten des einzelnen Patienten dürfen wir dabei nicht aus dem Auge verlieren.«* Die Herausgeber weisen damit darauf hin, dass die ICD-10-Diagnostik vielfältiger Ergänzung bedarf.

Im Folgenden wollen wir auf wesentliche Ergänzungselemente der Diagnostik im Bereich psychischer und psychosomatischer Störungen eingehen, die sich im praktischen klinischen Alltag besonders bewährt haben.

Ausgangspunkt jeder Diagnostik ist die Befindensschilderung eines Patienten. Diese ist durch aktives vertieftes Nachfragen zu erweitern, sodass dem Diagnostiker unter fachlichen Gesichtspunkten eine Bewertung darüber möglich ist, ob eine Befindensschilderung (z.B. »ich bin depressiv«) einer krankheitswertigen Symptomatik entspricht und als solche in den psychopathologischen Befund zu übernehmen ist. Dies ist ein fachlich-aktiver Übersetzungsprozess, der unter anderem deutlich macht, dass die Befindensschilderung eines Patienten nicht dem psychopathologischen Befund gleichzusetzen ist.

Daraus ergibt sich umgekehrt, dass allein das Aufzählen pathologischer Begriffe, die sich nicht mit entsprechenden Befindensschilderungen des Patienten und den Ergebnissen der explorativen Untersuchung verbinden, auf der Ebene der Dokumentation kaum nachvollziehbar ist.

Ein gründlich erhobener psychopathologischer Befund stellt somit das Kernstück jeder psychischen und psychosomatischen Diagnostik dar und fasst die aus der Perspektive des Erlebens des Patienten übermittelten und

die beobachtbaren sowie explorativ erfragten Symptome zusammen, um auf dieser Ebene die Krankheitssymptomatik, deren Art und Ausprägung, den zeitlichen Verlauf und die damit verbundenen Sekundärkomplikationen, Einschränkungen und Folgeerscheinungen zu dokumentieren und zu begründen.

Auch die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) (► Abschn. 21.2) nahm in Achse V – Psychische und Psychosomatische Störungen – die deskriptiv-phänomenologische Diagnostik gemäß ICD-10 auf. *»Dies dient der Betonung der Notwendigkeit einer genauen Erfassung von psychopathologischen Phänomenen, die auch in einer psychodynamischen Diagnostik ihren Platz haben muss.«* (Arbeitskreis OPD 2014, S. 36)

Die Erfassung eines gründlichen psychopathologischen Befundes und dessen Verlaufsscharakteristik, der die ICD-10-Diagnose unter Berücksichtigung der klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 begründet, wird im klinischen Alltag unseres Erachtens gelegentlich unverständlicherweise unterschätzt, sodass sich in manchen Behandlungsberichten ein eher »dünner« psychopathologischer Befund findet – in Relation zu der mitgeteilten Notwendigkeit stationärer Behandlungsmaßnahmen und den schlagwortartig proklamierten »massiven« Symptomen oder Einschränkungen eines Patienten.

Der psychische Befund sollte sich wesentlich am »Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde« der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP-System; AMDP 2016) ausrichten und eindeutig phänomenologisch-deskriptiv orientiert sein; Schlussfolgerungen in Bezug auf nicht beobachtbare Konstrukte sind in diesem Abschnitt zu vermeiden. Das AMDP-System umfasst eine Reihe von Einzelmerkmalen und definiert bzw. erläutert diese anhand von nachvollziehbaren Beispielen. Es unterscheidet auch, ob die beschriebenen

Symptome vom Patienten selbst (S) bzw. vom Therapeuten (F), also fremd, beobachtet wurden. In der Logik dieses Systems ist zu unterscheiden, ob ein Merkmal überhaupt beurteilbar ist, bevor über dessen Vorhandensein berichtet werden kann, ergänzt durch eine Quantifizierung, d.h. der Ausprägung dieses Merkmals. »Befinden«, also die subjektive Schilderung des Patienten, ist vom Befund zu unterscheiden.

Psychodynamische Überlegungen, z. B. im Hinblick auf Krankheit verursachende innere Konflikte, vermutete Abwehr- und Bewältigungsstrategien bzw. lerntheoretisch abgeleitete Vermutungen zu den Ursachen bestimmter Verhaltensweisen und Symptome sollten unseres Erachtens explizit nicht im psychischen Befund wiedergegeben werden.

Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass ein psychotisches Erleben mit Selbst- und/oder Fremdgefährdungspotenzial explizit ausgeschlossen wird, genauso wie akute Suizidalität; denn für beide Zustände sind Abteilungen und Kliniken für stationäre Psychotherapie (vielleicht mit Ausnahme von Stationen in psychiatrischen Kliniken, die sich auf die Behandlung depressiver oder Borderline-Patienten spezialisiert haben) nicht ausreichend ausgestattet.

Auf die umfassenden Erläuterungen eines psychopathologischen Befundes in jedem psychiatrischen Lehrbuch sowie in dem immer noch gültigen Standardwerk von Karl Jaspers »Allgemeine Psychopathologie« (1973) möchten wir unbedingt hinweisen. Dort finden sich auch weitere Hinweise zur Anwendung strukturierter und standardisierter Interviews, welche die Diagnostik entsprechend der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 verfeinern und insbesondere für wissenschaftliche Fragestellungen empfehlenswert sind.

21.2 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2)

Eine wesentliche verfahrensspezifische und störungsspezifische Erweiterung der Diagnostik stellt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) dar, die sich national und international in den zurückliegenden Jahrzehnten im klinischen ambulanten und stationären Gebrauch durchgesetzt hat und ständig weiterentwickelt wird. Für eine umfassende Darstellung verweisen wir auf die Originalliteratur (Arbeitskreis OPD 2014).

Die OPD ist in fünf Achsen angelegt (► Tab. 21-1) und wurde in den 1990er-Jahren als diagnostisches Instrument entwickelt. Mittlerweile ist sie zu einem Instrument der Therapieplanung, der Verlaufsdagnostik und der Veränderungsmessung weiterentwickelt worden.

Insgesamt ist anzumerken, dass die bloße Benennung von Beziehungsmustern, Konfliktkategorien und Strukturdefiziten für das klinisch-praktische Verständnis wenig Wert hat, solange dies nicht durch die Darstellung individueller Erlebnisinhalte und Funktionsabläufe belegt und begründet wird (Erman 2016).

Ein Vorteil der OPD-Diagnostik liegt darin, dass, bezogen auf pathogene Konfliktinhalte, strukturbezogene Einschränkungen und dysfunktionale Erlebnis- und Verhaltensmuster, sogenannte Foki formuliert werden können, die geeignet sind, im stationären Behandlungsteam berufsgruppenübergreifend die Wahrnehmung zu fokussieren und Behandlungsschwerpunkte zu synchronisieren, sodass die Behandlungszielplanung aus ärztlich-psychotherapeutischer Sicht, aus Sicht der Pflege und der Begleittherapien kongruent

Tab. 21-1 Die fünf diagnostischen Achsen der OPD-2

| Achse                                                              | Beschreibung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Achse I</b><br>Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen | In Achse I werden der empfundene Schweregrad einer Symptomatik durch den Patienten, die Einsichtsfähigkeit in psychische bzw. psychodynamische Zusammenhänge und persönliche Ressourcen erfasst.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Achse II</b><br>Beziehung                                       | Achse II erfasst das habituelle Beziehungsverhalten, das insbesondere aus repetitiven, dysfunktionalen Erlebnis- und Verhaltensweisen besteht.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Achse III</b><br>Konflikte                                      | In Achse III werden zeitlich überdauernde, zumeist unbewusste Konflikte im Sinne neurotischer Konflikte erfasst und präzisiert.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Achse IV</b><br>Struktur                                        | Achse IV erfasst in vier Dimensionen (Selbst- und Objektwahrnehmung, Steuerung des Selbst und des Bezuges zum Objekt, emotionale Kommunikation nach innen und mit anderen, Bindung an innere und äußere Objekte) strukturbezogene Verfügbarkeit über psychische Funktionen und damit Vulnerabilität der Persönlichkeit, Disposition zur Krankheit und die Möglichkeiten zur Toleranz und Verarbeitung von inneren Konflikten und äußeren Belastungserfahrungen. |
| <b>Achse V</b><br>Psychische und Psychosomatische Störungen        | An dieser Stelle ist die ICD-10-Diagnostik in die OPD eingebunden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



verläuft und im Behandlungsverlauf auch immer wieder korrigiert und aufeinander bezogen werden kann.

Der Arbeitskreis OPD (2014) weist auch auf Grenzen der OPD hin, die unter anderem darin liegen, dass es sich dabei immer um Hypothesen handelt. Die verhaltensnahen OPD-Beschreibungen tragen jedoch dazu bei, psychodynamische Überlegungen einer fortlaufenden Überprüfung und Revision zugänglich zu machen.

Eine weitere diagnostische Ebene, die auch in der OPD-2 pauschal berücksichtigt ist und bei Erman (2016) ausführlich dargestellt wird, ist die Feststellung des sogenannten Struktur-niveaus. Dieses bezieht sich auf die diagnostische Erfassung der dynamischen, strukturellen und funktionalen Dimensionen der jeweiligen Persönlichkeitsorganisation. Konzipiert werden Organisationsmuster (niederes, mittleres, höheres und reifes Strukturniveau), die als strukturelles Entwicklungsniveau oder Strukturniveau beschrieben werden. Dabei wird diagnostisch das jeweils länger überdauernde Strukturniveau erfasst, das sich aus der direkten Beobachtung und aus den Schilderungen und Mitteilungen der Patienten in den zurückliegenden Jahren ergibt. Das jeweils aktuelle Strukturniveau ist dabei nicht in jedem Falle das länger bestehende Strukturniveau. Vielmehr kann, durch aktuelle Belastungssituationen bedingt, ein jeweils niedrigeres Strukturniveau zutage treten als das überdauernde.

Eine Sonderstellung nimmt die Diagnostik von posttraumatischen Störungen ein. Wöller (2016) hat hierzu Vorschläge in Bezug auf die OPD-2 dargelegt, um auch unter Behandlungstechnischen Gesichtspunkten den unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen (strukturorientiert vs. traumaadaptiert) gerecht zu werden.

## 21.3 Verhaltens- und Bedingungsanalyse

Im Zentrum verhaltenstherapeutischer Diagnostik steht die Verhaltensanalyse und in ihrer Erweiterung die Bedingungsanalyse.

Abgeleitet von der lerntheoretischen Konzeption der klassischen und operanten Konditionierung wird die Verhaltensanalyse nach Kanfer (Kanfer et al. 2006) mit dem SORKC-Schema näher beschrieben (► Tab. 21-2).

Das Krankheitsverhalten (z. B. depressives Verhalten, Angstattacke) wird als problematische Reaktion (R) gefasst, welche nach spezifischen Auslösesituationen (S) auftritt und durch positive oder negative Konsequenzen (C) beantwortet wird. Positive Konsequenzen führen zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens der Reaktion (Verstärkung), negative Konsequenzen verringern sie. Die Problemreaktion (R) tritt individuumsspezifisch nach bestimmten Situationen (S) auf, wobei dieser Zusammenhang durch die sogenannte Organismusvariable (O), also persönliche Prädispositionen auf psychologischer oder physiologischer Ebene, vermittelt wird. Die operante Konditionierung hängt auch ab von der Regelmäßigkeit und dem zeitlichen Zusammenhang der Konsequenzen (C) nach der Reaktion, was mit Kontingenz (K) bezeichnet wird.

Die Verhaltensanalyse vermittelt ein unmittelbares Verständnis der Eingewobenheit eines Krankheitssymptoms oder Problemverhaltens in die Lebenswirklichkeit des Patienten, wobei die Analyse der Organismusvariable auch Rückschlüsse auf bisher nicht bewusste Prozesse ermöglicht. Oftmals lassen sich bereits aus der Verhaltensanalyse konkrete therapeutische Strategien ableiten.

Die Verhaltensanalyse wird auch horizontale Verhaltensanalyse genannt und als solche der vertikalen Verhaltensanalyse oder der Bedingungsanalyse gegenübergestellt. Die Be-

Tab. 21-2 Verhaltensanalyse (mod. nach Kanfer et al. 2006)

|                        |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S – Situation          | Stimulus, welcher der problematischen Reaktion regelhaft vorausgeht und sie auslöst; es kann sich um einen externen (äußerliche Situation) oder internen Reiz (kognitiver, emotionaler oder physiologischer Stimulus) handeln |
| O – Organismusvariable | prädisponierende überdauernde Anlage des Patienten auf somatischer oder kognitiv-emotionaler Ebene, z. B. überdauernde Schemata                                                                                               |
| R – Reaktion           | die problematische Reaktion kann der Zielvariable im Sinne des krankheitswertigen Verhaltens entsprechen; sie wird hinsichtlich ihrer kognitiv-emotionalen, physiologischen und behavioralen Aspekte untersucht               |
| K – Kontingenz         | zeitlicher und regelhafter Zusammenhang von R und C                                                                                                                                                                           |
| C – Konsequenz         | positive und negative Konsequenzen beeinflussen die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens der Reaktion                                                                                                                      |

dingungsanalyse erweitert den Blick auf alle relevanten Gegebenheiten im Leben eines Patienten mit Einfluss auf die Krankheitsentwicklung. Neben medizinisch-organischen (einschließlich pharmakologischen) Voraussetzungen werden die Umweltvariablen (Partnerschaft, aktuelle und Herkunftsfamilie, soziales Netz, berufliche, finanzielle und Wohnverhältnisse), primäre Lernbedingungen (hierunter werden die Erfahrungen im Laufe der Biografie, also in Herkunftsfamilie, Schule, Peergroup, Ausbildung und Beruf verstanden) und krankheitsbezogene Lernbedingungen sowie Persönlichkeitsfaktoren analysiert und hinsichtlich ihrer Bedeutung als krankheitsauslösende und -aufrechterhaltende Faktoren bewertet. Für die Bedingungsanalyse wurden unterschiedliche Ordnungsschemata beschrieben (Kanfer et al. 2006; Zarbock 2014).

Der stationären Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischem Verfahrensschwerpunkt liegt die im Behandlungsteam erarbeitete und konsenterte Verhaltens- und Bedingungsanalyse zugrunde. Unbefriedigende Therapieverläufe und ausbleibende Behandlungs-

erfolge werden häufig durch fehlerhafte Verhaltensanalysen oder übersehene Bedingungsfaktoren verursacht. Umgekehrt wird ein gemeinsames Verständnis des Krankheitsprozesses im Behandlungsteam zu einem abgestimmten Vorgehen in den verschiedenen Therapiemodi führen.

Auch bei der Verhaltens- und Bedingungsanalyse gilt, dass die Einzelbausteine (auslösende Situation, Verstärkerverhältnisse, medizinische Bedingungsfaktoren etc.) für sich genommen noch kein volles Verständnis vermitteln. Erst das Miteinander-in-Beziehung-Setzen dieser Faktoren im Sinne eines funktionalen Bedingungsmodells ermöglicht die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsmodells. Die gemeinsame Entwicklung dieses Krankheitsmodells zusammen mit dem Patienten ist dann die Grundlage für seine Veränderungsmotivation im weiteren Therapieverlauf.

## 21.4 Biografische Anamnese und Krankheitskonzeption

Psychodynamische und verhaltensanalytische Hypothesen werden im Rahmen der individuellen persönlichen und biografischen Besonderheiten des einzelnen Patienten entwickelt und führen zu einer Krankheitskonzeption, welche die Grundlage einer psychotherapeutischen Behandlung darstellt. Sie fußen auf den rückblickenden Erinnerungen eines Patienten und erfassen erworbene Erlebnis- und Verhaltensbereitschaften im Sinne einer pathogenen Disposition sowie aktuelle auslösende, symptomerzeugende und symptomaufrechterhaltende Situationen.

Das Element der Erhebung einer biografische Anamnese, welche diesen Zusammenhang der Krankheitsentstehung erfasst, wird unter verhaltensanalytischen oder psychodynamischen Gesichtspunkten in den einschlägigen Publikationen dargestellt (► z. B. Dührssen 1981; Kanfer et al. 2006).

Vorschläge für ein Protokollschema der biografischen Anamnese finden sich in den Lehrbüchern der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (► z. B. Berger 2014; Erman 2016; Gaebel & Müller-Spahn 2002; Rudolf & Henningsen 2017).

Für die diagnostischen Akzentsetzungen im Rahmen dieses Buches möchten wir besonders darauf hinweisen, dass die biografische Anamnese die Befunderhebung darstellt, die dann im Rahmen der Entwicklung einer psychodynamischen oder verhaltensanalytischen Krankheitshypothese die Entstehung der Symptomatik begründet vermutet. Die Krankheitshypothese stellt auch den Ausgangspunkt für die Behandlungsplanung und die behandlungstechnischen Schwerpunktsetzungen dar.

Das diagnostische Element einer Krankheitshypothese findet in der OPD-2 keine Be-

rücksichtigung. Im Rahmen der als notwendig zu begründenden Krankenbehandlung stellt sie jedoch das entscheidende Element dar, das einen Zusammenhang zwischen Symptomebene, biografisch bedingter Erlebnisverarbeitung und daraus folgender Entwicklung einer Krankheitsdisposition und schließlich Symptomentstehung konzipiert.

Um diese unterschiedlichen diagnostischen Elemente zu integrieren, haben bereits vor Jahrzehnten Petzold und Wälte (1994) als Metapher den simultandiagnostischen und -therapeutischen Würfel vorgeschlagen.

In diesem diagnostischen Modell werden die Flächen eines Würfels mit unterschiedlichen diagnostischen Elementen und Schwerpunkten belegt, die nur in ihrer Gesamtbewertung eine umfassende Diagnostik begründen. Bezogen auf die bisher geschilderten diagnostischen Elemente wären also die Außenflächen eines diagnostischen Würfels gekennzeichnet durch die Ergebnisse der Befunderhebungen im Rahmen der Befindensschilderung eines Patienten, der Formulierung des psychopathologischen Befundes, der Diagnostik im Rahmen der ICD-10, der Ergebnisse der biografischen Anamnese, der psychodynamischen oder verhaltensanalytischen Krankheitshypothese und der OPD-Achsen. Um im Bild zu bleiben: Jede Fläche des Würfels repräsentiert einen jeweils spezifischen diagnostischen Aspekt in Bezug auf *ein* erkranktes Subjekt.

Im Hinblick auf den klinischen Gebrauch wird deutlich, dass je nach Erfordernis und Adressat unterschiedliche Flächen des Würfels ggf. besonders in den Vordergrund treten: Gegenüber Kostenträgern und der Begründung des Aufwandes von Krankenhausbehandlung werden der psychopathologische Befund und die damit einhergehende ICD-10-Diagnose besonders von Bedeutung sein. Im Rahmen der klinikinternen Behandlungsplanung werden die biografische Anamnese

und die OPD-Achsen Struktur, Konflikt und Beziehung bzw. die verhaltenstherapeutische Verhaltens- und Bedingungsanalyse sowie die Krankheitshypothese wiederum besondere Beachtung finden.

Nach unseren Erfahrungen ist eine derart dokumentierte Diagnostik nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Überprüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen überzeugend und unterscheidet sich von mehr patchworkartigen Darlegungen, die dann in eine Formulierung der Behandlungsziele münden, wie etwa »der Patient sollte mehr Abgrenzungsfähigkeit erwerben, mehr Achtsamkeit erwerben und sich mehr Selbstbehauptungsfähigkeit aneignen«.

## 21.5 Psychometrie

Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen sind außerordentlich komplexe Prozesse, die sich einer eindimensionalen Betrachtung entziehen. Die Qualität des Erfassens und Verstehens des Krankheitsprozesses (Diagnostik) sowie der Veränderungen im therapeutischen Verlauf bedürfen daher mehrerer Zugangswege und Datenquellen. Neben dem diagnostischen Gespräch, der Verhaltensbeobachtung, der Fremdanamnese etc. hat sich die Psychometrie als wesentliches diagnostisches Hilfsmittel durchgesetzt.

Dabei sollten nicht nur die Symptomatik mithilfe von Fragebögen erfasst, sondern auch Einblicke in die nach der jeweiligen Therapetheorie vermutete Störungsursache erzielt werden. Sowohl in der initialen Diagnostik wie auch zur Therapiesteuerung sollten daher Informationen zur globalen und spezifischen (syndrombezogenen) Symptombelastung, zum Ausmaß der vermuteten Störungsursachen sowie zu den Krankheitsfolgen im Sinne der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen gewonnen werden (Schulte 1997).

In der stationären Psychotherapie hat sich deshalb eine psychometrische Untersuchung zu Beginn und am Schluss der Behandlung durchgesetzt, die bei der Verwendung von sogenannten Globaltests, z.B. der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke 2014) oder dem ICD-10-Symptom-Rating (ISR; IQP 2017), einen Überblick über betroffene Syndrombereiche erlaubt – ggf. ist dann die vertiefte klinische Diagnostik in bisher nicht berücksichtigten Bereichen indiziert – sowie eine Sicherung der Ergebnisqualität durch die Präpost-Messung der Symptomatik ermöglicht.

Syndrombezogen können spezifische Tests zur Untermauerung der Diagnose und zum Abschätzen des Schweregrades einer Krankheit eingesetzt werden. Klassische Beispiele hierfür sind etwa das »Beck-Depressions-Inventar« (BDI-II; Hautzinger et al. 2006) für Depressionen oder die »Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale« (Y-BOCS; Goodman et al. 1991) für Zwangserkrankungen. Einen Überblick über häufig verwendete störungsübergreifende (Globaltests) und störungsspezifische psychometrische Instrumente vermittelt Tabelle 21-3.

Da Diagnostik kein einmaliger, abgeschlossener Vorgang ist, sondern ein therapiebegleitender Prozess, der immer wieder zur Überprüfung, Abänderung oder Erweiterung der Diagnosen führen kann, erscheint auch eine fortlaufende therapiebegleitende Psychometrie ratsam. Effektivitätsstudien belegen, dass eine fortlaufende Rückmeldung des therapeutischen Fortschritts an den Behandler zur Verbesserung des Outcomes führt (Lutz et al. 2015; Shimokawa et al. 2010).

Die Bedingungen der stationären Psychotherapie sind für die Anwendung psychometrischer Verfahren besonders geeignet, da ihre Implementierung als Routineverfahren von den Patienten in der Regel gut angenommen und von Therapeuten als hilfreiche Unterstützung der Abstimmung im multiprofessionel-

**Tab. 21-3** Häufig verwendete störungsübergreifende und störungsspezifische psychometrische Instrumente

| Instrument                                        | Inhalt           | Item-Anzahl | Lizenzpflichtig |
|---------------------------------------------------|------------------|-------------|-----------------|
| Störungsübergreifend                              |                  |             |                 |
| SCL-90-R                                          |                  | 90          | ja              |
| ISR                                               |                  | 29          | nein            |
| Brief Symptom Inventory                           |                  | 53          | ja              |
| PHQ-D                                             |                  | 78          | nein            |
| Störungsspezifisch                                |                  |             |                 |
| Beck-Depressions-Inventar BDI-II                  | Depression       | 21          | ja              |
| Patient Health Questionnaire PHQ-9                | Depression       | 9           | nein            |
| Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale | Angsterkrankung  | 7           | nein            |
| Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Y-BOCS      | Zwangserkrankung | 10          | nein            |

len Team erfahren wird. Allerdings sollte die Psychometrie als zusätzliche Informationsquelle mit dem Bias eines Selbstbeurteilungsverfahrens und keinesfalls als Ersatz für eine fundierte klinische Diagnostik betrachtet werden.

**21.6 Diagnostik als komplexes Beziehungsgeschehen**

Alle Versuche, Diagnostik zu verfeinern und zu standardisieren, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass der diagnostische Prozess ein komplexes Beziehungsgeschehen darstellt, an dem eine Fülle subjektiver Faktoren aufseiten der Patienten und der Diagnostiker beteiligt sind. Sich immer wieder reflektierend bewusst zu machen, dass es sich bei jeder Form

von Diagnostik um einen interpersonell vermittelten Konstruktionsprozess handelt, kann davor schützen, sich der Illusion eines objektiven Diagnosevorgangs hinzugeben und Diagnosekategorien unzulässig zu reifizieren, d. h. fälschlich für objektive Gegebenheiten zu halten. Wie zu zeigen sein wird, kommt einer so gearteten Reflexion im stationären Kontext eine besondere Bedeutung zu.

Die Vielzahl der auf einen Diagnoseprozess einwirkenden subjektiven, interpersonellen und gesellschaftlichen Faktoren kann hier nicht erschöpfend dargestellt werden. Beispielhaft sei daran erinnert, dass schon bei der Formulierung der Symptomklage der Beziehungsaspekt eine zentrale Rolle spielt. So entscheidet die Art und Weise, wie eine Patientin die Beziehung zum Diagnostiker erlebt, darüber, welche Beschwerde sie von sich

aus schildern und welche sie nicht erwähnen wird, des Weiteren in welchen interpersonellen Beziehungskontext sie das Auftreten ihrer Beschwerden stellt oder welchen Beziehungskontext sie, aus welchen Motiven auch immer, verschweigt. Manche Symptome werden die Patienten aus Scham verschweigen, andere aus Angst, die Erwähnung könne eine psychiatrische Unterbringung oder die Überweisung in eine Fachklinik für Suchterkrankungen zur Folge haben. Zwar können strukturierte Diagnoseinterviews dafür sorgen, dass auch diejenigen Symptome erfasst werden, welche die Patienten spontan nicht erwähnen oder die zu erfragen der Aufmerksamkeit des Diagnostikers entgangen ist. Sie lösen jedoch nicht die Problematik der selektiven Beschwerdemitteilung, die den Diagnoseprozess aus Scham, Angst oder aus anderen Motiven verzerren oder unvollständig werden lässt.

Inwieweit Scham, Angst oder andere Affekte die Mitteilung diagnostisch relevanter Symptome beeinflussen, hängt nicht zuletzt von der Art der aktualisierten Übertragung der Patientin ab. Die Übertragung eines straffenden Elternteils kann die Mitteilung bestimmter Problemfelder ebenso verhindern wie die Überzeugung, das Gegenüber werde sich ohnehin nicht für das Gesagte interessieren. Der Wunsch, der vermuteten Erwartung des Diagnostikers zu entsprechen, kann die Auswahl der mitgeteilten Inhalte mehr steuern als das Bedürfnis, das persönliche Anliegen zu kommunizieren.

Umgekehrt wird die Art und Weise, wie ein Diagnostiker das Beziehungsangebot eines Patienten verarbeitet, darüber entscheiden, an welchen Stellen er sich für den interpersonellen Kontext der geklagten Beschwerden interessiert, wo er präzisierend nachfragt und wo er diese Nachfragen unterlässt – weil er den Kontext für weniger relevant hält oder weil bewusste oder unbewusste Motive ihn von einer Nachfrage abhalten. Zu der Vielzahl

der subjektiven Einflüsse des Diagnostikers gehört nicht nur dessen theoriegeleitete Wahrnehmungseinstellung, die ihn bestimmte Sachverhalte unter dem Blickwinkel seiner favorisierten Störungs- oder Behandlungstheorie stärker fokussieren lässt als andere, sondern auch seine Gegenübertragung, deren Bedeutung für den Diagnoseprozess nicht unterschätzt werden sollte. Mit Heimann (1950) verstehen wir unter der Gegenübertragung die Gesamtheit der Gedanken, Gefühle, Impulse, Körperempfindungen, Erwartungen und Fantasien, die sich im Kontakt mit einem Patienten einstellen, wobei bewusste und unbewusste Aspekte der Gegenübertragung zu unterscheiden sind.

Auf der bewussten Ebene kann den Diagnostiker das Bedürfnis leiten, eine Patientin vor dem Auftreten negativer Emotionen oder gar vor einer psychischen Destabilisierung zu schützen. Auf einer unbewussten Ebene mag er sich aber auch vor dem Auftreten eigener negativer Emotionen schützen, wenn z. B. das vom Patienten vorgetragene Material eigene unzureichend verarbeitete Erinnerungen aktiviert. Umgekehrt können den Diagnostiker unbewusste Motive leiten, Details von Schilderungen nachzufragen, obwohl deren Erwähnung zur Diagnosegewinnung wenig beiträgt und lediglich mit einer unnötigen Belastung der Patientin verbunden ist.

Zwei Gründe mögen dafür verantwortlich sein, dass dem Beziehungsaspekt im stationären Kontext eine so herausragende Bedeutung für die Diagnostik zukommt:

Zum einen ist die – im Vergleich zu ambulant behandelten Patienten – weitaus häufigere Multimorbidität der stationär behandelten Patienten anzuführen, die sich in einer oft hohen Zahl von Mehrfachdiagnosen niederschlägt. In der Regel weisen stationär behandelte Patienten mehrere psychische und zusätzlich meist auch mehrere somatische Diagnosen auf; zehn oder mehr Diagnosen



nach ICD-10 sind keine Seltenheit. Allein die Fülle der Beschwerden und Symptome stationär behandelter Patienten bringt es mit sich, dass die Patienten bei der Schilderung ihrer Beschwerden eine Auswahl treffen und immer nur einen Teil von ihnen erwähnen, einen anderen Teil aber unerwähnt lassen. Darüber hinaus eröffnet die Tatsache der häufigen Mehrfachdiagnosen einen breiten Raum für subjektive Einflüsse, da die für die Wahl des therapeutischen Zugangs bedeutsame Gewichtung von Haupt- und Nebendiagnosen keinem festgelegten Algorithmus folgt, sondern dem subjektiven Urteil der Diagnostiker überlassen bleibt.

Zum anderen wirkt sich die, wiederum im Vergleich zu ambulanten Patientenpopulationen, höhere Prävalenz von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung komplizierend auf den diagnostischen Prozess aus. Zunächst spielt eine Rolle, dass die Entscheidung für die Diagnosekategorie einer Persönlichkeitsstörung einen sozialen Labeling-Prozess in Gang setzen kann, weshalb einige Diagnostiker bewusst darauf verzichten, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu stellen. Wer erlebt hat, wie nachteilig sich die einmal gestellte Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Übernahme in ein Arbeitsverhältnis ausgewirkt hat, wird die Vergabe dieser Diagnose anders handhaben als jemand, dessen Patienten die Klarheit der Diagnose geschätzt und daraus eine positive Orientierung für den Umgang mit der Erkrankung gezogen haben.

Darüber hinaus ist es für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen typisch, dass ihre Tendenz zu maladaptiven Verhaltensmustern auch die therapeutische Beziehung erfasst. Realitätsverzerrende Abwehr- und Übertragungsmuster können die Gegenübertragung der Diagnostiker in erheblichem Maße belasten und, sofern dies nicht ausreichend reflektiert wird, auf die oben beschriebene Weise

den diagnostischen Prozess beeinflussen. Was allgemein gilt, ist für die Diagnostik von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen von essenzieller Bedeutung: Je besser es dem Diagnostiker gelingt, eigene Wahrnehmungseinstellungen und Motivationen zu reflektieren, und je eher es ihm möglich ist, eine Verstrickung in ein Übertragungs-Gegenübertragung-Szenario zu erkennen, desto leichter wird er durch seine Gesprächsführung kontraproduktive Übertragungsmuster der Patienten eingrenzen und bereits in der diagnostischen Situation die Atmosphäre einer kooperativen Arbeitsbeziehung herstellen können, die für eine gelingende Diagnostik unverzichtbar ist.

Das folgende Beispiel will das Zusammenwirken von diagnostischen und konzeptuellen Hintergrundauffassungen und Aspekten von Übertragung und Gegenübertragung im Prozess einer Diagnostik im stationären Kontext illustrieren:

### Fallbeispiel

Eine Patientin mit einer im Vordergrund stehenden depressiven Symptomatik, aber auch stark wechselnder Emotionalität und unterschiedlichen somatoformen Symptomen, präsentierte sich der erstdiagnostizierenden Therapeutin mit einem Wechselbad von Idealisierung und Entwertung. Bei der Schilderung ihrer interpersonellen Beziehungen waren Spaltungsphänomene nicht zu übersehen. In der Anamnese ergaben sich unsichere Hinweise auf sexuelle Übergriffe in der Kindheit, allerdings auch erhebliche biografische Erinnerungslücken. Obwohl einige Borderline-typische Kriterien wie Selbstverletzendes Verhalten fehlten, zeigte sich die erstdiagnostizierende Therapeutin überzeugt davon, dass bei ihr eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vorliegen müsse. Während der ersten Tage nach der Aufnahme geriet die Patientin in Zustände heftiger emotionaler Dysregulation, in denen das Erleben von Angst und Einsamkeit im Vordergrund stand.

Im weiteren Verlauf beruhigte sich die Patientin zunehmend. Sie fasste Vertrauen in ihre Einzeltherapeutin und erlebte auch die Gestaltungstherapie als hilfreich. Lediglich die Teilnahme an der Gruppentherapie empfand sie als schwierig. Die eingangs präsentierten Borderline-typischen Interaktionsmerkmale waren für die Einzeltherapeutin nicht mehr spürbar. Eher wirkte die Patientin bemüht und angepasst. Im Team entwickelte sich nun eine Diskussion über die Frage, wie weit die Diagnose einer Borderline-Störung aufrechterhalten werden könne. Insbesondere die Einzeltherapeutin der Patientin sprach sich dafür aus, die Diagnose fallen zu lassen: Die Diagnose sei inhaltlich nicht zu rechtfertigen und belaste die Patientin zudem durch die mit ihr verbundene diagnostische Etikettierung, die wie ein Makel an ihr haften bleiben würde. Wegen der sich verdichtenden Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit plädierte sie stattdessen für die Diagnose einer komplexen Traumafolgestörung. Eine solche Diagnose werde der Patientin eher gerecht, wenngleich diese Diagnose in der ICD-10 nicht kodierbar sei und die Kriterien einer »einfachen« Posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt wären. Die Gestaltungstherapeutin pflichtete ihr bei. Sie äußerte sich tendenziell bewundernd über den differenzierten und reflektierten Umgang der Patientin mit dem von ihr gestalteten Material, wie sie ihn bei Borderline-Patienten bisher nicht beobachtet habe.

Ein Mitglied des Pflegeteams sprach sich vehement dafür aus, die Diagnose einer Borderline-Störung beizubehalten, und verwies auf die noch vorhandene emotionale Dysregulation und nach wie vor bestehende Entwertungstendenzen, die sich offenbar in Pflegekontakten deutlicher zeigten als in den therapeutischen Sitzungen. Es wurde deutlich, dass die Patientin bei einem Teil der Pflegekräfte Ärger ausgelöst hatte, während bei den Therapeuten Mitgefühl überwog.

Ein weiteres Team-Mitglied äußerte die Vermutung, dass die ungewöhnlich kontrovers geführte Diagnose-Diskussion im Team, die einer partiellen Team-Spaltung gleichkomme, als

Ausdruck der Spaltungsdynamik der Patientin zu verstehen sei und mindestens auf eine Borderline-Struktur verweise.

Die Oberärztin legte schließlich Wert auf die Feststellung, dass ICD-10-Diagnosen ausschließlich anhand deskriptiver Kriterien zu stellen seien, während sich die Beziehungsdynamik in der OPD-Diagnose manifestiere.

Auf deskriptiver Ebene einigte man sich letztendlich darauf, zunächst die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode zu stellen und bis zu einer endgültigen Diagnose den weiteren Verlauf abzuwarten.

## 21.7 Fazit

Zusammengefasst enthält eine umfassende und nachvollziehbare Diagnostik folgende Elemente:

- Befindensschilderung aus Sicht und dem Erleben des Patienten
- psychopathologischer Befund
- ICD-10-Diagnose
- Erfassung der biografischen Anamnese mit besonderer Berücksichtigung der subjektiven Erlebnisverarbeitung und der daraus resultierenden Konsequenzen für die Entwicklung einer Krankheitsdisposition
- OPD-2-Achsen bzw. Verhaltens- und Bedingungsanalyse
- Krankheitshypothese unter psychodynamischen oder verhaltensanalytischen Gesichtspunkten, welche die obigen diagnostischen Elemente im Rahmen eines verfahrensspezifischen Krankheitskonzeptes schlüssig integriert
- gestützt – aber nicht ersetzt – wird dieses diagnostische Vorgehen durch eine globale und störungsspezifische Psychometrie, welche den Behandlungserfolg überprüft (prä-post) und – wo möglich – begleitet

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 9., überarb. & erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2016.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber 2014.
- Berger M. Psychische Erkrankungen und Therapie. 5. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer 2014.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Aufl. Bern: Huber 2011.
- Dührssen A. Die biografische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Stuttgart: Schattauer 1981.
- Erman E. Psychotherapie und Psychosomatik. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Franke GH. Symptom-Checklist-90-Standard. SCL-90\*-S, SCL-90-R-S. Göttingen: Hogrefe 2014.
- Gaebel W, Müller-Spahn F (Hrsg). Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Stuttgart: Kohlhammer 2002.
- Goodman W, Price L, Rasmussen S, Mazure C, Fleischmann R, Hill C, Heninger G, Charney D. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). 1989. Autorisierte deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Büttner-Westphal H, Hand I. Verhaltenstherapie 1991; 1: 223–5.
- Hautzinger M, Keller F, Kühner C. BDI II. Beck Depressions Inventar. Revision. Manual. Frankfurt a. M.: Harcourt Test Services GmbH 2006.
- Heimann P. On countertransference. Int J Psychoanal 1950; 31: 81–4.
- Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP). ISR. 2017. [www.iqp-online.de/index.php?page=ISR](http://www.iqp-online.de/index.php?page=ISR) (letzter Zugriff: 10.01.2018).
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 1973.
- Kanfer F, Reinecker H, Schmeizler D. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4. Aufl. Heidelberg: Springer 2006.
- Lutz W, De Jong K, Rubel J. Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? Psychother Res 2015; 25: 625–32.
- Petzold E, Wälte D. Diagnostik in der Psychosomatischen Medizin. In: Janssen PL, Schneider W (Hrsg). Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. Tübingen: Gustav Fischer 1994.
- Rudolf G, Henningsen P. Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie. 8., unveränd. Aufl. Stuttgart: Thieme 2017.
- Schulte D. Dimensions of outcome measurement. In: Strupp HH, Horowitz LM, Lambert MJ (eds). Measuring Patient Changes in Mood, Anxiety, and Personality Disorders: Toward a Core Battery. Washington: American Psychological Association 1997; 57–80.
- Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. J Consult Clin Psychol 2010; 78: 298–311.
- Wöller W. Assoziationsmodell. Drittes psychodynamisches Theoriemodell neben Konflikt- und Strukturmodell? Psychotherapeut 2016; 61: 66–72.
- Zarbock G. Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie. 4. Aufl. Lengerich: Pabst Science Publishers 2014.

## 22 Wer will was erreichen? – Therapieziele

Michael Hölzer und Bernhard Janta

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel soll nicht nur auf die Inhalte von Therapiezielen, sondern auch auf die verschiedenen Aspekte und Kriterien der Zielfindung und -vereinbarung in der stationären Psychotherapie ausführlicher eingegangen werden. Ein anfängliches Fallbeispiel soll die vielfältigen möglichen Therapieziele genauso erhellen wie die Schwierigkeiten bei deren Auswahl und Priorisierung. Ziele in der stationären Psychotherapie müssen einerseits auf die Symptomebene und die Krankheitsursachen bezogen werden, andererseits sind sie mit einem Patienten individuell abzustimmen. Im Behandlerteam ist ebenfalls eine ausführliche Diskussion der Therapieziele unabdingbar, um eine fruchtbare Zusammenarbeit zu gewährleisten bzw. die Teammitglieder mit ihren unterschiedlichen Verfahren, Methoden und psychotherapeutischen Techniken im Hinblick auf Behandlungsziele zu »synchronisieren«. Zielkonflikte sind auch deswegen in vielfältigster Weise möglich, weil »Dritte im Bunde« (z. B. Kostenträger, Zuweiser und Angehörige) eine stationäre Behandlung mit ihren jeweils eigenen Zielvorstellungen begleiten. Ziele bergen damit nicht nur interpersonell erhebliches Konfliktpotenzial. Auch weil sie von Patienten wie Therapeuten selten eindeutig und unambivalent erlebt werden, geben sie Anlass zu intrapersonalen Ängsten und daraus resultierenden Widerständen. Eine Einpersonen-Psychologie wird diesen vielfältigen Aspekten von Therapiezielen nicht gerecht, weswegen ein Mehrpersonen-psychologischer Ansatz und auch die Hinzuziehung einer systemischen Sichtweise gerade in der stationären Psychotherapie notwendig erscheinen.

### 22.1 Allgemeine Vorbemerkungen

#### Fallbeispiel

Er wisse »auch nicht so recht«, antwortet der 31-jährige, schlaksig und jungenhaft wirkende Ulrich L. auf die Frage, was sich seiner Meinung nach am Ende einer stationären Behandlung denn verändert haben sollte und ob er irgendwelche konkreten Ziele mit der Therapie verbände. »So jedenfalls kann's nicht weitergehen«, beschied er den im ambulanten Vorgespräch nachfragenden Therapeuten, nachdem er sich von seiner Mutter in die Klinik hatte fahren lassen.

Mit seiner ausweichenden Antwort steht Ulrich L. nicht alleine da, denn eher selten kommt es vor, dass Patienten fest umrissene Vorstellungen von ihren Therapiezielen schon ins Vorgespräch bzw. in die Aufnahmesituation mitbringen. Berichten sie dann, wie im Fall von Ulrich L., aufgeregt gestikulierend und ohne Pausen nicht nur von einer ausgesprochen vielfältigen Symptomatik, sondern zusätzlich von völlig desolaten sozialen Verhältnissen, fällt es auch dem behandelnden Therapeuten schwer, sich zu orientieren und aus der Fülle der Möglichkeiten geeignete Ziele vorzuschlagen:

Nicht nur, dass Ulrich L. über ausgeprägte Waschzwänge berichtete sowie über »unklare Bauchbeschwerden«, die ihn in seinen Krankheitsängsten immer wieder notfallmäßig in verschiedenste Krankenhäuser geführt hätten. Er war nach dem Abitur und nach seinen gescheiterten Versuchen, ein Kunststudium aufzunehmen, vorübergehend in die Drogenszene abgerutscht, hatte sich beruflich nicht nur nicht etablieren können, sondern war von verschiedenen Arbeitgebern immer wieder wegen beträchtlicher Fehlzeiten gekündigt worden. Nach

einigen Episoden im Obdachlosenheim («... weil ich mich zu Hause mit Mutter und Stiefvater bis aufs Messer zerstritten hatte, sodass die Polizei kommen musste») war er im Elternhaus erst vor Kurzem wieder eingezogen. Die Nacht zum Tag machend, sich immer mehr in virtuellen Welten aufhaltend und reale Personen und Aufgaben dabei immer mehr vermeidend, waren kurz vor dem Vorgespräch nicht nur zwei ambulante Therapieversuche gescheitert; die häuslichen Auseinandersetzungen waren zudem in einer Weise eskaliert, die bedrohliche Ausmaße angenommen hatte. Auch seine zunehmenden Suizidgedanken waren durchaus ernst zu nehmen, selbst wenn diesbezüglich kein akuter Handlungsdruck zu bestehen schien.

Da sich in diesem wie auch in ähnlich gelagerten Fällen verschiedenste Therapieziele anbieten, stellt sich nicht nur die Frage, welche davon im Vordergrund stehen sollten, sondern auch, welche mit diesem hochproblematischen Patienten schon zu Beginn thematisiert bzw. besprochen werden könnten, zumal das Ausmaß der Fremdmotivierung nicht zu übersehen war. Nicht nur die besorgte Mutter war an einer stationären Behandlung fern von der Familie interessiert, auch zwei zuvor ambulant vergeblich behandelnde Therapeutinnen hatten eine stationäre Behandlung »dringlich« empfohlen.

Sollte es nun vornehmlich um die Bewältigung des Symptoms und damit um die Waschzwänge gehen oder eher um die Bearbeitung der psychodynamischen Hintergründe seiner Krankheitsängste bzw. vegetativen Angstäquivalente? Steht in solchen Fällen das Herauslösen des Patienten aus einem ganz offenbar hochpathogenen Konfliktfeld im Vordergrund und damit die äußere wie auch innere Ablösung vom Elternhaus bzw. die Entwicklung eigener Identität (Seiffge-Krenke 2012)? Geht es um eine sinnvolle Tagesstrukturierung oder eher um mehr Einsicht in die Hintergründe seiner vielfältigen Selbst- und Bezie-

hungskonflikte sowie um sein Scheitern am Arbeitsplatz? Stehen sein regressives Ausweichen in die Welt der Drogen und sein Vermeidungsverhalten im Vordergrund, wenn es um die Übernahme von Verantwortung für das eigene Tun geht? Oder geht es eher um eine Rücknahme von Projektionen auf sein familiäres Umfeld und damit verbunden um die Stärkung von Ich-Funktionen wie Frustrations- und Spannungstoleranz? Was sind seine mehr oder weniger »gelernten« Mechanismen und Schemata, die der Aufrechterhaltung des Status quo dienen? Wie sehr muss der Patient zunächst geschützt werden vor sich selbst und seinen suizidalen Fantasien? Und ist die Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen und damit eine Zielfindung ohne eine fundierte Diagnostik und damit Kenntnis des zugrunde liegenden Störungsbildes bzw. des Niveaus der Störung überhaupt möglich? Oder müssen sogar all diese Themen mehr oder weniger gleichzeitig angegangen werden, da die damit verbundenen Ziele mehr oder weniger gleich wichtig sind (McGlashan & Miller 1982)?

Was also bedeutet diese stellvertretend für viele andere Fälle hier nur angedeutete Vielzahl möglicher Therapieziele für den praktischen Alltag in der stationären Psychotherapie? Wie lassen sich gemeinsam mit dem Patienten möglichst verbindlich Schwerpunkte und Prioritäten definieren – vor dem Hintergrund der Vielzahl von Behandlern und Berufsgruppen, mit denen es der Patient im Verlauf einer stationären Therapie zu tun haben wird? Diese Behandler werden zwar im Team zusammenarbeiten, aber wie kann sichergestellt werden, dass auch alle an einem Strang ziehen? Und gibt es diesen »einen Strang« überhaupt oder ist er angesichts der Vielzahl der zwangsläufig auch unterschiedlichen subjektiven Perspektiven auf den Patienten nicht ohnehin illusorisch?

Zudem ist nicht nur vonseiten der Patien-

ten bei bestimmten Therapiezielen mit Widerständen zu rechnen. Widerstände entfalten sich zweifelsohne auch in der Gruppe der ihn behandelnden Klinikmitarbeiter, je nach Berufsgruppe und Stellung im Team, nach Vorerfahrungen mit ähnlichen Konstellationen und persönlichen wie auch therapeutischen Überzeugungen. Auch wenn solche Widerstände unterschiedlich ausgeprägt sein mögen und selten artikuliert werden, entfalten sie doch ihre Wirkung. Die Vielzahl der aufgeworfenen Fragen mag schlaglichtartig die Notwendigkeit begründen, über Therapieziele möglichst explizit zu Beginn einer Therapie, gemeinsam mit dem Patienten und gefiltert durch die Diskussion im Team, nachzudenken (► Übersicht »Wesentliche Gründe, welche die Vereinbarung von expliziten Therapiezielen nahelegen«).

#### **Wesentliche Gründe, welche die Vereinbarung von expliziten Therapiezielen nahelegen**

1. Mit dem Patienten explizit über Therapieziele nachzudenken, macht aus ihm den Ko-Autor seiner eigenen Therapie und beugt unrealistischen Erwartungen vor. Im Dienste eines stabilen Arbeitsbündnisses und größtmöglicher Transparenz stärken sie die Autonomie des Patienten und versetzen ihn zudem in die Lage, auch außerhalb regulär angesetzter Therapiezeiten an sich und seinen Zielen, gewissermaßen »in Eigenregie«, weiter zu arbeiten.
2. Nicht nur im Hinblick auf die Transparenz des therapeutischen Geschehens, sondern auch aufgrund juristischer Implikationen und um den Patienten bezüglich der Reichweite stationärer Psychotherapie aufzuklären, ist das explizite Thematisieren von Therapiezielen und damit des »Sinns der Sache« unabdingbar. Eine Einwilligung in die Therapie jedenfalls setzt eine umfassende Aufklärung des Patienten auch über die möglichen Therapie-

ziele und deren Erreichbarkeit voraus, da sie sonst nicht wirksam wird.

3. Die Festlegung und Dokumentierung vorrangig anzustrebender Therapieziele ermöglichen eine Fokussierung auf bestimmte Themen und Inhalte in einem ansonsten an Themen und Inhalten überreichen Geschehen mit vielfältigsten Anknüpfungspunkten, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eines Patienten betreffend. Die Ziele der Therapie liefern wesentliche Kriterien für eine inhaltliche Fokussierung bzw. Schwerpunktsetzung sowie für die Auswahl der daraus abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen.
4. Die gemeinsame Verständigung auf Therapieziele wirkt der Verwirrung aufseiten eines Patienten entgegen; nicht nur das Arbeitsbündnis zwischen Team und Patient, sondern auch das Arbeitsbündnis zwischen den einzelnen Teammitgliedern untereinander profitiert von verständlich definierten Therapiezielen. Auf diese Weise können verschiedene, untereinander anfangs manchmal eher lose verbundene Therapieprozesse zu einem einheitlichen Geschehen integriert werden. Letzteres setzt allerdings eine permanente Absprache wie auch die Bereitschaft zum Austausch im Team über die wesentlichen Zielsetzungen voraus.
5. Da stationäre Therapie gewissermaßen im öffentlichem Raum stattfindet, finanziert vornehmlich durch Gelder einer Versicherungsgemeinschaft bzw. Steuergelder im Hinblick auf die Ausstattung und Strukturvoraussetzungen von Krankenhäusern, belegt die Dokumentation erreichbarer Therapieziele nicht zuletzt auch die Sinnhaftigkeit des Verbrauchs beträchtlicher öffentlicher Ressourcen.

Eine völlig andere Frage in diesem Zusammenhang ist, ob auch das Wissen der akademischen Psychologie, die sich nicht zuletzt ausgiebig experimentell und damit empirisch mit den Auswirkungen von Handlungszielen auf menschliches Tun bzw. Motivation beschäftigt hat, einen Beitrag zu dieser Diskus-



sion leistet (► Exkurs »Ziele in der akademischen Psychologie«; ausführliche Darstellung in Kleinbeck 2010). Insbesondere Grawe (z. B. 1998) hat in seinem diesbezüglichen Bemühen wesentliche Beiträge geliefert, um z. B. mithilfe des Rubikon-Modells (Heckhausen et al. 1987) nachzuzeichnen, wie Behandlungsziele intentional verarbeitet werden bzw. wie sich Psychotherapie auf Intention, Volition und Handeln eines Patienten letztendlich auswirkt. Wie dieses umfangreiche Wissen bezüglich der Formulierung von Therapiezielen fruchtbar gemacht werden kann, lässt sich auch bei Wöller und Kruse (2007) in ihrer Beschreibung wesentlicher Eigenschaften von Therapiezielen nachlesen (► Übersicht »Eigenschaften von Therapiezielen und Kriterien der Zielformulierung«).

## Exkurs

### Ziele in der akademischen Psychologie

Die Frage nach den Zielen menschlichen Handelns stellt nicht nur für die Psychotherapie, sondern überhaupt in der Psychologie, im Besonderen aber in der Motivationspsychologie, ein ausgesprochen komplexes Forschungsfeld dar. Konsens besteht darüber, dass dieses Handeln durch persönliche (Grund-)Bedürfnisse einerseits und mehr oder weniger situative Anreize andererseits motiviert wird bzw. dass Ziele als die mentale Repräsentation bzw. die Vorstellung von den Konsequenzen einer Handlung oder längerer Handlungsfolgen in der Steuerung dieser Handlungen eine elementare Rolle spielen: Ziele liefern im Allgemeinen nicht nur die wesentliche Grundlage für eine Erfolgsbewertung von Handlungen, sind entweder selbstgewählt, verhandelt oder fremdbestimmt, sie müssen auch in der Regel gegen andere Ziele und Intentionen eines Individuums abgeschirmt werden, um dauerhaft handlungswirksam zu werden (Kleinbeck 2010). Inhaltlich können menschliche Grundbedürfnisse auf das Erreichen sozialer Ziele (Kontakt, Intimität, Verbundenheit, aber auch Macht), auf Leistungsziele (z. B. beruflicher Erfolg oder sportliche Leistungen) bzw. auf emotionale Ziele ausgerichtet sein. Letztere beziehen sich auf den Versuch, positive

emotionale Zustände wie Lust, Freude oder Stolz herzustellen bzw. negative Emotionen wie z. B. Angst oder Niedergeschlagenheit zu vermeiden. Im Hinblick auf die Attraktivität von Zielen (ihren »Wert«) spielen die persönlichen Überzeugungen und Wertvorstellungen eines Individuums eine genauso wichtige Rolle, wie in Bezug auf ihre Erreichbarkeit das jeweilige Selbstkonzept, also die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Schwächen in der Zielerreichung, und Erwartungen in Bezug auf situative Faktoren wie die zur Verfügung stehenden Mittel oder z. B. zeitliche Perspektiven. Die verschiedenen Spielarten der akademischen Psychologie (wie die Motivationspsychologie, die Entwicklungspsychologie, die Arbeits- und Organisationspsychologie u. a.) haben bezüglich der motivierenden Funktion von Zielen eine Fülle von Konstrukten definiert, unter denen die der »Zielhierarchie«, der »Zieltiefe« und der »Zielorientierung«, der »Zielspezifität« und der »Zielbindung« auch aus psychotherapeutischer Sicht durchaus relevant erscheinen (Kleinbeck 2010). Dass Menschen sich wohler und zufriedener fühlen, wenn sie eindeutige Ziele verfolgen (Emmons 1986; Little 1987; Pöhlmann et al. 2001), dass Ziele für ein Individuum nicht nur identitätsstiftend wirken, sondern auch in Gruppen Kohäsion, Kooperation und Identität befördern können, ist dabei genauso evident wie die Tatsache, dass Misserfolge im Erreichen von Zielen negative Emotionen auslösen bzw. demotivierend wirken können (Emmons 1996), sei es, dass ein Individuum die Zielhöhe frustriert reduziert oder zuvor gefasste Ziele gänzlich aufgibt.

### Eigenschaften von Therapiezielen und Kriterien der Zielformulierung

(mod. n. Kottje-Birnbacher & Birnbacher 1999; Wöller & Kruse 2007)

- Die Formulierung von Therapiezielen muss auf einer differenzierten Problem- und Ursachendiagnose beruhen, die neben der Analyse der Beschwerden des Patienten auch eine systematische Betrachtung des Umfeldes beinhaltet.
- Gemeinsam verhandelte Therapieziele sollten v. a. die Ziele des Patienten sein, seine Neugierde und Motivation wecken; der Therapeut

bzw. das Team hat eher beratende Funktionen.

- Sie sollten damit nach Möglichkeit affektiv positiv besetzt sein, eine positive Perspektive auf die Zukunft eröffnen, um auf diese Weise Ressourcen zu mobilisieren.
- Der Therapeut bzw. das Team sollte nur Therapieziele vorschlagen, die der vom Patienten gewünschten Zieltiefe entsprechen.
- Therapieziele sollten realistisch (d. h. mit den begrenzten Mitteln einer stationären Therapie erreichbar) bzw. klar und konkret sein, um so auch die Formulierung von Kriterien einer Zielerreichung zu ermöglichen.
- Therapieziele sollten lösungsorientiert formuliert (und v. a. auf den eigenen aktiven Beitrag des Patienten fokussieren) und damit erreichbar sein, indem der Patient etwas an seinem Verhalten oder an seiner Haltung ändert (sein Erleben wird er nicht »aktiv« ändern können, dies ist eher die Folge der Verinnerlichung korrigierender emotionaler Beziehungserfahrungen).
- Instrumentelle und finale Therapieziele sollten gesondert abgestimmt werden. Dabei sollten auch die Nebenwirkungen von Therapie zur Sprache kommen.

## 22.2 Instrumentelle und finale Therapieziele und das Konzept der Zieltiefe

Um in der Vielzahl der oben angedeuteten Therapieziele praktisch handlungsfähig zu werden und überhaupt eine Auswahl treffen zu können, bietet sich die Unterscheidung zwischen »instrumentellen« und »finalen« Therapiezielen an (Kottje-Birnbacher & Birnbacher 1999).

**Instrumentelle Therapieziele** sind Zwischenziele, deren Erreichen nach Ansicht dieser beiden Autoren notwendig ist, um überhaupt einen fruchtbaren therapeutischen Prozess in Gang zu setzen bzw. diesen aufrechtzuerhalten. Als prozessbezogene Ziele

unterscheiden sie sich von sogenannten »finalen«, d. h. den eigentlichen Therapiezielen, da Letztere eher am Ende einer Behandlung stehen und eben nicht mehr als instrumentell gedacht werden für andere, grundlegendere Therapieziele.

Eine ähnliche Unterscheidung klingt auch in der Differenzierung »proximaler«, d. h. naheliegender, von sogenannten »distalen«, ferneren Therapiezielen (Kleinbeck 2010) an.

Wichtige instrumentelle Zwischenziele bei Ulrich L. (► Fallbeispiel, Abschn. 22.1) wären z. B. die Zurverfügungstellung von Information zum stationären Aufenthalt (und damit Arbeit an seiner diesbezüglichen Ambivalenz) bzw. die ausgiebige Aufklärung des Patienten über Krankheitsursachen und alternative Behandlungsmöglichkeiten. Beides dient dem Herstellen eines stabilen Arbeitsbündnisses, ebenfalls ein wichtiges instrumentelles Zwischenziel gerade bei einem Patienten, bei dem schon zwei ambulante Therapien zuvor gescheitert waren. Als Anwalt der Therapie sollte das stationär behandelnde Team zunächst vor allem auf solche instrumentellen Ziele fokussieren, denn z. B. ein stabiles Arbeitsbündnis, das subjektive Erleben des Patienten, sich in einer »helping alliance« zu befinden, hat sich empirisch auch in der stationären Psychotherapie als einer der wesentlichen Wirkfaktoren erwiesen (Duba 2008): Kommt der Patienten überhaupt »innerlich« in der Klinik an? Weiß er genug über die Art und Weise der Therapie, um seine Patientenrolle wirksam spielen zu können, oder überwiegen die Wünsche seines sozialen Umfeldes nach Veränderung des Leidensdrucks an der eigenen Person? Solche Fragestellungen scheinen auch in Supervisionen stationärer Therapien regelmäßig auf, wenn es darum geht, aus einem fremdmotivierten oder auch nur passiv »Anwendungen« erwartenden Patienten einen aktiven Mitgestalter seiner Therapie und damit seiner eigenen Zukunft zu machen.

Finale Therapieziele können dann je nach Problembereich des Patienten z. B. die Stärkung seines Ichs in den aus Tabelle 22-1 hervorgehenden Funktionsbereichen sein.

**Tab. 22-1** Die Stärkung von Ich-Funktionen als finales Therapieziel (mod. nach Bellak & Meyers 1975; Mertens 1990, S. 168 f.)

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realitätsprüfung                                        | Unterscheidung innerer/äußerer Stimuli, Verzerrung der Realität durch primitive Abwehrmechanismen                                                                                                                                         |
| 2. Realitätssinn                                           | wie »wirklich« erlebt der Patient sich und die äußere Realität, Konstanz und Kohärenz des eigenen Selbst, Trennung von Selbst- und Objektrepräsentanzen                                                                                   |
| 3. Urteilen und Antizipation                               | Konsequenzen des eigenen Tuns, logisches Denken in Ursache- und Wirkungszusammenhängen                                                                                                                                                    |
| 4. Regulation und Kontrolle von Triebimpulsen und Affekten | Fähigkeit zur Affektwahrnehmung, -identifizierung und -differenzierung, Unmittelbarkeit des Ausdrucks, Grad der Frustrationstoleranz, Neigung zu Ersatzbefriedigung und zum Agieren                                                       |
| 5. Objektbeziehungen                                       | Grad der Bezogenheit auf Andere, Objektkonstanz                                                                                                                                                                                           |
| 6. Denken                                                  | Fähigkeit zum klaren Denken und dazu, Gedanken anderen zu vermitteln, Konzentration, Begriffsbildung, sprachliche Intelligenz, Gedächtnis                                                                                                 |
| 7. Adaptive Regression im Dienste des Ich                  | Fähigkeit zur kontrollierten, kreativen Aufmerksamkeitsverschiebung, zur Suspendierung des logisch-rationalen Denkens z. B. beim Tagträumen                                                                                               |
| 8. Defensives Funktionieren                                | erfolgreiche Abwehr von dysphorischen Affekten, Einfluss von Abwehr auf Erleben und Verhalten                                                                                                                                             |
| 9. Stimulusschranke                                        | Ausmaß der Reaktionsbereitschaft gegenüber inneren und äußeren Reizen, Bewältigung sensorischer Reize, Reizschutz                                                                                                                         |
| 10. Autonomes Funktionieren                                | Ausmaß primärer Autonomie und Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Intentionalität, Gedächtnis, Sprache, Empfindung und motorischer Ausdruck; Ausmaß sekundärer Autonomie von Realitätsprüfungen, Urteilen, Objektbeziehungen usw. von Konflikten |
| 11. Synthetisch-integrative Kapazität                      | Fähigkeit, widersprüchliche Erfahrungen bzw. »gute« und »böse« Selbst-/Objektanteile zu integrieren, Ambivalenz- und Ambiguitätstoleranz                                                                                                  |
| 12. Bewältigungskompetenz                                  | subjektives Gefühl der Kompetenz, Übereinstimmung von tatsächlicher Leistung und Leistungserwartung                                                                                                                                       |
| 13. Einsichts- und Reflexionsfähigkeit                     | Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung, Selbstbeobachtung, Introspektion                                                                                                                                                              |

Hier kommt es allerdings nicht nur darauf an, sich bezüglich potenzieller Therapieziele möglichst verständlich auszudrücken, d.h. diese Ziele soweit wie möglich in der Sprache des Patienten zu formulieren, sondern auch darauf, den Aspekt der »Zieltiefe« (Kottje-Birnbacher & Birnbacher 1999) zu beachten (► Tab.22-2).

Patienten leiden in erster Linie unter Symptomen, d.h. unter relativ bewusstseinsnahen Beschwerden und Einschränkungen. Manchmal trägt auch noch die Reaktion ihres sozialen Umfeldes zu diesem symptombezogenen Leidensdruck bei. Folgerichtig geben Patienten bei der Frage nach ihren Problembereichen eben auch entsprechende Beschwerden bzw. korrespondierende Veränderungswünsche an.

Ein an der Veränderung von Persönlichkeitsstrukturen orientierter Therapeut mag solche Veränderungswünsche hingegen als oberflächlich und den Patienten bezüglich »wirklicher« Therapie möglicherweise als nicht ausreichend motiviert empfinden, was aus unserer Sicht durchaus in Gegenübertragungswiderstände münden und damit auf eine systematische Schwächung des Arbeitsbündnisses hinauslaufen könnte. Die explizite Wertschätzung eines instrumentellen Zwischenziels, Patienten im Laufe einer Therapie zunächst erst einmal vorsichtig in Bezug auf

ihren eigenen Beitrag zu ihren vielfältigen Problemen zu sensibilisieren, würde der Entstehung solcher verfahrensspezifischer Gegenübertragungswiderstände entgegenwirken und sie eher ermutigen, Projektionen zurückzunehmen, als sie für vermeintlich »oberflächliche« Motive abzuqualifizieren.

Als günstig hat sich deswegen erwiesen, wenn sich der Therapeut bezüglich der »**Zieltiefe**« im Prozess nicht allzu sehr von seinen Patienten entfernt. Größere Zieltiefe kann manchmal auch erst im Verlauf einer Therapie erreicht werden, weswegen zu Beginn der Behandlung zwar durchaus zwei bis drei vorläufige Ziele ins Auge gefasst werden können. Solche »Anfangsziele« sollten aber grundsätzlich offen sein für eine Überprüfung bzw. Umformulierung und damit für eine »Vertiefung« zu einem späteren Zeitpunkt. Überhaupt sollte der Therapeut sich zunächst mit den Zielen seines Patienten »probeidentifizieren« und von eigenen Entwürfen diesbezüglich vorerst eher absehen.

Bei Ulrich L. (► Fallbeispiel, Abschn.22.1) auf schnelle Veränderung der Persönlichkeitsstruktur zu dringen, wäre unter dem Aspekt der Zieltiefe als finales Ziel einer stationären Behandlung geradezu kontraindiziert. Ihn bezüglich seiner mangelnden Frustrationstoleranz bzw. seiner Bereitschaft zu Regression, Rückzug und Vermeidung für

**Tab.22-2** Die verschiedenen Ebenen der »Zieltiefe« (mod. n. Kottje-Birnbacher & Birnbacher 1999)

| Zieltiefe  | Beschreibung                                                                                                                                                                                                             |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gering     | ... wenn Ziele aus dem akuten Leidensdruck des Patienten abgeleitet werden                                                                                                                                               |
| Mittel     | ... wenn Therapieziele aus einer Krankheitstheorie abgeleitet werden, also eine kausale, d. h. eine ätiologisch orientierte Therapie der Grunderkrankung Linderung bringen soll                                          |
| Ausgeprägt | ... wenn Therapieziele nicht mehr einzelnen Krankheitsbildern oder Störungen zugeordnet werden, sondern wenn es um die Störanfälligkeit bzw. Disposition zur Erkrankung selbst geht (z. B. Persönlichkeitsveränderungen) |

maladaptive Bewältigungsmechanismen zu sensibilisieren, ihn zu positiv getönten Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermutigen und ihm zu helfen, seinen Alltag sinnvoll zu strukturieren, erscheint hingegen (langfristig instrumentell im Hinblick auf das Ziel der Persönlichkeitsveränderung) deutlich sinnvoller.

Mit der Unterscheidung zwischen instrumentellen und finalen Zielen bzw. dem Konzept der Zieltiefe mag also noch nicht viel über eine allgemeingültige Hierarchie von Therapiezielen ausgesagt sein, wohl aber über die notwendige Aufwertung instrumenteller Zwischenziele und damit über die notwendige Geduld, wenn es um die Erreichung finaler Ziele geht. Letztere dürften im stationären Kontext ohnehin nur in den seltensten Fällen vollständig erreicht werden. Viel wäre schon gewonnen, wenn es gelänge, valide Ziele zu definieren, deren Erreichen dann im ambulanten Kontext weiterverfolgt werden könnte. Die Gefahr, dass am Ende einer stationären Therapie stationär und ambulant verfolgte Ziele inhaltlich auseinanderfallen, ist jedenfalls nicht zu unterschätzen. Die jeweils individuell angesteuerten Therapieziele müssen deswegen im Entlassbrief auch keinesfalls enumerativ Erwähnung finden und der Grad der Zielerreichung muss nicht unbedingt zahlenmäßig präzise auf eine Kommastelle genau angegeben werden – im Gegenteil: Eine solche Praxis würde eher Scheinobjektivität erzeugen und ausgesprochen pseudowissenschaftlich wirken (so wünschenswert die Errechnung von Effektstärken auch sein mag, wenn konkrete Zahlen vorliegen). Formulierungen wie »... zu Beginn der Therapie stand vor allem Herstellen eines stabilen Arbeitsbündnisses im Vordergrund, da sich der Leidensdruck von Herrn L. eher an einem enttäuschenden Umfeld festmachte als an seinem eigenen Verhalten...« oder »... im Laufe der Therapie gelangte der Patient dann doch zu

einer vertieften Einsicht in die Hintergründe und Ursachen der von ihm beklagten Symptome...« und »... schlussendlich konnten wir den Patienten auch auf der Symptomebene deutlich gebessert und mit der Aussicht auf eine baldige Wiedereingliederung am Arbeitsplatz entlassen...« transportieren die Therapieziele implizit und unserer Meinung nach auch ausreichend differenziert.

Als brauchbare Orientierungshilfe hat sich in diesem Zusammenhang u. E. die »Heidelberger Umstrukturierungsskala« (HUS) erwiesen (Arbeitskreis OPD 2014; Rudolf et al. 2000). In dieser Skala werden aus einer psychodynamischen Perspektive sieben Stufen eines Behandlungsprozesses operationalisiert, der von der völligen »Abwehr/Nichtwahrnehmung des Fokus« über die »Anerkennung und Erkundung des Problembereichs« bis zur »Auflösung des Problems« reicht. Im Rahmen stationärer Psychotherapie ist dabei in aller Regel ein therapeutischer Prozessabschnitt zu durchschreiten, der von »Abwehr/Nichtwahrnehmung des Fokus« über die »ungewollte Beschäftigung und äußere Konfrontation mit dem Problembereich« bis zu einer »vagen Problemwahrnehmung« und der »Ahnung eigener Verantwortung« führt, auch wenn natürlich eine vertiefte Einsicht viel wünschenswerter wäre als eine bloße »Ahnung« des eigenen Beitrages. Wesentliches Medium für diesen Prozessabschnitt sind in aller Regel v. a. auch die interaktionellen und spezialtherapeutischen/averalen Therapieelemente, welche den Patienten überschaubare Interaktionssequenzen und ein damit verbundenes Erleben ermöglichen. Im weiteren Prozessverlauf kann dieses Erleben dann zunehmend systematischer Reflexion unterzogen werden; auf diese Weise werden Behandlungsvoraussetzungen geschaffen, welche eine Fortführung der Psychotherapie unter ambulanten Bedingungen ermöglichen.

## 22.3 Therapie- und Lebensziele

Therapieziele von Lebenszielen zu unterscheiden (Pöhlmann et al. 2001) scheint vor allem deswegen notwendig, um aufseiten der Patienten wie der Therapeuten gleichermaßen hochfliegenden Erwartungen in Bezug auf das durch stationäre Psychotherapie Erreichbare vorzubeugen und Idealisierungen zugunsten eines realistischen Arbeitsbündnisses entgegenzuwirken.

In der persönlichen Zielhierarchie weit oben angesiedelte **Lebensziele** wie z. B. die »Erfüllung durch familiäres Glück«, das »Erreichen einer beruflich bedeutsamen Position« oder der Anspruch, »ein gottgefälliges Leben zu führen«, sind nicht nur vage formuliert, sondern sie sind allesamt keine Therapieziele einer stationären Behandlung. Die Ziele stationärer Therapie müssen vielmehr in unmittelbarem Zusammenhang mit der Erkrankung bzw. den zur Therapie führenden Problembereichen eines Patienten stehen und damit auf alltagsrelevante »proximale« Aspekte fokussieren. **Therapieziele** können damit als persönliche Zielsetzungen auf einer eher mittleren Stufe eines hierarchisch vorgestellten Zielsystems angeordnet werden und stellen damit eine Brücke dar zwischen langfristigen Lebenszielen eines Patienten und dem, womit er sich im Alltag beschäftigt (Pöhlmann et al. 2001); ganz abgesehen davon, dass sich auch der zeitlich eng gesteckte Rahmen stationärer Behandlungen unmittelbar begrenzend auf die Erreichbarkeit bestimmter Zielsetzungen auswirkt.

Folgt man jedoch lediglich den Buchstaben des Sozialgesetzbuches, wie von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen immer wieder druckvoll praktiziert, könnte man das einzige Ziel einer stationären Behandlung darauf beschränken, lediglich ambulante Therapierbarkeit herzustellen. »Noch nicht oder nicht mehr ambulant therapierbar« lautet ja

eine durchaus plausible Zusammenfassung der möglichen Indikationen zu einer stationären Behandlung. Das Ziel ambulanter Therapierbarkeit würde damit zunächst nur auf ein Abmildern der Schwere einer Symptomatik bzw. vielleicht noch auf die Stärkung der Motivation eines Patienten hinauslaufen, allenfalls noch auf die Arbeit an möglichen Widerständen, die bislang das Zustandekommen einer ambulanten Therapie verhindert hatten. Da aber der Auftrag und damit die Ziele einer stationären Krankenhausbehandlung grundsätzlich auf das Erkennen und Behandeln von Krankheitsursachen ausgerichtet sind, müssen u. E. krankheitsbedingte Einschränkungen der Steuerungs- bzw. Handlungsfähigkeit eines Patienten als Ursachen erst einmal individuell erfasst und dann in Bezug auf das Entstehen einer Symptomatik bewertet werden. Solche Krankheitsursachen sind ausgesprochen vielfältig und werden je nach Verfahren auch unterschiedlich gewichtet. Therapeuten psychodynamischer Prägung suchen sie vornehmlich in inneren ungelösten (häufig biografisch determinierten und deswegen »reaktualisierten«) Konflikten, in strukturellen Defiziten einer Persönlichkeit bzw. in maladaptiven Abwehr- und Bewältigungsmodalitäten. Verhaltenstherapeuten fokussieren dagegen eher auf verfehlte Lernvorgänge bzw. deren Verankerung in festgefahrenen Schemata des Erlebens und Verhaltens mit den dazugehörigen dysfunktionalen Kognitionen. Dass sich verschiedene, eine Krankheit verursachende Faktoren aufsummieren können zu einer Art Gesamtvulnerabilität, wie auch der Umstand, dass Traumata aktualgenetisch die Ursache schwerwiegender Symptome sein können, ist mehr oder weniger Allgemeingut verschiedenster Ansätze.

Das Erkennen und Behandeln von Krankheitsursachen heißt also in jedem Fall, die von einem Patienten geschilderten Problembereiche bzw. die an ihm feststellbaren Symptome



auf die genannten Ursachen zu beziehen, ungelöste Konflikte, strukturelle Defizite, fehlgeschlagene Lernvorgänge oder maladaptive Verhaltensschemata zu identifizieren und sowohl deren Verständnis als auch deren Veränderung zum (finalen) Ziel einer Krankenhausbehandlung zu machen. Dies erfordert im Team einen genauso komplexen wie stör anfälligen Vorgang

- der Rückführung einer Symptomatik auf ihre Ursachen,
- der Bewertung von Veränderungsmöglichkeiten, bezogen auf diese Ursachen,
- des Spezifizierens von Veränderungszielen im Hinblick auf die Aufgaben der verschiedenen im Team zusammengefassten Berufsgruppen.

Komplex ist dieser Vorgang aufgrund der verschiedenen miteinander konkurrierenden Theorien der Krankheitsentstehung, stör anfällig aufgrund der Vielfältigkeit der im Team zusammenarbeitenden Berufsgruppen und Persönlichkeiten und den sich daraus notwendigerweise ergebenden Teamkonflikten.

## 22.4 Therapieziele im Lichte verschiedener Verfahren

Sind im Zeitalter der Beschleunigung (Rosa 2013) damit die Zeiten vorbei, in denen man mit Freud Therapieziele darauf reduzieren konnte, unbewusste Motivationen indirekt (per analytischem Vorgehen) zu erschließen und damit dem bewussten Erleben zugänglich zu machen? Kann dem (noch) zugestimmt werden, dass die Aufgabe der Therapie erledigt wäre, gelänge es, *»die für die Ich-Funktionen günstigsten psychologischen Bedingungen«* (Freud 1937c/1980, S. 96) herzustellen?

Versteht man unter »günstig« die Stärkung der Ich-Funktionen eines Patienten (► Tab. 22-1, Abschn. 22.2) bzw. dass dieser

nicht länger darauf angewiesen ist, Konflikte bzw. Traumata passiv zu erleiden, sondern sich befähigt fühlt, diese aktiv zu bewältigen, scheint Freuds Ansatz nichtsdestoweniger bedenkenswert: Weniges wirkt motivierender auf das Individuum zurück, als selbst aktiv etwas zu einer gewünschten Veränderung beitragen zu können, und wenigens scheint das Selbstgefühl eines Menschen mehr zu stärken als Erfahrungen der eigenen Selbstwirksamkeit. Geradezu deletär sind hingegen Fantasien des eigenen Unvermögens, Gefühle der wie auch immer gelernten Hilflosigkeit (Seligmann 1975), des Ausgeliefertseins und der eigenen Schwäche. Nicht nur weil Erfahrungen der Ohnmacht und der Hilflosigkeit häufig am Anfang einer Symptombildung stehen, stellt das Therapieprinzip der »Meisterung« solcher Erfahrungen (Weiss & Sampson 1986) ein wichtiges Therapieziel dar. Als das psychodynamische Gegenstück der eher verhaltenstherapeutisch konzeptualisierten Selbstwirksamkeit zielt »Meisterung« in gleicher Weise auch auf ein Mehr an bewusster, d. h. kognitiver Kontrolle über eine bis dahin scheinbar unkontrollierbare Eigendynamik in der Symptombildung und damit auf ein Mehr an inneren und äußeren Spielräumen bzw. auf geglücktere Lösungen bis dato unbewältigbarer Problembereiche. Meisterung und das subjektive Gefühl der Selbstwirksamkeit sind zwei Seiten einer Medaille, welche die psychodynamischen Verfahren u. E. mit der Verhaltenstherapie mehr oder weniger gemeinsam haben.

Daneben gibt es aber auch signifikante Unterschiede, denn psychoanalytisch inspirierte Köpfe werden um der Individualität ihrer Patienten willen zwar auch »Veränderung« im Sinn haben, der Festlegung von konkreten Zielen aber vielfach eher skeptisch gegenüberstehen: *»In der psychoanalytischen Deutungstechnik kann zwar nicht ziellos kommuniziert werden, aber die Ziele bleiben offen, und sie*

*werden durch die Spontaneität des Patienten, durch dessen freie Assoziationen und durch dessen kritische Prüfung der Ideen des Analytikers und ihrer offenen und latenten Ziele gestaltet»* (Thomä & Kächele 1987, S. 13). Psychotherapie als ergebnisoffener Prozess kann, einem solchen Verständnis folgend, nicht oder zumindest kaum auf eng definierte Therapieziele ausgerichtet sein, ohne ein »Hauptziel« psychoanalytisch-psychodynamischer Arbeit, »Einsicht« als Selbsterkenntnis und damit die Stärkung der Autonomie bzw. der Eigenverantwortlichkeit eines Patienten zu verletzen. Ansonsten dürften die Vorstellungen psychodynamisch-orientierter Teammitglieder der auch sehr vom jeweiligen Kenntnis- bzw. Ausbildungsstand abhängen. Therapieziele können entweder eher trieb- bzw. Ich-psychologisch formuliert werden, wenn z. B. auf abgewehrte Lebendigkeit bzw. die Stärkung des Ich in den damit verbundenen Auseinandersetzungen fokussiert wird. Therapieziele können sich aber auch an der Selbstpsychologie orientieren, wenn sie auf Defizite in der narzisstischen Regulation oder auf maladaptive Abwehr- und Bewältigungsmechanismen im Bereich von Selbst- und Selbstwertkonflikten abheben. Steht die Arbeit an konflikthaften Bindungs- und Beziehungsschemata im Vordergrund, worauf objektbeziehungstheoretische Ansätze fokussieren (Luborsky & Crits-Christoph 1990; Strupp & Binder 1991), spielt sich die Therapie primär im Feld der Übertragung ab und lokalisiert ihre Ziele vor allem in deren Verständnis bzw. Bearbeitung.

Therapeuten verhaltenstherapeutischer Provenienz werden eine solche freie Gestaltung der Ziele im Verlauf eher ablehnen und mit Hinweis auf den möglichst zweckrationalen Einsatz von knappen Ressourcen und die Notwendigkeit expliziter Zielorientierung vielleicht eher das Gegenteil propagieren. Es ist geradezu ein Markenzeichen von lerntheoretischen bzw. verhaltenstherapeutischen An-

sätzen, Therapieziele möglichst genau und explizit zu benennen und sich bei der Definition sinnvoller Therapieziele nahezu ausschließlich an den für einen Patienten maßgeblichen Problembereichen zu orientieren. Entsprechend dem lerntheoretischen »*Erwartungs-mal-Wert-Paradigma*« (Grawe 1998, S. 69 ff.) dürften verhaltenstherapeutisch geprägte Teammitglieder die Auswahl von Therapiezielen dabei auch darauf abstellen, welche Bedeutung der Patient einem Ziel in Relation zu der subjektiv vorgestellten Erreichbarkeit beimisst. Sie werden insbesondere solche Therapieziele ansteuern, die Vermeidung reduzieren und die Entwicklung von Strategien einer besseren Problembewältigung implizieren, unabhängig davon, ob es sich dabei um intraindividuelle Probleme (z. B. maladaptive »Kognitionen« im Sinne negativer Kontrollüberzeugungen oder Selbstwertkonflikte), um interaktionelle Beziehungsprobleme oder um Wechselwirkungen zwischen beiden handelt.

Im Unterschied zu den bewältigungsorientierten Ansätzen der Verhaltenstherapie bzw. den einsichts- und konfliktorientierten Ansätzen psychodynamischer Therapeuten lehnen sogenannte lösungsorientierte Ansätze den ursachenbezogenen »Problemtalk« überhaupt ab, um ganz allgemein Lösungen in den Vordergrund zu rücken: Lösungen als Ziele zu fokussieren heißt in der Sprache dieser oft auch systemisch orientierten Gruppe von Therapeuten, zunächst »irgendetwas« an den pathologischen Ritualen eines Patienten zu verändern. Als Indexpatienten zeigen insbesondere nach systemtheoretischer Überzeugung Patienten oder Klienten ohnehin eher systemische Verwerfungen an, denen man dann eben auch systemisch entgegenarbeiten sollte, um den überindividuellen Funktionen und Zwängen, die einen Patienten in seine Symptomatik binden, gerecht zu werden. Ziele, die sich daraus ergeben, werden damit

nicht mehr im Rahmen einer Ein-, sondern regelmäßig bezogen auf eine Mehrpersonen-Psychologie definiert.

Nachdenklich machen hier weniger die Unterschiede zwischen den einzelnen Verfahren und Ansätzen als vielmehr der Sprachgebrauch, der das Umfeld stationärer Behandlungen zunehmend atmosphärisch einfärbt: Um Therapieziele »effizient planen« zu können bzw. ihnen mit einer »konsequenten« und »effektiven Zielorientierung« (Heuft & Senf 1998; Heuft et al. 1996) gerecht zu werden, wurden in den letzten Jahren und Jahrzehnten alle möglichen Strategien der Zielsetzung und -formulierung, der Zielvereinbarung sowie der Überprüfung von Zielerreichung in Umlauf gebracht, so, als ob sinnvolle Ziele einer stationären Therapie tatsächlich immer und sicher bereits zu Beginn einer Behandlung festgelegt werden könnten. Soll dann der Grad der Zielerreichung oder auch der der »Umstrukturierung« präzise objektiviert werden, dürfte zwar der Legitimation stationärer Psychotherapie Genüge getan worden sein; der Preis einer solchen manchmal fast beängstigend anmutenden »Konsequenz« und »Effektivität« könnte am Ende jedoch hoch sein, wenn nämlich diese Art der Zielplanung und -erreichung den Blick verstellt für die Person hinter ihren objektivierbaren Fortschritten in sorgfältig definierten Problembereichen. Ein wesentliches Ziel der psychotherapeutisch-psychosomatischen Medizin (letztlich die Einführung des Subjekts in den klinischen Alltag durch das Verstehen verschütteter Sinnzusammenhänge bzw. die Verinnerlichung von »heilsamer Beziehung« durch dieses Subjekt) könnte gerade durch diese Art der konsequenten Objektivierung verfehlt werden. Ergebnisoffen wäre eine solche therapeutische Wanderung dann allemal nicht mehr, sondern eher eine Art Gewaltmarsch auf dem Weg »politisch korrekter« Pfade der Gesundung.

Damit sind jedoch die End- und Eckpunkte einer breiten Palette unterschiedlichster Meinungen und Ansätze auf dem Spielfeld der Therapieziele und deren Formulierung eher angedeutet als detailliert beschrieben. In einer an Pragmatismus und Praktikabilität ausgerichteten Praxis sollte es andererseits immer darum gehen, einerseits nicht ziellos herumzuexperimentieren in der Hoffnung, durch irgendeine Form des Miteinanders Besserung oder Veränderung zu erreichen. Auch wenn »Besserung« eines Patienten ohne definierte Zielsetzung kein ganz seltenes Ergebnis stationärer Behandlungen sein dürfte: Schon die Herausnahme aus dem gewohnten Umfeld, die neue, meist eher freundliche Umgebung, das Versorgt-Werden mit anregenden sozialen Kontakten, bedenkenswerten Ideen und nicht zuletzt auch schmackhaftem Essen, all das dürfte schon für viele Patienten Entlastung, Anregung und Remoralisierung bedeuten. Fraglich bleibt aber, wie tragfähig sich solche Veränderungen nach Entlassung erweisen – ohne tieferes Verständnis eines Patienten in seinen »eigenen Beitrag« zu den von ihm beklagten Problembereichen. Einsicht in eigene problemfördernde Eigenschaften und Verhaltensweisen, in zuvor maladaptive Abwehr- und Bewältigungsmodalitäten bzw. dysfunktionale Schemata im Annäherungs- bzw. Vermeidungsverhalten und dessen Veränderung sollte jedenfalls in einer pragmatisch ausgerichteten Zielhierarchie u. E. nicht fehlen (► Übersicht »Therapieziele im Verlauf einer stationären Psychotherapie«). Insbesondere für Anfänger dürfte die dargestellte Hierarchisierung allgemeiner Therapieziele hilfreich sein, erlaubt sie doch nicht nur eine basale Orientierung über Therapieziele, die im Verlauf stationärer Psychotherapien allgemein zu berücksichtigen sind, sondern auch über Ziele, die regelhaft zumindest bedacht, ggf. aber auch ausgeschlossen werden können.

### Therapieziele im Verlauf einer stationären Psychotherapie

- Information, Aufklärung und Motivation
- Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung
- das Herstellen und Sichern eines stabilen Arbeitsbündnisses (»Hilfreiche Beziehung«)
- Stabilisierung im Selbstgefühl (z. B. im Rahmen einer Krisenintervention)
- das Feststellen von Krankheitsursachen (Konfliktachse, Strukturachse, Abwehr)
- Einsicht in den »eigenen Beitrag« des Patienten (Klärung)
- bessere Symptom- und Konfliktbewältigung in signifikanten Problembereichen
- Ressourcenaktivierung: Selbstwirksamkeitserfahrungen in positiv besetzten Bereichen
- Partizipation: privat und beruflich
- Symptomreduktion: seelisch und körperlich
- Transfer des Erlernten in die angestammten sozialen Kontexte
- Fähigkeiten zur Teilnahme an ambulanter Psychotherapie

Im Fall von signifikanter Selbst- und Fremdgefährdung geht es immer zuerst um die explizite Sicherung des betroffenen Patienten bzw. um Gefahrenabwehr. Im wahrsten Sinne des Wortes haben »notfalls« alle anderen Therapieziele zurückzustehen, denn wenn Leib und Leben eines Patienten auf dem Spiel stehen, muss dessen Sicherheit eben allem anderen untergeordnet werden. Auch auf Beziehungsaspekte kann manchmal nur eingeschränkt Rücksicht genommen werden, steht z. B. eine notfallmäßige Verlegung oder die Zwangsernährung gegen den erklärten Willen einer Patientin an. Legt man zudem die Unterscheidung zwischen instrumentellen und finalen Therapiezielen zugrunde, haben danach das Herstellen eines stabilen, d. h. vertrauensvollen Arbeitsbündnisses als einem der wesentlichsten (auch empirisch als Wirkfaktor belegten) Zwischenziele und die Bearbeitung entgegenstehender, übertragungsbe-

dingter wie auch gegenübertragungsbedingter Widerstände in aller Regel Vorrang vor anderen, inhaltlichen Therapiezielen im engeren Sinne. Auch die umfassende Information eines Patienten und die Stabilisierung seiner Motivation, sich überhaupt einer stationären Therapie zu unterziehen bzw. den Rahmen und die Regeln dieser Therapie zu beachten, sowie dessen Aufklärung über Art und Ursachen seiner Erkrankung wie auch über krankheitsfördernde bzw. -lindernde Verhaltensweisen etc. können den instrumentellen Therapiezielen zugerechnet werden.

»Einsicht« in den eigenen Beitrag zum Zustandekommen der Erkrankung bzw. zu deren Aufrechterhaltung dürfte eine Mittelstellung zwischen instrumentellen und finalen Therapiezielen darstellen. Einsicht ist nicht nur aus psychodynamischer, sondern auch aus kognitionspsychologischer Sicht eine geradezu unverzichtbare Grundlage für jedwede Form der Veränderung maladaptiver Muster des Erlebens und Verhaltens und damit ein wichtiges Therapieziel. Der Erschließung brachliegender oder dem Entwickeln neuer Ressourcen, z. B. persönliche Beziehungen, die Zugehörigkeit zu größeren Gruppen, die Verbesserung körperlicher Funktionen, die Partizipation an wichtigen sozialen Kontexten z. B. in Familie und Beruf, kommt u. E. ebenfalls eine Mittelstellung zu – wie auch dem Herstellen der ambulanten Therapierbarkeit.

Die Stärkung von Ich-Funktionen ist hingegen, wie die Veränderung maladaptiver Muster des Erlebens und Verhaltens, eher ein finales Therapieziel, insbesondere bei Patienten mit Störungsbildern, bei denen diesbezügliche Defizite die Symptomatik bestimmen. Ansonsten sind die Verbesserung der Selbstregulation bzw. des Selbstmanagements wie auch die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit durch die Bearbeitung damit verbundener Konflikte wichtige finale Ziele einer

stationären Therapie, zu denen nicht zuletzt auch eine signifikante Symptomreduktion bzw. Verbesserungen in den jeweils individuellen Problembereichen eines Patienten zu zählen sind.

## 22.5 Unterschiedliche Berufsgruppen – unterschiedliche Behandlungsziele?

Die Einigung auf wesentliche Therapieziele mit einem Patienten mag schon für den einzelnen Behandler eine echte Herausforderung darstellen, sich im Team auf eine einheitliche Richtung diesbezüglich zu verständigen, ist es angesichts der in einem Behandlungsteam regelmäßig vertretenen verschiedenen Berufsgruppen ganz sicher. Deren jeweils sehr unterschiedliche Sozialisation und Therapievorstellungen sowie die individuellen Charaktere und Persönlichkeiten der beteiligten »Experten« machen die Sache nicht einfacher. Je länger Experten in einer Organisation tätig sind, desto souveräner, aber auch desto eigenwilliger interpretieren sie ihre Aufgaben, manchmal mehr identifiziert mit der eigenen Expertise als mit der Notwendigkeit zur Kooperation.

Am gemeinsamen Tisch eines Teams sitzen jedenfalls Pflegekräfte, Ärzte und Psychologen, Spezial- und Sozialtherapeuten mit z. T. sehr unterschiedlichen Therapievorstellungen und, wenn man so will, »Identitäten«. Schon die Einigung bezüglich wesentlicher Wirkfaktoren einer stationären Psychotherapie mag da schwerfallen. Gelingt dies trotzdem, können Therapiezielen – wie übrigens auch dem Rahmen einer Behandlung – wichtige triangulierende Funktionen zukommen, stellen sie doch dann das »Dritte« dar, worauf anlässlich von Verwicklungen oder Komplikationen immer wieder Bezug genommen werden kann.

Nicht nur durch verschiedene Verfahren, sondern vor allem durch die unterschiedlichen im Team repräsentierten Berufsgruppen werden also recht mannigfache Ziele in eine Behandlung »eingespeist«, unabhängig davon, ob diese dann als Pflegeziele oder als medizinische Ziele von den Therapiezielen definitorisch abgegrenzt werden. Pflegeziele und davon abgeleitete Maßnahmen ergeben sich z. B. vornehmlich aus der Perspektive der Alltagsbewältigung bzw. häufig auch aus einer eher körperlich-medizinischen Perspektive; sie sind deswegen auf alltäglich notwendige Verrichtungen bzw. das alltägliche Funktionieren eines Patienten ausgerichtet. Alltags- und symptomnahe Ziele (► Übersicht »Pflegeziele bei Übergewicht«) sollten aber keinesfalls geringgeschätzt werden, da deren Erreichbarkeit ganz entscheidend zu einem Grundgefühl der Selbstwirksamkeit eines Patienten und der besseren Kontrolle über sich und betroffene Problembereiche beitragen kann. Pflegeziele stehen damit nicht im Widerspruch zu anderen Behandlungszielen, sondern ergänzen idealerweise andere therapeutische Zielsetzungen mit ggf. größerer »Zieltiefe«.

### Pflegeziele bei Übergewicht

(zit. n. Sonnenberg Klinik 2015)

Alle nachfolgenden Pflegeziele, die in der individuellen Pflegeplanung Anwendung finden, erfolgen in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt/Psychologen und sind an den Behandlungs- bzw. Therapiezielen auszurichten.

Als Ziel soll der Patient

- sein inneres Befinden spüren und wissen, dass und wie dieses zum übermäßigen Nahrungsmittelkonsum führen kann.
- Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit einer gesundheitsschädigenden Gewichtszunahme oder Überernährung stehen, erkennen.
- eine Veränderung der Essgewohnheiten, der aufgenommenen Nahrungsmittelmenge und -qualität zeigen.

- die individuelle Kost und das Bewegungsprogramm einhalten.
- eine Gewichtsreduktion bei bestmöglichem Gesundheitszustand erreichen.

Gleiches gilt naturgemäß auch für die von anderen Berufsgruppen mit dem Patienten ins Auge gefassten Ziele, seien es Sozialarbeiter, Physio- bzw. Sport- und Bewegungstherapeuten oder Kreativtherapeuten aus dem Bereich der Musik- oder der Kunst- und Gestalttherapie. Verfahrensspezifische Schwerpunkte in den Zielsetzungen dieser häufig als nonverbal apostrophierten Therapien können zwar gelegentlich abweichen von den Zielen im engeren Sinne (► Übersicht »Therapieziele im Verlauf einer stationären Psychotherapie«, Abschn. 22.4). Ziele wie die Nutzung kreativer Ressourcen, eines verbesserten Körpergefühls oder einer real verbesserten Beweglichkeit arbeiten aber den »eigentlich« angezielten therapeutischen Veränderungen in spezifischen Problembereichen zu. Da sich vor allem behandlungsbedürftige Probleme und Konflikte eines Patienten immer auch in den durch diese nonverbalen Verfahren hergestellten Therapiesituationen spezifisch niederschlagen, werden durch diese Verfahren eher zusätzliche Beobachtungs- und Behandlungsräume eröffnet, als dass grundsätzlich andere, alternative oder gar abweichende Therapieziele definiert würden. Alternativ sollte an diesen Verfahren eigentlich nur der Zugang zu den relevanten Problembereichen eines Patienten sein. Um von den im Team mit dem Patienten abgesprochen Therapiezielen nicht abzulenken, das Besondere einer Methode beispielsweise nicht zu Konkurrenz Zwecken zu missbrauchen (was allenfalls in einer Reihe von parallelen Therapieprozessen, nicht jedoch in einem integrierten Therapiegeschehen enden würde), sind natürlich regelmäßige und zielbezogene Ab- und Rücksprachen zwischen den verschiedenen Akteuren eines the-

rapeutischen Teams unerlässlich. Manchmal bietet z. B. die Visite oder deren Nachbesprechung einen geeigneten Ort zur Integration der notwendigerweise entstehenden unterschiedlichen Eindrücke bzw. zur Reflexion und damit zur Triangulierung bei eventuell divergierenden Zielvorstellungen.

## 22.6 Therapiezielformulierung als Prozess

Als praktisch hat es sich erwiesen, wenn Therapieziele auch im Hinblick auf Krankheitsursachen explizit schon im ambulanten Vorgespräch angedacht bzw. grob umrissen (wenn auch sicher noch nicht endgültig fixiert) werden könnten, sodass Therapeut und Patient in der Aufnahmesituation bzw. in der Anfangsphase der Behandlung in der Klinik in der Lage sind, auf erste Überlegungen diesbezüglich zurückzugreifen. Trotz vergleichbarer Krankheitsursachen unterscheiden sich Patienten in ihren Persönlichkeiten erheblich und sind auch sehr unterschiedlich motiviert und befähigt, von einer Therapie zu profitieren, weswegen immer eine möglichst individuelle Formulierung von Therapiezielen versucht werden sollte. Ohne einen solchen Versuch blieben die implizit vorhandenen Vorstellungen und Ziele von Patienten wie Therapeuten (aber auch von anderen »Dritten im Bunde«, denn auch Angehörige, Zuweiser oder Kostenträger verfolgen in der Regel Behandlungsziele; ► Thomä & Kächele 1985, 1987) »unartikulierte« und in ihrem Einfluss auf die Therapie unkalkulierbar. Missverständnisse im Verlauf der Therapie wären damit vorprogrammiert und deren Wirksamkeit infrage gestellt.

Auch wenn mit der Wahl und Formulierung von Therapiezielen im Einzelfall einige Probleme verbunden sein mögen, so können doch »richtig« gewählte bzw. »wohlgestaltete«



Ziele (Berking 2015) auch noch nach Aufnahme in die Klinik beträchtlich zu einer stationären Behandlung motivieren. Der Verhandlung bzw. der Verständigung über erstrebenswerte und erreichbare Ziele sollte also zu Beginn einer Behandlung ausreichend Zeit eingeräumt werden. Keinesfalls sollte es sich bei diesen Verhandlungen jedoch um unveränderbare Setzungen handeln, an die sich die Beteiligten dann im Verlauf sklavisch zu halten hätten. Im Gegenteil: Die Möglichkeit, Therapieziele zu relativieren, im Lichte neuer Erkenntnisse und Erfahrungen gemeinsam mit dem Patienten andere Schwerpunkte und Gewichtungen vorzunehmen, sollte die anfängliche, vorläufige Formulierung von Zielen eher erleichtern – ganz abgesehen davon, dass es eine interessante Frage darstellt, wann eigentlich eine stationäre Behandlung überhaupt beginnt (► Kap. 19 und Kap. 20). Denn das instrumentelle Ziel der Patienteninformation, d.h. Transparenz bezüglich wesentlicher Modalitäten der Therapie herzustellen, den Patienten über bestimmte Aspekte des Settings aufzuklären etc., kann schon lange vor einem Erstgespräch bzw. vor dem eigentlichen Aufnahmetermin verfolgt werden. Im Zeitalter des Internets seitens einer Klinik aussagekräftiges Informationsmaterial bereitzustellen bzw. auf Fragen eines Patienten diesbezüglich ggf. telefonisch durch einen definierten Ansprechpartner oder in einem Vorgespräch einzugehen, sind gute Gelegenheiten. Vorgespräche erweisen sich u.E. als sehr geeignet, diesen Informationszielen auf persönliche Art und Weise nachzukommen. Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang, den Patienten mit einer differenzierten Zieldiskussion nicht zu überfordern, wenn dieser, wie Herr L. (► Fallbeispiel, Abschn. 22.1), zunächst nur unspezifisch »Besserung« erwartet bzw. »Entlastung« oder »Beruhigung«. Um unangenehme Verhörsituationen zu vermeiden, kommt es nicht zuletzt auch auf den

Sprachgebrauch an. Eine vorsichtige Erkundigung wie z.B. »Gibt es auf Ihrer Seite Erwartungen, was sich möglicherweise durch diese Therapie ändern sollte?« lässt Patienten mehr Spielräume als die direkte Frage: »Welche Ziele verbinden Sie mit einer stationären Therapie?«. Fallen dem Patienten dann keine überzeugenden Ziele ein, ist er diesbezüglich ambivalent oder sogar überwiegend fremdmotiviert, können ihn solche Fragen leicht in eine unangenehme Position der Beschämung bringen.

Auch am Aufnahmetag selbst wird eher weniger Zeit für eine differenzierte Thematisierung von Therapiezielen bleiben, zu sehr stehen diagnostische Überlegungen, die Aufklärung über wesentliche Abläufe und nicht zuletzt auch Formalitäten auf der Tagesordnung. Patienten sind zudem verunsichert über die neue Situation und müssen sich erst einmal zurechtfinden. Sollen Überlegungen zu den möglichen Zielen einer Behandlung einen echten Möglichkeits- bzw. Übergangsraum eröffnen (Tenbrink 2014; Winnicott 1953) und nicht lediglich formal festgelegt werden, dürfte es am Aufnahmetag schwerfallen, valide finale Therapieziele zu definieren: Weder kann der Patient die Reichweite einer stationären Behandlung abschätzen, noch »kennt« ihn das Team in seinen Eigenarten und wirklichen Problemen auch nur einigermaßen. Schwierigkeiten in der Zielformulierung sollten deswegen nicht »mechanisch« überwunden werden, indem formal vielleicht »korrekte«, aber inhaltlich wenig relevante oder sogar triviale Ziele vereinbart und z.B. auf einer Liste angekreuzt werden. Da ursachenbezogene Therapieziele immer auch den Fokus einer Behandlung widerspiegeln, reicht es u.E. völlig aus, emotional relevante Ziele im Laufe der ersten beiden Woche einer Behandlung zu konkretisieren. Ein solcher, etwas großzügiger Zeitrahmen erlaubt nicht nur die systematische Einbeziehung des

Teams in die Frage der Zielfindung, sondern legt den Schwerpunkt auf den Inhalt und nicht auf die Form.

Grawe, an dessen Institut in Bern das »Therapiezielinventar« (Grosse & Grawe 2002) entwickelt wurde, berichtet in diesem Zusammenhang, dass fünf Gruppen von Zielen besonders häufig von Patienten zu Beginn der Therapie benannt werden:

- Problembewältigung/Symptomreduktion
- interpersonale Ziele
- Wohlbefinden
- Orientierung/Sinnfindung
- Selbstentwicklung/Selbstwert

Diese Gruppen klingen zwar intuitiv recht naheliegend und nachvollziehbar. Um jedoch den u. a. von Wöller und Kruse (2010) geforderten Eigenschaften gerecht zu werden (► Übersicht »Eigenschaften von Therapiezielen und Kriterien der Zielformulierung«, Abschn. 22.1), sollten Therapieziele innerhalb dieser Gruppen präzise lokalisiert, inhaltlich konkretisiert und möglichst problembezogen definiert werden. »Wohlbefinden« und »Sinnfindung« alleine können nicht Ziel einer stationären Krankenbehandlung sein, denn »Unwohlsein« und »Sinnlosigkeit« als solche sind nicht notwendigerweise Ausdruck eines krankheitswertigen Geschehens und schon gar keine ätiologisch relevanten Ursachen von Erkrankung.

Als eindeutig krankheitswertig und damit Ich-dyston erleben die meisten Patienten jedoch ihre symptomatischen Beschwerden. Eines der wichtigsten – weitgehend verfahrensunabhängigen – finalen Ziele von stationärer Therapie ist damit sicherlich eine Besserung auf der Symptomebene (► Abschn. 22.2). Dies nicht nur, weil Symptome z. B. aus dem Bereich der Angststörungen, der depressiven Störungen oder der somatoformen Störungen recht häufig sind, sondern auch, weil Symptome allgemein (und der damit einhergehende

Teufelskreis des Kontrollverlustes meist im Besonderen) eine erhebliche Einschränkung der subjektiven Steuerungsfähigkeit bedeuten. Die damit verbundenen, teilweise erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität führen zu Frustration und damit zu verschiedensten Formen der sekundären Aggressivierung sowie konsekutiv fast immer auch zu einer weiteren Symptomverstärkung. Dementsprechend wird im stationären Kontext in der Regel ein entsprechender Aufwand betrieben, um gerade auch Besserungen auf der Symptomenebene herzustellen bzw. zu dokumentieren. Huber et al. (2009) berichten in diesem Zusammenhang aus einer eigenen Studie, in denen mit typischen Instrumenten zur Selbstbeschreibung bzw. der Fremdbeobachtung (SCL-90, IIP, GAF, CGI und BSS) nachhaltige Effekte auch noch ein Jahr nach der stationären Behandlung nachweisbar waren. Dass Effektstärken im Bereich der reinen Symptomatik (z. B. Depressivität) höher ausfallen als bei Variablen, mit denen Veränderungen im Beziehungsverhalten erfasst werden (z. B. dem IIP), entspricht der allgemeinen klinischen Einschätzung, nach der Letzteres in viel höherem Maße Ich-synton im Persönlichkeitsbild bzw. in der Charakterstruktur eines Patienten verankert und damit weniger veränderbar sein dürfte als z. B. eine Ich-dystone Symptomatik. Dass die Veränderung symptomverursachender Faktoren, wie ungeklärte Konflikte oder maladaptive Schemata des Verhaltens neben Defiziten in der Persönlichkeitsorganisation, das eigentliche Ziel der Therapie darstellt und nicht direkt, sondern eben nur indirekt qua Symptomebene gemessen werden kann, steht auf einem anderen Blatt.

Eine völlig andere Frage ist auch, wie viele Therapieziele sinnvollerweise angestrebt werden sollten. Heuft und Senf (1998) sehen in der Therapiezieldefinition nicht nur eines der entscheidenden Elemente einer schulen- wie

auch sektorenübergreifenden Basisdokumentation (Psy-BaDo). Sie empfehlen, nach der »Installierung des Arbeitsbündnisse auch bis zu fünf Therapieziele dieser konkret geplanten Behandlung« auszuhandeln, und sehen diese Ziele dann auch als »grundlegenden Bestandteil des psychotherapeutischen Arbeitsvertrages« (Heuft & Senf 1998, S. 2687).

Bei einer größeren Zahl von Zielen besteht u. E. jedoch die Gefahr, dass die eine Zielsetzung die andere verwässert, abgesehen von der Verwirrung, die mehrere vielleicht sogar miteinander konkurrierende Ziele im einzelnen Patienten auslösen könnten. Drei, maximal vier wesentliche Therapieziele zu definieren und ihnen in einer stationären Behandlung näher zu kommen, erscheint uns völlig ausreichend. Ob dabei das von Heuft und Senf (1998) vorgeschlagene Formblatt oder eine andere, ggf. elektronisch vorgegebene Variante der Dokumentation bevorzugt wird, sei dahingestellt, solange am Ende einer Behandlung die wesentlichen, ursprünglichen Ziele noch rekonstruiert werden können. Für Letzteres genügt unserer Erfahrung nach auch eine eher lose Form der Dokumentation. Es muss nicht unbedingt die »Goal Attainment Scale« (Schaefer & Kolip 2010) sein, mithilfe derer Therapiezielerreichung dokumentiert wird. Im Gegenteil: Je formaler Ziele und Zielerreichung im Verlauf »abgearbeitet« werden müssen, desto größer ist die Gefahr, an inhaltlich Wichtigem »vorbeizutreffen«. Denn genauso wichtig wie die Erreichung von anfänglich ins Auge gefassten Therapiezielen ist in nicht wenigen Verläufen das, was sich jenseits dieser Ziele »getan« hat, welche Eindrücke der Patient aus der Behandlung »ungezielt« mitnimmt, welche Entwicklungsprozesse möglicherweise ungeplant angestoßen werden konnten etc. Dass es sich bei stationärer Therapie wie letztlich bei jeder Form der Psychotherapie um ein ganzheitliches Geschehen handelt, bei dem es genauso um »im-

plizites« Lernen (Grawe 2004, S. 425 ff.) geht wie um das Verfolgen expliziter Ziele, d. h. um Prozesse der Verinnerlichung genauso wie um explizite Verhaltensänderung, wird heute auch von eher verhaltenstheoretisch ausgerichteten Therapeuten nicht bestritten.

## 22.7 Divergierende Therapieziele und Zielkonflikte

Therapieziele müssen also im Spannungsfeld des multimodalen Mehrpersonenstücks »stationäre Behandlung« formuliert werden. Und schon die Überweisung eines Patienten zur stationären Behandlung ins Krankenhaus erfolgt unter einer gewissen Zielvorstellung, wobei sich die Ziele, welche Zuweiser, Angehörige oder sogar Kostenträger mit einer stationären Behandlung im Einzelfall verbinden, erheblich voneinander unterscheiden können. Geht es einem Hausarzt eher um die Vorbereitung eines Patienten auf die eigentliche, ambulante Therapie, so geht es dem ambulanten Therapeuten vielleicht eher um einen aussagekräftigen Arztbrief, der bei der Formulierung des Kassenantrags helfen soll. Manchmal geht es auch »nur« bei einer Ferienunterbrechung um die Überbrückung einer kritischen Phase in einer ambulanten Psychotherapie. Verfolgt dann der in der Klinik behandelnde Kollege jedoch die ehrgeizigen Ziele einer durchgreifenden Heilung, sind Missverständnisse und Verwicklung vorprogrammiert.

Aber auch Angehörige verbinden nicht selten sehr persönliche Zielvorstellungen mit der längeren Abwesenheit ihres Familienmitglieds, bedingt durch stationäre Therapie. Häufiger melden sich Patienten, durch Angehörige (fremd-)motiviert, zur stationären Behandlung an (oder werden angemeldet, was bezüglich der eigenen Motivation nachdenklich macht, aber einer Indikation im Grundsatz nicht entgegenstehen sollte). Mal ist es die

Partnerin oder der Partner, mal sind es andere nahestehende Menschen, die einen Patienten mehr oder weniger sanft unter Druck gesetzt haben. Und was vor allem will der Patient selbst – denn auch die eigenen Ziele können im Zweifel abschrecken bzw. Ängste auslösen, wenn sie aus Sicht des Patienten mit anderen wichtigen Fragen und Probleme interagieren? Es liegt auf der Hand, dass die Bearbeitung von Krankheitsursachen (und damit im weitesten Sinne des »eigenen Beitrags« von Patienten zu ihrer Erkrankung) vor allem auch Zielkonflikte impliziert, die dann zu vielfältigen, häufig genug unbewussten Widerständen führen können, da durch Therapie immer auch lang gepflegte Selbstbilder, Einstellungen und Überzeugungen infrage gestellt werden. Die Bearbeitung diesbezüglicher scham- bzw. identitätsbedingter Widerstände (als instrumentellem Therapieziel) kann einige Zeit erfordern, weswegen das Festlegen von Therapiezielen, die durch solche Widerstände blockiert werden, immer einen Prozess des Aushandelns zwischen Patient und Therapeut voraussetzt. Ist ein Patient mit seiner Freundlichkeit im Selbstbild sehr identifiziert, wird er die angezielten Abgrenzungsfähigkeiten skeptisch beurteilen. Hat sich ein Patient, wie Herr L. (► Fallbeispiel, Abschn. 22.1), in seiner Arbeitsunfähigkeit erst einmal regressiv eingerichtet, wird er Teilhabe am beruflichen Alltag als Therapieziel vielleicht nur wegen deren »sozialer Erwünschtheit« bejaht haben, auf einer tieferen Ebene dieses Ziel aber möglicherweise aus Angst vor Versagen unterlaufen. Auch andere Widerstände aufgrund innerseelischer Zielkonflikte sind keinesfalls zu unterschätzen und sollten deswegen bei jeder Form der Zielformulierung bezüglich ihrer interaktionellen Aspekte wie auch aufgrund ihres intrapsychischen Konfliktpotenzials mitgedacht und berücksichtigt werden.

Wenn es deswegen gilt, Ziele möglichst

offen anzusprechen und auf möglicherweise gegenläufige Implikationen hin zu untersuchen, dürften im Krankenhaus diesbezügliche Absprachen leichter fallen, da dort eindeutig nur auf den kranken Patienten bzw. auf die an den Ursachen der Krankheit ansetzende Behandlung fokussiert werden sollte. In Rehabilitationsbehandlungen scheinen Zielkonflikte hingegen schon durch den gesellschaftlichen Auftrag vorprogrammiert (► Kap. 4), wird doch das Therapieziel der Krankenbehandlung regelhaft vom Ziel der Begutachtung begleitet. Gerade hier wirken damit auch Vorstellungen »Dritter im Bunde« substanziell auf die Behandlung ein und nicht zuletzt wird auch die Belegung der Klinik durch den jeweiligen Kostenträger vor dem Hintergrund der mit dieser Klinik gemachten Erfahrungen erfolgen (z.B. der Zahl der erfolgreich wiederingegliederten bzw. dauerhaft erwerbsunfähig entlassenen Patienten). Da es im Rehabilitations-Kontext primär um berufliche Funktionsbeeinträchtigungen und um die Teilhabe am Arbeitsleben oder anderen sozialen Bereichen geht, kommen die eigene Arbeitseinstellung des Therapeuten und deren unbewusste Determinanten verkomplizierend hinzu. Dessen diesbezügliches System eigener Werte, seine eigene Arbeitshaltung und die Projektion eigener Konflikt dispositionen auf den Patienten können dessen Behandlung enorm verkomplizieren. Der Praxis Rehabilitationsziele mit Listen vorzugeben (► in diesem Zusammenhang u.a. Richter et al. 2011) bzw. den Zielverhandlungsprozess zwischen Patient und Therapeut auf die Bearbeitung solcher Listen zu beschränken, die selten genug mehr enthalten als konventionelle Symptome und Beschwerden, sollte u. E. deswegen mit größter Vorsicht begegnet werden. Eine solche Praxis dient weder einem wirklich tragfähigen Arbeitsbündnis noch sorgt sie für größere Transparenz im therapeutischen Geschehen.

Aber auch andere Zielvorstellungen von Therapeuten dürften mit unbewussten oder allenfalls vorbewussten Voreinstellungen, Wertmaßstäben, aber auch Ängsten und Befürchtungen in Verbindung stehen, und hier nicht nur mit romantisch-überzogenen Projektionen, wie weit der eigene therapeutische Einfluss reicht und was stationäre Therapie in der Kürze der Zeit alles bewirken kann. Therapeuten pflegen ihr je eigenes Menschenbild, haben eigene Lebensentwürfe, eigene Überzeugungen, einen eigenen Lebensstil und natürlich auch individuelle eigene Konflikt-dispositionen, die unerkannt bei der Ziel-formulierung eine ganz erhebliche Rolle spielen können, vorausgesetzt, die Themen eines Patienten bringen diese Dispositionen im Therapeuten in irgendeine Form der Resonanz. An den strengen Vorgaben des eigenen Über-Ich orientierte Therapeuten werden mit der Lebensweise von Herrn L. (► Fallbeispiel, Abschn. 22.1) größte Probleme haben. Nicht umsonst wird das Psychotherapieren auch als ein »Leben aus zweiter Hand« apostrophiert. Die Gefahr, dass ihre Patienten draußen das umsetzen sollen, was ihre Therapeuten selbst im eigenen Leben nicht erreicht haben, ist nicht immer leicht von eben dieser Hand zu weisen. Last, but not least können Therapieziele deswegen nicht nur aus der Perspektive einer Einpersonen-Psychologie betrachtet und formuliert werden: Letztlich gilt es deswegen, bei Therapiezielvereinbarungen immer die spezielle therapeutische Beziehung zu berücksichtigen, innerhalb derer diese Therapieziele besprochen werden, um zu verstehen, wie sie vom Patienten erlebt werden: als strenge Sollvorgabe (z.B. im Rahmen einer negativ getönten Vater-Übertragung), als ein Bereich potenzieller Beschämung (im Falle der Externalisierung eines strengen Über-Ich bzw. Ich-Ideals) oder als Möglichkeitsraum im Sinne Winnicotts (1953) vor dem Hintergrund eines tragfähigen Arbeitsbündnisses.

Unabhängig vom Inhalt der von Patient und Therapeut gemeinsam verhandelten Therapieziele ist deswegen eine zieltransparente Haltung des Therapeuten (»Warum schlage ich dem Patienten dieses oder jenes vor, wie lässt sich meine Intervention begründen, warum ist sein Verhalten aus therapeutischer Sicht problematisch?«) als ein nicht zu unterschätzender Wirkfaktor anzusehen (Fiedler 2000).

Nur im Extremfall mögen es manipulative statt krankheitsbezogene Ziele sein (vielleicht eine verlockend hohe Krankenhaustagegeldversicherung und damit pekuniäre Gründe), die einen Patienten den Schritt in die stationäre Behandlung unternehmen oder diese möglichst lange andauern lassen. In anderen Fällen einer »hidden agenda« könnten ein Krankenhausträger bzw. die diesbezüglich verantwortlichen Ärzte versucht sein, Lücken in der Belegung durch eine großzügige Indikationsstellung zu kompensieren. Zielkonflikte, die sich daraus ergeben, liegen auf der Hand, und auch für solche bzw. ähnlich gelagerte Fälle wäre natürlich maximale Zieltransparenz wünschenswert bzw. gleichzeitig ein wirksames Antidot.

## 22.8 Abschließende Überlegungen

Aus dem Vorangegangenen mag deutlich geworden sein, wie wichtig wir gemeinsam mit dem Patienten verhandelte Ziele einer stationären Behandlung finden, wenn sich mit diesen Zielen die Vorstellung von einem Möglichkeits- oder Spielraum verbindet. Da Psychotherapie immer auch die Dimension der Persönlichkeitsentwicklung hat, sollten Therapieziele zwar konkret und erreichbar sein, aber nicht konkretistisch für eine Engführung der Therapie sorgen, die keine Abweichung zulässt. Es muss kein schlechtes Zeichen für eine stationäre Behandlung sein, wenn sich deren Ziele im Verlauf verändern.

Bedenkenswert erscheint uns auch eine bislang unerwähnte Perspektive, die hier nur angedeutet werden kann, obgleich sie unseres Erachtens zunehmend an Bedeutung gewinnt und gewissermaßen schleichend auf die Formulierung von Zielen in Verbindung mit psychotherapeutischen Behandlungen einen modulierenden Einfluss nimmt: Nicht nur die gesellschaftlichen Kontext- und Lebensbedingungen haben sich mit dem Ende des vorangegangenen Jahrhunderts in Bezug auf das Selbstverständnis der Individuen in unserer Kultur verändert, sondern mit ihnen auch Wertvorstellungen und Lebensziele. Egozentrisch konfigurierte Forderungen nach permanenter Selbstoptimierung und eine Wertorientierung, die verstärkt an die Realisierung eigener sehr persönlicher Lebensentwürfe geknüpft sind, gewinnen die Oberhand. Diese Kontextfaktoren tragen mit dazu bei, dass sich Individuen in zunehmendem Maße Belastungs- oder gar Stressbedingungen ausgesetzt sehen, um in einer Umgebung mitzuhalten und stabil zu bleiben, die grundsätzlich immer mehr persönliche und individuelle Freiheiten ermöglicht, ihnen jedoch auch abverlangt, dies zu bewältigen und zu ertragen (Ehrenberg 2008, 2011; Strenger 2016). Unter der Überschrift der »stressinduzierten Erkrankungen« werden gleichzeitig medizinische Begriffe und Kategoriensysteme ausgeweitet und es entstehen unreflektiert neue therapeutische Handlungsfelder (Schneider & Strauß 2013). Stationäre Psychotherapie sollte sich u.E. in ihren Zielsetzungen diesem Diktat eines hochindividualisierten immer »Höher, Weiter, Schneller« und damit einer fortschreitenden Medikalisierung gesellschaftlicher Zusammenhänge nicht unreflektiert unterordnen.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg). OPD-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber 2014.
- Bellak L, Meyers B. Ego function assessment and analyzability. *Int Rev Psychoanal* 1975; 2: 413–26.
- Berking M. Therapieziele. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Duba W. Helping Alliance als Prädiktor für Therapie-Outcome in stationärer Psychotherapie. Unveröffentlichte Doktorarbeit, Universität Ulm 2008.
- Ehrenberg A. Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2008.
- Ehrenberg A. Das Unbehagen der Gesellschaft. Berlin: Suhrkamp 2011.
- Emmons RA. Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *J Pers Soc Psychology* 1986; 51: 1058–68.
- Emmons RA. Striving and Feeling. Personal goals and subjective well-being. In: Bargh JA, Gollwitzer PM (eds). *The Psychology of Action. Linking Motivation to Cognition and Behavior*. New York: Guilford Press 1996; 313–37.
- Fiedler P. Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe 2000.
- Freud S. Die endliche und die unendliche Analyse. 1937c. GW XVI. Frankfurt a. M.: Fischer 1980; 59–99.
- Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe 1998.
- Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe 2004.
- Grosse M, Grawe K. Bern Inventory of Treatment Goals. Part 1: Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychother Res* 2002; 12(1): 79–99.
- Heckhausen H, Gollwitzer PM, Weinert FE. *Jenseits des Rubikon. Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1987.
- Heuft G, Senf W. Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Dtsch Ärztebl* 1998; 95(43): A-2688/B-2290/C-2154.



- Heuft G, Senf W, Wagener R, Pintelon C, Lorenzen J. Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten und Therapeutensicht. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 1996; 44: 186–99.
- Huber D, Albrecht C, Henrich G, Klug G. Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2009; 55: 189–99.
- Kleinbeck & Handlungsziele. In: Heckhausen J, Heckhausen H (Hrsg). *Motivation und Handeln*. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2010; 285–306.
- Kottje-Birnbacher L, Birnbacher X. Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In: Ambühl HR, Strauss B (Hrsg). *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe 1999; 15–31.
- Little BR. Personal Project analysis: A new methodology for counseling psychology. *Natcom* 1987; 13: 591–614.
- Luborsky L, Crits-Christoph P. *Understandig Transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books 1990.
- McGlashan TH, Miller GH. The goals of psychoanalysis and psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 377–88.
- Mertens W. *Einführung in die psychoanalytische Therapie*. Band 1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 1990.
- Pöhlmann K, Joraschky P, Petrowski K, Arnold B, Rausch T. Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapieklienten: Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 2001; 34: 205–24.
- Richter M, Schmid-Ott G, Muthny FA. Ziele, Zielerreichung und Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation. *Z Psychosom Med Psychother* 2011; 57: 91–9.
- Rosa H. *Beschleunigung und Entfremdung*. Berlin: Suhrkamp 2013.
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Psychotherapeut* 2000; 45: 237–46.
- Schaefer I, Kolip P. Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention. Z Gesundheitsförd* 2010; 33(3): 66–9.
- Schneider W, Strauß B. Medikalisierung. *Psychotherapeut* 2013; 58(3): 217–8.
- Seiffge-Krenke I. *Therapieziel Identität*. Stuttgart: Klett-Cotta 2012.
- Seligman M. *Helplessness: On depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman 1975.
- Sonnenberg Klinik. *Standard: Pflegediagnosen*. 2015.
- Strenger C. *Der populistische Angriff auf die Aufklärung und die Krise Europas*. Christian-Wolff-Vorlesung an der Phillips-Universität Marburg 2016.
- Strupp HH, Binder JL. *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta 1991.
- Tenbrink D. Übergangsobjekt, Übergangsraum. In: Mertens W (Hrsg). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 995–1000.
- Thomä H, Kächele H. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Band 1. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1985.
- Thomä H, Kächele H. *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Band 2. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1987.
- Weiss J, Sampson H. *The Psychoanalytic Process*. New York: Guilford Press 1986.
- Winnicott DW (Hrsg). *Übergangsobjekte und Übergangsphänomene*. In: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta 1953; 10–36.
- Wöller W, Kruse J. *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. Stuttgart: Schattauer 2007.

## 23 Mehr als nur Spielregeln – Der Rahmen in der stationären Psychotherapie

Michael Hölzer und Christian Fricke-Neef

### Zusammenfassung

Ein tragfähiger Rahmen ist nicht nur unabdingbar für ein stabiles Arbeitsbündnis, sondern für jede Form therapeutischen Arbeitens überhaupt. In diesem Kapitel sollen vier verschiedene Ebenen des Rahmes beschrieben werden: die Ebene der Verträge und Vereinbarungen, die Ebene der technischen Regeln und der Klinikatmosphäre, die symbolischen, d. h. Halt gebenden und triangulierenden Funktionen des Rahmens sowie schlussendlich die Ebene der Auslinien und Grenzen des stationären Settings. Nicht nur Patienten, sondern auch Teammitglieder haben sich an Rahmenvereinbarungen zu halten, seien es z. B. Therapiezeiten, Dokumentationspflichten und Vertretungsregelungen. Da mit dem Rahmen und der Durchsetzung von Rahmenvereinbarungen nicht zuletzt auch Machtfragen verbunden sind, auf die Patienten wie auch Therapeuten (bewusst und unbewusst) sehr unterschiedlich reagieren können, sollten Fragen und Probleme diesbezüglich möglichst offen (und wiederholt) im Team besprochen werden.

### 23.1 Vorbemerkungen

Der Rahmen spielt in der stationären Psychotherapie eine ganz wesentliche, von den Beteiligten in seinen Auswirkungen und Funktionen immer wieder unterschätzte Rolle. Obwohl Rahmenvereinbarungen selbstverständlich auch in anderen Verfahren thematisiert werden, gelten sie als ein vornehmlich den psychoanalytisch orientierten Verfahren entlehntes Konstrukt. Der Rahmen kann definiert werden als die Summe aller verbindlichen Vereinbarungen, an die sich Patienten

wie Therapeuten gleichermaßen zu halten haben. Er sorgt damit für eine gewisse Konstanz bzw. Gleichmäßigkeit des »Spielfeldes«, auf dem sich die therapeutischen Akteure tummeln. Der Rahmen definiert nicht nur die wesentlichen Regeln des Spiels, sondern auch die »Auslinien« bzw. die Sanktionen für etwaige Regelverletzungen, um die Halt gebenden Funktionen einer Klinik auch bei massiveren Verwerfungen und Verwicklungen aufrecht erhalten zu können.

Mit Müller (2014) können in der Psychotherapie drei Ebenen des Rahmens voneinander differenziert werden, die u. E. um eine vierte Ebene ergänzt werden sollten, wenn es um stationäre bzw. teilstationäre Behandlungen geht:

1. Die erste Ebene ist die sogenannte »Vertragsebene«, die sich vor allem auf die **formalen Behandlungsbedingungen** bezieht. Zu diesen zählen z. B. die Finanzierung der Behandlung, die Frequenz der Therapieeinheiten sowie grundsätzliche Regelungen zur Behandlungsdauer.
2. Eine zweite Ebene kann als die Ebene der »**technischen Regelungen**« konzipiert werden. Im stationären Setting sind dies nicht nur Regelungen im Hinblick auf die einzelnen therapeutischen Einheiten (wie z. B. das Prinzip der »freien Interaktion« in der Gruppentherapie mit Schweigepflichtung der Teilnehmer), sondern vor allem auch Regelungen, die das Zusammenleben und die Atmosphäre auf der Station bzw. in der Klinik betreffen, häufig in

einer Haus- oder Stationsordnung bzw. einem »Klinikleitfaden« zusammengefasst.

3. »*Jenseits der formalen und technischen Funktionen werden dem Rahmen auch symbolische Qualitäten*« zugeschrieben (Müller 2014, S. 623 [Hervorhebung d. A.]), womit vor allem die Markierung der Realität im Sinne einer Triangulierung gemeint ist, daneben aber auch seine »haltenden Funktionen« sowie das Herstellen eines »Übergangsraumes«, dessen Vorhandensein nach Winnicott (1965, 1976) nicht nur entwicklungspsychologisch entscheidend ist für das Herausbilden eines stabilen Selbstgefühls.
4. Unseres Erachtens müssen durch den Rahmen in eindeutiger Weise auch die Grenzen einer Klinik und damit die »**Auslinien**« des gemeinsam bespielten Feldes definiert werden. Auslinien werden vor allem dann erreicht, wenn Patienten sich in sich selbst- oder fremdgefährdender Weise willentlich oder krankheitsbedingt nicht an vereinbarte Regelungen halten oder wenn Patienten in pathologische Zustände geraten, die innerhalb des gegebenen Settings nicht mehr therapierbar sind.

Auch wenn sich diese vier Ebenen nicht exakt voneinander unterscheiden lassen bzw. sich in vielfältiger Weise durchdringen bzw. überschneiden, sollen sie an dieser Stelle dazu dienen, die fundamentale Bedeutung eines stabilen Rahmens für das Gelingen stationärer Therapie nachzuzeichnen.

## 23.2 Verträge und Vereinbarungen

Auf dieser Ebene geht es um Verträge und Vereinbarungen, die der Patient nicht nur mit dem Krankenhausträger, sondern auch mit dem behandelnden Team bzw. dessen Reprä-

sentanten abschließt. Je nach Versicherungsverhältnis eines Patienten werden innerhalb dieses Vertrages unterschiedliche Regelungen für die Finanzierung der Behandlung getroffen, denn Selbstzahler, privat oder gesetzlich versicherte Patienten haben diesbezüglich sehr unterschiedliche Voraussetzungen. In vielen Krankenhäusern wird die Aufnahme einer stationären Therapie bei privat versicherten Patienten bzw. Selbstzahlern z. B. von einer Vorauszahlung eines gewissen Betrages abhängig gemacht, um Konflikten vorzubeugen, wenn die Versicherung die Kosten nicht übernehmen sollte. Dass eine solche, häufig schlechte Erfahrung bzw. dem Misstrauen der Krankenhausverwaltung entspringende Vorleistung psychologische Folgen für die Bindungsmotivation eines betroffenen Patienten hat, darf angenommen werden: »unconditional regard« sieht anders aus.

Dem klinischen Alltag näher bzw. diesen wesentlich determinierend sind auch spezielle Therapieverträge (► Kap. 24) bzw. Vereinbarungen, die der Patient mit dem für ihn zuständigen Team trifft. In solchen Therapieverträgen werden Regelungen zu seinem Aufenthalt getroffen, die sich unmittelbar auf das Verhalten des Patienten wie auch auf seine Zusammenarbeit mit dem Team (ggf. repräsentiert durch den Bezugstherapeuten) auswirken sollen. In einigen Kliniken werden diese Regelungen schriftlich niedergelegt, um dann von beiden, Patient und Bezugstherapeut, unterschrieben zu werden (► Beispiel eines »Non-Alkoholvertrages« der Sonnenberg Klinik Stuttgart in der Fassung vom 15.02.2018).

### Non-Alkoholvertrag

Liebe Patientinnen und Patienten, der Konsum von Alkohol stellt leider häufig – ein gesellschaftlich im Übrigen in hohem Maße akzeptiertes – Mittel dar, Zustände innerer Erregung und Anspannung, d. h. innere Konflikte im weitesten Sinne, zu »lösen«, um sich zumindest kurzfristig dadurch weniger bedrängt oder unter Druck zu fühlen. Langfristig hat Alkoholgenuss aus diesen Gründen sehr problematische, sich auf den Körper wie die Psyche gleichermaßen schädlich auswirkende Folgen. Das Thema des Alkoholmissbrauchs bis hin zur regelrechten Sucht wird leider immer noch weitgehend tabuisiert, nichtsdestoweniger ist die Problematik erheblich.

Eine psychotherapeutische Behandlung bringt Belastungen eigener Art mit sich (man wird über sich nachdenklich, fühlt sich infrage gestellt, gerät auch dadurch manchmal unter Druck etc.).

Die Milderung solcher Belastungen durch Alkohol unterläuft den Sinn einer stationären Therapie allerdings völlig, denn es kommt ja gerade darauf an, sich seinen Problemen und Konflikten zu »stellen«, sie eben nicht durch Betäubungsmittel zu vermeiden, sondern sie besser zu bewältigen.

Die Hausordnung unserer Klinik sieht deshalb vor, dass Sie – wie alle anderen Patienten auch – für die Dauer Ihres Aufenthaltes und während der Beurlaubungen (Belastungserprobungen) – auf jeglichen Alkoholkonsum verzichten, womit Sie sich durch Unterzeichnen dieser Vereinbarung auch explizit einverstanden erklären.

Alkoholkonsum entgegen dieser Vereinbarung kann die (ggf. auch sofortige) Entlassung aus der Klinik nach sich ziehen. Um die Einhaltung dieser Regelung sicherzustellen, werden von uns gelegentliche Alkoholkontrollen durchgeführt. Wir bitten Sie, in einer solchen Kontrolle keine gegen Sie persönlich gerichtete Aktion zu sehen oder zu vermuten, sondern eine Maßnahme, die erfahrungsgemäß die einzige ist, um den Verzicht auf Alkohol in einer größeren Gruppe von Patienten sicherzustellen.

### Erklärung

Ich habe von dieser Regelung Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum: .....

.....  
Unterschrift Patientin/Patient

.....  
Unterschrift Therapeutin/Therapeut

Die Formulierungen diesbezüglich können durchaus so gehalten sein, dass die Institution damit gleichzeitig auch ihren Aufklärungspflichten als einem wesentlichen Bestandteil eines stabilen Arbeitsbündnisses nachkommt. Auch wenn Aufklärung immer eher prozesshaft erfolgen dürfte, so ist die Einwilligung eines Patienten in eine stationäre Behandlung nur dann »wirksam«, wenn er vorher über spezifische Behandlungsmodalitäten und eben auch über Vereinbarungen bzw. besondere Bedingungen aufgeklärt wurde, die mit einer stationären Behandlung verknüpft sind. Solche Vereinbarungen beziehen sich auf das Verhalten bei einer deutlichen Verschlechterung einer Symptomatik und bestimmten Handlungsimpulsen, auf den Umgang mit Selbstverletzungs- und Suizidimpulsen, den Drang, Alkohol oder andere Suchtmittel konsumieren zu wollen, oder auf Ess- und Brechimpulse etc. Bei Patienten mit hypochondrischen Ängsten können sich die Verabredungen auch auf den Umgang mit medizinischen Terminen und die Alarmierung des Notdienstes beziehen, bei traumatisierten und psychosenahen Patienten darauf, was zu tun ist, wenn sie das Gefühl entwickeln, von Eindrücken »überflutet« zu werden oder die Realität nicht mehr adäquat erfassen zu können. Für solche und ähnliche Situationen wird in der Regel recht dezidiert festgelegt, dass sich der Patient dann möglichst unverzüglich an ein Mitglied

des therapeutischen Teams bzw. an eine diensthabende Pflegekraft oder einen diensthabenden Arzt wenden sollte. Vereinbarungen dieser Art können unterschiedlich detailliert abgefasst werden. Immer aber sind sie maßgebliche Säulen eines Rahmens, auf den sich Patient wie auch das Team im Laufe der Behandlung verlassen können. Der Vorteil solcher Vorab-Vereinbarungen zu Beginn eines Aufenthaltes liegt darin, dass bei bestimmten Patienten im Laufe stationärer Behandlungen bestimmte Fragestellungen bzw. typische Krisensituationen zwar regelmäßig auftreten, für die dann aber nicht kurzfristig individuelle Regelungen getroffen werden müssen. Denn unter Druck- und Konfliktbedingungen zustande gekommen, fallen solche Ad-hoc-Maßnahmen in Bezug auf die Behandlung häufig wenig funktional aus.

Verträge und Vereinbarungen betreffen aber auch die Institution selbst, die diese z. B. mit den Kostenträgern hat, seien es die gesetzlichen Kassen oder Privatkassen (► Kap. 3 und ► Kap. 35). Je nach Krankenhaus bzw. Träger kann es hier bezüglich der Finanzierung der Behandlung und deren Dauer bzw. der Überprüfung ihrer Notwendigkeit sehr unterschiedliche Regelungen geben. Vielfach verlassen sich Krankenkassen bezüglich der Einschätzung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Manche Kostenträger haben hingegen mit den Krankenhäusern als Leistungserbringern spezielle Regelungen vereinbart, um bürokratischen Aufwand und lästige juristische Auseinandersetzungen zu vermeiden. Selbstverständlich zählen zu den Rahmenvereinbarungen auch die Ergebnisse der Pflegesatz- oder vergleichbarer Verhandlungen, in denen das Budget eines Krankenhauses, die durchschnittliche Verweildauer und z. B. die mittlere Auslastung der Plan- oder Vertragsbetten jährlich festgelegt werden. Insbesondere auf

die Dauer der individuellen Behandlungen haben solche Vereinbarungen eine erhebliche Auswirkung.

Vor allem die für die Dokumentation bzw. die Begründung der Behandlung zuständigen Therapeuten und Ärzte tendieren manchmal dazu, die Länge einer Behandlung nicht unbedingt nur von klinischen Notwendigkeiten abhängig zu machen. Um bürokratischen Begründungsaufwand zu vermeiden, werden Verweildauern deswegen eher an verwaltungstechnischen »Vorgaben« orientiert, eine Praxis, die man u. E. nicht kritisch genug diskutieren kann. Häufig genug tritt dann der Patient in solchen Situationen mit seinen Beschwerden und der tatsächliche Stand der Behandlung in den Hintergrund. Entlassen wird dann aus dem Krankenhaus kurz vor einem Zeitpunkt, zu dem mit einer MDK-Anfrage (und der dann notwendigen Begründung der Behandlung) zu rechnen gewesen wäre, obwohl ein vielleicht etwas längerer Aufenthalt möglicherweise zu einem substanziell besseren Ergebnis geführt hätte. Für stationäre Psychotherapie im Bereich von Rehabilitationsbehandlungen trifft dieser Sachverhalt angesichts vorab festgelegter Therapiedauern nur bedingt zu.

Nicht zuletzt ist eine Vielzahl von Krankenhäusern in landesweit agierenden Krankenhausgesellschaften zusammengeschlossen, um ihre Interessen gemeinsam gegenüber den Kostenträgern wie auch gegenüber der Politik zu vertreten. In von diesen Krankenhausgesellschaften abgeschlossenen Vereinbarungen werden landesweit gültige Modalitäten einer Krankenhausbehandlung festgelegt, die z. B. definieren, wann und unter welchen Umständen beurlaubt werden darf oder innerhalb welchen Zeitraums nach Beendigung der stationären Behandlung ein Entlassbrief abgefasst und verschickt sein sollte. Diese Rahmenvereinbarungen definieren erfahrungsgemäß nicht nur Rechte und Pflichten des

Krankenhauses im Außenverhältnis (z. B. gegenüber den überweisenden Ärzten und den Krankenkassen), sondern dienen auch im Innenverhältnis dazu, bestimmte Standards aufrechtzuerhalten. Ohne diese Sachverhalte eindeutig zu regeln, würde z. B. das Abfassen von Entlassbriefen vermutlich völlig willkürlich gehandhabt werden mit entsprechendem Konfliktpotenzial für alle Beteiligten. Rahmenvereinbarungen gerade in Bezug auf kritische Sachverhalte neutralisieren u. E. ein gehöriges Maß an Aggressivität, das ansonsten durch Unverbindlichkeit und Ambivalenz unvermeidbar wäre.

### 23.3 Technische Regelungen und Atmosphäre

Die zweite Ebene des Rahmens bezieht sich nicht nur auf »technische« Regeln für die einzelnen Therapiesituationen, die sich in einem multimodalen Setting ergeben, sondern vornehmlich auch auf Regelungen, die für ein Zusammenleben vieler (einander meist fremder) Personen auf engem Raum, wie es für Stationen und Krankenhäuser typisch ist, benötigt werden.

Die Vielfalt der verschiedenen Therapiearten und -situationen im stationären Setting lässt es nicht zu, im Kontext einer Übersicht die einzelnen technischen Regeln und Rahmenbedingungen für jede Therapieart detailliert zu beschreiben. Patienten sollten jedoch vorab mit diesen vertraut gemacht werden, da sie immer auch »Rollen« bzw. »Skripte« für zweckdienliches Verhalten in der Therapie implizieren. Es macht einen großen Unterschied, ob eine psychodynamisch orientierte Gruppe mit einem »Blitzlicht« beginnt (und dieses dann auch noch in einer definierten Reihenfolge, z. B. der Sitzordnung entsprechend, durchgeführt wird) oder aber völlig »offen«. Je strukturierter eine Therapiesitua-

tion ist, desto berechenbarer ist sie für Patienten (wie auch Therapeuten) und desto weniger innere Anspannung, um nicht zu sagen Angst, herrscht vor dem Gruppenbeginn. Für die Kunsttherapie dürfte es wichtig sein, dass die Gruppe zusammen Materialien vorbereitet und diese hinterher auch wieder aufräumt bzw. verstaut, um regressiven Erwartungshaltungen an einen »überversorgenden« Therapeuten vorzubeugen. Findet die Konzentration Bewegungstherapie als Gruppe in der freien Natur statt, könnte sich die Regel, »keinen zurückzulassen« bzw. zum Ende einer Einzelexkursion zunächst gemeinsam an einem bestimmten Punkt zusammenzukommen oder sich wahlweise vorher »abzumelden«, sollte jemand die Exkursion abbrechen wollen, als sinnvoll erweisen. So hat jede therapeutische Einheit einen bestimmten Satz technischer Regeln, die das Verhalten in der jeweiligen Situation bis zu einem gewissen Grad determinieren und damit den »therapeutischen Raum« abstecken bzw. das Geschehen eingrenzen, das innerhalb dieses Raums möglich werden soll.

Jenseits dieser technischen Rahmenbedingungen ist es vor allem die Atmosphäre in einem Krankenhaus oder einer Station, die zweifellos einen »Dreh- und Angelpunkt« im Hinblick auf die Voraussetzungen für ein fruchtbares therapeutisches Arbeiten darstellt. Das Erleben eines Patienten bzw. seine innere Einstellung zur Therapie wird durch ein überschaubares, beruhigtes und durch Freundlichkeit und Toleranz geprägtes Umfeld positiv beeinflusst. Patienten können sich vor allem dann leichter auf die Verunsicherungen einer stationären Therapie einlassen, wenn Halt und Sicherheit durch eindeutige Rahmenvorgaben garantiert werden. Regeln für das Zusammenleben in der Klinik sollten deswegen nicht nur am Anfang der Behandlung (möglicherweise in einer diesbezüglichen Informationsveranstaltung für alle



neuen Patienten) erläutert werden. Empfehlenswert ist auch, diese in einer Art Stations- bzw. Hausordnung, einem Klinikleitfaden o. Ä. schriftlich niederzulegen, um damit die Verbindlichkeit dieser Regeln zu betonen und den Patienten die Gelegenheit zu geben, sie bei Bedarf noch einmal nachzulesen. Da jedoch konkrete Regeln notwendigerweise Handlungsspielräume und damit die Autonomie der Beteiligten einschränken, rufen sie – bewusst oder unbewusst – auch gegenläufige Gefühle wie Ärger oder sogar Wut hervor, je nach Konflikt disposition des Einzelnen auch Widerstände, die sich in vielfältigen Formen des Agierens äußern können. Auch auf diese Auswirkungen des Rahmens sollte nach Möglichkeit schon zu Beginn einer Behandlung hingewiesen werden.

Viele Patienten, und hier insbesondere Spätadoleszente bzw. junge Erwachsene sowie Menschen mit entsprechend »adoleszenten« Persönlichkeitszügen, erleben z. B. in diesen »Ordnungen« eher Anordnungen und damit eine sie kränkende Einengung. Noch nicht in der Lage, darüber adäquat im Sinne einer Meta-Kommunikation zu sprechen (was therapeutische Ich-Spaltung und bereits ein gewisses Maß an Reife bzw. Therapieerfahrung voraussetzt), agieren sie dann die daraus resultierenden Spannungen in vielfältigen Modalitäten. Ein derartiges Agieren darf keinesfalls einseitig nur als therapiebehindernde »Komplikation« missverstanden werden, denn die eigentliche Therapie findet im Sinne eines »Handlungsdialogs« (Klüver 1983) häufig genug genau an den Grenzen des Rahmens statt, weswegen Grenzüberschreitungen auch nur in bestimmten Ausnahmefällen zu *harten* disziplinarischen Sanktionen wie z. B. einer Entlassung führen sollten.

Andererseits kann »hart« in einigen Fällen durchaus auch »konstruktiv« bedeuten, denn nicht nur der »therapeutische Raum« Klinik wird durch Sanktionen geschützt. »Therapeu-

tisch« kann sich z. B. eine Entlassung auf einen Patienten auswirken, wenn es gelingt, ihm damit die positiven Funktionen von Grenzen verständlich zu machen, ohne ihn durch einseitige Schuldzuweisungen unnötig zu beschämen. Manchmal eröffnet erst eine solche »therapeutische« Entlassung die Perspektive auf einen echten Neubeginn, wie das folgende Fallbeispiel zeigt:

### Fallbeispiel

#### Friedberg G.

Friedbert G. befand sich seit etwa vier Wochen in der Klinik. Einweisungsgrund waren die – von seinem ambulanten Therapeuten als »Narzisstische Persönlichkeitsstörung« zusammengefasst – heftigen Konflikte mit seinen Mitmenschen gewesen, daneben Selbstanklagen im Zusammenhang mit körperbezogenen Minderwertigkeitsgefühlen, die sich zu einem regelrechten Körperhass verdichtet hatten. Der Hass auf den eigenen, für ihn in seinen Formen unakzeptablen Körper hatte im Vorfeld zu einer Reihe korrigierender Operationen an seiner Nase bzw. zu vielfältigen Überlegungen, sich auch an anderen Körperteilen operieren zu lassen, geführt. Seine Neigung zu ausgesprochen wütend-gereizten Reaktionen seinem sozialen Umfeld gegenüber hatte ihm in der Vergangenheit einige massive Arbeitsplatzkonflikte eingebracht, obwohl er als Verwaltungsangestellter durchaus motiviert und ehrgeizig gearbeitet hatte.

Wutausbrüche, die bereits seinen Arbeitgeber an Entlassung hatten denken lassen, und eine Neigung zu ausgesprochen heftigen Entwertungen wiederholten sich auch während seines Klinikaufenthaltes und hatten ihn in der Gruppe der Mitpatienten schnell zu einer Art Außenseiter werden lassen, da es dem Team nicht gelungen war, seine Funktionen als Sündenbock ausreichend zu bearbeiten. Konflikte mit seinem Zimmernachbarn hatte er bereits zweimal im Alkohol ertränkt, was im Gegenzug zu entsprechenden »Verwarnungen« seitens des Teams geführt hatte. Zunehmend zeigte er in erschre-

ckender Weise autodestruktive Verhaltensweisen wie z. B. das wiederholte Schlagen seines Kopfes an die Wand des Gruppenraumes, was zusätzlich zu erheblicher Verstörung der übrigen Gruppenteilnehmer und nicht zuletzt auch zur Verunsicherung des behandelnden Gruppentherapeuten geführt hatte. Zwar gelang es diesem ihm gegenüber durchaus positiv eingestellten Einzeltherapeuten immer wieder, die jeweils aktuellen Anlässe für seine Wut aufzuspüren und mit dem Patienten gemeinsam auch die biografischen Hintergründe seiner erheblichen Kränkbarkeit zu beleuchten. Der Rest des Teams forderte jedoch zunehmend die Beendigung der Behandlung wegen der angeblich fehlenden »Therapiefähigkeit« des Patienten. Während er sich im Klinikalltag schlussendlich mit zusätzlichen »Grenzverletzungen« (Zuspätkommen, das Versäumen einiger Termine sowie das Fernbleiben von einer eigentlich obligatorischen Gruppenfreizeit) weiter an den Rand manövriert hatte, wurde die disziplinarische Beendigung der stationären Behandlung notwendig, nachdem er im Anschluss an eine Gruppentherapiesitzung begann, voller Wut Mobiliar zu zertrümmern. Mit der vom Abteilungsleiter eingebrachten Überlegung, ihn ggf. nach der in der Klinik für disziplinarische Entlassungen festgelegten Dauer und einem erneutem Vorgespräch wieder aufzunehmen, wurde Herr G. am nächsten Tag aus der Klinik entlassen. Der zweite Aufenthalt, etwa drei Monate später, verlief dann, durchaus zum Erstaunen des Teams, deutlich produktiver, wohl auch, weil von Anbeginn viel konsequenter an seinen maladaptiven Abwehrmodalitäten gearbeitet und somit seiner ihn ausgrenzenden Sonderstellung in der Gruppe vorgebeugt werden konnte.

Das Setting selbst kann insofern als Kommunikation mit dem Patienten (Rykraft 1956) aufgefasst werden, obwohl die Besonderheiten, die dieses Setting mit sich bringt, gerade für Patienten mit schwereren Persönlichkeitsstörungen auch spezifische Gefahren bergen. Trimborn (1983) beschreibt mit seinem Begriff der »Zerstörung des therapeutischen

Raums« nicht nur Borderline-Patienten, die durch das »Treibhaus« Klinik zu Spaltung und Externalisierung geradezu gezwungen werden, sondern vor allem auch das »institutionalisierte Gegenagieren« des Teams (► auch Novotny 1973, S. 202) als wesentliche Gefahr für die haltgebenden Funktionen des Rahmens: Der »therapeutische Raum« Klinik ist für einen Patienten durch eine Fülle neuer, zunächst verunsichernder Beziehungen gekennzeichnet, die in ihm notwendigerweise frühe und entsprechend unreife Beziehungsmuster bzw. Bewältigungsmechanismen aktivieren (► Kap. 20). Die Klinik wird damit zu einer Gefahr, der auch durch einen noch so präzise definierten Rahmen nicht entgegen gewirkt werden kann. Im Gegenteil: Je enger dieser definiert wird und je größer die Anstrengungen des Teams, diesen durchzusetzen, desto mehr droht eine »therapeutische Einkreisung« (Sadavoy et al. 1979) und damit ein Teufelskreis. An dessen Ende kommt es dann nicht zu einer benignen, weil »notwendigen« Regelverletzung des Rahmens (Hübner 2009), sondern zur Ausstoßung des Patienten aus der Klinik.

Das Konzept der »notwendigen Rahmenverletzung« finden wir im Übrigen recht hilfreich, um das Team bzw. die Patienten vor einer zwanghaften, einseitig Über-Ich-orientierten Reaktion auf Regelverletzungen zu schützen. Notwendige Verletzungen des Rahmens ergeben sich nach Hübner vor allem dann, wenn die Pathologie eines Patienten bzw. seine innere Konfliktdisposition kein anderes Handeln zulässt, seine bewussten Steuerungsoptionen also diesbezüglich eingeschränkt sind, was von willentlichen Rahmenverletzungen zweckmäßigerweise unterschieden werden sollte.

Ferner sollten das Vertreten von Rahmenbedingungen und die Konsequenzen von Regelverstößen immer auch im Kontext der Ich-Struktur eines Patienten erfolgen bzw.

abgewogen werden. So weist Sachsse (1989) z. B. darauf hin, dass bei Suchtpatienten die Stationsregeln ein bestechliches Über-Ich und defizitäre Ich-Funktionen ersetzen oder ergänzen und bei psychotischen Patienten einfach, klar und leicht verständlich sein müssen, damit sie eine Hilfe bei der Verankerung in der Realität sein können. Patienten mit besserem Strukturniveau bzw. neurotisch strukturierte Patienten benötigten hingegen einen gewissen Freiraum und Stationsregeln, an denen sie sich reiben können, um die Auseinandersetzung mit Eltern-Images und eigenen Über-Ich-Anteilen nachzuholen, die sie früher nicht führen konnten. Hier müsse die Station ein Konfliktfeld sein, in dem die Regeln deutlich präsent, andererseits verhandelbar, hinterfragbar und begrenzt beeinflussbar sind. Auch Bartuschka (2006) weist darauf hin, dass die Struktur des therapeutischen Raumes umso klarer, verlässlicher und stabiler sein sollte, je strukturschwächer die Patienten sind.

Deswegen lässt sich auch trefflich darüber streiten, wie ausführlich und explizit Hausordnungen abgefasst ein sollten. Zu lang sollte ein diesbezüglicher Text u. E. nicht sein, auch nicht zu streng formuliert, um den ansonsten autoritativ anmutenden »Ordnungscharakter« abzumildern. Es dürfte ohnehin eine Geschmacksfrage sein, welche Sprachregelungen eine Klinik trifft, ob von »Verwarnungen« die Rede ist oder ein »Punktesystem« angewandt wird, das bei Erreichen eines gewissen Punktestandes z. B. eine Entlassung zur Folge hat. Der Text sollte sich auf das Wesentliche beschränken, aber auch ausführlich genug Antworten auf Fragen formulieren, die sich Patienten erfahrungsgemäß im Laufe einer Behandlung stellen. Nicht nur sollte die Formulierung dieser Hausordnung in freundlichem und eher werbendem Tonfall gehalten sein (deswegen z. B. auch »Klinikleitfaden« statt »Ordnung«), ohne dass wichtige Regeln

verniedlichend verschleiert werden (► die nachfolgenden zwei Beispiele »Alkohol und Drogen« und »Verwarnungsregeln« aus dem Klinikleitfaden und der Hausordnung der Sonnenberg Klinik Stuttgart in der Fassung vom 15.02.2018). Es hängt erfahrungsgemäß sehr von der Art und Weise der Formulierung ab, ob der Text einer Hausordnung als Bevormundung und infantilisierende Einengung erlebt wird oder als eine Möglichkeit, gemeinsam einen therapeutisch wirksamen Übergangsraum zu gestalten. Als hilfreich haben sich in diesem Zusammenhang für Patienten verständliche Vergleiche erwiesen, beispielsweise der mit einer Straßenverkehrsordnung (»Bei uns fährt man rechts, da ab einer gewissen Verkehrsdichte Unfälle sonst unvermeidlich werden«) oder eines Fußballspiels (»Therapie ohne Rahmen ist wie Fußball ohne Regeln; erst durch die Begrenzungen kommt ein interessantes Spiel zustande«).

### Auszüge aus dem Klinikleitfaden und der Hausordnung der Sonnenberg Klinik Stuttgart

#### Alkohol und Drogen

»Psychodynamische oder psychoanalytisch orientierte Psychotherapie zielt darauf ab, innere Konflikte und Motive aufzudecken und auf diese Weise ein besseres Selbstverständnis und mehr Selbst-Bewusstsein auch im wörtlichen Sinne zu erreichen. Im Interesse Ihrer Entwicklung auf diese Ziele hin hat es sich als unabdingbar erwiesen, »zudeckende« Mittel wie z. B. Alkohol, Sucht- oder andere Betäubungsmittel, die Ihnen möglicherweise bisher bei der Bewältigung Ihrer Konflikte subjektiv »geholfen« haben, zu meiden. Der völlige Verzicht auf Alkohol für die Zeit Ihrer Behandlung in der Sonnenberg Klinik (wie auch in den Zeiten der Belastungserprobungen) ist daher Voraussetzung für eine Therapie in unserer Klinik und Bestandteil unseres Behandlungsvertrages. Mit dem Konsum von Alkohol gefährden

Sie also die getroffene Therapievereinbarung und stellen eine Weiterbehandlung infrage. Sollten Sie wegen Alkoholkonsums auffällig werden, behalten wir uns deswegen eine umgehende Entlassung vor. Dies gilt selbstverständlich auch für den Konsum von Drogen jeglicher Art.«

### Verwarnungsregeln

»Bei leichteren Verstößen gegen die Hausordnung werden »Verwarnungen« ausgesprochen. Verwarnungen werden innerhalb einer Woche vom diensthabenden Therapeuten ausgestellt. Eine dritte Verwarnung führt in der Regel zur Entlassung aus der Klinik. In Einzelfällen, insbesondere, wenn bewusst und mutwillig gegen die Hausordnung verstoßen wird, ist auch eine sofortige Entlassung möglich.

Verwarnungen können unter anderem ausgesprochen werden, wenn Sie

- einen Morgen- oder Abendkontakt versäumen,
- sich während der Nachtruhe außerhalb des eigenen Zimmers aufhalten oder sich Mitpatienten in Ihrem Zimmer befinden,
- nach Ende der Öffnungszeit ohne Absprache der Klinik fernbleiben.

Auch in anderen Fällen können bei größeren Verstößen gegen die Hausordnung oder die Zimmerordnung (z.B. mutwillige Sachbeschädigung) Verwarnungen ausgesprochen werden bzw. behalten wir uns eine Entlassung aus der Klinik vor.«

Die inhaltlichen Regelungen einer Hausordnung beziehen sich auf alle für das Zusammenleben in einer größeren Gruppe relevanten Aspekte: die Verbindlichkeit von Therapiezeiten, Regelungen für den Genuss von Alkohol oder die Einnahme von Medikamenten bis hin zu Anwesenheits- und Essenszeiten, der Erreichbarkeit durch Angehörige etc. Nicht alle Regelungen sind allen Patienten und allen Behandlern gleichermaßen einleuchtend. Manches wird dem einen kleinlich erscheinen, manches dem anderen als viel zu weit gefasst. In der Summe geht es um die Defini-

tion eines funktionalen Durchschnitts von Regeln und um die Aufforderung an Patienten wie Therapeuten gleichermaßen, sich trotz innerer Bedenken an diesen Kanon von Regelungen zu halten, da sonst das große Ganze einer Klinik bzw. einer Station nicht funktionieren kann.

Ein heikler Punkt im Verlauf stationärer Behandlungen (und manchmal auch in der Hausordnung thematisiert) sind Paarbeziehungen, die sich neu ergeben und die ohne ein inneres Verständnis für den Abwehrcharakter solcher Beziehungen von den Beteiligten angestiftet und ausgelebt werden (► nachfolgenden Auszug zum »Pairing« aus dem Klinikleitfaden und der Hausordnung der Sonnenberg Klinik Stuttgart in der Fassung vom 15.02.2018). Der »Kurschatten« ist nicht nur für Kurkliniken im engeren Sinne geradezu sprichwörtlich, sondern auch in Krankenhausabteilungen einigermaßen unvermeidlich, überschreiten die Behandlungen nur eine gewisse Dauer: Nähe stellt sich zwischen Menschen her, wenn man nichts dagegen unternimmt. Strittig ist in vielen Institutionen auch, ob und inwieweit Sexualität zwischen Patienten akzeptiert werden soll, manchmal bis hin zu schriftlichen Fixierungen dieser Vorstellungen in eben einer Hausordnung. Unserer Erfahrung nach haben sich diesbezügliche Regelungen mit Verbotscharakter nicht bewährt und solange entsprechende »Ereignisse« in der Klinik der Erkenntnis bzw. der vertieften Selbsterfahrung der Protagonisten dienen (d.h. solange darüber noch im therapeutischen Rahmen gesprochen werden kann), sollten u.E. explizite Verbote eher vermieden werden. Dies heißt nicht, dass Patienten nicht darauf hingewiesen werden sollten, über ihre Beziehungserfahrungen in der Klinik und über die eigenen Impulse diesbezüglich mehr zu sprechen als zu handeln. Denn Sexualität kann je nach individueller Situation ausgesprochen problematische

Aspekte beinhalten, geht es z. B. um die Erotisierung von Bindungsbedürfnissen und daraus resultierende Verwicklungen, wenn durch eine neue Umgebung entsprechende Ängste vor Einsamkeit und Verlassenheit reaktualisiert werden. Auch ist davon auszugehen, dass Psychotherapie im Zustand des Verliebt-Seins wenig aussichtsreich ist, weil dann wesentliche Problembereiche, die vielleicht maßgeblich für die Indikation bzw. die ursprüngliche Therapiemotivation waren, in ihrer emotionalen Bedeutung in den Hintergrund treten. In anderen Fällen wären Verbote und Sanktionen negativer Art vermutlich eher kontraproduktiv, wenn z. B. ein Patient bislang aus Angst vor Abgewiesen-Werden und Beschämung jeglichen Kontakt zum anderen Geschlecht vermieden hatte und nun erste zaghafte Schritte in dieser Richtung unternimmt.

### Auszug aus dem Klinikleitfaden und der Hausordnung der Sonnenberg Klinik Stuttgart

#### Pairing

»Die Bedingungen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung aktivieren bei vielen Patienten erhebliche Nähe-Wünsche, die mitunter auch in Form von Paarbildungen realisiert werden. Diesen ›Pairings‹ kommt sehr häufig symptomatischer Charakter zu. Insofern möchten wir Ihnen nahelegen, sehr selbstkritisch mit sich und entsprechenden Beziehungswünschen umzugehen und diese auch unbedingt im therapeutischen Kontext zu thematisieren.«

Verbindlicher sollte unseres Erachtens jedoch in einer Hausordnung Bezug genommen werden auf Ablenkungen und Zerstreuung aller Art, hier insbesondere auf die Benutzung älterer und neuer Medien, die sich inzwischen nicht nur für jüngere Patienten als Zerstreuungsinstrumentarium anzubieten scheinen. Stationäre Behandlung sollte mit einer Fokus-

sierung des Patienten auf einen veränderten Umgang mit sich und anderen bzw. mit einer gewissen Konzentration auf wesentliche Aspekte seines Innenlebens oder seiner Interaktion mit der Außenwelt einhergehen. Der exzessive Gebrauch des Handys, eines Laptops oder eines womöglich im Zimmer installierten Fernsehers läuft solchen therapeutischen Intentionen erheblich zuwider. Sinnvoller, als diesbezüglich radikalen Einhalt zu gebieten, dürfte es jedoch sein, durch entsprechende Formulierungen Patienten darauf vorzubereiten, dass ein derartiges Verhalten, sollte es im Verlauf auffällig werden, vom Team angesprochen bzw. problematisiert wird.

Untersagt werden sollte hingegen explizit, dass über soziale Netzwerke irgendwelche Informationen über Mitpatienten den Weg nach draußen finden. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit, nicht nur in Bezug auf die Teilnahme an Gruppentherapien, sollte in keiner Hausordnung fehlen, auch wenn die Patienten rechtlich gesehen natürlich keiner ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Neben diesen formalen und für alle Patienten gleichen Regeln und Rahmenbedingungen gilt es zu Beginn, oder besser noch vor Aufnahme der Therapie, zu klären, ob besondere individuelle Verabredungen mit dem Patienten getroffen werden müssen, damit die Therapie wirksam werden kann. Idealerweise sind diese Rahmenbedingungen dem Entwicklungsstand bzw. -fortschritt des Patienten anzupassen. Dies mag das folgende Fallbeispiel von Alexandra B. illustrieren.

#### Fallbeispiel

##### Alexandra B.

Die 28-jährige Alexandra B. kam wegen einer chronifizierten Bulimie mit mehrmals täglichen Essanfällen und Erbrechen in stationäre Therapie. Da sie anfangs fast jede Mahlzeit erbrechen musste, wurde in der ersten Phase der Therapie mit ihr ein Stationsgebot verabredet,



die Zeit zwischen Essen und Erbrechen hinauszuzögern, den Brechimpuls also mithilfe pflegerischer Unterstützung (Aufenthalt in der Nähe des Stationszimmers) aufzuschieben. Mit Nachlassen der Symptomatik und besseren Möglichkeiten, die eigenen Impulse zu regulieren, wurde die Ausgangsregelung schrittweise erweitert. Etwa in der Mitte der Therapie kam es nur noch vereinzelt zu impulsartigen Einkäufen, die der Vorbereitung eines Essanfalls dienten. Dabei gelang es der Patientin jedoch, sich rechtzeitig beim Team zu melden und die eingekauften Süßigkeiten abzugeben, um dem Essanfall vorzubeugen. Im weiteren Verlauf wurde mit ihr besprochen, dass es nun darum gehen müsse, wieder mehr Eigenverantwortung für ihr Essen zu übernehmen, d. h. sich einen Teil der gekauften Vorräte aushändigen zu lassen und selbst darauf zu achten, z. B. nicht eine ganze Packung Kekse auf einmal zu vertilgen. Sollte ihr dies schwerfallen, könne sie sich jederzeit beim Pflorgeteam melden. Nachdem auch dieser Schritt zu mehr Eigenverantwortung mit nur zwei Rückfällen gelang, konnte schließlich die Entlassung in eine betreute Wohneinrichtung für essgestörte Patientinnen vorbereitet werden.

In diesem Beispiel wurden die individuell mit der Patientin ausgehandelten Rahmenbedingungen sukzessive hin zu mehr Eigenverantwortung verändert, ein für eine größere Gruppe von Patienten mit vergleichbaren Störungen in der Impulskontrolle durchaus häufiger Vorgang. Streeck (2007, S. 114f.) weist bei der Therapie komplexer Persönlichkeitsstörungen darauf hin, dass ein solches Aushandeln von Rahmenbedingungen impliziert, dass beide – Therapeut und Patient – die Bedingungen nennen, von denen jeder meint, dass sie für seinen Teil der gemeinsamen Arbeit erforderlich sind. Im Prozess des Verhandelns stellt sich heraus, ob der Patient sie tolerieren und der Therapeut sie akzeptieren kann. Und manchmal – insbesondere bei Patienten, die sich rasch in ihrer Autonomie ein-

geschränkt erleben – sei das Ringen um Rahmenbedingungen selbst schon ein wichtiger Teil der Therapie. Nach diesem Modell sind also Rahmenbedingungen nicht Regeln, denen sich Patienten zu unterwerfen haben, sondern Spielregeln, bei denen die Toleranzgrenzen der Interaktionspartner ebenso berücksichtigt werden müssen wie die angestrebten Therapieziele.

## 23.4 Die symbolische Funktion des Rahmens

Von psychoanalytischer Seite wird im Hinblick auf die symbolische Funktion des Rahmens (die dritte Ebene nach Müller [2014]) am ehesten die der Triangulierung betont. Ohne hier auf die verschiedenen theoretischen Aspekte des Triangulierungskonzeptes einzugehen und zu diskutieren, wie »früh« oder »spät« der Vater nun als Alternative in die Mutter-Kind-Dyade eintritt, ob als »Störenfried« oder als »Weißer Ritter« (Schohn 2014), kann der Rahmen als ein drittes Element neben dem Patienten und dem behandelnden Team aufgefasst werden.

Triangulierung bedeutet aus psychoanalytisch-psychodynamischer Sicht ein »bedeutungsvolles Anderes«, das dyadische Beziehungen und darin generierte »Wahrheiten« relativiert bzw. diese mit einer anderen, eben dritten Perspektive konfrontiert. Geht es bei der entwicklungspsychologischen Triangulierung um die Relativierung der Selbstbezogenheit des Kleinkindes innerhalb einer engen Mutter-Kind-Dyade durch die Anerkennung der Beziehung der Eltern zueinander als eigenständig und unabhängig von ihm, so geht es bei der triangulierenden Funktion des Rahmens um die Relativierung »selbstbezogener« Besonderheiten der Beziehung zwischen Patient und Behandlungsteam bzw. einzelner Teammitglieder. Eine Behandlung



würde einerseits nicht glücken, wenn das unmittelbar mit dem Patienten befasste Team bzw. die mit ihm direkt interagierenden Therapeuten nicht ein besonderes Verständnis und möglicherweise auch eine besondere Loyalität ihm gegenüber empfinden würden, unabhängig von seiner jeweiligen Symptomatik oder seinem Verhalten. Unstrittig ist andererseits aber auch, dass eine solche, notwendigerweise besondere Beziehung häufig auf die Tolerierung bestimmter Verhaltensweisen oder Situationen hinausläuft, die vor dem Hintergrund der »Gesamtorganisation Krankenhaus« nicht mehr vertretbar sind (► Fallbeispiel Friedberg G.). Werden bestimmte Bezugstherapeuten oder auch Teams dann von der Großgruppe der anderen Mitarbeiter oder aber der Krankenhausleitung »gestoppt«, liefern der Rahmen bzw. die innerhalb dieses Rahmens definierten Regeln und Grundsätze die Gründe für eine solche Intervention. Es sind dann auch nicht Willkür und Machtmissbrauch, welche die Anpassung aufseiten der Behandler »erzwingen«, sondern lediglich zuvor definierte und vereinbarte Regeln, die greifen.

Die Erfahrung zeigt allerdings, dass Therapeuten und Behandler Teams in solchen Situationen ihrerseits durchaus selbst kränkbar reagieren, wenn z.B. »ihre« Fälle im Großteam, im Rahmen einer Supervision oder einer Chefarztvisite problematisiert werden. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme erfordert also einige Reife und Kompromissbereitschaft auch seitens der Behandler selbst. Die Ausnahme erscheint u.E. allerdings vor dem Hintergrund dieses Konfliktpotenzials bestimmter Rahmenvorgaben so wichtig wie die Regel selbst. Es wäre dem Gesamtunternehmen nämlich auch nicht dienlich, wenn mit diesen Regeln mechanisch umgegangen würde und sie nicht immer wieder neu interpretiert würden im Hinblick auf den jeweiligen Einzelfall bzw. die spezifische Situation.

Die Holding Function und damit eine weitere symbolische Funktion des Rahmens klingt schon bei Simmel (1993) in seinen Abhandlungen über die stationäre Psychoanalyse im Schloss Tegel an. Diese haltenden Funktionen, die für fast alle Patienten im stationären Kontext zunächst erst einmal Sicherheit, Entlastung und die Möglichkeit zur Regression bieten, gehen nahtlos in das Konzept des »Übergangsraums« über, wie es von Winnicott (1953) aus entwicklungspsychologischer Perspektive formuliert wurde. Winnicott beschreibt damit als Kinderanalytiker das Spannungsfeld zwischen Subjekt und Objekt, einen »intermediären« bzw. »potenziellen« Raum, in dem das Kind beginnt, auf die reale Anwesenheit der Mutter und ihre bedürfnisbefriedigenden Funktionen zu verzichten und mithilfe sogenannter »Übergangsobjekte« erste bewusste Erfahrungen im Hinblick auf die eigene Wirksamkeit, die eigene Kreativität und schlussendlich auch im Hinblick auf das eigene Selbst zu machen, Erfahrungen, die für die Entwicklung eines »wahren Selbst«, wie es von Winnicott (1976) formuliert wurde, im Unterschied zum »falschen Selbst« entscheidend sein können. Nach Ansicht insbesondere psychodynamisch bzw. psychoanalytisch orientierter Autoren stellt auch die Klinik bzw. die Station einen solchen Übergangsraum dar, in dem sich der Patient durch einen sicheren Rahmen so sehr gehalten und sicher getragen fühlen kann, dass er, zumindest vorübergehend, auf die gewohnten Abwehr- und Bewältigungsmechanismen verzichtet (Winnicott 1965). Diese Form des Lockerlassens, mit Kris (1950) könnte man sagen: »Regression im Dienste des Ich«, stellt eine der Voraussetzungen dafür dar, dass der Patient eine Art Neubeginn (Balint 1968) bzw. eine Neubesinnung wagen kann, die Klinik und die in ihr anwesenden Personen als eine Art »Laborsituation« begreifend, in der zwar sehr persönliche Beziehungen gelebt und er-

lebt werden können, in der es für ihn aber nicht darauf ankommt, mit diesen Personen auch tragfähige Beziehungen auf Dauer einzugehen. Dass das Herstellen eines solchen Übergangsraumes gerade in der Therapie von Borderline-Patienten ein entscheidendes Element darstellt, wurde im Besonderen von Trimborn (1983) herausgearbeitet, der folglich das eigentliche Ziel der Therapie weniger im Durchbuchstabieren pathologischer Beziehungsmuster sieht als vielmehr in der Stärkung der Symbolisierungsfähigkeit betroffener Patienten (Trimborn 1983, S. 218 f.).

Vor dem Hintergrund dieser Sichtweisen stellt der Rahmen zwar nicht den gesamten Übergangsraum sicher, kann aber als eine der tragenden Wände dieses Raums angesehen werden. Und tragen müssen diese Wände, insbesondere dann, wenn es um die Behandlung schwerer alterierter, im klinischen Jargon sogenannter »frühgestörter« Patienten geht, deren Persönlichkeitsentwicklung sie sozialen Beziehungen hochgradig projektiv verzerren lässt. Erfahrungsgemäß rufen solche Patienten durch ihre Tendenz zur Externalisierung und Einbeziehung Dritter in die eigenen inneren Konflikte in Teams massive Resonanz hervor, bis hin zur Spaltung in entweder nur gute oder nur schlechte Objekte (mit entsprechend heftigen Auseinandersetzungen im Team untereinander). Lösungen können dann in vielen Fällen nur noch durch die ebenfalls als Rahmenvereinbarung festgeschriebene Supervision gefunden werden, um einer »Zerstörung des therapeutischen Raums« (Trimborn 1983) vorzubeugen: Institutionen könnten ansonsten mit ihrem emotional dichten Klima und ihren vielfältigen interpersonalen Konflikten labilisierte Patienten mit z. B. einer Borderline-Struktur an den Rand der Dekompensation oder darüber hinaus bringen. Ist sich das Team dieser Gefahr nicht bewusst und ist der Übergangsraum nicht durch einen »Rahmen« geschützt,

wird der Patient entlassen. Dies erfolgt aber nicht, weil er prinzipiell unbehandelbar gewesen wäre, sondern weil das Team es möglicherweise nicht verstanden hat, die verschiedenen, unreflektierten Persönlichkeitsanteile zu integrieren und »zurückzuspiegeln«.

## 23.5 Grenzen des Settings

Eine andere wesentliche Funktion hat der Rahmen in der Definition und aus der Perspektive klinischer »Auslinien« und damit nicht nur bezüglich der Sicherung der Grenzen des Settings, sondern auch der Sicherung der darin behandelten Patienten. Grenzen sind vor allem dann gegeben, wenn ein Patient aufgrund seines Störungsbildes mit den (begrenzten) Mitteln einer Klinik als nicht (oder als nicht mehr) behandelbar erscheint. Psychotherapeutisch-psychosomatisch orientierte Kliniken haben deswegen in der Regel bestimmte Kontraindikationen definiert, wie z. B. psychotische Erkrankungen, unbehandelte Abhängigkeitserkrankungen oder depressiv dekompensierte Patienten, die als akut suizidal eingeschätzt werden müssen. Andere Stationen spezialisieren sich auf bestimmte Patientengruppen und auch Rehabilitations-einrichtungen sind angehalten, Patienten nur unter ganz bestimmten Bedingungen aufzunehmen. Deren Gesundheitszustand sollte zumindest soweit stabilisiert sein, dass sie als »rehabilitationsfähig« eingestuft werden können, d. h. dass Komplikationen im Sinne einer akuten Dekompensation zuvor weitgehend ausgeschlossen worden sind. Sollte unabhängig von solchen Vorkehrungen im Verlauf einer Behandlung eine Krisensituation auftreten bzw. ein krankheitsbedingter Zustand des Patienten eintreten, der bei einer Weiterbehandlung auf eine Gefährdung des Patienten hinausliefe, müssen durch entsprechende Rahmenvereinbarungen möglichst rasch und

eindeutig Maßnahmen möglich werden, die solche Gefährdungen (z.B. durch Überweisung in eine andere geeignetere Institution) wenn irgend möglich ausschließen.

Nicht ausgeschlossen ist die Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung, insbesondere in solchen Einrichtungen, die sich der stationären Therapie schwerer gestörter Persönlichkeiten widmen, wie im Falle von Friedbert G. (► Fallbeispiel, Abschn. 23.3). In diagnostisch undurchsichtigen Fällen kann im Vorgespräch das Abschätzen dissozialer Persönlichkeitszüge erhebliche Probleme bereiten. Manchmal zeigen sich solche erst im Verlauf einer Behandlung deutlicher, wobei diesbezügliche Patienten nicht unbedingt zum Mittel der körperlichen Gewalt greifen müssen. Gewalt hat viele Dimensionen, entsprechende Defekte in den Über-Ich-Strukturen vorausgesetzt. Sie kann sich auch verbal äußern, in manipulativ-ausbeuterischem Verhalten anderen Patienten gegenüber, im Lügen oder Stehlen, wobei das Resultat jeweils die Schädigung des sozialen Umfeldes ist und eine solche Schädigung auch mehr oder weniger bewusst durch den Verursacher in Kauf genommen wird. Bestimmte Formen des Agierens müssen ebenfalls durch Rahmenvorgaben begrenzt werden (z.B. das Unterschreiten eines bestimmten Mindestgewichts bei magersüchtigen Patientinnen, das Autofahren trotz stark wirksamer Medikamente, auf die der Patient neu eingestellt wurde).

Eindeutig sollte durch Rahmenvereinbarungen auch die Grenze der Institution nach »außen« festgelegt werden, nicht nur im Hinblick auf Besuchsmöglichkeiten und -zeiten oder auf Abwesenheiten des Patienten, sei es durch Beurlaubungen oder durch »Belastungserprobungen«, unter denen Beurlaubungen häufig firmieren. Nicht nur haben Patienten gelegentlich für sie unabdingbare Außentermine wahrzunehmen, auch in ihrer Freizeit halten sie sich nicht andauernd in der Klinik

auf; denn je länger eine Behandlung dauert, desto mehr Regression verhindernde und die Entlassung vorbereitende Kontakte nach außen sind erwünscht. Auch hier gilt es, durch Rahmenvorgaben Orientierungshilfen zu geben, in welchen Fällen solche Außenkontakte der Behandlung zuträglich sind bzw. ab wann sie unter therapeutischen Gesichtspunkten dysfunktional werden. Gelegentlich wird auch von außen versucht, Einfluss auf die Behandlung zu nehmen, sei es, dass Angehörige anrufen und sich nach dem Stand der Behandlung erkundigen oder dass Krankenkassenvertreter Kostenzusagen in Aussicht stellen, wenn man nur rasch und »unbürokratisch« zur Behandlung Stellung nähme. In Ausnahmefällen mag es auch dazu kommen, dass sich Bezugstherapeuten von »ihren« Patienten aus der Klinik zu Hause anrufen lassen oder ihre privaten Telefonnummern zur Verfügung stellen und auf diese Weise das diensthabende Team gewissermaßen »außer Kraft« setzen. Nicht selten kommt es vor, dass Patienten wie selbstverständlich mit ihren ambulanten Vorbehandlern Kontakt aufnehmen, diese über die »Zustände in der Klinik« informieren, nicht zuletzt, um innere Spannungen abzubauen, wodurch solche Kontakte eine Art Ventilfunktion übernehmen. In Bezug auf vielfältige vergleichbare »Grenzsituationen« wird man das, was »noch geht«, und damit die Grenzen der Institution im Einzelfall immer wieder ausloten bzw. herausarbeiten müssen.

Für die dann notwendige Grenzziehung nach außen sind u. E. vor allem die Krankenhausleitung bzw. die abteilungsleitenden Ärzte, Psychologen oder Pflegekräfte und damit eindeutig definierte und mit Leitungsaufgaben betraute Personen zuständig. Für die übrigen therapeutischen Mitarbeiter bzw. die Mitglieder der Behandlerteams gilt jedoch, dass sie ihre Tätigkeit eindeutig auf den Binnenraum der Klinik fokussieren sollten, was nicht

heißt, dass Sozialtherapeuten bzw. Sozialarbeiter mit den ihnen zugewiesenen Patienten nicht Wohn- oder Arbeitsstätten aufsuchen oder dass seitens des Bezugstherapeuten in der Klinik keine Paar- und Familiengespräche mehr durchgeführt werden sollten. Wenn ein Patient jedoch aus dem stationären oder teilstationären Kontext erst einmal entlassen wurde, kann seine Weiterbehandlung nur unter eindeutig definierten Bedingungen erfolgen, sei dies in einer Institutsambulanz, einer Ermächtigungsambulanz oder möglicherweise durch den häufiger werdenden Fall, dass ein in der Klinik beschäftigter Therapeut gleichzeitig eine private Praxis unterhält. »Einfach so« durch gelegentliche Kontakte »weiter zu behandeln« erscheint unter fachlichen wie unter juristischen bzw. nicht zuletzt auch versicherungsrechtlichen Gesichtspunkten obsolet.

## 23.6 Die Regeln und das Team

Auch das Behandlerteam bzw. die Mitglieder der verschiedenen darin integrierten Berufsgruppen unterliegen natürlich Regeln und Rahmenvereinbarungen, die von den Mitarbeitern in ähnlicher Weise wie von Patienten sehr unterschiedlich erlebt werden können, je nach Berufsgruppe, Position und Stellung im Team, Alter und Berufserfahrung bzw. vorherrschenden Persönlichkeitszügen. Es erscheint offensichtlich, dass zwanghafte Therapeuten eher dazu neigen werden, eine Hausordnung auch zwanghaft auszulegen (und dabei die Regel gelegentlich über deren Sinn zu stellen). »Locker« veranlagte Teammitglieder verfahren dagegen eher nach dem Motto »einmal ist keinmal« und lassen gerne auch einmal großzügig »Fünfe gerade« sein. Dies sind dann die Teammitglieder, bei denen Ausnahmen von der Regel an der Tagesordnung sind. Klinikintern eine einheitliche

Linie zu finden, stellt deswegen eine besondere Herausforderung in der stationären Psychotherapie dar, denn zweifellos handelt es sich bei den infrage kommenden Institutionen um »Experten-Organisationen«, und Experten sind in der Regel mehr mit ihrer Expertise als mit der Organisation und ihren Regeln identifiziert. Trotzdem müssen sich natürlich auch diese Experten an die klinikinternen Vorgaben halten, seien es Therapiezeiten (und -dauern im Sinne quantitativer Mindeststandards), die unter Druck nicht willkürlich (nicht nur im Sinne einer Verkürzung) verändert werden dürfen. Es geht in diesem Zusammenhang auch um die Verpflichtung zur adäquaten Dokumentation, was angesichts der Fülle sonstiger bürokratischer Auflagen in der Regel mit erheblichen Widerständen einhergeht, dürfte doch allorts der »Schriftkram« drohen, die klinischen Aufgabenstellungen mehr und mehr zu überlagern. Der Rahmen sieht daneben eine Verbindlichkeit von Teambesprechungen vor bzw. die formale Vorgabe, in diesen Besprechungen auch über alle Patienten zu reden (und nicht nur über die, die affektiv am meisten Resonanz auslösen). Zu den verbindlichen Rahmenvereinbarungen des Teams gehören in der Regel auch Vertretungsregelungen für Krankheits- und Urlaubsfälle. Die einzelnen Mitarbeiter sind zudem verpflichtet, sich in entsprechenden Veranstaltungen über inhaltliche Neuerungen und veränderte Abläufe zu informieren bzw. last, not least den Anforderungen eines ständig wachsenden Berichtswesens gerecht zu werden.

Hier dürfte die Beantwortung von Anfragen seitens der Krankenkassen bzw. des zwischengeschalteten MDK (unter Berücksichtigung entsprechender zeitlicher Vorgaben) wie auch das Abfassen von Aufnahme- und Entlassberichten durch die behandelnden Bezugstherapeuten die meisten Widerstände hervorrufen. »Prokrastinieren« und damit

das Verschieben dieser Tätigkeiten erschwert die Aufgabenerfüllung zusätzlich, weswegen auch hier der Rahmen und eindeutige zeitliche Vorgaben Abhilfe schaffen können (► Kap. 34). Im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht wäre es geradezu ideal, die wesentlichen Inhalte eines Entlassbriefes schon am Ende der Behandlung formuliert zu haben, um die wesentlichen Punkte mit dem Patienten vor Versendung persönlich durchsprechen zu können. Solchen und vergleichbaren Anforderungen bzw. Rahmenbedingungen inhaltlich und zeitlich gerecht zu werden, erfordert jedoch ein hohes Maß an Disziplin einerseits und Kompetenz im »Übersetzen« des gefühlsmäßig erfahrenen »Verstehens« in ein mehr oder weniger theoriegeleitetes Erklären andererseits. Krankenhausträger und Krankenhausleitung sind in diesem Zusammenhang gut beraten, bezüglich ihres Berichtswesens hilfreiche Vorgaben bzw. Muster zu erstellen, an die sich die betroffenen »Autoren« dann auch halten sollten. Dass diese Vorgaben von dem einen oder anderen via Externalisierung seines Über-Ich, Übertragung eines ungelösten Autonomiekonfliktes oder aber einer beständigen Mutterübertragung auf die Organisation als Zumutung erlebt werden können, bleibt davon unbenommen. Der Wert eines auch bezüglich solcher Dienstaufgaben eindeutigen Rahmens liegt nicht nur in der Reduzierung der Ambivalenz des Einzelnen, sondern gleichfalls in der Reduktion von »Nachlaufsituationen« und daraus resultierenden, letztlich unergiebigem Dauerauseinandersetzungen zwischen den verschiedenen Hierarchiestufen des Teams.

Untrennbar verbunden mit der Durchsetzung der im Rahmen beschriebenen Regeln und Vereinbarungen sind – wie das Sanktionieren von Regelverletzungen – Machtfragen, die häufig in institutionellen Kontexten nicht explizit und nur verklausuliert verhandelt werden, gerade auch in den Behandlerteams,

deren Mitglieder sich durchaus nicht immer als gleichberechtigt und »auf Augenhöhe« verstehen (► auch Thomä & Kächele 1987, S. 331). Wer darf wann den Patienten wie begrenzen? Wer entscheidet über die Entlassung bzw. die Fortführung der Therapie, trotz grober Verletzung des Rahmens? Dient diese Regelübertretung noch der Erkenntnis im Rahmen eines grundsätzlich benignen »Handlungsdialoges« (Klüwer 1983), dem szenischen Verstehen des Patienten (Wieser 1994) oder bedeutet ein Durchgehenlassen ein Zuviel an Ungleichbehandlung in der Klinik und damit neue Konflikte und Auseinandersetzungen? Aus Sicht der Patienten haben psychotherapeutisch geschulte Behandler ohnehin eine Art »privilegiertes Wissen« (Müller 2014) über ihre Patienten. Macht über die Behandlung und deren Ende muss daher eindeutig geregelt und verteilt bzw. jeder Form der Willkür entzogen werden. Zu naheliegend wäre es ansonsten, dass Gegenübertragungswiderstände aller Art über die Durchsetzung von Rahmenvereinbarungen ausagiert würden (Thomä & Kächele 1987). Genauso deutlich gilt für die Teams und deren jeweilige Leitung bzw. insbesondere für die Krankenhausleitung, dass Führungskräfte sich explizit an die Regeln und Vereinbarungen halten sollten: Je höher sie in Position und Hierarchie lokalisiert sind, desto mehr. Beliebigkeit und Gutsherren-Art sind eindeutig kontraindiziert.

Eine wichtige Frage ist auch, wer den Rahmen gegenüber dem Patienten bzw. der Gruppe der Patienten vertritt. Um den im stationären Setting geradezu ubiquitären Spaltungsmechanismen entgegenzuwirken, sollte dies idealerweise eine Aufgabe des gesamten Teams und aller seiner Mitglieder sein. Keinesfalls sollte diese Aufgabe, die eine erhebliche »Aufarbeitungs- und Integrationsfähigkeit« (Trimborn 1983) erfordert, an irgendeine einzelne Person aus der medizinischen Leitung oder gar an die Verwaltung abgetreten werden.

Unserer Meinung nach ist es deswegen ausgesprochen sinnvoll, die verschiedenen Rahmenvereinbarungen bzw. sonstige wichtige Regelungen anlassbezogen in bestimmten Abständen immer wieder im Team zu besprechen. Wiederholung ist auch hier strukturbildend. Nicht nur muss eine Hausordnung immer wieder neu auf konkrete Situationen bezogen und angewendet werden; auch Fluktuation in Team und Belegschaft sorgt für eine beträchtliche »Varianz« bezüglich der verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten bzw. wirkt der Verinnerlichung des Rahmens und seiner vielfältigen Funktionen entgegen.

## 23.7 Abschließende Bemerkungen

Für erfolgreiche Behandlungsverläufe wie auch die Aufrechterhaltung eines förderlichen Binnenklimas ist also ein stabiler und belastbarer Rahmen unabdingbar. Mit diesem ist nicht vereinbar, wenn Patienten laufend die Regeln verletzen, sich oder andere gefährden, wenn Patienten sich über Nacht wiederholt unerlaubt aus der Klinik entfernen oder von Beurlaubungen nicht pünktlich zurückkommen, sich nicht an Therapievereinbarungen halten bzw. zu verbindlichen Therapieeinheiten nicht erscheinen etc. Auch wenn darin Konflikte im Sinne eines Handlungsdialoges (Klüver 1983) zum Ausdruck kommen und möglicherweise szenisch im Sinne eines Handlungsdialoges verstanden werden könnten (Argelander 1970), braucht es eindeutige Auslinien, um das »Sprachspiel Psychotherapie« (Schulte 2016) wirksam werden zu lassen, selbst wenn dieses Verhalten nicht auf eine bewusst beabsichtigte Grenzverletzung reduziert werden kann. Manche Formen des Agierens durch Patienten wie durch Teammitglieder gleichermaßen sind zweifelsohne mit dem Gesamtrahmen einer Klinik unverein-

bar. Unvermeidbar ist dann auch eine adäquate Reaktion auf dieses Verhalten.

## Literatur

- Argelander H. Das Erstinterview in der Psychoanalyse. Darmstadt: Primusverlag 1970.
- Balint M. The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression. London: Tavistock 1968.
- Bartuschka F. Grenzen setzen in der stationären Psychotherapie – das Ringen um Struktur. In: Strauß B, Geyer M (Hrsg). Grenzen psychotherapeutischen Handelns. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006; 137–51.
- Hübner W. Notwendige Regelverletzungen. Der Analytiker als Vermittler zwischen der Welt der inneren und der Welt der äußeren Objekte. Psyche 2009; 63: 22–47.
- Klüver R. Agieren und Mitagieren. Psyche 1983; 37(9): 0828–40.
- Kris E. On preconscious mental processes. Psychoanal Q 1950; 19: 540–60.
- Müller T. Rahmen, Setting. In: Mertens W (Hrsg). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2014.
- Novotny PC. The pseudopsychanalytic hospital. Bull Menninger Clin 1973; 37: 193–210.
- Rykraft C. The nature and function of the analyst's communication to the patient. Int J Psychoanal 1956; 37: 469–72.
- Sachsse & Psychotherapie mit dem Sheriff-Stern. Zum Umgang des Therapeuten mit der Hausordnung in der stationären Psychotherapie und zu möglichen Auswirkungen auf seine Sozialisation zum Psychoanalytiker. Gruppenpsychother Gruppensyndyn 1989; 25: 141–58.
- Sadavoy J, Silver D, Book HE. Negative responses of the borderline to inpatient treatment. Am J Psychother 1979; 33: 404–17.
- Schulte J. Wittgenstein. Eine Einführung. 2. Aufl. Stuttgart: Reclam 2016.
- Schohn L. Triangulierung. In: Mertens W (Hrsg). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 974–9.
- Simmel E. Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: Hermanns LM, Schultz-Venrath U (Hrsg). Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften. Frankfurt a. M.: Fischer 1993.



- Streeck U (Hrsg). Rahmenbedingungen als Vertrag.  
In: Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta 2007; 113–23.
- Trimborn W. Die Zerstörung des Therapeutischen Raums. *Psyche* 1983; 33: 204–36.
- Thomä H, Kächele H. Lehrbuch der Psychoanalyse. Band 2. Heidelberg: Springer 1987.
- Wieser M. Szenisches Verstehen. Ein erster theoretischer Erkundungsversuch. *Psychotherapie Forum* 1994; 2: 6–19.
- Winnicott DW (Hrsg). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta 1953; 10–36.
- Winnicott DW. The Maturational Processes and the Facilitating Environment. New York: University Press 1965.
- Winnicott DW. Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler 1976.

## 24 Abgemacht – Therapieverträge und Vereinbarungen

Götz Berberich

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird zum einen die grundsätzliche Bedeutung von Verabredungen, Vereinbarungen, impliziten, expliziten und ausformulierten Verträgen ausgeführt. Zum anderen wird das Vertragsgeschehen eingebettet in die übergeordnete und zugrunde liegende Therapiebeziehung. Ohne eine Halt gewährende und grundsätzlich vertrauensvolle Arbeitsbeziehung, in der Inhalte und Gestaltung von Verträgen ausgehandelt werden müssen, wären Therapieverträge als therapeutisches Mittel nutzlos oder infolge eines nicht reflektierten, malignen Übertragungsgeschehens sogar schädlich. Abschließend werden Indikationen für Therapieverträge aufgelistet und Hinweise für die konkrete Ausgestaltung eines Therapievertrages gegeben.

### 24.1 Psychotherapie als Vertragsgeschehen

Jedes soziale Zusammenleben fußt auf Absprachen sowie Vereinbarungen und letztlich einer ganzen Hierarchie von expliziten und impliziten Verträgen. Das Kommunikationsgeschehen an sich spielt sich vor dem Hintergrund in der frühen Kindheit erworbener Erfahrungen ab, welche z. T. kulturspezifische Regelungen vermitteln. Die wechselseitige Einhaltung dieser Regeln erzeugt ein Gefühl von Sicherheit, während ein Verstoß dagegen Verwirrung und Befremden auslöst. Ein wesentlicher Teil von Psychotherapie beschäftigt sich somit mit der Identifikation, Klarifizierung und ggf. Modifikation von dysfunktionalem Kommunikationsverhalten, das auf

falsch verstandene, anachronistische oder fehlende Regeln im zwischenmenschlichen Umgang zurückzuführen ist.

Im klinischen Alltag zeigt sich dies etwa im »Verstoß« eines Patienten gegen etablierte Kommunikationsrituale (z. B. in der Begrüßungssituation), implizite Verhaltensnormen (z. B. das Ausmaß der Hygiene im Badezimmer bei Mehrbettzimmern oder in Gemeinschaftseinrichtungen) sowie mehr oder weniger expliziten Vertragswerken (z. B. Hausordnung). Die Arbeit an und mit Therapieverträgen beginnt also nicht erst bei schriftlichen Vereinbarungen über ein spezifisches Thema, sondern ist immer schon wesentlicher Bestandteil jeglicher Psychotherapie gewesen. So ist die analytische Grundregel, die besagt, dass ein Patient während der Analyse jederzeit seine Assoziationen ohne bewusste Beschränkungen mitteilen solle, ein solcher Therapievertrag, ebenso wie die Vereinbarung von Übungen oder »Hausaufgaben« zwischen den Therapiesitzungen bei einer kognitiv-behavioralen Therapie. In diesen einfachen Beispielen wird aber bereits deutlich, dass es in der Psychotherapie – mehr als im Alltagsleben – darum geht, auf Vereinbarungen auch Konsequenzen folgen zu lassen, es »ernst zu meinen« mit den Verträgen. Das Ziel einer funktionalen Verhaltenskontingenz korreliert sowohl mit der Ernsthaftigkeit der Beziehung als auch mit der Erfahrung der Selbstwirksamkeit. Durch Regeln werden Veränderungen gebahnt, diese helfen bei der Erreichung eines bestimmten Therapieziels. Sie motivie-

ren den Patienten durch eine Selbstverpflichtung, jedoch auch durch verpflichtende Absprachen mit dem Therapeuten oder dem therapeutischen Team, das eigene Verhalten in spezifischen Situationen zu verändern.

Angesichts der erheblichen Defizite vieler Patienten in der Kommunikation und Beziehungsgestaltung wie auch im Selbstbezug sollten Voraussetzungen für Therapieverträge nicht zu hoch angesetzt werden (Hautzinger 2000, S. 368). Der Psychotherapie als vertraglich festgelegtem Geschehen muss aber doch ein Konsens von Patient und Therapeut zugrunde gelegt werden, nämlich dass dieser Prozess zum Wohle des Patienten gemeinsam zu gestalten ist, auch wenn unterwegs wesentliche selbst- und beziehungsdestruktive Mechanismen wirken sollten. Dieser Grundkonsens ist bei jeglicher konkreter Gestaltung von Therapieverträgen immer wieder herzustellen.

## 24.2 Implizite und explizite Therapieverträge

Die Verabredung zu einer Psychotherapie beinhaltet einen formalen therapeutischen Vertrag, der die therapeutische Situation, das Setting, die Modalitäten der Behandlung, Fragen der Vergütung und Kostenübernahme im Krankenhaus, darüber hinaus Fragen der Unterbringung, der Verpflegung, der medikamentösen und sonstigen medizinischen Versorgung beinhaltet. Wenn also von juristischer oder Verwaltungsseite von »Therapievertrag« gesprochen wird, ist in der Regel ein ausformuliertes, unterschriebenes und letztlich von beiden Seiten aus einklagbares Vertragswerk über die genannten Inhalte gemeint.

Aus therapeutischer Sicht geht der Therapievertrag jedoch weit darüber hinaus und regelt u. a. die wechselseitige Rolle von Patient und Therapeut sowie weiterer beteiligter Berufsgruppen. Im stationären Kontext kommt

hier noch die bewusste Gestaltung der Beziehung zu Mitpatienten hinzu, deren geplante Modifikation zu Übung und Annäherung an das Therapieziel genutzt werden kann.

Im Krankenhaus sind Auseinandersetzungen mit oder Enttäuschungen über Mitpatienten ausgesprochen häufige Themen in der Therapie, oft zuerst zurückhaltend oder unter hohem affektiven Druck (Scham, Angst, Wut) in der Einzeltherapie geäußert. Die Bearbeitung dieser Konflikte führt dann zu ersten Einsichten und vorab noch rein spekulativen Ideen des Patienten, wie die Konflikte mit den Mitpatienten im direkten Kontakt weiter analysiert oder sogar gelöst werden könnten. Die Entwicklung solcher Verhaltensalternativen in der Einzeltherapie drängt aber zur bisher vermiedenen Umsetzung in der Beziehung zu den Konfliktgegnern, optimalerweise in einem gruppentherapeutischen Setting. Der nur implizit mitschwingende oder – mehr oder weniger offen – explizit geäußerte Vorschlag des Therapeuten, den Konflikt in der Gruppentherapie oder im Klinikalltag gemäß der entwickelten Verhaltensalternative anzusprechen, stellt daher, soweit dieser Vorschlag vom Patienten akzeptiert wird, einen Therapievertrag dar. Der Patient wird im Falle der Umsetzung mit einem gewissen Erfolgsgefühl reagieren, bei einer Vermeidung aber einen Rechtfertigungsdruck sich selbst und dem Therapeuten gegenüber spüren.

Gerade die dichte und rasch fortschreitende Psychotherapie im Krankenhaus kann daher als Folge von impliziten, gelegentlich auch expliziten Therapieverträgen betrachtet werden, in denen Verhaltensmodifikationen in jeder Sitzung neu analysiert, geplant und umgesetzt werden. Die intendierten Verhaltensmodifikationen sollten jedoch so kleinschrittig sein, dass ein Erfolg mit größter Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, um das Selbstwirksamkeitserleben zu stärken (Kanfer et al. 2006, S. 244). Hierbei ist auch die Expertise des The-

rapeuten gefragt, der eine Unter- wie auch Überforderung des Patienten leichter abschätzen kann als dieser selbst. Zudem sollte er mögliche Schwierigkeiten (etwa für den Patienten unerwartete Reaktionen des Konfliktgegners) und Widerstände antizipieren, verschiedene Verhaltensalternativen beleuchten und nötigenfalls Entscheidungshilfen zur Verfügung stellen. Bei erheblichen (z. B. assertiven) Defiziten sollten Verhaltensweisen auch zuvor im Rollenspiel oder in spezifischen Gruppen geübt werden (Kanfer et al. 2006, S. 376).

Da Psychotherapie in aller Regel kein linearer Prozess, sondern eine Folge von neu auftretenden Fragen, vertieften Einsichten und begrenzten Teilerfolgen ist, wird auch die Vereinbarung von Verhaltensmodifikationen durch eine langsame Annäherung an (Teil-) Ziele gekennzeichnet sein, wobei Misserfolge bei der Umsetzung dem Patienten jeweils helfen können, auftretende Schwierigkeiten, eigene Widerstände oder Defizite sowie übersehene Bedürfnisse von Konfliktgegnern zu analysieren und zu bearbeiten. Die Folge von adjustierten Therapievereinbarungen wird somit zu einem Spiegel des vertieften Durcharbeitens der individuellen Problematik.

Es muss dabei nicht betont werden, dass sich der Prozess des Aushandelns dieser Vertragsschritte stets in einer kooperativen Atmosphäre im Rahmen des Arbeitsbündnisses (► unten) vollzieht. Trotzdem mag es im Einzelfall ein hartes Ringen um die Veränderung eines über Jahre habituierten Verhaltens mit oft erheblichem Krankheitsgewinn und massiver Fehlverstärkung sein.

## 24.3 Der ausformulierte Therapievertrag

In einigen Bereichen der Psychotherapie haben sich ausformulierte, schriftlich niedergelegte und unterschriebene Therapieverträge

als nützliches, gelegentlich sogar unverzichtbares Werkzeug herausgestellt. Dies betrifft für den Bereich der stationären Psychotherapie besonders die Behandlung von Extremsituationen wie

- Suizidalität,
- Selbstverletzung,
- generell die Behandlung von persönlichkeitsgestörten Patienten oder
- Suchttherapie

sowie die Vorbereitung von Expositionsverfahren. Bei Letzteren wird der Übungsablauf bei der Reizkonfrontation, evtl. mit Reaktionsverhinderung, vorab schriftlich fixiert und operationalisiert, um z. T. unbewussten Vermeidungstendenzen entgegenzuwirken (Hauke 2002). Bei der Suchttherapie wie bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen müssen bereits die Rahmenbedingungen der Therapie klar festgelegt werden. Die Vertragsarbeit dient der Darstellung der Therapiebedingungen sowie der zeitlichen und inhaltlichen Struktur. Die Verpflichtung zur Teilnahme an Therapiesitzungen sowie die Regeln zum Kontakt von Patienten untereinander werden festgelegt (z. B. Schweigepflicht nach außen, jedoch auch keine traumabezogenen Gespräche außerhalb der Therapiesitzungen). Der Umgang mit suizidalen, parasuizidalen und selbstverletzenden Handlungen und Gedanken sowie die Kommunikation hierüber werden konkret reglementiert, um eine dysfunktionale Beziehungsgestaltung über diese Themen zu minimieren. Dabei werden die natürlichen Belastungsgrenzen, die prinzipielle Vertragswilligkeit und die Vertragsfähigkeit validiert (Berberich & Schmid 2009; Bohus 2007).

Gerade Therapiemethoden zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen betonen die Bedeutung der Vertragsarbeit, z. B. die Transference-focused Psychotherapy (TFP) nach Kernberg (Clarkin et al. 2008) sowie die Dialektisch-Behaviorale Therapie

(DBT) nach Linehan (1996). Sie wird nicht einseitig vom Therapeuten geleistet, sondern ergibt sich aus einem Dialog (Clarkin et al. 2008), der bereits beim Aufnahmegespräch, ggf. bereits vor dem stationären Aufenthalt in einem Vorgespräch beginnt. In diesem Dialog erarbeiten Patient und Therapeut einen gemeinsamen Pool an Sprache zu problematischen Verhaltensweisen und eine Koalition auf einer Metaebene im Sinne des Arbeitsbündnisses (Berberich & Schmid 2009). Dadurch erfolgt eine Stärkung des Ich-dystonen Erlebens der Persönlichkeitsstörung (Trautmann & Bollu 2007), entsprechend auch eines Suchtverhaltens oder der Symptomatik vor einer Expositionstherapie.

Die somit gestärkte Motivation des Patienten, sein dysfunktionales Verhalten (Sucht-, Beziehungs- oder Zwangsverhalten) zu verändern, ist der Ausgangspunkt einer Selbstverpflichtung, gewissermaßen eines Vertrages des Patienten mit sich selbst, bei dem der Therapeut lediglich als begleitende, Ich-stützensche Instanz fungiert (Kaner et al. 2006, S. 375). Je mehr der Patient den Therapievertrag zu seinem eigenen Anliegen macht, je weniger er ihn dem Therapeuten »zuliebe«, aus Verpflichtung ihm gegenüber, erfüllt, desto höher sind auch die Erfolgsaussichten. Bei beeinträchtigter Fähigkeit zur innerpsychischen Regulation und damit der Tendenz zur interpersonellen Abwehr wird ein solcher Therapievertrag allerdings auch schnell zur Bühne der Konflikte in der therapeutischen Beziehung, auf der im Verlauf der Therapie Abweichungen vom Vertrag verstanden und interpretiert werden können (Buchheim & Martius 2006). Vertragsabweichungen müssen daher stets auch vor dem Hintergrund der Übertragungsbeziehung analysiert und verstanden und keinesfalls schematisch eingefordert werden. Ansonsten könnten Therapieverträge zum Instrument der Macht in der Hand des Therapeuten oder zur Waffe des Boykotts in

der Hand des Patienten werden. Die Vertragsarbeit stellt somit eine entscheidende Phase in der Behandlung dar, sie darf kein schematisches Contracting werden, sondern bildet eine wichtige, störungsrelevant verhaltensändernde Maßnahme auf der Grundlage der stets reflektierten Arbeitsbeziehung (Berberich & Schmid 2009; Trautmann & Bollu 2007).

Die Abfassung der Therapieverträge muss möglichst konkret und verhaltensnah geschehen. Die Erstellung und Abfassung erfordern durchaus einige Zeit, die sich jedoch bei der Durchführung des Vertrags auszahlt (Hauke 2002; Hautzinger 2000):

- Das Zielverhalten muss konkret und detailliert beschrieben werden.
- Das Ausmaß der Zielerreichung sollte vorab festgelegt werden, um der Vermeidungstendenz ebenso wie dem Selbstboykott (Nichtanerkennung des eigenen Erfolgs) entgegenzuwirken.
- Verträge sollten nicht für die Unendlichkeit geschlossen werden. Ein klarer Zeitraum für die Vertragserfüllung sollte ebenso enthalten sein wie eine Festlegung der Konsequenzen bei Erfüllung oder Nichterfüllung der Zielkriterien.
- Auch die Verpflichtungen des Therapeuten oder des therapeutischen Teams sollten explizit aufgenommen werden.
- Nach eingehender Verhandlung der Vertragsbedingungen sollte der Vertrag vom Patienten schriftlich abgefasst und von beiden Partnern unterschrieben werden.

Ein solchermaßen schematisiertes Vorgehen kann insbesondere bei bestimmten Störungsgruppen, wie etwa den Zwangsstörungen, dazu verführen, noch das kleinste Detail festzulegen, um Einzelheiten zu feilschen und mögliche Konflikte durch übermäßige Zwanghaftigkeit scheinbar zu vermeiden. Ein Therapievertrag ist jedoch kein rechtlich verbind-

liches Schriftstück und die Verhandlungen hierüber sind kein juristisches Tauziehen vor Gericht. Bei aller Präzision und konkreter Festlegung sollte der Geist des Vertrages die Auslegung auf der Grundlage des Arbeitsbündnisses ermöglichen (Hauke 2002).

## 24.4 Beispiele ausformulierter Therapieverträge

Ausformulierte Therapieverträge bieten sich immer dann an, wenn Rahmenbedingungen der Therapie über einen längeren Zeitraum festgelegt werden. Die schriftliche Fixierung ermöglicht den Rückgriff auf das einmal Vereinbarte, sodass Missverständnisse korrigiert, Wahrnehmungsverzerrungen überprüft und Manipulationsversuche offengelegt werden können. Der Therapievertrag wird so zu einem Halt gebenden Instrument, an dem sich im Einzelfall aber auch die Dynamik entfalten darf und problematische Übertragungen bearbeitet werden können. Beispiele solch schriftlich fixierter Rahmenbedingungen sind die Verpflichtung zum Einhalten der vereinbarten Termine, die Darstellung der Möglichkeiten, jedoch auch Grenzen des therapeutischen Engagements, der Umgang mit Suizidgedanken und Selbstverletzungsdrang, Abstinenzregelungen bezüglich Alkohol, Drogen oder nicht verordneten Medikamenten sowie bezüglich intimer Beziehungen mit Mitpatienten.

Die letztgenannten Beispiele beinhalten auch eine Begrenzung der Symptomatik (Symptomkontrolle). Hierfür muss sich der Therapeut aber zuerst von den Steuerungsmöglichkeiten des Patienten überzeugen, um ihn nicht zu überfordern. Die Selbsteinschätzung des Patienten kann in diesem Bereich gravierend von den realen aktuellen Fähigkeiten abweichen. Der stationäre Kontext bietet dem Therapeuten allerdings zahlreiche Gele-

genheiten zur Beobachtung und Beurteilung, sodass gemeinsam eine vertragliche Vereinbarung ausgearbeitet werden kann, die den Patienten weder unter- noch überfordert. Häufig wird es dabei nötig sein, Teil- oder Unterziele zu vereinbaren, die dem Patienten Übungsmöglichkeiten eröffnen und ihm mit der Bewältigung seine Selbstwirksamkeit erfahren lassen. Um dies zu erreichen, muss der Vertrag auch stets so abgefasst werden, dass die Zielerreichung eine Leistung, Fähigkeit und die hohe Motivation des Patienten darstellt. Keinesfalls sollte der Vertrag als Verpflichtung dem Therapeuten oder der Klinik gegenüber, als moralisches Gebot (im Sinne des Gehorsams) oder Schuldigkeit missverstanden werden (Hautzinger 2000).

Ebenfalls im Sinne der Symptomkontrolle sind Therapieverträge zu verstehen, die therapeutische Aufgaben oder spezifische Fortschritte im Verlauf des Therapieprozesses definieren. Insbesondere bei der Vorbereitung einer zeitlich definierten Expositionstherapie, ggf. mit Reaktionskontrolle, haben sich Therapieverträge bewährt. Der genaue Übungsablauf wird vorab entworfen, diskutiert, der Sinn einzelner Schritte erörtert und schließlich konsentiert. Die für den Patienten herausfordernde Expositionsarbeit wird dadurch zum eigenen Projekt, Unklarheiten werden ausgeräumt und das zu erwartende Vermeidungsverhalten wird minimiert (Hauke 2002).

Die konkrete Ausgestaltung eines Therapievertrags sollte folgende Gesichtspunkte berücksichtigen:

- Der Vertrag sollte in der Ich-Form abgefasst werden, da der Patient hiermit eine Eigenmotivation zur Verhaltensänderung ausdrückt. Zudem erscheint das bisherige dysfunktionale Verhalten deutlicher als Ich-dyston oder zumindest als *die eine* (pathologische) Seite einer Ambivalenz.
- Der Therapievertrag sollte den Namen des Patienten beinhalten und auch weitere ver-



tragsübliche Formalitäten: Ort, Datum, Unterschrift des Patienten sowie des Therapeuten. Selbstverständlich hat der Therapievertrag keine juristisch bindende Wirkung. Diese Formalitäten betonen jedoch die Ernsthaftigkeit und den verbindlichen Charakter der getroffenen Vereinbarung.

- Der vertraglich vereinbarte Inhalt sollte klar und detailliert, aber auch nicht zu kompliziert dargelegt werden. In einem Vertrag sollten nicht zu viele Unterpunkte genannt werden. Gegebenenfalls ist ein Folgevertrag auszuhandeln.
- Bei der Formulierung eines Therapievertrags, insbesondere des Titels, ist darauf zu achten, dass er möglichst positiv und nicht als Folge von Verböten ausfällt. Die durchaus üblichen Begriffe »Non-Alkoholvertrag«, »Non-Suizidvertrag«, »Non-Intimitätsvertrag« sind in dieser Hinsicht kritisch zu betrachten. Eine Formulierung, die auf ein funktionales Ziel hinweist, ist zu bevorzugen: Abstinenzvertrag, Lebenserhaltungsvertrag, Kontaktgestaltungsvertrag.
- Die Überprüfung und Bemessung der Zielerreichung sollte aus dem Vertrag hervorgehen. Post-hoc-Diskussionen, inwieweit ein Vertrag nun als erfüllt angesehen werden kann oder nicht, sind äußerst unerfreulich!
- Schließlich sollte jeder Vertrag auch die Konsequenzen des Verhaltens aufzeigen. Die Erfüllung des Vertrages hat in der Regel die Fortführung der (dann ja auch erfolgreichen) Therapie zur Folge, möglicherweise sind jedoch auch noch weitere positive Konsequenzen aufzuzählen, etwa eine bewusste Selbstbelohnung des Patienten. Aber auch negative Konsequenzen bei einem Verstoß gegen die Therapievereinbarung müssen klar benannt werden.

Die nachfolgende »Abstinenzvereinbarung bezüglich Alkohol und Medikamenten« gibt ein sehr einfaches, praktisches Beispiel eines Abstinenzvertrages, wie er häufig zu Beginn einer stationären Psychotherapie abgeschlossen wird. Im Anschluss wird ein gekürzter »Floodingvertrag (Waschzwang)« zur Vorbereitung einer Expositionstherapie mit Reaktionsverhinderung bei einer Zwangsstörung vorgestellt (► ausführlich hierzu Hauke 2002).

### Abstinenzvereinbarung bezüglich Alkohol und Medikamenten

☐ Ich, ... (Name des Patienten), erkläre hiermit, dass ich während des stationären Aufenthaltes in ... (Name der Klinik) auf Alkohol und Drogen jeder Art verzichten werde.

☐ Ich, ... (Name des Patienten), erkläre hiermit, dass ich nur Medikamente einnehme, die mir in ... (Name der Klinik) verordnet und vom Pflegepersonal ausgegeben werden.

Diese Vereinbarung beinhaltet unangekündigte Zimmer- und Laborkontrollen einschließlich Atemalkoholkontrollen.

Dieser Therapievertrag ist die Voraussetzung für die Möglichkeit der stationären Psychotherapie. Ein Verstoß gegen diese Vereinbarung kann die Entlassung aus der Klinik zur Folge haben.<sup>1</sup>

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/-in

.....  
Unterschrift Therapeut/-in

<sup>1</sup> Die Konsequenzen sind individuell je nach Steuerungsfähigkeit des Patienten zu vereinbaren. Gelegentlich kann es, wie hier, sinnvoll sein, dem Therapeuten einen gewissen Beurteilungsspielraum offen zu lassen, da eine sofortige Entlassung beim ersten Verstoß die momentane Steuerungsfähigkeit über-

fordern würde (und in diesem Sinne eine harte »Law and Order«-Entscheidung darstellt), andererseits eine Konsequenz erst beim zweiten Verstoß auch einen quasi erlaubten ersten Verstoß implizieren würde. Gegebenenfalls können auch stufenweise sich verschärfende Konsequenzen vereinbart werden.

### Floodingvertrag (Waschzwang)

Gegen meine Zwänge werde ich, ... (Name des Patienten), in den nächsten zwei Wochen (von ... bis ...) das im Folgenden beschriebene Flooding durchführen. Anschließend werden Teile dieses Vertrages in einen Erhaltungsvertrag ohne zeitliche Befristung aufgenommen.

1. Ich verzichte während der gesamten Zeit auf Waschen und Reinigungshandlungen aller Art (inkl. Gebrauch von Deos, Parfüm etc.). Ausnahmen bedürfen der Zustimmung des Therapeuten.
2. Ich werde in diesen zwei Wochen mit je zwei Garnituren Wäsche und Unterwäsche auskommen; Zahnpflege erfolgt mit medizinischem Kaugummi oder Zahnputzen unter Aufsicht (nicht länger als vier Minuten).
3. Falls zwischenzeitlich Duschen aus hygienischen Gründen erforderlich sein sollte, erfolgt es nach Anmeldung und unter Aufsicht mit maximal zehn Minuten Dauer (inkl. Haarwaschen 15 Minuten Gesamtdauer). Anschließend »Verschmutzungsübung«.

...

Die Verschmutzungsübung besteht darin, dass ich die Hände (für ½ Minute) auf den Fußboden drücke und danach anschließend mein Gesicht, meine Haare und meine Kleidung berühre. Außer nach der Toilettenbenutzung wird diese Übung mindestens dreimal täglich durchgeführt; mindestens einmal werden dabei auch der ganze Inhalt meines Kleiderschranks sowie mein Bett und die Gegenstände auf meinem Schreibtisch berührt.

...

4. Ich unternehme mindestens jeden zweiten Tag eine Aktivität außerhalb des Klinikbereichs, davon dreimal in der Stadt. Ziel ist der

## III Von der Anmeldung bis zur Entlassung

direkte körperliche Kontakt mit Orten, die von vielen anderen Personen berührt worden sind. Als tägliches Übungsprogramm berühre ich Klinken von Hauseingangstüren, Treppengeländer usw. mindestens zweimal am Tag.

...

5. Um die im Flooding üblicherweise aufkommende Angst und Unruhe zu bewältigen, kann ich mich bei Bedarf an das therapeutische Team bzw. an die Diensthabenden wenden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/-in

.....  
Unterschrift Therapeut/-in

### Fallbeispiel

#### Therapieverträge

Herr U., ein lediger Bauingenieur mittleren Alters, wird von seiner ambulanten Psychiaterin in die Klinik eingewiesen, da seine Zwangsstörung ambulant exazerbiert sei. Auch eine Tagklinik habe ihn wegen der starken Symptomatik nicht aufgenommen und an eine vollstationäre Therapie verwiesen. Bereits bei Aufnahme berichtet das Pflegepersonal, die Therapie mit Herrn U. werde schwierig werden, da er wegen exzessiven Rückversicherungsverhaltens, seine Kontaminationsängste betreffend, kaum zu Absprachen fähig sei. Es dauert lange, bis er schließlich sein Zimmer bezieht. Den formalen Therapievertrag in der Verwaltung kann er wegen diverser Bedenken und Ansteckungsängsten in den ersten Tagen nicht unterschreiben. Nicht verwunderlich ist, dass bereits in den ersten Tagen zahlreiche Krisensitzungen des Teams nötig werden, in denen Überforderungsgefühle und Forderungen nach Verlegung in eine psychiatrische Klinik gegen die sehr wohl nachempfundene Not des Patienten und vorstellbare Therapieoptionen abgewogen werden.

Herr U. zeigt sich ausgesprochen interessiert und motiviert, jedoch auch überfordert mit dem Setting. Der Kontakt mit allem Neuen, insbesondere aber mit den Mitpatienten, etwa im Speisesaal, führt dazu, dass er alle Umstehenden eindringlich hinsichtlich der Ungefährlichkeit der Situation befragt. Nach dem Anblick einer Mitpatientin mit offener Wunde bedrängt er sie mit Rückversicherungsfragen so sehr, dass sie sich bedroht fühlt.

Trotz motivierender Aufklärung lehnt er eine Verlegung in eine psychiatrische Klinik vehement ab, lässt sich aber von einer unterstützenden Pharmakotherapie überzeugen. Nach Aufklärung über die Situation der Mitpatienten und des Personals wie auch der therapeutischen Möglichkeiten der Klinik kann eine erste Vereinbarung geschlossen werden, nach welcher der Patient auf jegliches Rückversicherungsverhalten anderen Patienten gegenüber verzichtet, wobei er zur Entlastung weitgehend in seinem Zimmer bleibt und dort auch die Mahlzeiten einnehmen darf. Dies führt zu ersten Erfolgserlebnissen in der Bewältigung seiner Symptomatik und zur Abnahme der Ängste. Allerdings verlagern sich seine rückversichernden Fragen nun auf das Reinigungspersonal, sodass auch dieses in einem zweiten Schritt in die Vereinbarung einbezogen wird.

Parallel hierzu ermöglicht der Patient erste Einsichten in die Entstehungsbedingungen seiner Zwangsstörung, die ein gemeinsames Verständnis befördern. Es entwickelt sich ein zunehmend stabiles Arbeitsbündnis.

In einer nächsten Stufe wird ausführlich vorbesprochen und schließlich als therapeutische Übung vereinbart, dass der Patient wieder am Essen im Speisesaal und schließlich an der störungsspezifischen Gruppentherapie teilnimmt. Die bisherigen Therapieverträge wurden explizit, jedoch mündlich mit dem Patienten vereinbart. Zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie wird ein schriftlich ausformulierter

Therapievertrag die massierte Expositionstherapie mit Reaktionsverhinderung (Rückversicherungsverhalten) vorbereiten.

## Literatur

- Berberich G, Schmid G. Psychosomatische Klinik Windach. Strukturbezogene Verhaltenstherapie der Borderline-Störung. In: Fabian E, Dulz B, Martius P (Hrsg). Stationäre Psychotherapie der Borderline-Störungen. Therapiespektrum und klinikspezifische Behandlungskonzepte. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Bohus M. Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Strauß B, Hohagen F, Caspar F (Hrsg). Lehrbuch der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe 2007.
- Buchheim P, Martius P. Psychodynamische Psychotherapie für Borderline-Störungen. In: Reicherzer M, Kraemer S (Hrsg). Psychotherapie für die Praxis: Borderline-Störung. München: CIP-Medien 2006.
- Clarkin J, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Therapy (TFP). Stuttgart: Schattauer 2008.
- Hauke W. Praxis des Reizkonfrontationstrainings bei Zwangsstörungen. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U (Hrsg). Die Zwangsstörung: Diagnostik und Therapie. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer 2002.
- Hautzinger M. Verhaltensverträge. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg). Verhaltenstherapiemanual. 4. Aufl. Berlin: Springer 2000.
- Kanfer F, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4. Aufl. Heidelberg: Springer 2006.
- Linehan M. Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien 1996.
- Trautmann RD, Bollu H. Die ersten Phasen einer (stationären) Verhaltenstherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg). Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Thieme 2007.

## 25 »Am meisten halfen mir die Mitpatienten« – Therapeutisches Milieu

Michael Hölzer, Bernhard Janta und Christian Fricke-Neef

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel wollen wir aufzeigen, dass das therapeutische Milieu einen basalen Bestandteil stationärer Psychotherapie darstellt, einen »Spielraum«, in dem der Klinik- bzw. der Stationsalltag zu einem strukturierten und beobachtbaren Beziehungsgeflecht gestaltet wird, der aber andererseits selbst in vielfältiger Weise auf das therapeutische Geschehen einwirkt. Die Atmosphäre, die in einer Klinik herrscht, trägt als zwischenmenschlicher Faktor entscheidend zu diesem Milieu bei, sie wirkt auf Patienten wie Therapeuten gleichermaßen zurück. Bestimmt wird das Milieu einer Klinik aber auch durch das Ausmaß, in dem Patienten in alltägliche Aufgaben und Pflichten eingebunden sind, durch die Möglichkeit der Begegnung von Patienten untereinander in mehr oder weniger »öffentlichen« bzw. »geschützten« Räumen, weswegen die Architektur dieser Räumlichkeiten und deren Wirkung genauso wie die Lokalisierung der Klinik in einem städtischen bzw. ländlichen Umfeld und die damit gegebenen Möglichkeiten der Ablenkung als Milieufaktoren berücksichtigt werden müssen. Nicht zuletzt dürfen der Umgang und die Konfliktfähigkeit der Teammitglieder untereinander sowie die hierarchischen Strukturen im Team als das Milieu prägende Faktoren nicht unterschätzt werden.

### 25.1 Vorbemerkungen

Mit dem Begriff des »Milieus« wird in der Soziologie in der Regel das Lebensumfeld eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen beschrieben und damit deren schichtspezifische materielle Voraussetzungen genauso wie

deren Werte, Überzeugungen oder Lebenseinstellung (Flaig & Barth 2014). Auch Krankenhäuser funktionieren nicht im luftleeren Raum, sondern bedürfen, unabhängig vom Fachgebiet, auf dem sie tätig sind, besonderer Umgebungsbedingungen, sodass nicht nur eine zusätzliche Schädigung der Gesundheit von Patienten und Personal vermieden, sondern die fachspezifische Behandlung nach Möglichkeit durch Umweltfaktoren signifikant unterstützt wird. Sind es in der Chirurgie z. B. besondere Anforderungen an die Krankenhaushygiene, die in einer Vielzahl von Vorschriften und in den Hygieneverordnungen festgelegt und fortgeschrieben werden, so können als therapiefördernde »Umgebungsbedingungen« in psychotherapeutischen Institutionen in erster Linie zwischenmenschliche Milieufaktoren benannt werden, die sich positiv auf das emotionale Miteinander, die zwischenmenschliche Klinikatmosphäre und so auf die »Stimmung« in einer Klinik auswirken.

Damit die vielfältigen und zum Teil sehr spezifischen psychotherapeutischen Maßnahmen in einem förderlichen Umfeld stattfinden können, müssen »Raum« und »Rahmen« zueinander passen. Es liegt also nahe, darüber nachzudenken, wie die Umgebungsbedingungen, der Rahmen und interne Regeln bzw. die Struktur eines Krankenhauses zu gestalten sind, sodass das resultierende Milieu einen günstigen therapeutischen Einfluss befördert, anstatt Therapie und das Verhältnis der Mitpatienten untereinander zu beeinträchtigen (► Praxistipp »Mitpatienten«).

## Praxistipp

### Mitpatienten

Erkundigt man sich bei Patienten am Ende ihrer stationären Therapie (und dies dürfte für tagesklinisch behandelte Patienten in ähnlicher Weise gelten), was ihnen in der Behandlung wohl am meisten geholfen hat, werden zwar die üblichen Behandlungsmodalitäten wie Einzel- und Gruppentherapie, Spezialtherapien sowie Maßnahmen des Pflegedienstes meist positiv bewertet. Besonders gut schneiden jedoch in fast allen Fällen die Mitpatienten ab, was nahelegt, dass die vielfältigen Beziehungen zu diesen Mitpatienten wesentlich am Zustandekommen einer positiv getönten Klinikatmosphäre bzw. eines förderlichen Klinikmilieus und damit des Behandlungserfolges beteiligt sind.

Empfehlungen bezüglich des Verhaltens untereinander bzw. bewährter »Dos and Don'ts« sollten Patienten nach Möglichkeit schon vor der Behandlung (z. B. via eines Internetauftritts), zu deren Beginn (z. B. in einer gemeinsamen Informationsveranstaltung) oder notfalls wiederholt im Verlauf (Stations- oder Vollversammlung) zur Kenntnis gebracht bzw. »ausgehandelt« werden, um sonst unvermeidbareren Verwicklungen vorzubeugen.

Die historische Entwicklung und die spezifischen Fragestellungen, die sich mit der Gestaltung eines förderlichen therapeutischen Milieus zur Anwendung von Psychotherapie im Krankenhaus ergeben, sollen an dieser Stelle zwar nicht detailliert wiedergegeben werden, sind sie doch andernorts umfassend dargestellt (Heim 1984; Hilpert et al. 1981) bzw. in einem immer noch aktuellen Sammelband ausführlich geschildert (Linden 2011). Die etwa mit dem Ende des 19. bzw. dem Beginn des 20. Jahrhunderts einsetzenden Bestrebungen, eine adäquate psychotherapeutische Umgebung im Krankenhaus zu schaffen, wurden schließlich unter den Begriffen des »**therapeutischen Milieus**«, der »**Milieuthe-**

**rapie**« wie auch der »**therapeutischen Gemeinschaft**« zusammengefasst.

### Definition

Mit **therapeutischem Milieu** ist allgemein die Gesamtheit der Umgebungsbedingungen gemeint, innerhalb derer stationäre Psychotherapie stattfindet, hier im Besonderen solche Umfeldfaktoren, welche die Behandlung indirekt günstig oder ungünstig beeinflussen. Der Begriff des Milieus bezeichnet also eine Vielfalt von atmosphärisch spürbaren Elementen und Strukturen, Personen und Gruppen, Architektur und umgebende Landschaft gleichermaßen, deren Wirkung zwar nicht mathematisch vorhergesagt oder bestimmt werden kann, die aber in gewisser Weise jeder Behandlung vorausgehen bzw. immer schon da waren, wenn eine Therapie zu Ende geht. Die Vorstellung von einem therapeutischen Milieu ist begrifflich keinesfalls gleichzusetzen mit einer Milieuthherapie, einer Form des Zusammenlebens bzw. sozialen Lernens, die am prominentesten vermutlich von Bruno Bettelheim (Bettelheim & Sylvester 1949) propagiert wurde in der Überzeugung, dass die herkömmlichen Mittel einer Psychotherapie insbesondere schwerer strukturell gestörten Kindern und Jugendlichen wenig zu bieten haben.

Mit **Milieuthherapie** ist in diesem Zusammenhang das systematische Ausnutzen eher unspezifischer, sozialer und durch das alltägliche Zusammenleben induzierter Faktoren gemeint, die dann in gewisser Weise therapiersetzend wirksam werden. Jedenfalls rücken in milieuthérapeutisch organisierten Institutionen das Zusammenleben von Behandlern und Behandelten, der Alltag als solcher und das Prinzip sozialen Lernens, ohne dass zusätzlich spezifisch psychotherapeutisch interveniert würde (abgesehen vielleicht von der Klärung notwendigerweise entstehender Konflikte), als Wirkfaktoren in den Mittelpunkt. Autoren wie Heim (1984) haben unter Berücksichtigung der sehr individuellen Auswirkungen therapeutisch wirksamer Milieufaktoren auf unter-

schiedliche Patienten eine gewisse Typisierung und Akzentuierung der verschiedenen Milieus vorgeschlagen und unterscheiden dementsprechend »strukturierende und überwachende« Milieus von »equilibrierenden bzw. beruhigenden« Milieus, »animierende und anregende« Milieus von »reflektierenden und schulenden« bzw. »betreuenden und pflegenden« Milieus (Heim 1984, S. 173 ff.).

Mit einer **therapeutischen Gemeinschaft** ist im Gegensatz dazu eine spezielle Form der Milieuthérapie gemeint. Sie ersetzt nicht die eigentliche Therapie, das Zusammenleben der Behandler und Behandelten folgt aber bestimmten Regeln, welche die Gleichberechtigung dieser beiden Gruppen im Hinblick auf Verantwortungsübernahme, Rechte und Pflichten in der alltäglichen Organisation und Beziehungsgestaltung bzw. auch im Hinblick auf deren therapeutische Funktionen betonen. Im Begriff der therapeutischen Gemeinschaft sind damit Ideen und Konzepte zusammengefasst, deren Spuren sich auch heute noch in den verschiedenen Modalitäten stationärer Therapie in unterschiedlichem Ausmaß finden lassen.

Milieufaktoren dürften sich auch heute noch vor allem dann positiv auf einen Behandlungsverlauf auswirken, wenn innerhalb dieses Milieus heilsame bzw. salutogene Aspekte dem jeweiligen Störungsbild eines Patienten bzw. der damit verbundenen Psychodynamik spezifisch entgegenwirken. Was sich aber für den einen Patienten als heilsam erweisen mag, könnte für einen anderen durchaus pathogen wirken, weswegen mit dem Begriff des Klinikmilieus mehr gemeint ist als lediglich eine positive Stimmung bzw. eine freundlich-entgegenkommende Atmosphäre, so notwendig diese auch für einen förderlichen Klinikalltag sein mögen. Fasst man die Klinik als eine Art Entwicklungs- oder gar »Übergangsraum« auf, um einen Begriff von Winnicott (1958) aufzugreifen, unabhängig davon, ob man diesen Raum dann weiter in einen The-

rapie- und Realraum unterteilt, wie dies »bipolare« Ansätze im Unterschied zu »integrierten« Konzepten stationärer Psychotherapie tun (Janssen 2014), dann beeinflussen eine Reihe verschiedener Faktoren dieses Milieu in jeweils spezifischer Weise. Diese reichen von der Klinikkonzeption bis zur Identifikation der Bezugstherapeuten mit einem bestimmten Verfahren, von der Ausbildung der Mitarbeiterinnen z.B. des Pflegedienstes und deren Aufgaben bis zu den Störungsbildern der vorzugsweise behandelten Patienten, von deren Altersstruktur zu deren Freizeitverhalten, von Haltung der Klinikleitung z.B. in Fällen disziplinarischer Entlassung bis zur Abgrenzung des inneren Milieus gegenüber Übergriffen von außen (seien dies Angehörige oder Kostenträger). Auch die Lage der Klinik, deren architektonische Besonderheiten, die Unterbringung der Patienten in Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmern, die Ausstattung dieser Zimmer wie auch die Farben der Flure und Treppenhäuser dürfen in ihrem Einfluss auf das Milieu, das sich schlussendlich aus der Summe dieser einzelnen Faktoren ergibt, keinesfalls unterschätzt werden.

Da gerade Aspekte der therapeutischen Gemeinschaft, wie sie erstmals wohl explizit von Main (1946) ausführlicher dargestellt worden sind, Einrichtungen stationärer Therapie und die in ihr therapeutisch Tätigen maßgeblich beeinflusst haben, soll auf dieses Konzept an dieser Stelle etwas ausführlicher eingegangen werden.

## 25.2 Die therapeutische Gemeinschaft

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft geht auf eine ganze Reihe zum Teil recht unterschiedlicher Ursprünge zurück. Auch wenn erste Ansätze in die Anfänge bzw. Mitte des 19. Jahrhunderts zurückdatiert wer-



den (und das von der Familie Binswanger in Kreuzlingen geleitete Sanatorium Bellevue in besonderer Weise für diese Anfänge steht; Binswanger 1957; ► auch von Herzog 1995), dürfte es die Zeit des Zweiten Weltkrieges gewesen sein bzw. die Jahre unmittelbar danach, die für dieses Konzept einen bedeutenden Aufschwung erbrachten. Protagonisten wie Jones, Bion oder Foulkes, vor allem aber Main (1946) – inspiriert durch psychoanalytisches wie auch gruppenanalytisches bzw. soziologisches Gedankengut – zählen zweifellos zu den wichtigsten Begründern eines Konzeptes, das bis zum Ende des Jahrhunderts für erheblichen Diskussionsstoff besonders in Einrichtungen der stationären Psychotherapie gesorgt hat. Auch Hilpert et al. (1981) haben in einer heute noch aktuellen Weise Leitgedanken zur therapeutischen Gemeinschaft zusammengeführt, an die sich die Gestaltung des therapeutischen Milieus anlehnt. Stellvertretend für eine ganze Reihe anderer Ansätze und Institutionen kann in diesem Zusammenhang z. B. das Bad Herrenalber Modell (Lechler & Meier 2007; Nübling et al. 2000) genannt werden, in dem die Prinzipien und Grundsätze einer therapeutischen Gemeinschaft in Deutschland vielleicht am konsequentesten praktiziert worden sein dürften. In anderen Institutionen stationärer Psychosomatik bzw. Psychiatrie lassen sich hingegen bestimmte gemeinschaftsfördernde Elemente der Klinikorganisation wie die Beteiligung der Patienten an relevanten Ämtern (► Abschn. 25.5, »Ämterverteilung im Rahmen einer Patientenselbstorganisation«) bzw. Entscheidungsprozeduren zwanglos auf die ursprünglichen Ideen der therapeutischen Gemeinschaft zurückführen, wenn es beispielsweise um Selbstverwaltung oder um auf den Alltag bezogene Stations- oder Abteilungsversammlungen und Ähnliches mehr geht.

Gemeinsam ist den verschiedenen Spielarten der therapeutischen Gemeinschaft der

Gedanke, dass erst aus einem mehr oder weniger gleichberechtigten (und insofern basisdemokratisch organisierten) Zusammenleben aller Beteiligten einer therapeutischen Institution besondere Heilungskräfte erwachsen, die einzelnen therapeutischen Ansätzen und/oder Therapieformen so nicht zukommen. Gleichberechtigt beteiligt werden an einem solcherart gedachten Gemeinschaftsunternehmen nicht nur Patienten und Therapeuten bzw. Ärzte oder Psychologen, unabhängig von der (dann meist flachen) Klinikhierarchie. Auch Mitarbeiter der Pflege (denen aufgrund ihrer Nähe zum Patienten sogar besondere Bedeutung zukommt), Spezialtherapeuten wie auch Verwaltungsmitarbeiter, Küchen- und Reinigungspersonal gehören konstitutiv einer solchen Gemeinschaft Gleichberechtigter an, die, mehr oder weniger gruppenanalytisch inspiriert, ihr Zusammenleben nicht nur gemeinschaftlich organisiert, sondern dieses auch kontinuierlich reflektiert. Zu diesem Zweck werden verschiedenste Formen der Abstimmung in Bezug auf die Regeln des Zusammenlebens, der Aufgabenverteilung und des sonstigen Miteinanders in regelmäßigen Treffen, (Voll-)Versammlungen und Konferenzen in Groß- und Kleingruppen praktiziert. Der ständige Austausch – über den gemeinsamen Alltag des Zusammenlebens, die diesen Alltag prägenden Konflikte bzw. einengende Lebens- und Verhaltensentwürfe – soll im besten Fall die Befreiung des Einzelnen aus den Ketten der individuellen Symptomatik wie auch der gesellschaftlich geforderten Anpassung erleichtern, die Selbstfindung der Patienten (aber auch der professionellen Angehörigen der Gemeinschaft) unterstützen, den gewaltfreien Dialog untereinander fördern und nach Möglichkeit, auch durch die Einbeziehung von Angehörigen, über den unmittelbaren Dunstkreis der Gemeinschaft hinaus wirken. Prinzipien und Regeln, nach denen eine solche Gemeinschaft

diese Ziele verfolgt, sind nach Main (1946) die Grundannahme, dass das Krankenhaus nur als Ganzes konzeptualisiert werden kann (und dass dieses Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile), dass der Aktivität sowie der Bereitschaft des Einzelnen, Verantwortung zu übernehmen, besondere Bedeutung zukommt und dass die Austauschprozesse innerhalb der Gemeinschaft wie auch der Institution mit der Gesellschaft der ständigen Analyse bedürfen. Nur wenn sich der Einzelne mit den Werten der Gemeinschaft identifiziert, können die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, der Selbstreflexion, aber auch der Selbstentwicklung in der Gruppe voll ausgeschöpft werden.

Deswegen gelte auch *»das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft in seinen Grundannahmen für jede stationäre Behandlung«*, hätte aber *»seine besondere Relevanz für die analytisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung«* (Janssen 2014, S. 42 f.). Als sozialer Mikro- oder eher Mesokosmos prägt es wie andere soziale Strukturen auch psychische Strukturen und Verhaltensweisen des Einzelnen; gelingt es, ein im Vergleich zum jeweiligen pathogenen Umfeld eines Patienten »gesünderes« Zusammenleben herzustellen, muss sich das positiv auf diesen auswirken. Als sozialer Organismus heilt in gewisser Weise die Institution, wenn sie nur richtig organisiert wird, d. h. sich hierarchisch-autoritärer Strukturen entledigt, die Rolle des Therapeuten auf die des Vermittlers bzw. des »Kommentators« (Janssen 2014, S. 42) der Gruppe beschränkt und den Patienten *»mehr Verantwortlichkeit, mehr Mitsprachemöglichkeiten, mehr partnerschaftliches Verhalten«* (Janssen 2014, S. 41) anbietet. Auch innerhalb der Teams gilt das Prinzip der flachen Hierarchie, denn im Grundsatz haben nicht nur *»alle Mitglieder des Behandlungsteams therapeutische Funktionen«*, sondern sind auch *»persönlich gleichwertig«* (Janssen 2014, S. 44).

Nicht nur werden damit die Prinzipien eines bipolaren Modells in Richtung auf ein integrativ orientiertes Settings verändert; die Atmosphäre einer Klinik, so eine weitere Annahme der Verfechter therapeutischer Gemeinschaften, würde von dem gleichberechtigten, kontrolliert emotionalen und damit offenen Austausch von Erfahrungen und Informationen besonders profitieren, obwohl Gefahren diesbezüglich nicht zu leugnen sind, wenn es sich um radikalere Formen therapeutischer Gemeinschaften handelt, indem das »Du« zwischen Therapeuten und Patienten, die Übertragung von Organisationsmacht und therapeutischen Funktionen auf eine weitgehende »Gleichheit« hinauslaufen. Zumindest von psychoanalytisch bzw. psychodynamisch orientierten Kliniken dürften die auf Pädagogik und soziales Lernen bezogenen Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft nur begrenzt bzw. dosiert Anwendung finden, denn »in« oder »an« der Übertragung zu arbeiten (vor allem wenn diese »negative« Aspekte aufweist), setzt das Aushalten von Unterschieden voraus. Dient das stationäre Setting dem Zweck, primitive Objektbeziehungen zu externalisieren und in der »Gemeinschaft« lebendig werden zu lassen, könnte eine normative Auffassung von Gleichheit am Ende mehr Schaden anrichten als Nutzen entfalten. *»Eine solche Interpretation der Idee von der Behandlungsgemeinschaft führt zu Isolation, Verleugnung von Regressionszuständen, Realitätsverkenneung und einer Art neuen Welt oder Subkultur im Krankenhaus, einer neuen Form des Hospitalismus.«* (Janssen 2014, S. 45)

Kernberg (1981) postuliert in diesem Zusammenhang, dass die *»Untersuchung der Wirkung des Patienten«*, die dieser auf das »soziale System« Krankenhaus entfaltet, *»ein neutrales Klinikmilieu erfordert, d. h. eine Haltung des Personals, die prinzipiell gleichermaßen distanziert ist von den verschiedenen intrapsychischen wie von den äußeren Kräften,*

die für die Konflikte eines Patienten eine Rolle spielen« (Kernberg 1981, S.271). Ein solches Milieu benötige »zudem ganz allgemein eine Atmosphäre von Toleranz, von Interesse und geistiger Wachsamkeit«, um therapeutisch wirksam zu sein. Eine solche Atmosphäre stünde auch »im Gegensatz zu zwei Extremen: 1. zu der Klinik, die in einer Art Kaserne geleitet wird, was die volle Entwicklung der Objektbeziehungen eines Patienten behindert, und 2. zu der Klinik, die so wenig strukturiert ist, dass eine vollständige Untersuchung des zwischenmenschlichen Bereichs des Patienten unmöglich gemacht wird« (Kernberg 1981, S.271). Da der zwischenmenschliche Alltag in Institutionen stationärer Psychotherapie immer wieder von massiven Konflikten der behandelten Patienten in der Selbst- und Beziehungsregulation, von starken Affekten und schwer kontrollierbaren Impulsen bzw. externalisierten »primitiven Objektbeziehungen« geprägt wird, stellt u. E. ein von Toleranz und Interesse getragenes Milieu auch heute noch einen wichtigen Faktor für das Gelingen von stationärer Psychotherapie dar.

Heigl-Evers et al. (1986) betonen diesbezüglich, dass sich vollstationäre Einrichtungen im Hinblick auf Milieufaktoren von tagesklinischen Institutionen bzw. Behandlungen durchaus unterscheiden, tauche doch der Patient in einer vollstationären Behandlung völlig ein in ein neues Ambiente, während er sich im Fall der Tagesklinik lediglich für maximal etwa acht Stunden am Tag aus seinem gewohnten Umfeld entferne. Dementsprechend seien auch die Angehörigen von diesen Settings unterschiedlich betroffen bzw. in diese einbezogen. Im vollstationären Setting sei »der Einfluss des Klinikambientes entsprechend intensiv, was bei den sozialen Bezugspersonen des Patienten stärkere Affekte der Beunruhigung, aber auch der Erleichterung auslösen kann, je nachdem, welche Tendenzen bei ihnen überwiegen: ob sie bei dem

Patienten über die Symptomminderung oder -aufhebung hinaus, speziell hinsichtlich seiner Wertorientierung und seines interpersonellen Verhaltens, keine Veränderung wünschen oder vielmehr auf eine solche hoffen« (Heigl-Evers et al. 1986, S.37).

## 25.3 Teamkonflikte und deren Auswirkungen

Auch die Stimmung zwischen den verschiedenen Mitgliedern eines Behandlungsteams und deren atmosphärische Störungen leisten einen wesentlichen Beitrag zum Milieu einer Klinik bzw. einer Abteilung, vor allem dann, wenn Konflikte nicht adäquat ausgetragen oder gelöst werden. Je weniger die Mitglieder eines Teams in der Lage sind, mögliche Konflikte untereinander zu lösen, desto ausgeprägter dürften die Behandlungen unter diesem beeinträchtigenden Milieufaktor leiden. In größeren Krankenhäusern mögen sich manche Konflikte zwischen Teammitglieder regelrecht »verlaufen« angesichts der Möglichkeiten, sich im Alltag aus dem Weg zu gehen, in ein anderes Behandlungsteam zu wechseln etc. Aber auch größere Institutionen sind nicht vor Teamkonflikten gefeit, die sich nachhaltig negativ auf Atmosphäre und Zusammenarbeit auswirken. Neid, Eifersucht und Missgunst sind naturgemäß nicht auf die Gruppe der behandelten Patienten beschränkt. Im Gegenteil, gerade in psychotherapeutischen Institutionen können sie erhebliche Auswirkungen zeitigen, besonders wenn es gelingt, sie projektiv im Patienten »unterzubringen«, bzw. deren Auswirkungen zu rationalisieren, mit welchen psychologischen Argumenten auch immer. Das nachfolgende Fallbeispiel liefert in diesem Zusammenhang ein beredtes Beispiel dafür, wie nachhaltig solche »horizontalen« Verwicklungen nicht nur »vertikalisiert« werden können, sondern

sich auch auf das Verhältnis zu Patienten auswirken:

#### Fallbeispiel

##### **Herr G., ein 38-jähriger Assistenzarzt mit Asthma**

Dass Herr G. aufgrund eines sehr beeinträchtigenden Asthmas nicht mehr an den Nachtdiensten teilnehmen wollte oder konnte, ein Recht, das er vor dem Arbeitsgericht erstritten hatte, war den übrigen Teammitgliedern einer kleineren psychosomatischen Abteilung mit 28 Betten an einem größeren Allgemeinkrankenhaus noch nachvollziehbar: Die anfallenden Dienste wurden mehr oder weniger bereitwillig von den anderen Kollegen übernommen. Nachdem sich Herr G. aber auch der Anweisung widersetzt hatte, Vertretungstätigkeiten in der Ambulanz zu übernehmen, kam es zu einigem Aufruhr unter den übrigen ärztlich-psychologischen Kollegen, da erneut seitens Herrn G. sein Asthma ins Feld geführt wurde, das keinerlei zusätzlichen Stress zuließe. Wieder vor Gericht wurde um die Aussetzung der Anweisung gerungen. Und während sich das Verfahren hinzog, begann es unter den Teammitgliedern heftig zu »gären«: ob Herr G. dann nicht zusätzliche Patienten übernehmen könne, wenn er schon für Dienste und Ambulanztätigkeiten »ausfalle«. Und wie überhaupt die Arbeitsverteilung geregelt wäre, denn Ungerechtigkeiten bezüglich der aufzunehmenden und zu behandelnden Zahl von Patienten gäbe es schon lange und eben nicht nur deswegen, weil Herr G. immer wieder längere Krankheitsphasen habe etc.

Erhebliche Zeit wurde dann in der Folge von den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen damit verbracht, die eigenen Arbeitszeiten zu dokumentieren, der Leitung Versagen in der Arbeitsorganisation nachzuweisen bzw. zusätzliche Stellen einzufordern, ein angesichts des knapp bemessenen Budgets der Abteilung aussichtsloses Unterfangen. Unzufriedenheit und latenter Vorwurf bestimmten zunehmend die Atmosphäre im Team, gegen die sich auch Supervision von außen als machtlos erwies.

Dass die Aufnahme und Behandlung von Patienten in solch einem »Milieu« der subjektiv erlebten Ungerechtigkeit zumindest von einem Teil der Mitarbeiter immer mehr als Zumutung und eher als Last denn als persönliche Bereicherung empfunden wurde und dass dies die Abbruchraten der Patienten in dieser Abteilung ansteigen ließ, verwundert nicht.

Solche und andere, zunächst »horizontalen« Teamkonflikte (die später vielfach »vertikalisiert« werden und sich gegen die Leitung richten) sind nicht zu vermeiden, sei es, dass Körpertherapeuten gegen die Seelenärzte antreten (Berthel et al. 1981), Psychotherapeuten sich gegen Kompetenzanmaßung seitens des Pflegedienstes verwahren (Hoffmann 1990), Mitarbeiter mit einer Teamleitung rivalisieren etc. Die Frage ist also nicht, ob solche Konflikte verhindert werden können, sondern lediglich, ob sie einer raschen Klärung zugeführt werden können. Auch wenn dies wie im Fall von Herrn G. offenbar nicht gelungen ist: Triangulierung in Form von Supervision durch unbeteiligte Dritte von außen kann in solchen Zusammenhängen eine große Hilfe sein, damit eine weitere Eskalation bzw. verdeckte Auswirkungen auf das gemeinsam getragene Arbeitsbündnis der Gesamtgruppe verhindert werden.

Um Spaltungsphänomenen vorzubeugen bzw. diese zu identifizieren und für einen Patienten schlussendlich nutzbar zu machen, ist ein gleichberechtigtes Miteinander unterschiedlicher Teammitglieder unabdingbar: *»Voraussetzung dafür sind eine ausreichende Teamsolidarität und Teamhygiene«, durch die ein hinreichendes professionelles Vertrauen untereinander und die Handlungsfähigkeit intakt gehalten werden«* (Ingwersen 2005, S. 47). Unter dem Begriff der »Teamkultur« schreibt Ingwersen weiter: *»Als konstruktiv dafür hat sich im Alltag eine Ebenbürtigkeit der Wahrnehmungen und Gefühle aller Teammitglieder*

*erwiesen, in Krisensituationen dagegen eine klare Verantwortungshierarchie. Darüber hinaus sollte eine hinreichende Transparenz der Strukturen und Grenzen der Institution und ihrer Arbeitsbedingungen gegeben sein sowie eine weitgehend gemeinsame Vision der Ziele der gemeinsamen Arbeit in Verbindung mit einem ausgewogenen Verhältnis von Ernst und Heiterkeit.« (Ingwersen 2005, S. 52)*

## 25.4 »Hausordnung« oder »Leitfaden«: Der Ton macht die Musik

Im Hinblick auf die Klinikatmosphäre und das Klinikmilieu macht es einen großen Unterschied, ob das allgemeine Verhalten und besonders auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die ebenfalls immer auch Auswirkungen auf das Milieu und die Gemeinschaft haben, im Rahmen einer Hausordnung geradlinig vorgegeben und (ggf. auch durch Verträge) geregelt werden oder ob die Formulierungen diesbezüglich mehr einen Angebotscharakter haben. Ob in diesem Zusammenhang eher Über-Ich-haft formuliert wird, dabei je nach der inneren Situation und Konfliktlage eines Patienten Schuld- und Schamgefühle (bzw. entsprechende Widerstände und frühe Übertragungssituationen) induzierend, oder ob in einem erklärenden Tonfall der Sinn der mitgeteilten Regelungen ausführlich erläutert wird, kann in der Wahrnehmung der Patienten ebenfalls einen erheblichen Unterschied ausmachen. Als besonders relevant bzw. diskussionswürdig erweist sich dabei für die meisten psychotherapeutischen Kliniken, dass sowohl der »Genuss« von Alkohol und Nikotin als auch die Ablenkung durch Fernsehen und neue Medien gewisser Vereinbarungen bzw. Regelungen bedürfen, die ggf. auch von den Patienten gegenzuzeichnen sind (das nachfolgende Beispiel zur »Klinikatmosphäre« stammt aus der Hausord-

nung der Sonnenberg Klinik Stuttgart in der Fassung vom Dezember 2017)

### Auszug aus der Hausordnung der Sonnenberg Klinik Stuttgart

#### Klinikatmosphäre

»Psychotherapeutische Arbeit verlangt von allen Beteiligten eine Haltung der Konzentration, Offenheit und Ehrlichkeit. Eine Klinik, in der psychotherapeutisch gearbeitet wird, benötigt eine Atmosphäre, die die Entwicklung einer solchen Einstellung begünstigt. Das Ernstnehmen der in dieser Hausordnung formulierten Rahmenbedingungen ist für das Herstellen einer guten Klinikatmosphäre ebenso wichtig wie gegenseitige Rücksichtnahme in Bezug auf Sauberkeit, allgemeine Ordnung und Geräuschkulisse. Für das Zustandekommen und die Aufrechterhaltung einer solchen Atmosphäre sind Behandler wie Behandelte gleichermaßen verantwortlich.«

In einigen Kliniken hat es sich in diesem Zusammenhang als recht praktikabel erwiesen, den Gebrauch von Smartphones und Multimediageräten für Patienten und Mitarbeitende auf nicht öffentliche Räume einzugrenzen. In manchen Klinik-Hausordnungen ist z.B. festgelegt, dass ein Smartphonegebrauch auf die erweiterte Tageszeit von etwa 8.00–22.00 Uhr zu beschränken ist. Eine weitere Grundsatzentscheidung ist es, ob für eine Abteilung oder Klinik ein oder zwei gemeinschaftliche Fernsehräume zur Verfügung gestellt werden, deren Benutzung etwa ab der Zeit nach dem Abendessen bis 22.00 Uhr möglich ist, oder ob alle Zimmer bzw. einzelne Zimmer mit einem individuellen Fernsehgerät ausgestattet werden sollten. Unserer Erfahrung nach werden derartige Festlegungen von Patienten häufig nicht nur akzeptiert, sondern sogar als Entlastung empfunden, sofern ihnen der therapeutische Hintergrund im Rahmen der Gesamtkonzeption einer sta-

tionären psychotherapeutischen Behandlung nahegebracht worden ist.

Abgesehen von derartigen Regelungen ist das therapeutische Milieu auch durch eine entsprechende zeitliche Strukturierung und Rhythmisierung gekennzeichnet. In der Regel gehen ebenfalls aus der Hausordnung einer Klinik die Essenszeiten hervor bzw. welche Mahlzeiten in welchen gemeinschaftlichen Räumen eingenommen werden. Ausnahmen davon sind ggf. durch Art und Ausprägung einer eventuell spezifischen Krankheitssymptomatik begründet, wie z. B. bei Patienten mit einer Anorexie und einem somatischen Zustand im Bereich körperlicher Risiken. Die Essenszeiten markieren auch die Anfangs- und Endpunkte der Zeitabschnitte, in welchen die therapeutischen Aktivitäten im engeren Sinne stattfinden, in der Regel in der Zeit zwischen Frühstück und Mittagessen und nach der Mittagspause bis zum Abendessen. Wie diese Zeiträume definiert sind, wie Regelungen im Einzelnen abgefasst und formuliert wurden, hat damit sicherlich einen erheblichen Einfluss auf das Erleben der Patienten. Wichtiger noch scheint uns in diesem Zusammenhang, wie mit diesen Regelungen im Falle der Übertretung umgegangen wird: wie locker oder konsequent Regelverletzungen gehandhabt werden und in welchem Tonfall (bzw. mit welchen Begründungen und Erklärungen) dann mitgeteilt wird, dass z. B. eine »Verwarnung« ausgesprochen werden muss (► Kap. 23). In diesem Zusammenhang von »Verweisen« zu reden erscheint uns eher inadäquat. Auch Wörter können toxikologische Eigenschaften haben, und wer denkt bei »Verweis« nicht an die Schule bzw. an ein Lehrer-Schüler-Unterordnungsverhältnis?

## 25.4 Patientenämter und Patenschaft

Darauf, dass regressive Entwicklungen in der stationären Psychotherapie zu gelegentlich schweren »Nebenwirkungen« führen können, da Patienten – besonders bei längeren Verweildauern – das Leben draußen manchmal regelrecht »verlernen« bzw. mit dem Klinikaufenthalt ihre eigentlichen Probleme im Hinblick auf Arbeit und Beziehung eher abwehren als sich ihnen ermutigt zuzuwenden, ist an anderen Stellen dieses Buches verschiedentlich hingewiesen worden (► z. B. Kap. 30). Vor »Hospitalismus« sind vor allem Patienten in regressionsfördernden vollstationären Settings also keinesfalls gefeit. Nicht nur Söllner (2005) beklagt diesen regressionsfördernden Aspekt vieler psychotherapeutischer Einrichtungen, zumal wenn sie heimatfern Behandlungen realisieren, mit denen Patienten eher Abstand von ihrer sozialen Realität gewinnen als dass sie in die Lage versetzt würden, sich mit dieser kritisch auseinanderzusetzen. Ob regressive Prozesse gefördert oder behindert werden, hängt ganz wesentlich auch vom therapeutischen Milieu einer Klinik ab bzw. welche »Grundannahmen« oder Grundüberzeugungen in einer Klinik »gelebt« werden. Geht es um eine regressionsfördernde Erholung außerhalb eines vermeintlich pathogenen heimischen Umfeldes oder um die konsequente Arbeit an dem eigenen Beitrag eines Patienten zu seinen Problemen, Beschwerden und Symptomen? Hier dürften sich nicht nur verschiedene Institutionen erheblich voneinander unterscheiden, auch verschiedene Behandlungsteams bzw. Mitglieder eines Teams sind da möglicherweise sehr unterschiedlicher Meinung.



### Die psychotherapeutische Klinik: Kein »Auszeithaus« in Zeiten der Beschleunigung

Auch wenn man mit Zeitdiagnosen vorsichtig sein sollte, so scheint es doch offensichtlich, dass die Zeiten der Digitalisierung und Globalisierung den Einzelnen mit einer immer komplexeren Umwelt konfrontieren. Menschliche Individuen müssen gegenwärtig auf immer höhere Anforderungen im Hinblick auf Mobilität und Flexibilität bzw. auf eine rasantere Beschleunigung ihrer Lebensprozesse reagieren. Die von den Soziologen dabei diagnostizierte »strukturelle Individualisierung« wird von einem zunehmenden Verlust von »Resonanz Erfahrungen« (Rosa 2016) begleitet. Nicht nur nehmen Halt gebende Strukturen bzw. Institutionen bzw. das Gefühl von Zugehörigkeit für viele Menschen in einem entgrenzten 24/7-Arbeitsalltag spürbar ab, die Gesellschaft driftet auch zunehmend in unterschiedliche Milieus auseinander: Was haben Angehörige eines »traditionellen Milieus« mit »leistungsorientierten Performern« oder den Mitgliedern eines »sozial-ökologischen Milieus« noch gemeinsam (► hierzu auch Flaig & Barth 2014)?

Stellen Institutionen teilstationärer bzw. stationärer Psychotherapie mit ihren gruppenbezogenen Therapieansätzen nicht ein Gegenmodell bzw. eine Gegenwelt zu dieser auf Beschleunigung und äußeren Erfolg konditionierten Umwelt dar? Aber welche Angehörigen welcher Milieus begeben sich überhaupt in Behandlung und wie wird das innere Milieu einer Klinik durch deren Inanspruchnahme geprägt? Es macht einen erheblichen Unterschied, ob in einer Institution 20 oder 30 % Privatpatienten behandelt werden, die aus einer eher konservativ-etablierten Lebenswelt mit entsprechenden Auffassungen und Lebenseinstellungen stammen, oder ob primär adoleszente und junge Erwachsene aufgenommen werden, die drohen, am eigenen Leben »vorbei zu sterben« (Simmel 1993, S. 166), da sie aufgrund ihrer Symptome und Verhaltensweisen weder über einen Schulabschluss oder über eine Ausbildung verfügen noch in der Lage waren,

eine ambulante Therapie zu beginnen. Zwar mag stationäre Psychotherapie von beiden Gruppen zunächst als ein Ort der Entschleunigung erfahren werden; geht es für die »Etablierten« häufig genug um eine passagere Auszeit aus einem überfordernden Alltag, so geht es für die Gruppe der »Ausgegrenzten« aber um das Gegenteil, nämlich darum, den Einstieg bzw. den Anschluss zu finden an eine Gesellschaft, die ihnen signalisiert, dass es auch ohne sie geht. Für beide Gruppen aber gilt, dass erst ein kritischer Bezug auf den eigenen Beitrag zu Selbstverlust und Vereinzelung, zu krankheitswertigen Symptomen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen die eigentliche »Therapie« ausmacht. »Auszeit« und »Erholung« sind keine psychotherapeutischen Konzepte und damit als solche auch nicht das »finale« Ziel einer stationären Behandlung (► Kap. 22). Selbstbesinnung und Konzentration auf das Wichtige im Leben reichen nicht aus, um den Kostenträgern gegenüber eine Krankenhausbehandlung zu begründen. Im Gegenteil: Die manchmal sehr belastende Arbeit »an« und »in« der Übertragung führt häufig zu einem emotional sehr belasteten Milieu, in dem die Atmosphäre von Patienten keinesfalls »*equilibrierend*« oder »*beruhigend*« und auch nicht als »*animierend*« oder »*anregend*« erlebt wird (Heim 1984, S. 173 ff.), sondern schlicht als Belastung. Patienten sollten auf solche atmosphärischen Störungen bzw. Milieubelastungen möglichst frühzeitig aufmerksam gemacht werden, um einem enttäuschten Therapieabbruch vorzubeugen. Nicht die Vermeidung von Störungen hat Vorrang, sondern deren Klärung.

Bezüglich unerwünschter regressionsbedingter Nebenwirkungen kann das Milieu einer Klinik ebenfalls einen entscheidenden Beitrag liefern, je nachdem, wie regressionsfreundlich oder aber bewältigungs- bzw. progressionsorientiert sich der »Geist« einer Klinik erweist (und wie sehr auf die Durchdringung der Klinik mit diesem Geist seitens des oder der Teams abgehoben wird). Die Aufnahme in ein stationär-therapeutisches Setting bedeutet

immer auch Entlastung und Entpflichtung von Belastungen und Aufgaben, die Patienten sonst im persönlichen und beruflichen Umfeld zu bewältigen hätten. Und Patienten müssen nicht notwendigerweise ihre Zimmer selbst reinigen oder Haushaltstätigkeiten, z. B. in der Küche, übertragen bekommen, um ihnen ein Gefühl von Verantwortung zu belassen, um deren Ich-Funktionen zu stärken bzw. ihnen zu einer aktiveren Lebenseinstellung zu verhelfen. Die Übernahme spezifischer Aufgaben und Rollen im zeitlichen Ablauf (unter Umständen bis hin zu einem echten Arbeitsversuch) stellt eine gute Möglichkeit dar, sich selbst als initiativ und selbstwirksam zu erleben bzw. dabei aufkommende Schwierigkeiten und Konflikte, spezifische Erlebens- und Verhaltensbereitschaften einer Reflexion zugänglich zu machen.

Wie ein Progression und Selbstwirksamkeit förderndes Milieu herzustellen ist, darüber mag man streiten und vor Ort jeweils unterschiedliche Kompromisse finden. Unserer Meinung nach hat sich gerade in Institutionen, denen seitens der Kostenträger auch heute noch längere Verweildauern zugestanden werden, ein System der »Patientenämter« bewährt, eine Art Aufgabensammlung, zu deren Realisierung ein gewisses Maß an Aktivität, Entscheidungsfreude und Verantwortungsbewusstsein notwendig ist. Aus der nachfolgenden Übersicht ist eine solche Sammlung von »Patientenämtern« ersichtlich, die z. B. in der Sonnenberg Klinik in Stuttgart im System einer »Patientenselbstverwaltung« auch heute noch »gelebt« wird: Aus jeder der in dieser Klinik insgesamt behandelten zwölf Patientengruppen (zu je sieben bis neun Patienten) werden sogenannte »Delegierte« in ein wöchentliches Treffen entsandt, in dem Patientenangelegenheiten so weit wie möglich unabhängig von der Klinik und ihrer Leitung diskutiert und geregelt werden sollen. Hierzu gehört auch die Verteilung und Organisation

von Patientenämtern, wobei lediglich das sogenannte »Patenamt« in der jeweiligen Gruppe verbleibt.

Ämterverteilung im Rahmen einer Patientenselbstorganisation

(Sonnenberg Klinik Stuttgart, Stand Dezember 2017)

In den zweimal pro Monat stattfindenden Treffen von Patienten im Rahmen der Patientenselbstverwaltung werden von diesen eigenständig die folgenden Ämter teamweise verteilt. Eine verbindliche Übernahme der damit verbundenen Verantwortung soll dem Zusammenleben im Haus dienen und eine angenehme Klinikatmosphäre unterstützen.

| Patientenamt          | Aufgabenbeschreibung                                                                                                                               |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bücherei-<br>amt      | Verleih und Rücknahme von Büchern aus der Patientenbibliothek<br>zuständig für Ordnung in der Bibliothek                                           |
| Computer-<br>amt      | Papier- und Tonernachschub<br>Meldung an den EDV-Koordinator bei Bildern oder Nachrichten mit sexistischem, rassistischem oder gewaltvollem Inhalt |
| Patienten-<br>pinwand | Aushang der aktuellen Ämterliste<br>Überprüfung der Aushänge (von Patienten an Patienten) auf Aktualität                                           |
| Disco                 | Organisation von Discoveranstaltungen 1x/Woche                                                                                                     |
| Videoamt              | Organisation von Video-/Filmveranstaltungen 3x/Woche                                                                                               |
| Gitarren-<br>amt      | Verleih der Gitarre und eines Notenheftes                                                                                                          |

| Patientenamt    | Aufgabenbeschreibung                                  |
|-----------------|-------------------------------------------------------|
| Sportschrankamt | Verwaltung der Sportgeräte und Spiele im Sportschrank |

Die Liste dieser »Patientenämter« ließe sich natürlich je nach Größe einer Einrichtung bzw. der dort vorhandenen Möglichkeiten, der jeweiligen Klinikorganisation bzw. der jeweils vorzugsweise behandelten Klientel beliebig erweitern oder auch kürzen.

Das »Patenamt« (► Kap. 20.6) stellt in gewisser Weise eine Besonderheit dar, weil dies in der Regel nicht ohne therapeutische Begleitung vergeben wird, also nicht der »reinen« Selbstverwaltung unterliegt. Da mit dem Patenamt die Weitergabe von Klinikinformationen »von Patienten für Patienten« verbunden ist und diese Weitergabe das Einfinden der »Novizen« erleichtern soll, ist eine gewisse Erfahrung des Patienten mit den Klinikeigenheiten und ein nicht allzu projektiver Umgang mit entsprechenden Wertungen gewiss hilfreich. Sicher sollte andererseits jeder Patient im Verlauf seiner Behandlung auch einmal Patenfunktionen übernehmen, gerade für jüngere Patienten kann dies – wie im Übrigen auch die Übernahme von Verantwortung für eines der anderen Ämter – zu einer wertvollen Erfahrung werden.

### Fallbeispiel

#### Beispiel aus einer Stationsversammlung

In einer Stationsversammlung stellt ein Pfleger die Frage, wer die Patenschaft für eine neu anreisende Patientin übernehmen kann. Es kommt zu längerem Schweigen. Einige schauen wie unbeteiligt auf den Boden; andere scheinen mit sich zu ringen, ob sie die Aufgabe übernehmen wollen, äußern sich aber nicht. Schließlich erklärt sich – etwas widerwillig – Frau F. dazu

bereit, die allerdings am Folgetag entlassen wird.

Der Stationsarzt spricht zunächst allgemein die Frage an, wie sich die kürzlich neu aufgenommenen Patienten durch die Mitpatienten aufgenommen und willkommen geheißen erlebt haben. Im folgenden Gespräch wird die Verantwortung für das Gelingen dieses Prozesses sowohl von den neuen als auch von den älteren Mitpatienten kleingeredet: Die neuen Patienten betonen, dass sie selbst ja auch auf andere zugegangen seien und aktiv nachgefragt hätten, ihr Pate also gar nicht so wichtig gewesen sei. Frau V., eine schon erfahrene, ältere Patientin vertritt den Standpunkt, dass ja eigentlich alle Patienten Paten für die neu aufgenommenen seien und jeder angesprochen werden könne. Sie selbst fühle sich aber in den letzten Tagen so schlecht, dass sie dieses Amt nicht übernehmen möchte, weil sie nicht zuverlässig genug dafür sei. Eine weitere Patientin entschuldigt sich damit, dass ihr Therapieplan heute zu voll sei und sie nicht genügend Zeit für eine ausreichende Einführung habe. Daraufhin äußert Frau F. ihren Ärger, dass sie den Eindruck habe, dass sich einige auf ihrer Erkrankung ausruhen und diese als Vorwand dazu benutzen würden, keine Patenschaft übernehmen zu müssen. Herr C., ein Patient, der sich üblicherweise mit seinem Ärger zurückhält, fragt nun die übrigen Patienten, was sie denn daran hindere, ob es vielleicht die Sorge sei, den neuen Patienten dann nicht mehr loszuwerden und ständig für diesen zuständig sein zu müssen. Es folgt eine Sequenz, in der von Patienten und von der Pflegekraft verschiedene Vorschläge zusammengetragen werden, wie unterschiedlich eine Patenschaft gestaltet werden kann.

Der Stationsarzt nimmt gegen Ende die Perspektive einer neu aufgenommenen Patientin ein und erläutert, wie er sich an ihrer Stelle fühlen würde, wenn er gleich am ersten Tag erführe, dass seine Patin am Folgetag entlassen wird. Er würde zu dem Schluss kommen, dass sich wohl kein anderer gefunden habe. Und er spricht Frau F. an, dass es ja freundlich von ihr sei, sich dafür bereitzuerklären, aber ob sie die Aufgabe nicht besser an einen ihrer Mit-

patienten abgeben wolle, der noch etwas länger als Ansprechpartner zur Verfügung stünde. Schließlich erklärt sich eine Patientin, die noch eine längere Therapiezeit vor sich hat, bereit, die Patenschaft zu übernehmen.

Inwieweit in Stations- oder Vollversammlungen einer Klinik Patienten (mehr oder weniger verpflichtend und in Anwesenheit von mehr oder weniger Klinikpersonal) diese in der Selbstverwaltung diskutierten Sachverhalte dann weiter verfolgen, mit der Leitung besprechen etc., dürfte von Klinik zu Klinik variieren. Dass solche Versammlungen eine ausgesprochen positive Wirkung auf Milieu und Atmosphäre entfalten können, steht u. E. außer Frage.

## 25.6 Raum und Psyche

Dass der Begriff des therapeutischen Raums nicht »nur metaphorisch« verstanden werden, sondern auch »besondere physikalische Qualitäten« aufweisen sollte (Kächele 1993, S. 44; Kächele & Hölzer 1998), verweist darauf, dass nicht zuletzt auch die Raumgestaltung in Kliniken und Krankenhäusern bzw. die physikalische Umwelt allgemein Einfluss auf Patientenverhalten und Patientenbefinden hat (Haslinger 2016).

### Umwelt und Verhalten

Die Umweltpsychologie bzw. ökologische Psychologie begreift Umwelt als einen ausgesprochen vielschichtigen Begriff (Helbrück & Kals 2012). Umwelt bezieht sich demgemäß nicht nur auf die natürlichen Umwelten, soweit sie vom Menschen nicht baulich oder in anderer Form verändert wurden, sondern vor allem auch auf die zivilisatorisch-kulturellen Umwelten, hier z. B. die Lern- und Informationsumwelt, die Medienlandschaft und das dadurch gefärbte zwischen-

menschliche Miteinander. Die ökologische Psychologie beschäftigt sich mit den vielfältigen Wechselwirkungen zwischen der (komplexen) Umwelt und dem Erleben und Verhalten eines Individuums bzw. menschlicher Gruppen: Wie beeinflusst z.B. Architektur zwischenmenschliche Interaktionen oder wie beeinflussen neue Medien das individuelle Kommunikationsverhalten? Beide Fragestellungen erscheinen insbesondere in Bezug auf die baulichen Voraussetzungen einer psychotherapeutisch orientierten Klinik bzw. deren Organisation von erheblicher Bedeutung.

Schon in der Broschüre der Psychoanalytischen Klinik Schloss Tegel, die im April 1927 von Ernst Simmel eröffnet wurde und als erste psychoanalytische Klinik gilt, wird unter anderem auf die Schaffung einer »besonderen menschlichen Atmosphäre« hingewiesen, durch welche sich die Klinik auszeichne. Auch die »Wohnräume«, so wird ausdrücklich erwähnt, in welchen die Patienten leben, müssten »ihrem besonderen Zweck entsprechen« (Tögel 2006, S. 184) und es sei schon bei der Einrichtung der Klinik darauf geachtet worden, alle Patienten so unterzubringen, dass sie gegebenenfalls einander nicht stören würden. Auch nach Simmel beschränkt sich ein therapeutisches Milieu also nicht auf eine bestimmte emotionale Atmosphäre, sondern zur Erzeugung eines therapeutischen Milieus müssen auch räumliche Anforderungen beachtet werden, die sowohl gemeinschaftliche Interaktionen und Gemeinschaftserleben als auch den individuellen Rückzug ermöglichen, wenn einem Patienten danach zumute sein sollte.

Die architektonische Ausgestaltung einer Station im Fachgebiet Chirurgie oder Innere Medizin hat naturgemäß andere Zwecke zu verfolgen als die architektonische Ausgestaltung in einem Krankenhaus für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie. Prinzipiell sollten dessen Räume

insgesamt übersichtlich ausgestaltet sein, nicht beengen und nach Möglichkeit über eine Verbindung zu den Außenbereichen verfügen, gleichzeitig aber auch eine gewisse Reizabschirmung ermöglichen. Der architektonische Anteil des therapeutischen Milieus (Haslinger 2016) ist unseres Erachtens nicht zu unterschätzen, da er – im ungünstigsten Falle – auch zum Auslöser einer psychischen Symptomatik werden kann: Gerade Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind gegenüber vielfältigen Sinneseindrücken häufig verwundbar und empfindsam, und für Abteilungen und Kliniken, die in einem Allgemeinkrankenhaus angesiedelt sind, entstehen dadurch besondere Herausforderungen, da ein Teil der alltäglich gegebenen Eindrücke nicht zu verhindern ist und damit gelegentlich symptomverstärkend wirken kann (Notfallsignale von Krankenzugängen, Lärm von Hubschrauberrotoren, der Anblick von medizinisch agierendem Personal und Patienten somatischer Abteilungen auf den Klinikfluren). Der Aspekt der Reizabschirmung hat also auch ein architektonisch-räumliches Äquivalent und dies betrifft nicht zuletzt die gesamte räumliche Anordnung der Abteilung oder Klinik. Nicht selten berichten gerade Patienten, die unter Traumafolgestörungen leiden, dass sie stationäre Behandlungen beenden mussten, da die jeweiligen Umgebungsbedingungen akustische oder optische Auslöser beinhalteten, vor denen sie sich nicht hinreichend geschützt fühlten. Hier in Abteilungen und Kliniken der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die in ein Allgemeinkrankenhaus eingefügt sind, ein angemessenes therapeutisches Milieu zu schaffen, ist sicherlich eine nicht immer einfach zu erfüllende Aufgabe.

Andere spezifische Anforderungen an die räumlichen Gegebenheiten der stationären Psychotherapie ergeben sich aus der durch-

schnittlich längeren Behandlungsdauer, die teilweise mehrere Wochen bzw. einige Monate in Anspruch nehmen kann. Auch hierauf sind Größe und Einrichtung der Patientenzimmer nach Möglichkeit auszurichten. Diese sollten zudem ausreichend wohnlich ausgestattet sein, gleichzeitig aber auch Möglichkeiten der persönlichen Gestaltung lassen. Räume und Möbel haben »... eine eigenständige Wirkung. Sie wirken, wie viele Elemente der nonverbalen Kommunikation, als stützende, fördernde oder auch hemmende Glieder, die durch sprachliche Mitteilungen leicht überlagert oder anders akzentuiert werden können. Wo der Chef sein Zimmer hat, wer Haupt-, Neben- oder sogar nur Hilfstherapeut ist, wird durch architektonische Loyalität festgelegt. Wer würde nicht gerne einmal die Wege nachzeichnen, die Therapeuten, Schwestern, Pfleger und Hausmeister gehen, dazwischen dann in anderer Farbe die Fußspuren der Patienten und der Patientinnen markieren« (Käthele 1993, S.45). Bei der Einrichtung und Ausgestaltung »öffentlicher« Verkehrsflächen ist zudem zu berücksichtigen, dass diese nicht zu knapp bemessen sein sollten. Flure z.B. dürfen sich von herkömmlichen Krankenhausfluren durchaus unterscheiden, damit die temporäre (therapeutische) Wohngemeinschaft möglichst vielfältige Formen der kommunikativen Interaktion untereinander erproben kann. Dies beinhaltet, dass Patienten sowohl Rückzugsmöglichkeiten haben als auch räumliche Optionen der Begegnungen und Gemeinschaft. Ebenso sollte die Raumgestaltung kein unnötiges Konfliktpotenzial bieten oder Symptome provozieren, z.B. für Patienten mit einer phobischen Symptomatik eine regelmäßige Raumüberfüllung beim Einnehmen der gemeinsamen Mahlzeiten aufgrund ungenügender baulicher Ausstattung.

Eine »healing architecture« (Nickl-Weller 2015) sollte nach Möglichkeit sowohl die Größe als auch die Anordnung der Räumlich-

keiten in einer Klinik, die sich dadurch ergebenden Lichtverhältnisse, den Zugang zur Natur und die Inneneinrichtung berücksichtigen. Die Räumlichkeiten sollten in gleicher Weise Schutz und Zuwendung ermöglichen, ein Gefühl der Sicherheit bzw. der Wohnlichkeit unterstützen, individuelle Rückzugsmöglichkeiten bieten, aber auch als halb öffentliche bzw. öffentliche Gemeinschaftsräume zur Begegnung einladen bzw. Begegnungen erleichtern und zu gemeinsamen Aktivitäten auffordern. In der Broschüre der Klinik Schloss Tegel heißt es: *»Aber nicht nur die Schaffung einer besonderen menschlichen Atmosphäre musste bei einer solchen Seelenklinik in Betracht gezogen werden, auch die Wohnräume, in denen der Kranke lebt, mussten ihrem besonderen Zweck entsprechen«* (Tögel 2006, S.184). Im Weiteren weist Simmel in dieser Broschüre auch auf die schlichte Geradlinigkeit in der Architektur der Möbel hin sowie darauf, dass die gesamte Anlage der Klinik es gestattet, alle Patienten so unterzubringen, dass sie gegebenenfalls einander nicht stören und dass fast alle Zimmer auch einen Zugang zum angrenzenden Park haben. Letztlich macht es im Hinblick auf das Milieu einer Klinik einen erheblichen Unterschied, ob sie in einem städtischen Umfeld in der Nachbarschaft einer vielbefahrenen Straße liegt oder innerhalb eines Waldgebietes, in dem sich buchstäblich Fuchs und Hase gute Nacht sagen.

## Literatur

- Berthel U, Nadler H, Wellendorf H, Scharf D, Scheellack H. Physiotherapie und andere körperorientierte Therapieformen in der stationären Kurztherapie. In: Heigl F, Neun H (Hrsg). Psychotherapie im Krankenhaus. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1981; 242–8.
- Bettelheim B, Sylvester E. Milieu therapy. Indications and illustrations. *Psychoanal Rev* 1949; 36: 54–68.
- Binswanger L. Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen. Privatdruck Kreuzlingen. 1957.
- Flaig BB, Barth B. Die Sinus-Milieus® 3.0 – Hintergründe und Fakten zum aktuellen Sinus-Milieu-Modell. In: Halmann M (Hrsg). Zielgruppen im Konsumentenmarketing. Wiesbaden: Springer Gabler 2014; 105–20.
- Haslinger B (Hrsg). Raum und Psyche. Gießen: Psychosozial-Verlag 2016.
- Heigl-Evers A, Henneberg Mönch U, Celal O, Standtke G. Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1986.
- Heim E. Praxis der Milieuthérapie. Berlin: Springer 1984.
- Helbrück J, Kals E. Umweltpsychologie. Lehrbuch. Berlin: Springer 2012.
- Herzog M v (Hrsg). Ludwig Binswanger und die Chronik der Klinik Bellevue. Eine Psychiatrie in Lebensbildern. Wiederabdruck. Berlin: Quintessenz 1995.
- Hilpert H, Schwarz R, Beese F. Therapie in der Klinik. Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie. Berlin: Springer 1981.
- Hoffmann B. Die Rolle des Pflegepersonals. In: Hellwig A, Schoof M (Hrsg). Psychotherapie und Rehabilitation in der Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1990; 52–9.
- Ingwersen F. Spaltungsphänomene und Suizidalität als besondere Herausforderungen im stationären Setting der Psychotherapie. *Psychodyn Psychother* 2005; 4: 46–52.
- Janssen PL. Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Gießen: Psychosozial-Verlag 2014.
- Kächele, H. Die therapeutische Umwelt in der stationären Psychotherapie. In: Schmitt G, Seifert T, Kächele H (Hrsg). Stationäre analytische Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer 1993; 41–8.
- Kächele H, Hölzer M. Therapeutische Umwelten und therapeutische Beziehungen in der Psychotherapie. In: Vandieken R, Häckel E, Mattke D (Hrsg). Was tut sich in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag 1998; 175–87.
- Kernberg OF. Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta 1981.
- Lechler WH, Meier A. Das Bad Herrenalber Modell –



- Eine Lehr-Lern-Gemeinschaft als psychosomatisches Klinik-Konzept. Goch: Santiago 2007.
- Linden M (Hrsg). Therapeutisches Milieu. Healing environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2011.
- Main TF. The hospital as a therapeutic institution. *Bull Meninger Clin* 1946; 10: 66–70.
- Nickl-Weller C. Health and care der Zukunft. Healing architecture and communication. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015.
- Nübling R, Bürgy R, Meyerberg J, Oppl M, Kieser J, Schmidt J, Wittmann WW. Stationäre psychosomatische Rehabilitation im Rahmen eines schulübergreifenden Behandlungskonzepts. Erste Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese der Bad Herrenalber Katamnese studie. In: Bassler M (Hrsg). Leitlinien zur stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag 2000; 274–300.
- Rosa H. Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp 2016.
- Simmel E. Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik. In: Hermanns LM, Schultz-Venrath U (Hrsg). Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften. Frankfurt a. M.: Fischer 1993.
- Söllner W. Hat die stationäre Psychotherapie eine Zukunft? *Psychodyn Psychother* 2005; 4: 1–5.
- Tögel C. Freud und Berlin. Berlin: Aufbau Verlag 2006.
- Winnicott DW (Hrsg). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler 1958; 293–312.

## 26 Erklären und Informieren – Psychoedukation

Götz Berberich

### Zusammenfassung

Psychoedukation als wertvoller Baustein einer multimodalen teil-/stationären Psychotherapie wird in diesem Kapitel definiert und hinsichtlich ihrer vielfachen Funktionen untersucht. Sie dient nicht nur der Wissensvermittlung, sondern auch der Motivationsförderung, dem Ausbau von Ressourcen und Coping-Fähigkeiten sowie dem sogenannten Empowerment des Patienten und sichert als Teil einer kompetenten Aufklärung über die Erkrankung und über die Therapiemöglichkeiten auch die Patientenrechte. Psychoedukative Verfahren haben sich als effektiv bei der Behandlung zahlreicher Erkrankungen herausgestellt. Psychoedukation ist aber nicht Frontalunterricht, sondern setzt differenzierte Techniken und die Einbettung in einen psychotherapeutischen Prozess voraus.

### 26.1 Definition und Funktion

Folgt man einer klassischen Definition der Psychoedukation, so versteht man darunter *»systematische, didaktisch-psychotherapeutische Interventionen [...], die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen«* (Bäumel & Pitschel-Walz 2003).

Der strukturierte Aufbau von Psychoedukation und die Funktion des Therapeuten als Spezialist legen eine häufige Verwendung von Psychoedukation gerade in der kognitiv-behavioralen Therapie nahe. Auch in der Verhaltensmedizin ist sie fester Bestandteil der

Therapie von gastrointestinalen, kardiovaskulären, Stoffwechsel-, gynäkologischen und neurologischen Erkrankungen (Ehlert 2009). Allerdings wird Psychoedukation als Therapiebaustein heute häufig sehr weit ausgelegt. Sie sollte in der Tat Bestandteil eines umfassenderen psychotherapeutischen Prozesses sein, sodass die Grenzen zu interaktionsbezogenen Methoden, behavioralen Techniken oder operanten Verfahren oft fließend sind.

Patienten mit psychischen Erkrankungen leiden häufig nicht nur unter ihrer Symptomatik, sondern auch unter heftigen Schamgefühlen wegen ihrer vermeintlichen Schwäche oder halten sich selbst für schuldig am Ausbruch und der Verschlimmerung ihrer Krankheit. Die subjektiven Erklärungsansätze für die eigene Störung speisen sich häufig aus Halbwissen, im Internet angelesenen Theorien, oft genug aber auch aus neurotisch fixierten Überzeugungen mit Abwehrcharakter. Typisch ist etwa die somatische Kausalattribution von Patienten mit Somatisierungsstörungen, die den Blick auf psychische Zusammenhänge verstellt. Daher ist Psychoedukation in der Anfangsphase der Therapie, also etwa parallel zur Anamneseerhebung mit einem vertieften diagnostischen – psychodynamischen bzw. bedingungsanalytischen – Verständnis, ein Türöffner für den therapeutischen Prozess. Sie schafft durch Aufklärung über die in aller Regel multikausale, biopsychosoziale Genese Transparenz, entlastet von Schuld- und Schamgefühlen und erlaubt die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses (Zarbock 2014). Dabei darf sich die Aufklärung über die Erkrankung

nicht auf neurobiologische Zusammenhänge beschränken, sondern soll soziale Einflussfaktoren berücksichtigen und intrapsychische Vorgänge bereits früh in den Fokus nehmen. Selbstverständlich darf der Patient dabei nicht überfordert werden. Neurotische Fixierungen, eine problematische Beziehungsgestaltung und unbewusste Konfliktkonstellationen müssen in der Therapie oft erst erarbeitet und verstanden werden, bevor sie die Grundlage für die Aufklärung etwa über eine Diagnose »Persönlichkeitsstörung« darstellen können (► Fallbeispiel Abschn. 26.4). Hier kommt es, wie immer in der Psychotherapie, auf das richtige Timing an.

Die Vermittlung von Wissen über die psychische Störung eröffnet also die Perspektive auf weitere (z. B. nicht nur somatische) Faktoren der Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung. Symptome in ihrer Entstehung und Bedeutung besser zu verstehen, erhöht die Akzeptanz der Erkrankung, lässt die Erkrankung als zu bewältigende Aufgabe statt einer bedrohlichen, unverständenen Macht erscheinen und reduziert damit Unsicherheit und Angst (Kleinstäuber & Hiller 2015).

Aus einem vertieften Krankheitsverständnis lassen sich auch Therapieoptionen logisch ableiten. Der Patient wird über die möglichen Inhalte und Ziele einer Psychotherapie, jedoch auch weitere Hilfsmöglichkeiten, wie psychosoziale Unterstützungssysteme, soziale Hilfen, biologische und psychopharmakotherapeutische Interventionen aufgeklärt. Er wird, soweit möglich, zu einem Spezialisten seiner Erkrankung und der möglichen Therapieoptionen. Er erkennt seine eigenen Veränderungsmöglichkeiten, entdeckt Ressourcen zur Überwindung der Störung, kann sich in diesem Zusammenhang vielleicht erstmals wieder als selbstwirksam und als fähig, Kontrolle über seinen Zustand auszuüben, erleben (Kleinstäuber & Hiller 2015). Psychoedukation wird damit zu einer wesentlichen Vor-

aussetzung für eine gute Therapiemotivation, für eine Förderung des Selbstmanagements (Kanfer et al. 1991) sowie der Problemlösefähigkeiten (Grawe et al. 1994). Der Patient als Experte seiner Störung wird auch langfristig eher in der Lage sein, mit neuen Herausforderungen und Belastungen zurechtzukommen, Rezidiven frühzeitig entgegenzuwirken und sich, wenn nötig, rasch adäquate Hilfe zu organisieren. Neben der Förderung der Therapiemotivation spielt Psychoedukation daher auch eine wichtige Rolle für den Langzeitverlauf.

Neben den positiven Wirkungen der Psychoedukation ist auch auf die gesetzliche und ethische Verpflichtung zu Aufklärung und Information des Patienten hinzuweisen. Im Patientenrechtegesetz (§ 630e BGB) ist festgelegt, dass der Patient über sämtliche wesentlichen Umstände aufzuklären ist. Dies sind neben der Diagnose auch Art, Umfang, Durchführung, Konsequenzen und Risiken einer therapeutischen Maßnahme sowie mögliche Alternativen hierzu. Genau dies sind wesentliche Inhalte der Psychoedukation – sie ist also dem Gesetze nach immer verpflichtend! Diese Haltung entspricht auch der moderneren Sicht einer Arzt-Patient-Beziehung, die – jenseits jeglichen ärztlichen Paternalismus – die Partizipation des Patienten am Entscheidungsprozess fördern will. Das sogenannte Empowerment durch Information und Aufklärung soll einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient und Therapeut im Sinne des »Shared Decision Making« den Weg bereiten (Margraf 2009).

Inwieweit Psychoedukation – möglicherweise durch Auslagerung dieses Aspekts der Gesamttherapie an Selbsthilfemanuale oder Informationsschriften – geeignet sein kann, den Therapieaufwand und die Behandlungskosten zu verringern (Campbell & Smith 2003) oder zumindest Freiräume für die Psychotherapie zu schaffen, kann nur vermutet

werden. Psychoedukation mag ein hilfreiches Element einer multimodalen Therapie sein, Psychotherapie ist aber auch mehr als Psychoedukation.

Zweifellos ist es von Vorteil, Angehörige punktuell oder in strukturierten Angehörigengruppen über die Erkrankung und Therapie der Patienten zu informieren. Das Informationsbedürfnis der Angehörigen wird befriedigt, die Belastung reduziert, die Ressourcen zur Krankheitsbewältigung im Familiensystem werden unterstützt, was zusammengekommen zu verbesserten Krankheitsverläufen beitragen kann (Frank et al. 2015; Riedel-Heller et al. 2012).

## 26.2 Effektivität und Indikationen

Psychoedukation hat sich in einem weiten Spektrum psychischer und psychosomatischer Erkrankungen als wirksam gezeigt. Dies trifft für Patienten mit Schizophrenie zu (z.B. Xia et al. 2011), mit etwas geringerem Evidenzgrad auch für bipolar oder depressiv Erkrankte, was zu einer »Sollte«-Empfehlung (B) in der S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie »Unipolare Depression« geführt hat (DGPPN et al. 2015). Dabei wird auf die Einbeziehung der Angehörigen in die Psychoedukation als besonders wichtig immer wieder hingewiesen. Sogar eine drastische Reduktion von Rückfällen depressiver Patienten konnte nach einer psychoedukativen Gruppenkurzintervention für Angehörige nachgewiesen werden (Shimazu et al. 2011). Bei anderen psychischen Erkrankungen ist die Evidenzlage nicht eindeutig. Bei Borderline- und Persönlichkeitsstörungen gibt es Hinweise für eine Besserung in zentralen Aspekten der Erkrankung nach einer psychoedukativen Gruppenteilnahme (Zanarini & Frankenburg 2008). Für eine Psychoedukation durch Aufklärungs- und Selbsthilfebroschüren bei Un-

fallopfern zeigte sich jedoch entgegen der Erwartung, dass die solchermaßen informierten Patienten nicht nur nicht profitierten, sondern sich sogar ein Trend zu einer verzögerten Remission der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung ergab (Turpin et al. 2005). Abgesehen von der Problematik des Debriefings nach Traumaerfahrungen deutet dieses Ergebnis auf die bisher unzureichenden Effektivitätsnachweise der äußerst verbreiteten Selbsthilfeliteratur hin. Auch wenn Ratgeber, Manuale und Informationsschriften intuitiv als hilfreich angesehen werden können, sind offensichtlich viele Patienten mit schriftlicher Information, ohne Einbettung in einen therapeutischen Kontext und vor allem eine therapeutische Beziehung, leicht überfordert.

Für den Bereich der psychosomatischen Störungen ist Psychoedukation als wesentlicher Bestandteil eines multimodalen Therapieprogramms fest integriert und größtenteils gut gesichert – und dies sowohl in störungsspezifischen Programmen (► Übersicht bei Kleinstäuber & Hiller 2015) als auch bei diagnoseübergreifenden Konzepten (Rabovsky et al. 2009). Darüber hinaus kann Psychoedukation auch bei somatisch Kranken bzw. bei somatopsychischen Störungen, wie in der Psychoonkologie, die psychische Symptomatik lindern und Krankheitsbewältigung und Lebensqualität verbessern (Gündel et al. 2007).

## 26.3 Setting und Techniken

Psychoedukation als Teil einer Psychotherapie kann in jedem Sektor – ambulant, stationär, teilstationär, im Krankenhaus wie in der Rehabilitationsklinik – und sowohl im Einzel- wie auch im Gruppensetting zur Anwendung kommen. Stets ist sie aber als Teil des gesamten psychotherapeutischen Prozesses

zu verstehen, der zahlreiche andere Techniken beinhaltet und auf der therapeutischen Beziehung fußt. Auch die Vermittlung der Information kann unterschiedliche Kanäle benutzen. Neben dem gesprochenen Wort bieten sich Informationsbroschüren, Patientenratgeber oder Selbsthilfemanuale für das angeleitete Lesen des Patienten an (»Bibliotherapie«). Dabei sind jedoch die Aufnahme- und Verständniskapazität des Patienten sowie die Risiken solcher Informationsschriften (► Kap. 9) zu berücksichtigen. Die Integration des Gelesenen erfordert ausreichende Gelegenheit zu Rückfragen und sachlicher Klärung sowie gemeinsamer Reflexion der Bedeutung für den konkreten Einzelfall. Computergestützte Programme zur Psychoedukation auf der Grundlage pädagogischer Prinzipien wurden in der Vergangenheit mehrfach vorgelegt und in der letzten Dekade unter Einbezug der »neuen Medien« als »E-Health« weiterentwickelt (Maercker & Lange 2004; Ott & Eichenberg 2003). Diese interessanten, wenngleich noch kaum empirisch abgesicherten Techniken dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Psychoedukation keine Psychotherapie ersetzen kann. Auch die häufig mit Psychoedukation in Zusammenhang gebrachte Kognitive Verhaltenstherapie ist etwas anderes und mehr als die Vermittlung von Wissen über psychische oder psychosomatische Störungen und deren Bewältigungsmöglichkeiten.

Umgekehrt muss auch die Psychoedukation selbst eingebettet sein in eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut; die Qualität dieser Beziehung wirkt sich wesentlich auf die Ergebnisse auch der Psychoedukation aus. Interessanterweise wird der Behandler dann vom Patienten für kompetenter gehalten, wenn dieser mit der Therapiebeziehung zufrieden ist. Demgegenüber wird die Kompetenzbeurteilung weniger durch die Zufriedenheit mit dem Erfolg, das

Zeitmanagement oder die Durchführung der Informationsvermittlung beeinflusst (Weck et al. 2011). Die Qualität der therapeutischen Beziehung nimmt daher eine zentrale Rolle auch für die Beurteilung der psychoedukativen Elemente ein. Psychoedukation findet also nicht außerhalb oder neben der Therapie statt, sie ist im stationären Kontext vielmehr als eine spezifische Stimme im Konzert der multimodalen Therapie zu sehen.

Daraus ergibt sich, dass Psychoedukation niemals einfache Belehrung oder Frontalunterricht sein darf. Das Vorwissen und die subjektiven Krankheitsüberzeugungen des Patienten werden aufgegriffen und im Sinne eines geleiteten Entdeckens weiterentwickelt. Die Erfahrungen aus der Therapie (z. B. Erlebnisse im Rahmen von Übertragungsreaktionen) und dem Klinikalltag (etwa Konflikte mit Mitpatienten) werden in theoretische Erklärungsmodelle eingefügt und zu einem individuellen Erkenntnisprozess verdichtet. In der Einzel-, besonders aber in der Gruppentherapie ist dieser Erkenntnisprozess von interaktiven Vorgängen geprägt. In iterativen Schleifen wird vorgegebenes Wissen immer mehr individualisiert angepasst und führt schließlich zu einem »plausiblen Erklärungsmodell« (Kanfer et al. 1991, S.90), das nicht letztgültige wissenschaftliche Evidenz für sich beanspruchen muss, sondern dem Patienten eben plausibel und nachvollziehbar seine individuellen Schwierigkeiten erklärt. Neben der Befriedigung des fast stets vorhandenen Kausalitätsbedürfnisses ermöglicht ein funktionales plausibles Erklärungsmodell die Ableitung therapeutischer Konsequenzen und die Einsicht in die Notwendigkeit von Verhaltens- oder Lebensveränderungen.

Es versteht sich von selbst, dass hier ausreichend Zeit für Nachfragen und Diskussion, für erstaunte oder zweifelnde Reaktionen des Patienten, für die Schilderung von Analogien und Beispielen zur Verfügung stehen muss.

Keinesfalls sollten der Patient überredet oder seine bisherigen Kausalattributionen diskreditiert werden. Stets ist eine wertschätzende und explorierende Haltung zu bewahren. Aufgrund der neurobiologischen Erkenntnisse der letzten zwei Jahrzehnte ist es auch völlig überflüssig, z.B. einen Patienten mit somatoformer Störung von der »Psychogenese« seiner Symptomatik zu überzeugen. Vielmehr kann die bisherige Sichtweise um die Erkenntnis psychosozialer Einflussfaktoren erweitert werden und in ein modernes psychosomatisches Gesamtkonzept einfließen. Am besten gelingt dies, wenn die psychosoziale Bedingtheit der Störung aus den Vorerfahrungen (etwa Symptomauslösung nach Konflikten) oder aus parallel zur Psychoedukation durchgeführten Selbstbeobachtungsübungen bekannt ist.

Neben der kognitiven Informationsvermittlung sollte also ein erfahrungsgeleiteter Erkenntnisprozess die Verankerung des plausiblen Erklärungsmodells unterstützen. Hierzu können mehrere psychotherapeutische Techniken in den Psychoedukationsprozess integriert werden, wie Entspannungstechniken oder geleitete Imaginationen, um die Beeinflussung körperlicher Prozesse durch das vegetative Nervensystem zu erfahren. Mittels spezieller Verhaltensexperimente lässt sich die willkürliche Auslösung von Symptomen dokumentieren. So können beim sogenannten Hyperventilationstest – selbstverständlich nach ausführlicher Aufklärung und Einverständnis des Patienten – die Symptomatik, aber auch die willentliche Steuerung und Beherrschung der Symptome einer Hyperventilation erfahrbar werden. Stressfolgen können im Biofeedback-Verfahren sichtbar und hörbar gemacht werden, ein strukturiertes Selbstbeobachtungstraining belegt z.B. die Auslösung problematischer behavioraler Reaktionen durch spezifische Stressoren im Alltag und bettet somit die aus der Psycho-

edukation gewonnenen Erkenntnisse in die Lebenswirklichkeit des Patienten ein. Informationen zu möglichen Therapieoptionen legen häufig konkrete Verhaltensänderungen nahe (z.B. die Aufgabe des Schon- und Vermeidungsverhaltens bei somatoformen Störungen). Sie bereiten darüber hinaus weitere Therapieschritte vor, etwa eine Expositionstherapie, der ja stets eine ausführliche Psychoedukation und Aufklärung vorausgehen muss.

In praxi ist Psychoedukation somit keine »Lehrstunde neben der Psychotherapie«, sondern wechselt sich mit anderen Psychotherapiemethoden ab, wobei häufig fließende Übergänge bestehen.

Selbstverständlich kann die Informationsvermittlung auch auf vorgefertigtes Material, wie Grafiken, Listen, Mindmaps oder Ähnliches, zurückgreifen. Auf ein adäquates intellektuelles Niveau ist dabei natürlich zu achten. Anschauliches bildliches Material – und Humor – verbessern die Einprägsamkeit. Andererseits sollen die Teilnehmer der Psychoedukation nicht durch mediale Angebote überfrachtet werden. Ein Methodenwechsel und gelegentlich auch ein unbeschriebenes Blatt Papier eines Flipcharts erhöhen wieder die Aufmerksamkeit und die aktive Teilnahme am Gruppenprozess (Rentrop et al. 2012). Diese kann auch gefördert werden durch Wiederholungen des Stundeninhalts in eigenen Worten durch die Patienten oder gar durch Protokolle. Inwieweit eine stark strukturierte Präsentation des Inhalts in einer Gruppen-Psychoedukation mit vorgefertigtem Programm, Handout und Protokoll oder eine didaktisch freiere Form gewählt wird, hängt im Wesentlichen von der Art der Erkrankung (bei störungshomogener Gruppe) sowie der Zusammensetzung der Gruppe ab. Die Integration von Achtsamkeits-, körperpsychotherapeutischen oder Entspannungsübungen hat sich zur Förderung einer ent-



spannten Lernatmosphäre, der Konzentration und der Gruppenkohäsion bewährt.

## 26.4 Inhaltliche Aspekte

Selbstverständlich orientieren sich die Inhalte der Psychoedukation an der festgestellten psychischen, somatischen und sozialen Problemsituation des Patienten einschließlich daraus resultierender Therapiemöglichkeiten. Es lassen sich dennoch einige allgemeine Aussagen hinsichtlich der Inhaltsauswahl treffen.

Der erste Zugangsweg zum Erleben des Patienten ist meist die Symptomatik, die mit medizinischem Laienwissen oder im Sinne der Alltagspsychologie eingeordnet wird. Bedeutung, Wertigkeit und Gefährlichkeit von Symptomen werden dabei häufig falsch eingeschätzt. Psychische und körperliche Reaktionen müssen daher verständlich und entkathartisierend in ihren Entstehungsbedingungen erklärt werden. Wo möglich sollten sie als regelhaft ablaufende Prozesse, als Folge verständlicher Emotionen und eventuell als physiologische Körperreaktion bei allerdings problematischer Stimulusverknüpfung erklärt werden. Beispielsweise kann eine Angstreaktion mit all ihren körperlichen Erscheinungen als Beweis für die gute Reaktionsfähigkeit des Körpers auf ängstigende Stimuli gewertet werden, wobei lediglich die Verknüpfung mit agoraphoben oder soziophoben Auslösern problematisch und behandlungsbedürftig ist.

Am Beispiel der chronischen Schmerzkrankungen wird deutlich, dass ein vertieftes Störungswissen über den Pathomechanismus (Gate-Control-Theory, Schmerzgedächtnis, Schmerzverarbeitung im limbischen System etc.) entlastend wirken kann und unmittelbare Rückschlüsse auf Therapieoptionen zulässt. Häufig wird erst hierdurch eine

ausreichende Motivation für die weitere Psychotherapie geschaffen.

Ein unmittelbar nachvollziehbares Informationsbedürfnis besteht in der Regel hinsichtlich der Prognose. Auch bei schwierigen Verläufen oder hoher Rezidivwahrscheinlichkeit kann eine ehrliche Aufklärung, verknüpft mit den Hinweisen zu therapeutischen Möglichkeiten, die Compliance und Therapiemotivation fördern. Alle relevanten Therapieoptionen sollten einschließlich ihrer Vor- und Nachteile erwähnt werden, sodass der Betroffene – entsprechend den gesetzlichen Forderungen – eine wirkliche Wahlmöglichkeit hat. Sowohl bei der Psychotherapie, im Besonderen aber auch bei der medikamentösen Therapie müssen ebenfalls die Nebenwirkungen und Risiken ausführlich thematisiert werden (z.B. fehlerhafter oder schädlicher Gebrauch von Medikamenten, Abhängigkeit; ► Kap. 9 und ► Kap. 27).

Einen in der Praxis nicht zu unterschätzenden Effekt hat Psychoedukation auch bezüglich allgemeiner Lebensstiländerungen. Dies beginnt bei regelmäßiger, ausgewogener Ernährung, Schlafhygiene und Betätigung an der frischen Luft, wird fortgeführt über die positiven Wirkungen von Sport und regelmäßiger körperlicher Bewegung bis hin zur Vermeidung von Übergewicht und den damit verbundenen Folgeerkrankungen. Abgesehen von den z.T. empirisch abgesicherten Wirkungen einer »gesunden Lebensführung« auf zahlreiche Störungsbilder (Depressionen, Angst, chronische Schmerzerkrankungen etc.) leuchtet es den Betroffenen meist unmittelbar ein, dass auch ein ansonsten Gesunder bei chronischem Schlafmangel über zahlreiche körperliche und seelische Beschwerden klagen wird.

Störungsübergreifend bietet sich der Themenblock Stress und Stressmanagement als Türöffner für die Beschäftigung mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

und ihrer Entstehung an (Kleinstäuber & Hiller 2015). Stress oder »Stressfolgeerkrankung« ist weit weniger stigmatisierend als »psychische oder psychosomatische Krankheit«. Manche Betroffenen sehen in ihnen, wie in der medialen Auseinandersetzung mit dem Burnout-Syndrom sichtbar (Zaudig et al. 2012), eher eine Auszeichnung des fleißigen Menschen. Die Auseinandersetzung mit Eustress und Distress, den epigenetischen, neurobiologischen und neuroendokrinen Regulationsmechanismen, dem evolutionsbiologischen Sinn und den psychischen wie körperlichen Folgen von Stress sowie dem Beitrag der Stressreaktion an der Entstehung von psychischen und psychosomatischen Störungen eröffnet dem betroffenen Patienten grundsätzliche Einblicke in seine psychophysischen Funktionsweisen, seine Resilienzfaktoren und Vulnerabilitäten und damit bereits auch in einige spezifische Aspekte seiner Persönlichkeit (Berberich et al. 2012). Er lernt sich als emotionslogisch reagierendes, regelhaften Abläufen folgendes Wesen kennen, welches demzufolge auch eigenen Regulationsanstrengungen und Veränderungsbemühungen zugänglich sein kann. Gerade bei diesem Thema bietet sich ein intensives Selbstbeobachtungstraining als Ergänzung an, in dem die persönlichen Stressauslöser und die daraus hervorgehende Reaktion erkannt werden können. Persönlichkeitstypische Einengungen der Reaktionsvielfalt lassen sich gerade auch in einem psychoedukativen Gruppenprogramm gut besprechen. Die Anregungen von Mitpatienten helfen dem Betroffenen dann, neue Reaktionsweisen zu entwerfen und diese in der Folge als Verhaltensexperiment durchzuführen.

Insbesondere bei psychosomatischen Beschwerden sollten krankheitsaufrechterhaltende Verhaltensweisen in die Psychoedukation einbezogen werden. Hier handelt es sich zum einen um ein ausgeprägtes Vermeidungs- und Schonverhalten, das zur De-

konditionierung, damit zu wachsenden Beschwerden, schließlich zu der Überzeugung führt, kaum oder nicht mehr belastbar zu sein. In der Folge versucht der Betroffene, sich bei Ärzten rückzuversichern bis hin zum Sonntagsspaziergang um das Krankenhaus herum. Das Gegenteil solcher Fear-Avoidance Beliefs führt als sogenannte Endurance-Beliefs zu einem ausgeprägten dysfunktionalen Durchhalten, einem Zähne-Zusammenbeißen und damit einem beständigen Übergehen eigener Grenzen (Klinger et al. 2000). Analog lassen sich solche Verhaltensweisen aber auch bei vielen anderen Störungen mit psychischer Symptomatik finden. Gleiches gilt für die Rolle der Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Symptomatik, welche auch wesentlich zur Aufrechterhaltung der Störung beiträgt.

Schließlich können auch die sozialen Folgen der Erkrankung in die Psychoedukation einbezogen werden. Welche Rolle übernehme ich als Kranker, wo ist mir die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben verwehrt, aber auch welche Schonungen und Privilegien fallen mir dabei zu? Wie verändert die Erkrankung meine Beziehungen zum Partner, zur Familie, zum sozialen Umfeld? Dieses Thema lässt sich gerade in Gruppen mit gegenseitiger Konfrontationsmöglichkeit gut bearbeiten, wobei vom Therapeuten großes Taktgefühl und eine ausgewogene Darstellung positiver und negativer Konsequenzen der Erkrankung zu erwarten sind, damit betroffene Patienten sich nicht als »Schmarotzer« oder Simulanten beschuldigt fühlen.

Informationen über Therapie- und Hilfsmöglichkeiten vermitteln Hoffnung auf Besserung und können daher die Therapie- und Veränderungsmotivation erheblich stärken. Dabei ist zu betonen, dass Therapie einen aktiven Umlern- und Änderungsprozess bedeutet, welcher wesentlich in der Hand und Verantwortung des Patienten liegt. Die Optionen sollen differenziert dargestellt werden, wobei

neben den diversen psychotherapeutischen und psychiatrischen Methoden auch weitere Hilfsmaßnahmen wie Soziotherapie, weiterführende ambulante Psychotherapie, sozial-psychiatrische Betreuung, Selbsthilfegruppen und soziale Hilfen möglichst praxisnah erklärt werden. Gegebenenfalls sollten auch praktische Hilfen (etwa Vermittlung von Adressen) gewährt werden. Bei der Vorbereitung für die Entscheidung für oder gegen eine spezifische psychotherapeutische Maßnahme (indikative Gruppentherapie, Expositionsverfahren, Assertivitätstraining) kann es notwendig werden, das therapeutische Vorgehen sehr konkret und kleinteilig zu schildern. Dabei kann auch ein Handout oder ein schriftliches Therapieprogramm den »Informed consent« des Patienten unterstützen.

Psychoedukative Gruppen mit Angehörigen beschäftigen sich (neben dem störungsspezifischen Wissen) störungsübergreifend mit den Schwierigkeiten im Umgang mit dem erkrankten Angehörigen, der komplizierten Alltagsgestaltung und den durch die Krankheit ausgelösten verwirrenden Emotionen, typischerweise Hilflosigkeit, Schuld- und Wutgefühle (Frank et al. 2015). Auch für Angehörige sollten spezifische Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Angehörigen-Selbsthilfegruppen) vermittelt werden. Schließlich sollte der Fokus auf den Angehörigen selbst gerichtet werden, um Selbstfürsorge und Resilienz zu stärken.

### Fallbeispiel

Der 48-jährige Herr N. kommt mit einer ausgeprägten depressiven Symptomatik mit wiederholten suizidalen Impulsen zur stationären Aufnahme. Er selbst spricht von einem Burnout, das sich seit etwa einem Jahr zunehmend entwickelt habe. Aber auch davor habe er schon Symptome der Überlastung, wie Schlafstörungen und Reizbarkeit, bei sich festgestellt, da er »beruflich unheimlich engagiert« sei.

Er betont, er sei ein erfolgreicher Unternehmensberater; bei genauer Exploration offenbart sich allerdings, dass seine kleine Firma nach wenigen erfolgreichen Jahren in eine finanzielle Schräglage kurz vor der Insolvenz geraten ist. Früher habe er in diversen großen Unternehmen im Management gearbeitet, sei aber jeweils nach zwei bis drei Jahren aufgrund der »Unfähigkeit von Vorgesetzten« und von »Mobbing« gekündigt worden. Die depressive Symptomatik wurde jedoch ausgelöst durch die Trennung von seiner zweiten Ehefrau, die seine diversen außerehelichen Eskapaden nicht mehr toleriert habe. Zu den erwachsenen Kindern aus erster Ehe sei der Kontakt abgebrochen.

Wie bei diesem Patienten mit einer ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht anders zu erwarten, kommt es im stationären Therapieverlauf rasch zu Konflikten mit Mitpatienten, die sein teils überhebliches, teils konkurrenzes Verhalten nicht tolerieren. Trotzdem bessert sich die depressive Symptomatik relativ rasch durch die Entlastung im Krankenhaus und eine therapeutische Beziehung, welche die Ressourcen und Wertschätzung des Patienten in den Vordergrund stellt. Durch diesen Vertrauenskontakt gelingt es auch, die wiederholten interaktionellen Konflikte mit Mitpatienten soweit zu verstehen, als es um dysfunktionale Versuche des Patienten geht, sein Selbstwertgefühl angesichts vermeintlicher Angriffe von Mitpatienten dadurch zu retten, dass er seine Verdienste und Fähigkeiten im Vergleich zu den Interaktionspartnern herausstellt. Da er auch versteht, dass es sich hier um ein lebenslang wiederholtes Verhaltensmuster handelt, schließt sich folgende psychoedukative Sequenz an:

Therapeut: Herr N., jetzt haben wir, glaube ich, gemeinsam verstanden, warum es immer wieder zu solchen Konflikten kommt. Eigentlich wollen Sie die Abwertung durch andere Menschen verhindern und sich selbst als kompetenter Mensch fühlen können. Aber diese Intention kommt nicht rüber. Stattdes-

Herr N.: sen erleben die anderen Ihre Aussagen als Angriff oder Beleidigung. Aber das will ich ja gar nicht. Auch wenn ich mich manchmal schon ärgere. Na ja, Sie haben mir ja schon klargemacht, dass das, was ich ausdrücken will, bei den anderen falsch ankommt.

Therapeut: Ja, und dann kracht es, und das ja zum wiederholten Mal bei uns in der Klinik, und auch schon davor, oder?

Herr N.: Im Grunde ist es immer wieder das gleiche Muster und das schon seit Jahren, ach was, so lange ich denken kann.

Therapeut: Hm, das ist sicherlich enttäuschend und auch sehr anstrengend! Wir sprechen da von lebenslangen Mustern oder Schemata, also etwas, was Sie und Ihr Leben prägt.

Herr N.: Sieht so aus, als ob Sie recht haben könnten. Das ist ja blöd ...

Therapeut: Einerseits schon, andererseits können wir ja in der Therapie daran arbeiten, dass sich das verändert.

Herr N.: Geht das?

Therapeut: Zugegebenermaßen ist es nicht ganz leicht und dauert auch eine ganze Weile. Aber es ist möglich, je nachdem, ob Sie es wirklich wollen oder ob Ihnen der Aufwand zu groß erscheint. Immerhin bedeutet es eine längere Psychotherapie und den Willen, neue Verhaltensweisen einzuüben. Dafür können wir die Hoffnung haben, dass Sie nicht mehr so viele enttäuschende Auseinandersetzungen mit anderen Menschen haben und längerfristige, glückliche Beziehungen erleben.

Herr N.: Klingt gut, auch wenn es mühsam ist.

Therapeut: Diese immer wiederkehrenden Schemata sind ja ganz typisch für Sie, sind also Teil Ihrer Persönlichkeit. Und wenn diese Schemata un-

günstige Ergebnisse bringen, also Ihren Beziehungen und letztlich Ihnen selbst schaden, dann spricht man in der Fachsprache von Persönlichkeitsstörung. Das ist meiner Meinung nach ein etwas problematischer Begriff, weil er in der Allgemeinheit ziemlich belastet ist, aber fachlich meint man damit eben diese Schwierigkeit, Beziehungen und manchmal auch sich selbst, also z. B. das Selbstwertbewusstsein, zu regulieren.

Herr N.: Oh ja, das habe ich schon mal gehört. Nein, besonders schön ist der Begriff wirklich nicht, aber wissen Sie: Irgendwie habe ich schon immer gehaut, dass ich ein bisschen anders bin als andere. Das gibt mir jetzt wenigstens eine Erklärung, mit der ich mich besser verstehen kann und mit der ich umgehen kann. Außerdem sagen Sie ja, da kann man was machen.

Therapeut: Ja, wichtiger als der Name ist tatsächlich, dass wir gemeinsam verstehen, was da mit Ihnen und in Ihnen passiert, und dass wir überlegen, was Sie in Zukunft verändern können und wollen.

Herr N.: Okay, aber wie sieht denn jetzt eigentlich die Therapie aus? Außerdem: Ich werde mir schon noch mal eine Zweitmeinung bei der Uniklinik einholen, da gibt es ja bestimmt besondere Spezialisten.

Es schließt sich eine psychoedukative Aufklärung über die mögliche Therapie an. Auch die weitere Psychotherapie ist geprägt durch wiederholte Konkurrenzsituationen und Abwertungen, der Patient lässt sich aber zunehmend auf die Beziehungsklärung ein und experimentiert – unter kognitivem Rückgriff auf psychoedukative Inhalte – mit alternativen Verhaltensweisen.

## Literatur

- Bäumel J, Pitschel-Walz G. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«. Stuttgart: Schattauer 2003.
- Berberich G, Zaudig M, Hagel E, Konermann J, Piesbergen C, Hauke W, Krauseneck T, Ruppert S, Unger H. Klinische Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen und akzentuierten Persönlichkeitsstypen bei stationären Burnout-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen* 2012; 16: 85–95.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). [www.patientenrechte-gesetz.de/bgb-sgbv/aufklaerungspflichten.html](http://www.patientenrechte-gesetz.de/bgb-sgbv/aufklaerungspflichten.html) (letzter Zugriff: 16. 11. 2015).
- Campbell LF, Smith TP. Integration Self-Help-Books into Psychotherapy. *Clin Psychol* 2003; 59(2): 177–86.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. DOI: 10.6101/AZQ/000364. [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de) (letzter Zugriff: 16. 11. 2017) (\* Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, ACKPA, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVT, DPG, DPV, DPtV, DVT, GwG, Stiftung Deutsche Depressionshilfe).
- Ehlert & Verhaltensmedizin. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. 3. Aufl. Heidelberg: Springer 2009.
- Frank F, Hasenmüller M, Kaiser M, Ries Z, Bitzer EM, Hölzel L. Psychoedukative Gruppen für Angehörige von depressiv Erkrankten: Analyse des Informationsbedarfs durch eine Fokusgruppenuntersuchung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015; 65: 426–33. doi: 10.1055/s-0035-1555787.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe 1994.
- Gündel H, Hümmeler V, Lordick F. Welche Tumorpatienten profitieren von einer interdisziplinären Psychoedukation im Rahmen der Tumorthera- pie? *Z Psychosom Med Psychother* 2007; 53: 324–38.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. *Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer 1991.
- Kleinstäuber M, Hiller W. Psychoedukative Ansätze und Legitimierung. In: Rief W, Henningsen P (Hrsg). *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Klinger R, Hasenbring M, Pfingsten M, Hürter A, Maier C, Hildenbrandt J. *Die multiaxiale Schmerzklassifikation MASK*. Hamburg: Deutscher Schmerzverlag 2000. [www.dgpsf.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/MASK\\_P\\_dt\\_26-04-2011.pdf](http://www.dgpsf.de/fileadmin/user_upload/downloads/MASK_P_dt_26-04-2011.pdf) (letzter Zugriff: 16. 11. 2017).
- Maercker A, Lange A. Psychotherapie im Internet – Internettherapie. *Verhaltenstherapie* 2004; 14(3): 173.
- Margraf J. Therapieindikation. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. 3. Aufl. Heidelberg: Springer 2009.
- Ott R, Eichenberg C. *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. Göttingen: Hogrefe 2003.
- Rabovsky K, Stoppe G, Euler S, Becker PJ. *Manual zur Leitung von Patien- und Angehörigengruppen*. München: Elsevier 2009.
- Rentrop M, Reicherzer M, Schwerthöffer D, Bäumel J, Hörz S. Psychoedukation bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen für Betroffene und Angehörige. *Münchner Modell: Überblick und theoretischer Hintergrund*. *Psychotherapeut* 2012; 57: 291–300.
- Riedel-Heller SG, Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Ay ES, Becker T. Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen. Evidenz und Empfehlungen: Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Sport und Bewegung. *Nervenarzt* 2012; 83: 847–54.
- Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Mishida A, Kamimura N, Sawada K, Fujita H, Furukawa TA, Inoue S. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 385–90.
- Turpin G, Downs M, Mason S. Effectiveness of providing self-help information following acute trau-

- matic injury: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 76–82.
- Weck F, Hautzinger M, Heidenreich T, Stangier & Psychoedukation bei depressiven Störungen – Erfassung von Interventionsmerkmalen und Behandlungskompetenzen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 61: 148–53.
- Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for Schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (6): CD002831.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomised trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2008; 22: 284–90.
- Zarbock G. Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie. 4. Aufl. Lengerich: Pabst Science Publishers 2014.
- Zaudig M, Berberich G, Konermann J. Persönlichkeit und Burnout – eine Übersicht. *Persönlichkeitsstörungen* 2012; 16: 75–84.



## 27 Oft umstritten, häufig notwendig – Medikamente

Michael Hölzer, Günther Bergmann, Wolfgang Wöller und Christian Thiele

### 27.1 Vorbemerkungen

Der Einsatz von Medikamenten, und hier im Besonderen von Psychopharmaka, in Einrichtungen der stationären Psychotherapie stellt als Kombination zweier sehr unterschiedlicher (und manchmal sogar konkurrierender) Behandlungsansätze zweifellos ein komplexes Geschehen dar. Dessen Bedeutung und (Aus-)Wirkungen auf einen Patienten wie auch deren Rückwirkung auf das Behandlungsteam und seine Mitglieder verdienen sorgfältige Betrachtung. Vor allem die Ebene der subjektiven Bedeutung, die Pharmakotherapie und Psychotherapie jeweils für einen Patienten entfalten, dürfte im Alltag eines stationären Kontextes vielfach in den Hintergrund treten, auch weil die damit angesprochene Seite der individuellen psychologischen Verarbeitung eines Medikaments nicht leicht in Erfahrung zu bringen ist. Bedeutung ist immer Interpretation und allein aus psychodynamischer bzw. psychoanalytischer Perspektive bieten sich verschiedene Sichtweisen bzw. Interpretationsmöglichkeiten an, je nachdem, welche der psychoanalytischen Theorien den Hintergrund der jeweiligen Interpretation abgibt. Eine triebtheoretische Argumentation (z.B. das Medikament als »Strafe« für einen unakzeptablen aggressiven oder sexuellen Impuls) kommt zu völlig anderen Ergebnissen als eine objektbeziehungstheoretische Deutung, die im »Objekt« Medikament wahlweise die »böse« bzw. die »gute Brust« erkennen mag. Rückt man Aspekte der Selbstwert-

regulation in den Mittelpunkt, dürften es möglicherweise eher die narzisstischen Größen- bzw. Omnipotenzfantasien sein (bzw. deren Projektion), die sich mit der Verschreibung und Verabreichung eines Medikaments verbinden. Dies trifft insbesondere zu, wenn der verschreibende Arzt auch gleichzeitig die Psychotherapie verantworten sollte (► zu dieser Diskussion vor allem auch Münch 2016).

Deswegen ist es wohl weniger die Frage, ob überhaupt Psychopharmaka verschrieben werden sollen; dies dürfte im stationären Kontext eher die Regel sein. Vielmehr steht im Vordergrund, wann dies im Verlauf einer Therapie mit welcher zusätzlichen Zielsetzung und mit welcher Haltung erfolgt. Medikamente als solche gelten vor allem dann als unstrittig, wenn damit zunächst die üblichen somatischen »Verdächtigen« behandelt werden, d.h. die körperlichen Grunderkrankungen, bei denen sie unabweisbar therapeutischen Nutzen entfalten. Ob es sich dabei um einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus als Komorbidität bei einer psychischen Erkrankung handelt, um eine entzündliche Darm-erkrankung, der nur mit Cortison beizukommen ist, oder um einen stabilen Bluthochdruck, der unbehandelt das Schlaganfallrisiko eines älteren Patienten substanziell vergrößern würde, dass alles spielt dabei keine Rolle. Allenfalls sind es die Dosis und mögliche Neben- bzw. Wechselwirkungen, die dann Gegenstand von Diskussion und Reflexion werden.

Problematischer verhält es sich schon mit Schmerzmitteln und deren Einsatz, z. B. bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen, einer Fibromyalgie oder bei Patienten mit chronischen Kopf- und Rückenschmerzen. Kompliziert und heikel wird es spätestens dann, wenn zusätzlich der berechtigte Verdacht besteht, dass nicht nur bio-psycho-soziale Faktoren aufseiten des Patienten an der Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik beteiligt sind, sondern dass die Schmerzmedikation als solche die Symptomatik im Sinne eines Circulus vitiosus prolongiert und somit zur Chronifizierung beiträgt. Die Gabe von morphinananalogen Präparaten beim chronischen Rückenschmerz oder von ergotaminhaltigen Medikamenten bei Migräne sind nur zwei Beispiele aus einer Vielzahl diesbezüglich problematischer »Rezepturen«.

Kontrovers diskutiert wird der Einsatz von Psychopharmaka in der stationären Psychotherapie jedoch am ehesten dann, wenn in der betreffenden Einrichtung entschiedene »Psychiker« auf »Somatiker« treffen, um eine noch heute virulente Unterscheidung aus der romantischen Epoche der Medizin aufzugreifen. Pharmakologische Traditionen der Einrichtung selbst, deren Zugehörigkeit zu einem bestimmten Fachgebiet (z. B. zur Psychiatrie oder zur Psychosomatischen Medizin) können mit den dort üblichen Usancen und Gepflogenheiten oftmals eine erhebliche Rolle bei der Entscheidungsfindung spielen. Dies trifft in gleicher Weise auf den Wissensstand bzw. den Erfahrungs- und Ausbildungshintergrund des jeweils rezeptierenden Arztes zu, der in seinen scheinbar rationalen Überlegungen auch durch andere irrationale Momente beeinflusst sein dürfte, d. h. durch wenig reflektierte persönliche Überzeugungen und Fantasien bezüglich der Wirksamkeit eines Pharmakons, durch Komplikationen im Verlauf einer Therapie bzw. in der Arzt-Patient-Beziehung, durch eine unübersichtliche

Übertragungssituation oder Teamkonflikte. Auch wenn diese Umstände die Medikation möglicherweise nicht verursachen, so haben sie doch Auswirkungen auf das Medikationsverhalten. Die Einstellung der übrigen Teammitglieder und schlussendlich Mitteilungen sowie Erfahrungen von Mitpatienten können ebenfalls erheblichen Einfluss gewinnen, wenn es um die Verordnung, Einnahme und Wirksamkeit eines Psychopharmakons geht.

Diskussionen im Team sind jedenfalls oft nicht frei von ideologischen Untertönen und je nach therapeutischer Ausrichtung eingengten Perspektiven. Oft wird dabei immer noch die Psychopharmakologie gegen die Psychotherapie »verhandelt« bzw. die Psychologie gegen die Biologie in Stellung gebracht. Dies erfolgt dann mit dem Hinweis darauf, dass eine rasche medikamentöse Besserung auf der Symptomebene dem Leidensdruck und damit der Motivation eines Patienten »untherapeutisch« entgegenwirken würde, dessen Bemühen um ein Verstehen der psychologischen Hintergründe einer Symptomatik gewissermaßen konterkarierend. Denn nur, wenn der eigene Beitrag des Patienten zu seiner Erkrankung – seien es nun innere Konflikte oder maladaptive Schemata des Erlebens und Verhaltens – ausreichend reflektiert würde, bestünde Hoffnung auf nachhaltige Besserung bzw. Heilung. Während »Somatiker« einen Behandlungsfehler für den Fall annehmen, dass einem ernsthaft depressiv erkrankten Patienten ein Medikament vor-enthalten würde, reflektieren »Psychiker« eher auf die verzerrenden Auswirkungen, die das Verschreiben von Medikamenten auf die therapeutische Beziehung und auf die Arbeit am Übertragungsgeschehen haben könnte. Vor allem Therapeuten psychodynamischer Provenienz schätzen dies häufiger als »bestenfalls ablenkend und schlimmstenfalls als schädlich« (Thase & Jindal 2013, S. 1178) ein. Wenn das »Verstehen« durch Medikamente

»ersetzt« werden soll (Maio 2016), mag eine solche Argumentation zwar nachvollziehbar sein; Lösungen im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Pharmakologie werden aber nicht durch ideologische Zuspitzungen gefunden, sondern müssen im Einzelfall durch sorgfältiges Abwägen erarbeitet werden.

Neben ethischen Fragen spielen bei diesem Prozess des Abwägens zunehmend auch juristische Aspekte eine Rolle, die im Einzelfall durchaus bedeutsam werden können, sollte z. B. im individuellen Fall entgegen den Leit- oder Richtlinien von Fachgesellschaften entschieden werden. Besonders im Rahmen von Suizidalität oder anderen mit schwerwiegenden Konsequenzen belasteten Ereignissen kann es in der Folge zu erheblichen forensischen Problemen kommen, weswegen sich in solchen Situationen auch eine besonders gründliche Dokumentation der (Hinter-) Gründe für ein abweichendes Verhalten empfiehlt. Andererseits erweisen sich u. E. Leit- und Richtlinien wie auch die sorgfältige Beachtung diagnostischer Kriterien gerade in Grenzfällen häufig als nützliche Orientierungshilfe, die nicht leichtfertig umgangen oder außer Kraft gesetzt werden sollte.

Mit vielerlei Vorbehalten gegen Psychopharmaka darf also im stationären Kontext gerechnet werden, auch wenn die Vorteile, die eine pharmakologische Medikation mit sich bringen kann, nicht von der Hand zu weisen sind (► für eine summarische Aufzählung die nachfolgende Übersicht). Und im Einzelfall mögen diese Vorbehalte auch durchaus gerechtfertigt sein. Vor allem aber sollte der Einsatz von Psychopharmaka im stationären Kontext nicht gedankenlos und quasi »flächendeckend« erfolgen, gehört er doch oft zu den üblichen Ritualen einer Einrichtung. Nicht umsonst gilt das »ut aliquid fiat« (»damit irgendetwas geschehe«) zu den geheiligten Prinzipien in der Medizin – und was soll

man tun, wenn einem sonst nichts mehr einfällt, der Patient aber Handlung erwartet?

### Vorteile einer Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka

(mod. nach Himmighofen 2009)

1. Besserung des Befindens durch Psychopharmakagabe
2. Psychopharmaka können die Ansprechbarkeit auf Psychotherapie erhöhen
3. Durch medikamentöse Therapie können das Selbstwertgefühl eines Patienten und die Akzeptanz von Psychotherapie erhöht werden
4. Das Sich-Einlassen auf eine therapeutische Beziehung kann erleichtert werden
5. Autonome Ich-Funktionen (z. B. Konzentration und Merkfähigkeit) können gestärkt werden als zusätzliche Ressourcen für eine Psychotherapie
6. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen erlauben Einblicke in das psychische Funktionieren eines Patienten
7. Phasen der Unterbrechung einer Psychotherapie können durch Psychopharmaka überbrückt werden
8. Psychotherapie kann die Akzeptanz eines Medikamentes (d. h. die Adhärenz eines Patienten diesbezüglich) verbessern und damit der Rückfallprophylaxe dienen

Andererseits darf heute als erwiesen gelten, dass dem Einsatz von Psychopharmaka bei schwereren Formen von Depression und Zwangserkrankungen (von den verschiedenen Spielarten psychotischer Störungen ganz zu schweigen) oder in Fällen von Psychotherapieresistenz aus unterschiedlichen Gründen durchaus ein definierbarer Nutzen zukommt; entsprechende Leitlinien der AWMF oder DGPPN geben Auskunft über den jeweiligen Evidenzgrad und leichtfertig sollte man sich nicht darüber hinwegsetzen. Die Definition von »Nutzen« hängt natürlich entscheidend vom jeweiligen Vorverständnis ab. Werden

z. B. auch psychotische Symptome wie Halluzinationen oder ein Wahn vornehmlich als Abwehr verstanden (und wird damit die Abwehr eines Patienten durch Psychopharmaka gewissermaßen »unterlaufen«), fällt die Bewertung völlig anders aus als bei der Annahme eines Zustandes der Reizüberflutung vor dem Hintergrund einer defizitären Informationsverarbeitung (► zu dieser Diskussion auch Münch 2016).

Zum einen ist es also der theoretische Bezugsrahmen, der darüber entscheidet, ob und wann Psychopharmaka als sinnvolle Ergänzung im Gesamtbehandlungsplan angesehen werden oder eben auch nicht. Küchenhoff (2016, S. 13 ff.) verweist in diesem Zusammenhang auf eine Veränderung des »*psychotherapeutischen Diskurses*«, der ein »*medizinischer*« würde, wenn der Arzt beginne zu »*verordnen*«. Denn dies könne er nur vor dem Hintergrund medizinischen Fachwissens (das der Patient naturgemäß nicht hat). Der Psychotherapeut, dessen Rolle ja primär auf das Verstehen des vom Patienten »*vermittelten*« Wissens abziele, würde so zum »*wissenden Arzt*«, der unter Hintanstellung von Subjektivität und Intersubjektivität den Patienten und dessen Symptomatik durch Verordnung gewissermaßen zum Objekt seines Wissens macht. Und wer wollte bezweifeln, dass ein solcher »Diskurswechsel« vielerlei Fantasien aufseiten des Patienten bedingen bzw. immense Auswirkungen auf die Übertragung seiner Beziehungs- und Konflikt dispositionen zeitigen kann? Dass im Gegenzug in kritischen Momenten emotionaler Zuspitzung dann die Gabe von Medikamenten zum schlichten Ausdruck von Gegenübertragungswiderständen auf der Seite eines verunsicherten Arztes mutieren könnte, ist auch nicht von der Hand zu weisen.

Legt man einen bio-psycho-sozialen Ansatz zugrunde, dürfte eigentlich nichts Grundsätzliches gegen eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie sprechen. Trotzdem

ergeben sich im praktischen Alltag in einzelnen Fällen immer wieder eine Reihe von neu zu überdenkenden Fragen. Zu komplex sind die Interaktionen zwischen Pharmakologie und Psychotherapie, als dass eine Kombination leichtfertig als Allheilmittel für jeden Fall empfohlen werden könnte. Auch wenn der Platz für eine umfangreiche Diskussion der damit aufgeworfenen Fragen hier nicht gegeben ist, soll doch auf die wichtigsten Aspekte kurz eingegangen werden. Für eine detaillierte Diskussion empfehlen wir die Lektüre einschlägiger Monografien bzw. Artikel (► vor allem Küchenhoff 2016 oder z. B. auch Thase & Jindal 2013).

## 27.2 Wenn Psychotherapie und Psychopharmakologie kombiniert werden: Die Forschungslage

Viele der heute gängigen Psychotherapieverfahren bzw. therapeutischen Methoden sind empirisch gut bis sehr gut untersucht, dies nicht nur im Hinblick auf Outcome und Effektivitätsstärken, sondern auch bezüglich der zugrunde liegenden Prozesse. Das von Lambert herausgegebene »Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation« (2013) gibt einen hervorragenden Überblick über eine Vielzahl von Studien, die diesbezüglich in den letzten Jahren und Jahrzehnten veröffentlicht worden sind. Gleiches gilt für die Psychopharmakologie, werden Medikamente in der Regel doch nur nach aufwendigen Prüfverfahren von den zuständigen Behörden zugelassen. Empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit der Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakologie finden sich im Vergleich dazu deutlich weniger, was möglicherweise v. a. mit methodischen Problemen und Schwierigkeiten zu tun haben könnte, die mit der systematischen Erforschung von Kombinationsbehandlungen verbunden sind (Thase & Jindal 2013).

Thase und Jindal (2013) kommen in ihrer Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass Kombinationsbehandlungen bei einigen Krankheitsbildern, und insbesondere bei größerer Krankheitsschwere, einer jeweiligen Monotherapie durchaus überlegen sein können, auch wenn sich diese Überlegenheit dann häufig nur in relativ kleinen Margen von lediglich 10–20 % besserer Behandlungsergebnisse niederschlägt. Beim Blick auf die Effektstärken dürfte es sich bei diesen »integrierten Behandlungen« deswegen in den seltensten Fällen um »additive Effekte« ( $4+4=8$ ) handeln und schon gar nicht um »Synergieeffekte« ( $4+4=10$ ), sondern eher um moderate Verbesserungen der Gesamtwirksamkeit. Nach Meinung von Thase & Jindal (2013) spielt bei der Untersuchung dieser Effekte auch das jeweilige Studiendesign eine erhebliche Rolle, vor allem die verschiedenen Bedingungen, denen eine jeweilige Kontrollgruppe unterworfen wurde (Monotherapie oder eben auch gar keine Therapie etc.). Andererseits würden Placeboeffekte den »wirklichen« Unterschied zwischen Monotherapie und einer Kombination systematisch vermindern, da diese Effekte ja jeder Form von Psychotherapie bzw. Psychopharmakologie auch einzeln zukommen würden, sich aber nicht einfach aufaddieren lassen, wenn beide Ansätze miteinander kombiniert werden. Spontanremissionen wie auch Ceilingeffekte vermindern die Effektstärken von Kombinationsbehandlungen zusätzlich: Ist nämlich erst einmal eine gewisse Wirkung im Sinne einer Symptombesserung erreicht, verschlechtert sich schon rein mathematisch die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Verbesserung.

In der eher kritischen Bewertung der Forschungslage gilt es auch zu bedenken, dass die vorliegenden empirischen Studien vornehmlich Behandlungen im ambulanten Setting abbilden und deren Ergebnisse nur mit großer Vorsicht auf den stationären Bereich

übertragen werden sollten: Da bei einigen Psychopharmaka mit einer erheblichen Wirklatenz (z. T. von mehreren Wochen) zu rechnen sei, dürfte die zeitliche Limitierung der stationären Therapie eine beträchtliche Einschränkung des therapeutischen Spielraums darstellen. Psychopharmaka können im stationären Setting aufgrund der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit in der Regel nicht probatorisch verordnet werden, weswegen kompliziertere Umstellungen oder Neueinstellungen u. E. oftmals dem ambulanten Bereich vorbehalten bleiben.

Im Hinblick auf einzelne Krankheits- und Störungsbilder kommen Thase und Jindal (2013) zu dem Schluss, dass Kombinationsbehandlungen z. B. bei mildereren Formen von Angst- und Panikstörungen nur einen eher relativen Nutzen aufweisen, weswegen Kombinationen von Psychotherapie mit Antidepressiva (als der bei Angst vorzugsweise verordneten Stoffgruppe), vor allem aber auch mit Benzodiazepinen, vornehmlich nur in schweren bis schwersten Fällen Anwendung finden sollten (Schauenburg 2012). Besonders der Einsatz von Benzodiazepinen wird dabei kritisch gesehen und dies nicht nur wegen der unabwiesbaren Gefahr der Abhängigkeit. Da Benzodiazepine vornehmlich auch die vegetativen Begleiterscheinungen einer Angststörung dämpfen und damit vegetative Angstäquivalente spürbar mildern, konfliktieren sie in der Tat mit der für die Behandlung von Angststörungen vielfach unverzichtbaren Strategie der Exposition und der darin körperlich gespürten Angst bzw. deren Abnahme bei Verweilen in der auslösenden Situation. Aus psychodynamischer Sicht könnte kritisch ergänzt werden, dass Angstpatienten auf ihrer Suche nach »steuernden Objekten« (König 1986) Medikamente häufig gerade in dieser Funktion instrumentalisieren und damit am Ende dem Medikament bessere Steuerungsfunktionen zutrauen als sich selbst.

Ähnlich differenziert bis widersprüchlich stellt sich die Studienlage bei den verschiedenen Arten depressiver Störungsbilder dar, denn auch hier ist der Einsatz einer Kombinationstherapie vor allem bei schwereren Formen einer Depression bzw. bei Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen einer Monotherapie im Zweifel überlegen. Bedenklich stimmen dagegen die Zahlen von Patienten, die bei moderateren Formen einer depressiven Störung bzw. bei leichten depressiven Episoden medikamentös behandelt werden müssten, um überhaupt eine über ein Placebo hinausgehende Wirkung zu erzielen. Die Ergebnisse, die kritische Untersuchungen in diesem Zusammenhang gezeigt haben, lassen den vielfach geradezu flächendeckenden Einsatz dieser Medikamente im kassenärztlichen Alltag (und deren Fortschreibung im stationären Setting) als wenig zweckmäßig erscheinen (Kirsch et al. 2008).

Die Forschungslage kann u.E. ansonsten dahingehend zusammengefasst werden, dass der potenzielle Nutzen einer Kombinationstherapie bei den mehr oder weniger »typisch neurotischen« Störungsbildern in hohem Maße von der Krankheitsschwere abhängt, der alleinige Einsatz von Psychotherapie bei psychotischen Störungsbildern bzw. den verschiedenen Spielarten der bipolaren Störung jedoch, zumindest ab einem gewissen Schweregrad, als ausgesprochen kritisch bewertet und in einigen Fällen als ein Behandlungsfehler angesehen werden muss. Unabhängig davon sollten Patienten immer sehr sorgfältig über den potenziell beträchtlichen und z.T. auch präventiven Nutzen einer entsprechenden Medikation aufgeklärt werden (► Fallbeispiel Herbert M.).

### Fallbeispiel

#### Herbert M.: Schädigung durch Selbstbestimmung?

Bei Herbert M. handelte es sich um einen 49-jährigen Entwicklungsingenieur, dem die Technische Leitung einer mittelständischen Firma übertragen worden war und der in der Geschäftsführung dieser Firma wichtige Funktionen übernommen hatte: die Verbesserung der Qualität der Produkte, die Optimierung von Produktionsweisen und -prozessen etc. Anlässlich der Ausgründung einer größeren Abteilung dieser Firma, der dazu notwendigen Beschaffung finanzieller Mittel und erheblicher Auseinandersetzungen mit dem Betriebsrat wie auch mit Mitarbeitern dekomensierte Herbert M. innerhalb weniger Tage, mehr oder weniger das Vollbild einer agitierten Depression entwickelnd, mit rapide zunehmenden Ängsten, sich etwas antun zu müssen. Unterstützt durch seine ebenfalls hochgradig beunruhigte Ehefrau begab sich Herbert M. dann für einige Tage auf eine geschützte (geschlossene) Station eines psychiatrischen Klinikums, in der ihm im Hinblick auf seine narzisstische Vulnerabilität, seine Tendenz zur Verunsicherung im Selbstgefühl und Selbstwertgefühl und wegen seiner offenbar begrenzten Beziehungsfähigkeit eine stationäre Psychotherapie angeraten worden war. Innerhalb derer sollte dann auch die endgültige medikamentöse Einstellung erfolgen.

Differenzialdiagnostisch wurde sein depressiver Einbruch in Verbindung mit Phasen übersteigter Leistungsfähigkeit und des Gefühls von »Grandiosität« und »Machbarkeit« als Hinweis auf eine bipolare depressive Störung gewertet. Im Rahmen der stationären Psychotherapie, die von Herrn M. zunächst auch aufgrund stützender Rückmeldungen von Mitpatienten als ausgesprochen hilfreich erlebt wurde, wurde ihm dann auch eine psychopharmakologische Mitbehandlung der vermutlich bestehenden bipolaren Störung nahegelegt, was aber bei Herrn M. auch vor dem Hintergrund der schnellen Besserung seiner depressiven Symptome auf Ablehnung stieß. Er verließ die stationäre Therapie trotz einer mit ihm verabredeten Be-



handlungsdauer von etwa sechs bis acht Wochen nach drei Wochen vorzeitig und gegen ärztlichen Rat, im Gefühl, dass »jetzt alles wieder gut« wäre. Seine Vorbehalte gegenüber Medikamenten konnte und wollte er zu diesem Zeitpunkt nicht genauer präzisieren.

Etwa vier Monate später erfolgte dann ein Anruf aus der ihn zuvor schon psychiatrisch behandelnden Station: Herr M. sei in einem psychosenahen Ausnahmezustand eingeliefert worden. Man behandle ihn nun seit einigen Tagen antidepressiv und neuroleptisch, wobei sich der Erfolg nur sehr zögerlich einstelle. Ob man nicht die Behandlungsunterlagen zugesandt haben könnte? Eine Entbindung von der Schweigepflicht läge vor.

In einem dann Wochen später durchgeführten ambulanten Gespräch im Hinblick auf eine erneute stationäre psychotherapeutische Behandlung konnte mit Herbert M. besprochen werden, warum die zur Stabilisierung und Sekundärprävention eigentlich unverzichtbaren Medikamente von ihm abgelehnt worden waren: »Alte Bilder« seien wieder hochgekommen, denn als kleiner Junge habe er seinen Vater kurz vor dessen Suizid im psychiatrischen Krankenhaus besuchen dürfen. Er sei damals fürchterlich erschrocken gewesen über die Regungs- und Bewegungslosigkeit des von ihm einst so bewunderten Vaters, der nicht nur fast kein Wort mit ihm habe sprechen können, sondern der völlig anteils- und teilnahmslos in einer Ecke des Zimmers gesessen hätte, mehr oder weniger unfähig zu jeglicher Art von Kommunikation.

»So zu enden wie der Vater« hätte er als eine schreckliche Vorstellung empfunden und Medikamente bzw. die Einnahme von Medikamenten als einen weiteren Schritt in diese Richtung. Es müsse doch »auch so gehen«, hätte er sich vorgenommen, und deswegen die Medikamente abgelehnt.

### 27.3 Zur Wirkung von Psychopharmaka: Alles nur eine Frage der Einstellung?

Psychopharmaka setzen in ihren physiologischen Wirkungen naturgemäß zunächst »nur« an Symptomen, nicht aber an den Ursachen einer Erkrankung an, deren physiologische Korrelate bei den großen Krankheitsgruppen der Depressionen und Angststörungen ja nach wie vor wissenschaftlich nicht abschließend geklärt sind. Vorstellungen über die Wirkweise von Psychopharmaka reichen in der Regel bis zu den Rezeptoren an der Außenwand der Zelle und implizieren recht »grobe« Bilder, wie die der Erhöhung einer Transmitter-Konzentration innerhalb der Synapsen. Was aber nach dem Rezeptor (gewissermaßen auf der Innenseite der Zelle) dann genau passiert und in welchem Verhältnis dieses intrazelluläre Geschehen dann zu den – vielfach noch nicht bekannten – Krankheitsursachen steht, ist häufig nur Gegenstand grober Spekulationen (und dies nicht nur beim einzelnen, verschreibenden Arzt).

Entsprechend vorsichtig sollten Patienten in diesen Bereichen also auch »aufgeklärt« werden, denn der sogenannte »Fachmann« oder die »Fachfrau« haben selbst diesbezüglich nur ein sehr begrenztes Wissen. Der Hinweis auf ein bio-psycho-soziales Gesamtgeschehen mag zunächst einen rhetorischen Ausweg bieten, solange man sich nicht verleiten lässt, sich auf bestimmte Krankheitsursachen zu eindeutig festzulegen.

Keinerlei Veranlassung besteht jedoch, eine Verbesserung auf der Symptomebene als weniger wertvoll zu bewerten als die Erreichung vermeintlich höherwertiger Therapieziele, wie die Verbesserung von Einsichts- und Reflexionsfähigkeiten, die Veränderung maladaptiver Muster der Abwehr bzw. Bewältigung oder die Meisterung innerpsychischer

bzw. zwischenmenschlicher Konflikte etc. Aus einer praktisch-therapeutischen Perspektive macht es ohnehin wenig Sinn, Krankheitsursachen und Symptome einseitig auf psychologische oder physiologische Faktoren zu reduzieren, zumal Symptome ab einem gewissen Schweregrad dann in einer Art Kreisprozess zur Ursache weiterer Konflikte und Probleme bzw. einer krankhaften Verarbeitung derselben werden: Bedingt eine schwerere Symptomatik erhebliche Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung bzw. -gestaltung, bleiben Frustrationserlebnisse und nachfolgend darauf bezogene Konflikte in der Selbst- und Beziehungsregulation nicht aus. Frustration und die damit korrelierende Frustrationsaggressivität bewirken immer auch eine Form der sekundären Aggressivierung (Mentzos 2013) und damit in der Regel eine Verschärfung der Problematik bzw. zu meist eine weitere Verschlechterung der Symptomatik. Die Besserung einer Symptomatik kann manchmal auch die notwendige Voraussetzung dafür sein, dass ein Patient überhaupt von Psychotherapie adäquat profitieren kann. Als Therapieziel einer psychopharmakologischen Mitbehandlung sollte sie deswegen also keineswegs entwertet werden.

Auch wenn sich bezüglich der Wirkweise erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Stoffgruppen finden lassen (je nachdem, welcher Transmitter bzw. welcher Rezeptortyp hauptsächlich betroffen ist), erweist sich die Einstellung eines Patienten wie auch die seines Arztes bezüglich einer Einnahme als ganz entscheidend für die Wirkung bzw. Wirksamkeit eines Psychopharmakons. Diese kann nicht auf neuro-biologische Effekte reduziert werden, sondern ist immer auch an die Bedeutung gekoppelt, die Arzt und Patient einem Medikament zukommen lassen, »sonst gäbe es keine Placebowirkung« (Küchenhoff 2016, S. 16). Nicht umsonst weiß der Volksmund, dass der Glaube »Berge verset-

zen« kann. Andererseits finden sich auch aufseiten eines Patienten oft Vorbehalte und Widerstände gegen Psychopharmaka, nicht zuletzt die Angst vor dem Umstand, ohne »Chemie« nicht mehr allein zurechtzukommen und damit vor dem impliziten Eingeständnis, »wirklich psychisch krank« zu sein.

Selbst wenn Patienten also von einem Pharmakon nicht im engeren Sinne körperlich abhängig werden, so kann sich aber subjektiv dennoch ein starkes Gefühl der Abhängigkeit entwickeln, was im Einzelfall vorbestehende Konflikte im Hinblick auf Selbstgefühl, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit erheblich verstärken dürfte. In einem entsprechenden Text (»Vorbehalte gegen Antidepressiva«) weist auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2017) auf solche Widerstände hin, die sich naturgemäß ebenso auf die Einnahme anderer Psychopharmaka beziehen können. Zudem werden in der Presse, dem Fernsehen bzw. den heute gängigen sozialen Medien vielfach problematische Erfahrungen im Hinblick auf die Einnahme von Psychopharmaka mitgeteilt und ausgetauscht. Ungefilterte Informationen bieten die Grundlage für alle möglichen Fantasien und Ängste aufseiten eines individuellen Patienten.

Somit stellt das ausführliche Gespräch über die tatsächlichen Wirkweisen und die jeweilige Wahrscheinlichkeit einer positiven Wirkung eines Medikamentes eine »Conditio sine qua non« dar. Eine realistische Aufklärung und eine gemeinsame Reflexion dessen, was ein Medikament in der Arzt-Patient-Beziehung bzw. für den weiteren Behandlungsverlauf bedeutet, kann erheblich zu einem stabilen Arbeitsbündnis beitragen. Dies gilt im Besonderen für den Fall, sollte der Patient nicht nur Vorbehalte gegen ein Medikament haben, sondern sich darin Vorbehalte gegen den Therapeuten selbst verbergen, also ent-

sprechende Konstellationen im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen widerspiegeln. Dann kann die Einnahme von Medikamenten wie auch deren Nicht-Einnahme wichtige Funktionen in der Beziehungsregulation übernehmen und z.B. Ausdruck von Widerstand und Autonomiebedürfnissen sein. Andererseits können sich Patienten natürlich auch zu einer Medikamenteneinnahme überreden lassen, um dem Arzt bzw. der Institution gegenüber Loyalität oder auch Anpassungsbereitschaft (um nicht zu sagen Unterwerfung) zu demonstrieren.

Patienten können in der Einnahme von Psychopharmaka auch den Beweis sehen, »nicht mehr normal« zu sein, und die Notwendigkeit, Psychopharmaka einzunehmen, als einen weiteren kränkenden Kontrollverlust erleben. Dieser Vorbehalt wie auch die diffuse Angst vor einer (weiteren) »Beeinflussung von außen« und damit vollends nicht mehr Herr im eigenen seelischen Hause zu sein erscheinen psychologisch leicht nachvollziehbar, denn mit der Verschreibung von Psychopharmaka bzw. deren Einnahme geht ja in jedem Fall eine gewisse »Ich-Einschränkung« einher. Die Steuerungsfähigkeiten des Ich werden tatsächlich chemisch beeinflusst, sei dies im Sinne einer Dämpfung oder einer Stimmungsanhebung, einer Antriebsminderung oder Antriebssteigerung, von den vielen anderen als mehr oder weniger drohend empfundenen Nebenwirkungen ellenlanger Beipackzettel einmal ganz abgesehen. Vielfach sind es auch nur die Angst vor einer Abhängigkeit und die Vorstellung, nachher nicht mehr ohne Medikamente leben zu können, die Patienten zurückschrecken lassen.

Nebenwirkungen werden im Übrigen vor allem dann als besonders schmerzlich empfunden bzw. antizipiert, wenn sie persönlich wichtige Bereiche der vegetativen Funktionen und damit des Funktionierens betreffen, wie z.B. eine signifikante Gewichtszunahme oder

sexuelle Funktionsstörungen. Beides kann ebenfalls je nach Lebenssituation, Alter und individueller Konflikt disposition erheblich auf das Selbstgefühl, das Gefühl von Autonomie und Kontrolle bzw. auf andere Dimensionen der Befindlichkeit eines Patienten zurückwirken. Andererseits wäre der verschreibende Arzt schlecht beraten, diese Nebenwirkungen herunterzuspielen bzw. kleinzureden. Denn treten Nebenwirkungen dann tatsächlich zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf einer Behandlung auf und werden sie vom Patienten mit der Einnahme eines Medikaments in Verbindung gebracht, sinkt die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Einnahme erheblich.

Ein problematisches Stichwort ist in diesem Zusammenhang unserer Ansicht nach der Begriff der »Compliance«. Im klinischen Alltag empfiehlt es sich, allenfalls von einer »medikamentenbezogenen Compliance« zu sprechen. Dies dürfte allerdings ebenfalls keine neutrale Formulierung darstellen, denn der Begriff der Compliance wird u.E. zu einseitig und durchaus auch wertend eingesetzt. Es haftet ihm das Odium der Unterwerfung unter eine eher paternalistische Form der Verschreibung an. In der medizinischen Praxis entspricht er jedenfalls nicht unbedingt dem Geist der freien Entscheidung eines »auf Augenhöhe« mitdenkenden und mitentscheidenden Patienten. Unabhängig von der Art der Information, die dieser Entscheidung vorausgeht (also ob eher von Aufklärung, Informed Consent oder Dialog die Rede ist), hat sich heute der Prozess der sog. »shared decision«, also der partizipativen Entscheidungsfindung, als zielführend erwiesen (Bieber et al. 2016). Soweit es um die Beibehaltung einer Medikation über einen längeren Zeitraum geht, wäre möglicherweise der Begriff der medikamentenbezogenen Adhärenz vorzuziehen. Er repräsentiert u.E. eine weitreichend am Patienten und seinen Interessen orientierte und eine die Arzt-Patient-Bezie-

hung reflektierende Situation bzw. betont die prinzipiell gleiche Augenhöhe der beiden bei der Entscheidungsfindung beteiligten Protagonisten trotz unterschiedlichen Kenntnisstandes.

## 27.4 Wann sollten Psychopharmaka überhaupt gegeben werden?

Ob ein Psychopharmakon zum Einsatz kommt oder nicht, mag im individuellen Fall auch für den Arzt eine schwierige Entscheidung bzw. einen Zielkonflikt bedeuten. In Bezug auf die subjektiv erlebte Selbstwirksamkeit signalisieren Psychopharmaka dem Arzt (und dem Patienten) die nur relative Wirkung einer Psychotherapie (und damit scheinbar eben auch eigenes oder fremdes »Versagen«). Für einen Patienten bedeuten sie immer mehr oder weniger, dass ihnen *mit* chemischer Unterstützung mehr Therapiefortschritte zuge-  
traut werden als *ohne*.

Entscheidend dürfte also für die Differenzialindikation bzw. die Einschätzung der Sinnhaftigkeit einer psychopharmakologischen Medikation sein, ob das Medikament eher einem progressiven Zweck dient oder eben nicht: Progressiv heißt in diesem Zusammenhang, das Medikament sollte dem Patienten dazu verhelfen, von einer Psychotherapie besser zu profitieren als ohne und damit zusätzliche Schritte ermöglichen, die aus den krankheitsbedingten Einschränkungen und Steuerungsdefiziten herausführen. Wenn Patienten mit einem Benzodiazepin-Präparat z. B. wieder arbeiten gehen können, das Haus wieder verlassen, sich wieder ihren alltäglichen Lebensaufgaben zuwenden, sich nicht mehr vernachlässigen bzw. Angstsituationen nicht mehr vermeiden, mag ein solches Medikament durchaus indiziert sein. Ein später dabei anzustrebendes Ausschleichen bzw. ein Entzug bleiben davon unbenommen. Die-

nen Medikamente regressiven Zwecken bzw. Scheinlösungen, dem sozialen Rückzug oder dem bloßen Unterdrücken von Symptomen, ohne dass gleichzeitig an deren Psychodynamik bzw. verhaltensmäßigen Hintergründen gearbeitet wird, sollte man mit einer Indikation vorsichtig sein.

Wie Medikamente auf individuelle Patienten wirken, kann nicht »generell« vorhergesagt werden, genauso wenig, wie welche (unbewusste) Bedeutung einer Verschreibung im Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen zukommen wird: Über den Inhalt einer Nachricht entscheidet bekanntlich immer der Empfänger, der im Fall des Medikaments zunächst ein sehr individueller Patient ist mit seinen individuellen Fantasien, Vorerfahrungen und letztlich auch physiologischen Voraussetzungen. Was das Medikament für diesen Patienten und für sein Erleben im Rahmen einer stationären Therapie bedeutet und ob dies dann im Sinne eines Placebo- oder Noceboeffektes wirksam wird (Häuser et al. 2012), kann allenfalls nachgefragt werden. Das setzt allerdings Interesse für dieses Erleben und Sensibilität diesbezüglich aufseiten der Behandler voraus. Erlebt der Patient Medikamente als ein Zeichen der Hilfestellung, hat dies völlig andere Konsequenzen für die Arzt-Patient-Beziehung und das Arbeitsbündnis, als wenn darin eine Art »Ultima Ratio« gespürt wird und damit der Ausdruck der Wirkungslosigkeit des Arztes oder des Psychotherapeuten, des Teams oder anderer Aspekte des therapeutischen Systems einer Klinik.

Wesentlich sind nicht zuletzt auch die subjektiven Vorerfahrungen mit einem oder mehreren Medikamenten, die immer eingebettet sind in eine bestimmte (affektive) Erlebnisqualität, häufig verbunden auch mit einer Geschichte, die der Patient zunächst sich selbst und dann aber auch anderen erzählt. Solche Narrative orientieren sich nicht an der

Rationalität pharmakologischen Denkens, sondern dienen als Rationalisierung, der Vermeidung kognitiver Dissonanz, der Minimierung möglicher Zwiespältigkeiten oder dazu, einem realen bzw. fantasierten Rechtfertigungsdruck entgegenzutreten. Damit ergibt sich eine manchmal vorübergehende, nichtsdestoweniger aber situativ wichtige Möglichkeit zur Beruhigung für einen betroffenen Patienten.

Im Hinblick auf die Wirkung, die ein Medikament dementsprechend »psychologisch« entfaltet, gilt es also nicht nur biologische Voraussetzungen und individuelle Eigenarten der Verstoffwechselung zu berücksichtigen, sondern vor allem auch die Persönlichkeitsstruktur eines Patienten, seine zentralen psychodynamisch wirksamen Konflikte wie auch seine Abwehr- und Bewältigungsmodalitäten. Sicher vorhersagen lassen sich Wirkungen damit leider nicht.

Besondere Bedeutung kommt den Psychopharmaka auch in Notfall- bzw. Krisensituationen zu, hier nicht zuletzt in suizidalen Krisen, in denen zwar immer auch die Indikation zu einem psychotherapeutisch ausgeordneten und auf die Stabilisierung des Patienten zielenden Gesprächs gegeben ist. Um aber überhaupt Stabilität und Gesprächsfähigkeit wiederherzustellen, ist die Gabe von Medikamenten manches Mal unerlässlich. Sie sollte dann, wie jede andere therapeutische Maßnahme im Falle von Suizidalität auch, stets die Grunderkrankung berücksichtigen, denn wichtig für die Abschätzung des Ausmaßes einer Gefährdung ist die differenzialdiagnostische Einschätzung, ob es sich um eine schwere depressive Episode oder um einen agitiert-depressiven Erregungszustand handelt, ob ein psychotisches Geschehen vorliegt oder andere Formen der Selbst- und Fremdgefährdung. Im Vordergrund stehen als kurzfristige Interventionsziele immer die Beruhigung, Deaktualisierung und Siche-

rung des betroffenen Patienten. Hier ist die zügige und ausreichend hoch dosierte Gabe eines Medikaments oftmals unumgänglich.

Nicht selten kommt an dieser Stelle jedoch eine Diskussion oder zumindest die Ambivalenz auf, ob ein Medikament gerade in dieser Phase therapieschädlich sein oder ein Mitagieren der Behandler bedeuten könnte. Dies spiegelt dann eher die Schwierigkeit des Arztes bzw. des Teams wider, Situationen entsprechend Ihrer Akuität und Bedrohlichkeit einzuschätzen bzw. kritisch zu gewichten, häufig genug ein Gegenübertragungsproblem. Mögliche Fehleinschätzungen können dann u. U. gravierende forensische Konsequenzen haben.

In der Erkennung und Priorisierung der notwendigen Handlungsschritte ist unserer Erfahrung nach oft die Gabe eines schnell wirksamen Medikaments erforderlich, weswegen Benzodiazepin-Präparate mit raschem Wirkungseintritt in ausreichender Dosierung (z. B. Lorazepam) in der Regel bevorzugt eingesetzt werden sollten. Gleiches gilt cum grano salis für entsprechend stark wirksame Neuroleptika (eventuell in Kombination zu einem Benzodiazepin-Präparat). Dass dann nach Abklingen der Akutphase eine Erhaltungstherapie bzw. eine Langzeittherapie ggf. mit einem anderen Präparat bzw. einem Psychopharmakon aus einer anderen Stoffgruppe indiziert sein kann, steht auf einem anderen Blatt (sei dies Lithium oder Carbamazepin zur Phasen-Prophylaxe im Falle einer bipolaren Störung, seien dies selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder andere Antidepressiva bei Angsterkrankungen oder depressiven Störungsbildern).

## 27.5 Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker ...

... aber weiß der auch immer über die manchmal so selbstverständlich verschriebenen Medikamente wirklich Bescheid? Besondere Beachtung verdienen aufgrund der manchmal unsicheren Wirkung von Psychopharmaka, von Schmerzmitteln etc. vor allem deren unerwünschte Nebenwirkungen. Denn nicht nur aus juristischer Perspektive ist die Aufklärung darüber umso dringlicher geboten, je relativer sich der Nutzen eines Medikamentes erweist.

Wenn Patienten z.B. mit einem Antidepressivum in die stationäre Behandlung kommen (dies dürfte der bei Weitem häufigste Fall sein), darf keinesfalls vorausgesetzt werden, dass sie im Vorfeld adäquat über die kardiotoxischen Nebenwirkungen aufgeklärt worden sind. Da insbesondere bei älteren bzw. kardiologisch vorgeschädigten Patienten Komplikationen der Erregungsbildung bzw. der Erregungsrückbildung am Herzen auftreten können (häufig z.B. erkennbar an einer QT-Zeit-Verlängerung), gilt es nicht nur Aufklärung diesbezüglich nachzuholen, auch wenn das Medikament ohne Änderung der Dosis weiter verschrieben wird. Gerade bei dieser Klientel ist insbesondere auf eine entsprechend sorgfältige Vordiagnostik bzw. Anamnese zu achten. Bei Stoffwechselvorgeschädigten bzw. -labilisierten Patienten treten besonders häufig vegetative Komplikationen auf, so z.B. bei Patienten mit Diabetes mellitus oder Magersucht – Patientengruppen, die in den seltensten Fällen über eine stabile Stoffwechsellage verfügen. Bei diesen Patienten versteht sich die Anordnung eines dann besonders sorgfältigen Monitorings eigentlich von selbst: Neben einem regelmäßigen Blutbild sollte auch mindestens alle vier Wo-

chen ein EKG befundet bzw. eine entsprechende Empfehlung im Arztbrief mitgeteilt werden. Die Risiken werden sich, sollte es zur Gabe bzw. Verschreibung einer Kombination verschiedener Psychopharmaka kommen, entsprechend summieren bzw. potenzieren.

Unerwünschte Nebenwirkungen ergeben sich auch bei der Behandlung mit Neuroleptika insbesondere im Hinblick auf anticholinerge Effekte (so z.B. Miktionsstörungen, Harnverhalt, ausgeprägte Obstipation und Gewichtszunahme sowie Hypotonie und orthostatische Dysregulation). Gewichtszunahmen bei Antipsychotika-Gabe sind ausgesprochen häufig: »Unter Langzeitbehandlung haben über 50% der Patienten Übergewicht mit einem BMI über 30kg/qm« (Benkert & Hippus 2017, S.328). Da auch das blutbildende System betroffen sein kann, in dem es zu Leukozytosen und zu Leukopenien, zu hämolytischen Anämien wie auch Thromboembolien kommen kann, kommt »der Auswahl des geeigneten Antipsychotikums und regelmäßigen Gewichtskontrollen« eine besondere Bedeutung zu (Benkert & Hippus 2017, S.328). Die Gewichtszunahme kann sich leicht zu einem Metabolischen Syndrom ausweiten mit entsprechender Zunahme des Bauchumfangs, der Erhöhung der Nüchtern-Glucose bei gleichzeitiger Verminderung des HDL-Cholesterins und dann entsprechenden Risiken für die Entwicklung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung. Gerade aufgrund der Gewichtszunahme leidet die Bereitschaft von Patienten erheblich, diesen Medikamententypus einzunehmen – mit weitreichender Konsequenz für die therapeutische Beziehung (auch über den unmittelbar verschreibenden Arzt hinaus) bzw. für die anzustrebende medikamentenbezogenen Adhärenz (► S.421). Dies betrifft besonders die Gruppe der typischen und atypischen Neuroleptika. Hinzu kommen in diesem Zusammenhang auch unerwünschte neurologische, meist extrapyramidalmotori-



sche Störungen im Sinne einer Früh- oder Spätdyskinesie bzw. eines Parkinsonoids als langfristige und häufig nur schwer reversible Nebenwirkungen.

Die Gruppe der Anxiolytika (und hier allem voran die der Benzodiazepine) bedarf besonderer Beachtung, da Patienten auch mit diesen Medikamenten vielfach schon in die Klinik kommen. Daneben werden auch Pregabalin sowie  $\beta$ -Rezeptoren-Blocker gerne mit ihren anxiolytischen Funktionen (Letztere insbesondere zur Prävention psychosozialer Stresssituationen) eingesetzt. Im Wirkspektrum der Anxiolytika, insbesondere der Benzodiazepine, ergänzen sich schlafinduzierende bzw. beruhigende mit antikonvulsiven und muskelrelaxierenden Aspekten. Diese Wirkungskombination zusammen mit dem relativ sicheren und je nach Medikament auch schnellen Wirkeintritt machen solche Psychopharmaka bei Haus- wie auch Fachärzten bzw. bei Patienten gleichermaßen beliebt (*»mother's little helper«*). Da mit ihnen in der Regel eine rasche Sedierung und Entspannung zu erzielen ist, *»ohne in niedrigen Dosierungen eine nennenswerte Schlafinduktion hervorzurufen«* (Benkert & Hippius 2017, S.483), werden gerade auch Benzodiazepine nach wie vor häufig indiziert.

Das Abhängigkeitsrisiko bei dieser Stoffgruppe ist allerdings sprichwörtlich (auch und gerade bei kurz wirksamen Benzodiazepin-Präparaten wie Lorazepam), wobei schon niedrigere Dosierungen (eine gewisse zeitliche Länge der Einnahme vorausgesetzt) im Sinne einer *»low-dose dependency«* zu substanzialen Abhängigkeiten führen können. Auch die Absetz-Problematik bei Benzodiazepin-Präparaten ist hinlänglich bekannt. Da sie via GABA-Rezeptoren dämpfend auf neuronale Strukturen wirken, muss eine Absetzung ausgesprochen kleinschrittig erfolgen, denn ansonsten ist immer mit stärkeren Rebound-Phänomenen bzw. Entzugssymptomen

zu rechnen. Durch den plötzlichen Wegfall der dämpfenden Wirkung reagieren zuvor gedämpfte neuronale Strukturen übererregbar und der Patient erleidet entsprechende Symptome (Unruhe, Angst, Schweißausbrüche, Herzrasen, Tremor etc.). In der Regel müssen Benzodiazepin-Präparate daher *»über Wochen«* abgesetzt werden: *»Die ersten 50 % einer Benzodiazepin-Dosis können nach längerer Einnahme relativ zügig, die nächsten 25 % dann deutlich langsamer und die letzten 25 % sehr langsam abgesetzt werden«* (Benkert & Hippius 2017, S.496), dies trotz deren guter Verträglichkeit und einer eigentlich recht hohen therapeutischen Breite. Vergiftungssymptome dürften deswegen bei Benzodiazepinen (im Gegensatz z.B. zu den Neuroleptika, bei denen die maligne neuroleptische Krise besonders gefürchtet ist) eher selten auftreten.

Ein erhebliches Risiko stellt die Entwicklung einer Abhängigkeit nicht nur bei Tranquilizern und Hypnotika dar, denn die missbräuchliche Anwendung von Medikamenten ohne psychotrope Wirkung, z.B. Laxanzien, Diuretika und peripher wirksame Schmerzmittel, sowie von Psychopharmaka ohne nachgewiesenes Suchtpotenzial, z.B. Antidepressiva, wird nach ICD-10 nicht als Abhängigkeit klassifiziert, sondern gesondert als *»Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen«* (F55). *»Der Missbrauch dieser Substanzen steht in der Regel in Zusammenhang mit somatoformen Störungen oder Essstörungen und fällt daher in den Bereich psychosomatischer Erkrankungen«* (DRV 2011). Die Grundhaltung hinter dieser Aussage mag auch der Anlass dafür sein, dass die Bedeutung des Missbrauchs, der u.E. häufig genug nahtlos übergeht in echte Abhängigkeit und Sucht, dazu führt, dass das Problem unterschätzt oder als nicht bedeutsam erachtet wird. Im Bereich der Essstörungen (z.B. bei restriktiven Formen der Anorexie oder der Bulimarexie), aber auch bei chronifizierten

Schmerzsyndromen, spielt dieser »Missbrauch« in der klinisch-stationären Psychotherapie jedenfalls eine bedeutende Rolle.

Die klinische Praxis beweist sowohl im Hinblick auf die teils jahrelange Verheimlichung als auch in Bezug auf die weitreichenden somatischen Folgen eines Substanzmissbrauchs die hohe Relevanz dieses Problems: Nicht nur dauert die Entwöhnung von diesen Medikamenten sehr lange, sie gelingt auch nur nach einem entsprechend sorgfältigen Motivationsaufbau. Die aus dem Circulus vitiosus entstandene Darmträgheit und u. U. eine Melanosis coli, bedingt durch Laxanzien, oder eine Nierenschädigung als Folge der langjährigen Einnahme von Diuretika und Schmerzmitteln, sind neben den jeweils aktuellen Entgleisungen der Elektrolyte von hoher therapeutischer und prognostischer Bedeutung.

## 27.6 Psychopharmaka bei älteren Patienten

Sehr unterschiedlich kann die »Informationsverarbeitung« im Rahmen des Arzt-Patienten-Dialogs auch in Abhängigkeit vom Alter des Patienten ausfallen, ist es doch nicht egal, ob ein adoleszenter Mensch oder ein älterer Mensch mit mehr Lebenserfahrung und/oder abgeklärterer Lebenseinstellung behandelt wird. Als adoleszenter oder junger, erwachsener Patient mit einem entsprechend hohen Sollwert für das Grundbedürfnis der Autonomie, der Selbstbestimmung bzw. der Lösung von Autoritätspersonen ist die »Anbindung« an ein (dann eben auch von einer Autoritätsperson verschriebenes) Medikament häufig ein erheblicher Konflikt im Hinblick auf dessen Bedürfnisse nach Freiheit und Selbstbestimmung. Ein älterer Mensch mag hingegen durch die Angewiesenheit auf ein oder mehrere Medikamente in seinem Selbst-

gefühl in anderer Weise besonders berührt sein: Im Erleben, den längsten und vielleicht besten Teil des Lebens hinter sich zu haben, können durch Medikamente Kränkungen und auch Ängste ausgelöst werden. Die Angewiesenheit auf Medikamente kann insbesondere bei Männern zu erheblichen Kränkungserlebnissen und entsprechenden Gegenreaktionen führen, wenn diese sich dadurch in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer männlichen Identität infrage gestellt fühlen. Nicht umsonst zielen Stereotype männlichen Verhaltens auf betonte Autonomie und Unabhängigkeit bzw. beinhalten neben »Schnellem-Auto-Fahren«, »Alkohol-Vertragen«, »Nicht-über-Gefühle-Reden« eben auch das »Schmerzen-Ertragen«.

Bei älteren Patienten bzw. solchen »in der zweiten Lebenshälfte« ist in besonderer Weise auch auf die Wirkungen und Nebenwirkungen (nicht zuletzt auch auf die Wechselwirkungen) von Psychopharmaka zu achten. Schon weil die biologischen Voraussetzungen völlig andere sind als in jüngeren Lebensphasen, kann davon ausgegangen werden, dass bezüglich Wirkungen und Wechselwirkungen eine erhöhte Empfindlichkeit gegeben ist, unabhängig davon, ob sich diese Empfindlichkeit pharmakodynamisch eher im cholinergen, noradrenergen, dopaminergen oder im serotonergen System auswirkt. Als weitere Einflussgrößen werden in diesem Zusammenhang ein geringeres Körpergewicht, die schlechtere zentrale Durchblutungssituation, ein vermindertes Herzzeitvolumen wie auch die Verminderung des Plasmaprotein-Gehalts und damit der Medikamentenbindung genannt. Körperliche Vorschäden an der Leber oder an den Nieren können ebenfalls zu erheblichen Unregelmäßigkeiten bzw. Abweichungen in der Verstoffwechselung und/oder im Elektrolythaushalt und damit konsekutiv zu unnormal hohen oder niedrigen Blutspiegeln von Medikamenten führen. Ergänzend sei an dieser Stelle auch auf die Bedeutung der

altersabhängig unterschiedlichen Raten der Metabolisierung (»fast or slow«) von Medikamenten hingewiesen (Lautenschlager et al. 2012; Schwab et al. 2002). Gerade bei den Antidepressiva und den unterschiedlich potenten Neuroleptika bzw. deren Kombination mit Medikamenten aus dem neurologischen und internistischen Spektrum können erhebliche Probleme auftreten, von einfachen Nebenwirkungen bis hin zu tödlichen Verläufen.

Bei den Nebenwirkungen ist ansonsten vor allem an kardiale Risiken zu denken (Tachykardien, Kollapsneigung, Erregungsleitungsstörungen etc.). Auf Stationen oder in Abteilungen, die speziell ältere Patienten behandeln, hat sich häufig ein probatorisches Absetzen von Medikamenten bewährt, insbesondere wenn Patienten mit zentral wirksamen Substanzen medikamentös übertensiv erschienen. Psychologisch gesehen scheint aber das Absetzen eines Medikaments – in der Regel ja in Unkenntnis der zur Verschreibung führenden Gedanken und Überlegungen eines anderen, zuvor verordnenden Arztes – schwieriger als eine Neuverschreibung. Vor allem die stationäre Behandlung bietet in diesem Zusammenhang ausreichend Gelegenheit und Sicherheit für einen solchen Versuch, weswegen diesbezüglich immer eine entsprechend gründliche Prüfung erfolgen bzw. besondere Aufmerksamkeit auf die Erhebung und Dokumentation z.B. von Medikamentenspiegeln und deren Wirkung gelegt werden sollte. Aufgrund der im Alter gegebenen Besonderheiten, vor allem der häufig erhöhten Empfindlichkeit bzw. Variabilität der biologischen Rahmenbedingungen, ist deswegen immer an eine etwas geringere Dosierung und ein langsames Aufdosieren zu denken bzw. an ein besonders sorgfältiges Monitoring der Wirkungen und Nebenwirkungen.

## 27.7 Medikamentöse Therapie bei Schmerzpatienten

Den Schmerzmitteln kommt in der stationären Psychotherapie erhebliche Bedeutung zu, gelten doch Analgetika traditionell als einer der wesentlichen Faktoren einer effektiven Schmerzbehandlung, auch wenn ihr Einsatz ebenfalls häufiger ausgesprochen irrational erfolgt. Meist bestimmen nämlich nicht die Schwere einer körperlichen Erkrankung, sondern der interaktionelle Druck eines Patienten bzw. die emotionale Disposition seines Behandlers sowie die affektiven Wechselwirkungen zwischen Patient und Behandler die Intensität des Schmerzmitteleinsatzes: Patienten mit depressiven- oder/und Angststörungen werden erfahrungsgemäß deutlich häufiger mit Opiaten behandelt als der Bevölkerungsdurchschnitt.

Auch die Sichtweise, dass Patienten mehr oder weniger ein Recht auf Schmerzfürsorge haben, hat zu einer stetigen Zunahme der Verschreibung auch stärkerer Analgetika beigetragen, ganz unabhängig davon, ob es sich um einen ambulanten oder stationären Kontext handelt, in dem diese Verschreibungen zunächst erfolgen.

Die Zahl der Schmerzpatienten mit schwerem Medikamentenmissbrauch und entsprechenden Nebenwirkungen hat sich daher in den letzten Jahren und Jahrzehnten, zumindest in Deutschland, massiv erhöht (► auch Glaeske 1999): Ein Drittel der dialysepflichtigen Niereninsuffizienzen ist auf Schmerzmittelgebrauch zurückzuführen; pro Jahr muss in Deutschland mit einigen Tausend Sterbefällen aufgrund medikamentenbedingter Blutungen gerechnet werden. In der Verschreibungspraxis bzw. bei der damit korrespondierenden Inanspruchnahme scheint dies jedoch keine wesentliche Rolle zu spielen (► Fallbeispiel Martha B.).

**Fallbeispiel****Martha B.: Helfen Opiate auch bei Fibromyalgie?**

Martha B., eine 55-jährige Bankangestellte, verhielt sich schon im Vorfeld der stationären Behandlung auffällig zurückhaltend: Bei einem Vortrag des abteilungsleitenden Arztes über »Chronische Schmerzen und deren Behandlungsmöglichkeiten« hatte sie diesen angesprochen, sich als letzte in die lange Reihe der Betroffenen stellend, die den Referenten nach dem Vortrag noch etwas Persönliches fragen wollten (und damit schon Zurückhaltung und Bescheidenheit andeutend, allerdings auch eine vergleichsweise »private« Zweiersituation schaffend).

Ihre Andeutungen bezüglich eines umfassenden, quälenden Körperschmerzes (»die Ärzte meinen, es ist Fibromyalgie«) führten zur Vereinbarung eines ambulanten Vorgesprächs, zu dem die Patientin allerdings erst Monate später erschien. Auch die vereinbarte stationäre Behandlung, die aufgrund der gleichzeitig bestehenden depressiven Einbrüche bis hin zu ernststen suizidalen Gedanken vereinbart worden war, wurde von ihr lange hinausgezögert. Dies, obwohl die ambulant durch einen Schmerztherapeuten schon länger verschriebenen 600 mg Tilidin keinen nennenswerten Erfolg erbracht hatten, abgesehen von Entzugssymptomen, welche die Patientin bei einem Auslassversuch rasch zu einer erneuten Einnahme veranlassten.

Erst im Verlauf der stationären Behandlung gelang dann kleinschrittig dieser Entzug, der mit einer ebenso kleinschrittigen Besserung der Schmerzsymptomatik einherging. Die dumpf-drückenden Schmerzen hatten ursprünglich eingesetzt, nachdem die Patientin eine Trennung vom langjährigen Partner hatte »kaum aushalten« können, den Schmerz der kränkenden Zurückweisung vor allem körperlich erlebend (Eisenberger et al. 2003). Gleichzeitig schien der immer stärker zunehmende Ganzkörperschmerz auch in Verbindung mit einer langjährigen Missbrauchssymptomatik zu stehen, »... hatte der Vater sie doch auch ganz genommen«, wie dies ihr Bezugstherapeut später for-

mulieren sollte. »Martha B. musste von mir immer wieder gebremst werden, was den Medikamentenentzug anging, ihr selbst konnte es gar nicht schnell genug gehen.«

Da sowohl die menschliche Bindungsmotivation als auch die Schmerzregulation physiologisch vor allem mithilfe von Endorphinen reguliert wird, führt die Behandlung einer vermeintlichen Fibromyalgie mit einem Opiat eben nicht nur zur Erhöhung der Schmerzschwelle, sondern auch zu einer medikamentös bedingten Beruhigung der Bindungsmotivation. Anstatt sich Hilfe bei ihrem sozialen Umfeld zu suchen oder z. B. eine Therapie zu beginnen, könnten Patienten durch die Behandlung mit Morphin(-analoga) – wie durchaus im Falle von Martha B. – versucht sein, sich verstärkt sozial zurückzuziehen und damit einer Chronifizierung ihrer vielfach eher somatoformen (als im engeren Sinne organisch bedingten) Schmerzstörungen Vorschub zu leisten. Der Verzicht auf die Schmerzmedikation kann dann durch die Eigen-dynamik, die gerade Opiate oder opiatanaloge Medikamente entfalten, größte Probleme aufwerfen, denen ambulant kaum beizukommen ist: Nicht nur ist in Bezug auf die Schmerzen zumindest vorübergehend mit einer Zunahme zu rechnen; das Aussetzen der Medikamente kann insbesondere depressive Verstimmungen bis hin zu Angstzuständen sowie andere eher körperlich empfundene Entzugssymptome auslösen.

Schmerzmedikamente können andererseits ein Schmerzgeschehen in vielfältiger Weise positiv beeinflussen, sei es, dass sie regional die Empfindlichkeit von Schmerzrezeptoren vermindern, sei es, dass sie entzündungshemmend wirken, Durchblutungssituationen verbessern, Verkrampfungen lösen oder Einfluss nehmen auf die zentrale Verarbeitung eines Schmerzgeschehens. Analgetika gliedern sich auf in eine Vielzahl verschiedener Substanzklassen mit entsprechend unterschiedlichen Haupt- und Nebenwirkungen.

Entzündungshemmend wirken z. B. nicht-steroidale Antirheumatika wie Acetylsalicyl-

säure oder Diclofenac, daneben aber auch Cortison als entzündungshemmendes Glucocorticoid. Opiate verschiedener Stärken beeinflussen die zentrale Verarbeitung (auch durch die Unterstützung absteigender, hemmender Strukturen). Spasmolytika wie z. B. Metamizol entkrampfen die glatte Muskulatur, Nitrate und andere Substanzen können durch eine Durchblutungsverbesserung einer schmerzhaften Ischämie entgegenwirken etc.

Vier Behandlungsprinzipien ergänzen sich bei der medikamentösen Therapie und sollten bei der Verschreibung eines Medikamentes sorgfältig auseinandergehalten bzw. beachtet werden:

- Zum einen gilt es, den Schmerz als Symptom zu mindern, um dysfunktionale Teufelskreise zu unterbrechen.
- Zum anderen sollen Schmerzmedikamente möglichst an den Ursachen einer Schmerzproblematik ansetzen (= Schmerz-Mechanismus-orientierter Einsatz).
- Bei chronischen Schmerzerkrankungen sollte eine Medikation mit Analgetika immer zeitkontingent und nicht schmerzkontingent erfolgen.
- Es sollte ausgesprochen gründlich auf Neben- und Wechselwirkungen geachtet werden (**cave** z. B. bei einer Kombination aus Aspirin und SSRI aufgrund eines etwa siebenfach erhöhten Blutungsrisikos).

Eine medikamentöse Behandlung chronischer Schmerzen gehört nicht zuletzt aufgrund der nur schwer zu überschauenden Wirkmechanismen und der vielfältigen Wechselwirkungen, in die Analgetika mit anderen Medikamenten eintreten können, immer in die Hand eines diesbezüglich erfahrenen Arztes (abgesehen von Bagatellfällen, in denen möglicherweise eine kurzfristige probatorische Behandlungen gerechtfertigt sind).

Vor diesem Hintergrund ist das durch die WHO propagierte Stufenschema (WHO

1996; ► auch Grond & Lehmann 2002) eher vorsichtig zu bewerten. Dieses Schema sieht zunächst den Einsatz von nichtsteroidalen antirheumatisch wirksamen Medikamenten (NSRA, Stufe 1), dann den von schwach wirksamen Opioiden (Stufe 2) bzw. zuletzt den Einsatz von starken Opioiden (Stufe 3) vor. Ursprünglich als weltweit geltender Maßstab für die Behandlung von Tumorschmerzen entwickelt, hat dieses Schema bei vielen Behandlern zu einem eher unkritischen Einsatz schwächerer und stärkerer Opioide auch bei der Behandlung chronischer nicht-tumorbedingter Schmerzen geführt. Dadurch sind vielfach Abhängigkeitssyndrome erzeugt worden, ohne dass jedoch durch diesen Einsatz von Opioiden derartige Schmerzformen wirksam gemildert worden wären. Auch macht es keinerlei Sinn, einen neuropathischen Schmerz (bedingt durch eine Schädigung der Leitungsbahnen) wie einen nozizeptiven Schmerz (bedingt durch eine Gewebeschädigung) zu behandeln. Hier müsste vielmehr der Einsatz von Antikonvulsiva (z. B. Carbamazepin oder Pregabalin) geprüft werden, Medikamente, die übrigens wie die Antidepressiva im WHO-Schema eher als »adjuvante« Pharmaka abgehandelt werden und damit das Odium der bloßen »Unterstützung« mit sich führen.

Bei jeder Form der medikamentösen Analgesie sollten also vor allem die zugrunde liegenden Schmerzursachen und -mechanismen berücksichtigt werden.

## 27.8 Ab wann sollten Schlafstörungen medikamentös behandelt werden?

Schlafstörungen können sich als besonders quälend erweisen, vor allem für den Fall, dass sie durch zusätzliche Symptome wie z. B. nächtliche Schmerzen, Ängste oder ein Restless-Legs-Syndrom verkompliziert werden.

»Ideale Schlafmittel« (Benkert & Hippus 2017, S. 529) sind solche, die die normale Schlafarchitektur nicht beeinträchtigen, die nicht kumulieren und die auch nicht zu einer Toleranzentwicklung führen, die vor allem jedoch eine begrenzte Wirkdauer haben, so dass keine Überhangeffekte für den nächsten Tag zu erwarten sind. Denn Schlafmittel werden von Patienten vor allem dann abgelehnt, wenn sie deren Vigilanz am nächsten Tag noch nachhaltig beeinflussen und sie in ihren Leistungsmöglichkeiten einschränken.

Gerade aufgrund des vielfach gegebenen Abhängigkeitspotenzials sollten Schlafmittel nicht über längere Zeiträume verschrieben werden. Wir empfehlen im stationären Bereich eine Obergrenze von maximal etwa zwei Wochen. Unserer Meinung nach sollten vor dem Einsatz von Hypnotika zunächst physiologische Formen der Schlafhygiene Anwendung finden bzw. pflanzliche Beruhigungsmittel (Lavendel, Baldrian etc.) ausprobiert werden.

Hier bieten sich psychoedukativ orientierte Veranstaltungen für größere Patientengruppen durchaus an, da Schlaflosigkeit im Sinne von Ein- und Durchschlafstörungen für viele Patienten ein ernsthaftes Problem darstellt. Schon die Gruppensituation dürfte in diesem Zusammenhang für viele Patienten eine gewisse Entlastung darstellen, fühlt man sich doch mit dem Problem nicht mehr allein auf dieser Welt. Sport und Bewegung sind daneben unerlässliche Maßnahmen, um »physiologisch« Müdigkeit zu erzeugen.

Schlafhygienische Maßnahmen sollten sich im Übrigen auf das Herstellen einer adäquaten Umgebung, auf das Einüben von Schlafritualen und auf das Herstellen eines diesbezüglich individuellen Rhythmus beziehen. Der Mensch ist biologisch gesehen ein »Rhythmus-Tier«, das nicht nur allgemeinen, sondern auch individuellen zirkadianen Rhythmen unterliegt. Auch wenn es gilt, im Hinblick

auf Schlafstörungen jede Form von zwanghaftem Verhalten zu vermeiden (pünktliches Ins-Bett-Gehen zu der immer gleichen Uhrzeit, ohne jedoch müde zu sein), so sollte doch eine Orientierung an einem grundsätzlichen Schlaf-wach-Rhythmus erfolgen, d. h. zu einem möglichst gleichen (frühen) Zeitpunkt aufzustehen, am Tag z. B. nicht oder nur ausgesprochen kurz zu schlafen etc. Häufig ist es nicht die Angst vor dem Montag als belastendem Wiedereinstieg in eine Arbeitswoche, sondern schlicht der Umstand, sonntagmorgens lange geschlafen zu haben, was am Abend dann die Einschlafstörung bedingt. Das Krankenhaus selbst kann gerade zu Beginn einer stationären Behandlung als ungewohnte Umgebung Schlafstörungen in erheblicher Weise mitbedingen oder akzentuieren. Angesichts der Häufigkeit, mit der Schlafstörungen nicht nur in der Bevölkerung allgemein, sondern vor allem auch im stationären Klientel vorkommen, empfiehlt es sich, entsprechende Broschüren bzw. Informationsmaterial bereitzuhalten, damit Patienten ggf. auch schriftlich noch einmal nachlesen können, was ihnen tagsüber mündlich empfohlen wurde.

Der Einsatz von Hypnotika macht u. E. also erst dann Sinn, wenn zuvor die Ursachen der jeweils individuellen Schlafstörungen identifiziert und nach Möglichkeit beseitigt worden sind. Nicht nur die Erkrankung eines Patienten selbst kann mit Schlafstörungen einhergehen, was z. B. für depressive Störungen oder auch Angststörungen geradezu typisch ist. Zu nachhaltigen Schlafstörungen können auch physikalische Einflüsse (zu warme Raumtemperatur, hohe Geräuschpegel, mangelnde Dunkelheit etc.) beitragen. Auch die Tasse Kaffee direkt vor dem Zubettgehen oder eine zu üppige Abendmahlzeit können substanziell zu Schlafstörungen beitragen, wobei im Einzelfall immer noch zu entscheiden ist, ob es sich tatsächlich um eine



»Störung« des Schlafes im engeren Sinne handelt oder nur um eine Abweichung von den Vorstellungen, die ein Patient von seinem »gesunden Schlaf« hat. Diese Vorstellungen weichen manchmal in erheblicher Weise von dem ab, was tatsächlich von einem physiologisch normalen Schlaf zu erwarten ist: Acht Stunden durchschlafen, und dies von 22.00 Uhr bis 6.00 Uhr, entspricht eher einem normierten Industrie-Schlafverhalten als der tatsächlichen *conditio humana* (► diesbezüglich Zulley 2010).

## 27.9 Die Auswahl von Medikamenten

Bei der Auswahl eines Medikaments sind nach Möglichkeit nicht nur dessen Wirk- und Nebenwirkungsspektrum sowie dessen Pharmakokinetik und situative bzw. differenzialdiagnostische Aspekte zu berücksichtigen, sondern auch die Persönlichkeit eines Patienten sowie dessen besondere Lebens- und Versorgungsbedingungen nach Entlassung. Hier geht es neben der Einschätzung der Zuverlässigkeit einer Person im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme auch darum, wer ihr oder ihm diese Medikamente poststationär weiter verschreiben wird und mit welchen Einschätzungen bzw. auch Vorurteilen damit von dritter Seite möglicherweise zu rechnen ist. Das Ansetzen besonders teurer Präparate im stationären Setting (mit der Hoffnung auf besonders gute Wirksamkeit) macht erfahrungsgemäß wenig Sinn, muss doch jeder niedergelassene Kollege im Nachgang sein Budget im Hinblick auf Kosten und Nutzen sorgfältig abwägen, mit der Konsequenz, dass ein Fortschreiben teurer Präparate in vielen Fällen eher unwahrscheinlich ist. Ein poststationärer Präparatwechsel dürfte andererseits die meisten Patienten durchaus verunsichern, weswegen von Beginn an auch

wirtschaftliche Aspekte eines Präparates zu erwägen sind. Neben diesen ökonomischen Kriterien spielen auch individuelle Lebensumstände eine Rolle, z. B. die Entfernung zum Arbeitsplatz, die verkehrstechnischen Möglichkeiten, dorthin zu kommen, Schichtarbeit sowie andere Faktoren, die den Tag-Nacht-Rhythmus beeinflussen. Bei Psychopharmaka muss daher in besonderer Weise auf die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigenden Nebenwirkungen und auf deren zeitlich begrenzte Wirkdauer geachtet werden.

Nicht nur aufgrund wirtschaftlicher Vorteile, sondern auch wegen ihrer relativen Ungefährlichkeit sollten u.E. pflanzliche Präparate wie Johanniskraut, Lavendelöl oder Baldrian in ihren jeweiligen Darreichungsformen grundsätzlich nicht unterschätzt werden, sieht man einmal von Situationen ab, deren Dringlichkeit den Einsatz eines rasch und stark wirkenden Psychopharmakons gewissermaßen erzwingt. Klärt man den Patienten darüber auf, dass Naturheilkunde keinesfalls bedeutet, dass das Präparat keinen definierten Wirkstoff enthält (im Falle des Johanniskrauts z.B. Hypericin), und erläutert man ihm die physiologischen Eigenschaften dieser Inhaltsstoffe bzw. deren Wirkungen auf den Organismus (soweit diese bekannt sind), wird dieses Vorgehen beim Patienten eher den Eindruck einer wirksamen pharmakologischen Therapie vermitteln als ein beiläufiges »Hier haben wir was für Sie«. Insbesondere dann, wenn der Patient auf positive Vorerfahrungen mit pflanzlichen Präparaten zurückgreifen kann, ist mit einer positiven Wirkung bei einer nochmaligen Gabe im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung bzw. eines Feed-forward-Effektes zu rechnen. Gleiches gilt für die beruhigenden bzw. sedierenden Aspekte einer Aroma-Therapie, die Zubereitung bestimmter beruhigender bzw. Schlaf-anstoßender Tees etc.

## 27.10 Wer verordnet und wer im Team ist davon betroffen?

Die Letztverantwortung für jedwede Form pharmakologischer Verschreibung liegt eindeutig beim Arzt. Dieser Umstand darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch andere an der Behandlung beteiligte Berufsgruppen betroffen sind. Mitarbeiter aus dem Bereich der Spezialtherapien sollten zumindest grundsätzlich informiert sein über den Einsatz und die Wirkweise von Psychopharmaka oder von Schmerzmitteln bzw. deren mögliche Auswirkungen auf eine Teilnahme an den verschiedenen Varianten von Spezialtherapie. Vor allem sind es die psychologischen Psychotherapeuten und der Pflegedienst, die in ihren Rollen und Funktionen direkt oder indirekt beiliegen, wenn Medikamente, und hier vor allem Psychopharmaka, vom Arzt verordnet werden. Vorurteile gegenüber Psychopharmaka sind insbesondere bei nicht oder unzureichend ausgebildetem Personal durchaus häufiger anzutreffen; entsprechende Kommentare gegenüber dem Patienten können nicht immer verhindert werden. Man wolle doch den Patienten »pur« erleben und nicht beeinträchtigt durch alle möglichen Wirkungen und Wechselwirkungen »einer chemischen Keule« etc. Mag in solchen Fällen eine Überschätzung der Reichweite pflegerischer, spezial- oder auch psychotherapeutischer Interventionen vorliegen (und damit entsprechende Größen- bzw. Heilungsfantasien), so kann andererseits das Wissen über Psychopharmaka und deren Wirkungen auch als eine Art »Herrschaftsinstrument« durch den verschreibenden Arzt missbraucht werden. Es soll vorkommen, dass Ärzte sich von ihrem spezifisch medizinischen Wissen eine Art Vorsprung vor anderen Teammitgliedern erhoffen, implizit oder explizit auf die Besonderheit dieses Wissens verweisend. Nicht selten wird deswegen in

Teams das Thema der pharmakologischen Mitbehandlung zu einer Machtfrage umfunktioniert, womit dann verdeckte Beziehungskonflikte verhandelt bzw. reguliert werden: Nicht nur unreflektierte Ideologien bestimmen dann die Debatte, sondern auch die gegenwärtigen (Macht-)Positionen der jeweiligen Protagonisten im Team.

Da das Verschreiben von Medikamenten je nach Setting und institutioneller Aufgabenverteilung entweder von einem nur für die körperlichen Belange zuständigen Arzt, wahlweise aber auch von einem gleichzeitig für die Psychotherapie verantwortlichen Arzt vorgenommen werden kann, ergeben sich verschiedene Konstellationen, insbesondere dann, wenn sich hierarchische Aspekte mit diesen unterschiedlichen Konstellationen verbinden. Münch (2016) weist in diesem Zusammenhang sicher zu Recht darauf hin, dass eine Dreier-Konstellation (Patient, Medikamenteverschreibender Arzt und Psychotherapiedurchführender Therapeut) durchaus Vorteile bietet. Nicht nur können Arzt und Psychotherapeut in diesem Dreieck triangulierende Funktionen im Sinne eines Korrektivs wahrnehmen. Unseres Erachtens werden gleichzeitig beide auch entlastet, da es angesichts des medizinischen und damit eben auch des pharmakologischen Fortschritts ausgesprochen schwierig sein dürfte, in beiden Gebieten – Psychotherapie und Psychopharmakologie – immer auf der Höhe der Zeit zu sein. Nachteile ergeben sich jedoch fast zwangsläufig aus dem Umstand, dass dann – institutionell bedingt – »Psyche« und »Soma« im Descartschen Sinne wieder auseinanderfallen und ein ganzheitlicher Ansatz durch eine solche Rollenaufteilung sicher erschwert wird. Soll eine funktionierende Arbeitsteilung zwischen Psychotherapeuten einerseits und somatisch orientierten Ärzten andererseits institutionell befördert werden, müssen daher deren regelmäßiger Austausch und eine Kom-

munikation »auf Augenhöhe« sichergestellt sein, um ansonsten vorprogrammierten Spaltungsphänomenen entgegenzuwirken.

Unbeschadet dessen kommt dem Pflegedienst in Bezug auf die Ausgabe von Medikamenten wie auch deren Einnahme ebenfalls besondere Verantwortung bzw. Bedeutung zu. Ausgabefehler können auftreten, seien dies Verwechslungen von Medikamenten (oder auch Patienten) bzw. Dosierungsfehler, was zu den häufigeren »objektiven« Fehlern im Bereich stationärer Behandlungen gehören dürfte. Diesbezüglich möglichst eindeutige Vorgaben im Sinne einer Handlungsanweisung zu formulieren, halten wir für sehr empfehlenswert (► hierzu das Beispiel »Durchführungsbestimmungen: Medikamentenausgabe durch den Pflegedienst«). Die »subjektive« Seite der Medikamenteneinnahme wird ebenfalls vom Pflegedienst maßgeblich mitbeeinflusst, da auch hier die Beziehungsaspekte einer Medikation nicht vernachlässigt werden dürfen. Das persönliche Verhältnis zur Bezugspflegekraft kann in gleicher Weise, oder möglicherweise sogar stärker als zum verordnenden Arzt, das Erleben eines Patienten, sein Einnahmeverhalten und schlussendlich auch die Wirkung eines Medikaments beeinflussen. Ausgabefehlern kann durch eindeutige Handlungsanweisungen und entsprechende Schulungsmaßnahmen vielleicht noch vorgebeugt werden. Zur Reflexion der Beziehungsaspekte einer Medikation verhilft unseres Erachtens nur eine systematische Selbsterfahrung gerade auch der Mitarbeiter des Pflegedienstes, unterstützt z. B. durch eine speziell mit und für den Pflegedienst durchgeführte Balint-Gruppenarbeit. Andernfalls ist davon auszugehen, dass sich ein unreflektiertes Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen zwischen Patient und Pflegekräften durchaus nachteilig auch auf die medikamentösen Aspekte der multiprofessionellen Teamarbeit auswirken dürfte.

### Durchführungsbestimmungen: Medikamentenausgabe durch den Pflegedienst

|                      |            |
|----------------------|------------|
| Erstelldatum:        | XX.XX.XXXX |
| Überarbeitet:        | XX.XX.XXXX |
| Gültigkeitszeitraum: | 3 Jahre    |
| Zuständigkeit:       | PDL        |

### Definition (Geltungsbereich, Anwendungsbereich)

Jeder Patient erhält die ihm verordneten Medikamente anhand schriftlicher Anordnung in der elektronischen Krankenakte (bzw. im medizinischen Kardex). Die Verordnung erfolgt anhand des für Ärzte und Pflegefachkräfte verbindlichen Standards für die Ausgabe von Medikamenten.

### Ziel

Jeder Patient erhält seine individuelle medikamentöse Therapie.  
Eine Gefährdung des Patienten durch unsachgemäßes Richten bzw. Ausgabe falscher Medikamente wird vermieden.

### Material

Elektronische Krankenakte (bzw. Kardex) und Liste der verordneten Medikamente, Medikamententablett (Behälter), Gläser/Becher, ggf. Dispenser, Wasser, Tee.

### Vorbereitung

- Medikamente bereithalten
  - für Pflegekräfte im Morgenkontakt: in geschlossener Medikamentenbox im Zimmer der an diesem Tag für den Patienten zuständigen Pflegefachkraft
  - für Pflegekräfte im Schichtdienst: im Schrank in der Pflegedienstzentrale
  - für Pflegekräfte im Nachtdienst: Medikamententablett im Schrank der Pflegedienstzentrale
- Wasser bereitstellen für Medikamente, die in Anwesenheit eingenommen werden
- Hände desinfizieren

Ist ein verordnetes Medikament nicht vorrätig, erfolgt Rücksprache mit dem zuständigen Arzt bzw. AvD.

### Durchführung (Beschreibung der Arbeitsschritte)

#### Grundsätze bei der Medikamentenausgabe

Medikamente werden ausgegeben nach der

5-R-Regel:

- richtiger Patient
- richtiges Medikament
- richtige Dosierung
- richtiger Zeitpunkt
- richtige Applikation(-sform)

Um Fehlerquellen zu vermeiden:

- Medikamente werden nicht vorgerichtet, sondern direkt aus der Packung verabreicht.
- Bei der Medikamentenausgabe zuerst Blister wieder in Packung zurückstecken, bevor die nächste Medikamentenpackung geöffnet wird.
- Bei der Medikamentenausgabe erst die Medikamente verabreichen, dann über Befindlichkeit in Kontakt gehen.

#### Ausgabemöglichkeiten

Folgende Ausgabemöglichkeiten werden entsprechend der Verordnung in der elektronischen Krankenakte (bzw. im med. Kardex) angewendet:

- TD (»Tagesdosis«): Medikamente werden wie verordnet für den betreffenden Tag beim Morgenkontakt (ggf. in einem Dispenser) gesamt ausgeteilt, sodass der Patient seine Medikamente selbst einnimmt.
- IE (»in Eigenregie«): Die ganze Medikamentenpackung wird ausgehändigt und verbleibt beim Patienten, z. B. Dosieraerosole bei Asthma, Externa wie Salben, Nasenspray, Hormonpräparate z. B. in der Peri-/Postmenopause oder Pilleneinnahme aus medizinischen Gründen.
- EB (»eigener Bestand«): Patient kauft Medikament und nimmt es selbstständig ein, z. B. Pilleneinnahme zur Antikonception, Nahrungsergänzungstoffe. Sie werden als EB auf dem Monatskardex geführt.
- b. Bed. (»bei Bedarf«): Medikamente, die für den Bedarf angeordnet sind und beim Auftre-

ten der Beschwerden ausgegeben und direkt eingenommen werden. Gebräuchliche Bedarfsmedikamente befinden sich im Arzneimittelschrank in der Pflegedienstzentrale.

Wenn nicht eines der beschriebenen Kürzel (TD, IE, EB, b. Bed.) hinter dem Medikament steht, müssen folgende Medikamentengruppen in Anwesenheit unter Sichtkontrolle der Pflegefachkraft eingenommen werden:

- Psychopharmaka
- zentral wirkende Schmerzmittel
- Antibiotika
- Elektrolytsubstitution (z. B. Kalium) und Abführmittel

Betäubungsmittel (BTM) werden immer in Anwesenheit unter Sichtkontrolle der Pflegefachkraft eingenommen. Sie stehen unter Verschlusspflicht. Es gilt folgendes Vorgehen:

- BTM werden in einem verschlossenen Safe im Schrank in der Pflegedienstzentrale aufbewahrt, in dem sich auch zwei Ordner zur Dokumentation der BTM (einmal für BTM im Klinikbestand, einmal für mitgebrachte BTM von Patienten) befinden.
- Zugänge und Abgänge im Bestand müssen lückenlos in der dazugehörenden BTM-Karte dokumentiert sein.
- BTM-Karten müssen nummeriert sein. Bei Nutzung der Rückseite auf fortlaufende Nummerierung achten.
- Eigentum an BTM von Patienten wird bei Entlassung mitgegeben oder entsorgt (► Vernichtung BTM im Apothekenordner).

#### Ausgabezeiten

Die regulären Ausgabezeiten einer in Anwesenheit und unter Sichtkontrolle der Pflegefachkraft verordneten Medikation sind:

- morgens: im Rahmen des Morgenkontaktes
- abends: Medikamentenausgabezeit 18–18.40 Uhr
- nachts: im Rahmen des Abendkontaktes

Die Mittagsmedikation bzw. Verordnungen, die von den regulären Ausgabezeiten abweichen, werden individuell zwischen zuständiger Pflegefachkraft und Patient vereinbart.

Erhält ein Patient mehrere Medikamente in Tagesdosis, so können diese in einem Dispenser vorgerichtet werden. Dieser ist mit dem Namen des Patienten versehen, die im Dispenser enthaltenen Medikamente werden darauf vermerkt. Soweit möglich, verbleiben die Medikamente in Blistern.

Für den Zeitraum einer Belastungserprobung verordnete Medikamente werden mitgegeben und mit Bleistift als ausgegeben dokumentiert. Beim nächsten Morgenkontakt wird die tatsächliche Einnahme aktiv erfragt und die Dokumentation mit Kugelschreiber bestätigt.

Kommt ein Patient nicht zum vereinbarten Termin, gilt der Pflegestandard »3.08 Patient kommt nicht zu vorgegebenem Termin«.

Die Medikamenteneinnahme durch den Patienten erfolgt ohne Zwang. Wird die Einnahme abgelehnt, ist dies entsprechend zu dokumentieren und der Arzt/Therapeut zu informieren.

#### **Grundsätze im Umgang und der Aufbewahrung von Medikamenten**

- Medikamente verbleiben in der Originalpackung inkl. Beipackzettel.
- Die Aufbewahrung erfolgt unter Beachtung der vorgeschriebenen Lagerungsbedingungen.
- Medikamente auf Verfallsdatum und Lagerungsschäden überprüfen.
- Manche Tabletten, Dragees und Kapseln dürfen nicht zerkleinert oder zermörsert werden, im Zweifelsfall bitte Rücksprache mit dem zuständigen Arzt bzw. dem AvD halten.
- Flüssige Medikamente werden nicht gemischt.
- Bei Anbruch von Tropfen und Salben wird die Umverpackung mit dem Verfallsdatum versehen.
- Angebrochene Medikamentenpackungen werden mit einem x versehen.

Zur Neige gehende Medikamente werden nach den regulären Ausgabezeiten aufgefüllt bzw. nachbestellt (Vorgehen ► Apothekenordner).

#### **Dokumentation**

- Elektronische Krankenakte bzw. Kardex.
- In Anwesenheit (Sichtkontakt) eingenommene Medikamente werden elektronisch oder mit Kugelschreiber dokumentiert.

#### **Qualitätsmerkmal**

Zwischenfälle und Beinahe-Zwischenfälle in der Medikamentenausgabe werden systematisch erfasst und geprüft.

#### **Zu beachten**

Bei der Medikamentenausgabe erst die Medikamente verabreichen, dann über Befindlichkeit in Kontakt gehen.

Besteht bei einem Patienten der Verdacht, dass er mit seinen Medikamenten agierend oder gar missbräuchlich umgeht, erfolgt eine Absprache mit dem Arzt/Therapeut und im Einzelfall eine entsprechende Dokumentation.

Fehler bei der Verabreichung von Medikamenten werden gemeldet und dokumentiert. Zur Anwendung kommen die Formblätter »Zwischenfall in der Medikamentenausgabe« und »Beinahe-Zwischenfall in der Medikamentenausgabe«.

## **27.11 Ethische Aspekte, Patienteninformation und Aufklärung**

Auch wenn die rechtlichen Aspekte der Aufklärung im Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten hier nicht ausführlich diskutiert werden können (► Kap. 37), um »informiert« einwilligen zu können, muss der Patient vor Verabreichung und Einnahme des verschriebenen Medikaments umfassend mündlich aufgeklärt und diese Aufklärung schriftlich dokumentiert werden. Worüber aber aufklären, wenn die Wirkung von Medikamenten so relativ wie oben beschrieben ist und von einer Vielzahl subjektiver Faktoren abhängt? Da der Unterschied in der Wirksamkeit zwischen Verum und Placebo z. B. bei der großen Gruppe der Antidepressiva auch nach Einschätzung einschlägiger Fachleute »gegenwärtig nicht mehr als ca. 20 %« (Benkert & Hippus 2017, S. 13) beträgt, stellt sich z. B. die Frage, ob die Aufklärung eines Patienten nicht explizit auf solche eher geringfügigen Unterschiede hinweisen sollte (was den Patienten möglicherweise aber verunsich-

chern könnte). Aus ethischer Perspektive müsste auch überlegt werden, ob implizit einfach auf einen zu erwartenden Placeboeffekt (Häuser et al. 2012) gesetzt werden darf, von einer Aufklärung über die Ergebnisse zur Nocebo-Forschung einmal ganz abgesehen. Die Wirksamkeit von Antidepressiva stellt sich jedenfalls spürbar besser dar, vergleicht man diese nicht mit einem Scheinpräparat, sondern mit einer unbehandelten Kontrollgruppe. Eine diesbezüglich sehr weitgehende Aufklärungspflicht wird im Alltag eigentlich nur von Juristen vertreten, denn aus rechtlicher Perspektive ist die Einwilligung eines Patienten zur medikamentösen Therapie nicht »wirksam«, wenn nicht zuvor vollständig aufgeklärt wurde. Ärzte und Therapeuten werden sich im praktischen Alltag jedoch viel vorsichtiger verhalten, um sich durch allzu forsche Aufklärung bezüglich eingeschränkter Wirksamkeit (aber auch drohender Nebenwirkungen) das Ritual des Verschreibens und damit der Hoffungsinduktion aufseiten des Patienten nicht vorschnell aus der Hand nehmen zu lassen. Warum weitere Vorbehalte schüren, wenn diese bei Patienten ohnehin schon groß genug sind?

Allerdings auf einen wie auch immer garteten Placeboeffekt zu hoffen, indem man bewusst überzogene positive Erwartungen induziert oder bestehende Fantasien diesbezüglich fördert, dürfte sich regelmäßig spätestens dann rächen, wenn diese positiven Wirkungen ausbleiben. Denn *»eine wichtige Voraussetzung für eine längere regelmäßige Einnahme von Antidepressiva ist, dass man die Erkrankung akzeptiert und die Behandlung als wirksam empfindet. Wenn die positiven Seiten der Medikamenteneinnahme überwiegen, fällt es meist auch leichter, mit den Nebenwirkungen zurechtzukommen«* (IQWiG 2017). Bei bestimmten Stoffgruppen macht ohnehin erst eine etwas längerfristige Einnahme im Rahmen einer Erhaltung- bzw.

Langzeittherapie, z.B. um Rezidiven vorzubeugen, wirklich Sinn. Dies kann sich in Form wiederholter schwerer depressiver Episoden, teilweise mit psychotischen Symptomen oder ernst zu nehmender Suizidalität, manifestieren. Gerade in solchen Fällen sind Patienten auch darauf vorzubereiten, dass die antidepressiven Effekte häufig erst nach den Nebenwirkungen eines Medikamentes einsetzen, um diesbezüglicher Frustration und daraus resultierenden Widerständen vorbeugend zu begegnen.

Nicht zu unterschätzen sind auch die Schwierigkeiten, die ein Patient haben kann, die zu Zwecken der Aufklärung mitgeteilten Informationen adäquat aufzunehmen und zu verarbeiten, gerade wenn er sich in einem emotional angespannten, angstvollen oder besonders niedergeschlagenen Zustand befindet. Und hier sind es eben nicht nur innere Konflikte oder Widerstände, die z.B. einer negativen Übertragung auf den Therapeuten entspringen und die eine sachgerechte Information und damit eine wirksame Einwilligung trotz eindeutiger Indikation verhindern. Die Informationsverarbeitung aufseiten des Patienten kann auch schon durch die Symptome seiner Grunderkrankung so beeinträchtigt sein, dass Auffassung und Konzentration nicht ausreichen, um die mitgeteilten Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten. Schlussendlich sind die Herabsetzung kognitiver Fähigkeiten, Einschränkungen im Hinblick auf Auffassung und Merkfähigkeit, innere Unruhe und Ablenkbarkeit Kardinalsymptome sowohl depressiver Störungsbilder als auch von Angsterkrankungen. Wer würde bestreiten wollen, dass diese Symptome die Verarbeitung relevanter Informationen erheblich erschweren? Einmal mehr gilt in diesem Zusammenhang, dass es sich bei der Aufklärung im Hinblick auf Wirkweise, Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten um einen Prozess handelt und nicht um ein



punktueller Geschehen. Sollten in Druck- oder Notsituationen weder die äußeren Umstände noch die innere Situation eines Patienten eine adäquate Aufklärung ermöglichen (was häufig genug im klinischen Alltag der Fall sein dürfte), sollte dies in einer beruhigteren Phase schon aus Gründen eines stabilen Arbeitsbündnisses nachgeholt (und auch erneut dokumentiert) werden.

Da auch die Meinungen und Ansichten von Mitpatienten bzw. deren Verhalten in hohem Maße in die subjektive Bewertung aller im stationären Kontext erfolgten Maßnahmen und Anwendungen einfließen, bieten sich psychoedukative Maßnahmen in der Gruppe geradezu an, um in diesem Prozess der Aufklärung ausführlich, aber eben auch ökonomisch, zu informieren. Die Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells in der Gruppe stellt u.E. nicht nur eine der wesentlichen Voraussetzungen einer Verordnung dar, sie bietet auch die Möglichkeit, mit Patienten gewissermaßen im Schutz der Gruppe ihre Vorbehalte gegen Medikamente, aber möglicherweise auch überzogene Erwartungshaltungen im Hinblick auf deren Wirkungen, zu besprechen. Die Gruppe ersetzt zwar keinesfalls das individuelle Gespräch, sie ist jedoch hilfreich, um Uninformiertheit, Vorbehalte und Widerstände nicht hinter dem Rücken des Teams bzw. der verschreibenden Ärzte unkommentiert »wuchern« zu lassen. Nicht ausführlich aufzuklären über Medikamente und Nebenwirkungen, z.B. über die Beeinträchtigungen kognitiver Fähigkeiten oder der Fahrtüchtigkeit oder über ein erhöhtes Suizidrisiko bei antriebssteigernden Medikamenten, kann im Einzelfall den Patienten wie auch den verantwortlichen Arzt bzw. die Institution teuer zu stehen kommen. Es ist juristischer Alltag, schwer nachzuweisende Behandlungsfehler in Aufklärungsfehler »umzudeklarieren«, eine gelegentlich sehr erfolgreiche Praxis, denn bei

der Aufklärung liegt die Beweislast beim Arzt bzw. der Institution und nicht beim Patienten.

In gleichem Umfang ist deswegen auch über die Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären, die bei einer Kombinationsbehandlung entstehen – nicht nur bedingt durch Medikamente, sondern auch bedingt durch Psychotherapie. Maio (2016) macht in diesem Zusammenhang völlig zu Recht darauf aufmerksam, dass der »repressive« Charakter, der in den Augen vieler Patienten einer äußeren Beeinflussung durch Psychopharmakologie anhaftet, potenziell auch der Psychotherapie zukommt. Es wäre seiner Meinung nach »fatal, wolle man den Schluss ziehen, dass Medikamentengaben mit Gefahren einhergehen und besonders schwer zu legitimieren seien, während Psychotherapie die sanfte Methode darstellt, der man generell den Vorzug zu geben hätte« (Maio 2016, S. 49). Während seiner Meinung nach Worte durchaus »tiefer eindringen können als Medikamente«, bestünde bei Medikamenten, weil sie so »direkt unmittelbar und kurzfristig wirken«, die Gefahr, dass in »einer auf Effizienz ausgerichteten stromlinienförmigen Gesellschaft [...] im Sinne einer Glorifizierung der Effizienz dem Medikament zuweilen selbst dort der Vorzug gegeben werden könnte, wo man bei näherer Reflexion wissen müsste, dass nur eine Psychotherapie wirklich helfen kann« (Maio 2016, S. 49). Für den Alltag in der stationären Psychotherapie kann das nur heißen, dass der Versuch obsolet sein sollte, durch Medikamente das abzukürzen, was durch ein Gespräch schwieriger zu erreichen scheint. Da nach Maio (2016) ohnehin jedwede Form der Polarisierung zwischen Psychotherapie und Psychopharmakologie keinen Ausweg darstellt, kommt er folgerichtig zu einer Überlegung, der u.E. nichts hinzuzufügen ist: »Vielleicht kann man die Rolle der Psychopharmakologie so sehen, dass sie dort sinnvoll und angezeigt und oft auch unentbehrlich ist, wo allein durch sie der

*Patient überhaupt erst befähigt werden kann, sich einer Psychotherapie zu öffnen«* (Maio 2016, S. 50).

## Literatur

- Benkert O, Hippus H. Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 11. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2017.
- Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 1–13.
- Eisenberger NI, Lieberman MD, Kipling DW. Does rejection hurt? *Science* 2003; 302: 290–2.
- Glaeske G. Schmerzmittelkonsum 1996 in der Bundesrepublik Deutschland. In: Hoefert HW, Kröner-Herwig B (Hrsg.). *Schmerzbehandlung*. München, Basel: E. Reinhardt 1999; 138–49.
- Grond S, Lehmann KA. Analgetika: Anwendung, Nutzen und Probleme. In: Egle UT, Hoffmann SO, Lehmann KA, Nix WA (Hrsg.). *Handbuch Chronischer Schmerz*. Stuttgart: Schattauer 2002; 334–45.
- Häuser W, Hansen E, Enck P. Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice. *Dtsch Ärztebl Int* 2012; 109(26): 459–65.
- Himmighofen H. Die Rolle der medikamentösen Behandlung. In: Böker K, Hell D, Teichmann D (Hrsg.). *Teilstationäre Behandlung von Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen*. Tagesklinik für Affektkranke. Stuttgart: Schattauer 2009; 51–4.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg.). *Vorbehalte gegen Antidepressiva*. 2017. Zugriff: 08.01.2018).
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008; 5(2): e45.
- König K. *Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1986.
- Küchenhoff J (Hrsg.). *Die Analyse der therapeutischen Beziehung und die Psychopharmakotherapie*. In: *Psychoanalyse und Psychopharmakologie*. Stuttgart: Kohlhammer 2016; 13–33.
- Lambert MJ (Hrsg.). *Bergin und Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation*. Deutsche Herausgabe von Matthias Richard und Heiner Vogel. Tübingen: dgvt 2013.
- Lautenschlager MM, Lautenschlager NT, Förstl H. Psychopharmaka im Alter. In: Gründer G, Benkert O (Hrsg.). *Handbuch der Psychopharmakotherapie*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2012; 1173–83.
- Maio G. Warum das Medikament das verstehen nicht ersetzen kann. Reflexionen zu einer Ethik der Therapie psychisch kranker Menschen. In: Küchenhoff J (Hrsg.). *Psychoanalyse und Psychopharmakologie*. Stuttgart: Kohlhammer 2016; 45–54.
- Mentzos S. *Lehrbuch der Psychodynamik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2013.
- Münch A. Psychodynamische Modelle der Medikamentenapplikation und ihre Synergien mit Psychotherapie. In: Küchenhoff J (Hrsg.). *Psychoanalyse und Psychopharmakologie*. Stuttgart: Kohlhammer 2016; 91–108.
- Schauenburg H. Depressive Störungen. In: Reimer C, Rüger CU (Hrsg.). *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2012; 177–90.
- Schwab M, Marx C, Zanger UM, Eichelbaum M, Fischer-Bosch M. Pharmakogenetik der Zytochrom-P-450-Enzyme: Bedeutung für Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten. *Dtsch Ärztebl* 2002; 99(8): A-497 B-400/C-377.
- Thase ME, Jindal RD. Die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakologie bei der Behandlung psychischer Störungen. In: Lambert MJ (Hrsg.). *Bergin und Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation*. Deutsche Herausgabe von Matthias Richard und Heiner Vogel. Tübingen: dgvt 2013; 1177–212.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (DRV) (Hrsg.). *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer 2011.
- World Health Organization (WHO) (ed). *Cancer Pain Relief*. 2nd ed. Genf: Weltgesundheitsorganisation 1996.
- Zulley J. *Mein Buch vom guten Schlaf*. München: Goldmann 2010.

## 28 »Was hat denn meine Familie damit zu tun?« – Familie und stationäre Psychotherapie

Dorothee Kress, Günther Bergmann und Götz Berberich

### Zusammenfassung

*»Jeder Mensch erfindet sich früher oder später eine Geschichte (auch eine Familiengeschichte), die er – oft unter gewaltigen Opfern – für sein Leben hält.« (nach Max Frisch 1975)*

Es sind also die Lebenserfahrungen, die außerhalb des Rahmens dieser Lebenserzählung fallen, die nicht wahrgenommen werden und die daher aus einem phänomenologischen Blickwinkel nicht existieren (Retzer 2000).

Ein Mensch kann nicht ohne seine systemischen Bezüge betrachtet werden. Gleichwohl ist ein Patient der identifizierte Kranke in einer Behandlung, die primär auf ihn ausgerichtet ist. Systemische, v. a. familiäre Bezüge spielen in jeder Psychotherapie eine Rolle und müssen auch in der stationären Psychotherapie berücksichtigt werden. Hierzu hat sich eine Palette von Methoden und technischen Interventionen bewährt.

### 28.1 Theoretische Grundlagen der Systemtheorie

Grundlagen für die Systemtheorie bilden die Kybernetik, die Informations- und Kommunikationstechnologie, die mathematische Spieltheorie und die Chaostheorie.

Gemeinsam sind allen die formalen Reorganisationsprozesse mit Beschreibung von Entstehung, Erhalt und Veränderung von Strukturen.

Bei der Kybernetik erster Ordnung wird eine Systemtheorie beschrieben, warum die Ganzheit eines Systems sich qualitativ neu

und anders verhält als die Summe seiner isoliert voneinander betrachteten Teile.

Bei der Kybernetik zweiter Ordnung handelt es sich um eine Theorie der beobachteten Systeme mit der Frage: Was tut ein Beobachter, wenn er beobachtet, was bringt er durch seine Beobachtung hervor? Entsprechend dieser Definition ist der Zusammenhang mit Therapie, Psychotherapie in menschlichen Systemen naheliegend (Retzer 2000).

Sowohl psychodynamische wie auch kognitiv-behaviorale Konzepte sind stets von einer engen Verflechtung des Menschen mit seiner Umwelt ausgegangen, von einer Abhängigkeit des menschlichen Verhaltens und Erlebens von den jeweiligen Bezugspersonen i. S. zirkulär sich verstärkender Prozesse. Dies wird durch die moderne Psychotherapieforschung untermauert und beispielhaft im »Generic Model« der Psychotherapie (Orlinsky et al. 2004) zusammengefasst. Im Zentrum der Therapie steht auch hier die therapeutische Beziehung, getragen allerdings von spezifischen therapeutischen Interventionen im Rahmen eines definierten Behandlungsmodells. Die therapeutischen Prozesse werden dabei aber nicht nur von Persönlichkeit und Eigenheiten des Patienten sowie des Therapeuten geprägt, sondern auch von beider Lebenssituation, den soziodemografischen Faktoren und sozialen Bezügen (Familie, soziales Netzwerk, Beruf), von den Charakteristika des Behandlungsrahmens (Setting, Behandlungsinstitution, Versicherung) und schließlich den gesellschaftlichen Vorausset-

zungen. Unabhängig vom Verfahrensschwerpunkt einer stationären Behandlung spielen systemische Gesichtspunkte und Techniken also stets eine bedeutsame Rolle.

Für das Verstehen von Prozessen und Funktionalitäten in kleinen und großen Organisationen ist die systemische Perspektive von erheblicher Bedeutung. Bei einer Mehrebenenperspektive kann auch die Organisation von stationärer Psychotherapie aus einer systemischen Sicht betrachtet werden. Sie ist abhängig von der Außenwelt der Patienten jenseits der aktuellen Institution, von der Vorbehandlung der zuweisenden Kollegen, den Krankenkassen, der Rahmengesetzgebung etc. In der betreffenden Institution »Krankenhaus« geht es um die Kooperation mit dem Träger, der Geschäftsführung und der kooperierenden Abteilung als Begegnung der real bedeutenden Systemebenen während einer stationären Behandlung.

Der in diesem stationären Rahmen stattfindende Therapieprozess zwischen individuellem Therapeuten, Team und den Patienten entspricht dem Kernprozess. Diese Ebenen müssen verstanden werden. Dazu gehört auch die Familie im engen und weiteren Sinne als reale und in dem unmittelbaren Erleben der Patienten beteiligte Gruppe.

Der Patient bringt in seinen inneren Bildern seine Familie, seine bedeutenden Bezugspersonen sowohl als Personen in der Aktualität als auch aus der Vergangenheit mit. Diese Bilder sind – wie wir wissen – jederzeit in unterschiedlichen Darstellungsformen spontan abrufbar. Die Ebene der kleinen oder großen Familie in ihrer Bedeutung und im Zusammenhang mit der Entwicklung der uns anvertrauten Patienten zu verstehen ist letztlich für den therapeutischen Prozess von großer Bedeutung.

Hierbei werden bei den verschiedenen »Diagnosen«, den unterschiedlichen Krankheitsbildern und bei den differenzierten Konflik-

ten Unterschiede und Schwerpunkte deutlich. Die Einbeziehung der familiären Dimension und nicht nur der Familientherapie im eigentlichen Sinne kann z.B. abhängig sein vom Alter: So wird es im Bereich der frühen oder späten Adoleszenz mit den Problemen der Ablösung von der Familie oder mit dem »sich zur Verfügung stellen« als Indexpatient notwendig sein, die familiäre Perspektive besonders zu beachten. Es können sich Ablösungskrisen in allen Varianten im Rahmen von Angst oder Zwangserkrankung oder bei Depressionen entwickeln. Insbesondere finden wir die familiäre Dimension bei den verschiedenen Formen der Essstörung wichtig. Vordergründig präsentierte Konflikte in einer Paarbeziehung können begleitet sein von sich wiederholenden Familienmustern oder Ablösungsthemen. Nicht selten ist hiervon auch das mittlere und höhere Lebensalter betroffen.

## 28.2 Systemisches Verständnis und Methoden in der Therapie

In der systemischen Perspektive sprechen wir vom Indexpatienten, der sich »zur Verfügung stellt« und somit zur scheinbaren, vorübergehenden Stabilisierung des familiären Systems beiträgt. Daraus folgt, dass bei Aufgabe des Symptoms die familiäre Homöostase gefährdet ist, ggf. ein neuer Indexpatient durch die Familie offen oder verdeckt definiert oder dies eben gerade vermieden werden muss.

Daneben spielt die Frage, welche Funktion das Symptom übernimmt, eine entscheidende Rolle: Wozu dient das Symptom, welchen Zustand hilft es aufrechtzuerhalten, welche (subjektiven) Gefährdungen abzuwenden? Oder umgekehrt: Durch welche systemischen Konstellation wird das Symptom aufrechterhalten oder sogar verstärkt? Gelingt es im Rahmen der Therapie, die Funktion des Symptoms of-

fenzulegen, verliert es seine Notwendigkeit und erübrigt sich.

Eng verknüpft mit der Funktion der Erkrankung oder des Symptoms des Indexpatienten stellt sich die Frage, wem in diesem System, z.B. in einer Familie, welche Rolle zugewiesen wird oder wer sie übernimmt. Häufig wird etwa der spätere Patient mit der Verantwortung als Partnerersatz oder idealisiertem Hoffnungsträger überfordert. Eine Parentifizierung kranken Eltern gegenüber führt beim Kind oder Heranwachsenden dazu, dass eigene Bedürfnisse übergangen und ein gesunder Selbstbezug nie gelernt wird.

Systemregeln und Systemgrenzen können im therapeutischen Kontext hinterfragt und überprüft werden. Unklare Kommunikationsverhältnisse und Umgangsregeln verhindern die Entstehung eines kohärenten Selbst- und Fremd(Objekt)-Bildes, zu starre einengende Regeln umgekehrt behindern Individuation und Selbstaktualisierung. Neben unklaren oder rigiden Systemgrenzen nach außen haben insbesondere sich auflösende Generationengrenzen, häufig verbunden mit familiären Tabus (wie bei sexuellem Missbrauch oder Gewalterfahrungen in der Familie) besonders prekäre Konsequenzen.

Zum Verständnis ist es jedoch sinnvoll, sich von der Vorstellung einer konkreten Familientherapie, also der realen Anwesenheit und dem unmittelbaren Gespräch mit der Familie, als zentralem Element zu lösen. Die konkrete Familientherapie kann dennoch notwendig und richtig sein. Ein solches Gespräch bedarf aber einer umfangreichen Vor- und Nachbereitung sowie Protokollierung. Unter den stationären Bedingungen und der damit verbundenen Refinanzierung ist dies nicht einfach, kann jedoch im Einzelfall zur Anwendung kommen.

Wir können aber aus einer systemischen Perspektive mit dem Patienten sprechen und

somit zunächst die Bedeutung des »Mehr-Personen-Stücks« und der Ursprungs-Gruppe »Familie« anerkennen. Es wird eine Übersicht über das Bild der familiären Beziehung als Landschaft mit den dynamisch wirksamen, dominierenden, affektiv besetzten Dimensionen des erlebten Lebens ermöglicht.

Bei der Einbeziehung dieser Überlegungen in das Konzept der stationären Psychotherapie sind hierbei als Hilfsmittel zu erwähnen:

- das Genogramm
- die Familientherapie ohne Familie
- besondere Fragetechniken
- das Familiengespräch

### 28.2.1 Das Genogramm

In Ergänzung zu dem einfachen und/oder erweiterten Erstgespräch, der lege artis durchgeführten biografischen Anamnese, ist das parallel ergänzend skizzierte Genogramm von Bedeutung (► z.B. McGoldrick et al. 2016). Unter Berücksichtigung der zunehmend häufig begrenzten stationären Aufenthaltsdauer ist mit dem Genogramm eine zügige Übersicht über die Personen möglich, die als Signifikanten in den aktuellen Prozess hineinwirken. Im therapeutischen Prozess kann darauf Bezug genommen werden. Das Erstaunliche ist eben, dass die Patienten das Genogramm jederzeit abrufbereit in sich tragen, sie müssen bei der Umsetzung dieser inneren Bilder lediglich unterstützt werden. Anfänglich sind Erläuterungen des Unterschieds zum klassischen »Stammbaumverständnis« notwendig. Im gemeinsam zu Papier gebrachten Genogramm werden Beziehungslinien und Eigenschaften der Beteiligten unmittelbar deutlich gemacht. Die »Mehr-Generationen-Perspektive«, d.h. nicht der genetische, sondern der tradierte Aspekt, die Wiederholungsmuster, die Identifikation und Abgrenzungen der Individuen, die Erlebnisse von Sub- und Teilsystemen können erfahrbar

gemacht werden. In kurzer Zeit entwickelt sich ein Bild über positiv und negativ besetzte Beziehungen und Beziehungsmuster, Konfliktbereiche, Ausschlüsse aus einer Gruppe, Krisensituationen, Todesfälle usw.

Letztlich können auch durch diese Darstellung und Präzisierung des Systems Familie die Therapieziele, die am Anfang formuliert und während der Behandlung vielleicht modifiziert werden, deutlich weiterentwickelt werden. Die Notwendigkeit der Formulierung von Therapiezielen ist in der Therapieforschung bekannt. Durch diese Form der Therapie und das Gespräch mit dem Patienten wird auch die Bedeutung der Familie mit ihren primären Bezugspersonen entsprechend anerkannt und gewürdigt, auch in ihren schwierigen und problematischen Dimensionen.

### 28.2.2 Familientherapie ohne Familie

Die Familie als primäre Gruppe hat eine zentrale Bedeutung im Erlebnis der Patienten, wird aber während der stationären Therapie häufig nicht ausreichend sichtbar. Es ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich, dass wir in der stationären Therapie die Familie unmittelbar vor Ort – live – sehen. Vielmehr gibt es viele Einstellungen und Methoden, die familiäre Perspektive kontinuierlich während des Therapieprozesses einzubringen. Das oben genannte Genogramm ist hier nur ein Element davon. Ein weiteres Element ist die kontinuierliche Arbeit an dem Genogramm mit aktiver Recherche über familiäre Fragen und Dimensionen, die nicht unmittelbar vor Ort geklärt werden können, die aber zu einer direkten Kontaktaufnahme mit der Familie oder Teilen davon während des stationären Aufenthaltes führt und als Prozess die stationäre Therapie begleitet. Wir erleben selten Patienten, die nicht entsprechend interessiert sind, selbst wenn Missbrauch und Traumatisierung eine bedeutende Rolle gespielt haben.

Entsprechend anderen Formen von Gruppentherapien kann dies auch in Form eines Rollenspiels, Psychodramas o. Ä. dargestellt werden, ohne dass die reale Familie anwesend sein muss.

Eine Ergänzung dieses klassischen Rollenspiels wäre eine Verdichtung durch die sogenannte »Skulpturarbeit«, die einer speziellen Erfahrung bedarf. Sie sei an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Auch das Familienbrett, welches in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig eingesetzt wird, kann in der stationären Psychotherapie seinen Einsatz finden.

### 28.2.3 Besondere Fragetechniken

Bei der Umsetzung der Ergebnisse der systemischen Theorie in der Praxis haben sich besondere Fragestellungen entwickelt, die sowohl für die Informationsgewinnung als auch für die »mentale« Selbstaktualisierung des Patienten im Hinblick auf die erlebten Interaktionsfelder mit den Familienmitgliedern bedeutsam sind. Die Fragen selbst implizieren eine therapeutische Wirksamkeit.

Als Beispiele seien hier einige systemische Fragetechniken genannt:

- Klärung der kulturellen Identitäten und Werte
- Problemdefinition durch Perspektivenwechsel
- Fragen gegen die Erwartung
- zirkuläre Fragen
- Fragen zu Konsequenzen aus Handlungen
- Fragen zu Ausnahmen, Unterschieden und Übereinstimmungen
- Fragen zu Priorisierung und Hierarchisierung (Rangreihen)
- zukunftsorientierte, hypothetische Fragen

Die Fragen basieren auf entsprechenden Theoriebildungen und werden auf der Grundlage



einer Hypothesenentwicklung nicht nur im unmittelbaren Familiengespräch, sondern auch unter den Bedingungen einer Familientherapie ohne Familie entwickelt (Näheres ► v. Schlippe & Schweitzer 2016).

### 28.2.4 Die dynamische Perspektive – Das Familiengespräch

Im Folgenden wird die Herangehensweise an die Situation des Familiengesprächs im Rahmen einer stationären Therapie näher beleuchtet. Der begrenzte Rahmen des stationären Aufenthalts lässt in der Regel nur eines oder wenige Gespräche mit der alltäglichen Bezugsgruppe (Teil-/Familie, Partner) zu, welche aber nicht zuletzt aufgrund der intensiven Vorbereitung und Nachbearbeitung wesentliche Änderungsimpulse setzen können. Oft wird erst in diesem Rahmen – und für den Patienten häufig unerwartet – ein weiterer Interventionsbedarf deutlich, sodass sich die Fortsetzung in einer ambulanten Familien- oder Paartherapie nach Entlassung aus der Klinik empfiehlt.

Die Einladung der Bezugspersonen zum Gespräch in der Klinik sollte bevorzugt durch den Patienten erfolgen, um seine Motivation und Verantwortung für diesen Therapiebestandteil zu unterstreichen und ihn nicht angesichts der Familie zu infantilisieren. Dabei werden allerdings häufig die Widerstände und Vermeidungstendenzen sowohl des Patienten als auch des Bezugssystems deutlich. Deren Bearbeitung kann bereits Hinweise auf die angstbesetzten Konflikte im System liefern.

Das Familiengespräch (► z. B. Reich et al. 2007) ist insofern integraler Bestandteil des stationären therapeutischen Geschehens, welches auf den systemischen Rahmen ausgedehnt, von seinem inneren Duktus jedoch nicht grundsätzlich verändert wird. Indexpatient wie Familie erhalten Gelegenheit zur Reflexion der möglicherweise konflikthafter

Beziehungen, eigener und fremder Bedürfnisse und Ängste sowie der Kommunikationsstrukturen im System. Rollenzuschreibungen, die Funktion des Symptoms oder unklare Systemgrenzen und Tabus können therapeutengeleitet erkannt und ihre Veränderungen eingeleitet werden.

Davon scharf abzugrenzen ist allerdings ein rein psychoedukativ geführtes »Familiengespräch«, das insbesondere bei Jugendlichen und bei jungen Patienten häufig i. S. eines anfänglichen oder abschließenden ausführlichen Gesprächs mit den Eltern gefordert wird. Abgesehen von Ausnahmen im engeren psychiatrischen Bereich handelt es sich bei der psychoedukativ-erklärenden und aufklärenden Form der Begegnung mit der Familie **nicht** um eine Form der Psychotherapie und nicht um ein Verständnis von Familientherapie. Die psychoedukative Form weist Verantwortungen *zu*, löst Hierarchien aus, verhindert in der Situation einen Entwicklungsprozess. Das Symptom wird in seinem individuellen Kontext belassen. Es wird erneut funktionalisiert und die Weiterentwicklungsmöglichkeiten bleiben begrenzt. Krankheit wird hierbei als ausschließlich individuumzentriertes Geschehen gesehen. Therapie ist aber auf Veränderung ausgerichtet – in welcher Dimension auch immer. Ein autonomer, an die Ressourcen anknüpfender Entwicklungsprozess mit dem Ziel der Individuation ist in der Auseinandersetzung mit der Familie erforderlich.

### Erwartungshorizont

Die reale Begegnung zwischen der Familie des Patienten und Teilen des Behandlungsteams ist also nicht etwa der Beginn des therapeutischen Geschehens, sondern eingebettet in eine Fülle von Parametern auf allen Seiten, die als mehr oder weniger verborgenes Wissen den Beginn und Verlauf des Gesprächs

entscheidend mitbestimmen. Darin ist unendlich viel Information verborgen, die nicht als Nebenaspekt zu vernachlässigen ist, sondern kostbares Material darstellt, mit dem die Gesprächssituation oft sehr produktiv eröffnet werden kann. Beide Seiten haben sich vermutlich intensiv miteinander beschäftigt, haben Bilder voneinander, haben verborgene oder weniger verborgene Zielvorstellungen in Bezug auf das Gespräch und vielleicht auch Hypothesen über den Verlauf des Gesprächs ausgebildet, seien es Wunschvorstellungen, Angstvorstellungen oder einander widersprechende Zielvorstellungen.

Die Familie hat sich vermutlich ihrerseits intensiv mit der Erkrankung des Patienten beschäftigt, hat eine mehr oder weniger leidvolle Geschichte mit der Symptomatik des Patienten durchlebt. Die stationäre Behandlung ist in der Regel eine Lösung, wenn alle anderen, die Familie schützenden Wege versagt haben; sie ist nicht nur seitens des Patienten, sondern auch der Familie mit Schrecken, Angst, Scham, aber natürlich auch mit Hoffnung und Erwartung verbunden. Nicht nur das Misstrauen des Systems Familie in Bezug auf die »Entlarvung« unbewusster Strukturen, die Gefährdung eingeübter Rollen oder die Entdeckung tabuisierter Inhalte stellt eine Erschwernis dar, sondern, in ganz ähnlicher Weise die Hintergrundspuren verbergend, ist die Erwartung an die Institution, den Patienten zu »reparieren«, ohne dass die Familie ihre Struktur preisgeben und bearbeiten muss. Die Verantwortung wird in die Institution verlagert, der Therapeut bekommt die Rolle des »Lösers« der Probleme, der dann auch die Verantwortung für das Geschehen übernimmt, bis hin zur Forderung der Reparatur der nicht positiv verlaufenden Bindungserfahrungen, welche die Therapie dann in einer Art Nachbemutterung übernehmen soll.

Eine Entmystifizierung der Therapie und des therapeutischen Prozesses sowie eine

Korrektur des Gefühls der Familie, der Therapeut durchleuchte das System und habe darüber die totale Kontrolle einschließlich der Definitionsmacht, sollte möglichst am Anfang der Sitzung offengelegt und ggf. korrigiert werden und nicht erst Endergebnis des Prozesses sein. Eine Atmosphäre, die statt Schuldzuweisungen (oft von der Familie erwartet und selber mit dem Ziel der eigenen Entschuldung praktiziert) eine einladende und wertschätzende Erörterung der Bewältigungsversuche der Familie, seien sie ge- oder misslungen, ermöglicht, lässt Raum für Beschreibungsprozesse, ohne gleich zu urteilen, lässt Kompetenzen und Ressourcen sichtbar werden und schafft oft einen sehr produktiven Rahmen, in dem sich die Familienmitglieder miteinander tatsächlich auseinandersetzen können.

## Eröffnung

Der Erstkontakt stellt eine Chance dar, erwartete Hürden wie Überlegenheit/Unterlegenheit, Wissen/Unwissen, Ankläger/Verteidiger, Macht/Ohnmacht zu minimieren bzw. in Bezug auf diese Themen Transparenz herzustellen. Die Familie bringt eine sehr mutige Vorleistung, hat mit der Entscheidung, in die Klinik zu kommen, mit Sicherheit viele innere Hindernisse überwinden müssen, was zum Anfang eines Gesprächs durchaus als Kompetenz angesprochen und mit einer Art von Dank des therapeutischen Systems an die Bereitschaft von Patient und Familie, sich zu öffnen, benannt werden kann. Damit kann nicht nur ein Stück gemeinsame Augenhöhe hergestellt werden, sondern gleichzeitig bestätigt das Behandlungsteam den Familienmitgliedern auch ihre Möglichkeit wirksamen Handelns, nimmt sie als aktive Mitgestalter in den Prozess hinein. Implizit kann damit ein Stück Konkurrenz um die Beziehung, Machtgerangel um die Definition des Gesprächshorizon-

tes und Scham hinsichtlich der Frage, wer zeigt sich zuerst, vermieden werden, indem die Familie die Behandlungsinstitution als akzeptierend und nicht als aufdeckend und vielleicht sogar verfolgend erlebt. Die Benutzung eines alltagssprachlich gestalteten Anfangskontaktes, vielleicht mit Fragen nach Hürden des Kommens, überwundenen Terminproblemen etc., stellt oft eine normalisierte Eingangssituation her. Gleichzeitig haben wir natürlich die Möglichkeit, die Eingangsszene zu betrachten, ggf. diagnostisch zu nutzen und ein erstes Gefühl für zu erwartende Hürden des Gesprächs zu bekommen.

In der Eingangsrunde bietet es sich an, den Erwartungshorizont der Gesprächsteilnehmer zu definieren, in dem Implizites und Explizites deutlich wird. Bei offener Gestaltung erfahren wir in der Regel sehr viel über das Krankheitsmodell der Familie, die Rollenverteilung (wer spricht, wer schweigt), die Machtverhältnisse. Aber auch die gelingenden oder misslingenden Kommunikationsstrukturen (Reden vs. Zuhören, Urteilen vs. Beschreiben etc.) werden schnell deutlich. Ein heikler Punkt ist die zugelassene Dauer dieser Eingangsszene, die einerseits lang genug sein muss, dass wir uns ein Bild machen können, andererseits die Gefahr der verlorenen Steuerung in sich birgt, wenn die Pathologie uns sozusagen schluckt. Dominanz und Definitionsmacht eines Familienmitgliedes kann das genauso verursachen wie monologisierende Klagsamkeit, ausufernde Darstellung von historischen Ereignissen etc. Wenn wir in der Begrüßung vielleicht die Möglichkeit erwähnt haben, dass sehr unterschiedliche Blickwinkel in diesem Gespräch aufeinander treffen werden, kann man die Darstellungsweise der einzelnen Mitglieder durch das eigene Erleben hindurch sachlich beschreiben, die Vertrautheit und ggf. Gereiztheit von den eigenommenen Rollen als gewohntes Muster beschreiben, wobei die Beschreibung immer

mit dem Aspekt dessen, was über dieses Verhalten bewältigt oder gelöst werden kann, verbunden sein sollte. Damit kann man einerseits die Kränkung der kritischen Beleuchtung auffangen, andererseits eröffnet sich eine Ebene des Verstehens, die über die »Du bist/ Du machst immer«-Beschreibung hinausgeht. Die erlebte Erkenntnis, dass der Verlauf des Gesprächs immer gleich ist und dadurch Lösungsmöglichkeiten verstellt bleiben, eingebettet in humorvolle und ggf. paradoxe Interventionen, welche die Spannung lösen, öffnet oft ein erstaunliches Repertoire von Ressourcen bei allen Familienmitgliedern. Wenn z. B. auffällige Interaktionsformen eines Familienmitglieds in der Frage an die anderen fokussiert werden, ob dies die Kommunikation zu Hause oft schwierig macht, wenn dieser Aspekt neutral formuliert und der Lösungsblickwinkel des betroffenen Familienmitglieds miteinbezogen wird, vermindert sich der Kränkungsaspekt und das Thema kann nach oft erster affektiver Entladung dann noch einmal sachlich besprochen werden.

### Fallbeispiel

Ein 22-jähriger Patient, der nach Schul- und Ausbildungsversagen unter dem Bild einer depressiven Symptomatik stationär behandelt wird, zeigt im Familiengespräch deutliche Anzeichen wachsender ärgerlicher Anspannung, während sein Vater – vordergründig fürsorglich – eine lange Reihe von Vorwürfen und Forderungen präsentiert. Der Sohn müsse sich doch klare Ziele im Leben setzen, was solle aus ihm einmal werden. Währenddessen beginnt die ängstlich-überbesorgte Mutter zu weinen. Der Therapeut unterbricht höflich, aber bestimmt, und fragt nach dem Affekt des Patienten und der Mutter. Die zunehmende Anspannung, vor allem aber auch der Ärger lassen sich herausarbeiten. Rechtfertigungsversuche des Vaters werden vom Therapeuten gestoppt und stattdessen die Aufmerksamkeit auf die Wirkung der väterlichen Forderungen auf den Rest

der Familie gelenkt. Gleichzeitig werden die Sorge der Eltern und die leistungsorientierten Kompensationsversuche des Vaters validiert. Daraufhin gelingt es der Mutter, ihre Zerrissenheit zwischen der Sorge aufgrund des Versagens des Sohnes und den Forderungen ihres Mannes zu verbalisieren. Der Vater zeigt sich davon deutlich berührt und berichtet von seinen mühsamen Anstrengungen, den Lebensstandard zu halten und gleichzeitig ein »guter Vater« zu sein. Schließlich kann auch der Sohn einräumen, dass er die Sorge der Eltern und die väterlichen Forderungen durchaus verstehen kann, sich aber hierdurch noch mehr unter Druck gesetzt fühlt.

## Atmosphäre

Für die Herstellung einer konstruktiven Atmosphäre ist eine sehr aktive Mitgestaltung seitens des Therapeuten notwendig, der sowohl psychoedukative Einschübe als auch Exkurse zur Bindungsqualität, zur Bedeutung von frühen Introjekten, aber auch zu neurotischen Konfliktlösungen, zu Autonomie-/Abhängigkeitswidersprüchlichkeiten etc. zur Verfügung stellt. Wenn es gelingt, eine positive Gesprächsatmosphäre herzustellen, lassen sich die Konfliktmuster in der Familie erstaunlich offen besprechen, die ja allen Beteiligten vertraut und bekannt sind, sich aber vollkommen anders anfühlen, wenn sie nicht mehr als Waffenarsenal mit dem Ziel, sich zu verletzen, genutzt, sondern als »Lagebeschreibung« oder Strategiephänomen beschrieben werden. Der Außenblickwinkel im Familien-

gespräch ermöglicht der Familie, das Wissen um die gegenseitigen Verletzlichkeiten, Schwächen und Stärken aus einer destruktiven Beurteilung und festgefahrenen dysfunktionalen Umgangsform miteinander zu befreien und sowohl neue Bedeutungshorizonte zuzulassen als auch konkrete Lösungswege zu eröffnen. Die Legitimierung des So-seins dieser Familie mit all ihrer Einzigartigkeit und die Korrektur der Vorstellung, dass das Ziel eine wie auch immer geartete Idealfamilie sein muss, eröffnen oft erstaunliche Möglichkeiten, an eingefahrenen Familienpathologien zu arbeiten.

## Literatur

- Frisch M. Mein Name sei Gantenbein. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1975.
- McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genogramme in der Familienberatung. 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2016.
- Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki & Fifty Years of Psychotherapy Process-outcome Research. Continuity and change. In: Lambert MJ (ed). *Begin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. New York: Wiley 2004; 307–89.
- Reich G, Massing A, Cierpka M. Praxis der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie. Stuttgart: Kohlhammer 2007.
- Retzer A. Systemische Familientherapie. In: Möller HJ (Hrsg). *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart, New York: Thieme 2000.
- Schlippe A v, Schweitzer J. Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Das Grundlagenwissen. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2016.

## 29 Bei Dreien fängt die Wahrheit an – Visite

Dorothee Kress, Götz Berberich und Michael Hölzer

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird es darum gehen, die Visite als ein durchaus eigenständiges Behandlungssetting darzustellen, auch wenn die Art und Weise der Visitation an den einzelnen Institutionen stationärer Psychotherapie erheblich variieren dürfte. Der Stellenwert von Visiten in therapeutischer wie auch organisatorisch-ökonomischer Hinsicht und die vielfältigen Funktionen, die z. B. einer Chefarzt- bzw. einer Wochenendvisite im Gesamtgeschehen einer (teil-)stationären Behandlung zukommen können, sollen anhand von zwei Fallbeispielen bzw. der exemplarischen Darstellung einer Großgruppensite ausführlich erläutert werden. Der Aspekt der Triangulierung eines vielfach konflikthaft verlaufenden Therapiegeschehens, das Erspüren und Thematisieren von Ängsten und Widerständen aufseiten des Patienten wie auch potenzieller Gegenübertragungsreaktionen des Teams stellen in unserem Verständnis besonders wichtige Beiträge einer Visite zur Herstellung eines stabilen Arbeitsbündnisses dar.

### 29.1 Vorbemerkungen

Eine psychotherapeutisch orientierte Abteilung oder Klinik ist mit ihren Strukturen und Prozessen nicht nur allgemein der Raum des therapeutischen Geschehens, sondern vor allem ein »Ort der szenischen Darstellung« (Seidl & Ermann 2003, S. 181). Dies bedeutet, dass im Prinzip »jede Begegnung zählt« und jede Interaktion als Szene potenziell auf bestimmte Fähigkeiten eines Patienten, dessen Persönlichkeitsmerkmale, aber auch Erlebens- und Verhaltensdispositionen bzw. strukturelle Störungsanteile verweist. Jede Begegnung

kann damit auch Ausdruck eines inneren Konfliktgeschehens sein und darf bzw. sollte deswegen in diesem Sinne verstanden und ggf. durchgearbeitet werden. »Der therapeutische Raum der Klinik dient als Bühne zur Darstellung der spezifischen Interaktionsmuster, der unbewussten Konflikte, der Abwehr und der Defizite. Er ist der systematische Bezugspunkt des Verstehens und der Behandlung des Patienten...« (Seidl & Ermann 2003, S. 192). Die Visite muss in einer psychotherapeutischen Klinik notwendigerweise zu den Begegnungen, die »zählen«, hinzugerechnet werden, auch wenn die Art und Weise ihrer Durchführung von Klinik zu Klinik sehr variieren mag.

Visite (lat. visitare = besuchen) bedeutet wörtlich übersetzt so viel wie »Krankenbesuch«, unabhängig davon, ob der Arzt den Patienten am Krankenbett, d. h. in seinem Zimmer, »besucht«, ob die Visite in der Gruppe stattfindet und diese Gruppe aus dem Team besteht, zu dem ein Patient dann hinzukommt, oder einer Gruppe von Mitpatienten entspricht. Lediglich die »Kurvenvisite« macht in diesem Zusammenhang eine Ausnahme, die ohne Anwesenheit des Patienten eher einer Art Fallbesprechung gleicht und damit u. E. dem eigentlichen Zweck einer Visite, zumindest im Kontext einer stationären Psychotherapie, nicht gerecht wird.

Die Visite als »Besuch« zu konzipieren, klingt erst einmal unverfänglich, denn Besuche als solches sind ja häufig erfreuliche, in der Regel zuvor verabredete Treffen mit Familienangehörigen, guten Freunden oder Bekannten – also Menschen, mit denen man zu

tun haben will. Schon die Wortbedeutung ist daher interessant und lädt zu vielerlei Assoziationen ein. Gleichzeitig verweist sie auf die Ambivalenz, mit der Visiten erlebt und/oder durchgeführt werden, denn ohne einen gewissen innerseelischen bzw. interaktiven Aufwand und ohne ein Mindestmaß an Vorbereitung finden Besuche nicht statt.

Was Patient und Arzt (ggf. auch Psychologe) von einer Visite erwarten, hängt somit in hohem Maße von den spezifischen Bedürfnissen, Wünschen und Verpflichtungen ab bzw. den entsprechenden Ängsten, ob man den daraus resultierenden Erwartungen auch gerecht werden kann. Die Art einer Erkrankung, der spezifische Verlauf einer Therapie, die jeweiligen individuellen Vorerfahrungen, Erfahrungen und Erlebnisse anderer Patienten bzw. deren Mitteilungen diesbezüglich und der institutionelle Kontext, d. h. die Traditionen und Gepflogenheiten einer Klinik, spielen eine nicht unerhebliche Rolle.

## 29.2 Der Stellenwert und die Funktionen der Visite im multimodalen Geschehen

Der Stellenwert, der einer Visite in einer Klinik beigemessen wird, kann der Bedeutungserteilung entsprechend variieren – von einem mehr oder weniger notwendigen Übel bis hin zu einem wertvollen Arbeitsinstrument mit vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Funktionen, mit dessen Hilfe auch wesentliche Bestandteile des Behandlungskonzeptes einer Klinik an deren Patienten weitergegeben werden können. Eine etwas aktuellere Darstellung der allgemeinen Visitsituation bestätigt am Beispiel von psychosomatischen Akut- und Rehakliniken die damit angedeutete Vielfalt (► Probst 2008; Probst et al. 2009). Eines der wesentlichen Ergebnisse dieser Untersuchung war, dass sich die indivi-

duellen Spielräume und damit die Varianz der inhaltlichen Ausgestaltung der Visiten als so breit gefächert erwiesen, dass grundsätzliche Aussagen zur Funktion allenfalls grobmengenmäßig getätigt werden konnten, *»diese Befunde aber nicht überinterpretiert werden«* sollten (Probst 2008, S. 31).

Die Behandlung in einem Krankenhaus ist zudem definiert durch den sogenannten Facharztstandard, der fachärztliche Visiten verbindlich vorsieht, legt man die Kriterien des 2017 eingeführten »Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik« (PEPP) zugrunde (► Kap. 3). Die regelmäßig wöchentlich stattfindende Facharztvisite muss dementsprechend als eine der wesentlichen Säulen der Behandlung betrachtet werden, ohne deren Durchführung und Dokumentation Komplexleistungen im Sinne einer multimodalen Therapie nicht abgerechnet werden können. Was aber macht die inhaltliche Bedeutung einer Visite im Bereich der stationären Psychotherapie eigentlich aus, zumal sie kaum gleichgesetzt werden kann mit einer »normalen« Visite, z. B. in einer Abteilung der Inneren Medizin oder der Chirurgie? Was sind die grundlegenden Zielsetzungen der Visite in einer psychotherapeutischen Institution? Was kann und soll mit der Visite erreicht und wie sollte sie deswegen gestaltet werden? Wann führen Visiten zu förderlichen Überlegungen und kreativem Nachdenken und wann zu Missverständnissen und zusätzlichen Konflikten, wenn das subjektive Erleben der Beteiligten nicht mit den »objektiv« begründeten Absichten korrespondiert? Bezüglich dieser Überlegungen dürften sich die einzelnen Kliniken und Abteilungen beträchtlich voneinander unterscheiden, hängen die Modalitäten der Visite doch nicht nur von den jeweiligen institutionellen Vorgaben ab, sondern in hohem Maße auch von den Eigenarten, Vorlieben und Abneigungen der damit betrauten Personen.



Eine Visite kann zudem nicht nur als »Besuch« konzipiert werden, sondern auch als der Spezialfall eines »ärztlichen Gesprächs«. In Bezug auf Letzteres weiß die diesbezüglich reichlich vorhandene Literatur (► z. B. Geisler 2003), wie wichtig die Gesprächsführung für das Herstellen eines stabilen Arbeitsbündnisses und damit für einen späteren Therapieerfolg ist. Hinsichtlich einer durchschnittlichen Stationsvisite erweist sich die empirische Datenlage als eher ernüchternd. Eine klassische Krankenhausvisite dauert nur wenige Minuten und ca. 80 % der überwiegend geschlossenen Fragen werden durch den Arzt gestellt. Sie folgt ausgesprochen asymmetrisch den Interessen des Arztes, denn allenfalls die Hälfte der Beschwerden eines Patienten werden thematisiert und dessen psychosoziale Probleme werden genauso systematisch vernachlässigt wie wichtige Aspekte seiner Krankheitsverarbeitung. Patienten reagieren in der Regel eher defensiv auf diese Arztdominanz und erfahren höchstens indirekt etwas über sich und ihre Anliegen (Fehlenberg et al. 2003; Geisler 2003). Böker (2003) spricht im Zusammenhang von missglückenden Visiten von »fragmentierten« Patienten, die in einzelne naturwissenschaftlich-medizinisch definierte Probleme zerlegt und in ihrer menschlichen Dimension übersehen werden. Bliesener (1982a) geht in diesem Zusammenhang sogar von einem »verhinderten Dialog« aus, was auf die vielfachen Enttäuschungen aufseiten ursprünglich erwartungsvoller Patienten verweist. Auch Fehlenberg et al. (2003, S. 446) kommen in ihrer Zusammenfassung der empirischen Forschungslage zu einem ernüchternden Urteil: *»Alle quantitativen empirischen Befunde belegen deutlich, dass die Beteiligungschancen des Patienten gering sind, dass seine krankheitsbedingten Bedürfnisse nach relevanter Information in einer Visite typischerweise nicht erfüllt werden und dass tendenziell eine Vereinnahmung der Patienten als*

*bloße Informationsquelle stattfindet. Je kränker ein Patient ist, desto schlechter stellt sich seine Situation dar.«*

Die damit dokumentierte Datenlage lässt vorsichtig gesagt darauf schließen, dass Ärzte sowie andere Mitglieder des Behandlungsteams und Patienten durchaus nicht die gleichen Bedürfnisse in Bezug auf ein Visitengespräch haben. Ärzte haben offensichtlich aber die ungleich größeren Chancen, sich durchzusetzen, weswegen Enttäuschungen und Missverständnisse gewissermaßen vorprogrammiert erscheinen.

Das eher schlechte Zeugnis, das damit den »normalen« Krankenhausvisiten, mehr oder weniger unabhängig von der jeweiligen Fachrichtung, ausgestellt wird, dürfte nicht unbedingt auf die Verhältnisse einer primär psychotherapeutisch ausgerichteten Institution übertragbar sein. Befragt man jedoch Patienten am Ende ihrer Behandlung, ob und wie sehr die einzelnen Behandlungsmodule zu dem subjektiv erlebten Behandlungserfolg beigetragen haben, rangiert z. B. die Chefarztvisite diesbezüglich in einigen Einrichtungen deutlich unter den anderen Interventionen einer stationären Behandlung. Der Verdacht erscheint nicht unbegründet, dass es auch hier nicht primär um die Patienten und deren Behandlung ging, sondern möglicherweise eher um das Ableisten einer ungeliebten Pflichtübung.

### 29.3 Triangulierung und andere Funktionen der psychotherapeutischen Visite

Im Kontext einer stationären Psychotherapie, in der das »Sprechen mit dem Patienten« ja der Regelfall und nicht auf die Visiten-situation begrenzt ist, ergibt sich zwangsläufig eine vom Normalfall eines Krankenhauses abweichende Gewichtung. Unserer Erfahrung nach

steht neben allgemeingültigen Dimensionen und Zielen einer Visite der Aspekt der »Triangulierung« im Vordergrund, zumindest wenn es sich um eine Chef- oder Oberarztvisite handelt (► Tab. 29-1).

Bei Visiten in psychotherapeutischen Institutionen gilt es, sich in regelmäßigen Abständen eben nicht nur einen allgemeinen Eindruck vom Patienten und von dessen Behandlung zu verschaffen, sondern vor allem

auch dem Beitrag des Teams bzw. den Besonderheiten der Interaktion zwischen Team oder Bezugstherapeutin und Patient Rechnung zu tragen. Sicher mögen auch ansatzweise diagnostische Überlegungen thematisiert werden, für die der Visitierende anhand wesentlicher Kriterien eines quasi nebenher erhobenen psychischen Befundes einen eigenen Eindruck gewinnt. Auch dürfte der Aspekt der »Zwischenbilanz« einer Therapie

**Tab. 29-1** Typische Funktionen einer Krankenhausvisite

| Funktion                              | Beschreibung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wechselseitige Information            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlauf und Ausprägung der zur Behandlung führenden Beschwerden und Symptome (Zwischenbilanz, Bestandsaufnahme)</li> <li>• ggf. Feststellung weiterer Symptome und diesbezügliche Untersuchung des Patienten</li> <li>• Sicherung der Diagnose auch durch Vervollständigung der Anamnese</li> <li>• evtl. Festlegung weiterer diagnostischer Maßnahmen, z. B. Konsilien</li> </ul>                                                                                                     |
| Weitere Behandlungsplanung            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. Veränderungen des Therapieplanes unter Berücksichtigung der Vorstellungen des Patienten bzw. sämtlicher beteiligter Berufsgruppen</li> <li>• Überlegung und Verordnung zusätzlicher Interventionen (Änderung der Medikation etc.), auch unter Berücksichtigung und Reflexion zuvor vereinbarter Therapieziele und des Grades der möglichen Zielerreichung</li> <li>• Strukturierung der weiteren Behandlung auch unter zeitlichen Aspekten</li> </ul>                             |
| Ausführliche Aufklärung des Patienten | <ul style="list-style-type: none"> <li>• relevante diagnostische und therapiebezogene Überlegungen</li> <li>• umfassende Unterstützung und Orientierungshilfe im Hinblick auf den Beitrag, den der Patient selbst zu dieser Behandlung bzw. zu einer hilfreichen Arbeitsbeziehung leisten kann</li> <li>• orientierende Hinweise in Bezug auf das adäquate Wahrnehmen einer aktiven Krankenrolle, um zum Subjekt der Behandlung werden</li> </ul>                                                                               |
| Kontrolle bzw. Supervision            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung des für die Behandlung zuständigen Teams bzw. einzelner verantwortlicher Mitarbeiter im Lichte einer integrierenden Perspektive</li> <li>• in diesem Sinne auch Aus- und Weiterbildungsfunktionen für diesbezüglich interessierte Teammitglieder</li> <li>• »Triangulierung« im Verhältnis des Patienten zu seinem Behandlerteam unter besonderer Beachtung von Widerständen aufseiten des Patienten bzw. Gegenübertragungswiderständen seitens der Teammitglieder</li> </ul> |
| Dokumentation                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkrankungsverlauf</li> <li>• Therapieverlauf</li> <li>• wesentliche Überlegungen zu den vorgenannten Gesichtspunkten</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

bzw. der Zielerreichung eine nicht unerhebliche Rolle spielen, gerade auch im Hinblick auf die noch notwendige Verweildauer und entsprechende Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern.

Vornehmlich aber wird sich ein leitender Arzt oder Psychologe in der Teamvisite vor allem auf die affektive Situation des Patienten, dessen situativ bzw. szenisch spürbares Erleben und Verhalten sowie die Haltung des Teams bzw. der Bezugstherapeutin konzentrieren – mit besonderer Beachtung möglicherweise bestehender Ängste und Widerstände des Patienten bzw. Gegenübertragungswiderstände aufseiten der Teammitglieder, denn beides kann das Herstellen einer stabilen Arbeitsbeziehung erheblich behindern.

### Fallbeispiel

#### Gerald K.

Ein 22-jähriger Patient erregt durch sein unangepasstes und herausforderndes Verhalten bereits im Vorfeld und in den ersten Tagen der stationären Therapie heftigen Ärger im Team. Die erste Chefarztvisite, die in dieser Klinik regulär als Zimmervisite in den Räumen der Patienten stattfindet und bei welcher der abteilungsleitende Arzt durch den Bezugstherapeuten sowie eine Bezugspflegekraft begleitet wird, hatte nicht stattfinden können, da der Patient eigenem Bekunden nach den Termin »verwechselt« hätte und schlicht nicht auf seinem Zimmer anzutreffen war. Beim zweiten Versuch, eine Woche später und nach insgesamt nun etwas mehr als 14 Tagen im Krankenhaus, empfangt der Patient die ihn zu dritt visitierende Gruppe mit dem abweisend-unfreundlichen formulierten Ärger, dass die Visite doch heute »viel zu spät« komme. Überhaupt sei er mit der Behandlung im Hause nicht einverstanden und er überlege, ob er diese nicht zügig abrechnen sollte. Er sei der Meinung, dass die für ihn zuständigen Teammitglieder ihn nicht verstehen würden. Die Szene war also bestimmt durch ein provokativ-entwertendes Verhalten eines spätadoleszenten Patienten, der im Übrigen

selbst größte Schwierigkeiten hatte, sich innerlich und äußerlich von einem tendenziell verwöhnenden Elternhaus abzulösen.

Während die verschiedenen Teammitglieder, sichtlich verärgert, ihrerseits begonnen hatten, zu »agieren«, den Patienten immer wieder auf die Hausordnung hinzuweisen, ihn in Bezug auf seine scheinbar fehlende Motivation zu kritisieren und immer mehr das Ende des Behandlungsversuchs ins Auge zu fassen, durchbrach der abteilungsleitende Arzt die sich abzeichnenden Kampflinien mit der Positivierung von dessen Abwehr, so maladaptiv diese auch zu sein schien: Es möge ja sein, dass man als Institution »nicht gut genug« für die Behandlung seiner Probleme sei, aber wenn er selbst sich so entwerte, wie er das im Moment mit dem Team mache, auch an sich selbst kein gutes Haar lasse und mit Fehlern nicht leben könne, dann würde es für ihn möglicherweise sehr schwer werden. Manchmal versuche man halt eine Art Flucht nach vorne, wenn man sich selbst unter Druck fühle, Angst vor Vorwürfen und Schuldgefühlen habe, und dann sei es schon sinnvoll, die Angriffe gar nicht erst abzuwarten, sondern seinerseits zum Angriff überzugehen. Dann allerdings stünden sich zwei potente Angriffsreihen gegenüber und ein Kampf sei unvermeidlich.

In diesem Beispiel wird deutlich, dass sich der visitierende Chefarzt im Gegensatz zum Team nicht in eine komplementäre Gegenübertragung verwickeln ließ, sondern die eigene Verunsicherung, bedingt durch die heftigen Angriffe des Patienten, als konkordante Gegenübertragung verstand und damit als eine Mitteilung des Patienten bezüglich eigener tief liegender Ängste vor Beschämung und Entwertung. Einlenken konnte der Patient, da seine provokative Abwehr (letztlich eine Art Identifikation mit dem Aggressor) zunächst in betont positiver Weise aufgegriffen wurde, bevor der visitierende Arzt auf deren maladaptive Aspekte zu sprechen kam. Der Patient reiste nicht ab, das Team verzichtete auf weitere projektive Unterstellungen.

Natürlich variieren die Modalitäten der Visite in hohem Maße mit dem Fachwissen und den Eigenarten der handelnden Personen und deren Kommunikations- und Führungsstil. Eine Visite wird aber auch beeinflusst durch die jeweilige Krankenhaus- und Unternehmenskultur, durch die Reflexions- und Erlebnisfähigkeit des entsprechenden Teams und nicht zuletzt auch durch die Art und Weise ihrer Durchführung bzw. die damit einhergehende Rollenverteilung:

- Wird die Visite mit einem einzelnen Patienten oder mit einer Gruppe von Patienten durchgeführt?
- Geht der Visite eine ausgedehnte Fallbesprechung voraus oder handelt es sich »lediglich« um eine Wochenendvisite?
- Wer kommt zu wem ins Zimmer und wie steht es mit dem Schutz der Privatsphäre der visitierten Patienten?
- Welche Rolle kommt ggf. dem leitenden Arzt während der Visite, aber auch sonst im Behandlungsgeschehen zu?
- Dient die Visite eher der Kontrolle oder der Therapie selbst?
- Geht mit ihr »Auftragsarbeit« einher (»der soll dem Patienten mal die richtig Meinung sagen«) oder überlässt man das Geschehen intuitiv der sich entwickelnden Szene?
- Sollen inhaltliche Aspekte in größerem Umfang thematisiert werden, z. B. bezogen auf einen zentralen Beziehungskonflikt (Luborsky 1995) oder einen spezifischen Behandlungsfokus, was dann von Patienten auch mit entsprechender Spannung erwartet wird?
- Handelt es sich um eine reguläre Facharzt- oder um eine Chefvisite?

Die jeweilige Betonung des einen oder anderen Aspektes trägt erheblich zu Varianz und Variabilität von Visiten bei. Da sowohl die Patienten als auch die Teammitglieder einen

leitenden Arzt z. B. auch als einen Vertreter der Krankenhaushierarchie kennen, können Visiten je nach Übertragungsdisposition bei beiden Gruppen sehr unterschiedliche Gefühlslagen auslösen; Angst vor dieser dominierenden Rolle kann beispielsweise zu besonderem Leistungsdruck führen, aber auch zu Devotheit bis hin zu expansiv-ärgerlichen Tendenzen, sich nicht unterwerfen zu wollen. Nicht unerheblich ist deswegen, ob sich der visitierende Arzt als Vertreter eines gemeinsam konzipierten Teamauftrags und damit gewissermaßen als »Anwalt der Therapie« versteht und ob er vor allem das Arbeitsbündnis und diesbezüglich möglicherweise bestehende Komplikationen im Blick hat. Der leitende Arzt ist ja immer auch Repräsentant des Milieus, Vertreter des Behandlungskonzeptes und Beobachter der ineinandergreifenden Wirkfaktoren gleichermaßen, eine Erwartung, die sowohl vom Team als auch von den Patienten an ihn gerichtet wird. Parallel dazu wird er als leitender Arzt aber auch in seiner persönlichen Präsenz wahrgenommen, d. h. Patienten erleben visitierende Leitungspersonen nicht nur in ihrer Gesamtverantwortung, sondern ebenso als an ihrer Realität interessierte und teilnehmende, »nahbare« Personen, die sie mit dem Namen kennen, in anderen Begegnungssituationen grüßen und mit denen kurze Gespräche durchaus auch im normalen Alltag der Klinik möglich sind.

Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen Optionen macht es einen erheblichen Unterschied, ob es sich »lediglich« um die Wochenendvisite eines diensthabenden Arztes (begleitet z. B. von einer Pflegekraft) handelt oder um eine Chefvisite mit Anwesenheit des gesamten Behandlungsteams.

Unabhängig davon können sich Visiten bei längerer Verweildauer und kontinuierlicher Durchführung im Erleben eines Patienten durchaus zu einem festen Behandlungsbestandteil entwickeln und von diesem gewis-

sermaßen repräsentativ für die integrative Leistung des Teams wahrgenommen werden (► Janssen 1987, S. 131).

### Praxistipp

#### Die Wochenendvisite

In einer Visite »vor dem Wochenende«, die – wie in manchen Kliniken üblich – am Samstagvormittag durchgeführt wurde, erregt Elisabeth G., die erst vor drei Tagen aufgenommen worden war, das Aufsehen der diensthabenden Therapeutin durch ihre ausgesprochen aufgeregt-affektualisierte Schilderung ihrer Aufnahmegründe, eines missglückten Suizidversuchs und dessen Hintergründe, um dann auch noch Einzelheiten dieses Versuchs preiszugeben.

Solche Wochenendvisiten unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von einer Facharzt- oder Chefvisite. Sie können als Einzelvisite erfolgen oder auch als Gruppensuche. In der Regel sind diese Visiten aber zeitlich und inhaltlich fokussiert auf das Wochenende, die Art und Weise, wie der Patient dies zu verbringen gedenkt, ob mit Komplikationen zu rechnen ist und was der Patient dann in einem solchen Falle möglicherweise tun könnte. Das Hier und Jetzt der nächsten 36 Stunden hat damit absolute Priorität.

Die zeitliche Begrenzung bedingt, dass der durch gezielte Fragen eruierte, also explorierende Anteil damit deutlich Oberhand gewinnt, denn in den zur Verfügung stehenden etwa fünf Minuten lässt sich allenfalls feststellen, wie die Patientin »in etwa« die Woche bzw. die Nacht zum Samstag verbracht hatte und mit welchen Plänen sie am Wochenende, d. h. die nächsten 36 Stunden, unterwegs sein wird. Visitengespräche unmittelbar vor dem Wochenende finden dementsprechend hochstrukturiert statt, beschränkt auf drei oder vier recht direkt an die Patientin gerichtete Fragen:

- »Darf ich fragen, wie Sie die letzten Tage/die letzte Nacht verbracht haben?«
- »Haben Sie sich für das kommende Wochenende irgendetwas Besonderes vorgenommen?«
- »Was sollte wohl auf keinen Fall passieren und was tun Sie, wenn dies trotzdem eintritt?«

Dabei wird der ärztliche oder psychologische Therapeut im Allgemeinen von einer Pflegekraft begleitet, die in den meisten Fällen die Patienten auch besser kennt als er selbst.

Solche relativ kurzen Visitengespräche sollten stabilisierend und unterstützend bzw. ressourcenorientiert durchgeführt werden. Im Rahmen einer Gruppensuche sollte die Gruppe nur in Ausnahmefällen eingebunden werden (»Sie kennen ja Herrn X viel besser als ich, was würden Sie ihm empfehlen?«). Aus psychodynamischer Sicht überwiegen also klarifizierende Interventionen und nur in Ausnahmefällen kommt es zu einer Konfrontation und/oder Interpretation. Für die Antworten des Patienten sollte allerdings auch in solch kürzeren Begegnungen genügend Zeit bleiben, damit sich der visitierende Therapeut überblicksartig einen Eindruck vom Patienten und dessen psychischem Befinden verschaffen kann, auch wenn die Zeit für einen präzisen psychischen Befund (in allen Einzelheiten, z. B. AMDP-Schema) nicht ausreichen dürfte. Zeit sollte aber immer bleiben, um größere Abweichungen oder eindeutig pathologische Auffälligkeiten feststellen zu können, dies nicht nur aus therapeutischen Gründen, sondern auch in juristischer Hinsicht: Ist in irgendeiner Weise Gefahr im Verzug, darf ein Patient nicht in eine Belastungserprobung »beurlaubt« werden.

Im Falle von Elisabeth G. erübrigte sich diese Entscheidung ohnehin, da entsprechend den Landesverträgen, welche die Krankenhäuser mit den Kassen abgeschlossen haben, in der Regel eine Beurlaubung am ersten Wochenende ohnehin nicht vorgesehen ist. Andererseits galt es, trotz der knappen Zeit die Aufregung, die der Patientin anzumerken war, taktvoll anzusprechen, um so dann auf die Begrenztheit der Gesprächssituation hinzuweisen. Die Hintergründe der aufgeregten Schilderung der Patientin blieben zwar weitgehend ungeklärt, ihre Affektlabilität hatte jedoch zur Folge, dass mit der diensthabenden Pflegekraft drei regelmäßige Gesprächskontakte während des Wochenendes vereinbart wurden – eine Absprache, auf die sich die Patientin ohne weitere Widerstände auch einließ.

Bedingung für die Wirksamkeit einer solchen Begegnung wie in der Wochenendvisite mit Elisa-

beth G. ist immer auch die weitere Nutzung und Bearbeitung dessen, was in dem kurzen Moment der Visite nur aufblitzen und natürlich nicht umfassend bearbeitet werden kann. Das kann in der Einzeltherapie, ggf. aber auch im Austausch der Visiterfahrungen in der Gruppentherapie oder im informellen Gespräch unter den Patienten ohne therapeutische Begleitung geschehen. Die Ermutigung, das Erlebte mit seiner Relevanz ernsthaft wahrzunehmen, zu thematisieren und durcharbeiten – bis hin zur Möglichkeit, auch einen Nachgesprächstermin über die Visitsituation hinaus in Anspruch zu nehmen –, schafft eine Nachhaltigkeit, in der sowohl Aufforderung zur Auseinandersetzung und Konfliktbereitschaft als auch Verbindlichkeit und Beziehungsangebot und damit korrigierende Beziehungserfahrungen enthalten sind.

Oft wird die Visitsituation aber auch für die Abrechnung mit einem Einzel- oder Gruppentherapeuten benutzt oder für ein überschwängliches Lob der therapeutischen Beziehung, um nur einige Beispiele für die z. T. sehr unterschiedlichen Gefühlslagen zu nennen. Die Herausforderung und die Chance in dieser Situation bestehen im intuitiven Erfassen der bewussten und möglicherweise auch unbewussten Aspekte solcher Inszenierungen, vor allem aber in der schnellen Entscheidung, welche der angebotenen Themen aufgenommen und ggf. vertieft werden. Insofern ist die Visite nicht nur »Improvisationstheater« auf hohem Niveau mit oft intuitiv gefällten Entscheidungen, sondern gewinnt therapeutische Qualität, abhängig natürlich von den Vorerfahrungen mit einem Patienten, der Kenntnis seiner Geschichte, des Therapieverlaufs, den Informationen aus dem Gesamtteam und vielleicht schon zuvor erlebten Visitsituationen. Hilfreich ist dabei die in der Vorbesprechung im Team bereits erarbeitete Behandlungssessenz, die oft ein Wiedererkennen in der aktuellen Szene ermöglicht, z. B. eine Inszenierung des Patienten, eine be-

stimmte Gegenübertragung oder auch eine Verifizierung des im Team Gehörten. Gleichzeitig ergibt sich die Chance auf Neues, da sich die Sicht des Patienten noch einmal ganz anders darstellt und der visitierende Arzt möglicherweise unvoreingenommener und in seinem Empfinden unabhängiger wahrnimmt und reagiert.

Neues kann der Patient aber auch in der Beziehung zum Visitierenden erproben. Gerade die Wahrnehmung des Chefarztes als dominanter oder mächtiger Person bietet dem fortgeschrittenen Patienten die Möglichkeit, sich aus einer unterwürfigen oder konfliktvermeidenden Position zu befreien, den Visitierenden zu kritisieren, zu konfrontieren oder sich über (vermeintliche) Missstände zu beschweren und (hoffentlich) eine korrigierende Neuerfahrung in einer gelungenen Konfliktbearbeitung zu erleben. Häufig benötigt der Patient hierzu die Unterstützung und Vorbereitung in der Gruppe oder durch das Team, um sich dieser Exposition (verhaltens-therapeutisch gesprochen) zu stellen. Die Visite wird damit zum »realen Übungsraum«.

Authentizität des Gefragten, Gesagten und Geantworteteten auf beiden Seiten ist sicher der beste Weg zum Gelingen und Herstellen einer nachhaltig wirksamen Visite, in der auch Übertragungsaspekte sowie Ängste und Widerstände im Agieren eines Patienten gespürt und benannt werden können. Der Visitierende hat dabei die schwierige Aufgabe, den Schutzraum des Patienten einerseits zu respektieren, aber andererseits auch zu hinterfragen, um die Wiederholungssituation der neurotischen Inszenierung oder der eingeschliffenen sekundären Fehlverhaltensweisen zu verdeutlichen. Der Vollständigkeit halber soll in diesem Zusammenhang auch ein Schema von Fehlenberg et al. (2003, S. 450) erwähnt werden, welche die für Visiten typischen Interventionen in die folgenden vier Hauptkategorien unterteilen:



- explorierende Interventionen
- stützende Interventionen
- konfrontierende und interpretierende Interventionen
- direkte Führung

## 29.4 Risiken und Nebenwirkungen der Visite

Therapeutische Qualität kann dabei jeder der von Fehlenberg et al. (2003, S. 450) genannten Interventionen zukommen, je nachdem, in welchem Kontext und mit welcher Intention bzw. in welchem Tonfall die jeweilige Intervention formuliert und der Patient damit zum Nachfühlen oder Nachdenken bzw. zum »Mentalisieren« (Schultz-Venrath 2013) oder aber zur kritischen Selbstreflexion angeregt wird. Da aber die Visite *»aus der Patientenperspektive alles andere als eine psychotherapeutische Situation ist«*, laufe der visitierende Arzt immer auch Gefahr, *»die Behandlungs- und Kommunikationserwartung zu frustrieren«* (Fehlenberg et al. 2003, S. 451).

Die Autoren machen u. E. deswegen auch zu Recht darauf aufmerksam, wie solche Frustrationen eskalieren können, in dem sich der Patient dann möglicherweise zurückzieht, um weitere Schäden zu vermeiden, sei es, dass er ausufernd anfängt, über sich zu reden, um Kontrolle zurückzugewinnen, zum Angriff übergeht, um weiteren Schaden für sein Selbstgefühl abzuwenden etc. In der Regel bringt man Patienten vor allem mit unerwartet konfrontierenden Interventionen zum Schweigen bzw. reduziert deren Beiträge auf konventionelle Mitteilungen. Patienten erzählen dann dem Arzt lediglich, was dieser hören will, und Visiten mutieren so zu kommunikativen Leerlaufhandlungen. Der visitierende Arzt spürt bzw. ahnt diese Zusammenhänge und fühlt sich seinerseits instrumentalisiert bzw. sinnentleert, um darauf dann mit Lustlosig-

keit zu reagieren, was den Leerlauf im Sinne eines Teufelskreises nur noch verstärkt.

### 29.4.1 Die Visite als Ritual?

Da insbesondere Patienten mit schwereren strukturellen Störungen spannungsvoll auf ungewohnte und damit verunsichernde Situationen reagieren, sollten Visiten regelmäßig und nach Möglichkeit von denselben Personen durchgeführt werden. Aus Gründen der Behandlungskontinuität sollten inhaltlich auch alle weiteren, parallel verlaufenden therapeutische Prozesse und Entwicklungen soweit wie möglich einbezogen werden. Visiten sollten u. E. für Patienten auf diese Weise möglichst vorhersehbar bzw. berechenbar gestaltet werden, denn Abweichungen verunsichern, unabhängig davon, ob sie als Einzel- oder als Gruppensite, als Zimmervisite oder in welcher Form auch immer durchgeführt werden. Durch eine ritualisierte Form der Durchführung und die weitgehende Konstanz der handelnden Personen werden Visiten eingebettet in den übrigen Rahmen einer stationären Psychotherapie und damit in eine Reihe anderer Therapiebausteine.

Gemeinsam ist allen Ritualen, dass sie mehr oder weniger formalisiert ablaufen. Sie strukturieren so nicht nur das alltägliche Tun eines Menschen oder besondere Abschnitte in seiner biografischen Entwicklung, sondern auch bedeutsame Ereignisse und Übergänge in seiner Bezugsgruppe. Sie erleichtern dem Individuum und der Gruppe bzw. dem Patienten und einem Team die Orientierung, sei es im Hinblick auf zeitliche Abläufe, ideologische Ausrichtung und/oder Identität, indem sie als äußere Handlungen zurückwirken auf das Innenleben der Einzelnen bzw. das der Gruppe. Wer wollte bestreiten, dass diese Ingredienzien auch einer fachärztlichen Visite innewohnen und damit zu deren Wirkung erheblich beitragen können? Dies gilt umso

mehr, wenn die Visite zu dem Ort erkoren wird, an dem einem Patienten dann auch Besonderes mitgeteilt wird, seien es z. B. Teamentscheidungen oder eine im Vorfeld angekündigte Fokusformulierung, unter der die weitere Behandlung dann inhaltlich fortgeführt werden soll. Die Visite als sich wiederholendes Ritual impliziert damit immer auch die Möglichkeit zur wiederkehrenden Bearbeitung eines bereits vertrauten Themas. Das Gesehenwerden des Patienten durch einen leitenden Arzt z. B. als dem Repräsentanten des Konzeptes, das Wieder-Erleben einer Bindung, die ggf. schon im kurzen Gespräch am Tag der Aufnahme ihren Anfang genommen hat, die Vermittlung der Verbindlichkeit und Bedeutung dessen, was in der Therapie geschieht und dass dieses sowohl im Gelingen als auch im Misslingen besprechbar ist, stellt oft eine korrigierende emotionale Erfahrung in Bezug auf dysfunktionale Beziehungsmuster dar, wenn dieser Prozess freundlich zugewandt gestaltet wird. Insofern können der wiederholt stattfindenden Visite durchaus strukturbildende Funktionen zugeschrieben werden.

Exemplarisch soll an dieser Stelle die (historisch gewachsene) Visitsituation in einer psychoanalytisch orientierten arbeitenden Klinik geschildert werden, um an einem konkreten Beispiel die Vielfalt der diagnostischen, gestalterischen und therapeutisch nutzbaren Möglichkeiten einer Visite zu beleuchten.

### Praxistipp

#### Dienstag ist Visitentag – Beispiel aus einer Klinik

Dienstag ist Visitentag, genauer gesagt Chefvisitentag, ein wöchentlich wiederkehrendes Ritual, das als ein Kernstück des stationären Alltags, des Zusammenhaltes und der gemeinsam gelebten Gestaltung des Konzeptes dieser Klinik gilt. Die Vorbereitung dieser Visite findet als Teambespre-

chung statt, in der die aktuelle Entwicklung jedes einzelnen Patienten und Ereignisse der vergangenen Woche aus der Perspektive der verschiedenen Berufsgruppen beleuchtet werden. Auf diese Weise entsteht ein aktueller Gesamteindruck des Patienten, der auch die Ausgangslage für die Gestaltung der Visite darstellt. Diese Art der Vorbereitung kann durchaus mit spezifischen Wünschen des Teams bzw. »Aufträgen« einhergehen, etwa dem Wunsch, dass ein Konflikt aus der Einzeltherapie oder dem Stationsgeschehen aufgegriffen wird, oder es wird um disziplinarische Unterstützung z. B. bezüglich der Einhaltung der Hausordnung oder auch der regelmäßigen Teilnahme am Therapieprogramm gebeten. Die Situation, in der diese gebündelten Erwartungen aller Beteiligten aufeinandertreffen, findet in dieser Klinik öffentlich statt, d. h. die gesamte Visite wird von den, wenn möglich, vollständig anwesenden Teammitgliedern gehört, gesehen und beurteilt.

Vier Stunden Konzentration des Gesamtteams beginnen also mit einer gemeinsamen Sichtung aller Patienten zunächst als Teamveranstaltung, um Beobachtungen zusammenzutragen, über biografische Daten, aber auch über gruppendynamische Prozesse, Komplikationen und anderes Relevantes aus der Einzeltherapie zu berichten und psychodynamische Überlegungen anzustellen. Die sich daran anschließende Visitenrunde, in der jeder Patient gesehen und gesprochen wird, ist mit dem Ziel verbunden, eine größtmögliche punktuelle Transparenz der Prozesse zu ermöglichen. Die Aufgabe des Visitierenden im direkten Kontakt mit dem Patienten ist es dann zunächst, eine Art Essenz des Zusammengetragenen zu vermitteln. In diesem Zusammenhang kann z. B. ein Fokus formuliert werden, zu dem der Patient noch einmal befragt wird, oder eine affektiv aufgeladene Situation aus dem Klinikalltag oder auch eine gruppendynamisch relevante Episode aufgegriffen werden, über die zuvor berichtet worden war. Durch die Gruppensituation dieser Visite und die Begegnung des Patienten mit einem leitenden Arzt entsteht in der Regel eine gewisse kommunikative Intensität, in der die Balance gewahrt bleiben sollte zwischen der Notwendigkeit, den Patienten zu schützen – mit Berücksich-

tigung des Kränkungspotenzials einer solchen Situation, und der Chance, den Patienten emotional zu erreichen, ggf. auch durch das Thematisieren seiner Abwehr.

Eine besondere Herausforderung stellen diese »Großvisitensituationen« für Patienten mit einer strukturellen Störung dar, bei denen sich ein Konflikt nicht verbalisierend und klärend abbildet, sondern die vielleicht eher agierend einen »Kampfmodus« herstellen oder die Anerkennung ihrer Sichtweise auf direktem Wege kompromisslos einfordern. Die Erfahrung zeigt, dass eine authentische Reaktion, die das aktuelle Geschehen direkt beantwortet, direkte Fragen nach dem aufbrechenden Affekt, dem dahinterliegenden Enttäuschungs- oder Kränkungserleben und dem Inhalt des Angriffs (»was soll diese Zurschaustellung hier«, »ich fühle mich begafft wie im Zoo« etc.) ernst nimmt, als geäußertes Gefühl zulässt, ein für beide Seiten ernst zu nehmendes Beziehungsangebot herstellt. Dabei ist es durchaus auch möglich, dass eine Visite zunächst konflikthaft endet, dieser Konflikt das nächste Mal aber wieder aufgenommen und weiter bearbeitet wird. Im Ausnahmefall kann auch ein nachfolgender Einzeltermin vereinbart werden. Dies ist jedoch erfahrungsgemäß eher selten notwendig und meist auch wenig sinnvoll, da die situative Bearbeitung unter den Augen des Teams oft viel effizienter, zielführender und emotional nachhaltiger wirkt als in der Dyade.

Im Versuch, Verwicklungen zu klären, kann es auch zu einer Entschuldigung des Visitierenden kommen, wenn z. B. eine Grenzverletzung oder ein Missverständnis seinerseits ausgelöst worden war, eine Situation, die oft eine ganz besondere korrigierende Erfahrung gerade für die Patienten darstellt. In diesem Zusammenhang erscheint es nicht hilfreich, wenn »fürsorgliche« Einzeltherapeuten nach einer konflikthaften Visitsituation sofort tröstend oder nivellierend »nachvisitieren« und durch die Reaktivierung alter Muster des Erlebens wie das eines »bösen Vaters« und einer »guten Mutter« konfliktklärende Lösungen und die Möglichkeit wirklich korrigierender Erfahrungen erschweren.

Rituale können allerdings auch eingesetzt werden, um Macht zu legitimieren bzw. um diese zu festigen. Dieser Aspekt darf bei einer kritischen Überprüfung der Funktion einer Visite nicht übersehen werden, denn Machtfragen werden natürlich auch in Einrichtungen der stationären Psychotherapie immer »mitverhandelt«, wenn es scheinbar vornehmlich um Sachfragen der Diagnostik, der Indikation oder der Behandlung geht. Wer schlussendlich im Rahmen einer Visite das Gespräch mit dem Patienten beginnt, wer dann wann das Wort ergreift, welche Fragen oder Einwände von wem »erlaubt« sind, mag explizit nirgendwo geregelt sein. Implizit greifen diesbezüglich jedoch unausgesprochene Regeln umso eindeutiger.

### 29.4.2 Schamkonflikte während der Visite und daraus resultierende Widerstände

Ob Therapie, Kontrolle oder Zwischenbilanz, ob Versuch der Triangulierung, Heilungsritual oder Machtspiel: Unabhängig davon, welche der potenziellen Funktionen, die alle eine Rolle spielen, im Rahmen einer Visite im Vordergrund stehen mögen, muss mit einem Patienten gesprochen werden und seine Meinung, seine Einschätzung, aber auch seine Gefühlswelt spielen bei der Visite eine wichtige, um nicht zu sagen die entscheidende Rolle.

Diese Gefühlswelt in Erfahrung zu bringen, spezifische kognitive und emotionale Aspekte im Erleben des Patienten durch Fragen herauszuarbeiten, ist eine heikle Angelegenheit, vor allem, wenn die Visite in Form einer Gruppenvisite durchgeführt wird:

- Was sollte in Gegenwart mehrerer Teammitglieder oder auch anderer Patienten offen besprochen bzw. direkt angesprochen werden und was eher nicht?
- Welche Inhalte bedürfen möglicherweise eines geschützteren Raumes?

- Was sollte man keinesfalls »vor versammelter Mannschaft« thematisieren bzw. wann ist möglicherweise ein geeigneter Zeitpunkt, dies eventuell trotzdem zu tun?
- Wer entscheidet, worüber gesprochen wird – der Patient, die Intuition des visitierenden Arztes oder die Unterschrift eines Patienten unter eine diesbezügliche Schweigepflichtsentbindung?

Wenn sich ein leitender Arzt vor der Gruppe der anderen Patienten oder der Gruppe anwesender Mitbehandler nach dem Befinden des Patienten, der Wirkung einzelner Therapiemaßnahmen, nach Nebenwirkungen oder der Stimmigkeit von Therapiezielen bzw. deren Erreichung erkundigt: Immer muss ein Patient befragt bzw. ermuntert werden, etwas von sich und seinem inneren Erleben preiszugeben. Mit dem Fragen ist es aber bekanntlich so eine Sache. Nicht umsonst hat Bodenheimer (2011) in seiner wohl bekanntesten Abhandlung auf die »Obszönität des Fragens« abgehoben, eine Umgangsform, in welcher der Gefragte etwas von sich zeigen bzw. kundtun muss, ob er das nun will oder nicht. Der Befragte rückt damit immer auch in eine Position potenzieller Beschämung und um diese zu vermeiden, bleiben Antworten häufig an der Oberfläche, verdecken mehr als sie offenbaren, werden mit Gegenfragen beantwortet und damit zum »Gegenangriff« genutzt etc. Da das Gelingen menschlicher Interaktion bzw. Kommunikation wesentlich auf Reziprozität beruht, wird Intimeres von seinem Gegenüber nur der erfahren, der seinerseits mit einem Mindestmaß an Offenheit und Authentizität interagiert. Ansonsten ist die Wahrscheinlichkeit hoch, von Patienten mit banalen Antworten abgespeist zu werden, mit denen sie sich eines weiteren Eindringens erwehren. Auch wenn ein Krankenhaus ohnehin Ort asymmetrischer Kommunikation zwischen scheinbar »bedürftigen Patien-

ten« und scheinbar »wissenden Behandlern« ist und damit voller potenzieller Beschämungssituation, dürfte die Visite diesbezüglich noch einmal hervorstechen, gerade wegen der ihr seitens der Patienten zugewiesenen Bedeutung und der Öffentlichkeit, vor der sie stattfindet.

In diesem Zusammenhang kann man empirische Befunde gar nicht ernst genug nehmen, die darauf verweisen, wie sehr die Patientenperspektive geradezu systematisch durch entsprechende Gesprächstechniken ärztlicherseits entwertet werden kann, indem visitierende Ärzte »abriegeln, überfahren, hinhalten, leer laufen lassen, abwinken, stilllegen, problematisieren, abbiegen, verlagern, filibustern, abgleiten, sich rausreden« (Bliesener 1982b; ► auch Fehlenberg et al. 2003). Solche Verhaltens- und Gesprächsmuster verweisen auf das erhebliche Beschämungspotenzial, das Visiten innewohnt, wodurch gerade selbstunsichere Patienten in ihrem Gefühl von Selbstachtung und Würde massiv verunsichert werden könnten. Auch wenn davon auszugehen ist, dass Visiten in der stationären Therapie prinzipiell durch psychotherapeutisch geschulte Ärzte und Psychologen vorgenommen werden, Beschämungsaspekte sind deswegen leider nicht von vorneherein ausgeschlossen. Im Gegenteil, je subtiler sie »realisiert« werden, desto nachhaltiger mögen sie wirken. Das fängt beim unvermeidlichen Fragen an, muss doch der Patient in seiner Antwort etwas von sich zeigen, während der fragende Therapeut scheinbar neutral ein geschlossenes System bleibt. Es geht weiter über das nachdenklich mitgeteilte Herrschaftswissen des Therapeuten, der z.B. für den Patienten unvermittelt vor versammelter Mannschaft eine Deutung wagt und damit Intimitätsgrenzen verletzt. Es hört auf bei Gruppensvisiten, in denen sich der einzelne Patient dem ganzen Team (möglicherweise bei Anwesenheit eines Ober- oder Chefarztes)

»stellen« muss, gewissermaßen auf dem Prä-sentierteller dann Stellung nehmend zu seinen Vorstellungen, Überlegungen, Therapiezielen. Unter Verleugnung, dass es sich bei Therapie immer um eine Wechselwirkung handelt, fragen Teammitglieder ungeniert kritisch sachliche und emotionale Details nach, was dann von Patienten folgerichtig eher als »Tribunal« erlebt wird denn als ein sinnvoll ergänzender Therapiebaustein.

Natürlich sind Fragen nicht als solches schlecht oder dysfunktional, kommt es doch eher auf die Haltung an, mit der sie gestellt werden und ob diese ein echtes Interesse signalisieren oder eher routiniertes Abarbeiten einer Checkliste sind. Schultz-Venrath (2013) beschreibt, wie sehr im Rahmen der vor allem von Bateman und Fonagy (2008) propagierten Technik des »Mentalisierens« gerade durch freundlich-interessiertes Nachfragen Patienten neue Dimensionen des Erlebens eröffnet werden können. Eine gefühlvoll platzierte »*affektfokussierte Fragetechnik*« (Schultz-Venrath 2013, S.163) mit der Haltung eines »*authentischen Nichtwissens*« (Schultz-Venrath 2013, S.162) könne (und dies u. E. auch und besonders im Kontext einer Visite) dann erhebliche therapeutische Wirkungen entfalten, wenn sie einen Patienten darin unterstütze, sich besser in sich selbst bzw. in sein interaktives Gegenüber einzufühlen und sein Verhalten in Relation zu den eigenen Wünschen und Gefühlszuständen bzw. denen seiner Bezugspersonen besser zu steuern. Es gilt also auch für die Visite: Der Ton macht letzten Endes die Musik.

## Literatur

- Bateman AW, Fonagy P. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungs-basiertes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozial Verlag 2008.
- Bliesener T. Die Visite – ein verhinderter Dialog. Initiativen von Patienten und Abweisungen vom Personal. Tübingen: Narr 1982a.
- Bliesener T. Konfliktaustragung in einer schwierigen »therapeutischen Visite«. In: Köhle K, Raspe HH (Hrsg). Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München: Urban & Schwarzenberg 1982b; 249–68.
- Bodenheimer AR. Warum? Von der Obszönität des Fragens. Stuttgart: Reclam 2011.
- Böcker W. Arzt-Patient-Beziehung: Der fragmentierte Patient. Dtsch Ärztebl 2003; 100(1-2): A-24/B-22/C-22.
- Fehlenberg D, Simons C, Köhle K. Die Kranken-visite. Chance für ein weitergehendes ärztliches Gespräch. In: Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Langwitz W, Schonecke OW, Uexküll T v, Wesiack W (Hrsg). Uexküll. Psychosomatische Medizin. München, Jena: Urban & Fischer 2003; 445–56.
- Geisler LS. Kommunikation bei der Patientenvisite – Ausdruck unserer ethischen Werthaltung. Vortrag beim Ethikforum der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil, Bochum, 14. März 2003.
- Janssen PL. Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta 1987.
- Luborsky L. Einführung in die Analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch. 2. Aufl. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1995.
- Probst S. Bedeutung der Visite in der psychosomatischen Medizin. Dissertation, 2008. Open Access Repositorium der Universität Ulm. [dx.doi.org/10.18725/Opau-1442](https://dx.doi.org/10.18725/Opau-1442) (letzter Zugriff: 31.07.2017).
- Probst S, Mörtl K, Wietersheim J v. Die Bedeutung der Visite in der Psychosomatischen Medizin. Psychother Psych Med 2009; 59 – A063. doi:10.1055/s-0029–1208204.
- Schultz-Venrath & Lehrbuch Mentalisieren. Stuttgart: Klett-Cotta 2013.
- Seidl O, Ermann M. Die Klinik als psychoanalytischer Raum. In: Gerlach A, Schlösser AM, Springer A (Hrsg). Psychoanalyse mit und ohne Couch. Gießen: Psychosozial Verlag 2003; 180–93.

## 30 Zwischenräume – Der Therapieprozess am Wochenende

Michael Hölzer und Dorothee Kress

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel geht es um sogenannte »therapiefreie« Zeiten, eine Begrifflichkeit, die aus Sicht der Autoren fehlt, da »Zwischenräume« zwischen (teil-)stationären Therapieeinheiten unabhängig sind, damit ein Patient das in den verschiedenen Therapien Erlebte und Erfahrene ohne Interaktionsdruck von außen verarbeiten bzw. verinnerlichen kann. Dieser Aneignung stehen häufig genug schambedingte Widerstände wie auch Identitätswiderstände entgegen, weshalb dieser Prozess einige Zeit in Anspruch nehmen kann. Auch Kontakte zum angestammten Alltag im Sinne von »Belastungserprobungen« erscheinen als »Zwischenräume« des Übens bzw. Ausprobierens unverzichtbar und damit als konstitutiv für den eigentlichen Therapieprozess wie auch für eine adäquate Entlassungsvorbereitung. Andererseits können therapiefreie oder -arme Phasen in Ferienzeiten, Krankheitsfällen des Personals, in den Randzeiten nachts oder am Wochenende auch eine erhebliche Belastung für entsprechend disponierte Patienten darstellen. Belastungen, aber auch Möglichkeiten, die sich durch »therapiefreie« Zwischenräume ergeben können, sollen anhand einiger Fallbeispiele erläutert werden.

### 30.1 Vorbemerkungen und Fragestellung

Studiert man gängige Behandlungs- und Therapiekonzepte entsprechender Einrichtungen (oder googelt man sie im Internet), könnte man meinen, stationäre Psychotherapie spiele sich vornehmlich wochentags in der Zeit zwischen 9.00 Uhr morgens und 17.00 Uhr nach-

mittags ab. Die überwiegende Mehrheit der beschriebenen Therapieeinheiten und -module, das Gros der vom Team angebotenen und von den Patienten wahrgenommenen Interventionen setzt naturgemäß die Anwesenheit des therapeutischen Personals voraus, dessen Kernarbeitszeit in der Regel in dieses gängige Zeitfenster fällt. Die Arbeitszeiten des Personals (nicht selten tatsächlich »nine-to-five«) sind tarifvertraglich festgezurrt und werden immer häufiger auch durch Instrumente der elektronischen Zeiterfassung registriert. Im Falle von abgeleisteten Überstunden werden diese manchmal – leider nicht selbstverständlich – durch einen Anspruch auf Freizeit ausgeglichen. Auch wenn die reine Anwesenheit nicht unbedingt mit Engagement gleichgesetzt werden kann, erfährt die (teil-)stationäre Therapie durch die arbeitszeitlichen Bestimmungen einer Institution eine vergleichsweise strikte zeitliche Rahmung. Gleichzeitig drängt sich die Frage auf, was eigentlich vor 9.00 Uhr morgens bzw. nach 17.00 oder 18.00 Uhr abends und an den Wochenenden stattfindet. Was davon kann noch als »Therapie« firmieren bzw. was wird in dieser Zeit therapeutisch in welcher Weise wirksam? Was passiert an Sonn- und Feiertagen, wenn die Mitarbeiter, abgesehen von den Diensthabenden, mehrheitlich aus der Klinik verschwunden sind und keine Spezial- oder Ergotherapeuten strukturierte Freizeitangebote unterbreiten? Was findet statt und wer übernimmt die Regie? Und was passiert eigentlich Nacht für Nacht in psychosomatisch-



psychotherapeutischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Stationen, deren Patienten überwiegend der Psychotherapie bedürfen (und die deswegen in der Regel auch nicht geschlossen geführt werden)?

Ginge es nach der Vorstellung einiger Kostenträger und deren Medizinischer Dienste, würden ohnehin nur die Diagnosen schwerster Krankheitsbilder – mit Bedarf an »pausender« Therapie und aufgrund wiederkehrender Krisensituationen permanenter Arzteinsätze – stationäre Krankenhausbehandlungen rechtfertigen. Was wie ein Zerrbild und übertrieben klingt, wird von manchen privaten und gesetzlichen Krankenkassen tatsächlich als eine Art Therapie rund um die Uhr vorausgesetzt, im Ernstfall sogar eingeklagt, wenn sich Krankenkassen auf die durch den MDK gestellten Nachfragen im Hinblick auf Verweildauern oder die jeweils bestehenden Strukturvoraussetzungen einer Institution bzw. auf die aus den Antworten der Klinik resultierenden »Gutachten« des MDK verlassen.

Andererseits dürfte es für viele stationäre (z. T. auch teilstationäre) Einheiten allerdings auch eine Realität sein, dass therapeutisch nicht spezifisch konzeptualisierte »therapiefreie« Abschnitte einen erheblichen »Zeit-Raum« ausmachen, den ein Patient in einer Einrichtung verbringt. In diesem Zusammenhang stellt sich die berechtigte Frage nach dem Sinn und/oder Unsinn solcher Zeit- bzw. »Zwischenräume«, nach deren »Füllung« bzw. Funktion im Gesamtgeschehen einer (teil-)stationären Behandlung, und dies nicht nur aus der Sicht der Kostenträger. Das finanzielle Argument, dass Krankenhäuser schlussendlich mit begrenzten Pflegesätzen auskommen müssen, die in vielen Fällen ohnehin nur eine Art Minimalbesetzung im Regelbetrieb zulassen (von Personal für unterstützende Prozesse wie Küche, Haustechnik, Patienten-datenverwaltung etc. einmal ganz abgesehen), befriedigt in diesem Zusammenhang nicht,

auch wenn materielle Ressourcen wie Zeit und Geld für besondere Angebote in den »therapiefreien« Abschnitten eines Wochenplans vielfach nicht vorhanden sein mögen.

Ganz abgesehen von der Überlegung, ob es überhaupt sinnvoll ist, möglichst viele und zeitfüllende Therapieangebote zu machen und ob quantitativ »mehr« Therapie tatsächlich auch »mehr« hilft, drängen sich in diesem Zusammenhang noch andere Fragestellungen auf:

- Was macht eigentlich den Kern der Wirksamkeit einer stationären Behandlung aus (► Kap. 8)?
- Wie steht es mit dem Aspekt der inneren bzw. emotionalen Verarbeitung des in spezifischen Therapieeinheiten Erlebten und Erfahrenen?
- Wie sind überhaupt Prozesse der Verinnerlichung vorstellbar oder solche »impliziten Lernens« (um einen eher verhaltenstherapeutischen Begriff zu bemühen) im Gegensatz zu »expliziten«, d. h. kognitiv betonten Lernprozessen?
- Brauchen Patienten dafür nicht viel mehr Zeit, Raum und Gelegenheit, als normalerweise in eng gefüllten Wochenplänen dafür vorgesehen ist?

## 30.2 »Therapiefreie« Zeiten?

Auch wenn die Entlastung eines Patienten, seine Stabilisierung und die Reduktion quälender Symptome ehrenwerte Therapieerfolge darstellen, so zielt eine an den Krankheitsursachen ansetzende stationäre Psychotherapie immer auf ein »Mehr«, d. h. auf die Reflexion und Veränderung des jeweils »eigenen Beitrages« dieses Patienten zu seiner Problematik bzw. Symptomatik. Wenn stationäre Psychotherapie nachhaltig positive Auswirkungen auch auf den poststationären Alltag haben soll, dann muss es zuvor zu einer gewissen

Verinnerlichung des »Erlernen« gekommen sein. Neue Einsichten und Verhaltensweisen müssen von Patienten selbst ausreichend erprobt, Rückschläge und Misserfolge diesbezüglich intensiv genug nachbearbeitet worden sein, wenn der Transfer in einen in der Regel belasteten »Alltag nach der Klinik« gelingen soll (► Exkurs »Inter-Session-Prozesse«). Zeit- und Spielräume für diesen Prozess der individuellen »Aneignung« dürfen u.E. nicht zu knapp bemessen sein, denn die Rückkehr ins gewohnte Umfeld geht in vielen Fällen mit einer Rückkehr auch zu gewohnten Verhaltensweisen einher. Zu groß ist der Sog des Alltags und zu groß auch das Bedürfnis nach vertrauten Strukturen und Beziehungsarrangements, die bei aller pathologischen Färbung für die Patienten eine gewisse Sicherheit bedeutet haben. Nicht zuletzt stellen Symptome und symptomatische Verhaltensweisen immer auch die jeweils besten Lösungsmöglichkeiten eines Patienten dar (Mentzos 2013), selbst wenn sich deren Folgen als noch so einschränkend bzw. pathologisch erweisen. Zeit- und Spielräume für die Aneignung neuer Sicht- und Empfindungsweisen und damit »Zwischenräume« komplementär zu den eigentlichen Therapiezeiten sind also unabdingbar, wenn echte Veränderung oder sogar »Umstrukturierung« in wesentlichen Aspekten der Persönlichkeit (Rudolf et al. 2000) durch stationäre Psychotherapie gelingen soll.

## Exkurs

### Inter-Session-Prozesse

Straffe und maximale Therapieprogramme mögen für eine optimale Strukturierung des klinischen Ablaufs eines Patientenalltags sorgen, damit allerdings auch für ein hohes Maß an Regression für betroffene Patienten bezüglich der selbstständigen Strukturierung ihres klinischen Alltags: Nicht mehr vor die Notwendigkeit gestellt, diesen eigeninitiativ zu füllen, verlernen manche Patienten es geradezu in der Klinik, für sich und einen sinnvoll strukturierten Tag zu sorgen.

Verschiedenste Formen manchmal durchaus »maligner« Regression sind dann die ungewollte Folge. Überhaupt dürfte sich die Realität eines »normalen« Alltags für die Mehrzahl unserer Patienten massiv von den regulären Therapiezeiten wie auch von den therapiefreien Zeiten in einer Klinik unterscheiden, was vor allem den Transfer des in der Klinik Erfahrenen und Erlernen in den nachstationären Alltag zu einer entscheidenden Frage werden lässt.

»Inter-Session-Prozesse«, das also, was in und mit dem Patienten zwischen den Therapiestunden »passiert«, dürften deswegen zwar tatsächlich von »zentraler Bedeutung für den längerfristigen Therapieerfolg« (Zeeck et al. 2004, S. 236) sein, sind aber weit weniger gut (wenn überhaupt) untersucht im Vergleich zu den »eigentlichen« Therapiesitzungen bzw. -einheiten im engeren Sinne. Dies gilt für die ambulanten Formen von Psychotherapie wie auch für stationäre Behandlungen gleichermaßen, obwohl die bewusste bzw. unbewusste, gedankliche und gefühlsmäßige Auseinandersetzung mit der Therapie quasi in Eigenregie eines Patienten entscheidend sein dürfte für jedwede Form nachhaltiger Veränderung. Nur das, was der Patient am Ende selbst auf die Tafel schreibt, dürfte darauf stehen bleiben. Erfahrungen, die nicht verinnerlicht werden, bleiben buchstäblich »äußerlich«; die Stärkung von Ich-Funktionen, verbesserte Fähigkeiten zur Selbstreflexion und Einfühlung in andere, eine gestärkte Spannungs- und Ambiguitätstoleranz sowie andere Veränderungen im Hinblick auf Einstellung und Haltung blieben vergängliche Phänomene, wenn sie nicht auf einer kleinschrittigen Aneignung durch einen Patienten fußen würden, dem immer wieder die Gelegenheit des Nach-Denkens, des Ausprobierens und der Korrektur ermöglicht wurde. Der Konrad Lorenz (1903–1985) zugeschriebene Aphorismus »Gedacht ist nicht gesagt, gesagt ist nicht gehört, gehört ist nicht verstanden, verstanden ist nicht einverstanden, einverstanden ist nicht ausprobiert und ausprobiert ist nicht beibehalten« beschreibt diesen Sachverhalt zutreffend. Und wer würde dem nicht zustimmen, wenn es um die »Umstrukturierung« von wesentlichen Eigenschaften und Fähigkeiten geht, die letztlich den Kern einer Persönlichkeit betreffen (Rudolf et al. 2000)? Dass andererseits dem Verinnerlichen des Neuen vonseiten eines Patienten diverse Ängste und daraus resultierende (Identitäts-)Widerstände entgegenge-

bracht werden, der Patient Vorbehalte hat gegen verunsichernde Einsichten, Therapie manchmal regelrecht »abwehrt«, gilt nicht nur für die ambulante Psychotherapie. Diese Ängste und Widerstände können sich auf die kränkende Erfahrung beziehen, als Mensch mit den eigenen persönlichen Eigenschaften offenbar nicht akzeptabel zu sein bzw. immer wieder zu scheitern, auf die Befürchtung, alte Enttäuschungen auch in neuen therapeutischen Beziehungen wiedererleben zu müssen bzw. fallengelassen zu werden, wenn man sich erst einmal gefühlsmäßig eingelassen hat, auf Gefühle des Ausgeliefertseins an einen übermächtigen Moloch Krankenhaus bzw. dessen Repräsentanten u. Ä. mehr. Um diesen Ängsten und Widerständen gerecht zu werden (um, technisch gesprochen, die »Abwehr des Patienten nicht zu unterlaufen«), sind »Zeit-Räume« im sicheren Umfeld einer Klinik, in denen sich der Patient ungestört von äußeren Einflüssen mit sich selbst auseinandersetzen kann (mögen diese aus therapeutischer Sicht auch noch so »gut gemeint« sein), vielleicht die wichtigste Ressource.

### 30.2.1 Therapiefreie Zeiten als »Zwischenräume« zur Belastungs-erprobung

Für notwendige Entwicklungsschritte besteht also naturgemäß ein Bedarf an therapiefreien Zeiten bzw. an nicht vorstrukturierten Zeitfenstern. Denn nicht die Fülle und Vielzahl von »Anwendungen« entscheiden über die Qualität einer stationären Behandlung, sondern das Mischungsverhältnis aus äußeren Anregungen, also therapeutischem Input, und innerer Verarbeitung bzw. probatorischem Handeln, z. B. beim Ausprobieren bislang ungewohnter oder angstvoll vermiedener Verhaltensweisen. Hier können gerade die Wochenenden wichtige Funktionen übernehmen, wenn es z. B. darum geht, dass ein Angstpatient versucht, sich bislang gefürchteten Situationen wieder auszusetzen, ein depressiver Patient probiert, ein Wochenende allein in seiner Wohnung zu verbringen, oder

ein adoleszenter Patient seine Verselbstständigung und Ablösung vom Elternhaus »simuliert«, indem er mit seiner Peergroup unterwegs ist, ohne davon den Eltern oder dem Klinikpersonal zu berichten bzw. diese um Erlaubnis zu fragen (► Fallbeispiel Harald S.).

#### Fallbeispiel

##### Harald S.: »Ängste vor Gott und der Welt, besonders vor Menschen«

Harald S., ein 23-jähriger Mathematikstudent, hatte im Jahr vor der Aufnahme in die Klinik die Wohnung seiner Mutter lediglich dreimal verlassen, und auch dies nur für Arztbesuche, zu denen er »notfallmäßig« von seiner Mutter eskortiert worden war. Generalisierte Ängste (»... vor Gott und der Welt, besonders vor Menschen«), heftigste Panikattacken mit massiven vegetativen Angstäquivalenten und eine »schwer auszuhaltende« innere Unruhe hatten ihn nach einer ersten Angstattacke in einer U-Bahn zunächst öffentliche Verkehrsmittel, dann alle möglichen Situationen der Öffentlichkeit immer mehr vermeiden lassen, bis er sich entschloss – nicht mehr in der Lage, seinem Sportstudium nachzugehen oder an einer ambulanten Therapie teilzunehmen –, wieder bei seiner alleine lebenden Mutter einzuziehen.

In den ersten Tagen der stationären Behandlung hatte er dann größte Schwierigkeiten, sein Zimmer zu verlassen, um z. B. den Speisesaal aufzusuchen, und musste anfangs vom Pflegepersonal auf dem Zimmer »versorgt« werden, seinem Gefühl körperlicher Schwäche und seinen Ängsten vor drohendem Herzversagen nur noch weitere »Nahrung« gebend. Erste »Gehversuche« auf dem Klinikgelände konnte er anfänglich nur sehr zögerlich in Begleitung seiner Bezugsschwester, später in der von Mitpatienten unternehmen. Das Verlassen des Klinikgeländes wurde von ihm anfangs als »unmöglich« betrachtet, auch wenn die Bearbeitung der dieser ausgeprägten Angstsymptomatik zugrunde liegenden Hemmungen in Bezug auf jedwede aggressive Abgrenzung und sein Gefühl, von anderen Menschen restlos vereinnahmt und beherrscht zu werden (nicht zuletzt von seiner

Mutter), erstaunlich schnell in der Gruppe bearbeitbar wurden.

Mit dem Patienten wurde dann nach etwa vier Wochen ein systematisches Expositionstraining vereinbart, das zunächst in Begleitung der Bezugsschwester, dann in Eigenregie vorgenommen werden sollte. Dieses Programm sah nicht nur eine immer weitere Entfernung vom »sicheren Ort« der Klinik vor, sondern in der siebten Woche der Behandlung auch eine erste Übernachtung in der elterlichen Wohnung (denn mittlerweile war die Klinik der Ort der Sicherheit geworden und Situationen »draußen« Gegenstand der Beunruhigung). Die erste Belastungserprobung am Wochenende zu Hause wurde von dem Patienten dann folgerichtig noch am gleichen Tag abgebrochen, bedingt durch einen schweren Angstanfall und die Sorge der Mutter, es könne »alles wieder von vorne anfangen«. Ein minutiöses Nach- bzw. Durcharbeiten der psychodynamisch relevanten Belastungen im Sinne eines Symptom- und Kontext-Ansatzes (Luborsky 1984) erbrachte relativ rasch erhebliche innere Konflikte des Patienten, der sich von den Vorschlägen der Mutter zur Wochenendgestaltung »restlos überfahren« fühlte, diesen aber nichts entgegenzusetzen wusste, da sich seine Mutter ja nur »rührend« um ihn »bemühen« würde und es überhaupt »ja nur gut« mit ihm meine. Die weitere Arbeit an dem damit thematisierbaren Konfliktlinien und weitere Belastungserprobungen zu Hause sowie das von ihm zunehmend motiviert vorgenommene Programm der Selbst-Exposition, d. h. vor allem des Aufsuchens von ihm bislang vermiedener Orte in Eigenregie, erbrachten dann, zwar ausgesprochen kleinschrittig, aber durchaus nachhaltig, nicht nur eine vertiefte Einsicht in seine trennungsangstbedingten Hemmungen vor jedweder Form der Auseinandersetzung bzw. in der Folge eine Stärkung seiner Konflikt- und damit Beziehungsfähigkeit, sondern auch das Gefühl zunehmender Sicherheit, im »Draußen« auch nach der Entlassung bestehen zu können.

Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen und dann gewissermaßen auf eigene Verantwortung am Wochenende außerhalb der Klinik unternommenen Aktivitäten (die in der Regel in die nachfolgenden Therapieeinheiten einfließen bzw. zweckmäßigerweise nachbearbeitet werden, was vor allem für den Fall gilt, dass sie missglückt oder besonders konflikthaft verlaufen sein sollten) wäre auch die Bezeichnung einer »Beurlaubung« unzutreffend. Im Gegenteil: Zu Recht hat sich der Begriff der »Belastungserprobung« insbesondere für solche Aktivitäten eingebürgert, die explizit außerhalb der Klinik verbracht werden, wie z. B. Heimfahrten mit einer Übernachtung zu Hause oder »verordneter« Kontakt mit Angehörigen. Belastungen gibt es in solchen Zeiten vielfältige, denn mit der passageren Rückkehr ins gewohnte soziale Umfeld ist der Patient automatisch auch wieder den dort wirkenden Kräften ausgesetzt, den Wünschen und Vorstellungen seiner Angehörigen, Freunde und Bekannten und damit vielfachen Projektionen, die in der Summe einen erheblichen sozialen Sog entfalten können. Was läge nun näher, als jetzt auf angestammte Verhaltensmuster zurückzugreifen?

Belastungserprobungen sind daher keinesfalls unproblematisch, erscheinen aber aus therapeutischen Gründen geradezu zwingend geboten, vor allem dann, wenn die im angestammten Umfeld wirkenden Kräfte (aus Verunsicherung, Neid, Eifersucht oder anderen starken Gefühlslagen heraus) der im Stationären begonnenen Therapie entgegenwirken. Dabei handelt es sich um Kräfte, die nach Entlassung des Patienten ohnehin einsetzen bzw. auf ihn wirken würden. Die Konfrontation mit ihnen zum richtigen Zeitpunkt dürfte eine wichtige Voraussetzung für einen positiven poststationären Verlauf sein, denn Veränderung macht nicht nur Patienten Angst, sondern eben auch deren Angehörigen, manchmal auch Freunden und Bekannten.

Der Begriff der »therapiefreien Zeit« führt also in die Irre, denn zur Therapie gehören solche Abschnitte und Phasen untrennbar dazu, in denen der Patient entweder »Belastungssituationen« selbstständig aufsucht, um diese zu meistern, oder Zeit braucht, um für sich allein ein Therapiegeschehen nachzuarbeiten, das ihn zuvor häufig genug emotional widersprüchlich berührt und entsprechend verunsichert hat.

»Zwischenzeiten« bzw. Zwischenräume, in denen keine Therapieeinheiten im engeren Sinne stattfinden, sind in der Regel jedoch nicht theoretisch untermauert und spezifisch konzipiert, sondern eher als Lücken und Auslassungen im Wochenplan einer Abteilung bzw. einer Klinik ausgewiesen, z. B. durch ein leeres Wochenende, an dem dann mancherorts auch heute noch aus der stationären Behandlung »beurlaubt« wird. Der Begriff der »Beurlaubung« ist genauso missverständlich wie der der »therapiefreien« Zeit. Urlaub ist es in aller Regel nicht, was der Patient erfährt, wenn er z. B. am Wochenende in sein angestammtes Milieu zurückkehrt, in ein Zuhause, in dem dann die alten inneren und äußeren Kräfte wieder auf ihn einwirken und eben nicht unbedingt »Neues« unterstützen. Angehörige, Freunde und Bekannte, aber auch Arbeitskollegen können – wie oben angedeutet – hochgradig verunsichert auf Veränderungen bei einem Patienten reagieren und oft die eigene Verunsicherung durch Entwertung oder offene Missbilligung all dessen, was in der Klinik geschieht bzw. was davon seitens des Patienten berichtet wird, abwehren. Da mit den Veränderungen eines Patienten notgedrungen auch Veränderungen seines Beziehungsverhaltens verbunden sind und z. B. alte Gewohnheitsrechte damit aufgebrochen werden, bringen solche »Urlaube« regelmäßig erhebliche Belastungen mit sich, von denen Patienten dann häufig genug ernüchtert bzw. enttäuscht in die Klinik zurückkeh-

ren. Vieles hat dann eben doch nicht so geklappt und funktioniert, wie zuvor in der Fantasie ausgemalt, was Belastungserprobungen im Hinblick auf die Möglichkeit zur (Nach-)Arbeit an Frustrationstoleranz und Vermeidungsverhalten besonders wertvoll erscheinen lässt. Belastungserprobungen gehören besonders zum letzten Abschnitt der Behandlung ohne Wenn und Aber dazu. Wochenlange Klinikaufenthalte ohne Belastungserprobungen bergen dagegen zweifellos das Risiko der Vermeidung und Regression. Am Ende wird mit dem Klinikaufenthalt die Realität draußen regressiv abgewehrt, anstatt sich handelnd mit ihr auseinanderzusetzen.

Aber auch für den Fall, dass extern keine Belastungssituationen aufgesucht werden, sind therapiefreie oder therapiearme Zeiten wie das Wochenende schon aus therapeutischen Gründen unverzichtbar, auch wenn dies zunächst wie ein Widerspruch klingen mag (► nachfolgendes Beispiel »Ablenkung kann den Therapieerfolg gefährden« aus der Hausordnung der Sonnenberg Klinik Stuttgart, Stand April 2017). Therapiefreie Wochenenden helfen, das Zeiterleben eines Patienten zu strukturieren, bzw. machen als Zäsur auf die Prozesshaftigkeit des Vorgangs »Psychotherapie« und damit implizit auch auf das irgendwann eintretende Ende dieses Vorganges aufmerksam. Therapiefreie Zeiten sind darüber hinaus unverzichtbar, um das in der Therapie Gehörte und Gespürte innerlich wirksam werden zu lassen. Selbst wenn Inter-Session-Zwischenräume lange nicht so sorgfältig und gut erforscht sein mögen wie die eigentlichen Therapiestunden, dürfte für Prozesse der »Aneignung« bzw. der oben schon erwähnten Verinnerlichung therapie- bzw. therapeutenlose Zeit wichtig sein (► Exkurs »Inter-Session-Prozesse«). Therapie- und therapeutenlos heißt eben nicht außerhalb von Behandlung, begreift man Psychotherapie als einen von außen zwar angestoßenen und un-



terstützten, im Wesentlichen aber inneren Prozess. Der äußere Dialog wird also vor allem benötigt, um einen inneren Dialog des Patienten mit sich selbst in Gang zu setzen, unabhängig davon, ob man diesen inneren Dialog dann als »Fähigkeit zur Einsicht«, als »Mentalisierung« (Schultz-Venrath 2013) oder als »kognitive Umstrukturierung« (Grawe 2004, S.415f.) bezeichnet. Prozesse der Einstellungsveränderungen, die ja ein Verlassen des gewohnten Terrains bedeuten, brauchen Zeit, weil solche Veränderungen Angst auslösen und ihnen von Patienten entsprechende Widerstände entgegengebracht werden. Diese Widerstände können umso höher sein, je größer der therapeutische Druck ist, der diesbezüglich entfaltet wird. An den Wochenenden besteht hingegen die Möglichkeit, sich mit den eigenen inneren Themen aus freien Stücken zu beschäftigen: Wenn Therapie »das Glas neben den Patienten« stellt, dann kann er am Wochenende in aller Ruhe daraus trinken (oder eben auch nicht).

### Auszug aus der Hausordnung der Sonnenberg Klinik Stuttgart

#### Ablenkung kann den Therapieerfolg gefährden

»Vielleicht werden Sie nach dem bisher Gesagten unsere Auffassung nachvollziehen können, dass psychotherapeutische Arbeit, insbesondere unter den zeitlich befristeten Bedingungen einer Klinik, der Konzentration bedarf. Deshalb geben wir die Empfehlung, in den ersten beiden Wochen von häufigeren Besuchen durch Angehörige, Freunde und Bekannte zunächst einmal abzusehen, so dass Sie sich ganz auf sich und die beginnende Therapie konzentrieren können. Auch Besuche Ihrerseits daheim oder übermäßige Telefonkontakte können das Einleben in unserer Klinik erschweren. Zu viel äußere Ablenkung kann aber auch im weiteren Verlauf der Behandlung den Erfolg Ihrer Therapie beeinträchtigen. Insofern

möchten wir Ihnen eindringlich nahelegen, Ihren Umgang mit modernen Kommunikationsmitteln, insbesondere Handy und Laptop, während des gesamten stationären Aufenthaltes selbstkritisch unter dem Aspekt der Ablenkung zu betrachten. Denn: Viele Wege führen von Ihnen weg und nur wenige führen zu Ihnen hin.

#### Die Klinik am Wochenende und an Feiertagen

Für besondere Situationen außerhalb der regulären Zeiten steht ein ständiger ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Bereitschaftsdienst zur Verfügung. Am Wochenende und an Feiertagen wird vom diensthabenden Therapeuten eine »Bedarfsgruppe« angeboten, an welcher Sie z. B. bei aktuellen Problemen gern teilnehmen können. Die Bedarfsgruppen werden in der Regel an Wochenenden und Feiertagen von 11.00 bis 12.00 Uhr vormittags durchgeführt. Die genauen Zeiten werden jeweils freitags ab 14.00 Uhr an der Pflegedienstzentrale bekanntgegeben. Um den Kontakt zu Ihrer gewohnten Umgebung und damit Ihrer Alltagsrealität nicht zu verlieren, ist ab dem 4. Wochenende eine »Beurlaubung« über Nacht (Samstag auf Sonntag) im Sinne einer Belastungserprobung möglich. Diese Belastungserprobungen, die von uns als ein Training der Realitätsbewältigung verstanden werden, müssen allerdings mit Ihrem Therapeuten zuvor vereinbart und auf einem entsprechenden Schein gegengezeichnet werden.«

»Urlaub« oder »Freizeit« ist es deswegen in der Regel auch nicht, wenn der Patient am Wochenende in der Klinik bleibt oder z. B. am Abend auf sich allein gestellt ist. Einsame Klinikwochenenden können als sehr belastend erlebt werden (z. B. dann, wenn Patienten neidvoll ihre Therapeuten in perfekten Familienverhältnissen aufgehoben fantasieren im Gegensatz zur eigenen Lebensrealität). Hier stellt sich die Frage bzw. ergibt sich das Problem, wie diese Zeiten sinnvoll gefüllt werden können, um sie nicht durch sinnlose Formen der Ablenkung gewissermaßen »totzuschla-



gen«, sondern sie so funktional wie möglich zu gestalten im Hinblick auf die jeweils angestrebten Therapieziele. Therapiefreie Zeiten können damit also abends oder am Wochenende für Patienten wie Personal auch erhebliche Belastungen darstellen, insbesondere bei personellen Engpässen, bedingt durch Krankheit und/oder Urlaub bzw. dadurch notwendigen Vertretungssituationen.

### 30.2.2 Die Klinik in den Randzeiten: In der Nacht und am Wochenende

Wie solche therapiefreien Zeiten am Wochenende in der einzelnen Klinik ansonsten gefüllt werden, welche Empfehlungen es diesbezüglich für Patienten gibt (► »Ablenkung kann den Therapieerfolg gefährden«) etc., dürfte sich von Klinik zu Klinik erheblich unterscheiden. Die Erfahrung, dass sich die Atmosphäre in einer Klinik nachts und am Wochenende von der in der Kernarbeitszeit normaler Werk- und Wochentage unterscheidet, teilen mehr oder weniger alle Institutionen der stationären Psychotherapie. Diesbezüglich sind aus unserer Sicht also mehr Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Einrichtungen zu vermuten als Unterschiede, was eine allgemeine Betrachtung dieser schon rein quantitativ nicht unbeträchtlichen Zeitabschnitte durchaus sinnvoll erscheinen lässt. Wenn Therapeuten spätestens am frühen Abend die Klinik verlassen, wartet auf Patienten meist nur noch ein (häufig ungewohnt frühes) Abendessen und dann allenfalls noch der eine oder andere organisierte Kontakt mit dem pflegerischen, seltener auch mit dem ärztlichen Spät- oder Nachtdienst. Gelegentlich mag auch die eine oder andere abendliche Vortragsveranstaltung oder eine therapeutisch begleitete Freizeitaktivität angeboten werden.

Ansonsten bleibt der Patient jedoch weitgehend auf sich allein gestellt bzw. ist auf die

Beziehungsangebote und Ideen seiner Mitpatienten bezüglich der weiteren »Freizeitgestaltung« angewiesen. Für manche Patienten (► Fallbeispiel Michaela L.) führt der damit einhergehende Verlust äußerer Halt gebender Strukturen zu tieferen Formen der Regression bzw. zur Reaktualisierung früherer Verlusterlebnisse, zu Trennungsängsten oder zur Aktivierung dann meist unsicherer Bindungsmuster und -modalitäten. Das nicht seltene Agieren, d. h. Ablenkung um fast jeden Preis (in manchen Fällen z. B. durch Alkohol oder selbstverletzende Handlungen), dient dann dem Abbau der aufsteigenden Spannung und kann in vielen Fällen therapeutisch noch nicht adäquat bearbeitet werden – sei es, weil die Patienten ihren agierenden Umgang mit innerer Anspannung noch als eher Ich-synton erleben, sei es, dass sie ihre Bewältigungstechniken noch nicht problematisieren können, geschweige denn inneres Erleben verbalisieren und damit symbolisch zum Ausdruck bringen. Häufig sind es auch schambedingte Widerstände, die betroffene Patienten symptomatische Verhaltensweisen verschweigen lassen, vor allem dann, wenn sich in ihrem subjektiven Erleben am Wochenende oder auch nachts dafür keine diesbezüglich ansprechbare Person im Dienst befindet, um als »sicheres« Objekt in Anspruch genommen werden zu können.

#### Fallbeispiel

##### Michaela L.: »Nur nicht alleine sein ...«

Frage man eine überwiegend in der Nacht tätige Pflegekraft im Hinblick auf Michaela L., eine Patientin, die sich seit ca. vier Wochen in der Klinik befand, durfte man sich nicht wundern, wenn ihre Beschreibung dieser Patientin ein völlig anderes Bild zeichnete als beispielsweise die Schilderung der tagsüber zuständigen Bezugsschwester oder des Bezugstherapeuten. Während Michaela L. sich tagsüber geradezu aufgehoben und geborgen fühlen konnte, einen

eher gelassenen Eindruck machend, versorgt mit Therapieangeboten und Gesprächskontakten, die sie mit ihrem freundlich-extrovertierten Wesen, ihrer Hilfsbereitschaft und Kontaktfreudigkeit überreichlich herstellen konnte, wurde sie nachts wie auch in anderen therapiefreien Abschnitten ihres Krankenhausaufenthaltes von Einsamkeitserfahrungen, Gefühlen des Verlassen- und Verlorenseins geradezu überschwemmt. Regelmäßig tauchte sie nach den offiziellen Abendkontakten gegen 23.00 Uhr und später noch einmal in der Pflegedienstzentrale auf, manchmal mit einer unscheinbaren Frage nach bestimmten organisatorischen Belanglosigkeiten, den Ablauf des nächsten Tages betreffend, manchmal, um über innere Unruhe und Schlaflosigkeit zu klagen bzw. über das eine oder andere sie beunruhigende Körpergefühl zu berichten («Hier unten, da tut der Bauch so weh ...»). Manchmal schien Michaela L. auch scheinbar wie zufällig vorbeizukommen auf einem ihrer spätabendlichen Klinikrundgänge, um ebenfalls »wie zufällig« eine der anwesenden Pflegekräfte in ein Gespräch zu verwickeln.

Hatte sie vor dem Klinikaufenthalt noch unter frei flottierenden Ängsten gelitten, die sich bis hin zu schwerwiegenden Angstanfällen steigern konnten, hatte sich diese Symptomatik in der Klinik seltsam schnell beruhigt und war dem oben geschilderten Verhalten gewichen, das durch eine profus erscheinende Beziehungsaufnahme und der Suche nach Kontakten zu Teammitgliedern wie auch Mitpatienten sowie das Vermeiden jeglicher Situationen des Alleinseins gekennzeichnet war. Auffällig und zu dieser durchaus getrieben wirkenden Kontaktaufnahme passend waren ihre sorgenvollen Gedanken, mit denen sie ihrer Verlegung in ein Einzelzimmer (das allen Patienten nach einer Eingewöhnungszeit in einem Doppelzimmer in dieser Klinik zustand) entgegensah. Geradezu offensichtlich waren in diesem Zusammenhang auch der Abwehrcharakter ihres scheinbar großzügigen Angebotes, zugunsten einer anderen Patientin im Doppelzimmer zu verbleiben, wie auch ein Stimmungseinbruch bzw. eine Symptomverschlechterung nach schlussendlich

doch erfolgter Verlegung. Die Angst vor den therapiefreien Zeiten und ihre fast an Verweigerung grenzende Ablehnung, am Wochenende ihre Wohnung am Heimatort aufzusuchen, schienen genauso symptomatisch für die zugrunde liegende Bindungsstörung von Michaela L. wie eine rasch in Gang gekommene »Verliebtheit« dieser Patientin in einen Mitpatienten, mit dem sie in der Freizeit nicht nur zunehmend mehr Zeit verbrachte, sondern auch intensiv Pläne schmiedete für eine Fortführung dieser Beziehung nach dem stationären Aufenthalt.

Viele insbesondere früh bzw. strukturell gestörte Patienten zeigen sich in diesem Zusammenhang auch stark verunsichert über einen für sie spürbaren Wechsel in der Atmosphäre, erscheinen ihnen doch die Mitarbeiterinnen des Nacht- oder auch Wochenenddienste manchmal eher etwas abweisend oder vielleicht auch desinteressiert, obwohl nur aufgrund der Vielzahl der zu versorgenden Patienten deren Kontaktzeiten kürzer sind als die des Personals an gewohnten Wochentagen. Gerade solche Wahrnehmungsunterschiede führen dann nicht selten zu Spaltungsphänomenen, bei denen das »gute Objekt« der täglichen Bezugsschwester oder des Bezugstherapeuten in Stellung gebracht wird gegen das projektiv negativ aufgeladene »schlechte Objekt« Nachtschwester oder Wochenenddienst. Manchmal ist es dann nur eine Frage der Zeit, bis das Personal beginnt, »mit« oder »gegen« zu agieren. Versichern dann die »Guten«, dass sie am Wochenende jederzeit angerufen werden können, weil die »Schlechten« ohnehin den Patienten nicht richtig verstehen würden, ist der stationäre Rahmen vollends außer Kraft gesetzt und Halt gebende Grenzen werden überschritten (► Kap. 23).

Während Wochenenddienste in den meisten Krankenhäusern und Stationen überwiegend von regulärem ärztlichem und pflegerischem Personal übernommen werden, werden

Patienten nachts gelegentlich auch von sogenannten Dauernachtwachen betreut, die entweder tatsächlich wach oder aber in ihrer Funktion als Bereitschaftsdienst (je nach Status der Klinik, ob z. B. Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung) angesprochen werden können. Dauernachtwachen arbeiten dabei in der Regel zwischen fünf und sieben Nächte am Stück, um dann den Rest der Woche oder des Monats frei zu haben. Sie sind deswegen auch auf diesen nächtlichen Ausschnitt der Behandlung »geeicht« bzw. haben sich auf bestimmte, im Allgemeinen zeitlich eng begrenzte Formen der Intervention spezialisiert. Da auf einer kleineren Station schon aus ökonomischen Gründen maximal eine Krankenpflegekraft, in größeren Kliniken selten mehr als zwei bis drei Krankenpflegekräfte gleichzeitig für die Patienten ansprechbar sind, verteilen sich deren Betreuungsmöglichkeiten rein quantitativ völlig anders auf die anwesenden Patienten als tagsüber, von der Relativierung emotional getragener Arbeitsbündnisse (und natürlich Ausnahmen diesbezüglich) einmal ganz abgesehen. Auch wenn es vorkommen kann, dass ein Patient, aus welchen Gründen auch immer, mit einer Pflegekraft im Nachtdienst ganz besonders gut auskommt (was dann zumeist auf Gegenseitigkeit beruht), ist die pflegerische wie auch die ärztliche Präsenz im Nachtdienst spürbar verdünnt, was aufseiten von Patienten – bewusst oder unbewusst – sehr unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet werden kann. Persönliche Konflikt dispositionen und biografisch prägende Beziehungserfahrungen spielen dabei eine wichtige Rolle (► Fallbeispiel Michaela L.). Entsprechend unterschiedlich fallen dann auch die Reaktionen auf diese nächtliche Beziehungsverdünnung aus: Sie reichen von allen möglichen Versicherungsmaßnahmen (ob die »Mutter« noch anwesend ist oder ob »tatsächlich« Verlassenheit und Hilflosigkeit droht)

bis hin zu beruhigter Regression und Lockerlassen, wenn z. B. Therapie tagsüber eher als Autonomieverlust und Vereinnahmung erlebt wurde und Patienten sich bei entsprechender Konflikt disposition durch zu dichte Therapieprogramme als »therapeutisch eingekreist« (Sadavoy et al. 1979) erlebt hatten. Lassen diese Gefühle dann abends nach Beendigung des täglichen Programms nach, sind solche Patienten wegen der eintretenden Beruhigung und entsprechend geringer Inanspruchnahme des Pflegepersonals nicht unbedingt weniger »krank« als beunruhigt-aufgeregte Patienten, die sich in therapiefreien Zeiten verlassen fühlen und viele Kontakte einfordern. In jedem Fall sind Erfahrungen des Alleinseins und von außen unstrukturierter Zeitabschnitte in einem stationären Aufenthalt nicht nur unvermeidlich, sondern geradezu notwendig, um den Patienten auch in Situationen zu erleben, die nicht durch äußere Stimuli oder anderweitig Halt gebende Faktoren, in welcher Form auch immer, überstrukturiert erscheinen.

Verkomplizierend kommt hinzu, dass Patienten ja auch »nicht ins Blaue hinein« projizieren, um eine bekannte Metapher von Sigmund Freud zu zitieren, und dass sich manchmal das in der Klinik beschäftigte Personal z. B. in Vertretungszeiten, die durch Krankheit und Urlaub zustande kommen (besonders, wenn beides zusammenfällt), an der Grenze seiner Leistungs- bzw. Aufnahmefähigkeit befindet. Das regelhaft in den Randzeiten tätige Personal (z. B. Dauernachtwachen) mag sich zudem auch hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsmerkmale oder persönlicher Vorlieben (und privater Verpflichtungen) durchaus unterscheiden von regulären, tagsüber beschäftigten Mitarbeitern. Oft finden sich nachts alleinerziehende Mütter, pflegende Angehörige oder Personen, die tagsüber durch andere private und/oder berufliche Aufgaben zusätzlich gebunden sind

und schon aus diesem Grunde auf »ruhige« Nächte, d. h. schlafende Patienten, hoffen. In anderen Fällen sind es vornehmlich finanzielle Aspekte, die zusätzliches Arbeiten für diesen Personenkreis tagsüber notwendig machen, was nicht unbedingt bedeutet, dass diese Mitarbeiter auch in der Lage sind, emotional »zusätzliche« Ressourcen zu mobilisieren, da nachts und am Wochenende Patienten keinesfalls »einfacher« in ihren Anforderungen sind. Besonderes Augenmerk sollte bezüglich des emotionalen Kontakts daher auf Wechselwirkungen zwischen solchen (manchmal mit ihren Randzeiten sehr zufriedenen, manchmal aber auch spürbar überlasteten) Mitarbeitern und enttäuschten Patienten gelegt werden, denn für nicht wenige Patienten dürfte die Erfahrung einer überlasteten, innerlich abwesenden oder sogar emotional »toten« Mutter (Green 2011) durchaus eine der prägenden Erfahrungen ihrer Kindheit gewesen sein. Die Übertragung der Enttäuschung auf den Mitarbeiter und Zurückhaltung bezüglich der Artikulation eigener Bedürfnisse bis hin zu deren Verdrängung und/oder Symptombildung sind häufig unausweichliche Konsequenzen.

Gleiches trifft natürlich auch auf Mitarbeiter aus dem ärztlich-therapeutischen Bereich zu, die sich für eine dauerhafte Mitarbeit in den Randzeiten des Klinikbetriebes entschieden haben bzw. systematisch Aushilfs- und/oder Springerfunktionen übernehmen. Auch bei diesen können verschiedenste Ängste vor Vereinnahmung, emotionaler Überlastung und Verantwortungsübernahme, aber auch Ängste vor Autonomieverlust und eine Tendenz, sich von Vorgesetzten oder Kollegen dominiert zu fühlen, eine nicht unerhebliche Rolle in der Wahl ihres Arbeitsplatzes oder bestimmter Arbeitszeiten gespielt haben und zu deletären Wechselwirkungen mit »geeigneten« Patienten führen. Kollusionen bzw. Konflikte zwischen den Beziehungsdisposi-

tionen eines Patienten (in der Rolle eines verlassenen und vernachlässigten Kindes) und dem des dann »betreuenden« oder eben gerade nicht betreuenden Personals (Beziehungsdisposition der überlasteten Mutter) sind damit geradezu unvermeidlich. Emotional bedrängende Situationen, in denen Patienten die im Stationären erlebten Verunsicherungen dann z. B. durch das verdeckte Aufsuchen des zuweisenden, ambulant behandelnden Therapeuten »agieren«, stellen unserer Erfahrung nach in diesem Zusammenhang zwar die Ausnahme dar, kommen aber durchaus vor (► Fallbeispiel Andrea D.). In solchen Situationen kann dann die seitens des Klinikpersonals erlebte Verunsicherung bzw. der aufsteigende Ärger angesichts der Kränkung, für diesen Patienten vielleicht nur »zweite Wahl« zu sein, ein konstruktives Aufarbeiten eines solchen Handlungsdialoges (Klüver 1983) und damit ein tieferes Verständnis des Patienten und seiner Nöte verhindern.

### Fallbeispiel

#### Andrea D.: »Es war schrecklich, ich wollte am liebsten abbrechen ...«

Die 32-jährige Versicherungsangestellte Andrea D., die wegen einer schwereren depressiven Episode in die Klinik aufgenommen worden war, nahm wenige Tage nach Behandlungsbeginn ziemlich verzweifelt Kontakt mit ihrer zuweisenden Ärztin auf, fühlte sie sich doch von einem am Wochenende vertretungsweise diensthabenden Kliniktherapeuten weder gesehen noch verstanden. Später dann die Behandlung tatsächlich auch abbrechend, da sie sich auch am nachfolgenden Wochenende »völlig vereinsamt und alleingelassen« gefühlt hatte, berichtete sie an ihre Ärztin:

»Es begann damit, dass der Therapeut mich fragte, warum ich überhaupt da bin ... Leider ging der Termin viel zu kurz. Es war einfach nur ein Runterrattern der Themen, völlig durcheinander und unter Zeitdruck. Während ich so er-

zählte, hat der Therapeut dann angefangen zu überfliegen, was ich in meinem Bericht an die Klinik geschrieben hatte ... Später bin ich da rausgegangen mit dem Gefühl, dass der Therapeut sich gar nicht interessiert hatte für mich. Ich war irgendwie bedrückt, weil ich das Gefühl hatte, dass ich nicht rüberbringen konnte, was mich so umtreibt, wie es mir geht ... Und ich hatte das Gefühl, dass es ihn auch nicht wirklich interessiert ... Die Atmosphäre war kalt und unpersönlich ... Nach einer gefühlten Ewigkeit hat der Therapeut dann zu mir gesagt, es wäre meine Stunde, ich könne erzählen oder es auch sein lassen, er fragt mich nix und erzählt mir nix ... Ich hab mich immer unwohl gefühlt, es wurde nicht gesprochen. Irgendwann sagte ich dann, dass ich nicht weiß, was ich ihm erzählen soll ... Es war schrecklich! Ehrlich gesagt war ich schon in diesem Kontakt kurz davor, aufzustehen, heimzugehen, abzubrechen.«

### 30.2.3 Die Klinik am Wochenende

Ein definitiv anderes bzw. verändertes Krankenhaus erleben Patienten wie Personal natürlich auch am Wochenende bzw. an den je nach Region gar nicht so seltenen Feiertagen. Sollte ein solcher Feiertag zudem auf einen Donnerstag fallen (wie z. B. in den südlichen Bundesländern Deutschlands häufiger), wird der Freitag dann zu einem »Brückentag« und damit zu einem bevorzugten Tag für Freizeitgleich und Beurlaubung des therapeutischen Personals. Dass in der Folge dann vier Tage »Therapiefreiheit« oder zumindest Therapieverdünnung durch Vertretung drohen, beschäftigt manchmal die Patienten (und auch die Krankenhausleitungen) mehr als die dann jeweils abwesenden Mitarbeiter, die natürlich völlig zu Recht angesichts einer emotional fordernden Tätigkeit Ausgleich und Erholung suchen und diese nicht selten auch dringlichst brauchen, um den täglichen Anforderungen einer vereinnahmenden Bezie-

hungsarbeit dauerhaft gerecht werden zu können.

Nicht nur am späteren Nachmittag und nachts, sondern vor allem auch an Wochenenden stellt sich damit für viele Patienten die Frage nach einer sinnvollen Gestaltung des stationären Aufenthaltes, ohne in einen ablenkenden Aktionismus zu verfallen. Ob und inwieweit durch reguläre Therapieangebote an Wochenenden und Feiertagen problematischen Situationen und Entwicklungen vorgebeugt werden kann (die noch einmal zunehmen, fallen die therapiefreien Abschnitte in Ferienzeiten, die ohnehin urlaubsbedingt Kompromisse bezüglich der Therapiedichte bzw. hinsichtlich eines regulären Ablaufs notwendig machen), hängt nicht zuletzt auch von den ökonomischen Ressourcen einer Klinik ab, z. B. davon, ob sie sich die Anwesenheit zusätzlichen Personals am Wochenende leisten kann und will.

Unserer Erfahrung nach haben sich – wenn auch kostentechnisch durchaus aufwendig – sogenannte »Bedarfsgruppen« an Wochenenden und Feiertagen sehr bewährt, durchgeführt von therapeutisch erfahrenen Mitarbeitern, d. h. in der Regel Psychologen oder Ärzten (► Beispiel »Ablenkung kann den Therapieerfolg gefährden« aus der Hausordnung der Sonnenberg Klinik Stuttgart, Stand April 2017, ► Abschn. 30.2.1). Bedarfsgruppen können völlig freiwillig von Patienten wahrgenommen werden, in dann neuen und für sie ungewohnten Zusammensetzungen bei ihnen bis dahin häufig auch nicht persönlich bekannten Therapeuten. Solche Gruppen »außer der Reihe« bergen manchmal erhebliches therapeutisches Potenzial, sieht sich der Patient doch damit auch mit neuen, für ihn ungewohnten Sichtweisen und Einstellungen konfrontiert, die gelegentlich so gar nicht denen seines gewohnten Settings entsprechen. Der »Bedarf« kann aber auch verordnet bzw. »verschrieben« werden für Patienten, bei de-

nen kritische Situationen oder Dekompensation am Wochenende zu befürchten stehen, oder auch für Patienten, die neu aufgenommen wurden, um am ersten Wochenende diese Modalität der Gruppentherapie als Haltgebendes und überbrückendes Behandlungssetting überhaupt erst einmal kennenzulernen (► Kap. 20). Positive Erfahrungen in einer solchen Bedarfsgruppe schon zu Beginn einer Therapie (mit einem Therapeuten, der auch nicht gesondert herbeigerufen werden muss, was viele Patienten diese Gruppen leichter in Anspruch nehmen lässt) lassen den einen oder anderen Patienten später leichter darauf zurückkommen. Ein weiterer positiver Aspekt liegt darin, dass eine solche regulär geplante Bedarfsgruppe natürlich auch für das ansonsten am Wochenende tätige Personal Sicherheit und Entlastung bedeutet.

## Literatur

- Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe 2004.
- Green A. Die tote Mutter. Gießen: Psychosozial-Verlag 2011.
- Klüver R. Agieren und Mitagieren. *Psyche* 1983; 37: 828–40.
- Luborsky L. Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment. New York: Basic Books 1984.
- Mentzos S. Lehrbuch der Psychodynamik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2013.
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Psychotherapeut* 2000; 45: 237–46.
- Sadavoy J, Silver D, Book HE. Negative responses of the borderline to inpatient treatment. *Am J Psychother* 1979; 33: 404–17.
- Schultz-Venrath U. Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapie wirksam gestalten. Stuttgart: Klett-Cotta 2013.
- Zeeck A, Hartmann A, Orlinsky D. Inter-Session-Prozesse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004; 54: 236–42.



## 31 Aus dem Takt – Zwischenfälle, Krisen und Verlegungen

Michael Hölzer, Isa Sammet und Günther Bergmann

### Zusammenfassung

Stationäre Psychotherapie bringt notgedrungen immer auch ein gewisses Maß an Verunsicherung mit sich. Diesbezüglich vulnerable Patienten, vor allem solche mit schwereren strukturellen Störungsanteilen, können durch den therapeutischen Prozess selbst, aber auch durch die Herauslösung aus dem angestammten Kontext, durch eine Vielzahl neuer Kontakte zu bislang unbekannten Personen sowie durch anfangs vielleicht verwirrende Interaktionen mit einzelnen Mitgliedern des Teams erheblich unter Spannung und in Krisen geraten. Komplikationen, sei es in Form einer rapiden Zunahme bisher bestehender Beschwerden oder durch die Entwicklung neuer Symptome bzw. von Suizidgedanken, begleitet von regressivem Agieren oder psychotischem Erleben, sind oftmals die Folge. Anhand einiger typischer Beispiele und Verläufe soll verdeutlicht werden, wie hilfreich sich in solchen Situationen ein ruhiges, besonnenes Verhalten des Teams auswirken bzw. in wie hohem Ausmaß das konstruktive Überwinden von Krisen zu einem positiven Therapieverlauf beitragen kann. Krisen sind aus dieser Perspektive immer auch Chancen für emotional korrigierende Erfahrungen aufseiten des Patienten, ein gemeinsam getragenes bzw. reflektiertes Verständnis des Geschehens durch das Team vorausgesetzt.

### 31.1 Vorbemerkungen

Krisen und Notfälle gehören unzweifelhaft zum Alltag in der stationären Psychotherapie, denn deren Gegenstand ist in der Regel die Therapie von Patienten, die entweder »noch nicht« oder »nicht mehr« ambulant behandelt

werden können. Die damit korrelierende Schwere der jeweiligen Erkrankung verweist nicht nur auf ambulant nicht ausreichend behandelbare Ursachen in der Selbst- und Beziehungsregulation, sondern vielfach auch auf einen beträchtlichen Leidensdruck der Betroffenen, der sich bei Zuspitzungen zu akuten Krisen auswachsen kann. Einschränkungen in der Beziehungsfähigkeit, in der Frustrations- und Spannungstoleranz dieser Patienten sowie ein hohes Ausmaß an Irritierbarkeit verhindern gerade im Falle von Beziehungskonflikten ein tragfähiges (d.h. mit durchaus auch kritischen Interventionen belastbares) ambulantes Arbeitsbündnis. Damit wird die Wahrscheinlichkeit auf einen späteren Therapieerfolg geschmälert (Lambert 2013; Luborsky et al. 1980). Schon geringfügige Irritationen können bei solchen Patienten massive Ängste oder auch Wutgefühle auslösen, unreife Bindungsmodalitäten aktualisieren, narzisstische Krisen heraufbeschwören sowie zu heftigen interpersonellen Verwicklungen führen. Die Projektion der Ursachen dieser Verwicklungen, z. B. die Fehlinterpretation eines Therapeutenverhaltens als vermeintlich abweisend – als Ausdruck einer Externalisierung internalisierter unreifer Objektbeziehungsmuster –, führt dann häufig zu massiven Komplikationen in der Therapie und nicht zuletzt auch häufiger zu deren Abbruch.

Es dürfte kaum verwundern, dass es, bedingt durch derartige Einschränkungen im emotionalen Erleben, auch im stationären Kontext immer wieder zu erheblichen Verun-

sicherungen von Patienten wie auch ihren Behandlern kommen kann. Denn die stationäre Einweisung als solche bedingt ja noch keinerlei Veränderung in bestehenden Auffälligkeiten oder Defiziten im Hinblick auf Selbststeuerung und Beziehungsregulation. Im Gegenteil: Durch die Trennung vom bislang gewohnten Umfeld, durch die neue, vielfach verwirrende Umgebung und eine anfangs unüberschaubare Vielzahl neuer Kontakte zu Behandlern wie Mitpatienten können gerade zu Beginn der stationären Behandlung schwer strukturell beeinträchtigte Patienten erheblich unter Druck geraten. Je nach Ausmaß der Persönlichkeitsorganisation bzw. Unreife der zur Verfügung stehenden Abwehr- und Bewältigungsmodalitäten wird versucht, diesen inneren Druck mit den verschiedensten Formen der Externalisierung abzubauen. Häufig werden damit auch Dritte in die Regulation des konflikthaften Erlebens einbezogen, woraus schon frühzeitig beträchtliche Verwicklungen und damit weitere Verunsicherungen im Hinblick auf Sicherheitsbedürfnis und Selbstgefühl resultieren. Solche Entwicklungen können entweder schon zu Beginn verhindern, dass überhaupt eine stationäre Behandlung in Gang kommt. Sie können sich andererseits im weiteren Verlauf zu erheblichen Komplikationen bzw. Krisen ausweiten, derer sich ein Patient dann manchmal nur durch noch heftigeres Agieren bzw. durch einen Therapieabbruch hofft, entziehen zu können.

Der Begriff der »Krise« leitet sich aus dem Lateinischen »krisis« ab, einem Begriff, der auf eine mit einem Wendepunkt verbundene Zuspitzung eines Problems verweist, sei es die Eskalation einer Erkrankung oder einer anderen konflikthaften Situation. z. B. während der Behandlung. Impliziert wird damit auch die Möglichkeit einer Wendung »zum Guten«. Es liegt in der Dialektik des psychotherapeutischen Dialogs, dass Komplikationen

und Krisen immer auch eine Chance darstellen können, ein tieferes Verständnis für den Patienten zu erlangen bzw. eine Neuausrichtung der Behandlung einzuleiten. Der Patient selbst erlebt dies günstigstenfalls als eine Krise, aus der er »geläutert« wieder hervorgeht, mit der Erfahrung, etwas bewältigt zu haben. Krisenhafte Erfahrungen stellen damit immer auch ein fruchtbares Material für den weiteren Aufenthalt dar (Sammet 2007). Voraussetzung ist hierfür allerdings der reflektierte Umgang mit solchen Phänomenen aufseiten der Behandler, aus deren notwendiger Verunsicherung deswegen kein hektisches Gegenagieren resultieren darf. Schließlich sind es die Ungewissheit bezüglich des Ausgangs und der damit verbundene emotionale Druck, welche in Krisen in der Regel alle Beteiligten zu rascher Handlung sowie zum Unterbrechen der Routine drängen. Diese hatte ja im Vorfeld eine Krise offensichtlich nicht verhindern können. Beruhigtes Handeln und Geschlossenheit in der Haltung des Behandlungsteams sind während einer Krise u. E. die wichtigsten Voraussetzungen für deren Überwindung. Auch dies stellt eine besondere Chance im Rahmen einer interaktionell-multimodalen stationären Behandlung dar. Denn nicht nur theoretisch können sich komplikationsreiche Situationen oder Krisen zum Guten wenden und zu positiven Entwicklungen beitragen, unabhängig davon, in welchem Ausmaß die Krise selbst von den Beteiligten zuvor als bedrohlich erlebt wurde.

Empirisch finden sich in diesem Zusammenhang zumindest Hinweise darauf, dass es im Verlauf erfolgreicher Therapien durchaus häufiger zu kritisch-instabilen Phasen kommt als im Verlauf weniger erfolgreich verlaufender Therapien (Haken & Schiepek 2010, S. 420; Schiepek et al. 2003). Diese Studien haben auch gezeigt, dass sich krisenhafte Zustände vorher oft durch starke Schwankungen der Befindlichkeit eines Patienten ankündigen.

Und auch das kann als ein Hinweis darauf gewertet werden, dass gerade Phasen emotionaler Instabilität bedeutsame Veränderungen einleiten können, was nach den bisherigen empirischen Erkenntnissen aber vor allem dann gilt, wenn gleichzeitig eine stabile therapeutische Beziehung als sichere interpersonelle Basis aufgebaut werden konnte. Diese stellt die Voraussetzung dafür dar, dass der Patient innerhalb eines sicheren Rahmens auf habituelle, dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster verzichten kann, um so neue Erfahrungen zu wagen und dadurch ein Mehr an Flexibilität in der Gestaltung von Beziehungen zu erreichen. Insofern kann Psychotherapie als »gezielte Verunsicherung« mit dem Ziel der Restabilisierung auf einem anderen, höheren funktionalen Niveau verstanden werden. Klinisch heißt das nichts anderes, als dass Therapie die Möglichkeit neuer Erfahrungen eröffnet, was aber immer auch größere Verunsicherungen im Selbstbild nach sich ziehen kann. Diese können jedoch unter Umständen nicht vermieden werden, wenn sich ein neues funktionales Gleichgewicht einstellen soll (► Fallbeispiel Marco J.).

### Fallbeispiel

#### Marco J.

Marco J., ein 23-jähriger Patient, wurde sehr streng in einem stark reglementierten und normierten Familiensystem erzogen, von dem er sich selbst keine Abweichung zu gestatten schien. Eine erste Verliebtheit bereitete ihm unmäßige innere Spannungen, da es sein Wertesystem ihm weder erlaubte, sich der Frau seines Herzens zu nähern, noch irgendwelche erotischen Fantasien ihr gegenüber zu hegen. Darüber hatte er eine schwerste Zwangserkrankung entwickelt, die der stationären Behandlung bedurfte.

In den therapeutischen Gesprächen wurde vorsichtig an den hohen Über-Ich-Idealen gearbeitet. Doch wenig war hier schon (zu) viel. Der Patient geriet in eine tiefe Krise, fühlte sich mit

der Hinterfragung seiner strengen Werte gleichsam seiner gesamten Identität beraubt, entwickelte massive Schlafstörungen, regelrechte »Weinkrämpfe« und zunehmend den Wunsch, die Behandlung abubrechen. Nur mit Mühe konnten Wege aus diesem emotionalen Ausnahmezustand gefunden werden. Danach verblieb zunächst eine starke Unsicherheit hinsichtlich seines Selbstgefühls, gleichzeitig bahnte sich aber eine Lockerung seines strengen Ich-Ideals und damit eine leichte Symptombesserung an. Es konnte erreicht werden, dass er der Therapie zunehmend positiv gegenüberstand und sich nach einer Unterbrechung einen zweiten Aufenthalt vorstellen konnte, um das Erarbeitete des Erstaufenthaltes zu vertiefen.

An diesem Fall werden die obigen empirischen Befunde verdeutlicht, nämlich dass der Weg in eine verlebendigte Beziehungsgestaltung oft nur über eine vorübergehende Destabilisierungen erreicht werden kann.

Wichtig in krisenhaften Situationen in der stationäre Psychotherapie ist vor allem, dass sich die Mitglieder des Behandlungsteams von dem emotionalen Druck, der regelmäßig mit einer Krise für alle Beteiligten verbunden sein dürfte (ansonsten handelt es sich eben nicht um eine »echte« Krise bzw. eine »wirkliche« Komplikation), nicht zu sehr zum Mitagieren verführen lassen, sondern einen klaren Kopf bewahren, um Kontinuität und eine ruhige bzw. Halt gebende Atmosphäre zu realisieren. Beides ist für ein wirksames Krisenmanagement nötig. In manchen Fällen kann andererseits aber auch ein angemessenes und reflektiertes Maß an Mitagieren zielführend sein. Werden nämlich auch die Behandler in einem gewissen Umfang emotional ausgelenkt und zu Änderungen in ihrer routinierten Professionalität gezwungen, bedeutet dies für einen Patienten manchmal eben nur schlichte Mitmenschlichkeit und damit den Beweis, einen Bezugstherapeuten oder eine Bezugspflegerkraft auch emotional berühren zu können.

Komplikationen bzw. krisenhafte Situationen tauchen in der Regel nicht völlig unerwartet auf. Es gibt meist Vorboten bzw. Warnsignale und damit auch Frühindikatoren. Vielfach sind dies verbale oder nonverbale Mitteilungen eines Patienten, der damit seine innere Not kommuniziert. Diese gilt es ernst zu nehmen, soll weiteren Verwicklungen oder gar Therapieabbrüchen vorgebeugt werden (Hölzer 2017). In stationären Behandlungen sind Krisen und Komplikationen gewissermaßen vorprogrammiert und zu erwarten. Denn Schwellensituationen (wie z. B. der Beginn einer Behandlung, die ersten Grunderfahrungen eines Patienten oder Ängste vor der Entlassung) halten typische Belastungen und Konflikte für mehr oder weniger alle Patienten bereit. Das gilt auch für die Behandlung von Patienten mit komorbiden Störungsbildern, wie z. B. einer Bulimie und einem gleichzeitig bestehenden Diabetes mellitus Typ 1. Bei diesen Patienten können Zustände der Hyper- und/oder Hypoglykämie immer wieder beträchtliche Komplikationen und damit auch psychische Instabilität verursachen. Schwer depressive Patienten, die zu suizidaler Dekompensation neigen, gehören ebenfalls in diese Gruppe, oder jüngere Erwachsene, die zu immer massiveren Formen der Selbstverletzung greifen, um sich noch entlasten zu können. Die Vorstrukturierung des therapeutischen Vorgehens in solchen Schwellensituationen bzw. bei absehbaren Komplikationen sollte bereits im Vorfeld einer Zuspitzung durch definierte Handlungsanweisungen erfolgen. Dies kann z. B. den Umgang mit Selbstverletzungen betreffen oder die Regelungen zur Verlegung eines suizidgefährdeten Patienten (► Beispiel einer »Richtlinie Suizidprophylaxe« der Sonnenberg Klinik Stuttgart in der Fassung vom 15.02.2018).

### Richtlinie Suizidprophylaxe

Da es in der Vergangenheit immer wieder zu einigen Unklarheiten im Umgang mit fraglich suizidalen Patienten gekommen ist, gilt ab sofort folgende **verbindliche Anweisung** bzw. folgendes **Procedere** im Hinblick auf diese Patienten.

- Der Umgang mit suizidalen Patienten wird durch
  - a) diese Richtlinie,
  - b) den Bogen zur Befunderhebung,
  - c) durch einen schriftlich formulierten Therapie-Vertrag
 geregelt.
- Patienten mit manifester Suizidalität können aufgrund der offenen Struktur des Settings **nicht** in der **Sonnenberg Klinik** behandelt werden. Finden sich in den vorliegenden Unterlagen (ärztliche Befunde, Briefe, Selbstberichte etc.) Hinweise auf Suizidalität in der Vorgeschichte, ist in jedem Fall ein ambulantes Vorgespräch zur nähren Abklärung notwendig.
- Falls trotz suizidaler Krisen, Suizidversuche bzw. chronischer Suizidalität in der Vorgeschichte ein Patient zur Aufnahme in die **Sonnenberg Klinik** geeignet erscheint, wird der Patient schon in der Ambulanz auf die Notwendigkeit einer eindeutigen Vereinbarung (Therapie-Vertrag) als Voraussetzung für eine Behandlung in unserem Hause aufmerksam gemacht.
- Der Vertrag dient nicht juristischen Zwecken, sondern hat als gemeinsame Vereinbarung zwischen Patient und Behandler vor allem Funktionen im Hinblick auf das Zustandekommen eines tragfähigen Arbeitsbündnisses sowie eine aufklärende Funktion.
- Der Vertrag wird deswegen im Aufnahmege-spräch – unabhängig vom Ausmaß der aktuell vermuteten oder beobachtbaren Suizidalität – oder erneut im Verlauf der Behandlung im Bedarfsfall unmittelbar durch den hauptverantwortlichen Therapeuten bzw. dessen Vertreter angesprochen (um ihn ggf. immer wieder zum Gegenstand der Beziehung zwischen Behandler und Patient zu machen), erläutert und vom Patienten und Therapeuten unterzeichnet.

Andernfalls können einschlägige Patienten leider nicht zur Behandlung aufgenommen bzw. weiterbehandelt werden. Erklärt sich ein Patient jedoch zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Vertrag einverstanden, steht einer Aufnahme nichts im Wege.

- Die in Bezug auf Suizidalität relevanten Daten (Suizidversuche in der Anamnese ja/nein, aktuelle Suizidalität ja/nein, wenn ja, um welche Stufe der Suizidalität laut Stufenschema handelt es sich, Therapievertrag ja/nein) werden nach dem Aufnahmegespräch auf dem Stammbblatt oder einem analogen Formular des Patienten vermerkt. Das Stammbblatt und damit die Einstufung wird am Tag der Aufnahme bis 18.00 Uhr dem Pflegedienst zugänglich gemacht.
- Der Vertrag sieht vor, dass sich der Patient im Falle von Suizidgedanken bzw. Suizidimpulsen **unverzüglich** an ein Mitglied des therapeutischen Teams wendet, damit geeignete Behandlungsmaßnahmen ergriffen werden können.
- An Suizidalität sollte darüber hinaus immer auch gedacht werden, wenn der Patient auffällige Verhaltensweisen zeigt, z. B. Andeutungen gegenüber Angehörigen oder Mitarbeitern macht, sich sehr zurückzieht und verschlossen reagiert bzw. durch aktuelle Situationen unerklärbare Gelassenheit oder sogar Heiterkeit (**cave**: Entlastung durch den Entschluss zum Suizid!) an den Tag legt. Auch bestimmte Krankheitsbilder wie depressive Störungen, akute Psychosen oder Alkoholintoxikationen erhöhen das Suizidrisiko.
- Bei Verdacht auf Suizidalität ist aktiv nach dem Befinden des Patienten zu fragen. Bei Anzeichen von Suizidalität ist unverzüglich der behandelnde oder diensthabende Arzt bzw. Therapeut zu benachrichtigen. Die Befürchtung, man könne den Patienten durch Befragung erst auf suizidale Gedanken bringen, ist unberechtigt. Weitaus schwerer (und juristisch durchaus relevant) wiegt die Unterlassung des Fragens und das Übersehen einer bestehenden Suizidalität.
- Eine bezüglich Suizidalität (und/oder Selbstverletzung) relevante Mitteilung eines Patienten (oder Beobachtung eines Mitarbeiters) muss ernst genommen und **in jedem Falle** für alle Teammitglieder sicht- bzw. wahrnehmbar dokumentiert bzw. zum Gegenstand der Übergabe zwischen den Diensten gemacht werden. Dies gilt auch für den Fall, dass der Eindruck entsteht, dass Suiziddrohungen manipulativ und/oder appellativ eingesetzt werden.
- Ebenfalls **unverzüglich** muss in einem solchen Fall der hauptverantwortliche Therapeut, dessen Vertreter bzw. ein diensthabender Arzt/psychologischer Psychotherapeut hinzugezogen werden, dem es dann obliegt, die evtl. Gefährdung des Patienten durch Suizidimpulse bzw. -handlungen einzuschätzen und zu dokumentieren.
- Werden ärztliche bzw. psychologisch-psychotherapeutische Mitarbeiter direkt hinzugezogen, müssen diese unverzüglich bei dem betreffenden Patienten einen psychischen Befund, insbesondere im Hinblick auf Suizidalität, erheben. Bestätigt der Patient Suizidideen, ist insbesondere zu erfragen, wie konkret und welcher Art sie sind, an welche Methoden der Patient gedacht hat etc. Unbedingt muss nach konkreten Suizidabsichten und -plänen gefragt werden. Ein besonderes Alarmzeichen ist, wenn sich Suizidideen ungewollt aufdrängen. Suizidideen und -pläne sind jedenfalls ausführlich zu explorieren, auch um dem Patienten das Gefühl zu geben, ihn diesbezüglich sehr ernst zu nehmen. Ferner ist abzuklären, ob der Patient (noch) in der Lage ist, Hilfsangebote anzunehmen und ob er diesbezüglich absprache- und vertragsfähig ist (und voraussichtlich wie lange, denn nach Möglichkeit sollte die Absprache auf einen konkreten und für den Patienten überschaubaren Zeitraum bezogen werden). Es sollte auch genau geklärt, besprochen und dokumentiert werden, an wen sich der Patient wenden kann, sollten seine Suizidfantasien (-absichten) wieder zunehmen. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass der benannte Ansprechpartner (oder dessen Vertreter) auch für den Patienten erreichbar ist. Der psychische Befund ist auf dem dafür vorgesehenen Befundbogen für die Krankengeschichte zu notieren und das Er-

gebnis der Untersuchung sowie die daraus abgeleiteten Konsequenzen/Vereinbarungen müssen im üblichen Dokumentationssystem (für alle relevanten Behandler erreichbar- und einsehbar) dokumentiert werden.

**Beispiel:** Patient berichtet über Suizidgedanken; strukturierendes Gespräch; Befund: kein Hinweis für Psychose, Suizidstufe 1, d. h. keine akute Suizidalität; Patient stabil absprachefähig, Befundbogen Suizidalität ausgefüllt. Procedere: zur Nacht einmalig 1 Tbl. Ximovan, Kontakttermine mit Krankenschwester: 10.00, 16.00, 20.00 Uhr.

- Kann die Gefährdung durch Suizidalität bei einem Patienten durch diese Maßnahmen (Vertrag, Untersuchung/Befunderhebung und ggf. Behandlung) nicht sicher ausgeschlossen werden, **muss** – insbesondere wenn der Patient nicht sicher absprachefähig erscheint – eine Verlegung in den geschützten Rahmen einer kooperierenden psychiatrischen Station/Klinik erfolgen. Eingeschränkte oder fehlende Steuer- und Absprachefähigkeit sowie eingeschränkter oder fehlender emotionaler Rapport sind absolute Indikatoren für eine Verlegung. Im Zweifel hat die Sicherheit eines Patienten Vorrang und damit die Verlegung auf eine psychiatrische Abteilung.
- Suizidal gefährdete Patienten müssen nach Bekanntwerden der aktuellen Gefährdung (ggf. bis zum Zeitpunkt der Verlegung) nahtlos überwacht werden.
- Jede Unsicherheit aufseiten des Behandler-teams im Hinblick auf die Suizidalität eines Patienten muss also Konsequenzen i. S. dieser Anweisung haben, d. h. entweder zum sicheren Ausschluss der Suizidalität durch Befunderhebung und ggf. Behandlung oder aber zu einer unverzüglichen Verlegung des betreffenden Patienten führen!
- Die Verlegung eines Patienten erfolgt obligatorisch ab Stufe 3.

Derartige Handlungsempfehlungen tragen nicht nur zu einem beruhigteren Umgang mit der einzelnen akuten Gefahrensituation bei, sondern überhaupt zu einem funktionalen

und zielführenden Krisenmanagement. Ungünstige Verläufe sind allerdings dann vorgezeichnet, wenn die Mitglieder des Teams Komplikationen und Krisen einseitig oder sogar nur an einem Patienten und dessen vermeintlichen Eigenschaften festmachen und dabei den eigenen Beitrag und die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen der Institution und dem Patienten übersehen bzw. Auffälligkeitssignale und Frühindikatoren nicht beachten. Denn Komplikationen und Krisen (von Notfällen ganz zu schweigen) sollten die »Routine« im weitesten Sinne unterbrechen, da sich die bislang in einem speziellen Fall praktizierten Behandlungsstrategien offensichtlich nicht bewährt hatten. Wird in einem solchen Fall an der eigenen Routine festgehalten und ein im Verlauf einer Krise erfolgter Therapieabbruch eines Patienten im Entlassbrief mit den Worten kommentiert, dass »...der Patient aufgrund seiner Charakterstruktur leider nicht in der Lage war, an den vielfältigen hilfreichen Angeboten der Klinik zu partizipieren«, ist dies kein guter Ausweis für die Klinik selbst. Der Regelfall dürfte nämlich sein, dass Komplikationen und Krisen aus interpersonellen Wechselwirkungen zwischen einzelnen Patienten und bestimmten Protagonisten aus der Gruppe der Behandler bzw. der Mitpatienten resultieren. Solche Wechselwirkungen kritisch zu reflektieren und dabei eben auch die Auswirkungen des eigenen Tuns zu bedenken, hieße aus Komplikationen und Krisen nicht nur für den Einzelfall zu lernen, sondern auch zukünftigen Verwicklungen und Zuspitzungen durch eine Haltung der Sensibilität und Offenheit bestmöglich vorzubeugen.



## 31.2 Komplikationen und Krisen zu Beginn

Da gerade der Beginn einer stationären Psychotherapie für viele Patienten eine in vielfacher Hinsicht schwierige Schwellensituation darstellt und korrespondierende Verunsicherungen besonders häufig schon mit dem Eintritt in die Klinik auftreten, ist auf das Gelingen der Aufnahme und die Eingliederung eines Patienten und dessen Einführung in die verschiedenen Behandlungsmodalitäten besonders sorgfältig zu achten (► Kap. 20). Eigene Untersuchungen (Hölzer 2017) legen in diesem Zusammenhang nahe, dass dies aus den verschiedensten Gründen nicht immer geschieht, wobei diese Gründe nur z.T. im Erleben und Verhalten des einzelnen Patienten zu suchen sind. Vielfach sind es die multiplen bürokratischen Vorgaben einer Klinik und komplexe Aufnahmeverfahren mit der Unterzeichnung diverser Verträge, Vereinbarungen und Entbindungen, die einen Patienten überfordern. Vieles, was als hilfreich und strukturierend für die Aufnahmesituation erachtet wurde (► Kap. 20), erweist sich bei näherer Betrachtung, zumindest für eine Untergruppe der aufgenommenen Patienten, als eben nicht besonders hilfreich, auch und gerade wenn es konzeptuell und theoretisch besonders gut begründet werden kann (► Fallbeispiel Angelika F.).

### Fallbeispiel Angelika F.

Frau Angelika F., eine 47-jährige Verwaltungsangestellte, verheiratet, zwei Kinder, wurde nach einem ausführlichen Vorgespräch (► Kap. 19) mit einer Vielzahl von Diagnosen in einer Abteilung für Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) behandelt. Neben der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung wurden zusätzlich eine »atypische Anorexie« aufgrund ihres seit Jah-

ren praktizierten restriktiven Essverhaltens und zudem psychische und Verhaltensstörungen bei Alkoholabhängigkeitssyndrom sowie der Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) diagnostiziert.

Die Patientin kam schon am zweiten Tag des stationären Aufenthaltes ausgesprochen angewühlt aus einer Gruppensituation zu ihrer Bezugspflegekraft, um mit ihr nicht nur die Situation in der Gruppe selbst zu besprechen, sondern auch über ihre belastenden Erinnerungen an traumatische Erlebnisse (sexueller Missbrauch in der Kindheit) zu berichten. Die Bezugspflegekraft, eine erfahrene Gesundheits- und Krankenpflegerin, die langjährig in dieser Klinik tätig und ausgesprochen vertraut war mit den dort »üblichen« Modalitäten der Behandlung von Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen, hatte versucht, die Patientin zu entlasten und die Situation so weit zu strukturieren, dass diese am nächsten Tag in der Einzeltherapie fähig wäre, zumindest ihre aktuelle innere Situation zu besprechen. Die Patientin selbst fühlte sich jedoch dadurch in hohem Maße »unverstanden und abgeblockt« bezüglich ihres ausführlichen Berichtes über erlebte Traumata in der Vergangenheit und verließ vorwurfsvoll und empört den Raum. Etwa 15 Minuten später erreichte die Pflegedienstzentrale ein Anruf von der Pforte: Den Mitarbeitern dort war die Patientin aufgefallen, weil sie wütend den Schlüssel ihres Zimmers in die Rezeption hineingeworfen hatte, vor sich hin schimpfend aus dem Haus »gestürmt« war, was den diensthabenden Arzt veranlasste, mit der Patientin über deren Mobiltelefon Kontakt aufzunehmen. Die Patientin warf dem Arzt dann nicht nur das Versagen der Klinik und des Klinikpersonals vor, sondern schrie regelrecht ins Telefon, dass sie jetzt nach Hause gehe, um sich dort zu betrinken und auf diese Art eine disziplinarische Entlassung zu provozieren. »Das in eurer Klinik macht doch alles gar keinen Sinn, das halte ich nicht aus.« Der diensthabende Arzt konnte die Patientin zwar am Telefon bewegen, in die Klinik zurückzukehren, in der dann im Verlauf des Abends noch ein längeres Gespräch stattfand und die Patientin

erneut auf die Modalitäten einer psychotraumatologischen Behandlung (Stabilisierung vor Exposition) hingewiesen werden konnte. Auch am nächsten Tag wurde noch einmal in einem Dreiergespräch mit der Patientin, der Bezugspflegerkraft und der Therapeutin der Versuch einer Klärung unternommen. Die Patientin war aber nicht mehr aufzuhalten in ihrem Entschluss, die Therapie bereits am dritten Tag ihrer Behandlung abzubrechen. Von einer ambulanten Therapie würde sie sich mehr versprechen, auch wenn Versuche diesbezüglich im Vorfeld mehrfach gescheitert waren. Bislang hätte sie eben »einfach zu viel Pech« mit ihren ambulanten Therapeuten gehabt.

Dass Patientinnen wie Angelika F. trotz umfangreicher vorstationärer Diagnostik und Indikationsstellung schon am ersten Tag bzw. in den ersten Tagen die Behandlung abbrechen, ist leider in stationären Kontexten keine Seltenheit. Insbesondere in Abteilungen, die sich auf die Behandlung von Patienten mit schweren strukturellen Störungsbildern spezialisiert haben und auf entsprechende Defizite in der Selbst- bzw. Beziehungsregulation »eingrichtet« sein sollten, kommt es häufiger zu solchen Abbrüchen, die aus der Impulsivität und der mangelnden Kontrolle über das eigene affektive Erleben und Handeln resultieren. Die Externalisierung innerer Konflikte, eine Tendenz zum Agieren der als untragbar erlebten Konfliktspannung (also deren rasche Umsetzung in Handlung) und das Einbeziehen des Umfeldes in die eigene Konfliktregulation bedingen dann häufig ein entsprechend »lautes« Geschehen, unüberhörbar für Behandler und Mitpatienten.

Im Kontext der Aufnahmesituation hat der Patient sich mit ungewohnten Örtlichkeiten, vielen ihm unbekannten Menschen und einer kognitiven Belastung durch eine Fülle von Informationen, auszufüllenden Verträgen, zu unterzeichnenden Schweigepflichtsentsbindungen und Aufklärungsbögen usw. auseinan-

derzusetzen. Bei entsprechend disponierten Patienten kann es durch damit verbundene Verunsicherungen rasch zur »Zerstörung des therapeutischen Raumes« (Trimborn 1983) kommen, zur Entwertung der Klinik und ihrer Angestellten und konsekutiv auch zur Gegenentwertung der Patienten durch das Team bzw. durch einzelne Behandler, die sich selbst von den Vorwürfen des Versagens bzw. einer therapeutischen Fehlhandlung freisprechen wollen. Auch um kognitive (und emotionale) Dissonanzen zu vermeiden, werden dann Gründe in einer Art Ein-Personen-Psychologie auf den Patienten attribuiert, der »leider nicht in der Lage war, auf die hilfreichen Angebote der Klinik adäquat zu reagieren« (um auch aus dem entsprechenden Entlassbrief von Angelika F. zu zitieren). Die Analyse von Verläufen, in denen Patienten sich zu einem frühen Zeitpunkt gegen ärztlichen Rat für einen Therapieabbruch entschieden hatten, zeigt nur allzu häufig, wie das eigene mangelnde Gespür für die vielfältigen Belastungen, die in den ersten Tagen mit dem Beginn einer Behandlung für Patienten verbunden sind, heruntergespielt wird (Hölzer 2017). Sinngemäß: »Ich arbeite schon lange hier in dieser Klinik, habe die Behandlungsmethoden selbst mitentwickelt und verdiene gutes Geld damit. Das Angebot als solches kann doch eigentlich gar nicht schlecht sein. Wir geben uns so viel Mühe in der Aufnahmesituation, haben alles bis ins Kleinste durchdacht, was sollen wir denn noch alles tun, um unsere Patienten zufriedenzustellen?«

Durch eine derartige »externe« Attribution werden Projektionen zurückgespielt und damit Chancen vergeben, das eigene Setting zu überdenken und möglicherweise bürokratisch überladene Aufnahme-Abläufe zu entschlacken. Dadurch wäre insbesondere weniger belastbaren Patienten, wie Angelika F., die Möglichkeit gegeben, Schritt zu halten. Es

könnte ihnen mehr Zeit eingeräumt werden, sich in einen komplexen und emotional anfangs verwirrenden Klinikalltag einzuleben. Dass Patienten, die frühzeitig abbrechen, »nur schnuppern« wollten und man sich keine Sorgen machen bräuchte, denn sie würden »schon wiederkommen« (um einen Mitarbeiter zu zitieren, der an der Behandlung Angelika F.s beteiligt war), läuft auf eine Fehleinschätzung der inneren und äußeren Realität dieser Patienten hinaus. Ein früher Therapieabbruch wird von Patienten zumeist als beschämende Niederlage und eigenes Versagen empfunden, sobald der projektive Rausch der ersten Empörung erst einmal vorüber ist. Wie anders soll man es denn sich selbst und seinem Umfeld erklären, dass man nach wenigen Tagen schon wieder zu Hause ist, obwohl man doch so vieles im Vorfeld unternommen hatte, um gerade in diese Klinik hineinzukommen und so lange auf einen freien Behandlungsplatz gewartet hat? Untersuchungen von frühen Therapieabbrüchen zeigen, dass viele dieser Patienten eben nicht wiederkommen. Bei Angelika F. fanden sich in der klinikeigenen Dokumentation zudem Hinweise auf das rasche Ingangkommen einer intensiven Mutterübertragung, in diesem Fall auf die Bezugsschwester. Gewissermaßen in einem Nebensatz »gestand« die Patientin, sich von ihrer Bezugspflegekraft deswegen besonders abgewiesen gefühlt zu haben, weil sie diese »gleich gemocht« hätte. Nur deswegen habe sie so empfindlich reagiert. Kommen heftige emotionale Verunsicherungen zu der aufnahmebedingten Ungewohntheit des neuen Umfeldes hinzu, müssen schon früh zentrale Beziehungskonflikte reguliert werden. Aus diesen Gründen ist es nicht nur naheliegend, sondern ausgesprochen zweckmäßig, eine Aufnahme nicht bereits am ersten oder zweiten Tag als »beendet« anzusehen. Dies kann höchstens formal gelten. »Aufgenommen« bzw. »angekommen« ist ein Patient

möglicherweise auch nach einer Woche noch nicht. Indikatoren für dessen Ambivalenz und Tendenzen zum Abbruch, die sich häufig finden, wenn man sie nur sehen oder hören wollte, sollten deswegen ausgesprochen ernst genommen werden. Ein »business as usual« mit solchen Patienten, ein Vertrösten auf den nächsten Tag oder gar auf »die Therapie« verbietet sich. Indiziert sind eine möglichst rasche Klärung mit dem Versuch des Verstehens der psychodynamischen Zusammenhänge sowie ein respektvoller Umgang mit den häufig zu findenden Ängsten vor Vereinnahmung, Zurückweisung oder anderen emotional verunsichernden Zuständen.

### 31.3 Häufige Komplikationen: Suizidalität

Krisen können (wie im obigen Fallbeispiel von Angelika F.) »laut« oder wie bei Gerhard S. (► nachfolgendes Fallbeispiel) »leise« verlaufen.

#### Fallbeispiel Gerhard S.

Bei Herrn S. handelt es sich um einen 53-jährigen Lehrer, der wegen rezidivierender depressiver Episoden und einer Vielzahl von organischen Grunderkrankungen in einer Abteilung für »Patienten in der zweiten Lebenshälfte« behandelt wurde. Somatisch litt er an einer hypertoniebedingten Linksherzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen sowie einem seit Jugend bestehenden Diabetes mellitus Typ 1, der schon längere Zeit vor dem Klinikaufenthalt mit einer Insulinpumpe versorgt werden musste. Auslöser der aktuellen depressiven Entwicklung waren nicht nur zunehmende Schwierigkeiten im Kollegium bzw. mit ihm kritisierenden Schülern gewesen, sondern auch Verwicklungen mit seiner Ehefrau im Hinblick auf die Erziehung ihrer zwei eigenen heranwachsenden Kinder.

Schon beim Aufnahmegegespräch hatte der Patient über Gefühle des »Burnout«, der »Erschöpfung« und eine »regelrechte Lebensmüdigkeit« berichtet und dabei eine erhebliche narzisstische Vulnerabilität vermittelt. Auch die im Vorgespräch geschilderten Beziehungsepisoden hatten auf ein stärkeres Ausmaß an Kränkbarkeit hingewiesen sowie auf ein Gefühl der übermäßigen Abhängigkeit von Anerkennung und Bewunderung durch andere. Beeinträchtigt fühlte sich der Patient zudem durch seine körperlichen Erkrankungen und dadurch bedingte Einschränkungen. Regelrecht »gedemütigt« erlebte er sich kurz nach der Aufnahme in die Klinik durch eine Gruppensituation: Eine Mitpatientin äußerte, dass seine körperlichen Erkrankungen doch in seinem Alter »nichts Besonderes« wären, er solle sich auch wegen seiner Schulthemen »nicht so anstellen«. Im Abendkontakt wirkte der Patient dann ausgesprochen zurückgezogen, eher nachdenklich als bedroht. In ihrer Unsicherheit beschloss die diensthabende Pflegekraft, gerade diesen Patienten auf ihrem nächtlichen Rundgang noch einmal frühzeitig zu kontaktieren. Sie fand ihn somnolent und angezogen auf dem Bett liegend, nicht mehr ansprechbar und mit kaum mehr messbarem Puls, was sie umgehend veranlasste, nicht nur den diensthabenden Arzt einzuschalten, sondern – ohne dessen Erscheinen abzuwarten – auch einen Notarzt zu alarmieren. Die Verlegung erfolgte aufgrund einer massiven Hyperglykämie in eine entsprechend ausgerüstete internistische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses. Die Hyperglykämie hatte Gerhard S. »hergestellt« durch das Ausschalten der Insulinpumpe. Nach Rückverlegung wurde mit dem Patienten zunächst »vertraglich« das Arbeitsbündnis erneuert bezüglich seines Verhaltens in Krisensituationen. Es wurde vereinbart, dass er im Falle von Kränkungen nicht länger mit (suizidalem) Rückzug reagieren, sondern Kontakt mit einem Mitglied des therapeutischen Teams aufnehmen solle. In den nachfolgenden Therapieabschnitten gelang dann kleinschrittig die Erarbeitung der Hintergründe der ihn belastenden Situationen und seines eigenen Beitrages zu den Verwicklungen im

»Hier und Jetzt« der Klinik sowie im Transfer auch im »Dort und Draußen« der Schule und der Familie.

Je nach Abwehr und Bewältigungsmodalitäten eines Patienten wird sein Umfeld mehr oder weniger in die Regulierung innerer Konflikte einbezogen. Neigt ein Patient zum beschämten Rückzug aus Kränkungssituationen, wie z. B. Gerhard S., resultiert in entsprechenden Krisen des Selbstgefühls manchmal ein zunächst nicht besonders auffälliges Verhalten. Hinweise von Mitpatienten wie die, dass Gerhard S. »nach einem Streit empört aus der Gruppentherapie weggelaufen« wäre, können Warnsignale sein, die das Team möglicherweise hätten aufmerksam werden lassen. Statt greller Auffälligkeitssignale war es bei Gerhard S. jedoch das »Verstummen« eines sonst eher redseligen Patienten, das die diensthabende Pflegeperson nachdenklich gemacht und schließlich doch zum Handeln veranlasst hatte.

Dass Gerhard S. in suizidaler Absicht durch das Ausstellen der Insulinpumpe den eigenen Körper zum Objekt der Schädigung gewählt hatte, verwundert nicht. Im Gegenteil, der Körper eignet sich für diesbezüglich disponierte Patienten in besonderer Weise als Agierfeld und Projektionsfläche und wird gerade im Bereich psychosomatischer Störungsbilder – vielfach unbewusst – zu Zwecken der Selbst- und Beziehungsregulation »eingesetzt«. Es scheint, als ob Gerhard S. mit dem Insulinmangel seinen Körper für dessen Versagen bestrafen, als ob er ein Ausrufezeichen setzen wollte: »Ich als Person bin nicht gut genug für diesen Körper. Den habe ich nicht verdient« (Denecke & Hilgenstock 1989).

Gäbe es immer eindeutige Frühindikatoren für bevorstehende Krisen dieser Art, wäre der Klinikalltag sicher besser zu bewältigen. Allgemein können wir hier nur die Empfehlung geben, jede Art von Auffälligkeitssignal

ernst zu nehmen. Ist der Patient erst seit Kurzem in stationärer Behandlung, fällt eine solche Einschätzung, wie bei Gerhard S., besonders schwer, da der Patient dem Behandlungsteam noch unbekannt ist. Gerade dem Anfang der stationären Behandlung wohnt eben nicht nur ein Zauber inne (► Kap. 20), sondern er kann sich als ausgesprochen schwierig und belastend herausstellen. Er kann mit so vielen Verunsicherungen einhergehen, dass es gar nicht erst zu einer Behandlung im engeren Sinne kommt und der Patient schon am ersten oder zweiten Tag abbricht.

### 31.4 Komplikation Psychose

Krisenhaft verlaufen nicht nur die gar nicht so seltenen Fälle von akuten Suizidimpulsen oder Suizidhandlungen, wie im Falle von Gerhard S., sondern auch die verschiedenen Spielarten psychotischer Dekompensation. Dies sind Zustände, in die diesbezüglich vulnerable Patienten auch ohne eine von außen spürbare Konfliktsituation geraten können. Je nach Behandlungskonzept und Setting kann ein (teil-)stationäres Setting bei gefährdeten Patienten auf eine Überflutung mit nicht mehr zu regulierenden Stimuli und Reizen hinauslaufen, einer Art »Treibhauseffekt«, der für massivste Verunsicherungen sorgen kann. Körperliche Missempfindungen, Schlaflosigkeit und innere Unruhe sowie mildere Formen der Beziehungssetzung können dann als erste Vorboten einer solchen psychotischen Regression auftreten. Dies ist eine Gefahr, die nicht immer sicher schon im Vorgespräch zu erkennen ist. Auch in solchen Fällen ist es naturgemäß wichtig, Frühindikatoren als solche zu erkennen, um rechtzeitig entweder durch eine Änderung des Settings und/oder durch eine medikamentöse Einstellung einer drohenden Dekompensation entgegenwirken zu können. Vorurteile im Hinblick auf Psy-

chopharmaka (► Kap. 27) sind genauso kontraindiziert wie bloßes Zuwarten bzw. ein Festhalten an dem gewohnten Therapieschema oder an z. B. genau dem Behandlungsplan, durch den der Patient unter Druck geraten war. Vor allem sind es Therapiegruppen, insbesondere Großgruppen, die rasche und tiefe Regressionen induzieren können und die bei vulnerablen Patienten deswegen nicht »überdosiert« werden sollten. In einer Reihe von Fällen ist jedoch eine psychotische Dekompensation trotz aller Gegenmaßnahmen nicht zu stoppen. In solchen Situationen muss dem Patienten dann manches Mal größtmöglicher Schutz, ggf. durch Verlegung in eine beschützte Abteilung oder sogar in ein anderes Krankenhaus, zuteilwerden (► Fallbeispiel Brigitte H.).

#### Fallbeispiel Brigitte H.

Die 41-jährige Brigitte H., beruflich ausgesprochen untestet mit verschiedensten Aufgaben in unterschiedlichsten Anstellungen betraut, die insgesamt wenig Qualifikation erforderten (zuletzt als Lageristin tätig), wurde mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode, einer Adipositas Grad III (BMI von 46) sowie Selbstverletzendem Verhalten (chronisch offene Wunden am Unterarm) zur stationären Behandlung aufgenommen.

Relativ rasch stellte sich heraus, dass die Patientin durch die analytisch orientierte Gruppentherapie unter Druck geriet. Noch im Vorgespräch war diese Therapiegruppe als durchaus indiziert erschienen, von Anfang an schien Brigitte H. diese jedoch für sich nicht als nützlich zu empfinden. Sie wurde zunehmend unruhig, nicht nur in der Gruppe selbst, sondern auch im Alltag der Klinik. Immer häufiger kontaktierte sie die Bezugsschwester wegen »scheinbarer Kleinigkeiten«, um sich in kurzen Gesprächen zunächst noch beruhigen zu lassen. Da dann aber die Überforderung durch das Kliniksetting immer offensichtlicher wurde und eine Stabili-



sierung im gewohnten sozialen Umfeld viel adäquater erschien als eine analytisch orientierte Gruppe, wurde mit ihr besprochen, die Behandlung nach einem absehbaren Zeitraum von zwei weiteren Wochen zu beenden: Dies sollte zugunsten einer beruflich orientierten Rehabilitation, in der ihre Leistungsfähigkeit und überhaupt ihre beruflichen Neigungen hätten ausgelotet werden können, erfolgen.

In der letzten Gruppensitzung vor Entlassung wirkte die Patientin dann abwesend, saß mit hochrotem Kopf fast sprachlos in der Gruppe, konnte zunehmend weniger erreicht werden, was die Gruppentherapeutin dazu veranlasste, die Patientin direkt nach der Gruppe zu einem Einzelgespräch zu bitten. In diesem schien sie dann vollends zu regredieren, nur andeutend, dass »Dinge« hochkämen, die sie sich bisher nicht getraut hätte mitzuteilen. Die noch unerfahrene Therapeutin reagierte verunsichert in Bezug auf die Absprachefähigkeit dieser sich ganz offensichtlich in Gefahr befindlichen Patientin. Der herbeigerufene Chefarzt konnte in einem explorativen Gespräch dann herausfinden, dass Brigitte H. begonnen hatte, »Stimmen« zu hören. Diese kommentierten sie dahingehend, dass ihr Leben keinen Sinn mehr mache, sie eine Versagerin sei und deswegen ein Weiterleben nicht verdient hätte, sie sich umbringen solle. Zunächst wurde vom Chefarzt eine neuroleptische Medikation in Erwägung gezogen. Von dieser wurde dann zugunsten einer raschen Verlegung in eine geschützte psychiatrische Institution abgesehen, da das Ausmaß der Gefährdung den Beteiligten zu groß erschien. Die zur Verlegung der Patientin benachrichtigten Sanitäter des Roten Kreuzes hatten einen Transport innerhalb der nächsten drei Stunden in Aussicht gestellt. Während dieser Zeit wurde die Patientin in der Nähe der Pflegedienstzentrale 1:1 betreut. Da das Rote Kreuz den Transport schlussendlich jedoch nicht herstellen konnte, fand am Ende die Verlegung mithilfe eines Taxis im Begleitung des endverantwortlichen Arztes statt. Eine Wiederaufnahme in die Klinik war aufgrund der durch diesen Verlauf belegten Psychosenähe der Patientin, die im Erstgespräch diesbezüglich noch

völlig unauffällig erschienen war, weder indiziert noch möglich.

Eine 1:1-Überwachung ist in einem Fall wie dem von Brigitte H., wie auch in anderen Fällen von unklaren Erregungszuständen bzw. in vergleichbaren Fällen von Psychosenähe, in der Regel nicht zu umgehen, steigt doch die Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung gerade in psychotischen Zuständen rapide an.

Die Verlegung selbst sollte so gründlich wie möglich vorbereitet werden. Dies umfasst auch die Vorabinformation der aufnehmenden Abteilung oder Klinik (falls im Hause selbst keine Abteilung mit den entsprechenden Überwachungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen sollte), um dort möglicherweise bestehenden Widerständen vorzubeugen. Diese Widerstände würde eine Patientin wie Brigitte H. sonst eventuell schmerzlich zu spüren bekommen. Das betrifft besonders Verlegungen am Wochenende, die in der aufnehmenden Klinik für entsprechende Mehrarbeit sorgen.

Kliniken, aus denen häufiger in einen geschützten Bereich verlegt werden muss, wird dringend empfohlen, sich vertraglich an eine kooperierende Einrichtung zu binden, um auf diese Weise möglichst eindeutige Regeln und Prozeduren für eine Verlegung einschließlich der Rückverlegung zu definieren. Die schriftliche Niederlegung dementsprechender Algorithmen verhindert, dass im Notfall das notwendige Procedere jeweils rasch »neu« erfunden bzw. konstruiert werden muss. Denn im Notfall auf Bewährtes zurückgreifen zu können spart Zeit und Nerven von Behandlern wie von Patienten gleichermaßen. Solche vorausschauend verabredeten Regeln bzw. Algorithmen neutralisieren erfahrungsgemäß auch ein gewisses Maß an Aggressivität und Anspannung, da Entscheidungen für Situationen krisenhafter Zuspitzung schon vorab durchdacht worden sind.



Darüber hinaus hat sich auch eine systematische Kooperation bewährt, z. B. im Sinne gemeinsamer Fallbesprechungen zwischen zuweisender und aufnehmender Institution, um etwaigen Missverständnissen und auch Spaltungsphänomenen vorzubeugen. Man fährt eben zweckmäßigerweise nicht erst dann an die Tankstelle, wenn der Tank leer ist, sondern nach Möglichkeit vorher.

## 31.5 Möglichkeiten und Grenzen einer Krisenintervention

### Fallbeispiel

#### Franka F.

Die 18-jährige Schülerin Franka F. war ein Vierteljahr vor dem Abitur mit der Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode sowie mit einer agoraphoben Angstsymptomatik, Panikattacken und heftigen vegetativen Angstäquivalenten in eine Abteilung für adoleszente Patienten bzw. junge Erwachsene aufgenommen worden, fand aber in den ersten Tagen ausgesprochen schwer in das Therapiesetting hinein. Schon bald hatte sie sich mit ihrer Zimmernachbarin »verkracht«. In den Gruppentherapien wie auch in den Spezialtherapien hatte die Patientin häufiger in demonstrativer Weise die Gruppe verlassen.

An besagtem Nachmittag wurde Franka F. durch eine besorgte Mitpatientin gegen Abend in die Pflegedienstzentrale begleitet. Sie teilte aufgeregt und in ihrer Unruhe kaum zu bändigen mit, dass sie der Spezialtherapeut auf ihre »störenden Verhaltensweisen« in der Gruppe wie auch auf ihre mangelnde Beteiligung an der eigentlichen therapeutischen Arbeit durch »irgendwelches Reden mit Mitpatienten« angesprochen hätte. Die Patientin reagierte dann auch auf die Fragen der Pflegekraft zunehmend abweisend. Sie habe »keine Lust«, über sich und über die Situation zu sprechen, um dann, wie in anderen Therapiesituationen auch, aufzustehen und davonzulaufen (damit erneut im wahrsten Sinne des Wortes eine Art »Nachlaufsituation« herstellend). Unsicher über das Aus-

maß der Gefährdung folgte die Bezugspflegekraft dem entsprechenden Pflegedienststandard, der gerade für solche Weglaufsituationen in dieser Klinik entwickelt wurde. Sie begann die Patientin in der Klinik zu suchen und hinterließ auf ihrem Zimmer schriftlich die Botschaft, sie möge sich doch bitte umgehend erneut in der Pflegedienstzentrale melden. Gleichzeitig wurde der in dieser Nacht diensthabende Arzt über den Vorgang informiert, der sich entschied, die Patientin nicht polizeilich suchen zu lassen. Etwa anderthalb Stunden später meldete diese sich dann tatsächlich in der Pflegedienstzentrale, förmlich zusammenbrechend und eine Art Heulkampf entwickelnd. Sie verstehe überhaupt nicht, warum »alle« Menschen ihr »immer nur Vorwürfe« machten. Sie mache offenbar stets »alles falsch« und habe die Gruppe doch nur deswegen verlassen, weil ihr alles »zu viel« geworden wäre und sie die Situation nicht mehr habe aushalten können. Auf den erneut herbeigerufenen diensthabenden Arzt reagierte Franka F., wie bereits gegenüber dem Spezialtherapeuten, zunächst spürbar trotzig und vorwurfsvoll. In dem längeren Gespräch, für das sich der diensthabende Arzt ausreichend Zeit nahm, konnte mit der Patientin dann jedoch erarbeitet werden, dass sie solche Situationen des Sich-Entwertet- und Angeschuldigt-Fühlens sowohl in der Schule als auch in der Primärfamilie schon häufiger erlebt hatte. Normalerweise würde sie in solchen Situationen zu Hause zum Alkohol greifen, um sich »wegzubeamen«. Wenn sie das nicht mache, entwickle sie vielfach Suizidgedanken, hätte sie doch dann das bedrohliche Gefühl, dass sich auch in Zukunft an ihrer Außenseiterposition und ihrem »ständigen Versagen« wenig ändern würde.

Nächtliche Situationen wie solche mit Franka F. stellen für alle Beteiligten affektiv eine beträchtliche Herausforderung dar, in denen es zunächst vor allem gilt, Ruhe zu bewahren. Die sorgfältige Abklärung von Suizidalität oder anders gearteter Formen von Selbstgefährdung hat immer Vorrang. Dies-

bezüglich gefährdeter Patienten sollten nicht nur aus therapeutischen Gründen der Patientensicherheit explizit dazu befragt werden, aber auch aufgrund juristischer Aspekte sollte in solchen Situationen immer auch ein psychischer Befund erhoben und dokumentiert werden, zusätzlich zu einer Einstufung des Suizidrisikos auf einer entsprechenden Stufenskala. Diese Tätigkeiten erfordern zwar einige Zeit, der positive Effekt dabei ist jedoch, dass das Geschehen damit insgesamt verlangsamt und in der Hektik Entscheidendes seltener übersehen wird. Auch gibt diese Sorgfalt einer Patientin wie Franka F. das Gefühl, in ihrer Not ernst genommen und nicht unbeteiligt durch Medikamente einfach nur ruhiggestellt zu werden.

Im Falle von Franka F. erfolgte die Abklärung der Suizidalität im Rahmen einer etwas längeren Krisenintervention, in der auch die Einordnung des aktuellen Geschehens in biografische Zusammenhänge und ansatzweise die Klärung der psychodynamischen Hintergründe möglich war. Ein derartiger Aufwand übersteigt allerdings die durchschnittliche Reichweite solcher Kriseninterventionen, in denen es zumeist nur um eine unmittelbare Hilfestellung, um Stabilisierung und um das Wiedererlangen der gewohnten Entscheidungs- und Handlungskompetenz eines Patienten gehen kann. Kriseninterventionen können also in erster Linie nur der aktuellen Entlastung dienen, sollten deswegen supportiv bzw. lösungsorientiert und an den Ressourcen des Patienten orientiert erfolgen und eben nicht mit den Inhalten der regulären Therapie eines Patienten konkurrieren. Der Therapeut und das Team übernehmen in dieser Situation Hilfs-Ich-Funktionen und enthalten sich deswegen in der Regel weitergehenden Maßnahmen. Im Fall von Franka F. gelangte der diensthabende Arzt zu dem Eindruck, dass keine akute Gefahr bestünde, weswegen er mit der Patientin lediglich eine leichte neuro-

leptische Medikation (20mg Atosil) und regelmäßige Kontrollen durch den pflegerischen Nachtdienst vereinbarte. Diese Maßnahmen beruhigten die Patientin ausreichend, sodass von einer Verlegung in eine geschützte Umgebung abgesehen werden konnte. Hätten sich die diensthabenden Mitarbeiter der Klinik diesbezüglich nicht sicher gefühlt (und dies auch entsprechend dokumentiert), wäre eine solche Verlegung zwingend notwendig geworden. Denn im Zweifel hat die Sicherheit einer Patientin absoluten Vorrang vor anderen Zielen einer Krisenintervention. Die Absprachefähigkeit eines Patienten, soweit eine solche sich überhaupt sicher objektivieren lässt, gilt in diesem Zusammenhang als das entscheidende Kriterium. Äußert die Patientin selbst diesbezüglich Zweifel, müssen diese immer ernst genommen werden.

Besonders zu beachten ist, dass nicht nur das gesprochene Wort von Patienten zur Beurteilung herangezogen werden darf. Gerade in Bezug auf Suizidalität sollten zusätzlich auch die anderen üblichen Beurteilungskriterien berücksichtigt werden, wie z. B. die Anzahl vorausgegangener Suizidversuche, Suizide in der Verwandtschaft oder eine fehlende soziale Integration. Es ist darauf hinzuweisen, dass der häufig in der Dokumentation verwendete Terminus »glaubhaft absprachefähig« immer einer gründlichen Abklärung bedarf. Was ist glaubhaft? Therapeutische Intuition innerhalb der jeweiligen Situation kann erfahrungsgemäß auch täuschen, sie sollte immer mit den bekannten Risikofaktoren abgeglichen werden. Regelmäßig sollte auch ein psychischer Befund erhoben bzw. dokumentiert werden.

Der Fall eines narzisstisch strukturierten Patienten, der im Anschluss an eine kränkende Situation seinem Arzt mit Handschlag versichert hatte, sich nichts anzutun, um sich eine halbe Stunde später in seinem Zimmer am Bettlaken zu erhängen, ist nur ein tragi-

sches Beispiel für das Missglücken solcher Absprachen. Obwohl ein derartiger Fall die Ausnahme ist und prinzipiell nie zu verhindern sein dürfte, zeigt er die Relativität verbaler Patientenäußerungen, derer sich der Untersucher stets bewusst sein sollte. Die anschließende Recherche ergab in diesem Fall, dass mehrere der bekannten Risikofaktoren vorgelegen hatten, die eine Relativierung der sogenannten »Absprachefähigkeit« hätte nach sich ziehen können. Vor dem Hintergrund des geplanten Suizids war die Wortbrüchigkeit für diesen Patienten vermutlich ohne Bedeutung.

Gerade beim Vorliegen von erheblichen Risikofaktoren muss deswegen eine sehr engmaschige Begleitung und möglicherweise sogar eine niedrigschwellige Verlegung – ggf. auch gegen den Willen des Patienten – erfolgen. Die therapeutische Beziehung wird zunächst zwar leiden, kann aber wieder hergestellt werden, wenn dem Patienten das Vorgehen (später) ausreichend plausibel erklärt wird. Erst dann kann er die Maßnahme vielfach als Fürsorge begreifen, was die therapeutische Beziehung sogar stabilisieren kann. Solche Krisen können also durchaus positive Folgen haben. Eine nötige Verlegung sollte hingegen nach einem definierten Algorithmus unter Einhaltung entsprechender Sicherungsmaßnahmen erfolgen. Patienten, die sich, aus welchen Gründen auch immer, in einem Ausnahmezustand befinden (insbesondere suizidale und/oder psychotische Patienten), müssen – wie oben schon erwähnt – 1:1 überwacht werden. Sie dürfen bis zur Unterbringung in einer geschützten Umgebung zu keinem Zeitpunkt aus den Augen gelassen werden.

### **31.6 Krise als Inszenierung dysfunktionaler pathogener Einstellungen in der Hoffnung auf eine korrigierende emotionale Erfahrung**

Bei der Verlegung krisenhafter Patienten auf eine beschützte Station muss dem Team bewusst bleiben, dass damit die Krise meist nicht gelöst ist. Oft kann durch das beschützende, strukturgebende Setting vorerst nur ein »Herunterkochen« der destruktiven Emotionen erreicht werden, nicht zuletzt durch die emotionale Wärme, die erfahrene Pflegekräfte auf beschützten Stationen oft gut vermitteln können. Die Dynamik der Suizidalität braucht aber ein näheres Verstehen, wenn sie nachhaltig bearbeitet werden soll. Ein solches therapeutisches Aufarbeiten kann in aller Regel auf beschützten Stationen nicht oder nur sehr eingeschränkt erfolgen. Gerade bei chronisch Suizidalen, die immer wieder akut Gedanken der Lebensmüdigkeit entwickeln, zeigt sich, dass die pathogene Dynamik durch Verlegungen nur zeitlich begrenzt beherrscht wird.

In manchen Fällen ist es hilfreich und handlungsleitend, zu versuchen, die krisenhaften Ausnahmezustände eines Patienten nach dem psychodynamischen Konzept der »Control Mastery Theorie« zu verstehen (Sammet et al. 2007). Die »Control Mastery Theory« (Weiss 1993) besagt, dass ein Patient in die Therapie mehr oder weniger bewusst so viel pathogenes Material wie möglich einbringt, in der (häufig unbewussten) Hoffnung, dass der Therapeut sich anders verhalten wird als seine primären Bezugspersonen früher. Dies wird als »Testen« pathogener Überzeugungen bezeichnet. Die damit verbundene Hoffnung des Patienten bezieht sich auf eine »positive« Enttäuschung und damit auf eine korrigierende emotionale Bezie-

hungserfahrung, ein altbekanntes Prinzip, das auf Alexander und French (1946) zurückgeht. Durch neue positive Erfahrungen innerhalb der therapeutischen Beziehung können pathogene Einstellungen überwunden und durch salutogenetische ersetzt werden. Die Tests können blande und kaum merkbar verlaufen, indem der Patient die Reaktion des Therapeuten durch die Äußerung seiner Einstellungen prüft. Sie können sich aber auch als »große« Beziehungstests offenbaren, verbunden mit einer heftigen Auseinandersetzung im Sinne einer Krise (► Fallbeispiel Cornelia D.).

#### **Fallbeispiel Cornelia D.**

Cornelia D. war eine Patientin, die sich schon vor Beginn der Therapie im Erstkontakt äußerst abwertend, schimpfend und schreiend gegenüber der ihr noch unbekannten Therapeutin verhielt. Sie provozierte damit vordergründig ein rasches Ende des Gesprächs und eventuell der ganzen Therapie. Nachdem die Therapeutin Cornelia D. durch ihre gelassene Haltung allmählich beschwichtigen konnte, stellte sich heraus, dass sie in einem durch abweisende Abwertung bzw. destruktive Grenzverletzungen gekennzeichneten Elternhaus aufgewachsen war: In diesem Zusammenhang konnte sie kommunikative Fähigkeiten nur unzureichend entwickeln und wies starke strukturelle Defizite in der Beziehungsregulation auf. Wegen ähnlicher Vorfälle hatten vorausgehende Therapeuten die Therapie mit ihr – in nachvollziehbarer Weise – beendet, was sie als starke Kränkung erlebt und was zu starken Einsamkeitsgefühlen und Selbstzweifeln geführt hatte.

Bei Beginn der beschriebenen Therapie testete Cornelia D., ob die Therapeutin die Abwertung, die sie selbst immer wieder in ihrer Kindheit erfahren hatte, aushielt und wie sie damit umging. Dies diente dem weitgehend unbewussten Zweck, sich davor zu schützen, dass die Therapie einmal mehr therapeutenseitig beendet würde. Außerdem konnte Cornelia D., im Sinne des Modell-Lernens, prüfen, ob die The-

rapeutin anders und konstruktiver als sie selbst mit Abwertung würde umgehen können. Die Therapeutin bestand den Test, indem sie sich durch die Abwertung nicht destabilisieren und gewissermaßen »zerstören« ließ, sich der Patientin gelassen und klärend zuwandte und sie vor allen Dingen nicht wegschickte. Dies vermittelte der Patientin vermutlich die interpersonelle Sicherheit, die sie brauchte, um sich auf eine Therapie einlassen zu können.

In diesem Fall konnten also die Gespräche konstruktiv fortgesetzt werden, ohne dass im weiteren Verlauf seitens der Patientin größere Infragestellungen der Therapeutin auftraten.

Das folgende Beispiel betrifft den Fall der Patientin Magdalena V., der auch bei Sammet et al. (2007) ausführlich dargestellt wurde:

#### **Fallbeispiel Magdalena V.**

Bei Magdalena V. handelte es sich um eine depressive Patientin, die sich altruistisch bis zur Selbstaufgabe um ihren drogenabhängigen Freund kümmerte und depressiv erschöpft in die Klinik kam. Zu ihrer Vorgeschichte stellte sich heraus, dass auch ihre Mutter unter einer rezidivierenden depressiven Störung litt und jährlich im Herbst erkrankte. In diesen Phasen war sie für die Patientin in mütterlichen Funktionen offenbar nicht verfügbar gewesen. Im Gegenteil, Magdalena V. entwickelte das Gefühl, ihrerseits für die Mutter verantwortlich zu sein und verhindern zu müssen, dass diese sich suizidiere. Im Vorfeld hatten auch schon mehrere Suizidversuche stattgefunden. Das übermäßige Kümmern um den drogenabhängigen Freund stellte damit ein früh erlerntes habituelles dysfunktionales Muster dar, das dann seinerseits zur depressiven Erschöpfung der Patientin führte. Es war begründet durch die nicht unberechtigte Sorge, dass der geliebte Mensch (Mutter bzw. Freund) ums Leben kommen würde, wenn sie ihn aus den Augen ließe. Als die Entlassung anstand und die gewünschte Verlängerung nicht gewährt wurde, wurde die

Patientin ihrerseits suizidal. »Das Team spuckt mich aus und es ist egal, was aus mir wird.« Dies bedeutete eine Inszenierung ihres zentralen Konfliktes und damit eine sehr bedeutsame Phase in der Therapie. Sie testete damit unbewusst, ob das Team »einknickt«, wie sie es selbst dysfunktional tun würde, und die Verlängerung gewährt oder bei sich selbst, d. h. bei den abgemachten Regeln, bleiben kann. Letzteres wäre in diesem Fall eine korrigierende Beziehungserfahrung für sie. Das Team bestand den Test. Es wurde ihr keine Verlängerung, sondern eine Verlegung auf eine beschützte Station angeboten, was mit ihr vor Entlassung noch bearbeitet werden konnte. Es handelte sich um eine dramatische Inszenierung, die aber vermutlich hinter der Dramatik, unter der die Patientin selbst aufgewachsen sein dürfte, weit zurück blieb. Eine Katamnese zeigte, dass sie sich danach tatsächlich aus der destruktiven Beziehung zu ihrem drogenabhängigen Freund lösen konnte, um bald danach einen geeigneten Partner zu finden.

Auch in diesem Fall zeigt sich, dass eine Krise fast wie ein »Geschenk« an den Behandler zu verstehen sein kann, das es dem Therapeuten ermöglicht, dem Leid, das ein Patient oft lange Jahre ertragen hat, nachzuspüren und dessen Dynamik zu verstehen. So können sich aus Krisen fruchtbare therapeutische Ansätze entwickeln, ohne dass natürlich alle Krisen nach diesem Muster zu verstehen sind. Reale Konflikte oder Krisen durch strukturelle Störungen sollten z. B. nicht unter dieser Perspektive verstanden werden.

### 31.7 Vielfach verwickelt: »Dritte im Bunde«

#### Fallbeispiel Veronika M.

Veronika M., eine alleinstehende 49-jährige Sachbearbeiterin in einem metallverarbeiten-

den Betrieb, kam mit den Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer mittelgradig schweren depressiven Episode und einer gemischten Angststörung in die Klinik. Sie wurde dort in der auf die Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzstörungen bzw. somatoformen Störungen spezialisierten Abteilung behandelt.

Die Patientin erschien aufgeregt zum Abendkontakt, den diensthabenden Pflegekräften berichtend, dass sie umgehend die Behandlung abbrechen und die Klinik wieder verlassen müsse. Sie habe soeben mit ihrer engsten Freundin telefoniert, die zu Hause einen Suizidversuch mit dem Gewehr ihres Partners plane. Die Patientin hatte das Gefühl, dass sie die Einzige wäre, die diese Freundin an ihrem Suizidversuch würde hindern können. Sie hätte überhaupt ein schlechtes Gefühl, durch ihren Klinikaufenthalt diese für sie wichtige Bezugsperson im Stich gelassen zu haben, und wollte nun ihrer altruistischen Grundhaltung entsprechend als Ansprechpartnerin einspringen. Der hinzugezogene diensthabende Arzt hatte damit zwei Probleme: Bestand erstens tatsächlich Gefahr für eine ihm nicht bekannte Dritte, die besagte suizidale Freundin? Zweitens die Beurteilung der Patientin selbst, die größte Probleme hatte, sich neben einem adäquaten Kümern um die Freundin auch um sich selbst zu kümmern und nicht entsprechend ihrer Über-Ich-Problematik die eigene Therapie in der Klinik abubrechen. In einem längeren Gespräch konnte dann eruiert werden, dass in der Tat bei der Freundin ein gewisser Handlungsbedarf bestand, weswegen die Patientin auch an diesem Abend ein zweites Mal mit der Freundin telefonierte, um dabei herauszufinden, dass die Suiziddrohung eben nicht so dringlich war wie zunächst empfunden. Die Patientin begann am nächsten Tag, ermutigt vor allem durch ihre Bezugspflegerkraft und immer noch aufgerüttelt durch die Dramatik der Situation, zum einen ihren altruistischen Lebensentwurf zu überdenken und an ihrer Fähigkeit, sich angemessen abzugrenzen, zu arbeiten. Andererseits wurde in der Folge auch deutlich, dass es nicht nur ihr unbändiger Wunsch nach Hilfestellung gewe-

sen war, der sie die Behandlung hätte ab- oder unterbrechen lassen, sondern auch klinikinterne Verwicklungen, war sie doch in der Gruppe durch ihre immerwährende Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft auf einige Ablehnung gestoßen, mit der umzugehen sie sich ausgesprochen schwertat.

Also auch »Dritte im Bunde«, gemeint sind damit nach Thomä und Kächele (1985) Angehörige, Freunde und Bekannte außerhalb der Klinik, aber auch Arbeitskollegen oder der Arbeitgeber, können, wie im Falle von Veronika M., zu krisenhaften Verläufen bzw. Behandlungsabbrüchen beitragen, wobei die Bekannte von Veronika M. lediglich der Anlass gewesen sein dürfte, der das Fass der Konflikte dieser Patientin zum Überlaufen gebracht hatte. Denn mit der Notwendigkeit, einer guten Freundin beistehen zu müssen, rationalisierte Frau M. vermutlich unbewusst ihren Wunsch, die Klinik zu verlassen, um sich einer für sie beschämenden Auseinandersetzung zu entziehen. Solche Konstellationen kommen durchaus häufig vor: Das Außen wird zum Anlass genommen, klinikinterne Konflikte zu vermeiden oder durch Rückzug zumindest zu entschärfen. In anderen Fällen können es aber auch reale äußere Nöte und Erfordernisse sein, die eine Patientin zum Abbruch veranlassen: Schwierigkeiten, die ein Partner draußen mit der Erziehung der gemeinsamen Kinder hat, oder pflegebedürftige Eltern, deren Vorwürfe kaum aushaltbare Schuldgefühle in ihr induzieren. Auch Arbeitgeber und/oder Arbeitskollegen können Ärger signalisieren und im Patienten die möglicherweise realistische Befürchtung auslösen, er müsse nach Entlassung mit einem Arbeitsplatzverlust oder zumindest einer Versetzung rechnen. Den Möglichkeiten, dass Dritte die Behandlung blockieren, sind also praktisch keine Grenzen gesetzt. Bei Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen ist es häufig

die Peergroup, deren Kommentare gefürchtet werden: Psychotherapie nötig zu haben, um mit dem Leben zurechtzukommen, dürfte gerade bei Patienten dieser Altersgruppe weitgehend verpönt sein. In diesem Zusammenhang »Kontaktverbote«, welcher Art auch immer, auszusprechen, Besuchszeiten einzuschränken oder Beurlaubungen bzw. Belastungserprobungen zu verhindern, erscheint uns wenig empfehlenswert, auch wenn sich der Patient insbesondere zu Beginn einer Behandlung durchaus noch auf die Klinikregularien berufen sollte für den Fall, dass ihm selbst adäquate Formen der Abgrenzung noch nicht zur Verfügung stehen. Wichtiger scheint uns, die Grenzen der Institution zwar im Prinzip tragfähig und stabil zu gestalten, dennoch sollten sie offen und durchlässig genug sein. Patienten können sich dann selbst darin üben, adäquate Grenzen zu setzen (und solche zu erfahren), was durch strikte Verbote eher verhindert als gefördert dürfte.

### 31.8 Krisen am Wochenende

Dass das Wochenende, zumal zu Beginn einer stationären Behandlung, für eine Untergruppe von Patienten eine erhebliche Belastung bedeuten kann, steht außer Frage (► Kap. 30). Der Wegfall der an Wochentagen regulären Therapien bzw. vor allem die Abwesenheit der für Pflege und Therapie verantwortlichen Bezugspersonen bringen regelmäßig für Patienten, die auf äußere Strukturierung besonders angewiesen sind, erhebliche Verunsicherungen mit sich. Ebenso treten nicht selten Neidgefühle auf, die sich auf die vermeintlich stabilen Familienverhältnisse des abwesenden Personals beziehen. Die sich daraus ergebende Mischung von Gefühlen ist häufig nur schwer auszuhalten und muss deswegen unterdrückt werden. Kommen dann zusätzliche Belastungen von »außerhalb« hinzu, die, wie im Falle



von Andrea N. (► das folgende Fallbeispiel), alte Bindungsverunsicherungen bzw. Trennungsängste reaktualisieren, können entsprechend disponierte Patienten dekompensieren, besonders wenn gewohnte Mechanismen zur Spannungsregulation unterdrückt werden, ohne schon neue Fähigkeiten diesbezüglich entwickelt zu haben.

### Fallbeispiel

#### Andrea N.

Die 19-jährige auszubildende Altenpflegerin Andrea N. war mit der Diagnose einer Bulimia nervosa sowie Selbstschädigendem Verhalten (Schneiden, Verätzungen durch Säure etc.) und chronischen Suizidgedanken in die Abteilung für Adoleszente bzw. junge Erwachsene einer psychosomatischen Klinik aufgenommen worden. Nach wenigen Tagen des Klinikaufenthaltes erreichte sie am ersten Wochenende die Nachricht, dass ihr »geliebter« Großvater verstorben wäre. Die Patientin schien nach Eintreffen dieser Nachricht völlig zusammenzubrechen, kaum mehr in der Lage, aktiv an der Sitzung einer Bedarfsgruppe teilzunehmen, immer mehr in eine schwere Krise rutschend. Völlig ratlos und zerstört wirkend kam sie Samstagabend zum Gespräch mit dem diensthabenden Pflegedienst, nachdem sie sich innerhalb kurzer Zeit einige tiefgehende Schnittverletzungen beigebracht hatte, wegen derer sie umgehend chirurgisch in einem Allgemeinkrankenhaus versorgt werden musste. »Das bringt doch hier alles nichts«, kommentierte Andrea N. die Entwicklung unmittelbar nach Rückankunft in die Klinik und die als beschämend und vorwürflich empfundenen Bemerkungen der zuständigen Krankenschwester, »gerade am Wochenende so einen Trouble zu veranstalten«. Auch deren Hinweis, dass die chirurgische Versorgung erhebliche Kosten verursache, hatte sie nachvollziehbarerweise als entwertende Vorhaltung erlebt. Im Übrigen könne sie sich nicht mehr von ihren Suizidgedanken distanzieren. Auch Erbrechen helfe jetzt nicht mehr, denn die innere Anspannung bliebe

einfach bestehen. »Das, was normalerweise hilft, das hilft jetzt nicht mehr.« Die für dieses Wochenende diensthabende Psychologin wurde herbeigerufen. Das Gespräch mit der Patientin brachte dieser jedoch keine Entlastung, weswegen sie aufgrund der doch erheblichen Gefahr im Hinblick auf Selbstgefährdung und Suizidalität in eine geschützte Umgebung verlegt werden musste. Zwei Tage später wurde Andrea N., psychopharmakologisch mit einer erheblichen Dosis Neuroleptika »eingestellt«, zurückverlegt. »Große Ängste« habe sie, »wie das jetzt hier wird und wie die anderen über mich denken«. Die Reaktion ihrer Mitpatienten in den darauffolgenden Tagen fiel dann allerdings für die Patientin unerwartet positiv bzw. so mitfühlend aus, dass Andrea N. Vertrauen nicht nur in die Gruppe, sondern auch in die Bezugsschwester und Therapeuten zu entwickeln begann. Sie fühle sich zunehmend »wohler« und könne sich auch immer besser »einlassen«. Die weitere Therapie erbrachte dann, in welchem Ausmaß gerade der Großvater als Halt gebendes Ersatzobjekt für Andrea N. in den frühen Jahren ihrer Entwicklung fungiert hatte, das diesbezügliche Versagen einer offenbar eher unempathischen Mutter weitgehend kompensierend.

Auch wenn sie nicht in allen Fällen helfen, kann die Einrichtung sogenannter Bedarfsgruppen am Wochenende (► Kap. 30) für alle Beteiligten eine gewisse Entlastung bedeuten, vor allem, wenn mit entsprechend gefährdeten Patienten schon vor dem Wochenende eine Teilnahme verbindlich verabredet wurde. Am ersten Wochenende nach Aufnahme ist diese Teilnahme ohnehin verbindlich vorgesehen, um die Bedarfsgruppe als Behandlungsmodul kennenzulernen und Schwellen für spätere kritische Phasen der Therapie zu senken. Andererseits stellen vor allem tiefere Selbstverletzungen wie bei Andrea N. erfahrungsgemäß eine erhebliche Herausforderung für das anwesende Personal dar: Wann soll man einen Patienten wie »versorgen«, ohne dass

die damit verbundene Zuwendung einem Hineinlernen in die Symptomatik bzw. einer diesbezüglichen Konditionierung weiteren Vorschub leistet? Die Überweisung in eine Chirurgie stellt, wenn sie nicht aus medizinischen Gründen unbedingt erforderlich ist, auch insofern eine problematische Lösung dar, als auch dort das Personal am Wochenende knapp ist und in der Regel mit wenig Verständnis für die funktionalen Aspekte von Selbstverletzungen gerechnet werden kann. Häufiger kommt es eher zu einer latenten bzw. offenen Entwertung einschlägiger Patienten, es sei denn, dass das in der Chirurgie verantwortliche Personal zuvor mit der Thematik vertraut gemacht worden ist und entsprechende Schulungen durchgeführt worden sind. Macht eine Patientin andererseits die Erfahrung eines im Wesentlichen unaufgeregten Umgangs mit ihrer Tendenz zur Selbstverletzung und erlebt auch in den sonst therapiefreien »Zwischenräumen« ein um Verständnis bemühtes Gegenüber, kann die sorgfältige Erarbeitung der affektiven Hintergründe des selbstverletzenden Agierens zu einem tieferen Selbstverständnis beitragen. Um Verunsicherungen und einem Gegenagieren aufseiten des Personals vorzubeugen, ist es aus unserer Sicht empfehlenswert, entsprechende Handlungsanweisungen zu verschriftlichen und regelmäßig zum Gegenstand der Schulung des eigenen Personals zu machen bzw. deren Tauglichkeit anhand von entsprechenden Vorfällen in der Klinik immer wieder zu überprüfen. Vielfach können durch einen »professionellen« Umgang mit dem Thema der Selbstverletzung, bei dem diese weder totgeschwiegen noch dramatisiert wird, eine Verlegung in andere Abteilungen und Krankenhäuser und damit die Auslagerung von Therapie vermieden werden.

## 31.9 Die Zusammenarbeit mit der Polizei

### Fallbeispiel

#### Norbert L.

Norbert L., ein 26-jähriger gelernter Tischler, wurde mit dem Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (»narzisstisch-zwanghafte Anteile«) und der Diagnose rezidivierender depressiver Episoden eingewiesen. Wegen ausgeprägter Antriebsstörungen war er monatelang arbeitsunfähig gewesen, auch aufgrund seiner sich konsekutiv zusätzlich entwickelnden Angstsymptome (»agoraphobe Ängste mit Panikattacken«).

Aufgenommen in eine Abteilung für Patienten mit Angststörungen, fühlte sich der Patient »von Anfang an unwohl« und hatte große Schwierigkeiten, sich sowohl in den Einzeltherapiestunden als auch in den Gruppentherapiestunden zu öffnen. Allenfalls von der Körper- und Bewegungstherapie bzw. den Möglichkeiten zu sportlicher Betätigung würde er profitieren. Im Nachtdienst erfolgte dann nach etwa zehn Tagen der Anruf seiner aufgeregten Mutter, ihr Sohn hätte soeben mit ihr telefoniert und wäre ihrer Meinung nach völlig verzweifelt. Er habe gedroht, sich zu suizidieren, und am Ende »den Hörer aufgeknallt«. Sie sei in größter Sorge, dass ihr Sohn sich tatsächlich etwas antun könne. Der auf diese Weise alarmierte Pflegedienst hatte dann nicht nur umgehend den AvD benachrichtigt, sondern sich auch auf die Suche nach dem Patienten gemacht. Dieser blieb unauffindbar. Die Diskussion mit dem etwas widerwillig agierenden diensthabenden Arzt führte nach Rückkopplung mit dem fachärztlichen Hintergrunddienst zu dem Entschluss, auf »Nummer sicher« zu gehen und die Polizei einzuschalten, die dann auch umgehend eine Fahndung nach dem Patienten veranlasste. Zwischenzeitlich hatte der AvD auf Drängen des Pflegepersonals zusätzlich versucht, den Patienten über dessen Handy zu erreichen, der aber nach kurzem Kontakt (analog offenbar zum Telefonat mit der Mutter) aufgelegt hatte. Die Polizei hingegen war nach wenigen Stun-

den Fahndung erfolgreich und hatte den jungen Mann im angrenzenden Wald gefunden. Dieser zeigte sich in hohem Maße zerknirscht darüber, was sein agierendes Verhalten innerhalb der Klinik ausgelöst hatte. Mit der Mutter hätte er lediglich »einen dieser üblichen Streits« gehabt, deswegen auch der abrupte Abbruch des Telefongesprächs. Antun wolle er sich nichts, er sei einfach voller Wut gewesen, sei deswegen auch aus der Klinik weggerannt. Die nachfolgenden Gespräche erbrachten, dass es sich dabei um ein relativ stabiles, aber dysfunktionales Verhaltensmuster des Patienten handelte: in Situationen der Kränkung bzw. Erregung wegzulaufen, sich unter Androhung der Selbstschädigung aus der Situation zu entfernen, die anderen in Unsicherheit zurücklassend und dann alle möglichen Suchaktionen bzw. Schuldgefühle auslösend.

Manchmal ist es für die situativ betroffenen Behandler ausgesprochen schwer, zu entscheiden, ob das Agieren eines Patienten der üblichen Choreografie folgt und damit gewissermaßen als eingespielter Mechanismus anzusehen ist, oder ob eine »echte« Gefahr der Selbstgefährdung anzunehmen ist. Im Zweifel gilt es, solche Unsicherheit nicht aushalten, sondern unverzüglich den zuständigen Hintergrunddienst einzuschalten, um erst einmal so für die eigene Entlastung zu sorgen. Auch die Alarmierung der Polizei (lieber einmal zu viel als einmal zu wenig) fällt in diese Rubrik des Selbstschutzes und der eigenen Entlastung. Das Einschalten der Polizei, die das Gesetz, den Staat und damit auch »Autorität« verkörpert, ist immer ein besonderer Schritt, der von den wenigsten Mitarbeitern routinemäßig erwogen wird. Die Polizei wird meist zu zögerlich in Anspruch genommen, weil sie nicht nur von Patienten, sondern auch vom Personal projektiv mit Fantasien besetzt und damit gewissermaßen »aufgeladen« wird. Sie wird nicht immer primär als Freund und Helfer gesehen, sondern häufig als väterlich-

strenge Über-Ich-Organisation und damit als ambivalent erlebte Ordnungsmacht. Innerlich wird deswegen manchmal seitens des Personals mehr Spannung ertragen als langfristig aushaltbar sein dürfte. Diese Vorsicht erfolgt auch wegen des Aufsehens, welches durch das Einschalten der Polizei in der Klinik in der Regel mobilisiert wird, oder wegen des vermeintlichen Unwillens einer in unseren Zeiten oft übermäßig mit diversen Aufgaben überlasteten Polizei. Insbesondere bei Verlegung eines Patienten wider dessen Willen sollte jedoch großzügig polizeiliche Unterstützung in Anspruch genommen werden. Da je nach behandelter Klientel solche Suchaktionen keinesfalls selten vorkommen, empfiehlt es sich sogar, sich mit der für die Klinik zuständigen Polizeidienststelle »systematisch« bezüglich geeigneter Vorgehensweisen auszutauschen. Wenig zweckmäßig dürfte es sein, wenn sich Polizeibeamte auf größere Diskussionen mit den gesuchten Patienten oder den Mitpatienten einlassen. Auch dürfen Mitteilungen des Klinikpersonals die auch für solche Situationen geltende Schweigepflicht nicht verletzen, so naheliegend es auch wäre, sich emotional durch Mitteilungen an die Polizei zu entlasten; sich über Belastendes auszutauschen, wäre nur allzu menschlich. Andererseits sollten auch die Beamten der Polizei darauf vorbereitet sein, mit eher knappen Informationen auskommen zu müssen und ihrerseits die eigene Neugier in Schach zu halten. Die Frustration der Beamten diesbezüglich sollte gleichzeitig berücksichtigt, wenn nicht sogar zeitnah thematisiert werden, um spätere Kontaktaufnahmen zwischen Klinikpersonal und der entsprechenden Dienststelle nicht weiter zu belasten.

## 31.10 Fazit

Akute Krisen sind notwendigerweise mit emotionalen Ausnahmezuständen verbunden. Diese können sich in dramatischen Inszenierungen oder kaum merkbarem Rückzug äußern. Krisen können durch unterschiedlichste Ursachen ausgelöst werden. Es kann sich um Realkonflikte handeln, z. B. den Verlust des Arbeitsplatzes oder geliebter Personen während der Therapie. Häufig werden sie jedoch durch strukturelle Störungsanteile erheblich verkompliziert, wenn Patienten nicht über ausreichend differenzierte Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdwahrnehmung verfügen und sich z. B. deswegen schnell als zurückgewiesen erleben. Andererseits dürften Krisen in vielen Fällen auch Kränkungserlebnisse vorausgehen, an deren Zustandekommen das Team und seine Mitglieder manchmal mehr Anteil haben als die spezifische Pathologie eines betroffenen Patienten.

Krisen stellen aber auch Chancen dar. Denn in den Krisenzeiten stellt sich eine Pathologie besonders eindrücklich und unter hoher emotionaler Beteiligung des Patienten dar. Kann der Patient in der Therapie gehalten werden, eröffnen sich Möglichkeiten zur Rückmeldung dysfunktionaler Verhaltensmuster und damit die Aussicht, dauerhafte strukturelle Veränderungen anzustoßen. Korrigierende emotionale Erfahrungen können in Krisen sehr deutlich erlebt werden und positive Wirkung zeigen, wenn in ihnen zentrale Lebensthemen emotional offen zutage treten. Insofern bieten Krisensituationen echte Veränderungsoptionen und können in ausgesprochen positive Entwicklungen münden. Allerdings impliziert das Gesagte, dass der konstruktive Umgang mit Krisen eine hohe therapeutische Kompetenz erfordert, geht es doch darum, Krisen zu verstehen und nicht kollusiv mitzuagieren. Dies setzt eine gezielte Beobachtung des Patientenverhaltens,

eine Analyse der Gegenübertragungsgefühle (und -widerstände) bzw. – wenn möglich – die Einbeziehung biografischer Aspekte und somit eine möglichst genaue Klärung der Ursachen voraus.

Die geschilderten Beispiele sollen verdeutlichen, dass in Krisen vor allem therapeutische Flexibilität geboten ist. Ein rigides Festhalten an Regeln und Konzepten ist oft wenig zielführend. Nicht der Patient muss zum Therapiekonzept passen, sondern das Konzept sollte adaptiv an den Patienten bzw. an die Situation angepasst werden. Dies erfolgt selbstverständlich nicht um den Preis, dass eine Einrichtung ihre Halt gebenden Strukturen und damit den therapeutischen Rahmen allzu sehr verwässert. Es bedarf hier der Abwägung. Unstrittig ist, dass unabhängig von der Art der Krise die Sicherheit des Patienten immer Vorrang hat. Dies bedeutet, dass, falls erforderlich, nicht gezögert werden sollte, den Patienten unverzüglich auf eine geschützte Station zu verlegen, evtl. sogar mit vorangehender oder sich anschließender 1:1-Betreuung. In den allermeisten Fällen kann dem Patienten ein solches Vorgehen im Nachhinein auch plausibel erläutert werden, was die therapeutische Beziehung oft eher stärkt als schädigt. Meist können diese Maßnahmen im Nachhinein als fürsorglich begriffen werden, wenn deren Sinn entsprechend vermittelt wird. Dies betrifft auch die Einschaltung der Polizei, von deren Hilfe in entsprechend unsicheren Situationen durchaus auch Gebrauch gemacht werden sollte. Andererseits ist die therapeutische Arbeit mit einer polizeilichen Suche und einer Verbringung auf eine beschützte Station keinesfalls abgeschlossen, sondern sie beginnt im Grunde erst. Denn erst nachdem die Krise abgeklungen ist, kann in vielen Fällen mit einer therapeutischen Aufarbeitung begonnen werden, die dem Patienten dann in häufig ganz besonders eingängiger Weise den Weg zu größerer Flexibilität

bzw. Veränderung eingefahrener dysfunktionaler Verhaltensmuster eröffnet. Darin liegt die große Chance von Krisen.

Für die Behandler empfiehlt sich die Grundhaltung, Krisen mit dem Patienten gemeinsam auszuhalten und durchzustehen, indem das Nötige getan wird, ohne in einen Aktionismus zu verfallen. Denn schnelle Lösungen sind oft weder möglich noch dem Tempo des Patienten angemessen. Keinesfalls aber darf mit dem Verzicht auf Aktionismus die Hoffnung auf eine grundsätzliche Überwindung des Unglücks aufgegeben werden, denn gibt das Team die Hoffnung auf, so gibt sich der Patient »als unheilbarer, schwerer Fall« möglicherweise selbst verloren. Chancen und Risiken liegen also eng beieinander und es gilt vor allem in der »Enge« der Krise weiterhin emotional präsent zu sein. Es ist damit eine der wesentlichen Aufgaben des therapeutischen Teams, in der Krise immer wieder auch diese Chancen zu sehen und gleichzeitig die Risiken ausreichend zu berücksichtigen, und dies nach Möglichkeit in einem Prozess gemeinsamen Verstehens. Denn Krisen sind auch Momente, in denen Spaltungsprozesse in besonderer Weise wirksam und Teams diesbezüglich entsprechend herausgefordert werden. Unseres Erachtens ist es eine zentrale Aufgabe von stationärer Therapie, in einem krisenhaft verlaufenden, multipel determinierten Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen weitere Reifung zu ermöglichen. Das betrifft nicht nur die großen, sondern auch die kleinen Krisen während des stationären Aufenthaltes, die an dieser Stelle zwar nicht im Vordergrund stehen, aber in ihrer Wahrnehmung und Durcharbeitung genauso bedeutend sein können.

»In der Krise wird das Subjekt erst sichtbar. Die Krise ist der Inbegriff der bedrohten oder erhaltenen Einheit des Organismus. Wir merken das Subjekt erst, wenn es in der Krise verschwindet.« (v. Weizsäcker 1967, S. 170 f.)

## Literatur

- Alexander F, French TM, et al. Psychoanalytic Therapy: Principles and Application. New York: Ronald Press 1946.
- Denecke FW, Hilgenstock B. Das Narzißmusinventar. Manual. Bern: Huber 1989.
- Haken H, Schiepek G. Synergetik in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe 2010.
- Hölzer M. Gibt es auch nicht-hilfreiche Beziehungen in der stationären Psychotherapie? Vortrag auf der Jahrestagung der DGPM: Psyche-Soma. Mensch-System. DGPT-Satellitensymposium, 24.03.2017, Berlin.
- Lambert M (ed). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy Research and Behavior Change. 5th ed. Tübingen: dgvt 2013.
- Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, Christoph P, Bachrach H, Todd T, Johnson M, Cohen M, O'Brien CP. Predicting the outcome of psychotherapy. Findings of the Penn psychotherapy project. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 471–81.
- Sammet I. Krisen in der Behandlung und deren konstruktive Nutzung im therapeutischen Prozess. In: Akademie für ärztliche Fortbildung (Hrsg). Jedem Abschied folgt ein Anfang – Krise als Herausforderung. Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union 2007.
- Sammet I, Brockmann J, Schauenburg H. Therapeutische Intervention bei Suizidalität. Eine empirisch fundierte Einzelfalldarstellung auf Grundlage der Control-Mastery Theorie. Forum Psychoanal 2007; 23: 18–32.
- Schiepek G, Eckert H, Weihrauch S. Clinical fluctuations and clinical change: data-based assessment in dynamic systems. Construct Hum Sci 2003; 8: 57–83.
- Thomä H, Kächele H. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1985.
- Trimborn W. Die Zerstörung des therapeutischen Raums. Das Dilemma stationärer Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Psyche 1983; 37: 204–36.
- Weiss J. How psychotherapy works: process and technique. New York: Guilford Press 1993.
- Weizsäcker V v. Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. 1. unveränderter Nachdruck der 4. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme 1967.

## 32 Gegen blinde Flecken – Supervision

Wolfgang Wöller und Dorothee Kress

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden die Möglichkeiten und der Stellenwert von Supervision im Rahmen stationärer Psychotherapie erörtert. Supervision kann unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen und im Einzel- und Gruppensetting oder als Teamsupervision angeboten werden. Es folgen Hinweise zur Durchführung der einzelnen Formen von Supervision.

### 32.1 Vorbemerkungen

Es besteht eine hohe Übereinstimmung, dass gerade im stationären psychotherapeutischen Bereich eine regelmäßige Supervision alle therapeutischen Prozesse begleiten sollte. Als Instrument der Qualitätssicherung wird Supervision inzwischen als selbstverständlicher Bestandteil der therapeutischen Arbeit empfunden (Möller & Kotte 2015; Ronnestad & Skovholt 1997). Dies gilt im Grundsatz für alle an der stationären Psychotherapie beteiligten Berufsgruppen.

Supervision wurde auf verschiedene Weise definiert. In der Definition von Rappe-Gieseke (1994) ist Supervision »[...]eine Institution, deren Funktion es ist, die Psychodynamik von professionellen Beziehungen, seien es Beziehungen zwischen Professionellen und ihren Klienten oder zwischen den Professionellen, z.B. Teammitgliedern, zu analysieren. Zweitens hat Supervision die Funktion, die Rollenhaftigkeit dieser Beziehungen zu untersuchen. Sie fragt nach den Auswirkungen der Institution, in der Professional und Klient oder Professional mit Professional zusammenkommen,

auf deren Beziehungen. Und drittens vermittelt Supervision beide Analyseebenen und klärt das Zusammen- und Gegeneinanderwirken von psychischen und strukturellen Strukturen in professionellen Beziehungen« (Rappe-Gieseke 1994, S.4).

Historisch betrachtet entwickelte sich Supervision im Bereich von Psychotherapie erstmals in den 1920er-Jahren im Rahmen der Ausbildung des Berliner psychoanalytischen Instituts, dessen Kandidaten regelmäßige »Kontrollstunden« zu absolvieren hatten. Supervision wurde ursprünglich als Teil psychotherapeutischer Ausbildungsgänge mit dem Ziel der fachlichen Kompetenzerweiterung angesehen. Später wurde sie auf ausgebildete Psychotherapeuten und schließlich auch auf eine Vielzahl helfender Berufe im psychosozialen Bereich ausgedehnt. Die Zielsetzung von Supervision wurde insofern erweitert, als auch Aspekte der Persönlichkeit des Supervisanden im Sinne von Reifung und Reflexionsfähigkeit einbezogen wurden. In den 1970er-Jahren erfuhr der institutionelle Kontext als Einflussfaktor beruflicher Praxis zunehmende Beachtung. Supervision wird heute im Rahmen von Ausbildungsgängen bei unterschiedlichem theoretischem Hintergrund konzipiert (Schreyögg 1991; Scobel 1989). In allen Ansätzen wird die Entwicklung praktischer Fähigkeiten, die Vermehrung theoretischen Wissens und persönliches Wachstum der Supervisanden hervorgehoben; in der psychoanalytisch orientierten Supervision liegt der Fokus auf der Bewusstmachung und Bearbeitung der Konflikte und des affektiven Klimas, der »Szenen« zwischen Patient und Super-



visand (Binder-Klinsing 2016; Caligor et al. 1984; Kunde & Normann 2015).

Supervision ist zu unterscheiden von fachlicher Beratung und rein didaktisch orientierter Weiterbildung durch die Implikation der Beziehungsdimension, aber auch von Selbsterfahrung durch die Beschränkung auf die Reflexion der Arbeitsbeziehung zum Patienten.

Supervision kann im Einzel- oder im Gruppensetting durchgeführt werden. Wird Supervision mehreren Personen angeboten, die derselben Berufsgruppe, aber nicht notwendigerweise demselben Arbeitsteam angehören, spricht man von **Gruppensupervision**. Setzt sich die zu supervidierende Personengruppe aus Mitgliedern ein und desselben Arbeitsteams (dem in der Regel unterschiedliche Berufsgruppen angehören) zusammen, spricht man von **Teamsupervision** (Buchinger 1988).

Psychodynamisch orientierte Teamsupervision zielt auf die Reflexion der Arbeit des Teams unter Einbeziehung unbewusster psychischer Prozesse und systemischer Aspekte (Fürstenau 1992). Hierbei lassen sich drei Ebenen der Beziehung unterscheiden:

- die Beziehungen des Teams zu den Patienten
- die Beziehungen der Teammitglieder untereinander
- die Beziehungen des Teams zu Personen und Gruppen in der Institution

Teamsupervision unterscheidet sich von Team- bzw. Institutionsberatung durch die Tatsache, dass die Behandlung von team- bzw. institutionsbezogenen Problemen oder Konflikten nur *einen* Aspekt der Supervisionsarbeit neben anderen darstellt. Sie unterscheidet sich von Selbsterfahrungsgruppen durch die Vorgabe, dass eine Klärung der Beziehungen zwischen einzelnen Team- oder Gruppenmitgliedern nur im Hinblick auf die Arbeitsaufgabe der Patientenbehandlung erfolgt.

Im Einzelnen können die Auffassungen zur Teamsupervision danach differenziert werden, wie weit zusätzlich zur Analyse des Beziehungsgeschehens zwischen den Mitarbeitern und zwischen Mitarbeitern und Patienten auch der institutionelle Handlungskontext Gegenstand der Betrachtung ist (Gaertner 1982; Rappe-Gieseke 1994).

## 32.2 Ziele und Wirksamkeit von Supervision

Es werden die folgenden Ziele und Aufgaben von Supervision formuliert (Rappe-Gieseke 1994; Schreyögg 1991; Steiner 1991):

**Optimierung der therapeutischen Arbeit** Supervision soll den Supervisanden in die Lage versetzen, seinen therapeutischen Auftrag optimal zu erfüllen, alle in seiner Ausbildung erworbenen Kenntnisse in diesem Sinne einzusetzen und seine beruflichen Kompetenz zu erweitern.

**Entlastung** In der stationären Psychotherapie spielt die Belastung aller therapeutisch Tätigen durch die emotionalen Ansprüche und die Übertragungsmanifestationen der meist schwer gestörten Patienten eine große Rolle. Hier kann Supervision eine wichtige Entlastungsfunktion haben und im Sinne der Prävention von Burnout-Syndromen wirksam sein (Fengler 1991).

**Optimierung der Zusammenarbeit** Besonders für die Teamsupervision besteht ein wichtiges Ziel darin, die Zusammenarbeit der Mitglieder eines Arbeitsteams zu verbessern und somit die Arbeitsfähigkeit und therapeutische Effektivität des Teams zu stärken.

Erfahrungsgemäß sind Supervisoren immer wieder mit Selbsterfahrungswünschen ihrer

Supervisanden konfrontiert. Hier klare Grenzen zu ziehen gehört zu den professionellen Anforderungen an einen Supervisor.

In einem Überblick über Effizienz- und Prozessstudien zur Psychotherapie-Supervision gelangt Watkins (2011) zu der Feststellung, dass – trotz der immer wieder betonten Wichtigkeit von Supervision – sich tatsächlich nur sehr wenige Studien mit Supervision befasst haben. Zwar sprechen die vorliegenden Studien insgesamt für die Wirksamkeit von Supervision; viele Studien haben sich jedoch auf Berufsanfänger und die Vermittlung elementaren Therapiewissens konzentriert. Wenig empirisch gesichertes Wissen liegt über die Einflüsse von Merkmalen der Supervisandin oder der Supervisionstechnik auf das Ergebnis von Supervision und die Interaktion beider Variablen vor.

Empirische Untersuchungen im deutschsprachigen Raum beziehen sich überwiegend auf Balint-Gruppen (u.a. Giesecke & Rappe-Giesecke 1983; Rappe-Giesecke 1994).

Im Bereich der stationären Psychotherapie findet sich eine empirische Untersuchung an Supervisionsgruppen für Pflegepersonal und Stationsgruppen von Hartmann et al. (1994). Bemerkenswerte Ergebnisse der Untersuchungen waren:

- ein deutlich negativer korrelativer Zusammenhang zwischen der Aktualisierung von Organisationsproblemen und der Kontinuität der Teilnahme
- ein starker positiver Zusammenhang zwischen Konflikten im Ärzteteam und Interaktionsschwierigkeiten zwischen Pflegepersonal und Arzt
- ein deutlicher positiver Zusammenhang zwischen der Tendenz zu Konflikten zwischen Ärzten und Pflegepersonal und der Schwere der Erkrankung der Patienten

### 32.3 Einzel- und Gruppensupervision

Besonderheiten der Supervisionsbeziehung ergeben sich in der stationären Psychotherapie durch die Tatsache, dass die Teilnehmer einer Supervisionsgruppe und ihre Supervisoren in der gleichen Institution, oft sogar in der gleichen Abteilung arbeiten. Oft sind die Supervisoren Vorgesetzte der Supervisanden. Bei Gruppensupervisionen sind die Teilnehmer der Supervisionsgruppen darüber hinaus meist auch noch in den gleichen professionellen Arbeitskontext eingebunden. Diese Gesichtspunkte begrenzen die Möglichkeit, dass Supervisanden zum Verständnis der Beziehung zu ihren Patienten das eigene emotionale Erleben in die Supervision einbringen.

Für die Durchführung von Einzel- und Gruppensupervisionen ist eine ungestörte Arbeitsatmosphäre unerlässlich. Bei Gruppensupervisionen sollte eine Teilnehmerzahl von sechs bis acht Supervisanden nicht überschritten werden. Auch hat sich ein regelmäßiger Rhythmus als zweckmäßig erwiesen. Einzelsupervisionen können regelmäßig stattfinden oder auch nach Bedarf vereinbart werden.

Um spätere Irritationen durch enttäuschte unausgesprochene Erwartungen zu vermeiden, empfiehlt es sich, zu Beginn einer Supervisionssequenz einige Aspekte der Zusammenarbeit in der Supervisionsbeziehung zu klären:

- Zu klären ist z. B., ob die Teilnahme an den Supervisionssitzungen verbindlich oder optional sein soll, denn im Gegensatz zu ambulanten Supervisionsbeziehungen entfällt im stationären Kontext in aller Regel die Honorierung des Supervisors als Regulator der Teilnahmeregelmäßigkeit.
- Ebenso kann es nützlich sein, Klarheit darüber herzustellen, ob das Ergebnis einer Supervisionssitzung als Empfehlung oder als fachliche Anweisung zu verstehen ist.

- Bei Gruppensupervisionen sollte eine Verständigung darüber getroffen werden, wie weit Diskretion bezüglich der in der Supervisionssitzung geäußerten Inhalte gewahrt werden sollte.

Der **Ablauf der Supervisionssitzung** gestaltet sich – mit leichten Variationen entsprechend dem theoretischen Hintergrund von Supervisor und Supervisanden – im Wesentlichen folgendermaßen:

- Zu Beginn stellt der Supervisand die aktuelle Entwicklung in der Therapie bzw. die als schwierig empfundene Therapiesituation dar.
- Anschließend bittet der Supervisor ihn, seine eigenen Überlegungen zum bisherigen Therapieverlauf darzulegen und ggf. seine Fragestellung zu formulieren. Speziell bittet der Supervisor den Supervisanden, soweit es vertretbar erscheint, seine Gegenübertragung, d. h. seine gefühlshafte Reaktionen auf den Patienten und seine auf ihn gerichteten Fantasien, mitzuteilen. Er achtet dabei sorgfältig darauf, dass die Grenze zur Selbsterfahrung nicht überschritten wird.
- In der Gruppensupervision können auch die gefühlshafte Reaktionen und Fantasien der Gruppenmitglieder und die in der Supervisionssitzung auftretende Dynamik des Gruppengeschehens zum Verständnis der Psychodynamik des Patienten herangezogen werden. Hier ist in besonderer Weise darauf zu achten, dass die Gruppenteilnehmer außerhalb der Supervisionssitzung professionell zusammenarbeiten können müssen.
- Abschließend wird gemeinsam das weitere therapeutische Vorgehen im Sinne einer Empfehlung erarbeitet.

## 32.4 Teamsupervision

Für die Durchführung von Teamsupervisionen sollten regelmäßige Sitzungen vereinbart werden, an denen möglichst alle Teammitglieder teilnehmen. Die Dauer der Sitzungen liegt in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten. Da das Pflegepersonal in stationären psychotherapeutischen Einrichtungen im Allgemeinen im Schichtdienst arbeitet, hat es sich bewährt, Teamsupervisionen um die Zeit Schichtwechsels anzusetzen, um eine möglichst vollständige Teilnahme zu ermöglichen.

Zu Beginn einer **Supervisionssequenz** sollten Fragen der Vertraulichkeit geklärt werden. So hat es sich bewährt, sich darüber zu verständigen, wie weit die Teilnehmer der Teamsupervision Vertraulichkeit bezüglich der in der Supervisionssitzung geäußerten Inhalte wahren sollten oder nicht. Für die Supervisorin gilt in der Regel, dass sie die in einer Supervisionssitzung geäußerten Mitteilungen nicht an die Vorgesetzten der Teammitglieder weitergibt.

Zu Beginn einer **Teamsupervisionssitzung** wird das Thema durch Konsensbildung bestimmt; in Ausnahmefällen kann es auch zuvor festgelegt worden sein. Als Themen kommen entweder Fallbesprechungen als schwierig erlebte Therapieverläufe bei einzelnen Patienten oder teaminterne Probleme und Konflikte in Betracht. Im Einzelfall können auch institutionsbezogene Probleme und Konflikte besprochen werden. Anschließend wird das gewählte Thema im freien Gruppengespräch behandelt. Dazu können die Teilnehmer Gedanken und Gefühle einbringen, die sich entweder auf die Arbeit mit dem vorgestellten Patienten oder im Falle der Behandlung von Teamkonflikten oder bei institutionellen Konflikten auf die Arbeitsfähigkeit des Teams und seiner Mitglieder beziehen (Buchinger 1988).

Teamsupervision stellt andere Anforde-

rungen an die Supervisorin als Einzel- und Gruppensupervision. Bei Fallpräsentationen oder Einbringung von Schwierigkeiten in der Beziehung zu bestimmten Patienten sollte sie ein Verständnis der Beziehungsdynamik zwischen dem Team oder einzelnen Teammitgliedern und dem Patienten entwickeln, das auch unbewusste Übertragungsaspekte einschließt. Auf diese Weise soll den Mitgliedern des Teams eine differenziertere Wahrnehmung dieser Patienten ermöglicht werden. Besondere Beachtung verdient dabei der Umstand, dass Probleme mit einzelnen Patienten immer auch Ausdruck und Niederschlag teamimmanenter oder institutioneller Probleme bzw. Konflikte sein können.

Bei der Bearbeitung von Teamkonflikten bzw. institutionellen Konflikten sollte sich die Supervisorin in ihren Klärungen und Deutungen strikt auf die Arbeitsbeziehung des Teams und seiner Mitglieder beschränken. Sie sollte dabei den unterschiedlichen Ausbildungsstand der Teilnehmer ebenso berücksichtigen wie die Tatsache, dass die Teilnehmer in unterschiedlichem Maße Selbsterfahrung in Anspruch genommen haben. Gelegentlich kann die Abgrenzung gegenüber einer Selbsterfahrungsgruppe eine Herausforderung sein.

Um die Abgrenzung der Teamsupervision von einer Selbsterfahrungsgruppe zu erleichtern, wird empfohlen, die Deutung der in einer Teamsupervision zur Darstellung kommenden Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene immer auf die Person des Patienten und nicht auf die persönlichen Anteile der Teammitglieder zu richten (Arge-lander 1980).

Auf direkte Empfehlungen zur Diagnosestellung und zur Behandlung sollte die Supervisorin nach Möglichkeit verzichten und diese fachlichen Entscheidungen den Entscheidungsträgern der Klinik überlassen. Auch hat es sich nicht bewährt, in Supervisionssitzun-

gen therapeutische Teambeschlüsse zu fassen. Um eine Trennung der Ebene der Beratung von derjenigen der fachlichen Entscheidung aufrechtzuerhalten, erscheint es günstiger, das Ergebnis der Teamsupervision in der nachfolgenden Teamsitzung kurz zusammenzufassen und dann eine Entscheidung herbeizuführen.

### 32.5 Notwendigkeit von Supervision und personelle Voraussetzungen

Die Notwendigkeit von Supervision ist für alle an der stationären Psychotherapie beteiligten Berufsgruppen gegeben. Die für erforderlich gehaltene Form und Intensität variieren in Abhängigkeit von den einzelnen Berufsgruppen. Im Einzelnen ergibt sich in etwa der folgende Bedarf (König 1995):

**Einzel- und Gruppentherapeuten** Für Einzel- und Gruppentherapeuten ist eine regelmäßige Supervision im Einzel- oder Gruppensetting von mindestens einer Sitzung pro Woche angemessen; zusätzlich sollte die Teilnahme an einer regelmäßig stattfindenden Teamsupervision verpflichtend sein. Vorteile von Gruppensupervisionen liegen nicht nur im ökonomischen Bereich, sondern auch in der Möglichkeit mehrperspektivischer Arbeit und gegenseitiger Bereicherung (König 1995; Schreyögg 1991). Sie haben aber den Nachteil, bei problematischer Gegenübertragung weniger Schutz zu bieten. In Institutionen, die aus personellen Gründen Einzelsupervisionen nur in geringerem Umfang anbieten können, sollte die Möglichkeit der Einzelsupervision zumindest für besonders schwierige Fälle, bei Krisen in der Therapie oder bei ausgeprägten Gegenübertragungsproblemen bestehen.

**Einzel- und Gruppensupervisionen** Einzel- und Gruppensupervisionen werden in der Regel von fachlich und supervisorisch erfahrenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten der gleichen Institution, meist Oberärzten oder erfahrenen Fachärzten bzw. Psychologischen Psychotherapeuten, angeboten. Dies ist in den meisten Fällen ausreichend; nur in Ausnahmefällen wird man auf externe Supervisoren zurückgreifen müssen.

**Spezialtherapeuten** Für Spezialtherapeuten (Gestaltungs- oder Kunsttherapie, Körpertherapie, Musiktherapie, Ergotherapie) ergeben sich im Grundsatz die gleichen Notwendigkeiten der Supervision wie für Einzel- und Gruppentherapeuten. Faktisch stellt der Supervisionsbedarf bei diesen Berufsgruppen – abgesehen von ihrer Teilnahme an den Teamsupervisionen – ein überwiegend unbefriedigend gelöstes Problem dar, da fachspezifische Supervisionen innerhalb der Institution in der Regel nicht angeboten werden können.

**Pflegepersonal** Für das psychotherapeutisch tätige Pflegepersonal besteht – wegen dessen hoher emotionaler Belastung bei weitgehend fehlenden Möglichkeiten der Selbsterfahrung – häufig ein Supervisionsbedarf, der durch die alleinige Teilnahme an Teamsupervisionen nicht abgedeckt werden kann. Pflegekräften sollte daher mindestens die Möglichkeit der Teilnahme an einer Gruppensupervision angeboten werden, was faktisch nur sporadisch realisiert wird.

Teamsupervisionen sollte von erfahrenen Teamsupervisoren durchgeführt werden. Sie sollten, um einen objektivierend-distanzierten Blick auf die institutionellen Verhältnisse und ihre Abwehrstrategien wahren zu können, nicht in der gleichen Institution beschäftigt sein. Entsprechend sollte die Institution

Mittel für die Honorierung zur Verfügung stellen.

### Praxistipp

#### Beispiel der Entwicklung einer Supervisionskultur

Am Beispiel der langjährigen Entwicklung der Supervisionskultur in einer nach einem analytisch orientierten multimodalen Behandlungskonzept arbeitenden Klinik kann man gut erkennen, dass auch bei Akzeptanz des Bedarfs von Supervision die Inanspruchnahme einen komplexen Prozess darstellen kann. Aus unserem Prozess wird deutlich, dass sich das Instrument der Supervision mitentwickelt hat entsprechend dem Wandel, den die Institution, das Team und dessen Mitglieder im Rahmen der Entwicklung vollzogen haben. Unter diesem Gesichtspunkt haben wir Supervision nicht als verordnetes Instrument, sondern als für die jeweiligen Prozesse eingefordertes Instrument benutzt, woraus sich ein klares Bewusstsein für die gemeinsame Verantwortung für den Supervisionsprozess mit einer entsprechenden Motivation ergab.

Unter diesem Aspekt ist der Supervisor auch nicht Ratgeber oder Konfliktlöser, sondern eher Beobachter des Systems, dem er die Beobachtungen zurückmeldet, damit das System sehender für die eigenen Prozesse wird.

Die ersten supervisorischen Erfahrungen in der zunächst vorwiegend analytisch arbeitenden Klinik bestanden aus kontinuierlicher wöchentlicher Einzelsupervision (Entwicklung praktischer Fähigkeiten, theoretischen Wissens, Kompetenzerweiterung), in der vom Leiter der Klinik alle Behandler und entsprechend alle Patienten supervisorisch betreut wurden. Gemäß dem Grundsatz vom Team als Spiegel der Prozesse der Patientengemeinschaft sollten in einer Hand alle Informationen der vordergründigen Behandlungskonflikte, aber auch der möglichen Verbindungen zur Patientengemeinschaft gesammelt vorliegen. Alle 14 Tage fand ein »Pflegeteam« statt, das verbindliche Teilnahme für alle Mitarbeiter erforderte. In diesem Rahmen stand unter dem Ge-

samblickwinkel des Leiters der Klinik das Stationsmilieu im Fokus. Konflikte auf Station oder im Team wurden einschließlich der sich abbildenden »Szenen« bearbeitet. Supervision von außen schien zunächst nicht notwendig. In der Haltung der Institution schwangen dabei zwei Aspekte mit: zum einen wurde ein fremder Blickwinkel eher unter dem Aspekt der nicht gewollten Einmischung betrachtet, zum anderen wurde von einer hohen Inhouse-Kompetenz ausgegangen. Denn einerseits gab es eine Fluktuation der Weiterbildungsassistenten mit immer wieder neuen Impulsen und sich verändernden Bedingungen von außen, zum anderen wurden die Klinikmitarbeiter parallel in unterschiedlich ausgerichteten psychoanalytischen Instituten ausgebildet, wodurch eine kritische Auseinandersetzung mit therapeutischen Prozessen und deren Auswirkungen aufs Team zu dessen Alltagsarbeit gehörte.

Eine neue Situation ergab sich, als ein zunehmender Binnendifferenzierungsprozess durch neue Behandlungswege (strukturbezogene Psychotherapie, Konzeptmodifizierungen) notwendig wurde, der heftige Kontroversen auslöste, in die spürbar viele Aspekte einfließen, die erkennbar nicht mehr nur mit einer scharf geführten Diskussion über Behandlungsinstrumente zu tun hatten.

Es war ersichtlich, dass sich die Probleme im Umgang mit Konflikten im Realraum, zwischen Pflege und Patienten und Differenzen im Team nicht mehr aus der selbstwirksamen Kompetenz des Teams lösen ließen. Erwartungen an eine Supervision waren unterschiedlich, wurden ähnlich heftig wie die eigentlichen Sachverhalte diskutiert – eine zugelassene Debatte, die der bisherigen Autonomie des Teams geschuldet war und eine gemeinsame Motivation herstellen sollte. Einigung konnte schließlich erzielt werden, eine behandlungskompetente Person zu suchen und mit dieser intensive Fallarbeit zu betreiben, in der Hoffnung, darüber einen gemeinsamen Wissens- und Sachverstand im Gesamtteam herzustellen. Der über zwei Jahre niederfrequent verlaufende Prozess (drei- bis viermal jährlich sechs Stunden) gab dem Team deutlich mehr Sicherheit und erhöhte die Konfliktbereitschaft. Emotionale Äußerungen konnten einerseits auf dem Hintergrund

verschiedener Behandlungsansätze unterschiedlichen Behandlungsprämissen zugeordnet werden, andererseits ließen sie sich aber auch mithilfe des Außenblickwinkels als Anteile interner Konflikte differenzieren.

Obwohl zum Klinikkonzept die Kohärenz des Gesamtteams als unverzichtbar scheinender Baustein gehörte, kristallisierte sich die Notwendigkeit der Trennung in zwei verschiedene Behandlungsmodule heraus, was unbewusst als höchst bedrohlich empfunden wurde und heftiges Agieren auslöste, das ebenfalls nur von außen erkennbar war. Das Supervisionsanliegen, die Trennung und alle darin enthaltenen Verunsicherungsfaktoren zu klären, wurde erweitert um die Notwendigkeit eines Organisationscoachings, in welchem unterschiedliche Möglichkeiten der Trennung durchgespielt und Lösungen zur Klärung der Teamängste gesucht wurden. Als nur supervisorisch zu lösende Aufgabe stellte sich die Differenzierung von sach- und haltungsbezogenen Konflikten heraus. Die Bewältigungshilfe wurde in dieser Phase vom Team als sehr hilfreich angenommen. Die Frage von Identität und befürchtetem Identitätsverlust konnte nur von außen als systemimmanenter Konflikt identifiziert werden.

Mit der neuen Strukturierung erschien es zunächst notwendig, Erfahrungen zu machen und einen lebhaften Alltag zu entwickeln. Um eine Außensicht zu gewinnen, wurde die Besprechung von Fallvignetten aus dem neuen Ich-strukturell orientierten bzw. traumatherapeutischen Bereich mit der alten Supervisorin verabredet, verbunden mit der Einladung an die andere Hälfte des Teams, bei Wunsch und Bedarf teilnehmen zu können. Supervision hieß also erst einmal wieder Kompetenzerweiterung und Wissensvermittlung. Im Finden einer Arbeitsform, in der sich Erfahrungen mit der neuen Methode gesetzt hatten, wurden Konflikte als Begrenzungen spürbar, die nicht aus der eigenen Kompetenz lösbar waren, da Verstrickungen von Institutionellem, Organisatorischem und Individuellem als komplexe Gemengelage erkennbar waren. Zu diesem Zeitpunkt war das Team als Gesamtteam bereit, sich der kontinuierlichen Kontrolle durch einen Supervisor von außen zu stellen, ohne Angst zu haben, als »nicht



kompetent« entlarvt zu werden. Bei grundlegenden Konflikten, insbesondere in Bezug auf Behandlungsentscheidungen, die sich immer wieder mit wechselnden Beteiligten als heftig geführte Grundsatzdebatten abbildeten, wurde deutlich, dass sie »im eigenen Saft« nicht gelöst werden konnten.

Nach längerer Suche, während der sich der gemeinsame Wunsch nach Supervision festigte, fanden wir einen analytisch ausgebildeten ehemaligen Klinikleiter, der viel Erfahrung mit klinischen Prozessen und Teamstrukturen hatte und außerdem ausgebildeter Gruppenanalytiker war.

## Literatur

- Argelander H. Die Struktur der »Beratung unter Supervision«. *Psyche* 1980; 34: 54–77.
- Binder-Klinsing G. *Psychodynamische Supervision*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2016.
- Buchinger K. Teamsupervision in Institutionen. *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 1988; 24: 1–14.
- Caligor L, Bromberg PM, Melther JD. *Clinical Perspectives on the Supervision of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Plenum 1984.
- Fengler J. Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. München: Pfeiffer 1991.
- Fürstenau P. *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie*. München: Pfeiffer 1992.
- Gaertner A. Teamsupervision. *Supervision* 1982; 2: 38–45.
- Giesecke M, Rappe-Giesecke K. *Kommunikation in Balint-Gruppen – Ergebnisse interdisziplinärer Forschung*. Stuttgart: Fischer 1983.
- Hartmann A, Murjahn B, Bay T, Fritzsche K, Gallich M, Scheidt C, Stein B, Weidmann W, Wirsching M, Wittich A. *Supervisionsgruppen mit Krankenpflegepersonal und Stationsteams: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. *Gruppenther Gruppendedyn* 1994; 30: 144–61.
- König K. *Einführung in die stationäre Psychotherapie*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1995.
- Kunde A, Normann D. Psychodynamische Supervision in der Praxis. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 2015; 16: 75–9.
- Möller H, Kotte S. Supervision: Past – Present – Future. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 2015; 16: 16–25.
- Rappe-Giesecke K. *Supervision: Gruppen- und Teamsupervision in Theorie und Praxis*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1994.
- Rønnestad MH, Skovholt T. Berufliche Entwicklung und Supervision von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 1997; 42: 299–306.
- Schreyögg A. *Supervision. Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann 1991.
- Scobel WA. *Was ist Supervision?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1989.
- Steiner S. Supervision des Therapeuten – eine Hilfe für den Patienten? *Prax Psychother Psychosom* 1991; 36: 182–8.
- Watkins CE. *Psychotherapy supervision since 1909: Some friendly observations about its first century*. *J Contemp Psychother* 2011; 41: 57–67.

# 33 Wann, wie und wohin – Entlassung

Christian Fricke-Neef und Christoph Schmeling-Kludas

## Zusammenfassung

Das Verlassen der schützenden Umgebung einer Psychotherapieklinik stellt für viele Patienten eine Belastung dar. Zugleich ist die Behandlung eher selten mit der Entlassung vollständig abgeschlossen, sodass in der Regel das, was sich anschließen soll, mitbedacht werden muss. Dabei geht es nicht nur um die realisierbaren Möglichkeiten einer geeigneten Nachbehandlung, sondern auch darum, ob die Dauer der Krankenhausbehandlung ausreichend war bzw. ob der Zustand des Patienten eine Entlassung bereits erlaubt. Mit diesen Fragen und Hinweisen, wie der Entlassungsvorgang gestaltet werden sollte, beschäftigt sich dieses Kapitel.

## 33.1 Entlassung: Nur ein Schritt im Gesamtbehandlungsplan

Sowohl vor als auch nach der stationären oder teilstationären Behandlung auf einer Psychotherapiestation werden von den meisten Patienten psychotherapeutische oder beratende Angebote in Anspruch genommen (► Abb. 33-1).

Bei einer unausgelesenen Stichprobe von 169 im 2. Halbjahr 2012 in der Klinik eines der Autoren (S-K) vollstationär behandelten Patienten ergaben sich bei der Möglichkeit zu

Mehrfachnennungen folgende Häufigkeiten für das Jahr vor bzw. nach dem Krankenhausaufenthalt (Anteile in %):

|                                         | Vor dem Aufenthalt | Nach dem Aufenthalt |
|-----------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Vollstationär Psychiatrie/Psychosomatik | 18                 | 16                  |
| Tagesklinik                             | 6                  | 8                   |
| Ambulante Psychotherapie                | 68                 | 77                  |
| Ambulante Gruppentherapie               | 9                  | 16                  |
| Familientherapie/ Paartherapie          | 7                  | 7                   |
| Ambulante psychiatrische Behandlung     | 27                 | 28                  |
| Betreutes Wohnen                        | 3                  | 5                   |
| Psychosozialer Dienst                   | 11                 | 12                  |
| Beratungsstelle                         | 14                 | 9                   |
| Selbsthilfegruppe                       | 6                  | 5                   |

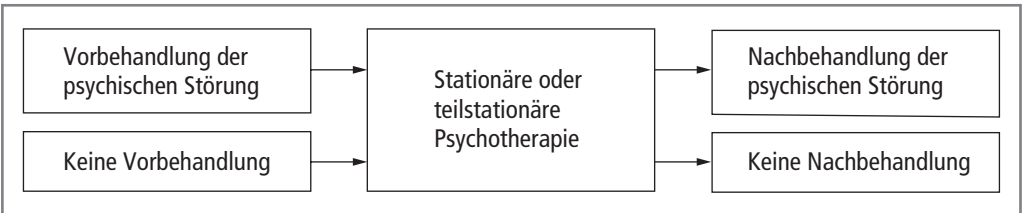


Abb. 33-1 Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie als Abschnitt der Gesamtbehandlung

In den Zahlen kommt u.a. zum Ausdruck, dass viele der ambulant psychotherapeutisch vorbehandelten Patienten nach dem Aufenthalt zur Weiterbehandlung zu ihrem niedergelassenen Psychotherapeuten zurückkehren. Auch wenn wegen der Möglichkeit von Mehrfachnennungen nicht eindeutig abzulesen ist, wie viele Patienten ganz ohne Vorbehandlung in der Klinik erscheinen bzw. im Jahr nach dem Aufenthalt keine Nachbehandlung in Anspruch nehmen, legen es die Zahlen nahe, die stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung als *einen* Abschnitt im Rahmen einer längeren Gesamtbehandlung zu betrachten. Das erleichtert es auch dem Behandlungsteam in der Klinik, die Bedeutung der stationären bzw. teilstationären Phase nicht zu überschätzen und damit weder sich noch den Patienten im Hinblick darauf zu überfordern, was in acht oder zwölf Wochen erreicht werden sollte.

### Praxistipp

An dieser Stelle sei noch eine Erfahrung mitgeteilt: Niedergelassene Kollegen weisen Patienten mit bestimmten Vorstellungen ins Krankenhaus ein, in manchen Fällen mit expliziten Behandlungsaufträgen wie z. B.: Es sollte die übermäßige Fixierung an das Elternhaus, die sich ambulant bislang nicht auflösen ließ, bearbeitet werden. Sehr häufig ergibt sich dann im Krankenhaus aber ein anderes Therapieziel bzw. ein anderer Behandlungsfokus. Die Gründe hierfür liegen u.a. bei unterschiedlichen Perspektiven der Behandler mit ihrem jeweiligen fachlichen Hintergrund, dem Unterschied zwischen Einzel- und Mehrpersonensetting und vor allem auch darin, dass Patienten im Krankenhaus stärker regredieren können, so dass zuvor verborgene Aspekte plötzlich deutlich werden. Umgekehrt ändern sich bei aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten bei der Rückkehr zu ihrem niedergelassenen Psychotherapeuten ebenfalls nicht selten die inhaltlichen

Schwerpunkte der Behandlung und die sichtbar werdenden Störungsanteile. Dass sich eine ganz bestimmte Thematik über die Settinggrenzen hinweg als (allein) zentral erweist, ist also nicht die Regel.

In jedem Fall ist die Krankenhausbehandlung in dem geschilderten Rahmen auf Endlichkeit angelegt; in der Planung und Aufnahme der Therapie muss das Ende bereits antizipiert werden. Wie die »Landung« – also das Ende der Therapie – und die Rückkehr in das gewohnte Umfeld vorbereitet werden oder der Übergang in eine geeignete Anschlusstherapie gelingt, entscheidet oft darüber, ob erreichte Fortschritte in der Therapie transferiert und für den Alltag nutzbar gemacht werden können und damit letztlich über den nachhaltigen Erfolg der Behandlung. Wie das Ende gestaltet wird und ob sich der Therapeut ausreichend Zeit dafür nimmt, in einem kritischen Reflexionsprozess herauszuarbeiten, welche Fortschritte der Patient erreichen konnte und was noch einer weiteren Bearbeitung bedarf, sind also keine Nebensächlichkeiten, die sich rasch in einer der letzten Sitzungen abhandeln lassen. Ängste von Patienten vor der Entlassung sollten daher immer in der Weise auf ihren Realitätsgehalt hin geprüft werden, ob sie möglicherweise Ausdruck einer unzureichenden Entlassungsvorbereitung sind. Auch Ängste und Unwohlsein in der Gegenübertragung des Therapeuten und des Behandlungsteams im Zusammenhang mit der Entlassung des Patienten lassen sich für das Verständnis dessen inneren Zustandes und ggf. therapeutisch nutzen.

### 33.2 Therapiedauer im Spannungsfeld zwischen Ideal und Versorgungsrealität

Um Ängsten des Patienten vor der Entlassung entgegenzuwirken, ist eine frühzeitige Klärung der Therapieziele, des dafür wahrscheinlich erforderlichen Zeitrahmens und der Kriterien, anhand derer die Zielerreichung gemessen werden soll, erforderlich.

Im Rahmen einer differenziellen Indikationsstellung sollte bereits vor Beginn der Therapie – am besten in einem ambulanten Vorgespräch – geklärt werden, ob voraussichtlich eine Kurzzeittherapie über vier bis sechs Wochen mit dem Ziel der Stabilisierung, Erarbeitung eines Störungsmodells und Vermittlung in ambulante Weiterbehandlung ausreichend sein wird oder ob eine Regelbehandlung (länger als acht Wochen Dauer) erforderlich ist, um mit einem kurativen Ansatz eine (Voll-)Remission der psychischen und körperlichen Symptomatik, die Stabilisierung dekompensierter chronischer Krankheiten oder eine Rückfallprophylaxe zu erreichen.

Das Kriterium »ambulante Therapiefähigkeit«, das im Hinblick auf die Behandlungsdauer im Krankenhaus in der Auseinandersetzung mit den Kostenträgern entscheidend ist, erschließt sich Patienten oft nicht unmittelbar, zumal dann nicht, wenn sie sich infolge einer Regression in einem Zustand herabgesetzter Urteilsfähigkeit befinden. Nicht nur bei Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen ist das Maß der Beeinträchtigung des sozialen Alltagslebens ein entscheidendes Merkmal, ob ambulante Therapiefähigkeit besteht. Dieses Maß lässt sich anhand einiger struktureller Items grob abschätzen und auch dem Patienten gegenüber transparent machen (nach Streeck & Leichsenring 2009):

**Affekt- und Impulsregulierung** Können Affekte und Impulse so gesteuert werden, dass das eigene Verhalten auf die soziale Umwelt soweit abgestimmt bleibt, dass es nicht zu erheblichen nachteiligen Folgen für den Patienten oder andere kommt?

**Mentalisierungsfähigkeit, Selbst-Objekt-Differenzierung** Können andere (insbesondere der zukünftige ambulante Therapeut) als Personen soweit in ihrem eigenen Recht wahrgenommen und behandelt werden, dass es nicht wiederkehrend zu massiven Konflikten und Beziehungsabbrüchen kommt?

**Interaktionsregulierung, reziproke Beziehungsgestaltung** Kann das Verhalten anderer in Reaktion auf das eigene Verhalten verstanden werden und kann das eigene Verhalten mit Blick auf andere hin gestaltet werden?

**Objektkonstanz** Kann die Beziehung zu wichtigen anderen Personen auch dann aufrechterhalten werden, wenn diese nicht physisch anwesend sind oder sich nicht bedürfnisbefriedigend verhalten?

Erst wenn der Patient in der Lage ist, diese Kriterien soweit zu erfüllen, dass es im sozialen Alltag nicht zu erheblichen Belastungen und Schäden für die eigene Person oder für andere kommt, ist er ambulant therapiefähig. Im Idealfall sollte eine stationäre Psychotherapie so lange andauern.

Bei Patienten mit somatoformen Störungen und einem rein somatischen Krankheitsverständnis ist erst dann von ambulanter Therapiefähigkeit auszugehen, wenn sich ein psychosomatisches Ursachenverständnis entwickeln lässt und der Patient sich für darauf aufbauende Zielformulierungen öffnen kann. Gleiches gilt u. U. auch für Patienten mit anderen Diagnosen, beispielsweise für einen Teil der Patienten mit Depressionen oder Angst.

Allerdings wird die Versorgungsrealität mit zunehmender Verkürzung von Behandlungszeiten weniger von diesem Ideal bestimmt, sondern vielmehr durch den Druck von Kostenträgern.

### Exkurs

Gab es z. B. an der Mannheimer Psychosomatischen Klinik bis in die 1980er-Jahre noch eine Dreiteilung von Behandlungssettings in Kurzzeit- oder probatorische Therapie über fünf Wochen, psychoanalytische Dreimonatstherapie und stationäre analytische Langzeittherapie über fünf bis maximal zwölf Monate (Schepank 1988), existieren heute dort und in der Versorgungslandschaft generell keine Behandlungskonzepte mehr, die Behandlungszeiten von deutlich mehr als drei oder vier Monaten vorsehen. Diese Abnahme der Diversität im Versorgungssystem geht offenbar mit einer Abnahme der Qualität der Behandlungsergebnisse einher: Zielke (2015) beschreibt am Beispiel stationärer Therapie von Essstörungen eine Verkürzung der Behandlungsdauer im Zeitraum von 1988 bis 2002 um 43 Tage bzw. 48 % und im selben Zeitraum eine sukzessive Verschlechterung der Behandlungsergebnisse (Effektstärken) dieser Patientengruppe. Zielke und Wittmann (2009) konnten zudem nachweisen, dass eine Verkürzung von Behandlungszeiten auch bei depressiven Erkrankungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen mit verminderter Behandlungserfolge verbunden ist. Besonders jüngere Patienten und Patienten mit längerer prästationärer Erkrankungsdauer waren davon betroffen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, die Indikation zu längeren Therapien von jungen erwachsenen Patienten mit Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit genau zu prüfen, zu versuchen, die Krankenkassen von ihrer Notwendigkeit zu überzeugen, oder die Möglichkeit einer Intervalltherapie (Heigl-Evers & Heigl 1988) in Betracht zu ziehen.

## 33.3 Anpassung der Therapie-dauer im Behandlungsverlauf

Anders als üblicherweise in Rehabilitationsbehandlungen und abgesehen von Kurzzeittherapien ist bei einer Psychotherapie im Krankenhaus die Therapiedauer nicht vorher festgelegt. Dies fordert vom Therapeuten (und vom therapeutischen Team), den Therapieverlauf nicht nur im Hinblick auf Zielerreichung, sondern auch auf Zweckmäßigkeit zu evaluieren. Patienten, die rasch von der Therapie profitieren, können kürzer behandelt werden, d. h. längere Behandlungen führen nicht in jedem Fall automatisch zu besseren Ergebnissen (Neeb et al. 2001; Schauenburg et al. 2001). Eine Zusammenfassung über den aktuellen Forschungsstand zu den Prädiktoren des Behandlungs- und Symptomverlaufs (Melchior 2011) kommt zu dem Schluss, dass eine längere Behandlung nur dann einen positiven Einfluss auf das längerfristige Behandlungsergebnis hat, wenn eine gute therapeutische Beziehung besteht und/oder schon früh während der Behandlung eine Besserung der Symptomatik auftritt (Nosper 2015). Einerseits kann eine zu kurze Behandlungsdauer zu wiederholter stationärer Behandlungsbedürftigkeit führen, wie Richter (2001) am Beispiel stationärer psychiatrischer Behandlungen nachwies, andererseits wird der messbare Nutzen geringer, wenn eine bestimmte Behandlungsdauer überschritten wird, d. h. zu lange Behandlungen sind weniger effizient. Eine längere Therapie über neun bis zwölf Wochen scheint bei schwereren Fällen in der psychosomatischen Rehabilitation optimal zu sein, leichtere Fälle erzielen auch bei kürzerer Behandlung vergleichbare Effekte (Neeb et al. 2001).

In der Analyse des Therapieverlaufs ist der Therapeut gefordert, das Ausmaß der Kooperationsfähigkeit und Motivation des Patienten zu beurteilen und sich Klarheit darüber zu

verschaffen, ob diese zumindest teilweise vorausgesetzt werden können oder ob sie – als ein Kriterium für stationäre Therapiebedürftigkeit – erst erarbeitet werden müssen und somit ein Therapieziel darstellen. Passivität und Regelverstöße der Patienten können bedeuten, dass vom Sinn der Behandlung nicht überzeugte Patienten in eine innere Emigration gehen (König 1995), das Therapieende abwarten und selbst nicht in der Lage sind, eine für sie nicht lohnende Behandlung abbrechen.

### 33.4 Aufklärung des Patienten

Bereits im Rahmen der Aufklärung des Patienten zu Beginn der Therapie empfiehlt es sich, auf mögliche Komplikationen im Zuge der Entlassung hinzuweisen. So können sich insbesondere bei längeren Behandlungen Patienten zu sehr an die Bedingungen und Annehmlichkeiten der Klinik gewöhnen und sich vor der Entlassung dem Alltag nicht ausreichend gewachsen fühlen. Eine Begrenzung der Therapiedauer – auch wenn noch nicht alle Therapieziele erreicht sind – kann dem entgegenwirken, ebenso wie die rechtzeitige Planung und Durchführung von Belastungsproben (z. B. Arbeitsbelastungsversuche oder Abwesenheiten ins häusliche Umfeld).

Ängste vor der Entlassung zeigen sich nicht notwendigerweise im expliziten Wunsch des Patienten, die Therapie zu verlängern, sondern oftmals in einer Verschlechterung der Symptomatik und des Zustands. Ein entsprechend regressives Verhalten, mit dem manche Patienten, z. T. unbewusst, versuchen eine Therapieverlängerung zu erwirken, sollte dahingehend unterschieden werden, ob

- es sich um normale und zu erwartende Ängste im Zuge der Umstellung auf den Alltag und der bevorstehenden Entlassung handelt (► Kap. 33.7),

- Trennungen und Abschiede vermieden werden sollen,
- ein wesentliches Therapieziel, dessen Erreichen für die Stabilität im Alltag unerlässlich ist, noch nicht erreicht ist, oder ob
- insbesondere bei nicht ausreichender Stabilität eine angemessene Nachbetreuung noch nicht hinreichend vorbereitet ist.

### 33.5 Gestaltung der Entlassung

Auch in einer vergleichsweise kurzen stationären Therapiephase ist immer wieder die Neigung von Patienten zu beobachten, das Ende der Therapie zu verleugnen und die Auseinandersetzung mit Trennung und Abschied zu vermeiden: Herr N. spricht nach sechs Wochen Therapiedauer davon, noch gar nicht ans Ende denken zu wollen, weil er erst jetzt den Eindruck habe, »richtig angekommen zu sein«. Oder Frau L. fordert ein, erst dann entlassen werden zu können, wenn eine für sie passende berufliche Perspektive gefunden ist. – Dem Einzeltherapeuten kommt dann die Aufgabe zu, die Verleugnungs- und Vermeidungstendenz rechtzeitig anzusprechen, regressive Erwartungen aufzugreifen und diesen die Realität der zeitlichen Begrenzung entgegenzusetzen.

Gefühle, die im Zusammenhang mit Trennung und Abschied auftreten, wie Traurigkeit, Wut, Sorgen und Ängste, sollten rechtzeitig exploriert, benannt und bearbeitet werden. Besonders für Patienten mit schwierigen Trennungserfahrungen kann dieser letzte Therapieabschnitt eine große Belastung darstellen, aber auch eine Chance für die Gestaltung eines gelingenden Trennungsprozesses bieten.

Ähnlich wie der Prozess der Trauer sind auch Trennungen psychische Aufgaben, die erarbeitet werden müssen (Küchenhoff & Mahrer Klemperer 1999). Die Bearbeitung



der bevorstehenden Trennung sollte daher das Ziel verfolgen, die Erfolge der Therapie zu bewahren und die positiven Beziehungserfahrungen über das Ende der Therapie hinaus als eine exemplarische Probeerfahrung für spätere Beziehungen wertschätzen zu können. Dabei gilt es, sich auch noch einmal den negativen Beziehungserfahrungen in der Therapie zu stellen und diese zu verarbeiten. Und die Trennungsarbeit muss gemeinsam geleistet werden, sie darf nicht allein dem Patienten überlassen werden (Küchenhoff & Mahrer Klemperer 2009).

### 33.6 Die nicht einvernehmliche Entlassung

Bei einer Entlassung aus disziplinarischen Gründen oder bei einem Abbruch der Therapie durch den Patienten steht meist keine Zeit mehr für eine ausreichende Trennungsarbeit und eine ausführliche Entlassungsvorbereitung zur Verfügung. Das kann vom Patienten als Scheitern und erneutes Versagen bewertet werden, aber auch beim Therapeuten Schuldgefühle und Zweifel an der eigenen Kompetenz hervorrufen, nicht besser in der Lage gewesen zu sein, dem Patienten zu helfen. In jedem Fall sollte eine Einschätzung versucht werden, ob dem Patienten die Gründe für die Entlassung – auch wenn er mit ihnen vielleicht nicht einverstanden ist – verständlich gemacht werden konnten. Ist das nicht der Fall, so sollte ein ambulantes Nachgespräch angeboten werden, ggf. auch die Möglichkeit einer Wiederaufnahme unter vorher festzulegenden Voraussetzungen. Das kann dazu beitragen, Gefühle des Im-Stich-gelassen-Werdens oder des Hart-bestaft-Werdens zu reduzieren und positive Aspekte der Therapie zu bewahren – insbesondere, wenn eine solche Entlassung frühere schwierige Trennungserfahrungen aktualisiert. Für den Therapie-

ten und das therapeutische Team kann es wichtig sein, gerade solche Verläufe in Supervisionen nachzubearbeiten, um eigene Fehler zu verdeutlichen, und sich andererseits nicht durch Schuldgefühle und unberechtigte Zweifel an der eigenen Kompetenz in der weiteren Arbeit lähmen zu lassen.

Eine andere Variante der nicht einvernehmlichen Entlassung liegt dann vor, wenn der Therapeut den Entlassungszeitpunkt für angemessen hält, der Patient aber nicht. Diese Konstellation kann begünstigt werden, wenn ein Patient im zeitlichen Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt wohnungslos ist. Wir empfehlen deswegen, diesen Punkt im Vorgespräch zu klären und die Aufnahme erst durchzuführen, wenn die Wohnsituation im Anschluss sichergestellt ist.

Aber auch wenn das alles gegeben ist, gelingt es nicht immer, im Rahmen der die Entlassung vorbereitenden Gespräche doch ein Einvernehmen über den Zeitpunkt zu erzielen, wie das folgende Fallbeispiel zeigt.

#### Fallbeispiel

Frau X. leidet an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, ängstlichen und emotional instabilen Anteilen. Im Vorfeld des Aufenthaltes hatte sich der Ehemann wegen einer neuen Partnerschaft von der Patientin getrennt, nachdem diese erst kurz zuvor zu ihm gezogen war und deswegen eine sichere berufliche Stellung gekündigt hatte.

Angesichts dieser schwierigen äußeren Situation hatte der Therapeut die Entlassung bereits fünf Wochen vor dem Ende des für zwölf Wochen geplanten Aufenthaltes thematisiert. In den bis zu drei 50-minütigen Einzelgesprächen pro Woche entwickelte sich nach und nach ein Machtkampf, in dem die Patientin eine Verlängerung erreichen, der Therapeut einer solchen aber nicht zustimmen wollte. Seinem Argument, dass die schwierige äußere Situation auch bei einer Verlängerung zunächst unverändert fortbestehen würde, fügte sich die Patien-

tin schließlich. Am Entlassungstag wurde der Therapeut von der Station angerufen: Eine Delegation von mehreren Patienten stehe vor dem Pflegestützpunkt und beklage die Unmenschlichkeit der Klinik, die eine noch völlig instabile Patientin ihrem Schicksal überlasse. Die Patientin habe mit Selbstmord gedroht und weine die ganze Zeit.

Eine Stunde später fand ein Einzelgespräch statt, nachdem der Therapeut zunächst den Austausch mit einem erfahrenen Kollegen gesucht hatte. Die Patientin machte deutlich, dass sie sich einer Entlassung nicht gewachsen fühlte, gemeinsam wurde eine Verlängerung um eine Woche besprochen, um die Situation zu klären. Die Verlängerung wurde von der Patientin in erster Linie so bewertet, dass der Therapeut sich letzten Endes doch »auf ihre Seite« stellen konnte.

Aus therapeutischer Sicht blieben Fragen offen:

- War die Patientin noch zu instabil für eine Entlassung gewesen bzw. benötigte sie noch eine Woche mehr, um sich auf die schwierige äußere Realität einzustellen?
- War es für sie wichtig gewesen, sich in einem Machtkampf durchzusetzen, nachdem sie sich ja (scheinbar) der zunächst vom Therapeuten getroffenen Entscheidung gefügt hatte?
- Ging es vor allem oder auch um die Situation in der Patientengruppe?

### 33.7 Die Trennung von der Klinik

Das therapeutische Milieu in einer stationären oder teilstationären Psychotherapie kann und soll Patienten positive neue Erfahrungen ermöglichen: Nicht wenige erfahren erstmals in ihrem Leben, dass ihren Gefühlen bzw. ihrem inneren Erleben Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Kommunikation hierüber und die direkte Bearbeitung von Konflikten, auch solcher mit Mitpatienten, werden durch die Einzeltherapie und die Gruppenangebote gefördert, sodass intensive Erfahrungen und – jedenfalls für die Dauer des Aufenthaltes – intensive Beziehungen entstehen kön-

nen. Zugleich achtet das Team auf die »Verdaulichkeit« der angestoßenen Prozesse für die einzelnen Patienten, sodass diese sich in der Regel ausreichend geschützt fühlen können. Und nicht zuletzt erfüllt eine Klinik bis zu einem gewissen Grad auch die Funktion einer »versorgenden Mutter«. Diese »Käseglocke«, in der vieles leichter und besser erscheint, zu verlassen, ist für manche Patienten verständlicherweise schwierig. Auch deswegen, nicht nur wegen des Themas »Alltagstransfer«, sind Belastungserprobungen in die häusliche Umgebung während des stationären Aufenthaltes sinnvoll.

**Die Trennung von der Gruppe** Sowohl in der Einzeltherapie als auch in verschiedenen Gruppensettings lassen sich am Thema des Abschieds relevante Konflikte oder strukturelle Beeinträchtigungen abhandeln, z.B. Objektverlust Erfahrungen und -ängste, Konflikte um Autonomie und Abhängigkeit oder Nähe und Distanz, Beeinträchtigungen der Objektkonstanz, der Affektregulation oder der Frustrationstoleranz (Falck 2014). Da ein Abschied aus stationärer Psychotherapie immer auch ein Abschied aus einer oder mehreren Gruppen ist, gilt es, gerade dieser gemeinsamen Möglichkeit der Bewältigung besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Hingegen können Abschiede, die nicht hinreichend beachtet und bearbeitet werden, zu depressiv-resignativen Reaktionen bis hin zu destruktiven Auflösungsprozessen in Gruppen führen (Stone et al. 1980; ► auch Mattke et al. 2009). Oft entwickeln Patientengruppen Abschiedsrituale, etwa indem dem Gehenden die letzte Stunde gewidmet wird und die verbleibenden Teilnehmer noch einmal ihre Eindrücke der gemeinsamen Zeit und Entwicklung mitteilen. In der Stationsgemeinschaft *»helfen manchmal rituelle Aktivitäten wie ein gemeinsames Abschiedessen, der Austausch von Geschenken oder kleine Feiern dabei, die*

*Situation gemeinsam zu bewältigen, sich der fortbestehenden wechselseitigen Beziehungen zu versichern und die drohende Gefahr der Auflösung der in Behandlung verbleibenden Gruppe zu bannen» (Streeck & Leichsenring 2009, S. 210).*

**Die Trennung von einzelnen Mitpatienten** Angestoßen durch die intensiven Auseinandersetzungsprozesse entstehen während stationärer oder teilstationärer Aufenthalte nicht selten enge Beziehungen zu Mitpatienten: In der Gruppentherapie oder in informellen Gesprächen werden Erfahrungen mitgeteilt, über die der Betreffende noch nicht einmal mit einem langjährigen Partner gesprochen hat. Zum Teil werden während des Krankenhausaufenthaltes entstandene Beziehungen auch nach der Entlassung weiter gepflegt, manchmal über Jahre. Gelegentlich kommt es auch zu regelrechten Gruppentreffen von ehemaligen Klinikpatienten, die z.T. Monate oder sogar Jahre nach der Entlassung fortbestehen. Auf der anderen Seite erweist sich nicht selten, dass die während des stationären Aufenthaltes erlebte Nähe im Alltag dann doch nicht aufrechterhalten werden kann. Nichtsdestotrotz spielen Trennungen von einzelnen Mitpatienten bei der Beendigung der Krankenhausbehandlung eine unter Umständen entscheidende Rolle.

### 33.8 Entlassungsvorbereitung – Bilanz und Alltagstransfer

In der gemeinsamen Bilanzierung des Therapiefortschritts oder auch unter der Belastung, welche die Entlassung für die meisten Patienten zunächst einmal bedeutet, zeigen sich oft noch einmal der Bewältigungsstil des Patienten und seine strukturellen Einschränkungen. Häufig verstärken sich jetzt die Symptome wieder, was das Gefühl auslösen kann,

der Aufenthalt habe »nichts gebracht«. Dies kann unter Umständen therapeutisch in der Weise genutzt werden, dass dem Patienten die Wahrscheinlichkeit einer Symptomverstärkung am Ende des Aufenthaltes angekündigt und mit der Belastung durch die Entlassung verknüpft wird. Gerade bei von einer somatoformen Störung Betroffenen, aber auch bei einzelnen Patienten mit Angsterkrankungen, Depressionen und anderen Störungen, kann dies noch einmal die Einsicht in die Krankheitszusammenhänge vertiefen.

Je nach strukturellem Niveau sind manche Patienten im Hinblick auf die Entlassung auf eine verlässliche Terminplanung angewiesen, d.h. sie brauchen für ihre innere Stabilität einige Zeit an Vorlauf, um diese Klippe zu bewältigen. Die mancherorten zu beobachtenden Versuche einzelner Krankenkassen, am Ende des Aufenthaltes einige Tage zu streichen, kann sich hier außerordentlich schädlich auswirken und sogar zum bestimmenden Thema werden, sodass die Verabschiedungsarbeit empfindlich gestört werden kann. Ist der betreffende Patient privatversichert, so wird es schwer, ihn vor dieser Thematik zu schützen, da er selbst und nicht die Krankenkasse der Vertragspartner der Klinik ist (► Kap.35).

Bei der Bilanzierung des stationären Aufenthaltes neigen pseudounabhängige und auf ihre Autonomie bedachte Patienten dazu, ihren Therapiefortschritt zu betonen und zugleich im Unklaren zu lassen, was sie erreicht haben, sodass ein unerfahrener Therapeut dazu verleitet werden kann, den vorhandenen Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu übersehen. Abhängige und in ihrer Selbstwertregulierung beeinträchtigte Patienten reden hingegen oftmals ihre tatsächlich erreichten Fortschritte klein oder können sie gar nicht erkennen. Dem sollte der Therapeut seine eigene Sicht und Bewertung des Therapieerfolgs gegenüberstellen und benennen können, was

aus seiner Sicht erreicht oder noch nicht erreicht ist.

Wie die in der Therapie gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen in den Alltag des Patienten übertragen werden können, entscheidet wahrscheinlich auch bei einer stationären Psychotherapie über die Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs. Dies muss insofern spekulativ formuliert werden, weil Transferförderung und ihre Effekte auf den Behandlungserfolg bisher nur vereinzelt im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen untersucht wurden. Dabei zeigte sich, dass die Zielorientierung der Patienten, die gezielte Planung und Umsetzung von Transferaktivitäten und der bewusste Umgang mit Transferschwierigkeiten bedeutsame Variablen für den Transfer und damit für den Behandlungserfolg sind, die sich durch gezielte Interventionen fördern lassen (Schröder 2015).

Während der Transfer des Erreichten meist ein Thema ist, das der Einzeltherapeut im Rahmen der Entlassungsvorbereitung anspricht, liegen weitere konkrete Entlassungsvorbereitungen oft in der Hand von Sozialarbeitern und Pflegekräften. Ressourcen-Psychoedukation (Hendrichske und v. Wachter 2015) in einer Gruppe oder das Zusammenstellen sogenannter »Notfallkoffer« am Ende einer Dialektisch-Behavioralen Therapie werden teilweise von geschulten Pflegekräften übernommen; in zeitlich kürzeren Behandlungssettings haben sich pflegerisch oder sozialpädagogisch geleitete Entlassungsvorbereitungsgruppen bewährt. In Reha-Kliniken sind auch sogenannte Transfergruppen etabliert.

Solche Gruppen eignen sich, um allgemeine Aspekte der Entlassungsvorbereitung, die für alle ähnlich sind, zeit- und ressourcensparend gemeinsam zu besprechen. Sie können jedoch nicht die individuelle Entlassungsplanung ersetzen, die in der Regel im Austausch zwischen Patient, Einzeltherapeut,

Sozialarbeiter und ggf. einer Bezugspflegekraft stattfinden sollte.

### 33.9 Vorbereitung der Anschluss-therapie

Wie eingangs erwähnt, setzen die meisten Patienten nach der Entlassung die Behandlung in irgendeiner der oben aufgeführten Varianten fort, was in der Entlassungsvorbereitung berücksichtigt und besprochen werden sollte.

Ebenfalls erwähnt wurde, dass viele Patienten aus ambulanter Psychotherapie in die Klinik kommen und beim überwiegenden Teil dieser Patienten vorgesehen ist, dass sie in die ambulante Behandlung bei ihrem Psychotherapeuten zurückkehren. Eine heikle Situation kann entstehen, wenn sich der Patient während des Klinikaufenthaltes entschließt, die Behandlung bei dem zuweisenden Psychotherapeuten zu beenden und den Behandler zu wechseln. Dem Patienten sollte dann empfohlen werden, den Wechselwunsch selbst mit seinem Psychotherapeuten zu besprechen bzw. zu klären, nicht zuletzt, weil oft die Weiterbehandlung beim Einweiser nach dem Austausch über die Probleme oder Vorbehalte dann doch den fruchtbarsten Weg für den Patienten darstellt. Traut es sich ein Patient nicht zu, seinem Therapeuten selbst den Behandlungswechsel mitzuteilen, oder wünscht er es nicht, sollte mit seinem Einverständnis telefonischer Kontakt mit dem Einweiser aufgenommen werden, um ihn über die Patientenentscheidung zu informieren und sie ggf. zu erläutern.

Ist die Anschlusstherapie nach dem Klinikaufenthalt noch ungeklärt, empfiehlt der ärztliche oder psychologische Einzeltherapeut in der Regel eine bestimmte Form ambulanter Nachbetreuung – hausärztliche Versorgung einschließlich psychosomatischer

Grundversorgung, fachärztliche Versorgung, ambulante Psychotherapie (Einzel- oder Gruppentherapie, psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert) – und setzt den Patienten über die Zugangswege zur ambulanten Psychotherapie in Kenntnis. Dies ist auch über Internet-Portale der Kassenärztlichen Vereinigungen, über Arztauskünfte oder den Psychotherapeuten-Suchdienst der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern ([www.psych-info.de](http://www.psych-info.de)) möglich.

Dabei ist abzuschätzen, inwieweit es dem Patienten gelingt, diesen Übergang eigenständig zu bewältigen: Genügt es, Adressen weiterzugeben, sodass sich der Patient selbst um eine Kontaktaufnahme kümmern kann, oder benötigt er weitere Unterstützung, Anleitung und Ermutigung? Die früher oft vertretene Auffassung, dass eine ambulante Therapie nur aussichtsreich sei, wenn der Patient seine Motivation hierfür dadurch belegt hat, dass er selbstständig für einen Therapieplatz sorgt, ist heute nicht mehr vertretbar. Zumindest bei bestimmten Patienten – z.B. bei solchen mit somatoformen Störungen oder Depressionen mit noch ambivalenter Behandlungsmotivation – scheint die Inanspruchnahme von ambulanter Therapie zu steigen, wenn das weitere Vorgehen möglichst verbindlich geklärt ist (Tritt et al. 2004), ggf. bis hin zur festen Vereinbarung eines Erstgesprächstermins bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten noch von der Klinik aus. Es gilt also, gerade manchen ambivalenten Patienten dazu zu verhelfen, bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten zu »landen«. Auch eine Aufklärung über die Schwierigkeiten, einen ambulanten Therapieplatz zu finden, und über die »zunächst einmal abweisend wirkenden ambulanten Psychotherapeuten« kann hilfreich sein (Küchenhoff & Mahrer Klemperer 2009).

Die im Februar 2017 geschlossene Vereinbarung über die Anwendung von Psychothe-

rapie (Psychotherapie-Vereinbarung) soll den Zugang zur ambulanten Psychotherapie u. a. dadurch erleichtern, dass die niedergelassenen Psychotherapeuten verpflichtet werden, regelmäßige Sprechstunden anzubieten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017). Ob das tatsächlich den Übergang von stationärer in ambulante Therapie verbessert, wird sich erst noch zeigen müssen. Ist eine ambulante Therapie nicht nahtlos verfügbar, so müssen Alternativen überlegt werden, etwa eine Übergangsbehandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanz, eine Betreuung über den Sozialpsychiatrischen Dienst oder eine Anschlussbehandlung in einer Tagesklinik. Auch das Angebot von Nachgesprächen in der Klinik, in welcher der Patient behandelt wurde, kann helfen, die Zeit bis zum Beginn der ambulanten Psychotherapie zu überbrücken. Dabei sollte reflektiert werden, ob dies eine Form der Abschiedsvermeidung aufseiten des Patienten oder auch des Therapeuten darstellen könnte, Letzteres z.B. in Form einer narzisstischen Überzeugung, der Patient könne von einem anderen Therapeuten nicht in angemessener Qualität behandelt werden.

In der Phase der Entlassungsvorbereitung kommt der sozialen Arbeit als Bindeglied zwischen der beschützten Klinikzeit und dem äußeren Lebensumfeld des Patienten eine zentrale Rolle zu (Begher 2007). Ausgehend von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Patienten kann eine stufenweise berufliche Wiedereingliederung sinnvoll sein, die rechtzeitig mit dem Arbeitgeber abgestimmt sein sollte. Besteht kein Arbeitsplatz mehr oder ist die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz nicht mehr möglich, ist ggf. die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen angezeigt. In Einzelfällen, z.B. bei Patienten mit Essstörungen, kann eine Weiterbetreuung durch Wohngruppen indiziert sein, bei anderen eine ambulante sozialpädagogische Betreu-

ung, ambulante pflegerische Hilfen oder ambulante fachpsychiatrische Pflege.

Der Rahmenvertrag über das Entlassmanagement vom Oktober 2016 verpflichtet die Krankenhäuser zu einem umfassenden Entlassmanagement, auf das jeder Patient einen Anspruch hat. Ziel ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten (Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung 2017). Die Krankenhausärzte können für die Zeit nach der Entlassung Medikamente verschreiben und eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen, was die organisatorischen Abläufe bei der Entlassung erleichtern kann. Darüber hinaus ist abzuwarten, ob die neue und unter den Vertragsparteien (Gesetzliche Krankenkassen, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.) umstrittene Regelung für Patienten nach stationärer oder teilstationärer Psychotherapie Vorteile mit sich bringt. In jedem Falle erhöht sie den administrativen Aufwand für die entlassende Klinik.

## Literatur

- Begher FP. Bio- Psycho-, und dann? Das Lebensumfeld der Patienten im Blick. PiD 2007; 8: 52–5.
- Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung. Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung vom 17. 10. 2017.
- Falck O. Beendigung einer Gruppenpsychotherapie. In: Staats H, Dally A, Bolm T (Hrsg). Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2014.
- Heigl-Evers A, Heigl F. Eine überregionale Psychotherapieklinik – ihr Rahmen und ihr therapeutisches Konzept. In: Schepank H, Tress W (Hrsg). Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Berlin, Heidelberg: Springer 1988.
- Hendrichske A, Wachter M v. Ressourcenaktivierung in der stationären Psychotherapie. Ärztl Psychother 2015; 10: 213–20.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapievereinbarung). Dtsch Ärztebl 2017; 114(B): 423–33.
- König K. Einführung in die stationäre Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1995.
- Küchenhoff J, Mahrer Klemperer R. Psychotherapie im psychiatrischen Alltag. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung. Stuttgart: Schattauer 2009.
- Mattke D, Reddemann L, Strauß B. Keine Angst vor Gruppen – Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung. Stuttgart: Klett Cotta 2009.
- Melchior H. Vorhersage des längerfristigen Behandlungserfolgs anhand von Symptomverläufen und der Dauer stationärer Psychotherapie. Dissertation, Universität Hamburg 2011. ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2011/5437 (letzter Zugriff: 08.01.2018).
- Neeb K, Winkler K, Schröder A, Mestel R. Welchen Einfluss hat eine Therapiezeitverkürzung auf den Behandlungserfolg stationärer Psychotherapie? Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2001; 56: 333–40.
- Nosper M. Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation – Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Psychotherapeuten-Suchdienst der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutenkammern Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein, Körperschaften des öffentlichen Rechts. PsychInfo. www.psych-info.de (letzter Zugriff: 08.01.2018).
- Richter D. Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. Eine Übersicht über Methodik, Einflussfaktoren und Auswirkungen. Fortschr Neurol Psychiatrie 2001; 69: 19–31.
- Schauenburg H, Sammet I, Strack M. Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolgs in der stationären Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 2001; 47: 380–95.
- Schepank H. Die Mannheimer Psychosomatische Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesund-



- heit. In: Schepank H, Tress W (Hrsg). Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Berlin, Heidelberg: Springer 1988.
- Schröder K. Transferförderung klinischer Behandlung. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Stone WN, Blaze M, Bozzuto J. Late dropouts from group psychotherapy. *Am J Psychother* 1980; 34: 401–13.
- Streeck U, Leichsenring F. Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009; 138–40.
- Tritt K, Schneider H, Lahmann C, Joraschky P, Nickel M, Loew T. Therapieempfehlungen an Patienten einer psychosomatischen Poliklinik: Gibt es Zusammenhänge mit der Symptombelastung und werden die Ratschläge befolgt? *Psychother Psych Med* 2004; 54: 289–97.
- Zielke M. Behandlungsdauer und Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Zielke M, Wittmann WW (Hrsg). Behandlungsdauer und Behandlungsergebnisse: Auf dem Prüfstand der Psychotherapieforschung. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 2009; 83: 1.

## 34 Der Behandlungsbericht und andere Schreiben – Dokumentation

Bernhard Janta und Michael Hölzer

### Zusammenfassung

In diesem Kapitel sollen die wesentlichen Aspekte der Dokumentation stationärer Psychotherapie einschließlich deren rechtlicher Vorgaben abgehandelt werden. Sowohl die Funktionen der Dokumentation als auch die veränderte Rechtslage durch das Patientenrechtegesetz werden in aller Kürze dargestellt. Unterschieden werden dabei die Basis- von der Verlaufsdokumentation bzw. deren verschiedene »Adressaten«. Des Weiteren werden Hinweise für eine adäquate und aussagekräftige Dokumentation gegeben. Ausführlich wird auch auf den Behandlungsbericht eingegangen, bei dessen Formulierung regelmäßig besondere Schwierigkeiten psychologischer wie auch sachlicher Art auftreten. Diese werden detailliert dargelegt und empfohlen wird eine diesbezüglich funktionale Herangehensweise.

### 34.1 Vorbemerkungen

Dokumentation und Therapie stehen in einem gewissen Spannungsverhältnis zueinander. Die Dokumentation als ein »Muss« wird besonders von therapeutisch inspirierten Mitarbeitern häufig als eine zeitraubende Begleiterscheinung billigend in Kauf genommen, während die Therapie als das »Gewollte« und damit das »Eigentliche« hochgehalten und gegenüber Anfechtungen aller Art meist vehement verteidigt wird. Wer dokumentiert schon gerne? Und wer wundert sich darüber, dass Dokumentationsauflagen, die ja in den letzten Jahren und Jahrzehnten beträchtlich zugenommen haben (► Kap. 37), zumeist als

lästig empfunden und nach Möglichkeit umgangen werden? Aber was spricht eigentlich dagegen, sich systematisch Aufzeichnungen zu einem Patienten bzw. dessen Behandlung zu machen? Aufzeichnungen dienen zunächst nur dem Festhalten flüchtiger Eindrücke, die andernfalls »nachträglich« umgestaltet werden würden, je nachdem, wem wann was darüber berichtet werden soll. Auch wenn therapeutisch vor allem das zählt, was affektiv vom Behandler erinnert wird, ohne dass er es vorher nachlesen musste, dürfte der Vorgang des Verschriftlichens als solcher bzw. die Verlangsamung des Nachdenkens, die damit einhergeht, einen substanziellen Effekt auf die Reflexion und das »Begreifen« des zuvor emotional Erlebten haben. Vor diesem Hintergrund ist es durchaus bemerkenswert, dass eine adäquate Dokumentation weder in den ärztlichen Weiterbildungsordnungen noch in der Ausbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten einen eigenständigen Stellenwert hat. Zudem gibt es kaum Fachpublikationen, die sich damit systematisch befassen (Mendler et al. 2005).

Im Kontext (teil-)stationärer Behandlungen kommen der Dokumentation drei wesentliche Funktionen zu, die sich unter den Oberbegriffen der Reflexion und Orientierung, der Kommunikation und Information sowie der Legitimation und des Nachweises subsummieren lassen:

**Reflexion und Orientierung** Dokumentation dient der reflektierten Abbildung einer ord-

nungsgemäßen Versorgung und Therapie eines Patienten. Durch das Verschriftlichen einer Problemanalyse, eines Fokus bzw. einer entsprechenden Therapieplanung und der Definition individuell motivierender Therapieziele wird der Patient nicht nur empathisch verstanden, sondern auch theoretisch erfasst.

**Kommunikation und Information** Durch die dokumentierten Sachverhalte werden z.B. im stationären Setting alle an der Therapie beteiligten Personen informiert, auch wenn sie in der spezifischen Situation selbst nicht anwesend waren.

**Legitimation und Nachweis** Mit der Dokumentation erfolgt der Nachweis der erbrachten Leistung (u.a. als der Grundlage jeder Form der Abrechnung) und damit letztlich auch der juristische Beweis, dass die Leistung unter der Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Standards erbracht wurde.

Eine sorgfältige Dokumentation, in die alle relevanten Behandler unabhängig voneinander Einblick nehmen können, dient damit einerseits der wechselseitigen Information und damit der Abstimmung therapeutischer Prozesse, wodurch auch sichergestellt werden soll, dass eine Behandlung nicht unnötig verlängert wird. Zum anderen unterstützt die Dokumentation den Arzt bzw. Therapeuten, wenn es darum geht, Rechenschaft ablegen zu müssen. Einige grundlegende Aspekte des Dokumentierens, die u.E. beachtet werden sollten, gehen aus der nachfolgenden Übersicht hervor:

### Grundlegende Aspekte des Dokumentierens

#### Wer dokumentiert?

Jeder an der Behandlung Beteiligte (vornehmlich sein eigenes Tun).

#### Was wird dokumentiert?

Die spezifische therapeutische Situation, z. B. das Thema einer Stunde. Dabei können ggf. exemplarisch eine Intervention und die Reaktion des Patienten darauf dokumentiert werden sowie damit einhergehende Veränderungen, beispielsweise Verschlechterungen oder Verbesserungen des Befindens oder auch Veränderungen hinsichtlich der Einstellung.

#### Wie und in welcher Form wird dokumentiert?

Bei psychotherapeutischen Verläufen können i. d. R. nicht die einzelnen Interventionen dokumentiert werden, vielmehr steht eine prägnant zusammenfassende Dokumentation im Vordergrund. Bei standardisierten Interventionen kann auch mit »n. S.« (d.h. »nach Standard«) dokumentiert werden, ggf. mit einer kurzen zusätzlich erläuternden Bemerkung.

#### Wann wird dokumentiert?

In der Regel unmittelbar ohne Verzögerung, ansonsten zeitnah. Wird zeitlich mit größerem Abstand vom Geschehen dokumentiert oder explizit nachträglich (bzw. nachträglich die Dokumentation verändert), so muss dies in der Dokumentation kenntlich gemacht werden.

Je komplexer eine Behandlung ist, je mehr sie von geltenden fachlichen Standards und Leitlinien abweicht, desto detaillierter sollte die Abfassung der Dokumentation sein. Die Gründe für erhebliche Abweichungen sollten immer ausführlich genug dokumentiert werden, da sie nicht nur behandlingstechnische, sondern auch juristisch erhebliche Folgen haben können (► Kap. 37). Unabdingbar sind aus ärztlich-therapeutischer Sicht und unabhängig von den Dokumentationspflichten der anderen Berufsgruppen die Dokumentation der Anamnese, der Befunde, der festgestellten Diagnose, des Behandlungsverlaufs, d.h. Befundänderungen durch therapeutische Maßnahmen, der Konsiliarberichte und vor allem auch der Aufklärung des Patienten.

## 34.2 Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Bis Anfang der 1970er-Jahre vertraten Gerichte die Meinung, dass es für Ärzte keine Dokumentationspflicht im engeren Sinne gebe, sondern Dokumentation nur als Gedächtnisstütze für den Behandler diene. Diese Auffassung hat sich seither grundlegend geändert und die Dokumentationspflicht gilt als eine der wesentlichsten Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag. Patienten haben aufgrund ihres verfassungsmäßig geschützten Persönlichkeitsrechts einen Anspruch auf eine ordnungsgemäße Dokumentation.

Diesbezüglich lässt das 2013 verabschiedete Patientenrechtegesetz (§ 630 BGB) keinerlei Zweifel: *»Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.«*

Auch in der Musterberufsordnung für Ärzte ist in § 10 die Dokumentationspflicht festgehalten, für Vertragsärzte ergibt sie sich analog aus dem § 295 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Im Hinblick auf Verständlichkeit der Dokumentation dient als Bezugspunkt immer der »Fachmann«, für den sie verständlich und aussagekräftig sein muss. Auch »negative« Befunde (d.h. festgestellte Sachverhalte ohne Hinweis auf Veränderungen mit Krankheitswert) sind zu dokumentieren, wenn es konkrete Gründe gibt, z.B. eine Verdachtsdiagnose auszuräumen. Im praktischen Alltag, insbesondere auch bei der Begründung der Indikationsstellung für die medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbe-

handlung bzw. deren Behandlungsdauer, ist dabei oft die sogenannte »Nachvollziehbarkeit« ein Schlüsselkriterium. »Nachvollziehbar« heißt, dass ein Fachmann beispielsweise nach Darlegung der Befindensschilderung eines Patienten, die ggf. durch explorative diagnostische Fragen präzisiert wurde (z.B. »Wie oft treten die Panikattacken auf?«), unter fachlichen Gesichtspunkten in Bezug auf den dokumentierten psychischen/psychopathologischen Befund und die daraus begründete Diagnose (unter Bezugnahme auf die klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10-Klassifikation [DIMDI 2012]) zu dem gleichen Ergebnis kommt wie der Behandler. »Nachvollziehbar« heißt aber auch, dass ein Fachmann die differenzialtherapeutischen Entscheidungen (medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung oder deren Fortführung) aufgrund der Dokumentation der **Befindensebene** (subjektives Erleben des Patienten) und der **Befundebene** (objektivierbarer psychischer/psychopathologischer Befund) bestätigen kann. Wenn dann noch eine testpsychologische Untersuchung das Ergebnis der klinischen Einschätzung zusätzlich validiert, umso besser. Gerade der Testpsychologie dürfte im Hinblick auf die Objektivierung von Diagnosen und des Verlaufs (mittels Prä-Post-Messung) in Zukunft vermehrt Bedeutung zukommen. Im praktischen Alltag bedeutet dies, dass die bloße Proklamation von einzelnen Stichworten, wie z.B. »Art und Schwere der Erkrankung begründen die stationäre Behandlungsnotwendigkeit«, oder die Mitteilung, dass ein Patient eine »massive depressive Dekompensation« erlitten hat, ohne weitere Erläuterungen der Befindens- und Befundebene keiner fachgerechten Dokumentation entsprechen und auch nicht überzeugend sind.

Dokumentiert werden muss auch, dass Patienten über sämtliche für die **wirksame Einwilligung** zu einer Behandlung wesentliche

Umstände **aufgeklärt** wurden, insbesondere im Hinblick auf die Art, den Umfang, die Durchführung, die Notwendigkeit und zu erwartende Folgen und Risiken einer Behandlung (► Kap. 9). Dokumentiert werden sollte auch die Aufklärung bezüglich der Behandlungsalternativen. Bei dieser Aufklärung kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält und deren Kenntnissnahme er per Unterschrift dokumentiert. Entscheidend ist jedoch immer das ärztliche Gespräch, dessen kurze inhaltliche Dokumentation vom Patienten gegenzeichnet und in die Patientenakte aufgenommen werden sollte.

Für die Dokumentation der Behandlung ist im Übrigen in § 630 f. BGB festgelegt, dass der Behandler verpflichtet ist, die Patientenakte in Papierform oder elektronisch zum Zweck der Dokumentation **in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang** mit der Behandlung zu führen. Im Rahmen (teil-)stationärer Psychotherapie wird diese Akte gegenwärtig ganz überwiegend elektronisch geführt werden, ein Umstand, der Vor-, aber auch Nachteile birgt. Ein Vorteil ist sicherlich die Standardisierung, die das jeweilige elektronische Krankenhausinformationssystem mit sich bringt, wie auch die Möglichkeit, die verantwortlichen Teammitglieder relativ rasch über den Verlauf zu informieren. Nachteile sind die mangelnde Flexibilität beim Dokumentieren, Zeitverluste, die durch elektronische Medien meist entstehen, sei es durch ein neues Software-Update, für das dann geschult werden muss, oder sonstige Verzögerungen, die mit elektronischer Datenverarbeitung verbunden sind.

### 34.3 Spezifika der (stationären) Psychotherapie und deren Auswirkungen auf die Dokumentation

Im Gegensatz zu anderen Formen allgemeiner oder medizinischer Dokumentation unterscheidet sich die Dokumentation psychischer Sachverhalte bzw. eines psychotherapeutischen Geschehens besonders darin, dass z. T. auch innere, unsichtbare und nur schwer erschließbare Vorgänge in verkürzter Form dokumentiert werden müssen. Argelander (1979) unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen objektiv nachprüfbaren (Alter, Familienstand etc.), subjektiven (»Ich habe harte Zeiten erlebt ...«) und szenischen Informationen, die sich aus dem situativen Verhalten eines Patienten (und der eigenen Reaktion darauf) ergeben. Dennoch dürften auch in die Erfassung scheinbar objektiver Daten subjektive sowie interpretatorische Prozesse einfließen, sodass eine scharfe kategoriale Trennung zwischen »objektiv« und »subjektiv« fast nicht möglich erscheint.

#### Merke

In die Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen sollten vor allem objektivierbare Daten Eingang finden. Konkret umfassen objektive Daten organmedizinische, psychosoziale und psychische bzw. psychopathologische Befunde sowie Anordnungen, Maßnahmen und deren Ergebnisse. Angaben eines Patienten sollten immer in indirekter Rede erscheinen.

Bei der Dokumentation spielen also die fachliche Einordnung und die Bewertung von Daten eine wichtige Rolle; ihre Bedeutung erlangen Daten ohnehin erst im subjektiven Auge des Betrachters. Entsprechend den durch das Patientenrechtegesetz kodifizierten Rechten des Patienten sind dokumentierte Daten dem Patienten selbst oder ggf. einem befugten

Dritten auf Verlangen unmittelbar auszuhändigen. Auch dies macht neutral gehaltene Formulierungen unabdingbar, nicht nur als Abbild der Kompetenz des Dokumentierenden, sondern auch, um Patienten ausreichend zu schützen. Zu unsicher ist, wem der Entlassbrief, das Attest oder die Stellungnahme am Ende vorgelegt wird und auf welchen Wegen sie schlussendlich in welche Hände gelangen. Explizit subjektive, gefühlsmäßige Eindrücke eines Therapeuten oder eines anderen Teammitgliedes – und damit definitiv nicht objektivierbare Befunde – sollten nicht in der Krankenakte eines Patienten aufgeführt werden, es sei denn, sie können in einem sehr engen Sinne als symptomatisch für den Patienten oder typisch für sein Krankheitsbild gewertet werden und wurden Gegenstand einer objektivierenden Bearbeitung, z. B. in einer Supervision oder in einer Fallbesprechung.

### 34.4 Die Adressaten der Dokumentation

Die Dokumentation einer Krankenhausbehandlung zerfällt gewissermaßen in verschiedene Bestandteile, abhängig davon, ob es sich um die Eingangsdiagnostik handelt, die Dokumentation der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im Verlauf, die Ergebnisse der Therapie oder den zusammenfassenden Behandlungsbericht. Entsprechend viele unterschiedliche Adressaten der Dokumentation gilt es zu berücksichtigen bzw. sich immer wieder vor Augen zu führen:

- Gutachter
- Behörden
- Versicherungen

- mitbehandelnde Teammitglieder
- einweisender Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut
- behandelnder Psychotherapeut
- Weiterbehandler
- Patient
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)

Die Dokumentation von Untersuchungsergebnissen und Behandlungsverlauf dient zunächst den Ärzten und Therapeuten bzw. den Mitgliedern anderer Berufsgruppen der behandelnden Klinik zur gegenseitigen Information und zur Abstimmung eines koordinierten Vorgehens.

Im Rahmen stationärer psychotherapeutischer Behandlungen sind es ansonsten vor allem die zuweisenden Ärzte und Psychotherapeuten, die in Form eines Behandlungsberichtes Adressaten der Dokumentation werden. Mit diesem häufig als Entlassbrief apostrophierten Behandlungsbericht sind so vielschichtige Themen verbunden, dass darauf in Abschnitt 34.6 ausführlicher eingegangen werden soll. Als Visitenkarte sollte er nicht nur inhaltlich sorgfältig abgefasst sein, sondern auch zeitnah verschickt werden. Letzteres ist leider häufiger nicht der Fall, was nicht nur auf mangelnde Disziplin, sondern auch auf die ernst zu nehmenden Schwierigkeiten verweist, die mit der Abfassung solcher Berichte grundsätzlich verbunden sind. Daneben sollte stets auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) als Adressat berücksichtigt werden, denn dieser wird immer dann Interesse an der Dokumentation bekunden, wenn die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung an sich bzw. die Dauer des stationären Behandlungsverlaufes seitens der Krankenkassen infrage gestellt wird. Sich in diesem Zusammenhang in einer Art vorausseilendem Gehorsam auf dessen Beurteilungskriterien einzustellen (und deswegen krankheitsorientiert zu dokumentieren anstatt z. B. ressourcenorientiert), dürfte u. E. keine langfristig erfolgreiche Strategie darstellen, da am Ende die Art der Dokumentation auch das Denken über einen Patienten



maßgeblich bedingt. Damit sind aber auch in nicht ganz seltenen Fällen Gutachter im Rahmen sozialgerichtlicher Verfahren oder in sehr seltenen Fällen Gutachter im Rahmen zivilrechtlicher oder strafrechtlicher Verfahren zusätzliche potenzielle Adressaten einer Dokumentation. Gerade im Verfahren mit den Krankenkassen bzw. dem MDK erscheint uns in diesem Zusammenhang Zurückhaltung fehl am Platze. Nur sollte der Patient immer informiert werden, wenn der MDK (nicht die Kasse oder irgendeiner ihrer Sachbearbeiter!) in einem solchen Verfahren ausführlich über Diagnosen und Behandlungsverlauf in Kenntnis gesetzt wird.

### 34.5 Verschiedenen Formen der Dokumentation

Um etwas präzisere Vorschläge für eine adäquate Dokumentation machen zu können, ist es notwendig, zwischen der Dokumentation der Eingangsuntersuchung, der Basisdokumentation, der Verlaufsdokumentation mit ihren unterschiedlichen ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen und Interventionen und dem Behandlungsbericht zu unterscheiden, der die Behandlung und zusammenfassend auch noch einmal die medizinische Notwendigkeit und Behandlungsdauer im stationären Setting dokumentiert und begründet. Im Folgenden möchten wir zunächst einige Hinweise zur Dokumentation der Eingangsdiagnostik in Zusammenhang mit stationärer Psychotherapie, der Basisdokumentation und der Verlaufsdokumentation geben, die sich im durchschnittlichen praktischen Alltag als nützlich erwiesen haben.

#### 34.5.1 Eingangsdiagnostik

Mendler et al. (2005) geben einen guten Überblick über eine zeitgemäße und vor allem

auch praktikable Dokumentation der Diagnostik im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie.

Die Eingangsdiagnostik umfasst den Anlass, die spezifischen Umstände der Erstuntersuchung und die Beschwerdeschilderung aus Sicht des Patienten. Diese subjektive Beschwerdeschilderung wird durch explorative diagnostische Fragen vertieft und präzisiert. Die Art des Auftretens und der Schilderung erlaubt dem Untersucher die Formulierung eines psychischen bzw. psychopathologischen Befundes durch einen Akt der Bewertung bzw. Befundung, in dem subjektives Erleben und fachliche Kenntnis in der Formulierung der krankheitswertigen Symptomatik zusammengeführt werden. Die Dokumentation des psychischen Befundes erfolgt zweckmäßigerweise mit den durch das AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie 2016) diesbezüglich zur Erhebung definierten Variablen. Die Anamnese und der psychopathologische Befund begründen sodann (nachvollziehbar) die ICD-10-Diagnosen (DIMDI 2012). Diese wiederum werden ergänzt durch eine vertiefende Diagnostik entweder auf dem Hintergrund eines psychodynamischen Krankheitskonzeptes in Form einer psychodynamischen Hypothese oder eines verhaltenstherapeutischen bzw. verhaltensanalytischen Krankheitskonzeptes auf dem Boden einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse. Die Operationalisierung psychodynamischer Konstrukte mittels Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik (OPD-2; Arbeitskreis OPD 2014) (► Kap. 21) entspricht einem hohen Abstraktionsgrad. Im Sinne der Nachvollziehbarkeit im Rahmen einer Dokumentation hat es wenig Informationswert, z.B. nur die abstrakten Stichworte von Konfliktdynamik und strukturellen Foki des OPD-2 mitzuteilen und aufzuzählen. Vielmehr sind zusätzlich die Befunderhebungen oder Befindensmittei-

lungen zu dokumentieren, auf welche sich die hypostasierten Foki stützen.

### 34.5.2 Basisdokumentation

Die Basisdokumentation wird in der Regel zu Beginn und am Ende einer stationären Behandlung erhoben. Sie dürfte schon heute zu meist EDV-unterstützt erfasst und in einer elektronischen Krankenakte dokumentiert werden. Die Basisdokumentation bildet repräsentative Behandlungsdaten in relativ einheitlicher und vergleichbarer Form ab und ermöglicht so eine mehr oder weniger standardisierte Datenerfassung bzw. Auswertung. Sie ermöglicht Prä-Post-Vergleiche und damit eine Veränderungsfeststellung im Verlauf einer Behandlung sowie Vergleiche zwischen verschiedenen Einrichtungen im Sinne eines Benchmarks. Basisdokumentationen geben Antworten auf die folgenden Fragen:

**Wer wird behandelt?** Hierzu gehören personenbezogene und anamnestische sowie diagnostische Daten des Patienten, ferner z. B. die Beeinträchtigungsschwere, aktuelle Problembereiche, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie auch Therapiemotivation eines Patienten.

**Wie wird behandelt?** Hierzu werden Behandlungsziele, -setting, -maßnahmen, -dauer, -umfang und -intensität sowie positive und negative Ergebnisse im Behandlungsverlauf, die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung, die Art der Beendigung der Behandlung und ggf. Folgemaßnahmen beschrieben.

**Welche Ergebnisse werden erreicht?** Hierzu werden z. B. Zielerreichung, Einstellungsänderungen und die Veränderung einer Symptomatik sowie die der Arbeitsfähigkeit beurteilt und zusätzlich die Behandlungszufriedenheit erhoben.

Ein verbreitetes Dokumentationssystem ist die »Basisdokumentation in der Psychotherapie« (Psy-BaDo; Heuft & Senf 1998), die – mehr oder weniger auf die jeweils lokalen Bedingungen vor Ort adaptiert – in vielen psychotherapeutisch arbeitenden Einrichtungen Anwendung finden dürfte. Kernaspekte dieser Psy-BaDo sind neben der Erfassung demografischer Variablen und der Diagnosen vor allem der Schweregrad der Erkrankung bzw. die Erfassung daraus resultierender Beeinträchtigungen mittels standardisierter Fragebogen wie der Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke 2014) oder des »Inventory of Interpersonal Problems« (IIP; Horowitz et al. 1988). Aufgrund der kostenträchtigen Beschaffung dieser Fragebogen kommen aktuell vermehrt andere Fragebogen wie der »ICD-10-Symptom-Rating« (ISR) nach Tritt et al. (2008) infrage, aber auch der »Gesundheitsfragebogen für Patienten« (PHQ-D; [https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Gesundheitsfragebogen\\_PHQ-9.tif&page=1&filetimestamp=20110302130528](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Gesundheitsfragebogen_PHQ-9.tif&page=1&filetimestamp=20110302130528)) oder etwa der »Health-49« (»Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis«; [www.hamburger-module.de/download/HEALTH-49.pdf](http://www.hamburger-module.de/download/HEALTH-49.pdf)), die zumindest im Moment noch ohne Copyright verwendet werden können. Eine Abschätzung der Veränderung eines Patienten durch die Behandlung (und damit auch ein Hinweis auf die Effektstärke der Behandlung) ergibt sich dann einfach aus einem Vergleich der Eingangs- mit der Schlussmessung bzw. der daraus errechneten Differenz (ggf. im Verhältnis zur Varianz).

### 34.5.3 Verlaufsdokumentation

In der Verlaufsdokumentation bildet sich die Durchführung der Therapie ab. Dokumentiert werden die Therapieziele, die Therapieprozesse und die im Therapieverlauf erzielten

Veränderungen. Gegenstand der Verlaufsdocumentation sind in erster Linie folgende Interventionen:

- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Begleit- oder auch Spezial- bzw. Sozialtherapien
- Maßnahmen des Pflegedienstes

Unabdingbar – und durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), mit dem das Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System) (► Kap. 3) zur Voraussetzung der Vergütung von Komplexleistungen gemacht wurde – ist auch die Dokumentation von Visiten und Teamkonferenzen. Letztere sollten der regelmäßigen Besprechung und Dokumentation der Gründe dienen, die für die weitere Fortführung der stationären Therapie sprechen und die Entlassung bzw. Überführung des Patienten in eine ambulante Behandlung noch verhindern (hier vor allem mangelnde Zielerreichung im Sinne der Schwere einer noch bestehenden Symptomatik, fortdauernden Einschränkungen der Beziehungsfähigkeit oder anderer Kriterien, die einer ambulanten Behandlung entgegenstehen).

Als Prozessdaten werden die wesentlichen Themen einer Sitzung erfasst, deren befundende Bewertung durch den Fachmann und – wenn möglich – die unmittelbaren Effekte sowie ggf. der Umgang des Patienten mit Interventionen bzw. dem jeweiligen Thema. Ferner werden die Entwicklung der therapeutischen Arbeitsbeziehung, der psychische Befund (alle zwei bis vier Wochen, je nach Länge der durchschnittlichen Verweildauer) und die Entwicklung der Motivation des Patienten in angemessenen Intervallen erfasst, um den Verlauf des Therapieprozesses auch in seinen Auswirkungen und Ergebnissen nachvollziehbar darzustellen. Am Ende einer Behand-

lung stehen demgegenüber dann die Dokumentation der Zielerreichung und die Veränderung einer Symptomatik sowie die der Arbeitsfähigkeit eines Patienten im Vordergrund.

Der Prozess der Entlassung selbst sorgt aufgrund der seit dem 01.10.2017 geänderten gesetzlichen Vorgaben (»Entlassmanagement«) für einen besonderen Dokumentationsaufwand. Um einen einigermaßen reibungsarmen Übergang vom stationären Sektor der Behandlung in einen anderen Bereich (z. B. ambulante Behandlung, Rehabilitation, Pflegeeinrichtung) zu unterstützen, sollten rechtzeitig, d. h. aus unserer Sicht mindestens ca. drei Wochen im Voraus, das Datum der Entlassung mit dem Patienten verbindlich ins Auge gefasst und ein entsprechendes »Assessment« durchgeführt werden. In diesem Assessment sollten der poststationäre Versorgungsbedarf festgestellt sowie die Notwendigkeit von Folgemaßnahmen (die dann in einem Entlassplan zu beschreiben sind) und in Abhängigkeit davon auch ein spezielles Entlassmanagement dokumentiert werden. Die Mitteilung, ob ein solches Entlassmanagement erfolgen soll, wird vom Patienten auf einem entsprechenden Formblatt unterschrieben und dem Kostenträger mitgeteilt. Die ebenfalls seit Oktober 2017 mögliche Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Pflege bzw. Soziotherapie sowie last, not least Arbeitsunfähigkeit wird ebenfalls auf entsprechenden Vordrucken bzw. Formblättern dokumentiert, was zweifelsohne einen erheblichen zusätzlichen Aufwand mit sich bringt.

## 34.6 Der Behandlungsbericht

Der Behandlungsbericht mit seinen vielfältigen Funktionen (► nachfolgende Übersicht) wird in erster Linie für den Einweiser bzw.

den nachfolgend weiterbehandelnden Therapeuten abgefasst, eine diesbezügliche Schweigepflichtentbindung seitens des Patienten vorausgesetzt.

### **Merkblatt zu den Funktionen des Behandlungsberichts**

1. Der Behandlungsbericht dient dazu, dem weiterbehandelnden Arzt/Therapeuten wichtige **Informationen** zum Patienten, der Behandlung und Vorschläge bezüglich der Weiterbehandlung zu übermitteln, um damit Behandlungskontinuität im Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung zu gewährleisten. Er sollte daher zeitnah (spätestens innerhalb von 14 Tagen) verschickt werden.
2. Der Behandlungsbericht ist eine **Dokumentation**, welche Maßnahmen mit welcher Zielsetzung in der stationären Behandlung durchgeführt wurden, warum diese durchgeführt wurden und mit welchem Ergebnis dies geschah. Er sollte so abgefasst sein, dass aus Symptomatik, Biografie, den psychodynamischen und/oder verhaltensanalytischen Überlegungen und schlussendlich der Behandlung selbst ein in sich schlüssiges Ganzes entsteht, aus dem die Indikation, das Setting, die durchgeführte Behandlung und deren Dauer wie auch das Ergebnis nachvollziehbar hervorgehen.
3. Der Behandlungsbericht ist gleichzeitig ein **Kommunikationsmittel** in der Zusammenarbeit mit Einweisen und somit auch eine Visitenkarte der Klinik. Er sollte daher verständlich, nachvollziehbar und nicht belehrend oder wertend und in Diktion wie auch der Wortwahl so abgefasst sein, dass ihn ein Patient jederzeit ohne größere Irritation lesen könnte. Die persönlichen Angaben des Patienten sollten in der Regel im Konjunktiv wiedergegeben werden. Der Behandlungsbericht sollte keine unverständlichen Abkürzungen enthalten.

4. In der Abfassung des Behandlungsberichtes sollte immer auch bedacht werden, dass er in unbefugte Hände geraten könnte, wie z. B. die von Ehepartnern, anderen Angehörigen, Versicherungen oder Arbeitgebern, weswegen möglicherweise schädigende Formulierungen zu vermeiden sind. Alle wesentlichen Inhalte, insbesondere die Diagnose, sollten in expliziter **Rücksprache und Abstimmung mit dem Patienten** erfolgen.

Dieser Bericht ist sicher eines der wesentlichsten Dokumente einer stationären Behandlung, und das nicht nur, weil er einen Ausweis der Expertise seiner Behandler bzw. des Krankenhauses darstellt. Als zusammenfassende »Interpretation« der Gesamtbehandlung wird er auch häufig von den Patienten selbst gelesen, die diesbezüglich selbstverständlich ein Einsichtsrecht haben. Dies stellt gewisse Anforderungen an die Fähigkeiten, in nicht verletzender Weise auch kritische Sachverhalte im wahrsten Sinne des Wortes »zur Sprache« zu bringen. Häufig kommt der Bericht später auch »ungebetenen« Lesern in die Hände und dies muss gar nicht einmal der Medizinische Dienst der Krankenkasse oder der einer anderen Behörde sein, z. B. zur Feststellung des Grades der Behinderung oder zur Bewilligung einer Rehabilitationsbehandlung bzw. Rente. Idealerweise sollte ein Behandlungsbericht deswegen so formuliert sein, dass aus ihm fachlich fundiert und nachvollziehbar der Behandlungsanlass, die Art der Behandlung und möglicherweise Komplikationen im Verlauf sowie das Behandlungsergebnis hervorgehen, ohne dass der Patient in irgendeiner Weise kompromittiert wird oder dass vermeintliche »Schwächen« betont werden, ohne die »Stärken« bzw. positiven Seiten seiner Persönlichkeit zu nennen. Angesichts der mit diesen Funktionen des Behandlungsberichts durchaus auch verbundenen intellektuellen Schwierigkeiten wird verständlich,

warum das Abfassen dieses Berichts so häufig verzögert wird bzw. manches Mal regelrecht in eine Arbeitsstörung (►Praxistipp) mündet.

### Praxistipp

#### Zum Umgang mit einer Arbeitsstörung: Der Behandlungsbericht

Wer kennt diese Situation nicht: Es ist Freitag, späterer Nachmittag, das Wochenende naht. Am Vormittag musste noch ein zusätzlicher Patient in die Abteilung aufgenommen werden. Die letzten Eintragungen in die elektronische Krankenakte sind erfolgt und der Pflegedienst ist informiert. Zu erledigen wäre lediglich noch der Behandlungsbericht eines vor zwei Tagen entlassenen Patienten. Aber soll sie den wirklich noch schreiben, fragt sich die zuständige Bezugstherapeutin? Am Montag nach dem Wochenende hätte sie eine Lücke von gut einer Stunde, da wäre mehr Zeit als jetzt so kurz vor dem Wochenende.

Die Wahrscheinlichkeit, dass der Behandlungsbericht auch am Montag nicht erstellt werden wird, ist relativ hoch. Kein anderes Dokument in der stationären Psychotherapie eignet sich mehr für das Verschieben (und eine sich häufig daraus entwickelnde Arbeitsstörung) als der abschließende Behandlungsbericht, denn dessen Abfassung ist keineswegs trivial. Ganz im Gegenteil: Soll er einigermaßen substanzvoll den Verlauf der stationären Behandlung dokumentieren, stellen sich der Verfasserin bzw. dem Verfasser nicht nur einige sachliche, sondern vor allem auch psychologische Probleme.

Zunächst einmal ist es eine Geschichte, einen Patienten zu »verstehen« bzw. dessen subjektives Erleben und Empfinden empathisch nachzuvollziehen. Dieses »Verstehen« im Nachhinein jedoch zu »erklären«, erfordert erhebliche kognitive Anstrengung, da es sich auf dem Gebiet der psychotherapeutisch relevanten Theorien keinesfalls um ein kohärentes Gebäude widerspruchsfreier Konstrukte handelt, sondern um eine Vielzahl miteinander konkurrierender, historisch ausgesprochen komplex auseinander hervorgegan-

ner und in ihrer Vielfalt gerade auch für Anfänger verwirrender Annahmen. Es braucht einige Erfahrung und durchaus Scharfsinn, diese theoretischen Konstrukte auf einen konkreten Patienten bzw. das eigene Erleben zu beziehen. Psychologisch erschwert wird diese »sachliche« Aufgabe durch Vorstellungen und Fantasien des Verfassers, die sich auf die jeweiligen Adressaten des Behandlungsberichtes beziehen (und damit durchaus auch auf die vorgesetzten Kolleginnen und Kollegen, die diesen Arztbrief ja zunächst zu Gesicht bekommen, um ihn zu korrigieren). Die verschiedenen Adressaten dürften in der Regel im Hinblick auf ihre Ansprüche an die Qualität des Behandlungsberichts vom Verfasser projektiv »aufgeladen« werden, ein Vorgang, der den Behandlungsbericht psychologisch gewissermaßen hinter dem Rücken des Subjekts in ein »Zeugnis« von dessen Kenntnissen und Fähigkeiten werden lässt. Und dieser soll ja nicht nur seine eigene Meinung bezüglich des Verlaufs wiedergeben, sondern auch die manchmal durchaus widersprüchlichen Eindrücke der anderen Behandler eines Teams.

Zu den damit verbundenen kognitiven Leistungen zählt also nicht nur ein beträchtliches Abstraktionsvermögen bezüglich der eigenen Position dem Patienten gegenüber (z. B. zur Reflexion der eigenen Gegenübertragung bzw. der daraus resultierenden Widerstände), sondern auch ein erhebliches Vermögen zur Integration einer Vielfalt von verschiedenen Eindrücken. Auch ein »Schritt zurück« aus der gefühlsmäßig konkret erlebten Behandlungssituation ist unabdingbar, um mit einer gewissen inneren Distanz formulieren zu können.

Wurde jedoch das Abfassen des Entlassbriefes erst einmal aufgeschoben, kann das in der Regel innerlich nur durch die Absicht gerechtfertigt werden, später mehr Zeit für einen qualitativ besseren Bericht zur Verfügung zu haben. Dies ist ein im Allgemeinen aussichtsloses Unterfangen, da weder irgendwann tatsächlich mehr Zeit im Kontext einer stationären Anstellung zur Verfügung steht, noch wird der Entlassbrief mit mehr zeitlichem Abstand vom Geschehen in irgendeiner Form »besser«, da zwischenzeitlich neue Patienten aufgenommen und andere Dokumente ver-

fasst werden mussten. Verschiedenste konkurrierende Eindrücke drängen sich dann zwischen Behandlung und Berichterstattung und der betreffende Patient gerät nach seiner Entlassung nicht nur zunehmend aus den Augen, sondern auch aus dem Sinn. Um sich dann erneut ein lebendiges Bild zu machen, müsste die Patientenakte herangezogen werden, diese zunächst auszugsweise wieder gelesen werden etc., was in der Summe auf eine erhebliche zusätzliche Anstrengung hinausläuft. Und wer würde Anstrengungen nicht gerne vermeiden, wenn sie sich nicht auf das »Eigentliche«, d.h. die Durchführung von Therapie, beziehen?

Diese Tendenz, eine sachlich wie psychologisch gleichermaßen schwierige Aufgabe zu verschieben und dieses Verschieben passager mit perfektionistischen Qualitätsansprüchen zu begründen, um unter dem alltäglichen Zeitdruck dann doch nicht dazukommen, mündet vielfach in eine ernsthafte Arbeitsstörung und zumeist auch in unvermeidbar lange Arztbrieflaufzeiten (weit entfernt von den Verträgen, welche die Krankenkassen mit den Krankenhäusern geschlossen haben bzw. von den Vorgaben des seit Herbst 2017 gesetzlich definierten Entlassungsmanagements).

Eine mögliche Gliederung des Behandlungsberichtes ist aus der nachfolgenden Übersicht ersichtlich. Hierbei geht es nicht um Vollständigkeit, sondern eher um Anregungen. Es sind zahlreiche Aspekte benannt, die nicht notwendigerweise in jedem Bericht bzw. in jeder Behandlung relevant werden müssen, sodass Auswahl und Zusammenstellung ggf. von Klinik zu Klinik oder Fall zu Fall, je nach Notwendigkeit, individuell stark variieren dürften.

### Gliederung des Behandlungsberichts

Adressat  
nachrichtlich:

Frau/Herr **Vorname Name**, geboren am  
**00.00.0000**  
wohnhaft: Straße, Nr., PLZ, Stadt

**Stationär**  
vom **00.00.0000** bis **00.00.0000**

**Diagnosen**  
**Medikation bei Entlassung**  
**Vorschlag zum Procedere**

Sehr geehrte Frau/sehr geehrter Herr ...,

- 1. Aktuelle Lebenssituation und Einweisungsanlass**  
(Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit)
- 2. Beschwerdeschilderung und Symptomatik bei Aufnahme**  
(mit auslösender Situation)
- 3. Psychischer/Psychopathologischer Aufnahmebefund**  
(Befund statt Befinden)
- 4. Biografische Anamnese und lebensgeschichtliche Entwicklung**  
(Eigenanamnese, somatisch-medizinische Anamnese, Suchtanamnese)
- 5. Familienanamnese**
- 6. Somatisch-medizinischer Befund bei Aufnahme** (inkl. Labor, Ruhe-EKG)
- 7. Therapie und Verlauf aus somatisch-medizinischer Sicht**
- 8. Psychodynamische Überlegungen, Verhaltensanalyse**
- 9. Therapie und Verlauf**  
(Arbeitsbündnis, eventuelle Komplikationen, Therapieziele und deren Erreichung, Arbeitsfähigkeit, Behandlungsempfehlungen und Prognose)

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Auch wenn natürlich andere Überschriften in einer anderen Reihenfolge möglich sind, empfiehlt es sich, Behandlungsberichte hinsichtlich ihrer Länge auf maximal vier bis



fünf Seiten zu begrenzen (abgesehen von Briefen aus Rehabilitationsabteilungen, deren Inhalte und damit auch Länge weitgehend vorgegeben sind). In Bezug auf die zu formulierenden Inhalte sollte man sich u. E. ein gedankliches Schema bzw. ein Muster zulegen, das gewissermaßen algorithmisch befolgt werden kann, um ökonomisch und trotzdem nicht »schematisch« zu arbeiten. Deswegen und um den Besonderheiten einer individuellen Behandlung noch gerecht zu werden, sollte eine solche Form der Standardisierung auch ausreichende Spielräume lassen. Anhand einiger Unterpunkte der »Gliederung des Behandlungsberichts« sollen im Folgenden wesentliche gedankliche Algorithmen kurz erläutert werden:

**Behandlungsanlass** Im Hinblick auf den Behandlungsanlass ist nicht nur darauf hinzuweisen, dass die Schwere und Komplexität einer Symptomatik bzw. die daraus resultierenden Beeinträchtigungen eine Behandlung dringlich indiziert erscheinen lassen. Die Notwendigkeit und damit die Indikation einer stationären Krankenhausbehandlung ergeben sich in der Regel auch daraus, dass ambulante Behandlungsmaßnahmen im Vorfeld, aus welchen Gründen auch immer, entweder nicht realisiert werden konnten, nicht ausgereicht haben oder aber gescheitert waren.

**Beschwerden** Bei der Schilderung der Beschwerden und der sich daraus ergebenden funktionalen Beeinträchtigungen sollten nicht nur vom Patienten als Ich-dyston erlebte Symptome beschrieben werden, sondern nach Möglichkeit auch von ihm Ich-synton erlebte dysfunktionale, also symptomatische Verhaltensweisen, die seine Adaptionsfähigkeit beeinträchtigen. Letztere können häufiger bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bzw. strukturellen Defiziten in der Ich-Organisation festgestellt werden. Neben einer phäno-

menologisch möglichst präzisen Beschreibung psychopathologischer Symptome (z. T. durch die Wiedergabe der wörtlichen Rede des Patienten) sollte hier auch auf die Umstände eingegangen werden, die im Sinne einer Versuchs- oder Versagenssituation zur Auslösung der Symptomatik bzw. zu einer spürbaren Verschlechterung derselben beigetragen hatten. Sollte sich eine solche Situation nicht identifizieren lassen (weil die Symptomatik und Beschwerden vom Patienten zeitlich auch nicht ungefähr eingeordnet werden konnten), sollte dies explizit vermerkt werden.

**Psychischer Befund** Der psychische Befund sollte sich im Wesentlichen am System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP-System; 2016) ausrichten und eindeutig »phänomenologisch« orientiert sein. Schlussfolgerungsprozesse in Bezug auf nicht beobachtbare Konstrukte sollten nach Möglichkeit vermieden werden. Das AMDP-System umfasst eine Reihe von Einzelmerkmalen und definiert bzw. erläutert diese anhand von plastisch nachvollziehbaren Beispielen. Es unterscheidet auch, ob die beschriebenen Symptome vom Patienten selbst (S) beobachtet bzw. vom Therapeuten (F), also fremdbeobachtet, wurden. In der Logik dieses System muss zunächst entschieden werden, ob ein Merkmal überhaupt beurteilbar ist, bevor über dessen Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein berichtet werden kann, gefolgt von einer Quantifizierung, d. h. der Ausprägung dieses Merkmals. »Befinden« (d. h. die subjektive Schilderung des Patienten) sollte vom Befund (Feststellung bzw. Beobachtung des Therapeuten) unterschieden werden. Psychodynamische Überlegungen zu möglicherweise die Krankheit verursachenden ungelösten inneren Konflikten, zu vermutenden Abwehr- und Bewältigungsstrategien bzw. lerntheoretisch

abgeleitete Vermutungen zu den Ursachen bestimmter Verhaltensweisen sollten u. E. explizit nicht im psychischen Befund wiedergegeben werden. Wichtig erscheint uns in diesem Zusammenhang eher, dass ein psychotisches Erleben explizit ausgeschlossen wird, genauso wie akute Suizidalität, da für beide Beschwerdebilder Abteilungen bzw. Kliniken stationärer Psychotherapie (mit Ausnahme vielleicht von Stationen, die dem Soteria-Modell folgen oder die sich auf die Behandlung schwer depressiver Patienten spezialisiert haben) nicht ausreichend ausgestattet sind. Im psychopathologischen Befund werden also die Ergebnisse einer systematischen, psychiatrisch orientierten Perspektive formuliert (auch wenn das Aufnahmegespräch zuvor nicht explizit explorativ gestaltet worden war). Die im psychischen Befund zugrunde liegende psychopathologische Perspektive ist damit auf die Feststellung von Symptomen und Syndromen ausgerichtet, um auf dieser Grundlage das Störungsbild eines Patienten diagnostisch einordnen zu können.

**Diagnose** Im Hinblick auf die Diagnose sollte eine Zuordnung der Symptomatik nach ICD-10 (DIMDI 2012) erfolgen, dem in Deutschland gängigen System der Klassifikation, das an anderer Stelle näher erläutert wurde (► Kap. 21). Allerdings ist die Symptomatik (ICD-10-Diagnose) noch nicht die Krankheit, denn zu einer Krankheit gehören auch deren Ursachen, die nach lerntheoretischem Verständnis in verfehlten Lernvorgängen, im psychodynamischen Denken entweder in einem ungelösten Konfliktgeschehen, in einem erlittenen Trauma, in besonders rigiden Abwehrformationen oder in anderen persönlichkeitsstrukturellen Defiziten zu suchen sind. Struktur und Konflikt verhalten sich dabei wie in einer Ergänzungsreihe: Immer ist beides in komplementärem Ausmaß vorhanden (Rüger et al. 2009), woraus ent-

sprechende Wechselwirkungen entstehen; Patienten mit schwereren strukturellen Störungen haben naturgemäß auch erhebliche Konflikte (die dann im Einzelnen nicht aufgezählt werden müssen). Dominieren diagnostisch ungelöste innere und äußere Konflikte, treten Defizite in der Ich-Organisation normalerweise entsprechend zurück. Die Einordnung nach ICD-10 (dies gilt für psychodynamische und verhaltensorientierte Einrichtungen gleichermaßen) sollte also nicht ohne eine Hypothese zur Krankheitsdisposition vorgenommen werden.

**Psychodynamik, Verhaltensanalyse** Im Hinblick auf die gesonderte Mitteilung der »Psychodynamik« bzw. einer »Verhaltensanalyse« dürfte zwischen den verschiedenen Einrichtungen einige Uneinigkeit bestehen. Nicht nur aufgrund der Länge des Behandlungsberichtes, die sich notwendigerweise ergibt, sollten in diesem Zusammenhang keine längeren und komplizierteren Überlegungen mitgeteilt werden. In gewisser Weise »riskant« sind diesbezügliche Abfassungen, weil sie sich eben nicht mehr nur auf beobachtbare Phänomene erstrecken, sondern immer ein erhebliches Schlussfolgerungspotenzial implizieren und Konstrukte beinhalten, über deren Relevanz trefflich gestritten werden kann. Die Psychodynamik jedenfalls sollte vor allem auf die Umstände und Auslöser bezogen werden, die der aktuellen Symptomatik zugrunde liegen bzw. diese aufrechterhalten. Auch die psychogenetische Ableitung eines bestimmten Verhaltens oder Erlebens, einer Konflikt disposition oder eines Beziehungsmusters aus der biografischen Entwicklung (i. d. R. der zweite Abschnitt der Psychodynamik) birgt angesichts der »Nachträglichkeit« (Kerz-Rühling 2014), mit der Patientenberichte gestaltet und umgestaltet werden, einige Unsicherheiten. Diesbezüglich sollte also eher vorsichtig (und allenfalls im Konjunktiv) berichtet werden,

denn keinesfalls sind die subjektiven Angaben eines Patienten in diesem Zusammenhang mit der »objektiven Realität« zu wechseln. In dem Zusammenhang müsste man eher von einer Verzerrung-Konsistenz-Hypothese ausgehen: In gewisser Weise konsistent mit tatsächlich Erlebtem dürften die Schilderungen des Patienten im Hinblick auf Biografie und auch gegenwärtiges Erleben durchaus sein, verzerrt sind sie allemal, weil mit diesen Schilderungen auch situativ die Beziehung zum Therapeuten bzw. zum jeweiligen Gesprächspartner reguliert wird.

**Behandlungsverlauf** Die Beschreibung des Behandlungsverlaufs stellt häufig die schwierigste und damit die eigentliche kognitive Leistung in der Abfassung eines Behandlungsberichts dar. Um sich die Arbeit zu erleichtern, ist es unserer Meinung nach hilfreich, sich vor allem diesbezüglich an ein gewisses Schema zu halten. Die Aufzählung der zur Anwendung gebrachten Therapiemodalitäten steht dabei typischerweise am Anfang (aus ökonomischen Gründen meist als »Textbaustein« vorformuliert). Zusätzlich sollte auch eine Mitteilung zum Arbeitsbündnis erfolgen, d. h. wie ein Patient in die stationäre Behandlung hineingefunden hat, welche Hindernisse es möglicherweise dabei gegeben hat bzw. welche (»schambedingten«) Ängste ggf. eine Rolle gespielt haben. In einem weiteren Absatz sollten eventuelle Komplikationen (auch im Hinblick auf somatische Symptome und Erkrankungen) erwähnt werden, unter Umständen auch Phasen der Destabilisierung oder Dekompensation und verkomplizierende Ereignisse, um auch Schwierigkeiten, die sich im Verlauf einer Behandlung ergeben haben, anklingen zu lassen (durchaus auch im Hinblick auf spätere Begutachtungen durch die Krankenkasse bzw. den MDK). Als Therapieergebnis ist zum einen die Veränderung bzw. Verbesserung der Symptomatik (qualita-

tiv wie quantitativ) ein wichtiges Kriterium, insbesondere auch dann, wenn sich feststellen ließ, unter welchen Bedingungen eine beeinträchtigende Symptomatik zu- oder abgenommen hatte. Daneben sollten aber auch nicht erreichte Therapieziele Erwähnung finden, ggf. auch die Gründe dafür benannt werden. Prognostisch relevant erscheint darüber hinaus die Tatsache, ob der Patient seine Patientenrolle hat annehmen können und motiviert werden konnte, »seinen eigenen Beitrag« im Herstellen der Symptomatik bzw. der Erkrankung zu reflektieren (Stichwort: Verhältnis zum Fokus). Die Entwicklung der Reflexionsfähigkeit des Patienten und die daraus resultierende Therapiemotivation dürften prognostisch möglicherweise den entscheidenden Prädiktor für den weiteren poststationären Verlauf darstellen.

#### **Ergebnis der Behandlung und ggf. Prognose**

Mit einer Empfehlung im Hinblick auf das weitere notwendige Procedere bzw. der Feststellung einer möglicherweise bestehenden Arbeits(un)fähigkeit des Patienten könnte dann das Ergebnis der Behandlung zusammengefasst und ein nicht allzu langer Behandlungsbericht beendet werden.

Als durchaus praktisch hat sich in einigen Einrichtungen auch erwiesen, den Inhalt des Behandlungsberichts mit dem Patienten nicht nur gründlich abzustimmen, sondern den Bericht auch an ihn zu adressieren, damit dieser dann selbst über dessen weitere Verbreitung in eigener Verantwortung verfügen kann. In Bezug auf die ärztliche Schweigepflicht wäre es jedenfalls sicher die beste Lösung, den Patienten den vollständig abgefassten Arztbrief lesen zu lassen, um sich dann auch hinsichtlich des konkreten Inhaltes von der Schweigepflicht entbinden zu lassen. Alles andere birgt das Risiko der späteren Verwicklung bzw. manchmal sehr emotionaler Reaktionen und

diverser Wünsche nach Veränderung des Berichtes.

Aus den seit dem 01.10.2017 gültigen gesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement folgt, dass dem Patienten am Entlasstag mindestens ein vorläufiger (aus den eben diskutierten Gründen besser natürlich ein endgültiger) Behandlungsbericht direkt mitgegeben werden sollte. Dieser Kurzarztbrief sollte neben persönlichen Daten des Patienten, Behandlungsdaten, Diagnosen und der Entlassmedikation auch einen Abschnitt »Überlegungen zum weiteren Procedere« enthalten. Mit den aktuell geltenden Vorschriften zum Entlassmanagement kann seitens des Krankenhauses erstmals auch die Arbeitsunfähigkeit eines Patienten offiziell bescheinigt und eine stufenweise Wiedereingliederung zumindest empfohlen werden. Neben der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln bzw. Soziotherapie sollte auch kurz Stellung genommen werden bezüglich eventuell zu kontrollierender Laborbefunde. Ein ausführlicher Behandlungsbericht sollte – wie oben erwähnt – spätestens am 14. Tag nach Entlassung des Patienten übersandt werden.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) (Hrsg). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 9., überarb. & erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2016.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg). Operation realisierte psychodynamische Diagnostik, das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber 2014.
- Argelander H. Die kognitive Organisation psychischen Geschehens: Ein Versuch zur Systematisierung der kognitiven Organisation in der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta 1979.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg). ICD-10-GM, Version 2013. Systematisches Verzeichnis. Köln: DIMDI 2012.
- Franke GH. Symptom-Checklist-90-Standard. SCL-90°-S, SCL-90-R-S. Göttingen: Hogrefe 2014; 8.
- health 49. [www.hamburger-module.de/download/HEALTH-49.pdf](http://www.hamburger-module.de/download/HEALTH-49.pdf) (letzter Zugriff: 10.01.2018).
- Heuft G, Senf W. Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. Dtsch Ärztebl 1998; 95: A-2688–92.
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Vil-lasenor VS. Inventory of interpersonal problems psychometric properties and clinical applications. J Consult Clin Psychol 1988; 56(6): 885–92.
- Kerz-Rühling I. Nachträglichkeit. In: Mertens W (Hrsg). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2014.
- Mendler TM, Schneider G, Heuft G. Dokumentation auf einer Station für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Psychotherapeut 2005; 50(2): 133–43.
- Musterberufsordnung für Ärzte. [www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/](http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/) (letzter Zugriff: 10.01.2018).
- Patientenrechtegesetz. [www.gesetze-im-internet.de/bgb/](http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/) (letzter Zugriff: 10.01.2018).
- Rüger U, Dahm A, Kallinke D (Hrsg). Faber/Haarr-strick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 8. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer 2009.
- Sozialgesetzbuch (SGB). 5. Buch (V). [www.gesetze-im-internet.de/sbg\\_5/](http://www.gesetze-im-internet.de/sbg_5/) (letzter Zugriff: 10.01.2018).
- Tritt K, Heymann F v, Zaudig M, Zacharias I, Söllner W, Loew T. Entwicklung des Fragebogens »ICD-10-Symptom-Rating« (ISR). Z Psychosom Med Psychother 2008; 54: 409–18.

## **IV Umfeldfaktoren: Krankenhauspsycho- therapie findet nicht im luftleeren Raum statt...**

---





## 35 Psychotherapie als Kerngeschäft – Einnahmen, Ausgaben, Leitungsfragen

Christoph Schmeling-Kludas, Michael Hölzer und Günther Bergmann

### Zusammenfassung

Stationäre und teilstationäre Psychotherapie werden im Rahmen eines Krankenhausbetriebes angeboten. In diesem Kapitel geht es um ökonomische Grundlagen, betriebswirtschaftliche Aspekte und daraus resultierende Leitungsanforderungen.

### 35.1 Ökonomische Grundlagen und betriebswirtschaftliche Aspekte

#### 35.1.1 Einnahmeseite

##### Vergütungssystem

Seit 1992 erfolgte die Vergütung der stationären Psychotherapie über tagesgleiche Pflegesätze, die in der Summe budgetiert und damit gedeckelt sind. Diese Sätze wurden über jährliche Steigerungsraten nur jeweils moderat angehoben und setzen sich aus zwei Komponenten zusammen: Der abteilungsübergreifende Basispflegesatz vergütet nicht-medizinische Leistungen wie Unterkunft und Verpflegung, der Abteilungspflegesatz den medizinisch-pflegerischen Aufwand. In der Praxis finanziert der Basispflegesatz aber auch Anteile von allgemeinen Krankenhausausgaben (z. B. für Labor, die Notfall- und die Intensivversorgung oder Hygiene), bei denen die stationäre Psychotherapie in der Regel geringere Kosten verursacht als die somatischen Fachabteilungen. Als Folge haben psychotherapeutische Stationen oder Abteilungen an Krankenhäusern der Regel- und Maximalversorgung im Allgemeinen höhere Gesamtpfle-

gesätze als für sich stehende psychosomatische oder psychiatrische Fachkrankenhäuser.

Über die hierdurch bedingten Unterschiede hinaus gibt es aber bei den Pflegesätzen in der Bundesrepublik Deutschland eine große Spannweite. Schon zwischen den Bundesländern differieren die Durchschnittspreise und auch innerhalb eines Bundeslandes gibt es inhaltlich vielfach nicht nachvollziehbare Differenzen. So lagen im Jahr 2015 die an die Krankenhausgesellschaft eines Bundeslandes gemeldeten Basispflegesätze bei den psychosomatischen und psychiatrischen Fachkrankenhäusern zwischen 50 € und 80 € (auf ganze Euro gerundet), bei den Abteilungen an Krankenhäusern mit somatischen Fächern zwischen 64 € und 104 €. In den Fachkrankenhäusern für Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie bewegten sich die Abteilungspflegesätze zwischen 117 € und 164 €, in den psychosomatischen Fachabteilungen an Krankenhäusern mit anderen Fächern zwischen 144 € und 187 €. Entscheidend hierfür waren vor allem unterschiedliche historische Entwicklungen an den verschiedenen Krankenhausstandorten und das Verhandlungsgeschick der jeweiligen Träger, nicht in erster Linie fachliche Gesichtspunkte. Für die stationäre Psychotherapie in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sind Angaben zu den Abteilungspflegesätzen weniger aussagekräftig, weil hier in aller Regel gemeinsame Pflegesätze für Stationen, die stationäre Psychotherapie anbieten, und die anderen an dem jeweiligen Standort vorhandenen Angebote des Fachgebiets kalkuliert werden.

Bei den Budgetverhandlungen wird der Bezug zu einem Bundesgesetz, der Psychiatrie-Personalverordnung (sog. Psych-PV), hergestellt, die eine Mindestpersonalausstattung für psychiatrische Kliniken vorsieht. Die Gesamtmenge an Personal ergibt sich dabei aus unterschiedlichen Kategorien von psychiatrischen Behandlungssettings, was mancherorts auch auf die Psychosomatische Medizin angewandt wird, obwohl einzelne Verwaltungsgerichte die Unzulässigkeit eines solchen Vorgehens festgestellt haben. Stationäre Psychotherapie firmiert in dieser Psych-PV unter dem Kürzel A5 und bezeichnet in der Regel die Endphase einer psychiatrischen Behandlung und kein spezifisches psychotherapeutisches Setting, dessen Kosten damit nicht adäquat abgebildet sind. Allein für die Berufsgruppe der Krankenpflege fand eine Autorengruppe einen gegenüber der Psych-PV deutlich höheren Personalbedarf (Löhr et al. 2016). Das führt in den einschlägigen Pflegesatzverhandlungen nur allzu häufig in eine Sackgasse und nicht selten am Ende auch vor die zuständige Schiedsstelle. Insgesamt standen im Bundesvergleich in den letzten Jahren die Abteilungen bzw. Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychiatrie an vielen Standorten im Vergleich mit den durch das Diagnosis Related Groups (DRG)-System finanzierten somatischen Fachgebieten trotzdem durchaus ordentlich da (was u. a. auf Einnahmen durch Wahlleistungspatienten zurückzuführen ist) und ein Interesse der Krankenhausträger begründete, Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusätzlich einzurichten.

Im Jahr 2009 beschloss dann der Gesetzgeber, das sogenannte Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) einzuführen; nach einer Ersatzvornahme des Bundesgesundheitsministeriums konnten sich Krankenhäuser seit 2013 entscheiden, im neuen System abzurechnen. Da-

mit haben sich die Finanzierungsverhältnisse in den betroffenen Fachgebieten gründlich gewandelt. Entgegen der ursprünglichen gesetzgeberischen Absicht wurde zunächst kein leistungsbezogenes System entwickelt, sondern analog zum DRG-System eine Abrechnungsstruktur, die sich stark an den Hauptdiagnosen und weniger am tatsächlichen Ressourcenverbrauch orientiert. Proteste führten zunächst zu einer Verschiebung der verpflichtenden Einführung von PEPP um zwei Jahre ins Jahr 2017. Im Februar 2016 wurde dann vom Bundesgesundheitsministerium die Absicht fallen gelassen, mithilfe von PEPP die Vergütungen für Krankenhausbehandlungen in der Psychosomatik und der Psychiatrie bundesweit über die Jahre hin anzugleichen. Gemäß dem im November 2016 beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) ist eine gewisse Konvergenz der Pflegesätze unter Bezug auf die Kosten in ausgewählten Referenzkliniken weiter beabsichtigt, es bleibt aber bei lokalen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen, um gleichzeitig den gewachsenen Besonderheiten der betroffenen Abteilungen und Krankenhäuser besser gerecht zu werden. Außerdem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Vorgaben für die Personalausstattung psychosomatischer Kliniken entwickeln. Eine Rückzahlungspflicht im Falle nicht besetzter Stellen soll dafür sorgen, dass die jeweils in den Budgetverhandlungen vereinbarte Personalausstattung auch tatsächlich realisiert wird. Wie sich diese Absichten umsetzen lassen und konkret auf die Einnahmen der Krankenhäuser auswirken werden, ist zurzeit (2017) nicht absehbar. Beispielsweise ist unklar, wie die Rückzahlungspflicht ausgestaltet wird, wenn eine Stellenvakanz auf Fachkräftemangel beruht.

Zwei davon unabhängige Kritikpunkte der

Krankenhäuser, der Fachgesellschaften und anderer Beteiligten am neuen Entgeltsystem sind:

- Die im neuen Vergütungssystem mit zunehmender Verweildauer vorgesehene Degression der Tagesentgelte könnte einen für die Behandlung psychisch Kranker unangemessenen Anreiz zur Verweildauerverkürzung setzen.
- Der Mehraufwand für Dokumentation und IT-Ausstattung in den Krankenhäusern, aber auch bei den beteiligten Vertragspartnern wie den Krankenkassen, bindet in einem hochrelevanten Ausmaß finanzielle Ressourcen, die besser für die Arbeit am Patienten zu verwenden wären. Die Berechtigung dieses Kritikpunktes wird u.a. durch den z.T. drastischen Anstieg von Behandlungsüberprüfungen durch die jeweils zuständigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) belegt, denn geprüft werden nach Einführung des PEPP in erheblichem Umfang etwa die Voraussetzungen für Zusatzentgelte oder Strukturmerkmale und Voraussetzungen bestimmter Behandlungsformen bzw. Prozeduren (► S.542) wie die Qualifikationen der einzelnen Leistungsträger.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist noch ein anderer Aspekt im Hinblick auf die Einnahmen zu erwähnen, nämlich der verzögerte Zahlungseingang von den Kostenträgern, der zu relevanten Liquiditätslücken führen kann. So lag im Jahr 2014 die sogenannte Forderungsreichweite für die Fachgebiete Psychosomatik und Psychiatrie meist zwischen 40 und 50 Tagen, z.T. noch deutlich darüber, d.h. es dauerte im Mittel diesen Zeitraum, bis nach Rechnungserstellung der Geldeingang von den Kostenträgern zu verzeichnen war. Anders ausgedrückt mussten etwa 11 % oder ein noch höherer Anteil der Jahreseinnahmen

aus Krankenhausleistungen quasi vorfinanziert werden. Es ist zu befürchten, dass sich mit der Einführung des neuen Entgeltsystems die Forderungsreichweite verlängert.

### **Kostenträger und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung**

Kostenträger der stationären Psychotherapie im Krankenhausbereich sind in erster Linie die gesetzliche Krankenversicherung und die privaten Krankenversicherer. In deutlich geringerem Umfang spielen ferner die Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und andere Kostenträger eine Rolle. Angesichts der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen, von der Krankenkassen wie Rentenversicherer gleichermaßen betroffen sind, ist das Interesse an einer zeitnahen ambulanten und stationären Behandlung psychischer Erkrankungen gestiegen: Die Ausfallzeiten, bedingt durch psychische Erkrankungen, sind inzwischen in den einschlägigen Statistiken der Krankenkassen auf den zweiten Platz vorgerückt, als Grund für vorzeitige Berentung befinden sich psychische und psychosomatische Erkrankungen sogar an erster Stelle. Die einzelnen gesetzlichen und privaten Krankenkassen gehen allerdings z.T. sehr unterschiedlich mit dieser Thematik um, was sich u.a. bei der Übernahme von Kosten für die stationäre Psychotherapie zeigt: Vielerorts werden die Indikationen hierfür in besonderer Weise auf den Prüfstand gestellt bzw. es wird versucht, die Durchführung von Krankenhausbehandlungen ganz infrage zu stellen, indem Fehlbelegungsprüfungen durch den MDK veranlasst werden (das gilt allerdings nicht nur für die stationäre Psychotherapie, sondern auch für andere Fachgebiete). Für den MDK waren am Ende des Jahres 2014 2204 Ärztinnen und Ärzte auf 2003 Vollzeitstellen tätig, die Gesamtausgaben betrugen 2013 680 Millionen

Euro. Im Jahr 2013 wurden etwa 10–12 % der Fälle aus den Gebieten Psychiatrie/Psychosomatik vom MDK geprüft, was bei 53 % dieser Fälle zu Beanstandungen führte (Kuhn-Thiel 2016).

Primäre Fehlbelegungsprüfungen beziehen sich auf die grundsätzliche Frage, ob eine Krankenhausbehandlung erforderlich war oder ob etwa eine ambulante Psychotherapie oder die Durchführung einer psychosomatischen Rehabilitation ausreichend gewesen wäre. Unter anderem aufgrund der methodisch-fachlich bedingten Überlappung zwischen Krankenhausbehandlungen und psychosomatischer Rehabilitation ist die Abgrenzung schwierig und bietet immer wieder Anlass für Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen (insbesondere in sogenannten »gemischten Anstalten«, d. h. in Fachkliniken, die sowohl Krankenhausbehandlungen wie auch Maßnahmen der psychosomatischen Rehabilitation durchführen). Bei sekundären Fehlbelegungsprüfungen wird beurteilt, ob die Verweildauer dem jeweiligen Fall angemessen war. Aufgrund verschiedener Voraussetzungen und Einstellungen aufseiten der Krankenkassen werden in manchen Kliniken bzw. Regionen lediglich 2–3 % der Fälle stationärer Psychotherapie einer MDK-Prüfung unterzogen, in anderen Krankenhäusern und Gebieten sind es – jedenfalls phasenweise – bis zu 30 % und mehr.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben ihrerseits sehr heterogene Herangehensweisen an die Prüfungen, sodass die Gründe für Ablehnungen von Kostenübernahmen sehr unterschiedlich ausfallen können. Nicht selten werden Behandlungen im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie begutachtet, sodass sich auch die auf der Ebene der Fachgesellschaften ausgetragenen Differenzen zwischen den beiden Fachgebieten auswirken

können. Ablehnungen von Kostenübernahmen vonseiten des MDK erfolgen unter anderem mit folgenden Begründungen:

- Die stationäre Behandlung genügt nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot, da ambulante Behandlungsversuche noch nicht erfolgten. Es gibt jedoch in der stationären Psychotherapie wie in anderen Fachgebieten nicht wenige Fälle, bei denen primär eine ambulante Behandlung nicht durchführbar und eine stationäre Aufnahme erforderlich ist (► Kap. 7).
- Oder es wird auf Basis der dem MDK vorliegenden Unterlagen von dem begutachtenden Kollegen die Einschätzung vertreten, ambulante Maßnahmen hätten ausgereicht (in diesen Fällen kann vom Krankenhaus nicht mit der realen Nichtverfügbarkeit ambulanter Angebote argumentiert werden, da die höchstrichterliche Rechtsprechung den Standpunkt vertritt, die Kassen könnten nicht zur Kostenübernahme für Krankenhausbehandlungen verpflichtet werden, weil ambulante Angebote regional nicht vorhanden oder überlastet sind).
- Die Dokumentation in den Krankenakten wird daraufhin überprüft, ob eine kontinuierliche Therapiezielüberwachung und -anpassung erfolgte.
- Es erfolgen Prüfungen im Hinblick darauf, ob die Kriterien für bestimmte Prozeduren aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), deren Durchführung an die Krankenkasse gemeldet wurde, tatsächlich erfüllt waren, ob z. B. also im Falle der »Psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen« (Prozedur 9-63 aus dem OPS) die vorgeschriebene wöchentliche Facharztvisite wirklich stattfand, ob die gemeldeten Therapieeinheiten in der Krankenakte dokumentiert

sind und ob die zu der Prozedur gehörenden Instrumente (z.B. Global Assessment of Functioning Scale [GAF], Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik [OPD]; ►Kap.3) wirklich eingesetzt wurden.

Insgesamt geht es bei diesem Thema also nicht nur um die korrekte Durchführung der Behandlung, sondern auch um ihre lückenlose Dokumentation (nicht dokumentiert wird als nicht durchgeführt bewertet; ►Kap.34). Angesichts der Heterogenität der Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung empfiehlt es sich, in einer Klinik oder Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine fachlich kompetente, für Kostenübernahmeprobleme zuständige Anlaufstelle zu schaffen, z.B. beim Chefarzt der Klinik bzw. Abteilung. Dadurch wird es möglich, Veränderungen bei den Beauftragungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung durch die Krankenkassen sowie bei den von dort erstellten fachlichen Begründungen zu verfolgen und darauf zu reagieren. Solche Veränderungen sind mit Inkrafttreten des neuen Entgeltsystems zum Teil schon erfolgt, treten unter Umständen aber auch dann ein, wenn der für ein bestimmtes Krankenhaus zuständige Betreuer der Krankenkasse oder Gutachter beim MDK wechselt. Auf der anderen Seite kann auf diese Weise gewährleistet werden, dass die Therapiedokumentation in der stationären Psychotherapie immer mehr auch den Anforderungen der Krankenkassen bzw. ihrer Medizinischen Dienste entspricht. Allerdings kann es dabei nicht allein um die »Anpassung« an die Anforderungen von dieser Seite gehen, denn die gegenseitige Information in den Behandlungsteams und die Sicherung der Kontinuität einer Behandlung im Vertretungsfalle stellen mindestens gleichrangige Dokumentationsziele dar.

Da die Krankenkassen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und auch die einzelnen Überprüfungen finanzieren, entsteht zumindest unterschwellig die Erwartung vonseiten der Kostenträger, dass für einen bestimmten Teil der Behandlungen bzw. der Behandlungszeiten die Kosten nicht übernommen werden müssen – auch wenn es keine Quotenvorgaben für den MDK hierfür gibt. Von den MDK-Gutachten stehen den Krankenkassen wegen der ärztlichen Schweigepflicht nur die Ergebnisse, nicht aber die Inhalte zur Verfügung, die wiederum den Krankenhäusern zur Kenntnis gelangen, so dass inhaltliche Klärungen mit den Krankenkassen meist nicht möglich sind. Auch müssen die Krankenkassen es besonders sorgfältig abwägen, wenn sie Kosten für eine Behandlung entgegen der Beurteilung des MDK übernehmen. Beide Punkte sind von der Krankenhausseite her zu bedenken, wenn mit den Krankenkassen eine Verständigung über strittige Fälle versucht wird.

Lehnt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung auch nach Widerspruch vom Krankenhaus (in Einverständnis mit den Krankenkassen ist ein Widerspruch gegen ein MDK-Gutachten auch mehrfach möglich) die Kostenübernahme ab, so steht dem Krankenhaus nach aktueller Rechtsprechung die Vergütung hierfür vorläufig nicht zu, diese muss vielmehr vor dem Sozialgericht eingeklagt werden. In den Sozialgerichtsprozessen werden dann vom Gericht Gutachter zur Beurteilung der Sachverhalte bestellt, wobei nach gängiger Praxis auch Fachärzte für Nervenheilkunde oder für Psychiatrie ohne psychotherapeutische Qualifikation oder nur mit dem Zusatztitel Sozialmedizin als Gutachter in Auseinandersetzungen um die stationäre Psychotherapie bestellt werden. In mehr als 90 % der von dem Qualitätszirkel der Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland über-

blickten Fälle wurden die Gerichtsprozesse zugunsten der Krankenhäuser entschieden. Vor diesem Hintergrund ist der Klageweg in strittigen Fällen in der Regel zu empfehlen; zugleich hat dieses Vorgehen meist auch für das Krankenhaus günstige Auswirkungen auf andere mit den Krankenkassen strittige Fälle.

Ein zu defensives Verhalten gegenüber den Krankenkassen hat darüber hinaus eine gar nicht zu überschätzende Binnenwirkung in die Institution hinein: Wird das »Handwerk stationäre Therapie« nach erbrachter Leistung nicht auch nach allen Regeln der Kunst »verteidigt«, sind Frustrationen bzw. Motivationsverluste und Beschädigungen des Engagements bei den beteiligten Mitarbeitern nicht zu vermeiden, die sich dann zunehmend die Frage stellen, »wozu das Ganze und der ganze Aufwand überhaupt, wenn die Kassen das im Nachhinein doch nicht genehmigen«. Es gilt in diesem Zusammenhang also nicht nur einer materiellen, sondern auch einer motivationalen Entwertung entgegenzuwirken.

Durchaus anders stellt sich die Problematik der Kostenübernahmen dar, wenn private Krankenversicherungen der zuständige Kostenträger sind. Diese sind berechtigt, in ihren Verträgen mit den Patienten Vereinbarungen zu treffen, die von denen bei der gesetzlichen Krankenversicherung abweichen. So gibt es private Krankenversicherer, die vor der Erteilung einer Kostenübernahme erwarten, dass Formulare mit zahlreichen Angaben vom vorbehandelnden niedergelassenen Arzt oder auch vom Krankenhausarzt ausgefüllt werden. Die so erbetenen Auskünfte erreichen teilweise den Umfang eines Erstantrages für eine ambulante Richtlinienpsychotherapie. Die privaten Krankenversicherer überprüfen dann mithilfe ärztlicher Fachberater (die z. T. ebenfalls als »Medizinischer Dienst« bezeichnet werden), ob die mit dem Patienten vertraglich geschlossenen Vereinbarungen auch

eingehalten wurden. Dadurch kommt es teilweise zu wochen- oder sogar monatelangen Verzögerungen der stationären Aufnahme, selbst in Notfällen, die eigentlich eine rasche Krankenhausaufnahme erfordern würden.

Zu warnen sind in diesem Zusammenhang Patienten, wenn eine Private Krankenkasse ihnen vorschlägt (meist mit dem Argument, dadurch bürokratischen Aufwand zu vermeiden), Zuweiser oder die Klinik auch gegenüber Sachbearbeitern der Kasse von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden. Erfahrungsgemäß läuft das auf eine Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht gerade in einem besonders sensiblen Bereich persönlicher Daten hinaus.

Eine besondere Schwierigkeit in dieser Konstellation besteht auch darin, dass das Krankenhaus nicht der Vertragspartner der Krankenversicherung ist, also nicht direkt auf diese einwirken kann. Die Patienten, die zur stationären Psychotherapie aufgenommen werden sollen, sind ihrerseits in aller Regel in einer psychischen Situation, die sie wenig durchsetzungsfähig macht. Nicht selten entstehen durch solche Abläufe zusätzliche massive psychische Belastungen für die Patienten, da diese sich bis zur endgültigen Erteilung einer Kostenübernahme fragen müssen, ob sie nicht letzten Endes doch selbst für die Behandlung aufkommen müssen (sie sind ja die Vertragspartner des Krankenhauses). Nur in einem Teil derartiger Fälle gelingt es den zuständigen Chefärzten der Krankenhäuser bzw. Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, auf die Sachbearbeiter der Krankenversicherung im Sinne der Patienten einzuwirken. In vielen Fällen werden vom Versicherer die zusätzlichen psychischen Belastungen und eine dadurch mögliche Verschlechterung des Zustandes des Patienten quasi billigend in Kauf genommen.

Noch komplexer kann die Situation dann



werden, wenn ein gesetzlich krankenversicherter Patient für die stationäre Behandlung eine private Zusatzversicherung abgeschlossen hat. Die Kostenübernahme durch einen der beteiligten Kostenträger bedeutet keineswegs automatisch, dass auch die andere beteiligte Krankenkasse einer Kostenübernahme zustimmt. Auch kommt es vor, dass die gesetzliche und die private Krankenversicherung die Indikation für die Krankenhausbehandlung aus unterschiedlichen Gründen infrage stellen. Dies ist – neben den schon erwähnten unterschiedlichen Einstellungen der Kostenträger bzw. ihrer Mitarbeiter gegenüber stationärer Psychotherapie – ebenfalls der Tatsache geschuldet, dass es der privaten Krankenversicherung erlaubt ist, von den bei der gesetzlichen Krankenversicherung gültigen Regelungen bei der Vertragsgestaltung mit den Patienten abzuweichen.

Die Tatsache, dass im Falle einer privaten Krankenversicherung der Patient unmittelbarer Vertragspartner des Krankenhauses ist, kann sich auch auf die Beziehung des Patienten zum Behandlungsteam auswirken: Diese Patienten haben, ggf. auch noch im Zusammenhang mit einer höheren beruflichen Position, teilweise die Einstellung, dass sie als »Kunden« des Krankenhauses Anspruch auf eine Dienstleistung von hoher Qualität haben. Was in diesem Zusammenhang »hohe Qualität« bedeutet, kann aber vom zuständigen Psychotherapeuten oder anderen Mitgliedern des Behandlungsteams ganz anders beurteilt werden als vom Patienten selbst, insbesondere wenn es um konflikthafte Anteile des Erlebens oder um Verhaltensweisen geht, die aus psychotherapeutischer Sicht Konfrontationen erforderlich machen bzw. als sinnvoll erscheinen lassen. Oder die Vorstellungen über die erforderliche Dauer des jeweiligen Krankenhausaufenthaltes klaffen auseinander. Zieht sich ein Patient dann auf die Position des »zahlenden Kunden« zurück, so kann der

psychotherapeutische Prozess, nicht zuletzt auch bedingt durch unreflektierte Gegenübertragungswiderstände bzw. Therapeuteninterventionen, substanziell erschwert werden.

Ein weiteres mögliches Konfliktfeld mit der privaten Krankenversicherung sind Auseinandersetzungen darüber, welche Leistungen im Rahmen stationärer Psychotherapie vom liquidationsberechtigten Arzt in Rechnung gestellt werden dürfen. Auch solche Auseinandersetzungen, die unter Umständen von der Krankenversicherung initiiert werden, wirken auf die Psychotherapeut-Patient-Beziehung zurück. Im Jahr 2015 wurde durch ein höchstrichterliches Urteil zu dieser Thematik bestätigt, dass nicht alle Leistungen vom liquidationsberechtigten Arzt persönlich erbracht worden sein müssen. Entscheidend ist vielmehr, dass er der Behandlung sein Gepräge gegeben hat, was z.T. schon dann der Fall sein kann, wenn er den Behandlungsplan festgelegt und in regelmäßigen Visiten überprüft hat. Er muss also nicht unbedingt die Einzel- oder die Gruppenpsychotherapie persönlich durchführen.

In einem gewissen Umfang gehören die in diesem Abschnitt beschriebenen Auseinandersetzungen zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern zum Arbeitsalltag. Mag auch der Ärger über zunehmende Bürokratie und Dokumentationsauflagen verständlich erscheinen, es sollte nicht vergessen werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen per Gesetz dazu verpflichtet sind, zu prüfen, ob tatsächlich eine Leistungspflicht für die jeweils durchgeführten Maßnahmen von ihrer Seite besteht. So kommt es z.B. bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen zu Anfragen vonseiten der Krankenkassen mit dem Ziel, den Verursacher bzw. Täter für die Behandlung finanziell in Anspruch zu nehmen. Solche Anfragen können nur beantwortet werden, wenn die betroffenen Patien-

ten das Krankenhaus von der Schweigepflicht entbinden. Dabei müssen die Patienten zu den möglichen Folgen ausführlich beraten werden, ob sie es z. B. psychisch verkraften, ggf. in einem späteren Gerichtsprozess als Zeugen auszusagen.

Die Autoren dieses Kapitels haben angesichts der geschilderten Probleme gute Erfahrungen mit persönlichen Kontakten und Absprachen über vereinfachte Abläufe sowohl mit Kostenträgern der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch der privaten Krankenversicherung gemacht. Die persönliche Einladung von Vertretern dieser Versicherungen ins Krankenhaus schafft oft ein Klima verbesserten gegenseitigen Verständnisses, das dann zu den die Abläufe vereinfachenden Absprachen führen kann. Dies kann allen Beteiligten einige Arbeit und Auseinandersetzungen ersparen.

### 35.1.2 Ausgabenseite

Als Folge der dualen Krankenhausfinanzierung (Vereinbarung der Budgets für den laufenden Betrieb mit den Krankenkassen, Finanzierung der sogenannten Investitionskosten für Gebäude durch die Bundesländer) sind auf der Ausgabenseite verschiedene »Töpfe« zu beachten. Wir behandeln zunächst die Personal- und Sachkosten, deren Vergütung durch die mit den Krankenkassen verhandelten Budgets geregelt ist.

#### Personalkosten

Bei der Verhandlung bzw. Betrachtung eines Krankenhausbudgets kann man nicht nur die verschiedenen Einzelpositionen voneinander abgrenzen, vor allem werden die Personalkosten von Sach- und Investitionskosten unterschieden. Die Personalausgaben machen in psychosomatischen Kliniken meist deutlich über 75 % der Gesamtkosten aus und können

bis zu 85 % betragen. Die Personalkosten sind nicht nur wirtschaftlich, sondern auch unter klinischen Gesichtspunkten sicher der bedeutsamste Posten. Im **Bereich der Patientenversorgung** (nach Köpfen etwa 70–75 % des Gesamtpersonals) sind Personaleinsparungen durch Rationalisierung von Abläufen nur in engen Grenzen sinnvoll bzw. möglich: Eine Therapieeinheit von 25 Minuten gemäß dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) muss auch in diesem zeitlichen Umfang voll erbracht werden, sodass Effizienzsteigerungen wie in den somatischen Fächern (z. B. durch verbesserte Organisationsabläufe in Operationssälen) in der stationären Psychotherapie kaum realisierbar sind. Viele Sparmaßnahmen wie z. B. die Umstellung von Bezugspflege auf einen reinen Schichtdienst, die Einstellung vornehmlich junger und deswegen kostengünstigerer Mitarbeiter oder der Ersatz von Ärzten durch Psychologen in Arbeitsbereichen, auf die das Medizinstudium besser vorbereitet als das Psychologiestudium, wirken sich unmittelbar negativ auf die Behandlungsqualität aus.

Die schon genannten Prozeduren aus dem OPS definieren Mindestanzahlen von Therapieeinheiten, welche die verschiedenen Berufsgruppen »an den Patienten bringen«. In weiten Bereichen ist dabei die Vergütung der Behandlung von den tatsächlich erreichten Therapieeinheiten unabhängig (Stand 2017). In vielen Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird nicht nur die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung 9-63 (► Abschn. 35.1.1, Kostenträger und MDK) erbracht, sondern in wechselndem Anteil (z. T. auch abhängig von Urlaubs- und Krankheitszeiten) auch die Prozedur 9-60 aus dem OPS (entspricht der sogenannten Regelbehandlung). Vorgaben für die Personalausstattung werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erst in naher Zukunft erarbeitet. Ob sich dabei die von der

Fachgesellschaft geforderten Standards für Kliniken und Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland (Hildenbrand et al. 2014; ► Kap. 3) durchsetzen werden, bleibt abzuwarten. Aktuell existieren in der Versorgungsrealität nicht zu übersehende Unterschiede im Hinblick auf die Personalausstattung, die dann allerdings auch unmittelbare Folgen für die Dichte der angebotenen Therapie haben.

Eine immer wieder diskutierte Frage ist, welchen Anteil an der Arbeitszeit die Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen in unmittelbarem Kontakt mit dem Patienten (ohne Dokumentationszeiten) verbringen können bzw. sollten. Eine Dissertation zu dieser Thematik kommt zu folgendem Ergebnis: Bezog man die Gespräche mit Angehörigen ein, so waren Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt mit einem Zeitanteil von 40,51 % in direktem Patientenkontakt, bei den Psychologen waren es 42,38 % (Steinle 2011). In den Häusern des Qualitätszirkels der Krankenhäuser für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland lag dieser Zeitanteil ganz überwiegend ebenfalls spürbar unter 50 % und in Kliniken mit einem höheren Zeitanteil waren vermehrt Überlastungsanzeigen zu verzeichnen. Diese Erfahrungen und die empirischen Befunde von Steinle (2011) lassen den Schluss zu, dass der Arbeitsanteil der direkt mit dem Patienten verbrachten Zeit für Ärzte und Psychologen in der stationären Psychotherapie unter den derzeitigen Bedingungen bezüglich Dokumentation und Berichtswesen längerfristig 40–45 % nicht übersteigen sollte. Ergänzend sei hier noch eine Erfahrung der Autoren mitgeteilt, die sich u. a. aus der in den jeweiligen Kliniken gemessenen Ergebnisqualität der durchgeführten stationären Psychotherapie ergibt: Für die Wirksamkeit der Behandlung ist es günstiger, in Vertretungs- und Urlaubssituationen Zeit mit direktem Patientenkon-

takt zu reduzieren (ggf. Einzel- durch Gruppentherapie ersetzend) als Zeiten, die dem Teamaustausch über die Patienten dienen.

Im Hinblick auf die Personalausstattung ist zudem festzustellen, dass der Fachkräftemangel sowohl Ärzte, zunehmend auch Psychologen, als auch Mitarbeitende aus der Gesundheits- und Krankenpflege betrifft. Dies führt dazu, dass über die tariflich angebotenen Gehälter hinaus je nach regionaler Lage und Attraktivität der Klinik manchmal zusätzliche Mittel aufgewandt werden müssen, damit die erforderlichen Stellen überhaupt besetzt werden können.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht bedeutet das ein doppeltes Risiko:

- Zum einen werden jährlich Steigerungsraten ermittelt (die u. a. die jeweilige Inflationsrate berücksichtigen), die bundesweit den Rahmen für die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen bilden. Diese Raten liegen regelmäßig unter den durch die Tarifabschlüsse bedingten Kostenanstiegen. Auch können Sondersituationen wie übertarifliche Vergütungen angesichts des Fachkräftemangels in den Budgetverhandlungen nicht ohne Weiteres geltend gemacht werden. So können in vielen Kliniken und Abteilungen die Kostenanstiege nur durch zusätzliche Einnahmen, insbesondere durch die Wahlleistungspatienten, kompensiert werden.
- Zum anderen sind innerbetriebliche Verwerfungen zu befürchten, wenn bestimmte Berufsgruppen oder einzelne Mitarbeiter über die für das Haus geltenden Bestimmungen hinaus vergütet werden (z. B. wenn später hinzugekommene Mitarbeiter besser bezahlt werden als langjährig in der Einrichtung Tätige). »Ungerechtigkeit«, sei sie nun im Sinne des Ganzen notwendig oder nicht, ist auch im Krankenhausbetrieb einer der wesentlichen Stressfaktoren, die im harmlosesten Fall

demotivieren, im schlimmsten Falle sogar krank machen können (Siegrist 2007).

Ein weiteres Problem besteht darin, dass Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Spezialtherapeuten, die in der stationären Psychotherapie tätig sind, immer häufiger nur an Teilzeitanstellungen interessiert sind. Dadurch kommt es zu Schwierigkeiten bei der internen Organisation einer Abteilung oder eines Krankenhauses, da zugleich ja die gesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Arbeitszeiten einzuhalten sind. Müssen teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter dann auch noch im Bereitschaftsdienst eingesetzt werden, so kann durch sie eine kontinuierliche Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet werden.

In den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen werden bei den übrigen Mitarbeitern (etwa ein Viertel der insgesamt tätigen Vollkräfte) folgende Kategorien gebildet:

- klinisches Hauspersonal (z. B. Stationshilfen)
- Wirtschaft und Versorgung
- technischer Dienst
- Verwaltungsdienst
- sonstiges und nicht zurechenbares Personal

Die oben beschriebenen Schwierigkeiten, die durch Tarifabschlüsse entstehenden Kostensteigerungen in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen auszugleichen, treten in vollem Umfang auch bei diesen Mitarbeitergruppen auf. Darüber hinaus gelingt es meist nicht oder nur teilweise, neue Personalkapazitäten in den Budgetverhandlungen geltend zu machen, die durch gestiegene Außenanforderungen geschaffen werden müssen (Beispiel: Verstärkung des Medizincontrollings, wie sie mit der Einführung des neuen Entgeltsystems erforderlich wurde).

## Sachkosten

Aus dem hohen Anteil, den die Personalkosten bei den mit den Krankenkassen vereinbarten Budgets ausmachen, ergibt sich im Umkehrschluss, dass die Sachkosten in psychosomatischen Kliniken nur etwa 15–20 % betragen. Der Durchschnittswert für alle Krankenhäuser Deutschlands (mit einem entsprechenden Überwiegen somatischer Fachabteilungen) lag demgegenüber zwischen 2007 und 2012 zwischen 38 und 39 % (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2014). Beginnend mit dem in der Regel höchsten Posten und dann absteigend gliedern sich die Sachkosten in der stationären Psychotherapie in folgende Bereiche auf:

- Instandhaltung/Investitionen, soweit in den mit den Krankenkassen verhandelten Budgets enthalten; es handelt sich um festgelegte Budgetanteile für kleinere Renovierungsmaßnahmen und Anschaffungen; aufgrund der überalterten Bausubstanz vieler Kliniken (► Abschn. 35.1.3) reichen diese Budgetanteile in vielen Krankenhäusern nicht aus, um die erforderlichen Instandhaltungsmaßnahmen zu finanzieren
- Wirtschaftsbedarf (Haushaltsverbrauchs-mittel, Gebäudereinigung, Wäschereinigung, Gartenpflege usw.)
- Verwaltungsbedarf (Büromaterial, Porto, Telefongebühren, Beiträge für Organisationen, EDV-Organisationsaufwand usw.)
- Wasser, Energie, Brennstoffe
- Lebensmittel; bei der Bereitstellung des Essens für die Patienten sind die langen Verweildauern in der stationären Psychotherapie zu berücksichtigen, die für sich genommen bereits eine hochwertige Verpflegung der Patienten erforderlich machen; zu fachlichen Aspekten gesunder Ernährung in der Psychosomatischen Medizin am Beispiel der Rehabilitation ► Zingel et al. (2015)

- medizinischer Bedarf (Medikamente, Medizingeräte, Apothekenversorgung, Konsiliaruntersuchungen)
- Sonstiges (Fort- und Weiterbildung, externe Supervision, Abgaben und Versicherungen, Ausgaben für Freizeitangebote für die Patienten, Anwalts- und Gerichtskosten usw.)

Im Vergleich zu anderen bundesdeutschen Krankenhäusern fallen die Kosten für den medizinischen Bedarf in der Psychosomatik deutlich weniger ins Gewicht als in den primär somatisch orientierten Fachgebieten, die u. a. auf teure Geräte und Behandlungsmethoden angewiesen sind. Insgesamt ist für die Sachkosten festzustellen, dass die mit den Krankenkassen diesbezüglich vereinbarten Budgets die realen Kosten schon seit Längerem nicht mehr decken; wie bereits erläutert, spielen hier die Kosten für Instandhaltung eine entscheidende Rolle. Die tatsächlich anfallenden Sachkosten liegen in manchen Kliniken um ein Fünftel über den in den Budgets kalkulierten Kosten (Stand 2016), sodass die Krankenhäuser wie bei den Personalkosten auf einen Ausgleich durch Zusatzeinnahmen angewiesen sind.

### 35.1.3 Räumliche Voraussetzungen, Investitionskosten und Instandhaltung

Stationäre und teilstationäre Psychotherapie findet im Gegensatz zur ambulanten Therapie in speziell dafür eingerichteten Gebäuden statt. Auch wenn der Investitionsaufwand in der stationären und teilstationären Psychotherapie deutlich geringer ist als in anderen medizinischen Fachgebieten, wird die bauliche Gestaltung immer wieder kontrovers diskutiert, schon weil es um Flächen und damit um entsprechende Bau- und Unterhaltskosten geht. Oft kommt es in Gesprächen mit Trägern (staatlichen, kommunalen, privaten

Krankenhausbetreibern), den zuständigen Aufsichtsorganen oder Architekten dahingehend zu Missverständnissen, dass entweder die Dimensionen und Voraussetzungen rein somatischer Krankenhäuser zugrunde gelegt werden oder eine psychosomatische Klinik als hotelähnlicher Betrieb missverstanden wird. Häufig begrenzt auch die vorhandene Bausubstanz Variationsmöglichkeiten bzw. die für Veränderungen notwendigen Investitionsmittel werden nicht bereitgestellt. Dabei werden die therapeutischen Abläufe durch die baulichen Rahmenbedingungen wesentlich beeinflusst, z. B. dadurch, wie dysfunktionaler Rückzug begrenzt oder Plätze für Begegnungen mit Mitpatienten und Teammitgliedern sowie individueller Rückzugsraum bereitgestellt werden (Spitzer et al. 2016). Räume stellen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung nicht nur einen Aufenthalts-, Behandlungs- oder Aufbewahrungsort dar, sie werden für den einzelnen Patienten vielmehr zu einem »Bedeutungsraum«, z. B. für Schutz oder Selbstöffnung. Somit sind die baulichen Rahmenbedingungen für das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie von ähnlicher Bedeutung wie der Operationssaal für die Chirurgen oder Labore und Funktionsräume für andere somatische Fächer.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) hat bezogen auf eine Station für 18 bis 24 Patienten die Anzahl erforderlicher Räume definiert (Hildenbrand et al. 2014). Idealerweise sollte die gesamte bauliche Gestaltung – also nicht nur die Anzahl, sondern z. B. auch die Anordnung und Größe der Räume – vom jeweiligen therapeutischen Konzept ausgehend geplant werden. Die großen konzeptuellen Unterschiede dürften ein Grund dafür sein, dass ein baulicher Standard für die stationäre und teilstationäre Psychotherapie bisher nicht entwickelt wurde. So führt eine stationsbezogene Therapieorgani-

sation in kleineren Patientengruppen (mit Einnahme der Mahlzeiten auf Station) notwendigerweise zu anderen baulichen Lösungen als eine Klinikorganisation, in der Patienten stationsübergreifend den vorhandenen Therapieangeboten zugeordnet werden und in einem großen gemeinsamen Speisesaal ihre Mahlzeiten zu sich nehmen.

Die folgenden Ausführungen sind deswegen als Anregungen der Autoren zu verstehen, entstanden vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrungen.

## Stationsgestaltung

Bei der baulichen Gestaltung ist eine Zonierung in drei Bereiche zu erwägen:

- Der **Wohn- und Aufenthaltsbereich der Patienten**, der ja zugleich den einzigen privaten Rückzugsbereich darstellt, sollte als geschützter Bereich (ggf. inkl. Speiseraum) für Besucher nicht frei zugänglich sein.
- Entsprechend sind die **Räumlichkeiten für die pflegerische Versorgung** (Pflegestützpunkt bzw. Medikamentenstellraum, Teambesprechungszimmer, Untersuchungs- bzw. Blutentnahmeraum, Zimmer für Einzel- bzw. Bezugspflegegespräche) so anzuordnen, dass der Eingangsbereich der Station von den Pflegekräften überblickt werden kann.
- Getrennt hiervon, also außerhalb der Station, können die **Therapieräume**, d.h. die Räume für die Einzel- und Gruppenpsychotherapien und weitere Angebote (z.B. der Spezialtherapeuten) vorgehalten werden, ggf. auch für die Nutzung durch mehrere Stationen.

Von Vorteil ist es ferner, wenn die Patientenzimmer nicht entlang eines langen Flures wie in einem Hotel angeordnet sind, sondern wenn Nischen, abwechslungsreich gestaltete

Nebenflächen oder etwa Lichthöfe für Auflockerung sorgen. Die Farb- und Oberflächengestaltung in den Räumlichkeiten sollte dabei berücksichtigen, dass in der stationären Psychotherapie Verweildauern von zehn Wochen und mehr üblich sind. Entsprechend sollten die Räumlichkeiten über einen solchen Zeitraum förderliche Umgebungsbedingungen bereitstellen. Dass die knappen Budgets in der Regel besondere Ausstattungen nicht zulassen (z.B. Blumen auf den Zimmern), kann durch kreative Lösungen (z.B. Pinnwände für die von Patienten in der Kunsttherapie gestalteten Bilder) zumindest teilweise kompensiert werden.

## Wohn- und Aufenthaltsbereich der Patienten

Im Hinblick auf die Unterbringung von Patienten geht die Fachgesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) in ihren Struktur- und Prozessqualitätsstandards für Kliniken und Abteilungen davon aus, dass für mindestens 25 % der Patienten die Möglichkeit einer Einzelzimmerunterbringung gegeben sein sollte (Hildenbrand et al. 2014). Bei Neubaumaßnahmen werden von den zuständigen Behörden der Länder in erster Linie Doppelzimmer finanziell gefördert, sodass der Einzelzimmerbedarf fachlich begründet werden muss. Auf die Indikation für eine solche Unterbringung wurde bereits an anderer Stelle dieses Buches eingegangen (► Kap. 3). Doppelzimmer sind von der Größe (etwa 24 m<sup>2</sup> sowie eine innenliegende Nasszelle mit ca. zusätzlichen 4 m<sup>2</sup>) und der Einrichtung her vorzugsweise so zu gestalten, dass den Patienten ein Mindestspielraum für die Regulation von Nähe und Distanz bleibt, z.B. indem die Betten so versetzt angeordnet werden, dass sich der eine Patient nicht ständig im optischen Feld des anderen aufhalten muss. Dass ein Minimum an Privatheit räumlich



gewährleistet wird, stellt aus unserer Sicht eine wesentliche Voraussetzung für das Herstellen einer förderlichen Klinikatmosphäre dar.

Patientenzimmer sollten u.E. nicht mit Fernsehern ausgestattet sein. In Aufenthaltsräumen können Fernseher hingegen gemeinschaftlich genutzt werden, was gegenüber der ständigen Verbundenheit mit Medien, wie man sie bei einem Teil der Handy- oder Smartphone-Benutzer beobachten kann, aus therapeutischer Sicht bereits oft eine Verbesserung darstellt. Verbote sind problematisch, weil der Zugang zu den Medien nicht kontrolliert werden kann. Daher sollten die Behandlungsteams auf übermäßige oder störende Mediennutzung achten und sie ggf. zum Thema machen. Die Patienten erwarten zunehmend die Verfügbarkeit eines WLAN-Netzes (dessen Bereitstellung übrigens zusätzliche Kosten generiert, da das Patienteninternet wegen des Datenschutzes getrennt von dem Intranet der Klinik betrieben muss), u. a. auch für aus therapeutischer Sicht nützliche Aktivitäten wie z. B. Stellensuche oder Bewerbungen.

Angesichts der Verweildauer der Patienten in stationärer Psychotherapie ist eine wertschätzende Haltung gegenüber der Einnahme von Speisen und Getränken besonders wichtig. Durch die Art der Präsentation der Nahrungsmittel, diesbezügliche Erläuterungen und den Austausch hierüber erwachsen neue Kompetenzen zum Thema Ernährung. Dabei kann zwischen externen und internen Reaktionen unterschieden werden, auftretende Differenzen lassen sich thematisieren und Wahrnehmungsmuster besprechen. Die Grenzen des einzelnen Patienten können verstärkt oder vermindert und daraus resultierende Erfahrungen in der Einzel- oder Gruppenpsychotherapie weiter bearbeitet werden. Es geht damit beim Thema Ernährung und Einnahme der Mahlzeiten nicht nur um eine allgemeine »Wohlfühlperspektive«. Große Speisesäle für

die Patienten aller Stationen sind wirtschaftlich günstiger. Die Einnahme der Mahlzeiten in der kleineren Gruppe von Patienten nur einer Station bietet aber naturgemäß den Vorteil intensiverer Interaktionsmöglichkeiten. Bei einer Schwerpunktbildung für Essstörungen in einer Klinik kann es sinnvoll sein, die Möglichkeit für therapeutisch begleitetes Essen vorzusehen.

Viele Kliniken bieten ferner Lehrküchen bzw. Kochgruppen an, nicht nur für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen, sondern auch im Hinblick auf Übergewicht, Hyperlipidämien, Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselstörungen. In jedem Fall haben sich Aufenthaltsräume mit Kochzeilen bewährt: In den »Teeküchen« findet häufig ein intensiver interaktioneller und affektiver Austausch der Patienten statt, dessen hohe Bedeutung auch in katamnestischen Befragungen belegt wurde.

Für den teilstationären Rahmen sind für Pausen und die Mittagszeit Aufenthalts- und Ruheräume für die jeweilige Patientenanzahl bereitzustellen.

### **Räumlichkeiten für die pflegerische Versorgung**

Kernelement für den pflegerischen Bereich ist eine offen zugängliche, sichtbare Funktionseinheit, sodass Patienten die Mitarbeiter niedrigschwellig ansprechen bzw. von diesen kontaktiert werden können. Getrennt hiervon bedarf es eines Teamzimmers für die Gesundheits- und Krankenpflege zur internen Verständigung, aber auch zum Austausch in den Übergaben, gemeinsamen Sitzungen und Teambesprechungen mit Ärzten, Kreativtherapeuten, Sporttherapeuten und weiteren Mitarbeitern. Solche Besprechungen können auch in geeigneten Gruppenräumen stattfinden. Erforderlich ist akustischer und optischer Schutz, der allgemeine Teambespre-

chungen ebenso ermöglicht wie informellen Austausch, u. a. auch über aus der Arbeit mit den Patienten entstehende Belastungen. Daraus resultiert nach innen eine Wirkung auf das Selbstverständnis des Teams und den Teambildungsprozess, nach außen eine Grenzziehung den Patienten gegenüber.

Die Pflegekräfte führen als Teil des behandelnden Teams Pflegeaufnahme-, Bezugspflege- und Krisengespräche durch. Das geht nur getrennt vom laufenden Betrieb in entsprechenden Räumen (mindestens ca. 12 m<sup>2</sup>), die dafür zusätzlich bereitgestellt werden müssen.

### Therapieräume

Anders als in somatischen Kliniken kann ein Raum nur von einem Therapeuten genutzt werden – aus offensichtlichen Gründen. Dabei ist zu bedenken, dass von den Mitarbeitern aus den für das Fachgebiet einschlägigen Berufsgruppen in zunehmendem Umfang Teilzeitbeschäftigungen erwünscht sind und angesichts des Fachkräftemangels auch angeboten werden müssen. Weil gemeinsame Zeitfenster für Klinikbesprechungen und Fortbildungen notwendig sind und die Zeiten für Teambesprechungen, Übergaben, Gruppenpsychotherapien und die Gruppenbehandlungen durch die Spezialtherapeuten in den Wochenplänen der Stationen festgelegt werden müssen, stehen für die Durchführung von Einzelpsychotherapien und Bezugspflegegesprächen nur noch zeitlich sehr umgrenzte Korridore zur Verfügung. In diesem müssen in der Regel alle Teilzeitkräfte ihre Einzelgespräche terminieren. Das schließt die Mehrfachnutzung von Räumlichkeiten unter Umständen schon bei Mitarbeitenden aus, die nur zu 50 % in der Klinik angestellt sind. Neben der üblichen Grundausstattung von abschließbarem Schrank, Schreibtisch und Regal gehört eine Sitzereinheit mit mindestens

zwei Stühlen, hilfsweise einem dritten Stuhl für Angehörige des Patienten oder ein zweites Teammitglied, dazu. Angemessen ist eine Größe von 15 m<sup>2</sup>, 12 m<sup>2</sup> sollten keinesfalls unterschritten werden.

Gruppenräume sind neben den Räumen für die Einzeltherapie erforderlich, für eine Station mit 18–24 Betten mindestens zwei. Eine Raumgröße ab 24 m<sup>2</sup> ermöglicht die Gruppenpsychotherapie von zwölf, im Einzelfall auch einmal von 14 Patienten durch einen Leiter und einen Co-Therapeuten. Ausreichende akustische Abschirmung ist erforderlich, zu beachten sind des Weiteren geringe Einsehbarkeit, Helligkeit und ein gewisser Sitzkomfort.

Weitere Gruppenräume werden für die Durchführung von Musik-, Kunst-, Tanz-, Bewegungs- und anderen Spezialtherapien benötigt, was in der Regel mehr Platz erfordert. So werden z. B. für eine Gruppenbehandlung von acht Patienten mit Konzentrativer Bewegungstherapie etwa 50 m<sup>2</sup> benötigt. Für die Musiktherapie ist (neben den notwendigen Investitionen für Musikinstrumente) der Flächenbedarf noch höher, wichtig sind ferner abschließbare Schränke oder ein Nebenraum. Außerdem ist bei der Platzierung des Raumes die Akustik zu berücksichtigen. Noch größere Flächen bzw. kleine Hallen ab 120 m<sup>2</sup> aufwärts, ggf. mit einem besonderen Boden, werden für die Sport- und Bewegungstherapie in Gruppen gebraucht.

### Investitionskosten und Instandhaltung

Obwohl die Bundesländer per Gesetz verpflichtet sind, die Kosten für die Baustruktur der Krankenhäuser zu tragen, gibt es in diesem Bereich nicht nur eine dramatische Unterfinanzierung, sondern auch eine ausgesprochene Vielzahl von Wegen und Versuchen seitens der Träger, trotzdem einigermaßen adäquate bauliche Voraussetzungen vorzu-

halten. Auf der anderen Seite unterscheiden sich auch die Vorgehensweisen der Bundesländer: Bezogen auf die vorhandenen Krankenhäuser gibt es allein schon vom Volumen her Differenzen. Auch verteilen einige Bundesländer die Investitionsmittel gleichmäßig über alle Krankenhäuser (z.B. Nordrhein-Westfalen), andere gewähren solche Mittel nur auf Antrag und wieder andere verbinden beide Vorgehensweisen: Im Bundesland Niedersachsen standen z.B. 2014/2015 neben den pro Krankenhausplanbett ausgeschütteten pauschalen Fördermitteln in Höhe von 120 Millionen Euro jährlich Mittel in gleicher Höhe für Anträge auf Investitionsmaßnahmen von Krankenhäusern zur Verfügung. Am Ende des Jahres 2015 betrug demgegenüber die Summe für die vorliegenden und z. T. bereits positiv geprüften Investitionsmittelanträge ca. 800 Millionen Euro. In manchen anderen Bundesländern finden sich ähnliche Verhältnisse, aber auch in vergleichsweise gut ausgestatteten Bundesländern wird der Investitionsbedarf der Krankenhäuser nicht gedeckt. Von den jeweils zuständigen Sozialministerien wird zumeist auch eingeräumt, dass ein beachtlicher Investitionsstau besteht, der in der Regel die jährlich zur Verfügung stehenden Summen um ein Vielfaches übersteigt; es gibt erste Ansätze, die Mittel deutlich zu erweitern (z.B. mit dem vom Land Niedersachsen in 2017 bereitgestellten sog. »Sondervermögen«). Die Situation stellt jedenfalls für viele Krankenhäuser bzw. Abteilungen eine beachtliche Herausforderung dar, auf die sie je nach Trägerschaft (öffentliche Hand, frei-gemeinnützig, gewerblich) und daraus resultierenden Finanzierungsbedingungen sehr unterschiedlich reagieren.

### 35.1.4 Zusammenfassende Bewertung der wirtschaftlichen Situation

Zunächst sei darauf hingewiesen, dass angesichts der geschilderten Heterogenität der Pflegesätze, der Krankenhausgrößen und der unterschiedlichen Situationen von Fachkrankenhäusern für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und entsprechenden Abteilungen innerhalb größerer Allgemein- oder Universitätskrankenhäuser allgemeingültige Aussagen zur betriebswirtschaftlichen Situation der stationären Psychotherapie schwerfallen. Die Pflegesätze im Krankenhausbereich variieren zudem von Bundesland zu Bundesland, die sich außerdem auch stark in der Ausstattung mit Betten und Tagesklinikplätzen für psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen unterscheiden.

Beschrieben wurden die Schwierigkeiten bei der Refinanzierung der Personal- und Sachkosten über die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen. Vom Volumen her ein deutlich größeres Problem stellt aber der Investitionsstau hinsichtlich der Bausubstanz dar. Ein häufig beschrittener, aber nichtsdestoweniger problematischer Lösungsweg besteht für viele Krankenhäuser darin, Investitionen in Gebäude und Renovierungen aus den mit den Krankenkassen vereinbarten Betriebskosten (Budgets) zu bestreiten.

Viele Krankenhäuser erzielen vor diesem Hintergrund schwarze Zahlen nur durch Zusatz-einnahmen, die sich vor allem aus der Behandlung von Privatpatienten (z. B. mit der Einrichtung von Burnout-Stationen) sowie in meist deutlich geringerem Umfang aus anderen Einnahmequellen ergeben (z. B. ambulante Angebote, Cafeteria für Besucher, Vermietung von Personalwohnungen oder anderen Immobilien, Beratungsangebote oder Wellness). Gemeinnützige Träger haben bei der Erzielung von Zusatzeinnahmen rechtlich begrenztere Möglichkeiten als gewerbliche, andererseits

haben sie den Vorteil, keine Rendite für Anteilseigner erzielen zu müssen. Im Hinblick auf die Behandlung von Privatpatienten, aber z. B. auch bei Beratungs- und Wellnessangeboten, kann das Problem auftreten, dass das Kerngeschäft der Behandlung der gesetzlich Versicherten leidet, da diese Angebote nicht selten mit dem ohnehin vorhandenen Personal (»eh da«) realisiert werden. Entsprechend sind Krankenhäuser, die von solchen Kompromissen Abstand nehmen, von der Gebäudesubstanz her z. T. in einem schlechten Zustand.

Angesichts der Vielfalt unterschiedlicher Situationen und Einflussfaktoren lässt sich nur sehr grob abschätzen, welche Mindestgröße für sich allein stehende Kliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aufweisen sollten, um wirtschaftlich überlebensfähig zu sein. Wir sehen diese Mindestgröße aktuell bei einer Bettenzahl von etwa 150. Für Psychosomatische Abteilungen in Fachkliniken mit mehreren Disziplinen oder in Universitäts- oder Allgemeinkrankenhäusern, wo bestimmte Strukturen bzw. unterstützende Prozesse wie Küche, Verwaltung usw. auch für andere Fachgebiete vorgehalten werden, liegt diese Zahl naturgemäß deutlich niedriger.

## 35.2 Geschäftsführung und Krankenhausleitung

Unsere Ausführungen zur Geschäftsführung und Krankenhausleitung gehen von dem in Abbildung 35-1 wiedergegebenen Organisationsschema aus.

In diesem Schema steht an oberster Stelle der Patient mit seiner psychosozialen Situation bzw. Krankheit, auf der zweiten Ebene folgt das multiprofessionelle Behandlungsteam mit seinen verschiedenen Mitgliedern. Dieses Team hat dafür zu sorgen, dass die höchste Ebene, die psychosoziale Situation

des Patienten und seine Krankheit, möglichst günstig beeinflusst werden kann. Entsprechend verhält es sich mit den sich nach unten anschließenden Ebenen der Oberärzte bzw. leitenden Psychologen (3. Ebene) und der ärztlichen Leitung bzw. der Pflegedienstleitung (4. Ebene), die ihrerseits dafür Sorge zu tragen haben, dass die höheren Ebenen ihre Aufgaben optimal wahrnehmen können. Auf der fünften Ebene folgen die Verwaltung, die Küche (auf hohe Qualitätsanforderungen aus verschiedenen Gründen wurde bereits verwiesen), die Haustechnik, die Hauswirtschaft und schließlich das Qualitäts- und Risikomanagement (► Kap. 36). Schließlich hat ganz unten die Geschäftsführung bzw. die Krankenhausleitung dafür zu sorgen, dass alle übergeordneten Bereiche so gut funktionsfähig sind, dass sie die Abläufe bis hin zur Behandlung der psychosozialen Situationen bzw. Krankheiten der Patienten so weit wie möglich fördern und unterstützen können. Wenn man so will, handelt es sich um ein umgekehrt angeordnetes Organigramm des Krankenhauses, in dem die Geschäftsführung und die Krankenhausleitung nicht an oberster Stelle, sondern aus den genannten Gründen auf der untersten Ebene angesiedelt sind. Diese Betrachtungsweise erleichtert es damit einzuschätzen, in welcher Weise auf jeder Ebene gehandelt werden muss, damit der Patient bzw. seine Behandlung durch das multiprofessionelle Team möglichst gute Rahmenbedingungen vorfinden.

An dem Überblickschema wird darüber hinaus deutlich, dass für die Funktionsfähigkeit der stationären Psychotherapie sehr unterschiedliche Bereiche zusammenwirken müssen, die verschiedenen Prinzipien folgen, bzw., um es mit Haas (2012) auszudrücken: Krankenhäuser sind multidiskursive und multiprinzipielle Organisationen mit einem hohen Komplexitätsgrad in der Steuerungslogik.

Entsprechend müssen bei den in einem

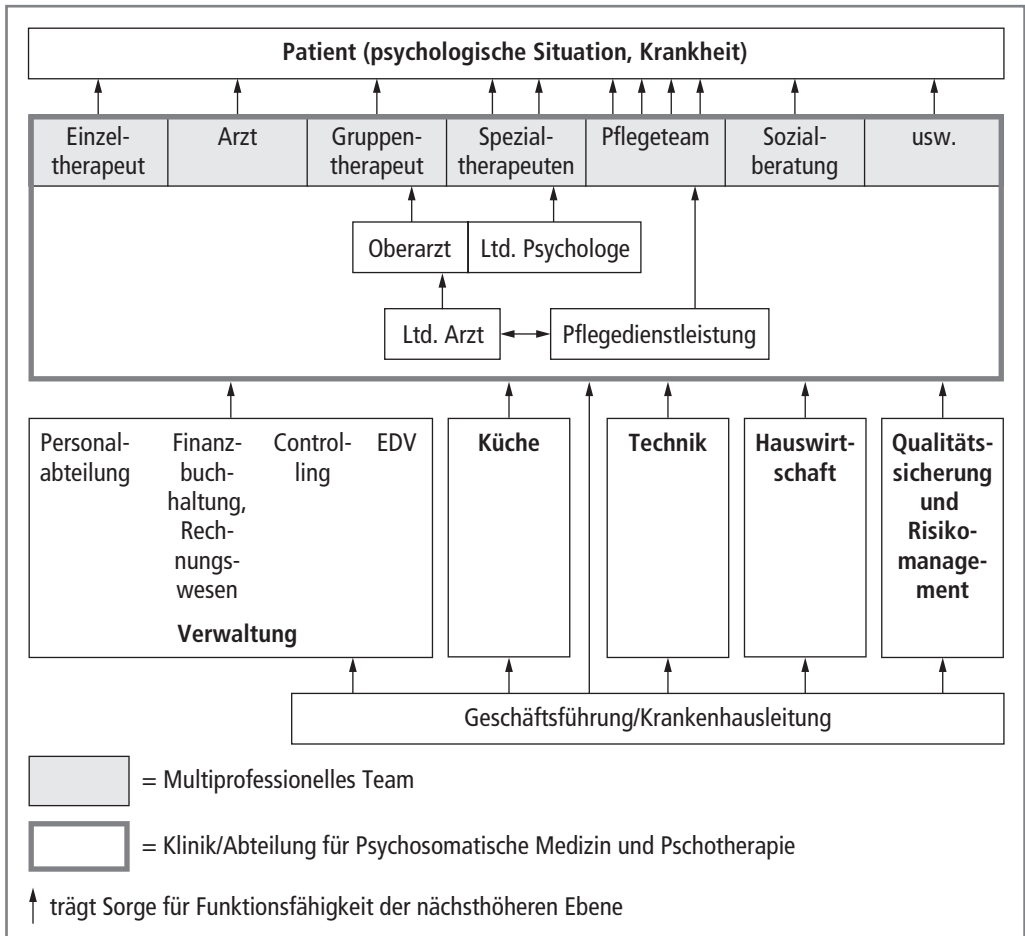


**Abb. 35-1** Betriebliche Organisation der stationären Psychotherapie

Krankenhaus anstehenden Entscheidungen die verschiedenen Diskurse und die dahinterstehenden Prinzipien sowie die Schnittstellen angemessen zu Wort kommen bzw. berücksichtigt werden, z. B.:

- die fachlichen Diskurse der medizinischen Gebiete und der Psychotherapie
- der fachliche Diskurs der Gesundheits- und Krankenpflege
- die fachlichen Diskurse weiterer im Krankenhaus tätiger Berufsgruppen (Spezialtherapeuten, Verwaltungsmitarbeiter, Mitarbeiter der Haustechnik usw.)
- die Diskurse von Datenschutz, Qualitäts- und Risikomanagement
- Diskurse im Hinblick auf die räumliche Gestaltung der Gebäude, die technische Gebäudeausrüstung, die Medizintechnik, die Hygiene usw.
- der Diskurs der Informationstechnologie
- der ökonomische Diskurs
- der Diskurs der regionalen Vernetzung bzw. der Kooperationen nach außen

Dabei gilt für den Bereich »Klinik/Abteilung für stationäre Psychotherapie« des Übersicht-

schemas, dass hierarchische Anweisungen von der ärztlichen und der Pflegedienstleitung nicht geeignet sind, die Behandlung des Patienten durch die Mitglieder des multiprofessionellen Teams optimal zu gestalten: Qualitativ gute Psychotherapie kann nicht top down angeordnet werden! Es geht vielmehr darum, einen Reflexions- und Auseinandersetzungsraum bereitzustellen, in dem die Mitglieder des multiprofessionellen Teams ihre Tätigkeit, ihre persönliche Involviertheit und die damit einhergehenden Gefühle reflektieren bzw. konstruktiv nutzen können. In einer Klinik bzw. Abteilung für stationäre Psychotherapie muss daher Vertrauen in die Eigenmotivation der Mitarbeiter stärker gewichtet werden als die durchaus auch notwendige Kontrolle der »angewandten Subjektivität«. Der organisatorische Rahmen (insbesondere die Personalausstattung) sollte so stabil wie möglich gehalten werden, für unumgängliche Umstrukturierungen sind die notwendigen zeitlichen Vorläufe zu organisieren. Die Hierarchien im therapeutischen Bereich sollten flach sein, dürfen aber auch nicht verleugnet werden. Im Hinblick auf die persönliche Involviertheit in bestimmte Behandlungen bzw. in Verstrickungen zwischen Patient und Mitgliedern des Behandlungsteams sollten selbstverständlich auch die Vorgesetzten auf der Ebene der Oberärzte bzw. der Leitenden Psychologen und die auf der Ebene der Leitenden Ärzte und der Pflegedienstleitung der Klinik in der Lage sein, sich mit Rückmeldungen von dienstlich untergeordneten Mitarbeitern reflektierend bzw. selbstkritisch auseinanderzusetzen.

Für die Qualität einer Behandlung ist es in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung, dass die Mitarbeiter des Krankenhauses selbstkritisch nicht nur mit dem Machtgefälle umgehen, das zwischen Behandlungsteam und Patient immer mitgedacht werden muss. Schwierigkeiten mit

»Macht« und »Ohnmacht« entstehen im Krankenhaus aus vielerlei Gründen und an vielen Stellen, nicht nur dadurch, dass das Krankenhaus viele Regeln für die therapeutische Arbeit festlegt und vorgibt. Sie entstehen z.B. auch, weil manche Patienten oder Mitarbeiter sich sehr schwer tun, berechnete Interessen gegenüber anderen durchzusetzen. Machtfragen werden deswegen nicht selten verdeckt »gehandelt« und agiert. Häufig sind es dann »klinische Überlegungen«, mit denen Machtkonflikte schlussendlich rationalisiert werden, Vorgänge, die selbstverständlich auch durch ein umgekehrtes Organigramm nicht aus der Welt geschafft werden können.

In der Verwaltung, der Qualitätssicherung und vielleicht noch mehr in der Haustechnik, Hauswirtschaft und der Küche sind demgegenüber weniger flache Hierarchien im Rahmen der in solchen Bereichen üblichen Leitungsgrundsätze meist funktionaler und deswegen oft vorzuziehen.

Mit dem Blick auf das Ganze stehen die Geschäftsführungen bzw. Krankenhausleitungen in der stationären Psychotherapie somit vor folgenden Aufgaben:

- Den fachlichen Diskursen der verschiedenen o.g. Bereiche muss bei Entscheidungen zur Strategie ebenso wie bei solchen zum operativen Alltagsgeschäft in angemessener Weise so Rechnung getragen werden, dass die Behandlung des Patienten durch das multiprofessionelle Team in optimaler Weise erfolgen kann. Dies sollte bei der Zusammensetzung der Klinikleitung berücksichtigt werden.
- Zugleich und z.T. mit dem erstgenannten Grundsatz konkurrierend muss das wirtschaftliche Überleben des Krankenhauses sichergestellt sein. Dieser Aspekt kann z.B. der im Hinblick auf die Behandlung wünschenswerten Personalausstattung entgegenstehen.
- Angepasst an die verschiedenen Bereiche



muss auch die Art der Führung bzw. Leitung gestaltet werden, d.h. es sind in den Teilbereichen von Einrichtungen für stationäre Psychotherapie unterschiedliche Führungsstile bzw. Leitungsgrundsätze handlungsleitend.

Ein Leitungsteam ist in aller Regel einer einzelnen Leitungskraft bei der Bewältigung dieser komplexen Aufgabe überlegen, die sich letztlich nur über das **Kooperationsmodell** und nicht über das Konkurrenzmodell erfüllen lässt.

### Praxistipp

#### Kooperationsmodell

Das Kooperationsmodell entspricht dem Modell, in dem sich menschliche Systeme weiterentwickeln können. Dies ist notwendig für Leitung und Mannschaft, Einzelne und Teams. Das Kooperationsmodell passt zum Kerngeschäft der stationären Psychotherapie und bietet die Möglichkeit zur Spiegelung der Beziehungs- und Interaktionswirklichkeiten und dem Austausch hierüber. Die gemeinsame Arbeit der Leitung bekommt so günstigenfalls Vorbildfunktion. Grundvoraussetzungen hierfür sind gelebter Respekt und Toleranz.

Ob die Großfamilie »Psychosomatische Klinik« und ihre Leitfiguren gut kooperieren, wird übrigens von den Teilnehmern/Patienten, die sich in diesem »Familienbetrieb« bewegen, sehr wohl zur Kenntnis genommen. Sie sind sehr häufig davon betroffen, dass sie in ihrer »Außenwelt« real schlechte Bedingungen vorgefunden haben und sich von Betrieben bzw. den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit überfordert oder ausgenutzt fühlten. Nicht wenigen ging dadurch die Fähigkeit verloren, eigene Bedürfnisse und Notwendigkeiten angemessen wahrzunehmen. Dies wiederum kann externale Krankheitszuweisungen nach sich ziehen, die Außenwelt wird für das verantwortlich gemacht, was in der Innenwelt geschieht. Ein spürbar schlechtes Arbeitsklima bzw.

Kooperations- und Kommunikationsdefizite in einer psychosomatischen Klinik würden diese Sichtweise bestätigen und verstärken. Von herausragender Bedeutung für die Qualität einer teilstationären oder stationären Psychotherapie ist es aber, ob sie den inneren Raum öffnen kann, ob sie Patienten die innere Anschauung und Wahrnehmung, den Blick auf ihr Selbst ermöglicht. Gute Kooperation unter den Beschäftigten aller Bereiche wirkt insofern weit in den therapeutischen Prozess hinein.

Zugleich bedarf es einer klaren Leitungsstruktur mit festgelegten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (transparentes Organigramm) und regelmäßiger Besprechungen in Frequenzen, die dem jeweiligen Bedarf entsprechen.

Ein Bereich, bei dem die Komplexität von Krankenhausmanagement deutlich wird, ist die jeweilige Informationstechnik (IT). Sie ist in der Regel teuer, gleichzeitig haben die angemessene Abbildung der Prozessabläufe und der Bedienungskomfort eine hohe Wichtigkeit, bei der wirtschaftlichen Steuerung ebenso wie bei der Dokumentation in der Patientenversorgung. Für die meisten Mitglieder der therapeutischen Teams ist die (digitale) Dokumentation ein zwar als notwendig akzeptierter, dennoch ungeliebter Teil der Arbeit. Viele von ihnen, zumal die älteren Teammitglieder, sind weitaus weniger »IT-affin« als etwa Mitarbeitende im Rechnungswesen oder Controlling. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, bei der Implementierung der IT dem »Servicecharakter« für die am Patienten tätigen Mitarbeitenden einen hohen Stellenwert beizumessen. Sonst kann es passieren, dass psychotherapeutisch hochqualifizierte Ärzte, Psychologen oder Pflegekräfte die Kliniken aufgrund des IT-bedingten Aufwandes verlassen, weil sie ihn nicht als angemessen empfinden – angesichts des Fachkräftemangels ein zu vermeidender Vorgang. Hoher Bedienungskomfort bei der Dokumentation sowie

bei der Fertigstellung von Arztbriefen und anderen Dokumenten trägt andererseits wesentlich zum Engagement der Mitarbeiter und deren Motivation bei. Die Entscheidung für den Einsatz und den Betrieb der IT muss insofern kooperativ erfolgen, damit die Bedürfnisse aller hiervon betroffenen Bereiche angemessene Berücksichtigung finden.

Ein für alle Krankenhäuser und ihre Bereiche existenzieller fachlicher Diskurs ist der ökonomische. Wenn die ärztliche und die Pflegedienstleitung auch in wirtschaftlicher Hinsicht kooperativ an der Führung des Krankenhauses mitwirken sollen, bedarf es einer transparenten sogenannten »Deckungsbeitragsrechnung« mit Darstellung der Erlös- und Kostensituation, sowohl bei den Personal- als auch bei den Sachkosten. Die häufig geübte Praxis, dass mit den Abteilungsleitern lediglich ein Stellenplan vereinbart und die Sachkosten nur teilweise (z.B. bei der Anschaffung von Medizingeräten) kommuniziert werden, ist unzureichend. Notwendig ist Transparenz bei den wahren, monetären Kosten, also z.B. auch bei Miete, Reparaturen, Investitionen und Abschreibungen. Gleiches gilt für die Erlösseite, also für die Einnahmen von den Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträgern, die Erlöse aus den Wahlleistungen und Liquidationsabgaben der Ärzte und ggf. weitere Einnahmen aus Wirtschaftsbetrieben (z.B. Cafeteria) oder der Vermögensverwaltung. Die Erfahrung zeigt, dass auf dieser Grundlage die Bereitschaft der ärztlichen und pflegerischen Leitung wesentlich erhöht wird, an einer wirtschaftlichen Betriebsführung mitzuwirken und auch in dieser Hinsicht Verantwortung zu übernehmen. So können auch die Bedingungen für den fachlichen Betrieb einer psychosomatischen Klinik oder Abteilung kooperativ abgestimmt werden, insbesondere im Hinblick auf die Personalausstattung. Gleiches gilt für strategische Ziele wie z.B. eine Erweiterung des Kranken-

hauses. Auch hier sollte über etwa notwendige Vorleistungen z.B. bei den Belegungszahlen oder über eine sukzessive Personalaufstockung gemeinsam entschieden werden.

Insbesondere die Personalplanung und -entwicklung stellt dabei die fachliche wie die betriebswirtschaftliche Leitung heute und in absehbarer Zukunft angesichts des Fachkräftemangels vor die allergrößten Aufgaben. Es gilt, die mittel- und langfristige Mitarbeit der angestellten Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Spezialtherapeuten zu sichern. Neben dem Führungsstil ist dabei eine hohe Qualität der fachlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung entscheidend, ganz unmittelbar für die Mitarbeiter selbst, aber auch für eine hochwertige Patientenversorgung, die wiederum die Attraktivität des Arbeitsplatzes steigert. Deswegen sind zwischen Geschäftsführung und ärztlicher und pflegerischer Leitung langfristige Entwicklungsperspektiven kooperativ zu entwickeln. Dabei müssen die Wirtschaftlichkeit bzw. die wirtschaftliche Existenz, die Attraktivität der täglichen Arbeit am Patienten, Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Bedürfnisse der einzustellenden Mitarbeiter – etwa im Hinblick auf Teilzeitbeschäftigungen oder die Familienverträglichkeit ihrer Arbeit – berücksichtigt werden, um nur die wichtigsten Aspekte zu nennen.

Wenn hingegen ökonomischen Zielen im Sinne einer Shareholder-Orientierung die oberste Priorität eingeräumt und damit der zu erzielende Profit zum wichtigsten Unternehmensziel wird, werden zwangsläufig die für eine optimale Patientenbehandlung ebenfalls erforderlichen anderen Diskurse in ihrer Durchsetzungskraft beschnitten. Auch wenn man konzediert, dass die privatwirtschaftlich organisierten Konzerne zuvor brachliegende wirtschaftliche Reserven erschließen und damit Krankenhausbehandlungen wirtschaftlicher gestalten konnten, so sind andererseits auch die negativen Folgen nicht zu übersehen,

die in den somatischen Fächern vielleicht rascher deutlich werden als in der stationären Psychotherapie. Dabei ist nicht davon auszugehen, dass Geschäftsführer oder Krankenhausleiter mit einem der üblichen beruflichen Werdegänge in der Betriebswirtschaft bzw. im Krankenhausmanagement die besonderen Anforderungen der stationären Psychotherapie unmittelbar verstehen. Hier sind die Abteilungsleitungen in besonderem Maße gefordert, deutlich zu machen, wie wichtig etwa ein stabiler Rahmen für die Mitglieder der multiprofessionellen Teams als wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige therapeutische Arbeit ist, dass gewisse Mindestaustauschzeiten für die Teams fachlich notwendig sind und dass die Patienten in gleicher Weise einen solchen stabilen institutionellen Rahmen benötigen. Entsprechend müssen z. B. Renovierungsarbeiten sorgfältig angekündigt werden, da für manche Patienten bereits ein unerwarteter Raumwechsel eine schwer zu verarbeitende Belastung darstellt. Auch aus wirtschaftlichen Gründen erforderliche Veränderungen bzw. Einschnitte bei der Personalausstattung müssen, wenn sie denn unumgänglich sind, langfristig (mindestens drei Monate) vorbereitet werden, damit die Organisation der therapeutischen Arbeit durch die multiprofessionellen Teams darauf konzeptionell eingestellt werden kann.

Insgesamt bieten vor diesem geschilderten Hintergrund unseres Erachtens Stakeholder-Orientierungen im Rahmen einer gemeinnützigen GmbH bessere Möglichkeiten, eine qualitativ hochwertige stationäre Psychotherapie anzubieten, als die Shareholder-Orientierung im Rahmen anderer Gesellschaftsformen, z. B. einer gewerblich orientierten Aktiengesellschaft mit Profitorientierung. In jedem Falle ist es zusätzlich von entscheidender Bedeutung, in welchem Ausmaß und auf welche Art die zuständigen Kontroll- und Aufsichtsgremien Einfluss auf die operative Arbeit der

Krankenhäuser und Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. für Psychiatrie und Psychotherapie nehmen.

## Literatur

- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Zahlen – Daten – Fakten 2014. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausgesellschaft mbH 2014.
- Haas HS. Unternehmen für Menschen. Diakonische Grundlegung und Praxisherausforderungen. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Hildenbrand G, Janta B, Heuft G. Struktur- und Prozessqualitätsstandards für Kliniken und Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. *Ärztl Psychother* 2014; 60(4): 175–81.
- Kuhn-Thiel C. Kodier- und Abrechnungsprüfung im PEPP-System. Vortrag des Leiters des Fachreferats Psychiatrische Versorgung des MDK Baden-Württemberg in Hamburg am 17.01.2016.
- Löhr M, Liekenbrock A, Vilsmeier F, Hemkendreis B, Nienaber A, Klessmann R, Wabnitz P, Schindler C, Sauter D, Oppermann G, Ludowisy-Dehl S, Schulz M, Heuft G. Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. *Z Psychosom Med Psychother* 2016; 62: 150–66.
- Siegrist J. Ungleiche Gesundheitschancen in modernen Gesellschaften. Schriften der Philosophisch-historischen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Vol. 44. Heidelberg: Universitätsverlag Winter 2007.
- Spitzer C, Rulkötter N, Dally A. Stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt* 2016; 87: 99–110.
- Steinle S. Kommunikation als zentrales Element in der Psychosomatischen Medizin: Eine Analyse der Arbeitssituation von Ärzten und Psychologen. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. medicinae, vorgelegt der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin 2011.
- Zingel A, Schröder U, Chytrek S, Wortmann S. Ernährung in der Rehabilitation. In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 268–72.

## 36 Normierung des Zwischenmenschlichen? – Qualitäts- und Risikomanagement

Christoph Schmeling-Kludas

### Zusammenfassung

Dieses Kapitel über Qualitäts- und Risikomanagement gibt einen kurzen Überblick über die für die Krankenhäuser in den letzten zwei Jahrzehnten wirksam gewordenen gesetzlichen Regelungen sowie aktuell häufig genutzte Zertifizierungsmöglichkeiten. Im Anschluss wird beispielhaft erläutert, in welchen Bereichen und bei welchen Fragestellungen stationäre Psychotherapie besonders von einem Qualitäts- und Risikomanagement profitieren kann.

### 36.1 Gesetzliche Vorgaben für Krankenhäuser

Der im deutschen Sprachraum bis Anfang der 1990er-Jahre überwiegend benutzte Begriff »Qualitätssicherung« wurde in vielen Zusammenhängen durch die Bezeichnung »Qualitätsmanagement« ergänzt bzw. abgelöst. Qualitätsmanagement wird in der internationalen Norm EN ISO 8402:1994 definiert als *»alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen«* (Deutsche Gesellschaft für Qualität 1995).

Die Rehabilitation übernahm bei der Entwicklung verbindlicher und extern überprüfbarer Standards für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Psychotherapie eine Vorreiterrolle (► Überblick

für die psychosomatische Rehabilitation bei Schmidt et al. 2015).

In den letzten beiden Jahrzehnten hat das Qualitätsmanagement aber auch im Krankenhausbereich immer mehr an Bedeutung gewonnen. 1997 wurden die für die Qualität der medizinischen Versorgung relevanten Paragraphen 135a und 137 des SGB V novelliert. Sie beinhalten die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Qualitätssicherung und zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements und regeln, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für zugelassene Krankenhäuser die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein **einrichtungsinternes Qualitätsmanagement** bestimmt. Eine erste Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde im Juni 2005 getroffen (G-BA 2005); sie beinhaltet unter anderem:

- die Orientierung an der Methodik des »Plan-Do-Check-Act«-Zyklus (PDCA-Zyklus)
- die Verantwortlichkeit der Krankenhausleitung für die operative Umsetzung
- die Erfordernis, ein übergeordnetes zentrales Gremium mit Anbindung an die Krankenhausleitung einzurichten, das für die Steuerung, Koordinierung und Realisierung der in den dezentralen Arbeitsgruppen konzipierten Maßnahmen der internen Qualitätssicherung zuständig ist
- die Verpflichtung zur eingehenden Infor-

mation und Integration der Krankenhausmitarbeiter

2010 folgte die **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung** (G-BA 2010). Als wichtiger weiterer Schritt wurde im Januar 2014 festgelegt, dass ein klinisches **Risikomanagement** und **Fehlermeldesystem** zur Verbesserung der Patientensicherheit einzurichten sind (G-BA 2014a). Hierzu gehören:

- die Identifikation und Analyse von Risiken unter Einbeziehung auch der Patientenperspektive
- die Vermeidung von Doppelstrukturen beim Qualitäts- und Risikomanagement, d.h. die Zusammenführung in einem Bereich bzw. einer Stabsstelle
- ein für alle Mitarbeiter niederschwellig zugängliches und einfaches Fehlermeldesystem sowie ein strukturierter Umgang mit den gemeldeten Fehlern
- die Einrichtung von krankenhausesübergreifenden Fehlermeldesystemen, damit die Krankenhäuser voneinander lernen können
- ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit zügiger und transparenter Bearbeitung der Beschwerden

Noch im selben Jahr, 2014, wurde die Gründung eines »Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen« (IQTIG) in die Wege geleitet, das fachlich unabhängig wissenschaftlich fundierte Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung liefern und das »Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen« (AQUA-Institut) ablösen sollte, das den Gemeinsamen Bundesausschuss zunächst beraten hatte.

Ende 2015 trat dann das Krankenhausstrukturgesetz in Kraft, das vorsieht, dass die Bundesländer Qualitätsindikatoren bei der

**Krankenhausplanung** berücksichtigen können (nicht müssen) und dass schlechte Qualität bei der Krankenversorgung künftig mit **Vergütungsabschlüssen** bestraft werden kann. Damit wird die Einnahmesituation oder sogar die Existenz der Krankenhäuser potenziell von der jeweils erreichten Behandlungsqualität abhängig gemacht.

Zunächst wurden vor allem für operative Eingriffe einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren bestimmt. 2012 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen, zwei Jahre später wurde dieser Beschluss geändert und dahingehend konkretisiert, dass als Erstes ein Qualitätssicherungsverfahren für volljährige Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen zu erarbeiten sei. Gemessen werden sollen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (G-BA 2014b). Der Gemeinsame Bundesausschuss und andere Institutionen veröffentlichen ständig weitere Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung für Krankenhäuser und zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. Der jeweils aktuelle Stand kann mit den entsprechenden Suchbegriffen über das Internet in Erfahrung gebracht werden.

In allen Fachgebieten wird kontrovers darüber diskutiert, wie (und sogar ob) Parameter zur Qualitätsmessung für Krankenhausbehandlungen entwickelt und mit vertretbarem Aufwand eingesetzt werden können. Unter anderem geht es darum, auszuschließen, dass unterschiedliche Voraussetzungen aufseiten der Patienten (z. B. Schweregrade von Erkrankungen oder Komorbiditäten) Messungen der Ergebnisqualität verfälschen. Eine andere Anforderung besteht darin, dass die Messungen der Ergebnisqualität nicht durch Manipulationen beeinflussbar sein dürfen.

Für das Gebiet der stationären Psychotherapie halten wir einen Prä-Post-Vergleich von Selbsteinschätzungen der Patienten mit bewährten Instrumenten für einen gangbaren Weg. Bewährte und bereits recht verbreitete Instrumente sind z.B. die »Symptomcheckliste« (SCL; Franke 1995; Harfst et al. 2002) und das »Inventar interpersonaler Probleme« (IIP; Horowitz et al. 1994), die zwei psychotherapeutisch relevante Ergebnisbereiche mit guter Reliabilität, Validität und Veränderungssensitivität messen. Zudem können aus den Ausgangswerten Hinweise auf die Vergleichbarkeit der Voraussetzungen auf Patientenseite gewonnen werden. Eine qualitativ gleichwertige Alternative zur Symptomcheckliste ist der Fragebogen »ICD-10-Symptom-Rating« (ISR; Tritt et al. 2008), der (noch) nicht so verbreitet ist wie diese, dafür aber ohne Lizenzgebühren benutzt werden kann. Ergänzend wäre eine Einigung auf zumindest einige störungsspezifische Instrumente wünschenswert, die einrichtungs- und sektorenübergreifend einzusetzen wären. Da sich Behandlungserfolge bei den interpersonellen Problemen und im sozialen Bereich oft erst in den Monaten nach der Entlassung in vollem Umfang abbilden, sind zusätzliche katamnestische Messungen zu erwägen (z. B. nach sechs oder zwölf Monaten). Dabei sind allerdings die Einflüsse von Lebensereignissen, der realisierten Anschlussbehandlung und weiterer Variablen zu berücksichtigen, die im Katamnesezeitraum einwirken können. Auch ist der vergleichsweise hohe Aufwand von Nachbefragungen zu bedenken.

Zusammengefasst sind Qualitäts- und Risikomanagement im Krankenhaus in den beiden letzten Jahrzehnten zu einem Bereich mit eigenen Strukturen, eigenen Abläufen, einer eigenen »Denke« und einer eigenen Sprache geworden. Ausgehend von einem einrichtungsinternen Ansatz werden inzwischen einrichtungs- und sektorenübergreifende Quali-

tätsbeurteilungen erarbeitet – mit möglichen Konsequenzen für die wirtschaftliche Situation oder gar Existenz der Krankenhäuser. Darauf müssen sich auch die Krankenhäuser und Abteilungen für stationäre Psychotherapie einstellen.

## 36.2 Zertifizierungen

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung haben viele Krankenhäuser dahingehend umgesetzt, dass sie sich einem Zertifizierungsprozess unterzogen, auch wenn ein solcher bislang nicht zwingend vorgeschrieben ist. Dabei haben sich die folgenden zwei Systeme etabliert:

- Zertifizierung nach Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)
- Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001

Zahlen aus dem Jahr 2013, die allerdings mit gewissen Unsicherheiten behaftet sind, ergaben, dass sich ca. 57 % der etwa 2000 bundesdeutschen Krankenhäuser bislang nicht hatten zertifizieren lassen, 529 waren nach KTQ und 350 nach ISO 9001 zertifiziert, Letztere mit steigender Tendenz. Der aktuell zu verzeichnende Trend von KTQ zu ISO 9001 erklärt sich vor allem durch den sehr aufwendigen Selbstbeurteilungsteil bei der Zertifizierung nach KTQ. DIN EN ISO 9001 vereinfacht demgegenüber die Anpassung des Qualitätsmanagementsystems an die jeweilige Krankenhausrealität. Dies mag überraschen, da DIN EN ISO 9001 eine allgemeingültige und daher z.B. auch von der Autoindustrie verwendete Norm darstellt.

Die genannten Zertifizierungssysteme durchlaufen ihrerseits eine Entwicklung. So gewichtet z.B. die Fassung der ISO aus dem Jahr 2017 (ISO 9001:2015) unter anderem folgende Aspekte stärker:



- die Ausrichtung des Qualitätsmanagementsystems an der strategischen Ausrichtung der Organisation
- eine Erweiterung und Festlegung der für das QM-System eines Unternehmens relevanten interessierten Parteien und deren Anforderungen
- eine immer stärkere Betonung des prozessorientierten Ansatzes (umfassendes und systematisches Prozessmanagement)
- eine stärkere Verpflichtung der obersten Leitung
- den systematischen Umgang mit Risiken (Risikomanagement) und Chancen
- das sogenannte Wissensmanagement (Verfügbarkeit des notwendigen Wissens für alle Mitarbeiter)
- eine vermehrte Nutzung der IT für die Dokumentation des Qualitätsmanagements anstelle der bisher auf Papier ausgedruckten Handbücher und anderer Dokumente

Die jeweils aktuellen Regelungen sind über das Internet unter den entsprechenden Stichworten (KTQ, DIN EN ISO usw.) zugänglich.

### 36.3 Qualitäts- und Risikomanagement für psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen

Die Implementierung von Qualitäts- und Risikomanagement erfordert die Einrichtung einer entsprechenden Stabsstelle, die Benennung von Qualitätsmanagement- und Risikobeauftragten in den verschiedenen Abteilungen und Bereichen des jeweiligen Krankenhauses sowie die Einrichtung eines Lenkungsgremiums, welches das Qualitäts- und Risikomanagementsystem steuert. Darüber hinaus werden für die Ausgestaltung und »Bedienung« des Systems Dokumentationen und Daten aus allen Bereichen des Krankenhauses

benötigt, was weitere personelle Ressourcen bindet. Und schließlich stehen die Sprache und die formalisierten Abläufe des Qualitäts- und Risikomanagements in gewissem Kontrast zu den Vorgehensweisen in der Psychotherapie – Liebe auf den ersten Blick ist da nicht unbedingt zu erwarten.

Aber einmal abgesehen von der Tatsache, dass die stationäre Psychotherapie von den für alle Krankenhäuser gültigen Verpflichtungen nicht ausgenommen ist, zeigt sich bei genauerem Hinsehen, dass die Implementierung eines Qualitäts- und Risikomanagements für psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen ausgesprochen vorteilhaft sein kann. Das soll im Folgenden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, für einige Bereiche verdeutlicht werden.

#### 36.3.1 Gesetzliche Regelungen, Vorschriften und Dokumentationspflichten für Krankenhäuser

Gesetzliche Regelungen, Vorschriften zu bestimmten Abläufen und Dokumentationspflichten nehmen ständig zu. Dies betrifft u. a. folgende Bereiche:

- Hygiene
- Arbeits- und Gesundheitsschutz inkl. von Gefährdungsbeurteilungen
- Brandschutz
- Umweltschutz
- Strahlenschutz
- Apothekenversorgung und Umgang mit Betäubungsmitteln
- Medizinprodukte
- Mindestlohn, betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)
- Datenschutz und Datensicherheit
- Abrechnung mit den Krankenkassen und anderen Kostenträgern und Übermittlung der gesetzlich vorgeschriebenen Daten

Mithilfe des Qualitäts- und Risikomanagements kann gewährleistet werden, dass die erforderlichen Abläufe eingehalten werden und Neuerungen kontinuierlich in die Routine des Krankenhauses einfließen können.

### 36.3.2 Behandlung

Die Qualität von stationärer Psychotherapie beruht vor allem darauf, dass die Behandler die Beziehung zum Patienten positiv gestalten und ihre persönlichen therapeutischen Möglichkeiten weiterentwickeln können, u. a. durch den Austausch im Team, durch Supervision und die Fähigkeit zur Selbstkritik. Ein Qualitäts- und Risikomanagementsystem kann das nicht per se herbeiführen, wohl aber zu einem stabilen Arbeitsumfeld beitragen, das derartige Weiterentwicklungen befördert, z. B. durch:

- die Festlegung von Prozessen im Zusammenhang mit der Patientenbehandlung von der Aufnahme bis zur Entlassung und darüber hinaus (Entlassmanagement)
- Standards im Hinblick auf die durchzuführende Diagnostik in somatischer und psychotherapeutischer bzw. psychologischer Hinsicht
- Standards im Hinblick auf die Patientenaufklärung über die durchzuführende Behandlung sowie über ihre Risiken und Nebenwirkungen bzw. unerwünschte Wirkungen
- Standards bei Therapiemaßnahmen, z. B. bei medikamentösen Behandlungen, dem Umgang mit Suizidalität oder dem Vorgehen bei Zwangsverlegungen
- Standards im Hinblick auf die zu erstellende Behandlungsdokumentation

Besonders am letzten Punkt wird deutlich, dass von verschiedenen Seiten z. T. sehr unterschiedliche Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser gestellt werden: Die Dokumentation muss z. B.

- rechtlichen Anforderungen genügen,
- die Daten liefern, auf welche die Krankenkassen Anspruch haben und die für die Abrechnung benötigt werden,
- den Prüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung standhalten,
- Ärzten und Psychotherapeuten die für die Weiterbehandlung der Patienten notwendige Information liefern und
- zugleich die Einsichtsrechte der Patienten in ihre Krankenakte berücksichtigen.

Es resultieren umfangreiche Dokumentationsnotwendigkeiten, beginnend von der Basisdokumentation (sog. Psy-BaDo; Heuft & Senf 1998) über die inhaltliche Dokumentation zur durchgeführten Behandlung bis hin zu den Anforderungen, die mit der »Psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen« (Operationen- und Prozedurenschlüssel [OPS] 9-63) verbunden sind (► Kap. 34). Qualitätsmanagement kann zur Erfüllung dieser Notwendigkeiten erheblich beitragen.

### 36.3.3 Mitarbeiterführung und -betreuung

Festlegungen bzw. Regelungen sind hier u. a. vorteilhaft für:

- Dienstplanung, Urlaubsplanung
- Arbeitszeiten und Teilzeittätigkeiten
- Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Pflichtfortbildungen
- Supervision
- die Durchführung und die Ziele regelmäßiger Mitarbeitergespräche
- Führungsgrundsätze

### 36.3.4 Strategische Fragen und Risiken

Im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagements kommen ferner auf strukturierte Weise und in regelmäßigen Zeitabständen strategische Fragen und Risiken auf die Agenda der Krankenhausleitung, z.B. ob neue diagnostische oder therapeutische Vorgehensweisen in der Klinik eingeführt, Spezialangebote etabliert oder bestimmte Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften eingeleitet werden sollten. Fragen der langfristigen Existenzsicherung und der Weiterentwicklung des Krankenhauses erfahren so die erforderliche Aufmerksamkeit und gehen nicht im Alltagsgeschäft unter, z.B.:

- Welches Angebot will das Krankenhaus unterbreiten?
- Wie stellt sich das in der Konkurrenz zu anderen Krankenhäusern dar?
- Wie stellt sich das angesichts möglicher Veränderungen aufseiten der Patienten dar (z.B. durch Zunahme des Durchschnittsalters oder Änderungen im Krankheitspektrum)?
- Wie kann die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses langfristig erhalten und verbessert werden?

## 36.4 Aufbau und Organisation eines Qualitäts- und Risikomanagements

Angesichts des geschilderten Kontrastes zur Psychotherapie ist das Qualitäts- und Risikomanagement auf die volle Unterstützung der Geschäftsführung bzw. der Krankenhausleitung angewiesen. Ziel sollte es nicht nur sein, das für die Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften oder die Erreichung einer Zertifizierung unbedingt Erforderliche zu tun, sondern ein Qualitäts- und Risikomanagementsystem

zu implementieren, das zu den Abläufen und Anforderungen des jeweiligen Krankenhauses bzw. der Abteilung für stationäre Psychotherapie passt und die Abläufe tatsächlich verbessert und erleichtert.

Für den Aufbau eines Qualitäts- und Risikomanagementsystems müssen zunächst einmal personelle und finanzielle Ressourcen investiert werden, bevor sich die Vereinheitlichung von Abläufen, Formularen, Regularien usw. durch die schließlich eintretende Aufwandsreduktion teilweise wieder auszuzahlen beginnt. Die Erfahrung zeigt, dass es in diesem Prozess auch zu überschießenden Regularierungen durch das Qualitätsmanagement kommen kann, u. U. noch befördert durch die im Rahmen von Zertifizierungsaudits von externen Auditoren an die Krankenhäuser gestellten Qualitätsanforderungen. Die Frage »Was hilft uns wirklich in der täglichen Arbeit?« sollte deswegen beim Aufbau eines Qualitäts- und Risikomanagementsystems immer wieder gestellt und beantwortet werden. Es sei an dieser Stelle ausdrücklich erwähnt, dass im Rahmen von KTQ- und DIN EN ISO-Zertifizierungen einzelne geforderte Strukturen oder Maßnahmen von der Geschäftsführung mit der Begründung der Unwirtschaftlichkeit abgelehnt werden können, ohne dass deswegen die Zertifizierung abgelehnt werden darf.

Zum Abschluss seien – wiederum ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige organisatorische Strukturen und Maßnahmen genannt, die sich aus unserer Sicht im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagements bewährt haben:

- die Platzierung der Leitung des Qualitäts- und Risikomanagements als direkt der Geschäftsführung bzw. Krankenhausleitung unterstehende Stabsstelle
- die Benennung von Qualitätsmanagementbeauftragten für die verschiedenen Bereiche des Krankenhauses und die Zurverfü-

gungstellung ausreichender zeitlicher Ressourcen für die Erfüllung ihrer Aufgaben

- die Bereitstellung eines sog. Content-Management-Systems, über das allen Mitarbeitern die für die Klinik erarbeiteten Verfahrensanweisungen, Mitarbeiter- und Patienteninformationen, Formulare, Dokumente usw. zur Verfügung stehen
- ein einheitliches Aufzeichnungs- und Dokumentenmanagement
- gezieltes (und soweit sinnvoll einheitliches) Projektmanagement
- ein regelmäßiger externer Austausch bzw. entsprechende Beratungen als Ergänzung interner Audits bzw. Wirksamkeitsüberprüfungen

## Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V. Begriffe zum Qualitätsmanagement. 6. Aufl. Berlin: Beuth 1995.
- Franke GH. SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test 1995.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in der Fassung vom 21. Juni 2005.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL) in der Fassung vom 19. April 2010.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser: Umsetzung des § 137 Absatz 1d Satz 1 SGB V. 2014a.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen vom 19. Juni 2014. 2014b.
- Harfst T, Koch U, Kurtz von Aschoff C, Nutzinger DO, Rüddel H, Schulz H. Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checkliste-90-R. DRV-Schriften 2002; 33: 71–5.
- Heuft G, Senf W. Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart: Thieme 1998.
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. IIP-D. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Weinheim: Beltz Test 1994.
- Schmidt J, Nübling R, Schmidt-Ott G. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung, In: Schmidt-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C, Paar G, Meermann R, Lamprecht F (Hrsg). Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2015; 441–72.
- Tritt K, Heymann F v, Zaudig M, Zacharias I, Söllner W, Loew T. Entwicklung des Fragebogens »ICD-10-Symptom-Rating« (ISR). Z Psychosom Med Psychother 2008; 54: 409–18.

## 37 Recht und Gesetz – Juristische Aspekte

Michael Hölzer, Helge Hölzer und Tobias David Hölzer

### Zusammenfassung

Ziel dieses Kapitels ist es, den Leser bezüglich rechtlicher Fragestellungen in der stationären Psychotherapie zu sensibilisieren, dabei juristische Grundbegriffe kurz zu erläutern und die für eine Krankenhausbehandlung wichtigsten Gesetze bzw. wesentliche Passagen daraus zu zitieren. Diese »objektive« Seite der Gesetzgebung hat nicht nur im stationären Kontext eine subjektive Entsprechung, sie muss durch konkrete Personen im Alltag gelebt werden. Gesetze und Rechtsprechung konfliktieren häufig mit therapeutischen Überzeugungen. Es ergeben sich im stationären Alltag eine Reihe von Widersprüchen im Spannungsfeld zwischen rechtlichen Vorschriften und klinischer Notwendigkeit, die nicht ohne Weiteres aufgelöst werden können, sondern, im Gegenteil, häufig eine beträchtliche Dynamik entfalten. Um Verwicklungen vorzubeugen bzw. diesen besser zu begegnen, sollten die einzelnen Behandler bzw. die Berufsgruppen über die Grundzüge der Rechtssituation im Krankenhaus Bescheid wissen. Die Lektüre des »Juristischen Glossars« (► am Ende von Abschn. 37.1) verschafft diesbezüglich einen ersten Überblick. Anhand von drei Fallbeispielen sollen typische Konflikte exemplarisch beschrieben werden. Mit den Formularen zur »Dokumentierten Patientenaufklärung« (► Abschn. 37.3) und zur »Schweigepflichtsentbindung« (► Abschn. 37.5) soll exemplarisch gezeigt werden, wie der Umgang mit sich im Alltag häufig ergebenden Fragestellungen durch deren Systematisierung bedeutend erleichtert werden kann.

### 37.1 Vorbemerkungen

Juristische Aspekte haben die Medizin und damit auch die Psychosomatik und die Psychiatrie im Verlauf der letzten Jahre und Jahrzehnte in zunehmendem Maße geprägt. Die »Risiken und Nebenwirkungen« sowohl der Gesetzgebung als auch der Rechtsprechung sind mittlerweile selbst für den Fachmann immer schwieriger zu überschauen. Nicht zuletzt das am 26.02.2014 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz stellt erhebliche Anforderungen an die ärztliche Kommunikation, Dokumentation und Behandlung. Schon ein routinemäßiger Behandlungsvertrag, den ein Patient mit dem Träger eines Krankenhauses abschließt, beinhaltet als »Komplexleistung« eine Vielzahl unterschiedlicher vertraglicher Konstruktionen. Er berührt mit den strukturellen Elementen des Dienstvertrages (ärztliche Behandlung), des Beherbergungs-/Mietvertrages (Unterbringung), des Kaufvertrages (Verpflegung), des Verwahrungsvertrages (eingebrachte Sachen des Patienten) und des Werkvertrages (technische Dienstleistungen im Rahmen der Behandlung) (Robbers & Wagener 2006) eine große Zahl von Rechtsgebieten. Juristische Laien dürften in der Bewertung der damit verbundenen Fragestellungen völlig überfordert sein. Auch wenn Psychiatrie und Psychosomatische Medizin bislang nicht im Fokus der Juristen standen, so ist doch in Zukunft auch hier mit einer erheblichen Zunahme einschlägiger Auseinandersetzungen zu rechnen. Ob es die Rechtmäßigkeit der Indikation zu einer Krankenhausbehandlung und deren Notwendigkeit

ist, ob es Aufklärungs- und Dokumentationspflichten sind, Behandlungsfehler oder Abrechnungsfragen – immer häufiger werden bereits heute solche Sachverhalte vor den dafür zuständigen Gerichten verhandelt.

Von therapeutischer Seite wird in diesem Zusammenhang zunehmend beklagt, dass das »Eigentliche« (... womit in der Regel therapeutische Belange gemeint sind) immer weiter hinter bürokratisch-rechtlichen Verpflichtungen zurücktritt, eine Klage, die nur allzu oft im Tonfall eines offenen Vorwurfs nicht nur dem Gesetzgeber, sondern auch den Krankenhausleitungen gegenüber formuliert wird. Letzteren kommt ja die Aufgabe zu, Gesetze und Verordnungen in die Klinik hinein zu vertreten, dort gesetzeskonforme Regelungen durchzusetzen und deren Einhaltung zu kontrollieren, wodurch ein Spannungsfeld abgesteckt wird, auf dem vielfältige Auseinandersetzungen stattfinden. Übersehen wird in solchen Klagen der »Überbürokratisierung« und »Verrechtlichung«, dass Patienten vermutlich über wesentliche Teile ihrer Diagnose bzw. Therapie unaufgeklärt blieben, wären diese Sachverhalte gesetzlich nicht eindeutig geregelt und damit ein verbindlicher Rahmen geschaffen, in dem therapeutisches Handeln überhaupt erst möglich wird. Die Dokumentation würde in vielen Fällen vermutlich schwer vernachlässigt und offensichtliche Behandlungsalternativen wie auch Behandlungsfehler vielen Patienten aller Voraussicht nach nicht mitgeteilt werden. Patienten, Therapeuten und Kostenträger können sich nämlich gleichermaßen auf diese gesetzlichen bzw. vertraglichen Regelungen berufen, womit diesem rechtlichen Rahmen eine nicht zu unterschätzende triangulierende Funktion zukommt. Stationäre Psychotherapie, ob in Psychiatrie oder Psychosomatik, findet nicht im luftleeren Raum statt, sondern hat gesellschaftliche Voraussetzungen und Begrenzungen. Diese erschweren

nicht nur die Arbeit, sondern ermöglichen in Deutschland gleichzeitig auch therapieintensive stationäre Behandlungen in einer Qualität und in einem Umfang, die auch in Bezug auf ihre finanziellen Voraussetzungen auf der Welt ihresgleichen suchen.

Der aufseiten der Behandler subjektiv erlebte Druck (und innere Widerstände dagegen) dürfte nicht unerheblich auch daher rühren, dass mit Verordnungen und Gesetzen, Verträgen und Vorschriften immer auch Aspekte des »Sollens« bzw. des »Müssens« berührt werden. Was der Mensch machen »muss«, aktiviert nach psychodynamischer Lesart sein Gewissen. Das Über-Ich im Sinne verinnerlichter Normen meldet sich also zusätzlich zu den von außen auferlegten Pflichten zu Wort und damit können »äußerliche« Rechte und Gesetze zum Ausgangspunkt von allen möglichen, aber eben auch inneren Konflikten bzw. daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten werden: Behandlungsberichte werden nicht zeitgerecht geschrieben (► Kap. 34), trotz eindeutiger vertraglicher Regelungen zwischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen, die Dokumentation wird verzögert bzw. lückenhaft ausgeführt und die Einsichtsrechte des Patienten werden mit dem Hinweis auf mögliche Therapieschäden subtil boykottiert. In der Auseinandersetzung mit gesetzlichen Bestimmungen werden Aspekte des eigenen Über-Ich also immer »mitverhandelt«. Je nach Strenge der eigenen verinnerlichten, elterlichen »Gesetze und Verordnungen« werden die äußeren projektiv aufgeladen, was die souveräne und professionelle Handhabung letztlich unumgänglicher Normen und Gesetze häufig erheblich verkompliziert.



### Für stationäre Psychotherapie relevante Gesetze, Verordnungen und Verträge

- Grundgesetz (Recht der – vor allem auch informationellen – Selbstbestimmung)
- Sozialgesetzbuch (SGB V: § 39 zur Krankenhausbehandlung, § 40 zur medizinischen Rehabilitation)
- Schuldrecht (Vertragsrecht, insbesondere Patientenrechtegesetz §§ 630a ff. BGB, unerlaubte Handlungen, § 823 BGB)
- Landeskrankenhausesetze und Landesverträge (§§ 122 & 115 SGB V)
- Krankenhausfinanzierungs-Gesetz und Verordnungen zur MDK-Überprüfung (PEPP im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen; PsychVVG)
- Strafgesetzbuch (z. B. Verletzung von Privatgeheimnissen, § 203 StGB)
- Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)
- Ärztliche Musterweiterbildungsordnungen und Psychotherapeutengesetz
- Berufsordnungen (für Ärzte, Psychologen und Pflegepersonal bzw. anderer therapeutisch tätiger Behandler)

In diesem Kapitel werden also nicht nur die wichtigsten Gesetze genannt, die eine Krankenhausbehandlung rechtlich definieren. Es wird wesentlich auch um die therapeutischen Konsequenzen gehen, die mit dieser Verrechtlichung der Krankenhauspsychosomatik einhergehen – und damit um die innere Situation des Therapeuten bzw. die kommunikativen interpersonellen Besonderheiten, die Folgen der aktuellen Gesetzeslage bzw. der Kenntnis dieser Gesetze sind.

Recht und Gesetz müssen gelebt, interpretiert und bezogen werden auf den Alltag in der Klinik und damit immer auch auf den Einzelfall. Nicht zuletzt dürfte auch die Haltung, mit der einzelne Therapeuten und Teams mit Recht und Gesetz umgehen, eine

gewisse Vorbildfunktion haben für die von ihnen behandelten Patienten, deren Leben ja voll ist von »Sollen« und »Müssen« bzw. dem konflikthaften Umgang damit. Autonomie und Übernahme von mehr Selbstverantwortung als wichtige Ziele (stationärer) Psychotherapie können ja nicht bedeuten, willkürlich mit gesellschaftlichen Vorgaben umzugehen oder Gesetze nicht mehr zu beachten, nur weil man sie missbilligt. Abstrakte Gesetze müssen im klinischen Alltag also immer wieder neu »subjektiv« auf die aktuelle Situation bezogen werden. Will man die Auswirkungen, welche die Gesetze und Verordnungen auf die Betroffenen haben, »tiefer« verstehen bzw. einen mechanischen Umgang damit vermeiden, der Mitarbeiter und Teams dazu zwänge, lediglich bürokratische Rituale der Absicherung zu inszenieren, dann ist es hilfreich, sich über diese Dynamik und damit die subjektive Seite Gedanken zu machen.

### Juristisches Glossar

**Behandlungsfehler** Als Behandlungsfehler ist jeder Verstoß gegen die Regeln und Standards der ärztlichen und psychotherapeutischen Wissenschaft zu verstehen. Ob einem Arzt oder einem Psychotherapeuten ein Behandlungsfehler vorgeworfen werden kann, ist danach zu entscheiden, ob er nach den von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnissen und Erfahrungen im konkreten Fall diagnostisch und therapeutisch vertretbar und sorgfältig vorgegangen ist, wobei auf den Standard zum Zeitpunkt der Behandlung abgestellt werden muss. Unterschieden werden Diagnosefehler, die unterlassene Befunderhebung, Therapiefehler, Fehler bei der therapeutischen Aufklärung, Übernahmeverschulden, Organisationsfehler und Koordinationsfehler im Rahmen der Arbeitsteilung.

**Beweislast** Dabei geht es um die Frage, wer in einem Prozess was zu beweisen hat. Nach dem

Patientenrechtegesetz gilt grundsätzlich, dass der geschädigte Patient sowohl den schuldhaften Behandlungsfehler als auch den bei ihm eingetretenen Gesundheitsschaden und den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem schuldhaften Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden nachzuweisen hat. Der Arzt bzw. der Krankenhausträger muss die korrekte Aufklärung beweisen.

**Beweislastumkehr** Nach dem Patientenrechtegesetz kann es insbesondere bei einem »groben« Behandlungsfehler zu einer Umkehr der Beweislast kommen. Ein »grober« Behandlungsfehler wird von der Rechtsprechung angenommen, wenn die Behandlung in »schlechterdings nicht mehr nachzuvollziehender Weise« gegen den medizinischen Standard verstoßen hat. Eine Umkehr der Beweislast wegen des Nichterhebens medizinisch gebotener Befunde kann bereits unterhalb der Schwelle zum »groben« Behandlungsfehler angenommen werden, wenn eine gebotene Befunderhebung unterlassen wurde, wahrscheinlich ist, dass die gebotene Untersuchung zu einem reaktionspflichtigen Befund geführt hätte und es »grob« fehlerhaft gewesen wäre, auf diesen Befund nicht adäquat zu reagieren. Die Umkehr der Beweislast wegen eines »groben« Behandlungsfehlers und/oder des Nichterhebens medizinisch gebotener Befunde betrifft nicht die Frage, ob ein schuldhafter Behandlungsfehler, also ein vorwerfbarer Verstoß gegen den medizinischen Standard, vorliegt, sondern die Frage, ob zwischen einem feststehenden Behandlungsfehler und dem im weiteren Verlauf entstandenen Gesundheitsschaden ein ursächlicher Zusammenhang besteht. In den Fällen eines sogenannten »voll beherrschbaren Risikos« (Lagerung, Einhaltung der Regeln der Hygiene und Asepsis etc.) wird nach dem Patientenrechtegesetz ein Fehler des Behandlers vermutet, wenn sich ein beherrschbares Risiko verwirklicht hat.

**Delegation** Die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten auf anderes ärztliches oder nichtärztliches Personal. Bei der Delegation muss sich der delegierende Arzt versichern, dass der

ärztliche oder nichtärztliche Mitarbeiter, auf den eine Aufgabe delegiert wird, ausreichend ausgebildet ist, und die Behandlung ggf. auch überwachen bzw. den Mitarbeiter kontrollieren.

**Deliktsrecht, deliktische Haftung** Strafrechtliche Haftung für Schäden, die aus sogenannten »unerlaubten Handlungen« bestehen. Neben der deliktischen Haftung kann sich die Haftung des Arztes und des Krankenhausträgers vor allem auch aus einer Vertragsverletzung (vertragliche Haftung) ergeben.

**Erfüllungsgehilfe** Ärztliche und/oder nichtärztliche Mitarbeiter, derer sich der Vertragspartner des Patienten (Krankenhausträger, MVZ, Gemeinschaftspraxis etc.) zur Erfüllung seiner Verpflichtungen aus dem Behandlungsvertrag bedient und für deren vertragliche Schlecht- oder Minderleistung er – und nicht der Erfüllungsgehilfe – vertraglich haftet. Der Erfüllungsgehilfe kann in diesen Fällen aber aus »unerlaubter Handlung« haften.

**Facharztstandard** Behandlung nach den anerkannten, z. B. in Richtlinien, Leitlinien, der medizinischen Literatur veröffentlichten medizinisch-wissenschaftlichen Standards mit der Sorgfalt eines gewissenhaft arbeitenden Facharztes. Ein »Facharztpatent« (die erfolgreich abgelegte Facharztprüfung) wird zur Einhaltung des Facharztstandards nicht zwingend vorausgesetzt. Der Nachweis der dem Facharztstandard entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten kann auch anders (Operationskatalog, Nachweis einer ausreichenden Zahl von Behandlungen etc.) erfolgen.

**Fahrlässigkeit** Das Außer-Acht-Lassen der im Verkehr – bzw. bei der Behandlung von Patienten – erforderlichen Sorgfalt. »Grobe« Fahrlässigkeit wird bei einer besonders gravierenden Sorgfaltspflichtverletzung angenommen, wobei der sogenannte »grobe« Behandlungsfehler bereits unterhalb der Schwelle zur »groben« Fahrlässigkeit angenommen werden kann.

**Garantenstellung** Die ärztliche Garantenstellung ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag. Durch den Behandlungsvertrag wird der Arzt verpflichtet, die Behandlung lege artis durchzuführen und Schaden vom Patienten abzuhalten. Bedeutsam ist die Garantenstellung des Arztes vor allem auch in den Fällen, in denen Maßnahmen, zu denen der Arzt aus dem Behandlungsvertrag verpflichtet wäre, unterlassen werden.

**Körperverletzung** Jeder Eingriff in die »körperliche« Integrität eines Menschen, der geeignet ist, zu einem Gesundheitsschaden zu führen und der nur dann nicht strafbar ist, wenn der Patient zuvor wirksam eingewilligt hat. Dies gilt nicht nur für Operationen, sondern auch für psychosomatische, psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen.

**Leitlinien** Leitlinien sind die Definition des medizinischen Standards durch die jeweiligen Fachgesellschaften zum Zeitpunkt ihrer Verkündung. Sie sollen den Ärzten zur Entscheidungsfindung in spezifischen medizinischen Konstellationen dienen und beruhen auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie den in der Praxis bewährten Verfahren. Auch wenn Leitlinien für Ärzte keine unmittelbare rechtliche Bindungswirkung haben und ein Nichteinhalten der Leitlinien nicht »automatisch« zur Annahme einer Pflichtverletzung bzw. zur Haftung führt, haben Leitlinien als Definition des medizinischen Standards erhebliche forensische Bedeutung, nachdem eine nicht dem Standard entsprechende Behandlung in der Regel auch vorwerfbar fehlerhaft ist.

**Richtlinien** Richtlinien (Mutterschafts-Richtlinie, Richtlinie für die Herstellung und Anwendung von Blutprodukten etc.) sind untergesetzliche Rechtsnormen, die für den Arzt – im Gegensatz zu Leitlinien – verbindlich sind und grundsätzlich eingehalten werden sollten. Sie stellen den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt ihres Erlasses dar. Bei Nichtbeachtung der generell abstrakten Handlungsanweisungen einer Richtlinie kann ein schuldhafter Behandlungsfehler (widerlegbar) vermutet werden.

**Selbstbestimmungsrecht** Das grundgesetzlich geschützte Recht auf freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit ist im Bereich des Medizinrechts vor allem als Grundlage der Aufklärungspflichten von Bedeutung. Nur der Patient, der ordnungsgemäß über seine Erkrankung, die geplante Behandlung, Behandlungsalternativen und mit der Behandlung verbundene Risiken und Komplikationsmöglichkeiten aufgeklärt worden ist, kann wirksam (selbstbestimmt) in eine medizinische Behandlung einwilligen.

**Strafrecht** Das Rechtsgebiet, das bestimmte menschliche Handlungen unter Strafe stellt. Mit dem Strafrecht setzt der Staat sein staatliches Gewaltmonopol zum Schutz verschiedener Rechtsgüter (Leben, Eigentum, Sicherheit, Persönlichkeitsrechte etc.) gegenüber dem subordinierten Bürger durch.

**Übernahmeverschulden** Von einem Übernahmeverschulden geht die Rechtsprechung aus, wenn ärztliches und/oder nichtärztliches Personal oder ein Krankenhausträger trotz unzureichender Ausbildung oder Ausstattung eine Behandlung übernimmt, obwohl die ungenügende Qualifikation bzw. Ausstattung hätte erkannt werden müssen und die Behandlung nicht hätte übernommen werden dürfen.

**Zivilrecht** Gesamtheit der Norm und Grundsätze, die im Gegensatz zum öffentlichen Recht bzw. Strafrecht die Rechtsverhältnisse zwischen rechtlich gleichgestellten natürlichen und juristischen Personen regeln. Das Subordinationsverhältnis zwischen Staat und Bürger, durch welches das Strafrecht gekennzeichnet ist, besteht im Zivilrecht nicht. Im Zivilrecht stellt der Staat für den Fall einer Auseinandersetzung lediglich den »Schiedsrichter« – das Gericht – und die »Spielregeln« – vor allem die Zivilprozessordnung (ZPO) und das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB).

## 37.2 Ethische Aspekte

Ethische Aspekte lassen sich in diesem Zusammenhang von juristischen Aspekten nicht grundsätzlich trennen. Letztlich werden Gesetze und Verordnungen vor allem vor dem Hintergrund erlassen, eine sachgerechte, faire und Menschen wie Institutionen in ihren Rechten respektierende Organisation der Krankenbehandlung sicherzustellen. Schon in früheren Zeiten galten »Salus et voluntas aegroti suprema lex« als ethische Grundorientierung. Sie kehren heute in den Stichworten der Nichtschädigung durch Behandlung und der Patientenautonomie wieder, aber auch der Fürsorge durch den Garanten Krankenhaus und der Gleichheit bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten, unabhängig z. B. von Einkommen und Versichertenstatus. Diese Stichworte sollten nicht nur Gegenstand intensiver Erörterungen jeweiliger Ethikkommissionen sein. Wünschenswert wäre es allemal, wenn wir uns durch Gesetze an die Umsetzung dieser Maximen ethischen Handelns erinnern und in Zweifelsfällen auf eine dafür eingerichtete Ethikkommission zurückgreifen könnten (► Information, Einwilligung und Aufklärung). Der kritische Diskurs bezüglich »informed consent« und »shared decision« hat mittlerweile auch die Psychosomatik bzw. die Psychiatrie erreicht. Dies sind Fachgebiete, in denen die Behandler sich häufig genug mit ihren Spezialkenntnissen bezüglich menschlichen Erlebens und Verhaltens ihren Patienten überlegen wussten im Hinblick auf deren Leiden, die Ursachen dieser Leiden und auch die Methoden, mit denen diesen Leiden begegnet werden könnte. Die Verpflichtung, den Patienten grundlegend über seine Diagnose(n) bzw. Behandlungsmöglichkeiten und -alternativen zu informieren, war zwar immer durch die einschlägige Rechtsprechung und das daraus resultierende Richterrecht geregelt, in den Köpfen der be-

troffenen Ärzte und Therapeuten wurde und wird diese Thematik jedoch eher verdrängt. Im Vordergrund steht auch heute noch häufig die Sichtweise, den Patienten in seiner emotionalen Notlage nicht durch zu viel Information zusätzlich zu überfordern, seine Widerstände und Zweifel bezüglich einer Therapie nicht noch zu mehren, sondern möglichst »niedrigschwellig« und schnell eine Therapie in Gang zu setzen, den Patienten also möglichst rasch aufzunehmen, um sich ihm dann empathisch zuzuwenden. Im Grunde mögen dies im Einzelfall auch plausible Handlungsmaximen sein. Dass allerdings Therapeuten unabhängig von ihrer fachlichen Ausrichtung und Orientierung, sei es aus Unkenntnis oder aus Überidentifikation mit ihrer eigenen Theorie, zumeist gar nicht in der Lage sind, Behandlungsalternativen anderer Psychotherapieverfahren differenziert zu erläutern, steht auf einem anderen Blatt.

### Information, Einwilligung und Aufklärung

#### Information: § 630c BGB

»Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen [...] Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten darüber auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.«

#### Einwilligung: § 630d BGB

»Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten ein-

zuholen. [...] Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient [...] vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e aufgeklärt worden ist.«

### Aufklärung: § 630e BGB

»Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.«

*»In diesem Rahmen ist der Patient über den ärztlichen Befund, die Art, Tragweite, Schwere, den voraussichtlichen Verlauf und mögliche Folgen des geplanten Eingriffs sowie über die Art und die konkrete Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Risiken im Verhältnis für die entsprechenden Heilungschancen, über mögliche andere Behandlungsweisen und über die ohne den Eingriff zu erwartenden Risiken einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu unterrichten.« (Quaas & Zuck 2005, S. 272)*

## 37.3 Aufklärung

Ohne Einwilligung darf der Arzt den Patienten nicht behandeln und die Einwilligung eines Patienten ist nur dann wirksam, wenn dieser auch tatsächlich weiß, worin er einwilligt (► auch Quaas & Zuck 2005, S. 272). Zu diesem Zweck muss der Patient umfänglich informiert und aufgeklärt werden, daran lässt die Gesetzeslage jedenfalls keinen Zweifel.

Die Inhalte dieser Aufklärung beziehen sich auf Folgendes:

- die Diagnose(n)
- den Krankheitsverlauf, der erwartbar wäre ohne Behandlung
- auf die Behandlung selbst
- die dabei angewandten Methoden und Verfahren
- die Grenzen dieser Methoden und Verfahren (bezogen auf die Therapieziele)
- die besonderen Modalitäten eines stationären Ansatzes (Setting, Hausordnung und auf die Verschwiegenheitsverpflichtung)
- die Co-Verantwortung, die dem Patienten für das Gelingen einer Therapie zukommt
- und vor allem natürlich auf die »Risiken und Nebenwirkungen« bzw. möglichen Komplikationen einer stationären Therapie

Letztere spielen in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle, da über sie ungeachtet der statistischen Wahrscheinlichkeit, mit der sich ein Risiko verwirklicht, informiert werden sollte. Über alle Risiken, die für eine Behandlung oder Erkrankung typisch sind, die den Patienten bei ihrer Verwirklichung nicht lediglich unerheblich betreffen und für ihn überraschend sind, muss aufgeklärt werden. Schlussendlich sollten auch wirtschaftliche Aspekte nicht unerwähnt bleiben, vor allem in den Fällen, in denen der Patient sich nicht sicher sein kann, dass seine Krankenkasse die Kosten erstattet und er die Behandlung, aus welchen Gründen auch immer, selbst bezahlen muss.

### Typische Risiken und Nebenwirkungen einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung

- Krisen im Selbstgefühl bis hin zu depressiven Einbrüchen
- Verschlechterung und Rückfall

- neue (ggf. auch körperliche) Symptome und Beeinträchtigungen
- Suizidalität und Psychose
- (Re-)Traumatisierung durch Therapie
- regressive Entwicklungen und Hospitalisierung
- ungeplante und ungewollte Veränderungen im Umfeld (Familie und Beruf)

Nicht nur die Fülle dieser Inhalte lässt einen zurückschrecken; sie verdeutlicht vor allem, dass es sich bei der Aufklärung nur um ein prozesshaftes Geschehen handeln kann, das am besten schon bei der Anmeldung, spätestens aber bei dem ambulanten Vorgespräch einsetzen sollte – zu sehr konkurriert die Verpflichtung zu Information und Aufklärung mit anderen Gesprächs- und Therapiezielen.

In verschiedenen Kliniken haben sich in diesem Zusammenhang zusätzliche Einführungsveranstaltungen für neu angekommene Patienten im Verlauf der ersten Woche bewährt, in denen auf zuvor bereits angesprochene Inhalte von Information und Aufklärung noch einmal vertiefend eingegangen werden kann. Redundanz im Sinne der wiederholten Aufklärung über besonders wichtige therapeutische Sachverhalte ist in diesem Zusammenhang durchaus gewollt. Da für Patienten in Vorgesprächen je nach Beeinträchtigung und Leidensdruck häufig die Behandlungszusage und damit das Zustandekommen der stationären Behandlung ganz im Vordergrund steht, dürfte der »aufklärende« Teil eines Vorgesprächs manches Mal regelrecht überhört werden. Wir empfehlen deswegen, die Aufklärung über wichtige Zusammenhänge im Verlauf der Behandlung gewissermaßen nachzuholen. Praktikabel sind solche »nachholenden« Veranstaltungen jedoch nur in etwas größeren Einrichtungen, in denen durch die Neuaufnahme einer ausreichend großen Anzahl von Patienten überhaupt eine solche Gruppe hergestellt werden

kann. Eine um Aufklärung bemühte Grundhaltung kann auf diese Weise jedenfalls dem allmählichen Herstellen einer tragfähigen Arbeitsbeziehung als einem wichtigen instrumentellen Zwischenziel einer stationären Therapie ausgesprochen zuträglich sein. Durch nachhaltige Aufklärung wird überzogenen Erwartungen vorgebeugt, Idealisierungen und realitätsfremden Hoffnungen entgegengewirkt und der Patient an seine Co-Verantwortung für das Gelingen der Therapie erinnert.

Eine andere Frage allerdings ist, ob unsere Therapeuten unter dem beträchtlichen alltäglichen Zeitdruck überhaupt willens und in der Lage sind, in diesem umfassenden Sinne aufzuklären: Die empirische Forschung diesbezüglich malt ein eher düsteres Bild, denn Therapeuten scheinen überwiegend so identifiziert mit der positiven Wirksamkeit der eigenen Methode (und gelegentlich auch mit der Institution, der sie angehören), dass sie beides systematisch überschätzen bzw. die Gefahr von Risiken und Nebenwirkungen allenfalls bei anderen Verfahren lokalisieren. Misserfolge werden zudem offensichtlich mehr oder weniger systematisch auf Patienten und deren Eigenschaften attribuiert, während die Erfolge eher im Zusammenhang mit dem eigenen Tun gesehen werden (► hierzu ausführlich Märtens & Petzold 2002). Kommen ökonomische Faktoren hinzu (wie z.B. die Belegung der Klinik in traditionell weniger frequentierten Ferienzeiten oder die Belegung eines Behandlungsplatzes durch die überraschende Absage eines anderen Patienten), treten häufig nicht nur diagnostische, sondern auch differenzialindikatorische Aspekte in den Hintergrund, von einer systematischen Aufklärung über mögliche Nachteile der eigenen Methode oder Einrichtung sowie Vorteile anderer Verfahren oder Institutionen ganz zu schweigen.

Der Nachweis, aufgeklärt zu haben, bevor der Patient seine Einwilligung zu einer Be-



handlung unterzeichnet hat, obliegt dem Arzt (hier gilt eine Umkehr der Beweislast). Wirksam ist jedenfalls diese Einwilligung nur für den Fall, dass die Aufklärung rechtzeitig und umfassend genug erfolgt ist, was im Kontext stationär-psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlungen eine ganz Reihe von Fragen aufwirft: Selbst der noch so wohlmeinende und gesetzestreue Therapeut muss davon ausgehen, dass sich ein hilfeschender Patient affektiv in einer besonderen Situation befindet. Die Hilflosigkeit der eigenen Symptomatik gegenüber, das Gefühl eines Kontrollverlustes und die mit entsprechend schweren Symptomen notwendigerweise einhergehenden Zukunfts- und Versagensängste bedeuten für den Einzelnen ein erhebliches Maß an innerem Druck und Anspannung, einschließlich der Schamgefühle, nicht mehr Herr im eigenen Hause zu sein und deswegen einer psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu bedürfen. Diese affektiv hochaufgeladene innere Situation bedingt, dass vom Patienten vieles von dem, worüber ihn der Arzt aufklärt, entweder gar nicht oder wenn, dann verzerrt aufgenommen und verarbeitet wird, von den »Widerständen« des Patienten, sich in die Obhut bzw. Abhängigkeit von einem für ihn unüberschaubaren System »Krankenhaus« zu begeben, einmal ganz abgesehen.

Eine prozessorientierte Aufklärung sollte – zumindest in den Krankenhäusern, die elektiv und nicht akut aufnehmen – mit vorsichtigen Formulierungen im ambulanten Vorgespräch beginnen (vielleicht kombiniert mit der Empfehlung, sich auch noch einmal zu Hause in Ruhe durch die Lektüre einschlägiger Broschüren über das Krankenhaus und die darin typischerweise zu erwartende Behandlung zu belesen). Fortgesetzt wird dieser Prozess der Aufklärung dann im Aufnahmegespräch, in den Erstgesprächen mit dem Pflegedienst bzw. den Spezialtherapeuten, die über ihre jeweils spezifischen Beiträge zur Ge-

samtbehandlung des Patienten informieren. Größeren Kliniken, die größere Gruppen von Patienten pro Woche aufnehmen, können die oben schon erwähnten »nachholenden« Einführungsveranstaltungen empfohlen werden, in denen dann noch einmal informiert wird über das Klinikkonzept, die typischen Behandlungs- und Therapiesituationen, die Hausordnung bzw. andere Rahmenvereinbarungen, aber auch über die Risiken und Nebenwirkungen einer stationären Behandlung. Der Vorteil einer solchen Veranstaltung ist nicht nur, dass Aufklärung vonseiten der Klinikleitung noch einmal aus einer überindividuellen Perspektive erfolgt. Die Gruppensituation wirkt außerdem der anfänglichen Vereinzelung der neu aufgenommenen Patienten entgegen, wodurch Fragen ggf. unbefangener gestellt werden können. Die Autoren jedenfalls haben mit solchen Einführungsveranstaltungen gerade auch im Hinblick auf Möglichkeiten der Vertiefung von Aufklärung durchweg positive Erfahrungen gemacht.

Auch wenn schriftliche Informationen Aufklärung unterstützen können (► »Dokumentierte Patientenaufklärung«), so muss Aufklärung doch vor allem mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Aufklärung notwendige Befähigung verfügt. Nur ergänzend darf auf Unterlagen in Textform Bezug genommen werden. Vor allem sollte der Patient ausreichend Zeit und Gelegenheit haben, sich Fragen zu überlegen, diese zu stellen und auch zu diskutieren. Den gerade aufgesuchten Therapeuten damit im wahrsten Sinne des Wortes infrage zu stellen, ist keine Selbstverständlichkeit. Den Mut dazu bringen Patienten eigentlich nur in einer freundlich-entgegenkommenden Atmosphäre auf. Signalisiert der Therapeut Zeitnot, Desinteresse oder gar eine gewisse Kränkungs-bereitschaft bezüglich kritischer Rückfragen,

bleibt die Aufklärung ein formaler Akt, durch den sich der Behandler juristisch zwar möglicherweise exkulpiert, dem Sinn der Sache, Patienten eine bessere Entscheidungsgrundlage für deren Einwilligung zu vermitteln bzw. diese einzubeziehen in wesentliche therapeutische Fragestellungen, wird man dadurch nicht gerecht. Überlegtes Vorgehen gilt damit auch für den Zeitpunkt der Aufklärung, denn sie sollte so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidungen wohlüberlegt treffen kann. Dies gilt selbstverständlich auch für die Wortwahl, die für den Patienten verständlich sein muss, damit er inhaltlich entsprechend seines Empfängerhorizonts informiert wird. Medizinische Fachtermini und therapeutischer Jargon sollten vermieden und der Bildungsstand des Patienten berücksichtigt werden. Aufklärungsprobleme können sich diesbezüglich also insbesondere auch bei der Behandlung von minderjährigen Patienten (auf die in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen werden kann) sowie bei Patienten mit Migrationshintergrund bzw. anderen Sprachbarrieren ergeben. Im Zweifel ist zur Sicherstellung einer unmissverständlichen Kommunikation die Anwesenheit eines Dolmetschers erforderlich (und zu dokumentieren), der allerdings dieser Aufgabe dann auch gewachsen sein sollte.

Da der Arzt bezüglich der korrekt durchgeführten Aufklärung beweisbelastet ist, sollte die Aufklärung immer dokumentiert werden (► Beispiel einer »Dokumentierten Patientenaufklärung«, ursprünglich formuliert im Landeskrankenhaus Göttingen Tiefenbrunn, später adaptiert durch die Sonnenberg Klinik Stuttgart). Eine zusätzliche Unterschrift des Patienten ist zwar weder nach der früheren Rechtsprechung noch nach dem aktuellen Patientenrechtegesetz zwingend erforderlich. Es empfiehlt sich jedoch, auch bei Behandlungen mit überschaubaren Risiken und Nebenwir-

kungen eine zusätzliche Unterschrift des Patienten einzuholen. Aus Beweisgründen ist eine zusätzliche Unterschrift immer dann sinnvoll, wenn der Patient über besondere Risiken aufgeklärt werden musste, die nicht als typisch für einen »normalen« Aufenthalt angesehen werden können. Letzteres wäre z.B. dann der Fall, wenn ein Patient behindert und die Klinik nicht barrierefrei gebaut sein sollte, der Patient aber trotzdem eine Behandlung anstrebt. Alle vom Patienten unterschriebenen Einwilligungserklärungen müssen dem Patienten nach dem Patientenrechtegesetz in Kopie mitgegeben werden. In den Fällen, in denen der Patient explizit keine Aufklärung bzw. Kopie wünscht, sollte auch dies dokumentiert werden.

### Dokumentierte Patientenaufklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, im Namen des Teams der Sonnenberg Klinik möchten wir Sie herzlich in unserer Klinik willkommen heißen!

Im Folgenden möchten wir Sie über einige Grundsätze zur stationären Behandlung in unserer Klinik informieren, Ihnen Hinweise zum Gelingen Ihrer Therapie sowie Ihren Möglichkeiten zur Mitarbeit geben bzw. Sie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen einer stationären Therapie aufklären.

### Zum Behandlungskonzept

Eine stationäre Behandlung in der Sonnenberg Klinik orientiert sich an den Grundsätzen der psychodynamischen Psychotherapie. Sie integriert verschiedene Therapiebausteine, die ausgerichtet sind an den aktuell geltenden wissenschaftlichen Leitlinien des Fachgebietes der »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie«. »Integrierte stationäre Therapie« bedeutet, dass die verschiedenen Behandlungselemente wie Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Bezugspflege, medizinische Versorgung, Spezialtherapie und Sozialtherapie zusammengefügt

werden müssen zu einem sinnvollen Ganzen, was einen erheblichen Besprechungsbedarf für die an der Behandlung beteiligten Personen bedeutet.

Da an Ihrer Therapie also verschiedene Mitarbeiter (Bezugstherapeuten, Pflegekräfte, Sozialtherapeuten und Spezialtherapeuten) mitwirken, ist es für einen gelingenden Behandlungsprozess unerlässlich, dass sich diese regelmäßig in Teambesprechungen austauschen. Dies gilt natürlich nur für Besprechungen der Sie persönlich im Team behandelnden Personen untereinander. Für den Fall, dass »Dritte« über Ihre Behandlung informiert oder z. B. im Sinne von Paar- oder Familiengesprächen in diese mit einbezogen werden sollen, benötigen wir eine gesonderte (schriftliche) Entbindung von der Schweigepflicht. Es gibt klare gesetzliche Regelungen, welche Informationen über Ihre Behandlung von der Sonnenberg Klinik den Krankenkassen, den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) und ggf. anderen berechtigten Stellen mitgeteilt werden müssen. Dritten werden ansonsten keinerlei Auskünfte erteilt.

Ansonsten werden alle notwendigen Behandlungsschritte, sei es ein bestimmter Therapiebaustein oder eine medikamentöse Mitbehandlung, gemeinsam mit Ihnen besprochen. Sollte dies ausnahmsweise einmal nicht ausreichend erfolgt sein, sprechen Sie dies bitte umgehend an.

### **Ihre Mitarbeit in den Therapien**

Für einen tragfähigen Therapieerfolg ist einerseits die therapeutische bzw. ärztliche Kompetenz Ihrer Behandler wichtig. Bedeutsam ist aber auch Ihre aktive und konstruktive Mitarbeit. Sie können zum Gelingen Ihrer Behandlung beitragen, indem Sie sich auf die Therapie einlassen und möglichst offen über sich und Ihre Beschwerden bzw. auch über Ihre Eindrücke während des stationären Aufenthaltes selbst sprechen.

Voraussetzung für eine gelingende Therapie ist auch, dass Sie selbst im Falle eigener Verunsicherung oder bei Verstärkung Ihrer Beschwerden regelmäßig an den vereinbarten Therapien teilnehmen. Sollte Ihnen diese Teilnahme an bestimmten Therapien oder Aktivitäten nicht möglich sein, besprechen Sie dies bitte rechtzeitig mit

Ihrer Bezugstherapeutin bzw. Ihrem Bezugstherapeuten, damit das therapeutische Vorgehen ggf. auf Ihre aktuelle Situation abgestimmt werden kann.

### **Bereitschaft zur Verschwiegenheit**

Wirksam kann Therapie nur sein, wenn sich die Beteiligten offen und vertrauensvoll austauschen können, was Verschwiegenheit der verschiedenen Teilnehmer an einer Gruppentherapie voraussetzt. Das Gehörte und Gesagte sollte nicht nach außen getragen werden. Nur wenn sich eine Gruppe auf diese Verschwiegenheit verständigt, kann sich jeder Einzelne ausreichend sicher fühlen, um sich auf das therapeutische Geschehen einzulassen. Die gegenseitige Bereitschaft zur Verschwiegenheit ist Voraussetzung für eine geschützte Therapieatmosphäre.

Gespräche mit Mitpatienten werden andererseits von vielen als ausgesprochen hilfreich und unterstützend erlebt und können durchaus positiv zu Ihrem Therapieerfolg beitragen; sie sollten aber nach Möglichkeit keine Inhalte aus den verschiedenen Therapiesitzungen zum Gegenstand haben. Nachteilig kann sich auch auswirken, wenn Sie sich in solchen privaten Gesprächen im Übermaß mit Ihren Problemen und Schwierigkeiten beschäftigen. Über Symptome und besonders belastende Lebensereignisse sollten Sie deswegen nur in therapeutischen Kontakten sprechen. Sollten Sie sich einmal durch Gespräche mit Mitpatienten zu sehr belastet oder in Sorge fühlen, wenden Sie sich bitte an Ihren Bezugstherapeuten oder ein Mitglied des Pflegeteams.

### **Therapieziele**

Meist schon im Vorgespräch, regelmäßig aber im Zuge der ersten Phase einer stationären Therapie werden gemeinsam mit Ihnen auch Ziele für den Aufenthalt in der Sonnenberg Klinik einvernehmlich besprochen. Bei der Festlegung Ihrer Therapieziele können wir Sie beraten, wir werden diese jedoch nicht über Ihren Kopf hinweg bestimmen oder Entscheidungen bezüglich der richtigen Auswahl an Ihrer Stelle treffen. Vielleicht gelingt es ja, diese Ziele recht konkret zu formulieren, sodass auch deutlich wird, woran sich ein möglicher Therapieerfolg festmachen lässt.

Falls Sie bereits Erfahrungen mit ambulanter und/oder stationärer Psychotherapie haben, werden Sie möglicherweise festgestellt haben, dass schon das Sprechen über sich und die eigenen Schwierigkeiten eine entlastende Wirkung haben kann. Für dauerhafte Fortschritte in Richtung Ihrer Therapieziele kann es aber wichtig sein, dass Sie Ihren Überlegungen, bestimmte Verhaltensweisen zu verändern, auch konkrete Taten folgen lassen. Nur wenn Sie Neues tatsächlich ausprobieren, können Sie neue Erfahrungen machen und auf diese sehr konkrete Weise der Bewältigung oder Lösung Ihrer Schwierigkeiten näher kommen.

### **Mögliche Risiken und Nebenwirkungen**

Was wirkt, hat auch Nebenwirkungen. Wenn Sie an sich und Ihren Schwierigkeiten arbeiten und dabei seelische Ursachen und Konflikte erforschen, kann es durchaus sein, dass Sie unter Umständen auch einmal eine Verschlechterung Ihres Befindens feststellen. Werden gewohnte Muster des eigenen Erlebens und Verhaltens infrage gestellt, reagiert eigentlich jeder Mensch zunächst verunsichert, und dies vor allem dann, wenn ihm neue Möglichkeiten der Bewältigung noch nicht ausreichend sicher zur Verfügung stehen. Derartige »Krisen« im Verlauf einer stationären Behandlung sind also manchmal unausweichlich.

Bei einem schwierigen Behandlungsverlauf können solche Krisen mit depressiven, ängstlichen oder anderen (ggf. neuen) Symptomen einhergehen, in einzelnen Fällen können auch einmal Impulse auftreten, sich selbst zu schädigen oder sich etwas anzutun mit dem Wunsch, so nicht weiterleben zu wollen. Sollten Sie solche Krisen erleben, wenden Sie sich bitte unverzüglich an ein Mitglied des therapeutischen Teams. Wir sind in der Zusammenarbeit mit Ihnen darauf angewiesen, dass Sie sich in einem solchen Fall aktiv melden, um dann geeignete Schritte abzusprechen bzw. zu unternehmen. Ihr Behandlungsteam wird versuchen, diese Krise gemeinsam mit Ihnen zu bewältigen und Sie diesbezüglich nach Kräften zu unterstützen. Nur in seltenen Fällen, und dann meist auch nur für wenige Tage, ist eine Verlegung auf eine geschützte Station eines

mit uns kooperierenden Fachkrankenhauses erforderlich.

Nicht selten kann es auch dazu kommen, dass man – auch angeregt durch erste Therapieerfolge – etwas Wesentliches in seinem Leben verändern möchte, sei es z. B. die Arbeitsstelle zu kündigen oder eine Beziehung zu beenden. Bevor Sie diesbezüglich handeln, sprechen Sie bitte mit Ihrer Bezugstherapeutin bzw. Ihrem Bezugstherapeuten darüber (um zu überlegen, ob Ihnen mit einem solchen Schritt wirklich gedient ist).

Bei längeren Therapien besteht manchmal auch die Gefahr, sich zu sehr an die Bedingungen der Klinik zu gewöhnen und sich dann vor der Entlassung dem Alltag nicht ausreichend gewachsen zu fühlen. Einer solchen Entwicklung versuchen wir mit unterschiedlichen Formen der Belastungserprobung entgegenzusteuern. Ängste vor der Entlassung sind ansonsten eher normal; sie können aber im Einzelfall auch darauf hinweisen, dass Ihre Entlassung noch nicht ausreichend vorbereitet worden ist. Diese wird zwar in der Regel rechtzeitig, d. h. einige Wochen zuvor, in den Gruppen- und Einzeltherapien thematisiert bzw. terminlich festgelegt. Achten Sie aber bitte auch selbst mit darauf, ob aus Ihrer Sicht noch etwas fehlt (z. B. Planung der ambulanten Therapie, Fragen der Alltagsbewältigung, Kontakt zum Arbeitgeber).

Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bewirkt in der Regel bei etwa 70–80% eine deutliche Verbesserung der Beschwerden und Schwierigkeiten, d. h. aber auch, dass es in 20–30% zu keiner Veränderung oder sogar zu Verschlechterungen kommen kann. Auch durch übertriebene Formen der Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle können wichtige Lebensaufgaben vermieden werden.

Sowohl emotional anstrengende Therapien als auch Medikamente können Ihre Aufmerksamkeit, Konzentration und Reaktionsgeschwindigkeit stark einschränken. Da diese Gefahren keinesfalls zu unterschätzen sind, nehmen Sie bitte nur am Straßenverkehr aktiv teil, wenn Sie sich völlig unbeeinträchtigt fühlen. Dies gilt insbesondere nach der Einnahme von zentral wirksamen

Psychopharmaka. In der Regel müssen hier mindestens die ersten 14 Tage abgewartet werden, bevor Sie sicher sein können bezüglich unerwünschter Nebenwirkungen.

Schlussendlich kann eine stationäre (aber auch ambulante) Therapie in bestimmten Fällen dazu führen, dass Probleme bei einer möglichen Verbeamtung oder etwa beim Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen.

**Behandlungsalternativen**

Wenn wir Ihnen nach Information durch Ihren einweisenden Arzt oder nach einem Vorgespräch eine Behandlung in unserem Fachkrankenhaus anbieten, gehen wir davon aus, dass eine ambulante oder tagesklinische Behandlung oder eine Rehabilitationsmaßnahme zur Besserung Ihrer Erkrankung nicht ausreichend ist und die in der Sonnenberg Klinik bewährte psychodynamisch orientierte Krankenhausbehandlung geeignet ist, Ihre Erkrankungen wirksam zu behandeln. Dennoch möchten wir Sie grundsätzlich auch darüber informieren, dass seitens der Krankenkassen auch andere Therapiemöglichkeiten finanziert werden, z.B. stationäre oder teilstationäre Behandlungen mit anderen (dann meist verhaltenstherapeutischen) Schwerpunkten in anderen Kliniken. Sprechen Sie uns bitte an, wenn Sie sich über diese Möglichkeiten eingehender informieren möchten.

Wir wünschen Ihnen für Ihre Therapie viel Erfolg!

**Einverständniserklärung**

Mit meiner Unterschrift versichere ich meine Bereitschaft zur verbindlichen Mitarbeit im Verlauf der stationären Behandlung in der Sonnenberg Klinik und bestätige meine Bereitschaft zur Verschwiegenheit in Bezug auf therapeutische Gruppen. Ich bin umfänglich über meine Diagnose(n), die Art und Weise der stationären Therapie in der Sonnenberg Klinik sowie über mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt worden. Ich bin auch aufgeklärt worden über mögliche Risiken und Nebenwirkungen dieser Behandlung.

Zusätzlich wurde ich über folgende individuelle Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt:

.....  
.....  
.....

Folgende zusätzliche Rahmenbedingungen wurden verabredet:

.....  
.....  
.....

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die »Dokumentierte Patientenaufklärung« zur Kenntnis genommen habe und ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu besprechen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/in

.....  
Unterschrift Bezugstherapeut/in

Ich bestätige, dass ich eine Kopie dieses Aufklärungsbogens erhalten habe.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/in

## 37.4 Dokumentation

### Definition

»Die Dokumentation ist als Instrument für die ordnungsgemäße Versorgung des Patienten unverzichtbar. Sie informiert den behandelnden Arzt, die mit- und nachbehandelnden Ärzte und die zuständigen Pflegekräfte. Durch sie wird die Koordination des arbeitsteiligen Zusammenwirkens der für die Behandlung Verantwortlichen sichergestellt. Durch sie sollen der Krankheitsverlauf und die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen für einen Fachmann erkennbar werden. Die Dokumentation ist eine Aufzeichnung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten. Sie erstreckt sich insbesondere auf Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf sowie die getroffenen Maßnahmen und deren Wirkung.« (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012, S. 3)

»Der Dokumentationspflicht unterliegen alle für die Behandlung der Krankheit wesentlichen medizinischen und tatsächlichen Feststellungen, die getroffenen anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen sowie alle sonstigen Maßnahmen/Verfahren, die für die Versorgung des Patienten von Bedeutung sind.« (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012, S. 13)

»Wer schreibt, der bleibt...«, heißt es beim Kartenspiel – »...verschont von einer Reihe unangenehmer Fragen« müsste man im Zusammenhang mit der medizinischen Dokumentation ergänzen, für den Fall, dass es zum Schwur im Sinne juristischer Auseinandersetzungen kommt. Einerseits bietet das Aufschreiben einer Therapiesitzung, bedingt durch die Verlangsamung, mit der das Schreiben immer einhergeht, Zeit für eine Reflexion des Stattgefundenen. Eine gute Dokumentation stellt im Zeitalter der EDV zudem immer mehr die Grundlage der Information für mit- oder weiterbehandelnde Teammitglieder dar

(vor allem, wenn eine mündliche Kommunikation nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist). Nicht zuletzt dienen dokumentierte Therapiesitzungen auch als Gedächtnisstütze für den Dokumentierenden selbst in der Rekonstruktion der bisherigen Therapie.

Andererseits können Kosten- wie auch Haftungsrisiken nur dann sicher vermieden werden, wenn eine fachlich adäquate Behandlung auch entsprechend dokumentiert wird. Nicht nur in strittigen Fällen der Kostenübernahme bzw. der Behauptung einer »primären Fehlbelegung« seitens der Kostenträger (► Fallbeispiel Arslan G.) wird schlussendlich vor allem die Dokumentation darüber mitentscheiden, welche Seite welche Ansprüche durchsetzen kann. Hier wie auch in anderen Zusammenhängen gilt eindeutig: Was nicht dokumentiert wurde, wurde auch nicht durchgeführt.

Riskanter als eine »spärliche Dokumentation« ist allerdings die gute Dokumentation möglicherweise fehlerhafter Behandlungen, die auch in der Psychosomatik bzw. der Psychiatrie gar nicht so selten vorkommen, unabhängig davon, ob sich der Fehler auf die Diagnosestellung (► Fallbeispiel Barbara D.) oder auf einen Aufklärungs- bzw. Behandlungsfehler im engeren Sinne bezieht (► Fallbeispiel Katrin R.). Hinzu kommt, dass nicht nur der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), sondern auch Patienten selbst sowohl nach der früheren Rechtsprechung (Richterrecht) als auch nach dem neuen (kodifizierten) Patientenrechtegesetz den Anspruch auf die Herausgabe von Kopien der Behandlungsunterlagen und/oder die Einsichtnahme in die Original-Behandlungsunterlagen haben. Diesen Anspruch müssen sie nicht begründen. In den Fällen, in denen der Anspruch von einem Anwalt geltend gemacht wird, muss lediglich eine Vollmacht, eine Schweigepflichtentbindungserklärung und die Versicherung der Kostenerstattung vorgelegt werden.



**Fallbeispiel****Arslan G.: Primäre Fehlbelegung, weil »noch ambulant behandelbar«?**

Der 26-jährige Arslan G. wurde nach einer seit fünf Monaten andauernden Arbeitsunfähigkeit in die Klinik aufgenommen. Die von ihm bei der Aufnahme geschilderten Beschwerden bezogen sich auf schwere Schlafstörungen, einen völlig gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus und Stimmungsschwankungen zwischen »Reizbarkeit« und völliger »Apathie«. Die Situation im Elternhaus sei »unerträglich«, einmal habe er auch schon seinen Vater tödlich angegriffen. Morgendliche Antriebsstörungen, ein zunehmender Alkoholkonsum und sozialer Rückzug komplettieren das Bild. Auch Cannabis spiele eine Rolle.

Nach knapp 50 Tagen stationärer Psychotherapie in einer Abteilung für »Adoleszente Patienten und junge Erwachsene« konstatiert der MDK eine primäre Fehlbelegung, da zuvor keine ambulante Behandlung stattgefunden habe. Im Übrigen zeige die lückenhafte Dokumentation, und hier vor allem die mangelnde Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes, dass allenfalls eine stationäre Rehabilitationsbehandlung angezeigt gewesen sei, da es doch offensichtlich um eine Teilhabestörung ginge und die Wiedereingliederung ins Berufsleben im Vordergrund stünde.

Erst nach einem späteren Gerichtsverfahren bzw. nach Einschalten eines unabhängigen Sachverständigen kann das Krankenhaus die seitens der Krankenkasse später »verrechneten« Behandlungskosten zurückfordern, da aus der Dokumentation nicht nur die Krankheits-schwere, sondern auch die Einschränkungen des Patienten im Hinblick auf seine Beziehungsfähigkeit, die eine ambulante Therapie im Vorfeld verhindert hatten, eindeutig hervorgingen.

**Fallbeispiel****Barbara D.: Diagnosefehler oder Schicksal?**

Die 21-jährige Barbara D. klagt seit etwa vier Monaten über Appetitlosigkeit, Übelkeit und Gewichtsverlust. Früher habe sie in der Tat häufig an sich gezweifelt wegen Übergewichts und

einer subjektiv als »viel zu dick« empfundenen Figur, habe deswegen auch Diäten durchgeführt, habe versucht abzunehmen etc. Aber das habe deutlich nachgelassen nach dem Auszug aus dem Elternhaus. Warum es ihr jetzt wieder so schlecht ginge, könne sie nicht sagen, aber ihr sei häufig übel und dies nicht nur nach dem Essen. Gelegentlich müsse sie auch erbrechen. Mittlerweile habe sie überhaupt keinen Appetit mehr.

Die Verlegung der Patientin aus der psychosomatischen Abteilung, in der sie für einige Wochen mit der Diagnose einer Magersucht behandelt wurde, auf die Innere Abteilung des Krankenhauses erfolgt erst, nachdem sie völlig kraftlos morgens nicht mehr aus dem Bett kam bzw. zunehmend somnolent eingetrübt war. Das wenig später durchgeführte MRT erbrachte dann eine größere Raumforderung in der linken Gehirnhälfte.

Die Eltern der Patientin hatten sich noch während der Behandlung ihrer Tochter an einen Rechtsanwalt gewandt bzw. die Klinik wegen eines fahrlässig herbeigeführten Diagnosefehlers erfolgreich auf Schadenersatz verklagt: Überlegungen zur Diagnose bzw. zu weiteren diagnostischen Maßnahmen gingen aus der Dokumentation nicht hervor.

**Fallbeispiel****Katrin R.: Aufklärungsfehler, Behandlungsfehler oder Übernahmeverschulden?**

Kurz vor Beginn der Weihnachtsfeiertage wird die 38-jährige Katrin R. wegen einer »depressiven Entwicklung« und einer somatoformen Schmerzstörung vom Hausarzt in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Schon in der Aufnahmesituation berichtet sie über Suizidfantasien und -vorstellungen, die sie zwar immer wieder, derzeit aber ihrer Meinung nach »noch im Griff« habe. Die belastende Arbeitssituation als Gruppenleiterin in einer Bank sei einfach zu viel geworden, auch weil sie als alleinerziehende Mutter eines 17-jährigen Sohnes praktisch keinerlei Spielräume bzw. Zeit für Erholung habe. Der aufnehmende Arzt konstatiert im Aufnahmebefund »Absprachefähigkeit« und schließt mit

der Patientin eine klinikübliche Anti-Suizidvereinbarung ab. Zwischen den Jahren berichtet die Patientin dann kurz vor Beginn einer Belastungserprobung einer Krankenschwester im Spätdienst, dass sie immer mehr das Gefühl entwickle, sich etwas antun zu müssen. Sie könne wohl bald für nichts mehr garantieren. Die Schwester dokumentiert dies sorgfältig und berichtet es auch dem Arzt, der aber unterschreibt die Belastungserprobung, ohne die Patientin noch einmal explizit bezüglich ihrer Suizidalität zu untersuchen, einen diesbezüglichen psychischen Befund zu dokumentieren bzw. die Patientin vor der Belastungserprobung über die Gefahren, die diese möglicherweise mit sich bringt, aufzuklären.

Die Patientin selbst kommt aus der Belastungserprobung dann nicht mehr zurück. Sie wurde zwischenzeitlich schwer verletzt nach dem Sturz aus einem Fenster in unmittelbarer Nähe ihrer Wohnung aufgefunden. Erst auf nachdrückliche Empfehlung des mit dem Fall beschäftigten Vorsitzenden Richters einigen sich der Krankenhausträger und die Patientin in einem für den Träger finanziell kostspieligen Vergleich, um für die Klinik möglicherweise »teure« Risiken einer Revision zu vermeiden.

### Dokumentation nach § 630f Abs. 2 BGB

»Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.«

### Inhalte der Dokumentation

**Ärzte, Psychologen** Verlaufsdokumentation durch Krankenblatt (dieses enthält Anamnese, Beschwerden, Befunde, Diagnosen, Verdachts-

diagnosen, Medikation, Maßnahmen und Entscheidungen, Arztbrief/Epikrise), (Labor-)Befunde, Konsiliarberichte, Aufklärung.

**Pflege** Pflegeanamnese und Vorgeschichte, Gesundheitszustand, Risiken (Dekubitus, Sturz), Pflegeziele, Pflegemaßnahmen, Ergebnisse der Krankenbeobachtung, Informationen zu Reaktionen und Wirkungen in Bezug auf pflegerische Maßnahmen, Gründe für verordnete, aber nicht durchgeführte Maßnahmen.

**Spezialtherapeuten** Wesentliche Beobachtungen und Maßnahmen bzw. deren Wirkung entsprechend den Parametern der ärztlich-pflegerischen Dokumentation.

### Sprachregelungen im Zusammenhang mit Misserfolgen, Risiken und Nebenwirkungen

(mod. nach Hoffmann et al. 2008)

**Misserfolge** als die unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele.

**Unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen)** als das Auftreten anderer – und dabei nachteiliger – Effekte als der angestrebten Therapieziele.

**Therapieschäden** als das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie.

Dokumentiert werden müssen zeitnah (am besten unmittelbar nach der zu dokumentierenden Handlung) vor allem die wesentlichen medizinischen Fakten und hier vor allem die Ausnahmen von der Regel, z.B. von der in Dienstanweisungen und Leitlinien vorgegebenen Routine. Auf Standards kann in der Dokumentation verwiesen werden, wenn diese für die betroffenen Behandler abrufbar an anderer Stelle dokumentiert sind und un-

ter der Voraussetzung, dass die handelnden Personen in der Nutzung dieser Standards auch ausreichend geschult und unterwiesen worden sind. Der Nachweis solcher Schulungen muss ebenfalls per Unterschrift dokumentiert werden, auch wenn sich diese Nachweise dann natürlich nicht mehr in der einzelnen Krankenakte wiederfinden. Weicht man durch besondere Behandlungsmaßnahmen von anerkannten Standards der Fachgesellschaften (z.B. der AWMF als der »Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften«) ab, so ist eine kurze Angabe der wesentlichen Gründe für dieses Abweichen sehr sinnvoll. Im Nachhinein kann es sonst zu erheblichen Schwierigkeiten in der Rekonstruktion des tatsächlich Vorgefallenen und der behandlingstechnischen Hintergründe kommen, von haftungsrechtlichen Problemen einmal ganz abgesehen. Unabhängig davon ist seitens eines Krankenhausträgers immer sicherzustellen, dass bei der Behandlung in der Klinik befindlicher Patienten jederzeit der sogenannte Facharztstandard gilt, d.h. die Behandlung von Fachärzten, gleichwertig ausgebildeten oder in der Ausbildung weit fortgeschrittenen Medizinerinnen durchgeführt wird, die über das Wissen und die Fähigkeiten von Fachärzten verfügen, ohne schon das »Facharztpatent« (also die Facharztprüfung) erworben zu haben. Berufsanfängern darf jedenfalls die selbstständige Durchführung von Therapiemaßnahmen ohne eine ausreichende Kontrolle nicht übertragen werden.

### 37.5 Schweigepflicht

Die Schweigepflicht ist ein hohes Gut in der Medizin, gerade und vor allem, wenn es um die Behandlung psychisch bzw. psychosomatisch erkrankter Patienten geht. Gefordert sind Ärzte und Psychologen, Pflegekräfte und

Spezialtherapeuten im Alltag einer Klinik diesbezüglich täglich: Telefonanrufer geben sich als Angehörige aus und wollen etwas über den Stand der Behandlung ihres Familienmitgliedes wissen; Mitarbeiter der Krankenkasse befristen die Behandlung, wären aber bereit, im Rahmen einer kurzen »Falldiskussion« diese Befristung unbürokratisch aufzuheben; das Versorgungsamt oder eine Einrichtung betreuten Wohnens bräuchte dringlich eine Unterlage, die man doch per Fax übersenden möge usw. Die emotional intensive Arbeit mit psychisch bzw. psychosomatisch kranken Patienten, die Beschäftigung mit deren vielfältigen Konflikten, das Einbezogenwerden in häufig komplexe, hochgradig verwickelte und damit affektiv belastete Beziehungsarrangements schaffen zusätzlich zu diesen äußeren »Gelegenheiten« aufseiten der Behandler Zustände innerer Anspannung. Die psychotherapeutische Arbeit im Team reaktualisiert ebenfalls laufend eigene mehr oder weniger gut gelöste Konflikte und sorgt intrapsychisch wie auch interaktionell eher mehr als weniger für manchmal heftige affektive Verwerfungen. Auch vor diesem Hintergrund ist es mehr als nur naheliegend, sich diesbezüglich ganz allgemein durch »Sprechen« und Mitteilungen aller Art zu entlasten. »Geteiltes Leid ist halbes Leid«, weiß der Volksmund und »Für was ich Worte hab', das lässt mich schon in Ruh'« soll eine ursprünglich auf Hippokrates zurückgehende Einsicht sein. Gespräche mit häufig unbeteiligten Dritten über anstrengende Therapiesitzungen oder Teamkonflikte haben also vielfältige kathartische Funktionen. Sie können z.B. der Entlastung von Gewissenskonflikten dienen, sollte man das Gefühl haben, zuvor fehler- oder gar schuldhaft gehandelt zu haben, oder der Stabilisierung eines angeschlagenen Selbstwertgefühls dienen für den Fall, dass man meint, über besonders gelungene Sitzungen oder vortreffliche Interventionen

berichten zu können. Dem Gebot der Verschwiegenheit oder der ärztlichen Schweigepflicht, dem ja alle Mitarbeiter eines Krankenhauses nicht nur durch ihre jeweiligen Berufsordnungen und durch ihre Arbeitsverträge bzw. entsprechende Gesetztestexte wie dem Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet sind, laufen also eine ganze Reihe psychologisch verständlicher Tendenzen diametral zuwider. Menschen reden einfach gerne und Klatsch und Tratsch haben ja nicht nur im Krankenhaus vielfältige, den Einzelnen wie auch die verschiedenen Arbeitsgruppen informell stabilisierende Funktionen. Angesichts eines solchen nicht zu unterschätzenden Mitteilungsdrangs bedarf es, um die Privatsphäre unserer Patienten bzw. die Privatheit ihrer Mitteilungen effektiv zu schützen, einiger aktiver Anstrengungen seitens der Beteiligten.

Diese Anstrengungen sollten sich nicht nur innerhalb eines Teams auf eindeutige Regeln beschränken, auf welche Situationen das Sprechen über Patienten beschränkt bleiben sollte. Der mittägliche Imbiss sollte jedenfalls eher anderen Gesprächsinhalten vorbehalten bleiben. Auch die Zugriffsrechte zu (ggf. elektronisch geführten) Patientenakten und Therapieaufzeichnungen sollten eindeutig geregelt und auf das absolut Notwendige beschränkt bleiben. Im Zweifel sollten intime Mitteilungen eines Patienten eben nicht in einer allen potenziellen Behandlern jederzeit zugänglichen Datei gespeichert werden. Wichtig erscheint uns auch, dass Patienten zu Beginn der Behandlung darüber aufgeklärt werden, dass die gegenseitige Information im Team ein notwendiger Bestandteil einer integrieren Arbeit auf Station oder in der Klinik darstellt, sie also nicht überrascht sein sollten, wenn Wissen über sie an einer Stelle auftaucht, wo sie selbst es zuvor nicht platziert hatten. Andererseits sollte sich jede Form der Schweigepflichtentbindung seitens eines Pati-

enten nur auf eine spezifische aktuelle Situation beziehen (► unten, Schweigepflichts-entbindung). Die Mitteilungen über den Patienten sollten streng anlass- und behandlungsbezogen bleiben, der Adressat sollte stets eindeutig benannt und der Umfang der Mitteilung begrenzt sein auf für die weitere Behandlung relevante Daten. Die Rücksprache mit dem Patienten dergestalt, dass ihm der Text einer Mitteilung, eines Antrages oder eines Entlassbriefes vor Versendung zur Lektüre vorgelegt wird, stellt sicher das nicht immer mögliche Optimum einer wirksamen Schweigepflichts-entbindung dar, denn im Grunde ist die Einwilligung eines Patienten auch hier nur wirksam, wenn er tatsächlich weiß, was im Wortlaut mitgeteilt werden soll.

## Schweigepflicht

### § 9 in der (Muster-)Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte

»(1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekanntgeworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.

(3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht

zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.«

(Bundesärztekammer 2015)

## Die ärztliche Schweigepflicht

### 2. Umfang der ärztlichen Schweigepflicht

»Der geschützte Geheimbereich ist weit zu ziehen. Zu ihm gehören nicht nur diejenigen Tatsachen und Umstände, die sich auf den Gesundheitszustand des Patienten beziehen (z. B. Diagnose, angewandte Therapien, ärztliche Aufzeichnungen, Röntgenunterlagen, Untersuchungsbefunde), sondern alle Gedanken, Meinungen, Empfindungen, Handlungen, familiären, finanziellen und beruflichen Verhältnisse, an deren Geheimhaltung der Patient oder ein Dritter, auf den sich das Geheimnis bezieht (Drittgeheimnis; z. B. Patient erzählt dem Arzt von Erkrankungen des Nachbarn), erkennbar ein Interesse hat. Dazu zählt ebenfalls der Umstand, dass sich ein Patient überhaupt in ärztlicher Behandlung befunden hat. Auch der Name des Patienten gehört zu den durch Schweigepflicht geschützten Rechtsgütern.

Die ärztliche Schweigepflicht beschränkt sich nicht auf bewusst mitgeteilte Tatsachen, sondern umfasst auch solche Umstände, die der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung zufällig beobachtet hat oder erfährt (z. B. Beobachtungen während des Hausbesuchs). Die ärztliche Schweigepflicht gilt grundsätzlich für alle Ärzte, also auch für solche, die der Patient nicht freiwillig gewählt hat (z. B. Vertrauensarzt, Betriebsarzt, Musterungsarzt, Polizeiarzt, Anstaltsarzt in der JVA). [...]«

(Ärztekammer Berlin 2008)

## 37.6 Das neue Entgeltsystem und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK)

In vielen Fällen stationärer Psychotherapie handelt es sich um elektive, d. h. »Wahleingriffe«, bei denen die eigentliche Intervention meist später erfolgt als die Indikation, die z. B. Wochen vorher in einem Vorgespräch abgeklärt wurde. Notaufnahmen, die in Einrichtungen der Psychosomatik ohnehin eher eine Ausnahme darstellen, erfolgen ja auch in der Psychiatrie regelhaft nicht primär auf Stationen, in denen komplexere multimodale Formen stationärer Psychotherapie erbracht werden. Doch wer solcherart die »Wahl« des Zeitpunktes hat, hat manchmal auch die Qual zumindest mit dem MDK, wenn dieser aus mehr oder weniger guten und nachvollziehbaren Gründen seitens der Kassen mit der Begutachtung der Rechtmäßigkeit der stationär oder teilstationär durchgeführten Behandlung beauftragt wurde. Nach dem Inkrafttreten der jahrelang sehr kontrovers diskutierten Pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) im Rahmen des PsychVVG (»Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen«) bzw. der Möglichkeit, zunächst budgetneutral für diese Abrechnungsform zu optieren, kommt dem MDK und dessen Kontrollfunktion nun eine noch höhere Bedeutung für die Frage der Kostenübernahme und damit leider auch für den klinischen Alltag stationärer Psychotherapie zu als ohnehin schon.

Bis zur Verabschiedung des PsychVVG bestand die Hauptaufgabe des MDK zumeist darin, Fälle primärer und sekundärer Fehlbelegung in der stationären Psychotherapie zu identifizieren, d. h. die Plausibilität einer gesamten Behandlung, mindestens aber de-

ren Dauer in den Fällen zu überprüfen, die möglicherweise auch ambulant bzw. in anderen Einrichtungen (vornehmlich denen der Rehabilitationsmedizin) hätten behandelt werden können. Im Einzelfall führen auch heute noch entsprechende Streitigkeiten vor Gericht zu schier nicht enden wollenden Prozessen, in denen dann schlussendlich sachverständige Gutachter das »letzte Wort« haben. Sie befinden darüber, ob die Schwere des jeweiligen Krankheitsbildes ausreichend und der Verlauf »akut« genug war, um eine an den Krankheitsursachen ansetzende, d. h. ätiologisch orientierte Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V), zu rechtfertigen, oder ob nicht doch lediglich eine »Teilhabebeeinträchtigung« vorgelegen habe, die dann eher in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 SGB V) hätte behandelt werden müssen, wenn schon ambulante Therapie nicht ausreicht (► Fallbeispiel Arslan G., Abschn. 37.4). Nicht nur die manchmal langen Wartezeiten nach einem Vorgespräch werden vom MDK dann als Beleg fehlender Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit ins Feld geführt, auch der ausbleibende Einsatz des Bereitschaftsdienstes im Verlauf der Behandlung, erfolgreiche Belastungserprobungen am Wochenende bzw. andere dokumentierte Therapiefortschritte dienen als »Beweis«.

Aufseiten der Krankenhäuser hatte diese Überprüfungs- und Argumentationspraxis schon im Vorfeld des PsychVVG zu einer zunehmend »untherapeutischen« Dokumentationspraxis geführt, denn die Krankheit und die dadurch bedingten Beeinträchtigungen eines Patienten (nicht aber dessen Ressourcen, Stärken und Fortschritte) sollten von den Teams zunehmend im Sinne einer defizitorientierten Dokumentation herausgearbeitet werden, um im Zweifel vor dem MDK oder sogar vor Gericht bestehen zu können.

Nach Inkrafttreten von PsychVVG und PEPP sind es nun zusätzlich die Haupt- und

Nebendiagnosen, die Einweisungsmodalitäten, strukturelle Voraussetzungen für Zusatzentgelte bzw. den Aufwand erhöhende Zusatzmaßnahmen, die durch den MDK kritisch unter die Lupe genommen werden. Der dadurch quantitativ massiv erhöhte Kontroll- und Begutachtungsaufwand seitens des MDK und der Krankenkassen ist das eine. Das andere ist, dass zunehmend die Dokumentation als solche und vor allem die Inhalte dieser Dokumentation der eigentlichen Therapie den Rang abzulaufen drohen: Denn was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht durchgeführt.

Dass zudem gesetzlich formulierte Vorgaben oder Definitionen wie die »Komplex- und/oder Regelbehandlung« mit einer vorgeschriebenen Anzahl von »Therapieeinheiten« zu einer Normierung der klinischen stationären Psychotherapie führen, dass Innovation und das Experimentieren mit neuen Verfahren bzw. neuen Kombinationen dadurch zusätzlich erschwert werden, ist neben der defizitorientierten Dokumentation eine weitere ausgesprochen problematische Nebenwirkung der neuen Entgeltordnung.

Auch im Bereich der stationären Psychotherapie gilt somit, dass das »gesellschaftliche Sein« das Bewusstsein bestimmt (Marx 1859/1971) und unzweifelhaft drohen objektive ökonomische Zwänge, das »Subjektive« oder besser noch das »Intersubjektive« als den Kern psychotherapeutischen Handelns zu relativieren. Die Gefahr einer ökonomisch auf absolute Effizienz hin optimierten, symptom- und nicht mehr ursachenorientierten, immer kürzeren, weil degressiv verrechneten stationären Einheitspsychotherapie ist vor dem Hintergrund dieser zunehmenden Normierung der Leistungserbringung zumindest nicht von der Hand zu weisen.



### 37.7 Wer verantwortet wann was wem gegenüber?

Von der Vielzahl gesetzlicher Vorschriften und Regelungen sind die verschiedenen an einer Therapie beteiligten Berufsgruppen naturgemäß nicht alle gleichermaßen betroffen. Die Qualität einer stationären Psychotherapie wird zumindest im subjektiven Erleben von Patienten in vielen Fällen nicht leiden, wenn bestimmte gesetzliche Vorschriften nicht eingehalten worden sind. Ganz anders stellt es sich für den Krankenhausträger dar, der nicht zuletzt beträchtliche Kosten- und Haftungsrisiken zu gegenwärtigen hat. Die Höhe der Versicherungsbeiträge kann mittelfristig durchaus mitentscheiden über die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens.

Wer unter welchen Umständen was verantwortet, wer wann wem gegenüber haftet, wird in Krankenhäusern immer wieder zum Gegenstand von Auseinandersetzungen und Diskussionen. Rein rechtlich gesehen ist zunächst jeder Mitarbeiter für sein Tun selbst verantwortlich, unabhängig davon, wie sein Anstellungsverhältnis genau aussieht bzw. die haftungsrechtlichen Regelungen des Krankenhauses, und auch unabhängig davon, dass der normale Angestellte zunächst erst einmal nur »Erfüllungsgehilfe« des Krankenhausträgers ist. Der einzelne Mitarbeiter hat nicht zuletzt aus ethisch-moralischen Gründen immer darauf zu achten, dass seine Handlungen »erlaubt« sind, vor allem, dass er keine Tätigkeiten unternimmt, für die er nicht ausgebildet wurde bzw. die untypisch für seine Berufsgruppe sind. Die »Delegation« ärztlicher Handlungen auf nichtärztliches Personal erfreut sich zwar in Zeiten eines Ärztemangels bzw. knapper Kassen einer gewissen Beliebtheit, stellt im Einzelfall aber unter haftungswie auch abrechnungstechnischen Gesichtspunkten ein großes Problem dar, vor allem wenn die Durchführung und die Ergebnisse

delegierter Tätigkeiten nicht sorgfältig kontrolliert werden. Analytische Gruppentherapie sollte nicht von einem Mitarbeiter des Pflegedienstes durchgeführt werden, die Aufklärung über Medikamentenwirkungen nicht von einem Psychologen, da beide eben nicht über die Kompetenz für diese Tätigkeit verfügen. Handeln Mitarbeiter wissentlich zuwider, liegt ein Übernahmeverschulden des einzelnen Mitarbeiters und manchmal auch ein Organisationsverschulden der Krankenhausbetriebsleitung oder des Krankenhausträgers vor. Letzteres gilt vor allem dann, wenn das Krankenhaus oder in ihm tätige Mitarbeiter systematisch Aufgaben übernehmen, für die sie nicht zugelassen bzw. ausgebildet sind. Eine solche Fehlorganisation kann durchaus auch einmal strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen (so z.B. die Behandlung eines offensichtlich suizidalen Patienten auf einer dafür weder räumlich noch personell ausgestatteten Station; ► Fallbeispiel Katrin R., Abschn. 37.4).

Für grundsätzliche Regelungen im Krankenhaus ist zunächst die Krankenhausleitung zuständig, d.h. die Geschäftsleitung einer Klinik mit den ihr zugeordneten leitenden Mitarbeitern aus Pflege, Ärztlichem Dienst und der Verwaltung. Sie verantwortet im Auftrag des Krankenhausträgers die gesamte Organisation der Klinik. Sie ist auch in erster Linie verantwortlich für die Kontrolle der Einhaltung aller rechtlich bindenden Vorschriften und Verträge, von der Verkehrssicherheit der baulichen Vorrichtungen über die korrekte Abrechnung der erbrachten Leistungen bis hin zur Umsetzung des Facharztstandards, der ein Krankenhaus qua Sozialgesetzbuch auch von anderen vollstationären Einrichtungen, z.B. einer Rehabilitationsklinik, unterscheidet. Durch Delegation kann zwar einiges dieser Verantwortung für die Einhaltung klinikinterner Vorgaben an andere, diesbezüglich geeignete Mitarbeiter ab-

gegeben werden. Dies stellt allerdings ein zweischneidiges Schwert für die nachgeordneten Mitarbeiter dar, denn je mehr und eindeutiger delegiert wird, desto mehr Verantwortung muss aufseiten des nachgeordneten Personals übernommen werden. Je detaillierter die Vorschriften sind, welche die Krankenhausleitung verfasst, desto größer können die Probleme werden, die nachgeordnete Mitarbeiter bekommen, sollten sie sich im Einzelfall einmal nicht an diese Vorschriften gehalten haben.

Hier gilt es seitens der Leitung, eine faire Balance zu halten zwischen »bürokratischer Vorschrift« und »therapeutischen Spielräumen«. Letztere sind unerlässlich, soll die stationäre Behandlung nicht in der Absicherung rechtlicher Positionen erstarren. Auf Vorschriften weitgehend zu verzichten hieße andererseits, unverantwortlich zu handeln und Mitarbeiter in rechtlichen Grauzonen alleinzulassen. Hier wie so oft im Leben kommt es auf den Tonfall an, der die Musik macht. Auch Dienstanweisungen können »freundlich-didaktisch« bzw. informativ abgefasst werden und nicht lediglich bestimmte Handlungsanweisungen vorgeben, sondern die jeweiligen Gründe dafür benennen. Es kommt in den verschiedenen Spielarten stationärer und teilstationärer Psychotherapie schlussendlich nicht allein auf die »Noten« an, sondern vor allem auf die »Musik«.

## Literatur

- Ärzttekammer Berlin. Die ärztliche Schweigepflicht. Merkblatt. Stand November 2008.  
[www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)  
 (letzter Zugriff: 08.01.2018).
- Bundesärztekammer. Bekanntmachungen. (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main.  
[www.bundesärztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung](http://www.bundesärztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung) (letzter Zugriff: 08.01.2018).
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG). Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung. Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft 2012.
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauss B. Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut* 2008; 53(1): 4–11.
- Marx K. Zur Kritik der politischen Ökonomie. Vorwort. 1859. Marx-Engels-Werkausgabe (MEW) Band 13. Berlin: Dietz 1971; 7–11.
- Märtens M, Petzold H. Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald 2002.
- Quaas M, Zuck R. Medizinrecht. München: C. H. Beck 2005.
- Robbers J, Wagener A. Die Krankenhausbehandlung. Praxiskommentar zur Vertragsgestaltung. Verträge zwischen Krankenhaus und Patient. Band 1. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft 2006.

## 38 Quo Vadis?

Michael Hölzer, Wolfgang Wöller und Götz Berberich

*»Prognosen sind schwierig, vor allem, wenn sie die Zukunft betreffen.«* Unabhängig davon, ob man diesen Aphorismus nun Mark Twain, Nils Bohr oder doch Karl Valentin zuschreibt: Wohin die Reise für die stationäre Psychotherapie gehen wird, wohin sie sich entwickelt und wie es um die Zukunft der Institutionen steht, in denen sie heute praktiziert wird, ist naturgemäß eine offene Frage.

Weniger schwierig scheint die Prognose, dass sich die Fachgebiete der Psychosomatischen Medizin bzw. der Psychiatrie (und damit eben auch die stationäre Psychotherapie) nicht unabhängig vom Gesundheitswesen (oder sollte man besser sagen der »Gesundheitswirtschaft«?) und diese sich nicht unabhängig von anderen wesentlichen Strukturen und Prozessen der übrigen Gesellschaft entwickeln werden.

Gesamtgesellschaftliche Tendenzen wie die weitgehende Orientierung am »Markt« bzw. an einer »Logik des Geldes«, die Sparpolitik eines Staates, der sich damit immer mehr aus der Finanzierung öffentlicher Aufgaben zurückziehen wird, und die zunehmende strukturelle Individualisierung des Einzelnen, der aufgrund einer weitgehenden Auflösung tragender bzw. haltender Strukturen immer mehr auf sich selbst und damit auf »Selbstoptimierung« angewiesen ist, werden wohl auch die kommenden Jahre und Jahrzehnte prägen. Europaweite Angleichungsprozesse werden ein Übriges tun, um auch in der Bundesrepublik mit derzeit (d. h. in 2017) 820 Krankenhausbetten auf 100 000 Einwohner vergleichbare Verhältnisse herzustellen, denn weder Dänemark (mit 253 Betten auf

100 000 Einwohner) noch Schweden (mit 243 Betten auf 100 000 Einwohner) verzeichnen bei deutlich geringeren stationären Kapazitäten ein schlechteres Gesundheitssystem oder gar eine deutlich geringere Lebenserwartung. Und »Betten« bzw. Behandlungsplätze sowie deren Verankerung im Bettenbedarfsplan eines Landes werden auch in absehbarer Zeit die Planungsgrundlage für die Krankenhäuser bleiben und damit Grundvoraussetzung für jede Form von (teil-)stationärer Psychotherapie, welcher Prägung auch immer.

Nicht aufzuhalten sein dürfte auch der Trend zu einer weitergehenden Ökonomisierung der Medizin. Die Logik des Geldes regiert ja schon heute, um scheinbar unwirtschaftliche Grenzanbieter vom Markt zu räumen. Auch wenn die Medizin und ihre Akteure sich in der Vergangenheit selbst als keinesfalls harmlos in ihrem Streben nach Geld und Gewinn herausgestellt haben: Den Finanzen werden ärztliche Konzepte wie die der Krankenbehandlung, der Versorgung mit bestmöglicher Medizin und Therapie schon jetzt so weitgehend untergeordnet, dass das Primat der Ökonomie die medizinische bzw. therapeutische Logik auch weiterhin aushöhlen bzw. dominieren dürfte. Giovanni Maio (2016) beschreibt in seinen Veröffentlichungen diesen fortschreitenden Erosionsprozess und seine Auswirkungen sehr eindrücklich, indem er von »struktureller Bevormundung« bzw. »ideeller Vereinnahmung« der Ärzte und Therapeuten spricht (Maio 2016, S. 28) – Prozesse, die umso wirksamer greifen, als sie eher verdeckt denn offen kommuniziert werden.

Mit Blick auf das gegenwärtig nicht mehr ganz so neue »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen« (PsychVVG) und das pauschalierende »Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik« (PEPP) und dessen Kategorisierung von Patienten in lukrative und weniger lukrative »Diagnosen« bzw. dessen degressive Tagessätze steht u. E. auch im Bereich der Psychiatrie bzw. der Psychosomatik eine weitere Verschärfung bereits heute dominierender ökonomischer Kriterien an und damit zweifellos auch eine verstärkte Ausrichtung der therapeutischen Praxis an diesen Kriterien.

Sind also Vorstellungen von stationärer Psychotherapie, wie sie z. B. in großen psychosomatischen Fachkliniken derzeit noch vertreten (und in diesem Buch exemplarisch dargestellt) werden, nicht längst überholt? Gehören diese Kliniken wie auch manche der in diesem Buch vertretenen Theorien und Konzepte, Strategien und Vorgehensweisen bereits schon heute einer längst vergangenen Epoche an oder sind sie zumindest vom Aussterben bedroht? Und wie verhält sich die Tradition einer stets geforderten Modernität gegenüber, die sich wissenschaftlich orientierte Kliniken selbst abverlangen? Zwar befindet sich (teil-)stationäre Psychotherapie als Ort der Reflexion und Veränderung ohnehin in einem fortwährenden Erneuerungsprozess – aber ist ein solcher Erneuerungsprozess in einem Umfeld der Überregulierung und Kostenkontrolle, der Qualitätssicherung, die manchmal mehr »Sicherung« als »Qualität« im Blick hat, im Sinne eines kreativen Prozesses überhaupt noch möglich?

Einrichtungen stationärer Psychotherapie sind komplementäre Einrichtungen. Sie werden auch in Zukunft andere Institutionen und Prozesse im Gesundheitswesen ergänzen und sind deswegen auch in ihrer weiteren Entwicklung alles andere als unabhängig, weder

in ihrer Aufgabenstellung und in ihren Zielen noch in ihren Grundannahmen und Menschenbildern. Offen ist damit auch die Frage, mit welchen Aufgaben und Zielen die Gesellschaft künftig Einrichtungen der stationären Psychotherapie betrauen wird und welche finanziellen Mittel sie dafür bereitzustellen willens ist.

Unser ärztlich-therapeutisches Selbstverständnis hat sich bislang mit bloßer Symptombesserung nicht zufriedengegeben. Stationäre Psychotherapie zielt auch gegenwärtig (immer noch) auf eine ätiologisch orientierte, an den Krankheitsursachen ansetzende Behandlung, seien dies unbewusste innere Konflikte, verfehlte Lernvorgänge oder defizitäre Ich-Funktionen, womit in der Regel immer auch ein Stück Persönlichkeitsentwicklung impliziert ist. Aber werden für einen solchen kurativen Ansatz, werden für Begegnung und Beziehung und den dafür notwendigen Zeitaufwand künftig auch die Mittel zur Verfügung stehen? Oder werden nicht vielmehr die Stichworte der »Ambulantisierung« und der »minimalinvasiven« Intervention auch den Bereich der (teil-)stationären Psychotherapie dominieren, von der Übernahme von Versorgungsverpflichtungen und den damit einhergehenden Verpflichtungen zur Akutaufnahme einmal ganz abgesehen? Als ob eine Beschränkung auf elektive und damit planbare Behandlungen nicht ihren eigenen Wert hätte und einen durchaus bedeutenden Beitrag im Hinblick auf die Gesundheit bzw. Gesundung der Bevölkerung leisten würde.

Uns scheint es fast sicher, dass es in absehbarer Zukunft zu keiner weiteren Ausdehnung der (teil-)stationären Psychotherapie im engeren Sinne kommen wird, auch wenn dies bei steigender Inanspruchnahme durch die Betroffenen und bei gleichbleibend hohen Morbiditätszahlen durchaus zweckmäßig wäre. Vieles wird zudem vom Verhältnis der medizinischen Fachgebiete untereinander ab-

hängen: Verbleiben Psychiatrie und Psychosomatik in ihrem derzeitig so desolaten Konkurrenzverhältnis, in dem die Akutpsychiatrie immer mehr zu ordnungspolitischen Funktionen der Unterbringung und Behandlung »auffälliger« Patienten gezwungen scheint (unter Verzicht auf ihre eigentliche Therapeutik), wird sich die stationäre Psychotherapie kaum von den so unerfreulichen ideologischen Abgrenzungsgefechten befreien können und auch weiterhin viel zu viel Zeit mit »Rechtfertigung« verbringen.

So zukunftsweisend die Herstellung sektorübergreifender Gesamtbehandlungspläne und sektorüberschreitender Ansätze bis hin zum Home Treatment (das auch in der Psychosomatik für einige Schmerzpatienten oder psychoonkologische Fragestellungen durchaus sinnvoll wäre) auch sein mag, an dieser Konkurrenz und dem Stichwort der Zwei- oder Dreiklassenmedizin ändert sie zunächst erst einmal nichts. Im Gegenteil: Ungleichheit und Ungerechtigkeit in der Ressourcenallokation dürften ohnehin zukünftig eher zu- als abnehmen. Orientiert man sich an den einschlägigen Kennzahlen des Einkommens und der einkommensabhängigen Lebenserwartung, klaffen schon heute die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen und Milieus weit auseinander und auch der Zugang zu stationärer Psychotherapie ist für einige dieser Gruppen nach wie vor erheblich erschwert. Dieser Einwand richtet sich natürlich nicht gegen sektorüberschreitende Behandlungsansätze als solche, ohne die eine sinnvolle Weiterentwicklung eigentlich nicht vorstellbar ist. Mehr Durchlässigkeit zwischen den Sektoren im Sinne einer verbindlichen ambulanten Fortführung einer z. B. im stationären Sektor begonnenen Behandlung bzw. im Sinne eines abgestimmten Gesamtbehandlungsplanes ist aus verschiedensten Gründen überfällig. Sie würde nicht nur dem Ruf der »Käseglocke«, der ja stationärer Psychotherapie wegen ihrer

manchmal unvermeidlichen und dann ziemlich dysfunktionalen regressiven Effekte anhaftet, entgegenwirken. Sie würde vor allem verhindern, dass Patienten an diesen Sektorengrenzen verloren gehen, wodurch Rückfälle und Chronifizierung gewissermaßen programmiert werden. Denn wenn sich die Behandler der unterschiedlichen Behandlungsfelder untereinander nicht verbindlich abstimmen, werden ihre Patienten den jeweiligen Transfer nicht schaffen.

Absolut zwingend erscheint uns deswegen zukünftig auch eine bessere Verzahnung zwischen dem Bereich der ambulanten und dem der (teil-)stationären Psychotherapie. Die Einrichtung von Psychosomatischen Institutsambulanzen (PsIAs) wird das Problem der mangelnden Verzahnung und Vernetzung jedoch nicht grundsätzlich lösen. Gefragt sind vielmehr Optionen, welche die Welt der niedergelassenen Therapeuten insgesamt näher an die Welt der Kliniken heranrücken lassen (bzw. umgekehrt), sei es, dass Mitglieder verschiedener Berufsgruppen in beiden Bereichen arbeiten oder dass gemeinsame Fallkonferenzen finanziert und damit die Sektorenübergänge nicht nur qualitativ, sondern auch ökonomisch abgesichert werden. Wünschenswert wäre auch, dass gut ausgebildete Kolleginnen und Kollegen, ob Ärzte, Psychologen oder Angehörige anderer Berufsgruppen, die Klinik nach ihrer Ausbildung nicht unwiederbringlich verlassen, sondern ihr ggf. als Teilangestellte mit ihrer Expertise weiterhin zur Verfügung stehen, dass »Belegtherapien« möglich werden oder dass Entlassungen zumindest gemeinsam vorbereitet werden etc. Hier werden auch die Kostenträger gefragt sein, denn diese müssen genauso über ihren finanziellen Schatten springen wie die Leistungserbringer in den jeweiligen Versorgungsektoren, gilt es doch, die eigene Komfortzone zu verlassen und sich auf die Bedürfnisse der jeweils anderen Seite einzulassen.

Psychosomatische Institutsambulanzen dürften jedoch im Hinblick auf die Flexibilisierung der Angebote hilfreich werden. Zwar sind sie seit 2012 Gesetz und sechs Jahre später (zum Zeitpunkt des Erscheinen dieses Buches) immer noch nicht eingerichtet. Sie werden aber zweifellos analog zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) für einige psychisch bzw. psychosomatisch erkrankte Patienten und damit für einschlägige Institutionen eine erhebliche Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten bedeuten. Das Ausmaß dieser Verbesserungen wird jedoch sehr davon abhängen, auf welche Kriterien der Behandlung sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Krankenkassen als Kostenträger und die Krankenhausgesellschaften als Vertreter der Leistungserbringer einigen können bzw. ob und in welchem Zeitrahmen die dafür notwendigen Abschlüsse dreiseitiger Verträge tatsächlich auch zustande kommen. Eine Flexibilisierung der Angebote und eine Überwindung starrer Sektorengrenzen wird nur dann mit diesen Psychosomatischen Institutsambulanzen verbunden sein, wenn Überweisungen in eine solche Ambulanz niedrigschwellig erfolgen können, wenn diese Überweisungen nicht starr an bestimmte Diagnosen und möglicherweise nicht einmal an den Schweregrad einer Erkrankung geknüpft werden, sondern an den subjektiven Leidensdruck der betroffenen Patienten und ggf. ihrer Angehörigen bzw. an einen psychosozialen Notstand jenseits der eigentlichen Erkrankung. Auch den Querschnittsfunktionen der Psychosomatischen Medizin wie auch der Psychiatrie wäre gedient, wenn von diesen Psychosomatischen Institutsambulanzen bzw. den heute schon bestehenden Psychiatrischen Institutsambulanzen psychoonkologische Schwerpunkte, schmerztherapeutische Ambulanzen oder andere Einrichtungen der Medizin »mitversorgt« werden könnten, immer eine entspre-

chende Finanzierung dieser Leistungen vorausgesetzt. Auch aufsuchende Formen der Behandlung im Sinne des Home Treatments oder einer »Psychosomatischen Sprechstunde im Betrieb« (Mayer et al. 2010) wären denkbar. Die stationäre Psychotherapie würde indirekt sehr von dieser Art der Verzahnung bzw. Vernetzung profitieren, weil Überweisungen in die stationäre Behandlung und Entlassungen aus ihr ggf. gemeinsam mit einschlägigen Kooperationspartnern besprochen bzw. abgestimmt werden könnten. Auch eine weitergehende Flexibilisierung wäre denkbar, denn neben einer Tagesklinik könnte durchaus auch eine Nachtambulanz Sinn machen. Es gibt Patienten, deren Arbeitsfähigkeit eine wesentliche ihrer wenigen, wenn nicht ihre einzige funktionale Ressource darstellt bei ansonsten möglicherweise desaströsen sozialen Verhältnissen, was z.B. Familie, Partnerschaft oder die Wohnsituation angeht. Im Sinne eines »supported employments« könnten solche Patienten (ggf. eingeschränkt) weiterhin arbeiten gehen, ohne auf einen geschützten Raum und, damit verbunden, regelmäßige Therapieangebote verzichten zu müssen.

Wahrscheinlich aber dürften die therapeutischen »Spielräume« durch das seit Jahren diskutierte und immer wieder modifizierte pauschalierte Entgeltsystem zunächst eher schrumpfen, denn zu eindeutig werden durch PsychVVG und PEPP bereits jetzt bestimmte Strukturmerkmale einerseits, aber auch die Dosis und die Zusammensetzung von definierten Therapiebausteinen andererseits vorgegeben, um bei gedeckelten Budgets an der Grenze der Sektoren experimentieren zu können. Waren früher Einrichtungen der stationären Psychotherapie immer auch Labor-situationen, in denen Neues ausprobiert werden konnte, so liegt schon heute der Schwerpunkt nicht mehr so sehr auf individualisierter Behandlung, sondern auf einer



sorgfältig dokumentierten Vergleichbarkeit der Behandlungsansätze. Stationäre Psychotherapie folgt damit gegenwärtig dem organmedizinischen Modell der Standardisierung und Manualisierung, der Leit- und Richtlinienentreue und muss aufpassen, über diese Entwicklung zukünftig nicht zu einer seelenlosen Psychomechanik zu verkommen, in der immer weniger Zeit für den eigentlichen therapeutischen Kontakt zum Patienten bleibt. Andererseits hat die zunehmende Operationalisierung und Überprüfbarkeit auch ihren unbestrittenen Wert, denn in der Vielfalt stationär-psychotherapeutischer Behandlungsmodalitäten finden eben auch Esoterik und Ideologie statt. Es ist also eine durchaus janusköpfige Entwicklung, dass stationäre Psychotherapie immer vielfältigeren bürokratischen Zwängen ausgesetzt wird: Nicht nur Qualitätssicherung und Risikomanagement werden diesbezüglich gesetzlich definiert und vorgegeben. Zertifiziert werden Einrichtungen schon gegenwärtig nur noch dann, wenn sie diesbezügliche Vorschriften und Verordnungen peinlich genau umsetzen, ein entsprechendes Projektmanagement vorhalten und Prozesse wie Strukturen fortlaufend minutiös verschriftlichen. Man mag diese Entwicklung bedauern, in welcher der Nachweis wichtiger zu werden droht als der Inhalt selbst. Entkommen wird man ihr nicht, da sich gegenwärtig nichts am Horizont abzeichnet, was dem entgegenstehen könnte.

Mit dem Vormarsch der Evidenzbasierten Medizin, so begrüßenswert deren Meriten auch sein mögen, wird auch die Verrechtlichung der stationären Psychotherapie wie die der übrigen Medizin zunehmen. Sind es heute vornehmlich die Krankenkassen, gegen die im Einzelfall »Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit« vor Gericht erstritten werden muss, könnten es schon morgen die Patienten sein, die wegen fehlerhafter Behandlung klagen. Denn schon heute werden innerbetrieb-

liche Dokumentations- und Nachweispflichten durch eine ganze Reihe rechtlich verbindlicher Standards und Notwendigkeiten ergänzt. Nicht zuletzt wurden durch das Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Februar 2013 auch hier neue Maßstäbe im Hinblick auf Aufklärungs- und Dokumentationspflichten bzw. Einsichtsrechte des Patienten in Behandlungsunterlagen definiert. Angst und Bange kann einem werden, wenn man sich als diesbezüglich meist unbefangenen-ahnungsloser Mitarbeiter die haftungsrechtlichen Konsequenzen von Fehlhandlungen im Alltag vor Augen führt, die leider nicht nur auf zivilrechtliche Tatbestände reduziert werden können. In Bezug auf diese ist der einzelne Mitarbeiter in der Regel lediglich Erfüllungsgehilfe der Institution und deswegen haftungsrechtlich auch geschützt. Strafbar ist man als Mitarbeiter aber auch heute schon aufgrund unerlaubter, d. h. vom Staat als deliktisch definierter Handlungen, und sei es die Vernachlässigung der einem übertragenen Aufsichtspflicht eines gefährdeten Patienten. Hier werden Mitarbeitern auch in Einrichtungen stationärer Psychotherapie in Zukunft zusätzliche Risiken erwachsen, denen vorzubeugen vom Einzelnen wie von der Institution ein zusätzlicher, als bürokratisch empfundener Aufwand abverlangt werden wird.

Stetig verändern dürfte sich auch in Zukunft die Struktur bzw. Zusammensetzung der Bevölkerung, deren Milieus und Schichten schon heute sehr unterschiedlichen Bedingungen ausgesetzt sind. Nicht nur die »alternde Gesellschaft« soll damit thematisiert werden, sondern vor allem auch Migrationsbewegungen, die dazu führen, dass immer mehr »Migranten« im Vergleich zu »Immigranten« anzutreffen sein werden, um eine Unterscheidung von Baumann (2017) aufzugreifen. Während bei Immigranten noch davon ausgegangen werden durfte, dass sich Einwandernde um Assimilation bemühen, dürften

»moderne« Migranten eher an ihren traditionellen Kulturen, Werten und Überzeugungen festhalten und ethnische Inseln bilden, deren Bewohner aber keineswegs vor psychiatrischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen gefeit sind, möglicherweise sogar im Gegenteil. Aber wie wird man diesem Teil der Bevölkerung gerecht werden? Die Majorität dieser Bevölkerungsgruppen wird zwar arbeiten gehen und sich somit finanziell an den Sozialkosten der Gesellschaft beteiligen. Diese Bevölkerungsgruppen haben nicht zuletzt auch deswegen ein Recht auf adäquate medizinische Versorgung – aber wird diesem Recht auch entsprochen werden? Und werden sich Einrichtungen stationärer oder teilstationärer Psychotherapie ihrerseits anpassen an diese scheinbar Unangepassten? Auf deren stillschweigende Ausreise zu warten, dürfte keine adäquate Lösung und ethisch nicht vertretbar sein. Doch wer wird sich der Probleme und Konflikte bzw. der Störungsbilder, die daraus erwachsen, annehmen, mit welchen Zielen und welchem Aufwand?

Auch der sich seit Längerem abzeichnende Trend zur Urbanisierung, der durch Migration schon gegenwärtig unterstützt wird, wird ebenso wie das dadurch bedingte Wachsen der Städte mittelfristig Folgen für die Leistungserbringung haben, geht doch der Zuzug in die Stadt mit einer anonymisierten Lebensweise und einem zunehmenden Risiko der Vereinsamung einher: Der Bedarf an Ein- bis Drei-Zimmer-Wohnungen ist in Deutschland zumindest in den Städten schon heute unerschöpflich; welche pathogenen Auswirkungen diese Form der Individualisierung für den Einzelnen hat (► Ehrenberg 2010), wird sich erst noch herausstellen. Last, not least werden sich auch Arbeitsbedingungen ändern und unter welchen Bedingungen Arbeit krank macht, ist seit Langem empirisch gut erforscht (Karasek & Theorell 1990; Sigrist & Sigrist 2014). Entwarnung ist in diesem Zusammen-

hang nicht angezeigt, wenn immer mehr und immer vielfältigere Aufgaben vom Einzelnen in immer knapper bemessenen Zeiträumen und in immer prekäreren Arbeitsverhältnissen in immer neuen Rollen und Berufsbildern erledigt werden müssen.

Die Globalisierung und europaweit offene Grenzen sorgen auch dafür, dass Arbeit z.B. nicht mehr unbedingt an ausreichende Deutschkenntnisse geknüpft wird. Gerade in Zukunftsbranchen ist Englisch heute schon die Sprache des Alltags. Daneben dürfte auch Türkisch – zumindest in den industriellen Ballungsgebieten – eine der wichtigsten Fremdsprachen sein. Warum aber werden bislang, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine »muttersprachlichen« Therapieangebote für diese gewiss nicht kleinen Gruppen von potenziellen Patienten mit Migrationshintergrund vorgehalten? Dies mag sich im Moment noch nicht für eine einzelne Institution »rechnen«, aus einer ethischen Perspektive wäre es jedoch geradezu überfällig, »im Verbund« aktiv zu werden, um hier systematisch Abhilfe zu schaffen. Hier wie auch in anderen Aspekten der Versorgung, die genügend kritische Masse voraussetzen, ist ebenfalls Vernetzung mit anderen psychotherapeutischen Leistungserbringern gefragt statt des isolierten Blicks auf die Vorteile bzw. die ökonomische Zukunft der eigenen Organisation.

Ob mit diesen gesellschaftlichen Trends und Tendenzen tatsächlich bedeutsame Veränderungen des Morbiditätsspektrums verbunden sein werden (z.B. im Sinne einer dauerhaften Zunahme traumatisierter Patienten, von Patienten mit stressinduzierten Erkrankungen oder Patienten an der Schnittstelle von Depression und altersbedingten Einschränkungen bis hin zur Demenz), bleibt abzuwarten. Zunehmen wird aber hochwahrscheinlich der Bedarf an qualifiziertem Nachwuchs und damit die Notwendigkeit, diesen auch qualifiziert auszubilden. Gegenwärtig

scheinen es in der Summe manchmal sehr belastende und teilweise auch unbefriedigende Arbeitsbedingungen zu sein, neben dem Überwuchern bürokratischer Zwänge und einer gleichzeitig erheblichen Arbeitsverdichtung, die den vor Jahrzehnten noch begeisterten Nachwuchs aus der stationären Psychotherapie zu den Alternativen einer eher naturwissenschaftlich orientierten Medizin abwandern lassen. Mangelnde persönliche Spielräume, bedingt durch institutionelle Zwänge (und durch manchmal unter Druck agierende Vorgesetzte), vor allem aber überbordende Dokumentationszwänge und ein ausuferndes Berichtswesen sorgen jedenfalls derzeit schon für eine beunruhigende Ausdünnung des Nachwuchses.

Umso drängender stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach zeitgemäßen und vor allem auch motivierenden Formen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der in der stationären Psychotherapie Beschäftigten. Angesichts der Komplexität der zu verrichtenden Aufgaben wird den damit verbundenen Fragen heute u. E. ein zu geringer Stellenwert beigemessen: Nimmt man die universitäre Trias von »knowledge, skills and attitude« (also Wissen, Fähigkeiten und Haltung) zum Maßstab, sind bei fast allen für die stationäre Psychotherapie relevanten Berufsgruppen erhebliche Ausbildungsdefizite in allen drei Sektoren zu verzeichnen: Vor allem die praktische Ausbildung nicht nur ärztlicher bzw. psychologischer Mitarbeiter erfolgt noch immer oft genug durch ein unsystematisches Learning by Doing. Ausbildung ist häufig auch theoriefeindlich, wenn angesichts der Vielzahl konkurrierender psychotherapeutischer Theorien bzw. pflge-theoretischer Ansätze nicht die Zeit bleibt, diese intellektuell durchzuarbeiten bzw. kritisch zu reflektieren. Bezüglich einer psychotherapeutischen Grundhaltung wird zudem weniger eine grundsätzliche »Beziehungsorientierung« vermittelt

(denn hierfür wäre erheblich mehr Supervisionsaufwand nötig) als häufig vielmehr »Polypragmatismus«. Es tröstet wenig, dass auch in übrigen Bereichen der Medizin das »ut aliquid fiat« (»dass irgendetwas geschehe...«) regiert. Mit »irgendetwas« wird man aber den Nachwuchs in Zukunft nicht begeistern können und weder kompetente Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Pflegedienst noch kundige Therapeuten ausbilden. Dies gilt cum grano salis für alle in der stationären Psychotherapie kooperierenden Berufsgruppen, denn wer bleibt schon für die Dauer seines Berufslebens in einer Institution angesichts der Möglichkeit, sich z. B. in der eigenen Praxis später zu verselbstständigen bzw. sich zu verwirklichen?

In Anbetracht der engen finanziellen Grenzen, welche die geltenden Tarifsyste-me für die in der stationären Psychotherapie tätigen Berufsgruppen vorsehen, kann die »Motivation«, im stationären Kontext zu verbleiben, nicht vornehmlich pekuniär erfolgen. Dazu werden diese Spielräume auch in Zukunft einfach zu knapp bemessen sein. Bleibt Aus- und Weiterbildung aber so »relativ« wie zurzeit, werden schlussendlich nicht Behandlungsteams, in denen hochqualifizierte, systematisch ausgebildete, gleichermaßen kenntnisreiche wie beziehungsfähige Mitarbeiter kooperieren, das Ergebnis sein, die zudem noch ein Gespür für die Methoden und Verfahrensweisen ihrer Kollegen haben. Defizite in der Ausbildung bergen die Gefahr, dass eher Individualisten die Bühne beherrschen, die ihre Rechte und Meinungen mit ihrem jeweiligen Status durchzusetzen versuchen: als alteingesessene Pflegekraft, weil es schon immer so gewesen ist, als frisch ausgebildeter und qua Status manchmal nicht nur aus-, sondern auch eingebildeter Therapeut, als Körpertherapeut, weil der Rest von der Mannschaft vom Körper ohnehin nicht viel versteht etc. Kleinere stationäre Einrichtungen werden auch in

Zukunft in diesem Zusammenhang mit besonders schwierigen Fragestellungen konfrontiert sein, da sie mangels kritischer Masse häufig selbst keine systematischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten auf die Beine stellen können. Unseres Erachtens steht außer Frage, dass hier zukünftig nur gut organisierte (und finanzierte) Aus- bzw. Weiterbildungsverbünde Abhilfe schaffen können, was jenseits aller Fragen der Versorgung ebenfalls eine möglichst enge Vernetzung aller im System beteiligten Akteure (und eine entsprechende Finanzierung einer solchen Vernetzung) voraussetzt. Im Moment sind wir in vielen Regionen von solchen Lösungen noch weit entfernt.

Im Übrigen gilt, dass der Therapeut, sei er nun ärztlicher oder psychologischer Provenienz, als »König auf dem Schachbrett« stationärer Psychotherapie ohnehin längst ausgedient hat, denn auch in Zukunft behandelt das »Team«. Und auch in Zukunft wird es die Multiprofessionalität, die Methoden- und Personenvielfalt sein, die – abgesehen von den vielfältigen Beziehungen zu Mitpatienten – in stationären Behandlungen wirkt und mit einer gewissen Berechtigung für die Besonderheit dieser Behandlungsform geltend gemacht werden wird.

Aber wird das auch die Realität im zukünftigen Krankenhausalltag sein? Wird das sorgfältig aufeinander abgestimmte, individuell auf den einzelnen Patienten und dessen Störungsbild spezifisch zugeschnittene Behandlungsprogramm nicht immer mehr die seltene Ausnahme? Sind nicht vielfach schon heute eher eine polypragmatische Vielfalt und Parallelität unterschiedlicher Behandlungsangebote und damit ein unintegriertes Nebeneinander die Regel in der stationären Psychotherapie – auch und gerade vor dem Hintergrund manchmal beträchtlicher Ausfallzeiten, bedingt durch Urlaub, Erkrankung oder freigewordene und nicht wieder besetzte

Stellen? Zudem ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass durch die Schwere der Pathologien der behandelten Patienten und deren unbewältigte negative Affektivität Teamkonflikte gewissermaßen vorprogrammiert sind, also auch therapie- bzw. Behandlungsimmanente Zwänge Teams geradezu auseinanderreiben. Was braucht es auch in der Zukunft, um diesen zentrifugalen Kräften entgegenzuwirken, um aus einer unintegrierten Polyphonie ein »stimmiges Konzert« erklingen zu lassen, das dann letztendlich für die Patienten auch ein fruchtbares Zusammenspiel ergibt? Wie können diese auseinander- und widerstrebenden Kräfte langfristig gebündelt bzw. gemeistert werden, wie kann der allgegenwärtigen »Spaltung« (und gemeint ist hier eine Spaltungstendenz, die nicht nur auf unreife Abwehrmodalitäten aufseiten von Patienten zurückzuführen ist) strukturell entgegengearbeitet werden, wenn nicht durch einen erheblich aufgestockten finanziellen Aufwand im Hinblick auf Fallbesprechung und Supervision? Dass sich subjektive Verwicklung nicht durch Objektivität, Naturwissenschaftlichkeit und Leitlinienreue aus der Welt schaffen lässt, macht ja gerade das Besondere dieser Form der stationären Krankenbehandlung aus. Aber werden in Zukunft auch die notwendigen Mittel für diese unabdingbaren Voraussetzungen stationärer Psychotherapie zur Verfügung gestellt werden?

Und welche Funktionen werden der Leitung in diesem Zusammenspiel zukünftig zukommen? Unstrittig dürfte schon heute sein, dass Leitung vor allem die Repräsentation der Klinik nach außen und damit verbundene Vermittlungsaufgaben zu übernehmen hat. Die oben beschriebene Öffnung der Klinik und die Flexibilisierung ihrer Aufgaben setzen andererseits auch stabile Grenzen im Verhältnis zu eben diesem »Außen« voraus. Die Sicherung dieser Grenzen wird auch zukünftig eine nicht zu unterschätzende Aufgabe von

Leitung sein, angesichts der im Vorangegangenen angedeuteten Vielfalt von Fragestellungen und Veränderungen, die sich gerade auch unter Legitimationsgesichtspunkten schon gegenwärtig abzeichnen. Fraglich bleibt, welche Funktionen Leitung dann noch nach innen in Einrichtungen der (teil-)stationären Psychotherapie zu übernehmen haben wird, wie sehr sich diese Leitungsfunktionen auf »Management« reduzieren lassen und wie flach oder steil Hierarchien sein dürfen oder müssen, um diesen Aufgaben funktional gerecht zu werden. Und wie steil oder flach sollen Hierarchien aufseiten der Mitarbeiter erlebt werden, um notwendige Spielräume für Individuelles und Persönliches zu lassen (denn ohne einen individuellen oder persönlichen Kern ist Psychotherapie auch zukünftig im stationären Kontext undenkbar). Die erfahrene Krankenpflegekraft wird sich bezüglich ihrer einzelnen Interventionen auch in Zukunft genauso wenig gerne etwas vorschreiben lassen wollen wie langjährig tätige Spezialtherapeuten oder auch Ärzte und Psychologen, die als Experten ohnehin immer mehr mit ihrer spezifischen Expertise identifiziert sind als mit den organisatorischen Erfordernissen einer Institution. Kriterien und Gesichtspunkte, nach denen Leitung organisiert und eingesetzt werden soll, gibt es viele. Die Literatur ist gerade im Hinblick auf Leitung und Führung von »sozialen« Organisationen überreichlich. Uns scheint es in diesem Zusammenhang wichtig, dass der primäre Unternehmenszweck – in diesem Fall eben stationäre Psychotherapie – auch zukünftig eine Entsprechung haben sollte in der Art und Weise, wie eine Organisation selbst geleitet bzw. geführt wird. Spielräume und Autonomie bzw. die Übernahme persönlicher Verantwortung für die Behandlung der »eigenen« Patienten durch die am therapeutischen Team Beteiligten dürften daher auch zukünftig eine der zwingenden Voraussetzungen für das Gelin-

gen stationärer Psychotherapie bleiben. Im Umkehrschluss gilt, dass Mitglieder eines therapeutischen Teams, die sich bevormundet und gegängelt fühlen, durch welche Vorschrift bzw. welche Arbeitszeiterfassung auch immer, therapeutische Prozesse kaum zum Erfolg führen können. Daher verbieten sich zu steile Hierarchien und zu eindeutige Vorgaben im Hinblick auf die Definition von Therapiezielen, Therapieinhalten und die Modalitäten der Durchführung. Leitung sollte aus dieser Perspektive auch in Zukunft für Mitarbeiter eher als unterstützender denn als kontrollierender Prozess erfahrbar werden, was angesichts der Flut der von außen an die Institution herangetragenen Forderungen keine leichte Aufgabe werden dürfte: Die Förderung der Autonomie unserer Patienten, der Übernahme von mehr Selbstverantwortung, der Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung und einer reflektierten Selbsteinschätzung kann nur innerhalb einer Organisation realisiert werden, die ihrerseits auf eine zu große Engführung ihrer Mitarbeiter bzw. deren Bevormundung verzichtet. Fühlen diese sich zu sehr eingeengt, droht Psychotherapie zum Training zu verkommen. Stationäre Psychotherapie wird sich in diesem Zusammenhang also nicht nur auf standardisierte Handlungsanweisungen, manualisierte Interventionen oder auf das Befolgen von einschlägigen Leit- und Richtlinien berufen können, soll sie nicht in eine Art Marionettentheater münden, in dem persönliche Beziehungsgestaltung, das Ringen um Autonomie und Verantwortungsübernahme die Ausnahme bleiben.

Andererseits werden die zunehmende Verantwortlichung und die oben skizzierte Bürokratisierung Kontrolle in Zukunft immer dringlicher erscheinen lassen. In gewissen Abständen und mit einer bestimmten Intensität wird präzise Dokumentation nicht nur eingefordert, sondern auch immer stärker

kontrolliert werden müssen, damit im Bedarfsfall, z.B. vor Gericht, in Kosten- oder Haftungsfragen keine Havarie erfolgt. Die Gefahren diesbezüglich liegen auf der Hand.

Aber verändern sich nicht auch die Subjekte bzw. die therapeutischen Protagonisten mit der Zeit, wenn z.B. Dokumentation immer mehr dem Nachweis (und nicht der Behandlung selbst) dienen soll? Was wird dies für zukünftige Behandlungen bedeuten, wenn bereits heute Pathologie-orientiert (um die Krankenkassen oder deren MDK zu überzeugen) und nicht Ressourcen-orientiert dokumentiert wird? Verstellt sich dann nicht auf lange Sicht der Blick auf eben diese Ressourcen, deren Förderung es in der Regel dringend bedarf, wenn der Patient Fortschritte machen soll? Und wird der Patient nicht immer mehr »Objekt« der Behandlung, wenn die Zahl der Interventionen entscheidet, ob eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat oder nicht?

Offen muss gegenwärtig auch die Frage bleiben, in welcher Form sich die Psychotherapie als medizinisches Verfahren verändern wird und, im Zusammenhang damit, welche Vertreter welcher Berufsgruppen diese zukünftig vornehmlich praktizieren werden. Wer wird zukünftig also überhaupt wie »intervenieren« dürfen? Gemeint ist in diesem Zusammenhang zum einen die Frage nach einer Direktausbildung in der Psychotherapie qua eigenständigem Studium (das dann neben den Psychologen vermutlich »direkt« ausgebildete Psychotherapeuten dazu befähigen wird, stationär-therapeutisch tätig zu werden). Gemeint ist auch, dass sich diesbezüglich bereits heute ein verhaltenstherapeutisches Primat abzeichnet angesichts der recht eindeutigen Vorherrschaft verhaltenstherapeutisch orientierter Lehrstühle in der akademischen Psychologie, von denen mit hoher Wahrscheinlichkeit ja auch diese Direktausbildung organisiert werden wird. Andererseits wird eine multimodale stationäre Psy-

chotherapie auch in Zukunft eine Vielfalt von Verfahren und Methoden integrieren, die schon heute eine manchmal sehr spezifische Mischung verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Aspekte und Vorgehensweisen darstellt. Da aus empirischer Sicht der Patient selbst und seine Fähigkeiten, Psychotherapie zu »metabolisieren«, den größten Teil des Therapieerfolges »erklären« und in der stationären Therapie auch zukünftig eine Gruppe von Behandlern eine Gruppe von Patienten betreut, wird sich möglicherweise am Kern der (teil-)stationären Psychotherapie gar nicht so viel verändern. Infrage steht eher, wer in Zukunft zu dieser Gruppe der Behandler noch hinzugerechnet werden darf. Heute gehen die Meinungen ja diesbezüglich je nach Selbstverständnis einer Institution sehr auseinander und in Abhängigkeit davon, wie jeweils »therapeutische Gemeinschaft« definiert wird, zählen Begegnungen eines Patienten mit Beschäftigten der Küche, des Reinigungsdienstes und sonstiger »unterstützender Prozesse« in Verwaltung, Hauswirtschaft und Technik eben auch zur Behandlung dazu. Dass deren Leistung durchaus zum Gelingen einer Behandlung beitragen kann, ist u. E. unstrittig, genauso unstrittig wie deren relative Vernachlässigung in den meisten Organisationen stationärer Psychotherapie, in denen in erster Linie die »Therapeutik« und deren Vertreter gewürdigt und umworben werden. Dieser Trend könnte sich in Zukunft noch verstärken, denn die »ökonomisch« relevanten Mitglieder einer therapeutischen Gemeinschaft dürften zukünftig immer eindeutiger von außen definiert und vorgegeben werden, was ggf. zur Entwertung, im ungünstigeren Fall aber auch zum Outsourcing anderer Berufsgruppen führen dürfte, mit möglicherweise nachteiligen Folgen für den »Betrieb« und die Therapie selbst. Das »make or buy« ist in der industriellen Fertigung schon lange stehende Rede, wobei das »buy« (d. h. der Ein-



kauf »uneigentlicher« Leistungen wie Reinigung oder Küche) dem »make«, dem »Selbermachen«, immer mehr den Rang abzulaufen scheint. Übertragung und Therapie finden aber nicht nur bei speziell ausgebildeten Therapeuten statt. Zu intensiven Begegnungen und Auseinandersetzungen, die es dann zu bearbeiten gilt, wird es auch zukünftig mit Mitgliedern anderer Berufsgruppen kommen, denn gerade der Geist der (negativen) Übertragung weht ungeplant und wo er eben will. Was aber bedeutet dies für zukünftige therapeutische Institutionen, für deren Organisation und für das institutionelle Miteinander? Wer muss zu einer Vollversammlung dazugeladen werden, wenn es so etwas überhaupt in der betreffenden Einrichtung gibt? Wer bekommt Supervision im Zusammenhang mit welchen Patientenkontakten? Wer führt in Bezug auf die stationäre Behandlung Regie, wer darf am Drehbuch mitschreiben oder es korrigieren? Und last, not least, welche Rolle spielen die Art der Unterbringung bzw. die Details der sogenannten »unterstützenden Prozesse« und die der sonstigen Organisation einer Klinik für den Verlauf und das Ergebnis stationärer Psychotherapie?

Bezweifelt werden darf, dass es die teilstationäre bzw. stationäre Psychotherapie selbst sein wird, die für diese heute offenen und ungelösten Fragen die Antworten bereithält. Sie selbst wird weder die strukturelle Individualisierung unserer Patienten in einem immer strenger marktradikal bestimmten Alltag aufhalten noch verschärfte Arbeitsbedingungen und eine fortschreitende Arbeitsverdichtung, weder die problematischen Auswirkungen der Globalisierung und Digitalisierung dämpfen noch die der Migration und Urbanisierung. Sie wird auch nicht selbst die Bedingungen definieren können, unter denen stationäre Therapie in Zukunft stattfindet. (Teil-) Stationäre Psychotherapie sollte sich deswegen aber nicht auf einen Reparaturbetrieb neo-

liberaler Produktionsweisen reduzieren lassen, der Patienten lediglich zu hohler Selbstoptimierung und damit vielleicht nur noch effektiveren Voraussetzungen zur Selbstvermarktung verhilft. Adäquate Finanzierungs- und damit Behandlungsbedingungen vorausgesetzt – und einige haben wir in diesem Buch zu beschreiben versucht – wird (teil-)stationäre Therapie aus unserer Sicht auch zukünftig einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung leisten im Rahmen eines öffentlichen Gesundheitswesens, das seinen Namen dann tatsächlich auch verdient, weil es den Menschen in den Mittelpunkt rückt und sich nicht lediglich auf die Wiederherstellung seiner Funktionsfähigkeit konzentriert.

## Literatur

- Baumann Z. Symptome auf der Suche nach ihrem Namen und Ursprung. In: Geiselberger H (Hrsg). Die große Regression. Berlin: Suhrkamp 2017; 37–56.
- Ehrenberg A. Das Unbehagen in der Gesellschaft. Berlin: Suhrkamp 2010.
- Karasek R, Theorell T. Healthy Work. New York: Basic Books 1990.
- Maio G. Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. 2. Aufl. Berlin: Suhrkamp 2016.
- Mayer D, Schmidt H, Hölzer M. »Psychosomatische Sprechstunde« und »Psychosomatische Grundversorgung« in der Arbeitsmedizin. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2010; 45: 593–7.
- Sigrist J, Sigrist K. Stresstheoretische Modelle arbeitsbedingter Erkrankungen. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H, Henningsen P, Lahmann C, Letzel S, Novak D (Hrsg). Psychische und Psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Heidelberg, München: Ecomed Medizin 2014; 64–73.



# Sachverzeichnis

## A

### Abhängigkeit

- Benzodiazepine 423, 431
- Psychopharmaka 426, 431
- Schlafmittel 436

### Abrechnungsstruktur 540

### Abschied 514

- Konflikte 516

### Abstinenzvereinbarung, Alkohol/Medikamente 389

### Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 35

### Abteilungspflegesätze 539

### Abwehr(mechanismen)

- maladaptive 354 f.
- neurotische 93
- primitive 67, 349
- rationalisierende, Kunst- und Gestaltungstherapie 255
- regressive 93
- schizoide, Kunst- und Gestaltungstherapie 255
- vermutete 333

### Acetylsalicylsäure 435

### Achtsamkeit 225

- Entspannungsverfahren 227
- mitfühlende Akzeptanz 226

### achtsamkeitsbasierte Stressreduktion 224

### achtsamkeitsbasierte Verfahren 226

### achtsamkeitsinformierte Verfahren 226

### Achtsamkeitsübungen 83

### adrenocorticotropes Hormon (ACTH) 100

### Adverse Childhood Experiences (ACE) 100

### Affektdifferenzierung 71

### Affekte

- Entwicklung 96
- erlebte, Abfuhr 99
- intensive 213
- Kontrolle/Regulation 349
- körperliche Begleitreaktionen 93
- nicht wahrgenommene 93
- Regulation 512
- verbotene 180
- Zentralität 93

### Affektwahrnehmung 69, 71, 349

### Aktualneurosen 93

### Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) 78

### Alexithymie 114

- Emotionsverarbeitung 72

### Alkoholabhängigkeit, Abstinenzvereinbarung 389

### Allgemeinkrankenhaus

- psychosomatische Medizin 8
- psychosoziale Medizin 8
- somatische Kompetenz 9

### Allodynie 290

### Alltagsbewältigung bzw. -gestaltung 426

### Alltagstransfer, Therapieerkenntnisse/-erfahrungen 518

### Als-ob-Modus 212

### Alternativverhalten 75

### Ambiguitätstoleranz 468

### ambulante analytische Gruppentherapie 180

### ambulante Gruppentherapie 510

### ambulante probatorische Sitzungen 310

### ambulante psychodynamische Gruppentherapie 178

### ambulante Psychotherapie 31, 56, 352, 510, 518

- Effektivität 128
- Methodenintegration 61
- Patientenerreichbarkeit, fehlende 118
- psychosoziale Faktoren 118
- Teilnahmefähigkeit 356
- Wirksamkeit 136
- Zugang 519

### ambulante Rehabilitation 44, 48, 124

### ambulanter Therapieplatz 519

### ambulante spezialärztliche Versorgung 41

### Ambulanzkonferenz, stationäre Psychotherapie 314

### Ambulanzmodell 58

### Analgetika 435

### analytische Gruppentherapie, ambulante 180

### analytisch-psychotherapeutische Grundkonzeptionen 20

### analytisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung

- therapeutische Gemeinschaft 396

### analytisch-therapeutische Beziehungen 20

### Anamnese

- biografische 337
- Dokumentation 527

### Anamnesegespräch, ärztliches 220

### Angehörige, Miteinbeziehung 116

### Angehörigengruppen, Psychoedukation 415

### Angsterkrankungen 58, 112, 517

- Antriebsarmut 282

### Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse 287

- körperbezogene 106, 217

- lebensphasentypische 94
- sportliche Aktivitäten 286
- stationäre psychosomatische Behandlung 154
- Stresshormone 287
- Symptome 442
- Teufelskreis 218
- vegetative Reaktionen 287
- Angstneurose 93
- Anorexia nervosa 129
- Anpassungsstörungen 112
- Anschlussheilbehandlung 45, 122
- Anschlusstherapie 518
  - Tagesklinik 519
  - ungeklärte 518
  - Vorbereitung 518
- Antidepressiva
  - Patientenaufklärung 441
  - und Psychotherapie, Kombination 423
- Antirheumatika, nichtsteroidale 434
- Anti-Suizid-Vertrag 148
- Antizipation 349
- Antragstellung, psychosomatische Rehabilitation 44f.
- Arbeitsbedingungen, krankmachende 594
- Arbeitsbündnis
  - stabiles 356
  - stationäre Psychotherapie 314
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP-System) 533
  - Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde 333
- Arbeitsunfähigkeitszeiten, Verkürzung 6
- Archetypenlehre 245
- Aromapflege 200
- Arztfunktion/-rolle 212
  - Abstand 213
  - Aufgaben 209, 220
  - emotionale Funktionsfähigkeit, Aufrechterhaltung 214
  - im Team 217
  - Organdiagnostik 209
  - psychosomatische Abteilungen 211
  - Sicherheit gewährende 218
  - suggestive Wirkung 218
- Arztkontakt, Gestaltung 219
- Ärztliche Musterweiterbildungsordnungen 569
- ärztliche Präsenz im Nachtdienst 475
- Ärztlicher Dienst 51
- ärztlicher Psychotherapeut 219
- ärztliches Gespräch, Visite 455
- Atemtherapie 215, 241
- Ätiopathogenese, Psychosomatik 92
- Atmosphäre 401, 404
  - Familiengespräch 452
  - Klinik, nachts und am Wochenende 473
- Attunement, Musiktherapie 269
- Aufklärung 573
  - Behandlungsalternativen 579
  - Beweislast 576
  - Dokumentation 525, 576
  - Einführungsveranstaltungen 574
  - Fehler 580f.
  - Nachweis 574
  - Nebenwirkungen/Risiken 573, 578
  - Patienten 514
  - prozessorientierte 575
  - Rückfragen 575
  - schriftliche Informationen 575
  - Therapieziele 577
  - Zeitdruck 574
- Aufklärungsbögen 486
  - zur Beeinträchtigung von Konzentration und Aufmerksamkeit 325
- Aufklärungspflicht 593
- Aufmerksamkeit 227
  - Beeinträchtigung, Aufklärungsbögen 325
  - Erlebnisinhalte 78
  - innere 225
  - Patienten 58
  - Patientenäußerungen 181
  - therapeutisches Team 75
- Aufmerksamkeitsstörungen 241
- Aufnahme 317
  - allgemeinmedizinisch-internistische Untersuchung 326
  - Qualitätsmerkmale 323
- Aufnahmeabteilungen 319
- Aufnahmegespräch 147
- Aufnahmesituation, Pflegedienstmitarbeiter 321
- Aus-, Fort- und Weiterbildung 595
- Auslinien 367, 378
- äußere Bilder, Kunst- und Gestaltungstherapie 245
- äußerer Dialog 472
- Autogenes Training 224, 238, 240
- autonomes Funktionieren 349
- Autonomieentwicklung 66
- awareness 225

**B**

- Balint-Gruppen 164
  - Basisdokumentation 528
    - für stationäre Psychosomatik 35
    - in der Psychotherapie (Psy-BaDo) 33, 528
  - Basispflegesatz 539
  - Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) 338
  - Bedarfsgruppen 330
    - am Wochenende 497
  - Bedarfsmedikation 218
  - Bedeutungsraum 549
  - Bedingungsanalyse 76, 221, 335 f.
  - Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) 33, 135
  - Befindensebene, Dokumentation 524
  - Befindlichkeitsschwankungen 480
  - Befundebene, Dokumentation 524
  - Befunderhebung 327
  - Begutachtung 50, 362
  - Behandlerteam, Rahmenvereinbarungen 380
  - Behandlerwechsel 319
  - Behandlung, körperlich-medizinische Seite 213
  - Behandlungsalternativen, Aufklärung 579
  - Behandlungsanlass, Behandlungsbericht 533
  - Behandlungsbedürftigkeit 112
  - Behandlungsbericht 529
    - Abfassung 530
    - Adressaten 532
    - Behandlungsanlass 533
    - Behandlungsverlauf 535
    - Beschwerden 533
    - Diagnose 534
    - Gliederung 532
    - Kommunikationsmittel 530
    - Komplikationen, Erwähnung 535
    - Merkblatt zu den Funktionen 530
    - Prognose 535
    - psychischer Befund 533
    - Psychodynamik 534
    - Therapieergebnis 535
    - Umgang mit einer Arbeitsstörung 531
    - Verhaltensanalyse 534
  - Behandlungsdauer, Prädiktoren 137 f.
  - Behandlungserfolg 137
  - Behandlungsergebnis
    - Prädiktoren 138
    - unbefriedigendes, Indikatoren 137
  - Behandlungseröffnung, somatoforme Störungen 210
  - Behandlungsfehler 569, 581
  - Behandlungsnotwendigkeit 112
  - Behandlungssetting, psychodynamisches 211
  - Behandlungsverlauf
    - Behandlungsbericht 535
    - Dokumentation 526
    - Therapiedauer 513
  - Behinderung 38
  - Belastungserprobung 379, 470
    - Kräfte, entgegenwirkende 470
    - therapiefreie Zeiten als Zwischenräume 469
  - Belastungsstörungen 112
  - Belegtherapien 591
  - Benzodiazepine, Abhängigkeit 423, 431
  - Berichterstattung, stationäre Psychotherapie 315
  - berufliche Wiedereingliederung, stufenweise 519
  - Berufsordnungen 569
  - Beschäftigungstherapie 247
  - Beschwerdedarstellung, umfassende 210
  - Betäubungsmittel (BTM), Einnahme unter Sichtkontrolle 440
  - Betreutes Wohnen 510
  - Beurlaubungen 368, 379, 471
  - Bewältigungskompetenz 349
  - Bewältigungsmechanismen 354, 372
    - maladaptive 355
  - Bewegungspädagogik 225
  - Bewegungstherapie 224
  - Beweislast 569
    - Aufklärung 576
    - Sozialleistungen 50
  - Beweislastumkehr 570, 575
  - Beziehungsaufnahme
    - über Klänge, Rhythmen und Melodien 269
  - Beziehungserfahrungen
    - Kunst- und Gestaltungstherapie 250
  - positive
    - Introjektion 65
    - Verinnerlichung 64
  - reale 64
  - somatisierte 220
  - verinnerlichte 213
  - vermittelnde 66
- Beziehungsgestaltung
  - psychodynamische Gruppentherapie 178
  - reziproke 512
- Beziehungskrankheiten 96
- Beziehungsmedizin 209
  - Kompetenzen 220
  - psychosoziales Konzept 220
- Beziehungsmodalitäten, schemakonforme 80
- Beziehungsmuster 372
  - pathologische 378

Beziehungsorientierung 595  
 Beziehungsregulation  
 – Konflikte 426  
 – Musiktherapie 270  
 Beziehungstheorie, moderne 63  
 Beziehungsverdünnung, nächtliche 475  
 Beziehungsverhalten 387  
 – Veränderungen 360  
 Beziehungswünsche 375  
 – kindlich-regressive 183  
 Bezugspflege 196  
 – Beziehungsaspekte 197  
 – Definition 197  
 – Durchführung 201  
 – Erstkontakte 198  
 – Morgen-/Abendkontakte 198  
 – Patientenbeziehung, Tragfähigkeit 197  
 – persönliche 207  
 – stationäre Psychotherapie 196  
 – Subjektivierung 203  
 – Überforderung 199  
 Bezugspflegegespräche 200  
 Bezugspflegekraft 198, 326  
 – Hilfs-Ich-Funktion 200  
 Bezugstherapeuten 318  
 – Erstkontakt, inhaltliche Aspekte 323, 325  
 – Kontakt 323  
 – Nicht-Wissen, Zugeständnis 326  
 Bezugstherapeutin 174  
 Bibliotherapie 411  
 Bindungsmotivation 367  
 Bindungstraumata 71, 79  
 – Emotionsregulationsstörung 83  
 Bindungsverunsicherungen 497  
 Biofeedback 215, 224, 240  
 biografische Anamnese 337  
 bio-psycho-soziales Krankheitsmodell 443  
 – psychische Erkrankungen 57  
 bipolares Modell 58  
 Blutungen, medikamentenbedingte 433  
 body image s. Körperbild  
 Body Scan 233  
 Bogenschießen 235  
 Borderline-Persönlichkeitsstörung 73  
 – affektive Prozesse 17  
 – Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) 303, 387  
 – Musiktherapie 270  
 – Transference-focused Psychotherapy (TFP) 386  
 Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF),  
 sportliche Aktivitäten 285

Brief Symptom Inventory 339  
 Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen 548, 553  
 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) 569  
 Burnout-Syndrom 414

## C

Chaostheorie 445  
 Charakterstörungen 18  
 Chefarztvisite 455 f.  
 Cholecystokinin (CCK) 103  
 Chronifizierung, Schmerzmedikation 420  
 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) 78  
 Common Factors, kognitiv-behaviorale Gruppentherapie 185  
 Compliance 221, 413  
 – Psychopharmaka 427  
 – Psychotherapie 15  
 Container-Contained-Modell 66 f.  
 Containing 215  
 Containment 66  
 Controlling 557  
 Control Mastery Theory 493  
 Coping  
 – Fähigkeiten 408  
 – gelungenes 219  
 – Verbesserung 38  
 Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) 100  
 Cortisol 102  
 – Stresserfahrungen 100  
 Cortison 435  
 craniomandibuläre Dysfunktion 104

## D

Dauernachtwachen 475  
 Day Clinic and Inpatient Psychotherapy of Depression (DIP-D) 134  
 Dekompensation, psychotische 489  
 Delegation 570  
 Deliktsrecht, deliktische Haftung 570  
 Depression 112, 517  
 – ambulante Therapie 519  
 – Antriebsarmut 282, 289  
 – Hilflosigkeit, gelernte 289  
 – kognitive Therapie 77  
 – Körperhaltung 106  
 – narzisstische Kränkungen 289  
 – Psychopharmaka 421, 424  
 – Selbstwertgefühl 289  
 – sportliche Aktivitäten 289



- Symptome 442
  - unipolare 127
    - S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie 410
  - depressive Episode, schwere 112
  - Desensibilisierung, kognitiv-behaviorale Gruppen-  
therapie 184
  - Desomatisierung 96
    - mangelhafte 97
  - Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)  
260
  - Deutsche Rentenversicherung, Verwaltung 51
  - Diabetes mellitus
    - Psychopharmaka 430
    - sportliche Aktivitäten 294
  - Diagnosefehler 569, 581
  - Diagnoseinterviews, strukturierte 340
  - Diagnosis Related Groups (DRG-System) 540
  - Diagnostik
    - Befindensschilderung eines Patienten 332
    - Behandlungsbericht 534
    - Beziehungsgeschehen, komplexes 339
    - Ergänzungselemente 332
    - initiale 338
    - Konflikte 311
    - psychopathologischer Befund 332
    - psychosomatische 332
    - psychosomatisch-psychotherapeutische 33
    - Reliabilität 311
    - simultandiagnostischer und -therapeutischer  
Würfel, Metapher 337
    - stationäre Psychotherapie 332
    - Umweltvariablen 336
    - verhaltenstherapeutische 335
  - Diagnostiker, Wahrnehmungseinstellung, theorie-  
geleitete 340
  - diagnostisches Interview 310
  - Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) 78
    - Borderline-Persönlichkeitsstörung 303, 387
  - Diclofenac 435
  - dissoziale Störungen 379
  - dissoziative Störungen 117
  - Dokumentation 522, 580, 598
    - Adressaten 526
    - Anamnese 527
    - Aufklärung 525, 576
    - Befindens- und Befundebene 524
    - Behandlungsbegründung 369
    - Behandlungsbericht 530
    - Behandlungsverlauf 526
    - Datenbewertung 525
    - Definition 580
    - Eingangsdagnostik 527
    - Entlassung 529
    - fehlerhafte Behandlungen 580
    - Formen 527
    - grundlegende Aspekte 523
    - Indikation 326
    - Informationstechnik (IT) 557
    - Inhalte 582
    - Kommunikation und Information 523
    - Kosten-/Haftungsrisiken 580
    - Krankenhausbehandlung 526
    - Legitimation 523
    - lückenlose 543
    - Medikamente 441
    - Misserfolge 582
    - Nachweis 523
    - Nebenwirkungen 582
    - Orientierung 522
    - Patientenakte 525, 582
    - Patienteneinwilligung 524
    - Pflegeanamnese 582
    - psychotherapeutische Leistungen 525
    - Qualitäts- und Risikomanagementsystem 563
    - Rahmenbedingungen, rechtliche 524
    - Reflexion 522
    - Risiken 582
    - Spezialtherapeuten 582
    - stationäre Psychotherapie 525
    - Stellenwert 522
    - Therapieschäden 582
    - Therapieziele 346
    - Therapiezielüberwachung und -anpassung,  
kontinuierliche 542
    - Untersuchungsergebnisse 526
  - Dokumentationspflicht 580, 593
    - für Krankenhäuser 563
    - Musterberufsordnung für Ärzte 524
  - Drei-Klassen-Medizin 5
  - Dritter im Bunde 301, 358, 362, 495 f.
  - DSM-5 12
  - dysfunktionales Verhalten 74, 387
  - Dysmorphophobie 223
  - Dysthymie 129
- ## E
- Effektivität 127
    - ambulante Psychotherapie 128
    - stationäre Psychotherapie 128
    - teilstationäre Psychotherapie 129

- Effizienz 126, 128
  - stationäre Psychotherapie 132
  - teilstationäre Psychotherapie 129
- E-Health 411
- Einflüsse, unbewusste 62
- Einführungsveranstaltungen 574
- Eingangsdiagnostik 47, 526 f.
  - Dokumentation 527
- Ein-Personen-Psychologie 302, 486
- Einsichtsfähigkeit 349, 472
- Ein- und Durchschlafstörungen 436
- Einverständniserklärung 579
- Einwilligung 573 f.
- Einzelsupervision 504, 507
- Einzeltherapeutin 174
- Einzeltherapie 58, 113, 171
  - Indikation 175
  - Inhalte 174
  - kognitiv-behaviorale Therapie 79
  - psychosomatische Rehabilitation 48
  - stationäre 172
  - therapeutisches Team 174
  - Trennung 516
  - Verhaltensalternativen 385
  - Wirkfaktoren 172
- Einzel- und Gruppentherapeuten, Supervision 506
- Einzel- und Gruppentherapie 171
  - Aufenthaltsdauer, stationäre 174
  - Beziehungsangebote, alternative 173
  - Möglichkeiten 173
  - Symptomlinderung 211
  - Therapeuten 175
  - therapeutische Aufgaben, Aufteilung 173
  - Vorteile/Einschränkungen 173
- Embodied Cognition 105
- Embodied Cognitive Science 105
- Embodiment 104, 228
  - klinische Anwendungen 106
- emotionale Erfahrung, korrigierende 66
- emotionale Instabilität 481
- Emotionen, somatisierte 220
- Emotionsregulation 69, 78
  - therapeutisches Team 166
  - Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) 106
- Emotionsregulationsstörung, Bindungstraumata 83
- Emotionstraining 78
- Emotionsverarbeitung, alexithyme 72
- Empathie 213
- Empathiedefizite 83
- Endurance-Belief 414
- Entgeltsystem 541, 585
  - Pauschalierendes, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System) 529, 590
    - Krankenhausfinanzierung 6
- Entlassmanagement 529, 536
- Entlassung 318, 510, 512
  - Dokumentation 529
  - Gestaltung 514
  - Komplikationen 514
  - nicht einvernehmliche 515
  - Rahmenvertrag 520
  - soziale Arbeit 519
  - strukturelles Patientenniveau 517
  - Vorbereitung 517
  - Zeitpunkt, angemessener 515
- Entlassungsbefehl, Abfassung 531
- Entspannung 238
  - Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, Dämpfung 239
  - Sympathikus, Dämpfung 239
- Entspannungsverfahren 83, 238
  - Achtsamkeit 227
  - meditative 224
- Entwicklung
  - Affekte 96
  - psychoneurotische 97
  - psychosomatische 95
- Entwicklungsperspektive, psychodynamisches Denken 62
- Entwicklungspsychologie 83, 347
- Epigenetik 102
- Erfüllungsgehilfe 570
- Erlebensmuster, kindliche, Regression 180
- erlebnisorientierte Therapien 215
- Erstkontakt, inhaltliche Aspekte 323, 325
- Erwartungs-mal-Wert-Paradigma 354
- Erwerbsunfähigkeitsrente 50 f.
- Erythrophobie 91
- Essener Modell 58
- Essstörungen 72, 111, 117
  - Pflegebegleitung 154
  - sportliche Aktivitäten 286
- ethische Aspekte 572
- Evidence-based Medicine (EBM) 126, 593
- Exercise 283
- Expositionsbehandlungen 114
  - Vorbereitung 386
  - Zwangsstörungen 303
- extrapyramidalmotorische Störungen, Neuroleptika 431
- extraverbaler Bereich 58

**F**

- Fachabteilungen 32
- Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 6, 10, 111
- Facharztstandard 454, 570
- Facharztvisite 454, 542
- Fachkliniken 30, 35
- Fahrlässigkeit 570
- familiäre Homöostase 446
- Familie 448
  - innere Bilder 446
- Familiengespräch 449
  - Atmosphäre 452
- Familientherapie 82, 510
  - Eingangsrunde 451
  - Entlarvung unbewusster Strukturen 450
  - Eröffnung 450
  - Erstkontakt 450
  - Erwartungshorizont 449
  - ohne Familie 448
  - paradoxe Interventionen 451
- Fear-Avoidance Belief 414
- Fehlbelegung 581
- Fehlbelegungsprüfungen 541 f.
- Fehlentwicklungen, stationäre Psychotherapie 152
- Fehlermeldesystem 561
- Feldenkrais 215
- Fibromyalgie-Syndrom (FMS) 104
  - sportliche Aktivitäten 291
- Fitness 224
- Floodingvertrag (Waschwang) 389 f.
- förderliche Umwelt (facilitating environment) 65
- formale Behandlungsbedingungen 366
- Fragetechniken, systemische 448
- Fremdgefährdung 147, 379
  - Psychopharmaka 429
- funktionale Gesundheit 122
- Funktionelle Entspannung 215
- Funktionsarzt
  - für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin 327
  - für somatische Medizin 326

**G**

- Garantenstellung 571
- Gate-Control-Theory 413
- Gefühle
  - Gegenübertragung 213
  - Mentalisierung 248
- Gegenagieren, institutionalisiertes 372

- Gegenübertragung 63, 211
  - Gefühle 213
  - Kunst- und Gestaltungstherapie 250
  - Visite 460
- Gehälter, tarifliche 547
- Geh-Meditation 233
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
  - Personalausstattung, Vorgaben 546
- Gender-Fragen 13
- Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale (GAD-7) 339
- Generationengrenzen, sich auflösende 447
- Genogramm 447
- Gen-Umwelt-Interaktionen 102
- Gesamtbehandlungspläne, sektorübergreifende 591
- Geschäftsführung
  - Aufgaben 556
  - Klinik 587
  - Organisationsschema 554
- gesetzliche Regelungen für Krankenhäuser 563
- Gestaltungstherapie 246
  - tiefenpsychologisch fundierte 246
- Gesundheitsfragebogen für Patienten 528
- Gesundheitspolitik, Sektorengrenzen 39
- Global Assessment of Functioning Scale (GAF) 33, 135, 543
- Globalisierung 594
- Global-Severity-Index (GSI) 130, 135
- Glucocorticoide 435
- Glucocorticoid-Rezeptoren 100, 102
- Goal Attainment Scale 361
- Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP) 291
- Grenzverletzungen
  - destruktive 494
  - Visite 463
- Großvisite 463
- Grundbedürfnisse 347
  - Patienten 56
- Grundgesetz 569
- Gruppenanalyse 16, 24
  - stationäre Psychotherapie 18, 20
- Gruppenfantasien 164
- Gruppenräume 552
- Gruppensupervision 503 f., 507
- Gruppentherapeuten 115, 163, 174
  - stationäre 189
  - Supervision 506
- Gruppentherapie 23, 57, 113, 171
  - ambulante 510
  - Effizienz 190

- Erlebens- und Verhaltensformen, regressive 178
- Essener Modell 58
- Freistellung 176
- Indikation 175
- Inhalte 174
- kognitiv-behaviorale 80, 184
- Konflikte, biografische 178
- Kosteneffizienz 172
- mentalisierungs-basierte 179, 182
- Motivierung 190
- Nebenwirkungen/Risiken 148
- Patientenängste 189
- psychoanalytisch-interaktionelle 179, 181
- psychodynamische 178
  - Trauma- und ressourcenorientierte 183
- psychosomatische Rehabilitation 48
- stationäre 172
  - Indikation 176
  - Kontraindikation 176
  - konzeptionelle Orientierung 177
- therapeutisches Team 174
- Trennung 516
- verhaltenstherapeutische 186
- Wirkfaktoren 172

## H

- Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis 528
- Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) 135
- Hata-Yoga 237
- Hausordnungen 373, 399
- Haut-Ich 94
- healing architecture 405
- Health-49 528
- Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) 351
- helping alliance 348
- Hilflosigkeit, gelernte 353
  - Depression 289
- Hilfs-Ich-Funktion, Bezugspflegerkraft 200
- Hoffnungslosigkeitsgefühl 213
- Holding Function 73, 377
- Home Treatment 591
- Hypalgesie 103
- Hyperalgesie 103, 290
- Hypercortisolismus 101
- Hyperventilationstest 412
- Hypnotherapie 82
- Hypnotika 431
  - Schlafstörungen 436

- Hypochondrie 91, 93, 223
- hypochondrische Ängste 368
- Hypocortisolismus 101
- Hysterie 14, 93

## I

- ICD-10 112, 332
- ICD-10-Diagnose 332, 342, 527
  - klinisch-diagnostische Leitlinien 333
- ICD-10-Symptom-Rating (ISR) 338, 528, 562
- ICD-11 12
- Ich-Entwicklung, Affekte 96
- Ich-Funktionen 69
  - Stärkung 345, 349, 353 f., 356
- Ich-Psychologie 69
- Ich-Spaltung, therapeutische 597
- Ich-Stärkung 234
  - Kunst- und Gestaltungstherapie 249
- Ich-strukturelle Störungen 21, 65
- Identifikation 384
- Identitätsdiffusion, adolescente 96
- Imaginationserfahrungen, kognitiv-behaviorale
  - Gruppentherapie 184
- Impulskontrolle 69
- Impulsregulation 512
- INDDEP-Studie (Inpatient and day hospital treatment of depression) 134
- Indexpatienten 446
  - Symptome 447
- Indikation
  - Achsenmodell 112
  - differenzielle 512
  - Dokumentation 326
  - Einzeltherapie 175
  - Gruppentherapie 175
  - Krankenhausbehandlung 121, 123
  - Kunst- und Gestaltungstherapie 254
  - Musiktherapie 269
  - Psychoedukation 410
  - psychosomatische Rehabilitation 45, 121, 123
  - stationäre Psychotherapie 110, 301, 303, 311
  - Tageskliniken 119
  - teilstationäre Psychotherapie 120
- Informationsschriften 409
- Informationstechnik (IT) 557
- Informations- und Kommunikationstechnologie 445
- Informationsveranstaltungen
  - in der ersten Woche 328
  - stationäre Psychotherapie 306
- informed consent 572

innere Bilder  
 – Familie 446  
 – Kunst- und Gestaltungstherapie 245  
 innere Einstellung bzw. Haltung, achtsame 226  
 innerer Dialog 472  
 inneres Erleben, Musiktherapie 264  
 Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) 561  
 institutionalisiertes Gegenagieren 372  
 Institutsambulanzen, psychosomatische 41  
 Integrationsniveau, Persönlichkeitsstruktur 31  
 Integrative Bewegungstherapie (IBT) 223 f., 232 f., 282  
 Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen 281  
 integratives Modell 58 ff.  
 Integrierte Versorgung (IV) 39  
 Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) 42  
 Interaktionsregulierung 512  
 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 36, 46 f.  
 International Institute for Subjective Experience and Research (ISER) 251  
 internistisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Modelle 21  
 internistisch-psychotherapeutische Therapiekonzepte 59  
 interpersonelle Interaktionen 67  
 – horizontale Dimension 67  
 – vertikale, intrapsychische Dimension 68  
 Inter-Session-Prozesse 468, 471  
 – Therapieerfolg 468  
 Interview-Schema 310  
 intrapsychische Konflikte 17  
 Introjekte, selbstentwertende 180  
 Introjektion 65  
 Inventory of Interpersonal Problems (IIP) 528, 562  
 Investitionskosten 546, 549, 552

## J

juristische Aspekte 567

## K

Kausalitätsbedürfnis 411  
 Kindheitstraumatisierungen, Entzündungswerte 101  
 Klangsprachliches, Musik 262  
 Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) 51  
 Klinikatmosphäre 399  
 Klinikhierarchie 395

Klinikmilieu 394, 399  
 Klinische Sozialarbeit 273  
 – Fokus 274  
 – methodische Abgrenzung zur psychosozialen Beratung 276  
 Kognitionen, maladaptive 354  
 kognitiv-behaviorale Gruppentherapie 184  
 – Common Factors 185  
 – Desensibilisierung 184  
 – Imaginationserfahrungen 184  
 kognitiv-behaviorale Konzepte 445  
 kognitiv-behaviorales Behandlungssetting, Körperarzt 217  
 kognitiv-behaviorale Therapie 61, 73, 78 f., 129, 136  
 – Einzeltherapie 79  
 – Gruppentherapie 80  
 – indikative Gruppen 81  
 – multimodales Setting 81  
 – Standardgruppen 80  
 – stationäres/teilstationäres Setting 79  
 – störungsorientierte Ansätze 78  
 – Transfer der Therapieergebnisse 81  
 kognitive Informationsvermittlung 412  
 kognitive Umstrukturierung 472  
 kognitive Verhaltenstherapie 76, 129, 185  
 – Gruppenleiterverhalten, strukturierendes 185  
 – Psychoedukation 411  
 – Selbstheilungskräfte 185  
 Kommunikation, nonverbale 106  
 Kommunikationsrituale, Verstöße 384  
 Kommunikationsverhalten, dysfunktionales, Modifikation 384  
 Kommunikationsverhältnisse, unklare 447  
 Komplikationen 482  
 – Entlassung 514  
 – Erwähnung im Behandlungsbericht 535  
 – Psychosen 489  
 – Suizidalität 487  
 – Therapiebeginn 485  
 Konditionierung  
 – klassische 74 f., 335  
 – lerntheoretische Konzeption 335  
 – Musiktherapie 264  
 – operante 74 f., 335  
 Konfliktbearbeitung, Visite 460  
 Konfliktbewältigung 356  
 Konflikte  
 – Abschied 516  
 – am ersten Wochenende 331  
 – äußere 330

- bewusste 62
- biografische, Gruppentherapie 178
- Diagnostik 311
- differenzierte 446
- dynamisch beschäftigende 330
- Inhalte, pathogene 334
- innere 330, 333
- interpersonelle 96, 147
- klinikinterne 496
- neurotische Lösungen 452
- unbewusste 62, 69
  - Aktualisierung 180
  - intrapsychische, Inszenierung 68
  - konfliktorientierte psychodynamische Gruppen-  
therapie 179
  - Kunst- und Gestaltungstherapie 248
- konfliktorientierte psychodynamische Gruppen-  
therapie 179
- Konflikte, unbewusste, Durcharbeitung/  
Reinszenierung 179
- Konsiliardienst 8, 36
- Kontaktverbote 496
- Kontingenz 335
- Kontingenzmanagement, selbst kontrolliertes 77
- Konzentrationsbeeinträchtigung, Aufklärungsbögen  
325
- Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) 215, 223 f.,  
230, 232 f.
  - Aggressionsförderung 234
  - Angebote 233
  - Autonomieförderung 234
  - Beziehungs- und Kontakterfahrungen, eigene  
234
  - Bogenschießen 235
  - Erfahrungen, positive, Erweiterung 234
  - Naturerleben 235
  - Ziele 234
- Kooperationsmodell, Krankenhausleitung 557
- Körperarzt 219
  - kognitiv-behaviorales Behandlungssetting 217
  - psychodynamisches Setting 209
- körperbezogene Metaphern 230
- Körperbild 105, 223, 227 f.
  - Darstellung 234
  - Definition 229
- Körpererfahrung 95
- Körpererinnerungen 227
- Körpererleben 105
- Körperfunktionen, Wahrnehmung 226
- Körpergedächtnis 96
- Körpergefühl 228
  - Sporttherapie 282
  - Verbesserung 224
- Körper-Haben 228
- Körperhaltung, Depression 106
- Körperkathexis 105
- körperliche Aktivitäten 283
  - Konflikte/Themen, aktivierte 286
- körperliche Beschwerden 209, 223
  - ernst nehmen 220
  - psychogene 212
  - Selbstbeobachtungstraining 219
- körperliche Erfahrungen, Wechsel- bzw. Rückwirkung  
229
- körperliche Untersuchung 220, 327
- Körperlichkeit, kommunikative Funktion 91
- körpernahe Erfahrung 226
- körperorientierte Behandlungsmethoden 215
- körperorientierte Psychotherapie 225
- Körperphänomene 234
- Körperschema 105, 223, 227
- Körper-Sein 228
- Körperselbst 90, 223, 227 f.
  - Kohärenz, somatoforme Störungen 212
  - Veränderung 215
- Körpersignale, nonverbale Synchronien 105
- Körpertherapeuten 231, 398
  - szenische Möglichkeiten der Darstellung 231
- Körpertherapie 29, 224, 245
- Körper und Seele, Wechselwirkungen 241
- Körperverletzung 571
- korrigierende emotionale Erfahrung 66
- Kostenträger 541, 545
- Kostenübernahme 545
  - Ablehnungen 542
  - Probleme 543 f.
- Kostenzusagen, Krankenkassenvertreter 379
- Kraftsport 292
- Krankenhaus
  - Alltag, zukünftiger 596
  - apparative Ausstattung 113
  - bauliche Gestaltung 549
  - Flexibilisierung 596
  - für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie  
und Psychotherapie
    - architektonische Ausgestaltung 404
    - Qualitätszirkel 543
  - gesetzliche Vorgaben 560
  - Informationstechnik (IT) 557
  - Instandhaltung 552



- Investitionskosten 552
- Kennzeichen für stationäre Psychotherapie 32
- Machtkonflikte 556
- Mittel, besondere 112
- Qualitätsanforderungen 564
- Qualitäts- und Risikomanagement 554, 560
- Randzeiten 473, 476
- störungsspezifische Angebote 115
- verändertes, am Wochenende 477
- Vermittlungsaufgaben 596
- Krankenhausbedarfsplanung, psychosomatische Medizin 7
- Krankenhausbehandlungen 44, 111, 511
  - analytisch-psychotherapeutische 16
  - Indikation 121, 123
  - psychotherapeutische Möglichkeit 123
  - rehabilitative Elemente 122
- Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit 311, 593
- Krankenhauseinweisung 117
- Krankenhausfinanzierung 546
- Krankenhausfinanzierungs-Gesetz 33, 569
- Krankenhausgesellschaften 369
- Krankenhausleitung 587
  - Aufgaben 556
  - Kooperationsmodell 557
  - Organisationsschema 554
- Krankenhausmanagement 559
- Krankenhausplanung, Qualitätsindikatoren 561
- Krankenhauspsychotherapie, Varianten 35
- Krankenhausvisite 455 f.
- Krankenversicherung
  - gesetzliche 541
  - private 541, 545
    - Kostenübernahme 545
- krankheitsaufrechterhaltende Verhaltensweisen, Psychoedukation 414
- krankheitsauslösende und -aufrechterhaltende Faktoren 336
- Krankheitshypothese 337
- Krankheitsüberzeugungen, subjektive 411
- Krankheitsursachen 352
  - erkennen/behandeln 352
- Krankheitsverhalten
  - problematische Reaktion 335
- Krankheitsverständnis 72, 409
  - Entwicklung 77
  - psychosomatisches 47, 118, 408
- Krankschreibungszeiten, Beitragszahlungen, fehlende 52
- Kränkungserlebnisse 313
- Kreativtherapie 29
- Krisen 479
  - als Chance 500
  - am Wochenende 331, 496
  - echte 481
  - emotionale Ausnahmezustände 500
  - Inszenierung dysfunktionaler pathogener Einstellungen 493
  - lebensphasentypische 94
  - leise verlaufende 487
  - therapeutische Flexibilität 500
  - Therapiebeginn 485
  - Umgang, reflektierter 480
  - Verzicht auf Aktionismus 501
  - Vorboten bzw. Warnsignale 482
  - Zusammenarbeit mit der Polizei 498
- krisenhafte Situationen 482
- Krisenintervention 356, 491
  - Grenzen 491
  - Möglichkeiten 491 f.
  - Suizidalität 492
- kritisch-instabile Phasen 480
- Kunsttherapie 215, 246
  - emotionsbasierte/-zentrierte 246
  - Formen 245
  - tiefenpsychologisch orientierte 246
- Kunst- und Gestaltungstherapie 245
  - Aus-/Weiterbildung 256
  - Beziehungserfahrungen 250
  - Einsichtsförderung 249
  - Ergebnis-/Prozessforschung 251
  - Farbe 253
  - Ich-Stärkung 249
  - Indikation 254
  - Konflikte, unbewusste, Darstellung 248
  - Materialien 252, 370
  - mentalisierungsbasierte 247, 251
  - Raum und Zeit 252
  - Reflexion 254
  - Spannungsregulation 249
  - Übergabe an das therapeutische Team 254
  - Vorgehensweise 252
  - Wirkfaktoren 248
  - Zielsetzung 247
- Kurschatten 374
- Kurzzeittherapie 513
- Kybernetik 445

**L**

Landeskrankenhausgesetz 569  
 Landesverträge 569  
 Laufen, langsames 284  
 Lebensbeginn 94  
 Lebenseinstellung 392, 401  
 Lebensumfeld 392  
 Lebensziele 352  
 Leeregefühl 213  
 Leibeserziehung 225  
 Leibgedächtnis 105  
 Leib-Seele-Problem 104, 229, 242  
 Leibtherapie 241  
 Leistungsfähigkeit, berufliche 50  
 Leitlinien 571, 597  
 Lerntheorie 75  
 Liaisondienst 8, 36

**M**

Maltherapie 245 f.  
 – analytisch orientierte 247  
 – tiefenpsychologisch fundierte 251  
 manualisierte Interventionen 597  
 Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde  
 – Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumenta-  
 tion in der Psychiatrie (AMDP-System) 333  
 Medical School Hamburg (MSH) 251  
 Medikamente 419  
 – Aufbewahrung 441  
 – Aufklärungsfehler 443  
 – Ausgabe durch den Pflegedienst 439  
 – Auswahl 437  
 – Dokumentation 441  
 – Einnahme 441  
 – ethische Aspekte 441  
 – Gruppenvorbehalte 443  
 – Nebenwirkungen 442  
 – Patientenaufklärung/-information 441  
 – poststationärer Präparatewechsel 437  
 – Umgang 441  
 – Verabreichung 441  
 – Verschreibung 438  
 Medikamentenabhängigkeit, Abstinenzvereinbarung  
 389  
 Meditation 224, 238  
 medizinisch-berufliche Orientierung (MBO) 121  
 Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)  
 111, 369, 541, 585  
 – Adressat der Dokumentation 526  
 – Behandlungsüberprüfungen 541

– Fehlbelegungsprüfungen 541  
 – Gutachten 543  
 – Kostenübernahme, Ablehnung 542 f.  
 – Überprüfungen, Finanzierung 543  
 medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) 40  
 Medizinische Trainingstherapie 292  
 medizinische Versorgungsqualität 153  
 Mentalisierung 96, 472, 512  
 – Entwicklung 96  
 – Förderung 71  
 – Gefühle 248  
 – Musiktherapie 269  
 – therapeutisches Team 165  
 – Visite 461  
 Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie 179, 182  
 Mentalisierungsbasierte Kunst- und Gestaltungs-  
 therapie 247, 251  
 Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) 71, 247  
 – Zwangsstörungen 303  
 Mentalisierungsfähigkeit 71  
 Metamizol 435  
 Migrationsbewegungen 593  
 Milieufaktoren 394  
 Milieutherapie 393  
 Mindfulness 83  
 Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) 224 f.  
 Misserfolge, Dokumentation 582  
 Mitarbeiter  
 – Führung und Betreuung 564  
 – Rahmenvereinbarungen 380  
 Mitpatienten 327, 393  
 Mitwirkungspflicht, psychosomatische Rehabilitation 47  
 Modellvorstellungen 56 f.  
 Morbiditätsspektrum 594  
 Motivationspsychologie 347  
 Multipersonalität 56 f.  
 Musik  
 – Bedeutung 262  
 – Funktionen 261  
 – Heilkraft 260  
 – Klänge, nicht-sprachliche 271  
 – Klangsprachliches 262  
 – Lautstärke/Rhythmik 271  
 – Verarbeitung in Gehirnnarealen 262  
 musikalische Rollenspiele 266  
 Musiktherapeuten 260  
 musiktherapeutische Diagnostik 269  
 Musiktherapie 245, 260  
 – aktive 263, 265  
 – Attunement 269

- Auswirkungen auf menschliches Befinden und Empfinden 261
- Beziehungsaufnahme über Klänge, Rhythmen und Melodien 269
- Definitionen 262
- Improvisation 265 f.
  - freie 266
  - regelgeleitete 266
  - themengebundene 266
- Indikation 269
- inneres Erleben 264
- Institutionalisierung 260
- Konditionierung 264
- Kontraindikation 269
- Mentalisierung 269
- nonverbale Therapien 268
- passive 263
- Raumausstattung 265
- Reizüberflutung 270
- rezeptive 263
- Scham- und Versagensängste 265
- Selbstwahrnehmung 264
- Sprechen und Sprache 269
- Musterberufsordnung für Ärzte, Dokumentationspflicht 524
- Mutter, genug gute 95

## N

- Nachlaufsituationen 381
- Nachtdienst, ärztliche Präsenz 475
- Nähe-Distanz-Regulation 215
- narzisstische Neurosen 18
- narzisstische Persönlichkeitsstörung 415
- Nebenwirkungen/Risiken 147
  - Aufklärung 573, 578
  - Definitionen 147
  - Dokumentation 582
  - Gruppentherapie 148
  - institutionell begründete 153
  - Medikamente 442
  - Neuroleptika 430
  - Patientenmerkmale 150
  - Psychopharmaka 427, 430, 432
  - Psychotherapie 147
  - regressionsbedingte 401
  - Schmerzmittel 433, 435
  - Schweregrade, Erfassung und Einschätzung 149
  - stationäre Psychotherapie 152, 155, 314
  - teilstationäre Psychotherapie 155
  - Therapeutenmerkmale 151

- therapiebedingte 147
- Visite 461
- Neurasthenie 93
- Neurobiologie 83
- Neuroleptika
  - Nebenwirkungen 430
  - typische/atypische 430
- neuroleptische Krise, maligne 431
- Neuropeptid Y (NPY) 103
- Neurosen
  - chronifizierte, Rentenanspruch 23
  - narzisstische 18
- Neurosestruktur 209
  - höher strukturierte 212
- neurotische Fixierungen 409
- Non-Alkoholvertrag 325, 368, 389
- Non-Intimitätsvertrag 389
- Non-Suizidvertrag 325, 389
- nonverbale Synchronien, Körpersignale 105
- nonverbale Therapien 214, 247, 358
  - Musiktherapie 268
- Nordic Walking 284
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 203
- Notfälle 479

## O

- Oberarztvisite 456
- Objektbeziehungen 349
  - infantile 21
  - primitive 396
- Objektbeziehungstheorie 64
- Objektkohärenz 447
- Objekt Konstanz 349, 512
- Objektrepräsentanzen 164, 349
- Objektwahrnehmungen 228
- ökologische Psychologie 404
- Ökonomisierung der Medizin 589
- OPD s. Operationelle Psychodynamische Diagnostik) 12
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) 333 f.
  - Achsen 334
  - Vorteile 334
- Operationelle Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) 12
- Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 33, 542
- Opiate 435
- Organneurose 93
- Oxytocin 101, 103

**P**

- Paarbeziehungen im Verlauf stationärer Behandlungen 374
- Paartherapie 510
- Pairing 374
- parasuizidale Handlungen, Therapievertrag 386
- Parkinsonoid, Neuroleptika 431
- Partizipation 356
- Passungsproblem, stationäre Psychotherapie 155
- Patenamt 403
- Patenschaften 327, 400, 403
- Patient-Bezugspflegekraft-Interaktionen 201
- Patienten
  - ältere, Psychopharmaka 432
  - Arztkontakt 219
  - Aufklärung 514, 564, 573
  - Aufmerksamkeit 58
  - Befindensschilderung 332
  - Befindlichkeitsschwankungen 480
  - Behandlung, Qualitätssicherung 564
  - Beziehungsdiskpositionen in den Randzeiten 476
  - Datenverwaltung 321
  - Dritte im Bunde 304
  - Erlebnisweisen, affektive 214
  - Erreichbarkeit, fehlende, in der ambulanten Behandlung 118
  - Grundbedürfnisse 56
  - häusliches bzw. soziales Umfeld 120
  - Hospitalismus 400
  - Information 572
  - Informationsmappe 322
  - körperbezogene Angst 217
  - Krankenhauseindrücke, erste 318
  - Mitpatienten 393
  - Patenschaften 400, 403
  - psychosomatische Weiterentwicklung 215
  - psychosoziale Beziehungen 215
  - psychosoziale Wesen 211
  - psychosoziale Wirklichkeit 274
  - psychotherapeutischer Zugang 212
  - schwerer gestörte 152
  - Selbstberichte 307f.
  - Selbsteinschätzung 388
  - Selbstmanagementfähigkeiten 220
  - somatischer Zugang 212
  - soziodemografische Kennzeichen 137
  - stationär behandelte, Multimorbidität 340
  - Therapierbarkeit 302
  - und Institution, Passung 303
  - Verständnis 214, 330
  - Verstöße gegen die Haus- oder Stationsordnung 165
  - Verunsicherung 318
  - Vorabinformationen 305
  - Wohn- und Aufenthaltsbereich 550
- Patientenakte 532
  - Arztbriefe 524
  - Dokumentation 525, 582
  - elektronisch geführte 584
- Patientenämter 400, 402
- Patienteneinführungsveranstaltung, Inhalte 328
- Patienteneinwilligung 573f.
  - Dokumentation 524
- Patientenmerkmale
  - Nebenwirkungen/Risiken 150
  - stationäre Psychotherapie 303
- Patientenratgeber 411
- Patientenrechtsgesetz 524, 580
- patientenseitige Faktoren 116
- Patientenselbstorganisation, Ämterverteilung 395, 402
- Patientenzimmer 56
  - Größe/Einrichtung 405
- Patient Health Questionnaire (PHQ) 339
- Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) 33, 41, 242, 540
- Krankenhausfinanzierung 6
- Peer-Review-Verfahren, Rehabilitationsentlassungsberichte 51
- Personalausstattung 547, 556
  - Vorgaben vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 546
- Personaleinsparungen 546
- Personalkosten 546
  - Refinanzierung 553
- Persönlichkeitsmodelle, interaktionelle 77
- Persönlichkeitsorganisation, gering integrierte 213
- Persönlichkeitsstörungen 97, 112, 114f., 129
  - kognitive Therapie 77
  - komorbide 135
  - maladaptive Verhaltensmuster 341
  - Prävalenz 341
  - Rahmenbedingungen 386
  - Rentenanspruch 23
  - schwere 73, 164
  - strukturelle 4
  - Suizidalität 117
  - Therapievertrag 386
- Persönlichkeitsstruktur
  - Integrationsniveau 31
  - perfektionistische 153

- Pflege 192
  - Alltagssituationen 198
  - Definitionen 194
  - Entlastung 200
  - Erstkontakte 198
  - Morgen- und Abendkontakt 202
  - psychotherapeutisch-psychosomatische 193, 198
  - Teamkonflikte 200
  - Überforderung 199
  - wohltuende Maßnahmen 200
- Pflegeanamnese 199, 322, 582
  - Dokumentation 582
- Pflegeassessment 199
  - Systematisierung 203
- Pflegebedürftigkeit 38
- Pflegediagnosen 202
  - Arbeitsstrukturierung 203
  - Dokumentation 322
  - Pflegeplanung 206
  - Pflegeprozess 203
  - Selbstverletzungen 205
  - Überernährung 204
- Pflegediagnosenkatalog 202
- Pflegedienste
  - Einsparungen 193
  - klinische, Funktion 196
  - Medikamentenausgabe 439
  - Mitglieder, Sicht- und Fühlweise 201
  - stationäre 207
- Pflegedienstleitung 554
- Pflegegespräche 200
  - entlastende 200
- Pflegekräfte 192
  - Alltagssituationen 201
  - als Co-Therapeuten 201
  - Aufgaben 58
  - Aufnahmesituation 321
  - Beschwerden, Aufnahme 215
  - diensthabende 330
  - Patientenanzahl, Zuordnung 202
  - stellvertretende 201
  - Supervision 507
  - Weiterbildung 193
- Pflegeplanung 206
  - Pflegediagnosen 206
- pflegerische Stationsleitung 193
- pflegerische Versorgung, Räumlichkeiten 550 f.
- Pflegesätze 539
- Pflegesatzverhandlungen 369
- Pflegeteam 196
- Pflegethemen 203
- Pflegetheorien 194
  - Genderfragen 194
- Pflegeziele 203, 323, 357
- Phänomenologie der Störung 311
- Pharmakokinetik 437
- Pharmakotherapie 419
  - ethische Fragen 421
  - juristische Aspekte 421
- Physiotherapie 215, 221
- Placeboeffekt 442
- Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) 560
  - Qualitätsmanagement 560
- plausibles Erklärungsmodell 411
- Polizei, Zusammenarbeit in Krisen 498
- Polypragmatismus 595
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
  - chronische 133
  - Diagnose 405
  - Musiktherapie 270
- posttraumatische Störungen 98
- probatorische Sitzungen, ambulante 310
- Probebehandlungen 304
- Problembewältigung 360
- Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson 224, 238 f.
- Projektionen 486
- projektive Identifizierung 67
- Projektmanagement 593
- Prokrastinieren 380
- Prozessdaten 529
- Psychiatrie 15
- Psychiatrie-Enquete 15
- Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) 154
  - Budgetverhandlungen 540
- psychiatrische Krankenhäuser 9
- psychiatrische Unterbringung 340
- psychische Erkrankungen 220
  - bio-psycho-soziales Erklärungsmodell 57
  - Folgekosten 6
  - körperliche Komorbidität 111
  - Krankheitsentstehung 409
  - Prävalenz 4
  - Psychopharmaka 421
  - un- oder unterbehandelte Patienten 6
  - Willensanspannung, zumutbare 49
- psychischer Befund, Behandlungsbericht 533
- Psychischer und Sozialkommunikativer Befund (PSKB) 252

- Psychoanalyse 15
  - Ablehnung 15
  - intersubjektive 67
  - relationale 67
  - stationäre Psychotherapie 18
  - stationäres Setting 18
- Psychoanalytische Klinik Schloss Tegel 404
- psychoanalytischer Psychotherapeut 16
- psychoanalytische Therapiebildung, Entwicklung 64
- psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie 179, 181
  - Präsenz 181
  - Prinzip Antwort 181
  - Prozessorientierung 181
- psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie 70, 73
- psychodynamische Gruppentherapie 178
  - ambulante 178
  - Identifikation mit anderen Gruppenmitgliedern 178
  - konfliktorientierte 179
  - stationäre, Übertragung/Gegenübertragung 183
  - Trauma- und ressourcenorientierte 183
- psychodynamische Hypothesen 337
- psychodynamische Kurzzeittherapie 129
- psychodynamische Modelle 57
- psychodynamische Psychotherapie 62, 129
- psychodynamisches Behandlungssetting 211
- psychodynamisches Denken 62
  - Entwicklungsperspektive 62
  - Zentralität 62
- psychodynamisches Setting, Körperarzt 209
- psychodynamische Theoriebildung, Paradigmen 64
- Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT) 73, 133, 136, 183
- Psychoedukation 78, 408
  - Angehörigengruppen 415
  - Aufbau 408
  - Aufklärungs- und Selbsthilfebroschüren 410
  - Definition 408
  - Effektivität 410
  - E-Health 411
  - Funktion 408
  - Gruppenteilnahme 410
  - Indikationen 410
  - Inhalte 413
  - kognitive Informationsvermittlung 412
  - kognitive Verhaltenstherapie 411
  - krankheitsaufrechterhaltende Verhaltensweisen 414
  - Langzeitverlauf 409
  - Lebensstiländerungen 413
  - Setting 410
  - soziale Folgen der Erkrankung 414
  - Techniken 410
  - Wirkungen 409
  - Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) 106
- psychogene Körperfunktionsstörungen 212
- psychogene Störungen
  - Klinik in Berlin 19
  - seelische Krankheitsfaktoren 96
- Psychologen, leitende 554
- Psychologie
  - akademische, Ziele 347
  - ökologische 404
- psychologischer Psychotherapeut 219
- Psychometrie 338
- Psychoneurosen 92
- psychoneurotische Entwicklung 97
- Psychoonkologen 8
- psychopathologische Befunde 332
  - Erläuterungen 333
- Psychopharmaka 419
  - Abhängigkeit 426, 431
  - ältere Patienten 432
  - blutbildendes System 430
  - Ceilingeffekte 423
  - Compliance 427
  - Differenzialindikation 428
  - Einnahmenotwendigkeit 427
  - Einsatz 421, 438
  - Gewichtszunahme 427, 430
  - Kardiotoxizität 430
  - low-dose dependency 431
  - Monotherapie 423
  - Nebenwirkungen 427, 430, 432
  - Notfall- bzw. Krisensituationen 429
  - QT-Zeit-Verlängerung 430
  - sexuelle Funktionsstörungen 427
  - Suizidalität 429
  - theoretischer Bezugsrahmen 422
  - Therapieziele 425
  - und Psychotherapie, Kombination 421 f.
  - Vorerfahrungen, subjektive 428
  - Vorurteile 489
  - Wirkeintritt 431
  - Wirklatenz 423
  - Wirkungen 425, 432, 438
    - unsichere 430
- Psychopharmakotherapie 126, 129
- Psychophobie 210



- Psychosen 489
- Psychosomatik 90
  - Ätiopathogenese 92
  - entwicklungspsychologische Perspektive 94
  - körperbezogene Symptomatik 91
  - Krankheitsmanifestationen 91
- psychosomatische Abteilungen 114
  - Arztfunktion 211
- psychosomatische Diagnostik 332
- psychosomatische Einrichtungen der ersten Jahre 19
- psychosomatische Entwicklung 95
- psychosomatische Erkrankungen 59
  - Alexithymiekonzept 93
  - Entspannungsverfahren 238
  - kommunizierende Störungen 22
  - Kunst- und Gestaltungstherapie 255
  - Neurobiologie 100
  - Prävalenz 4
  - Psychoneuroendokrinologie 100
  - Stresserfahrungen, frühere 100
  - un- oder unterbehandelte Patienten 6
- psychosomatische Fachkliniken 115
- psychosomatische Grundstörung 99
- psychosomatische Grundversorgung 111
- Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIAs) 41, 591
- psychosomatische Klinik 30
- psychosomatische Krankenhäuser 9
- psychosomatische Medizin
  - Allgemeinkrankenhaus 8
  - Krankenhausbedarfsplanung 7
- psychosomatische Medizin und Psychotherapie 30
  - Fach-Tageskliniken 30
  - Struktur- und Prozessmerkmale der Kliniken und Abteilungen 34
- psychosomatische Rehabilitation 36, 44
  - Abteilungen bzw. Fachkrankenhäuser 30
  - Antragstellung 44 f.
  - Eingangsvoraussetzungen 45
  - Einzeltherapie 48
  - Empfehlungen 50
  - Gruppentherapie 48
  - Indikation 45, 121, 123
  - Komorbidität mit organischen Erkrankungen 46
  - Leistungsträger 44
  - Mitwirkungspflicht 47
  - multimodale Therapie 47, 122
  - multiprofessionelles Team 47
  - psychopharmakologische Behandlung 47
  - Psychotherapie 47
    - Qualitätssicherung 51
    - Rahmenbedingungen 46
    - Rentenversicherer 46
    - sozialmedizinische Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit 47
    - stationäre, Metaanalyse 133
    - stationäre Psychotherapie 23
    - stationsärztliche Versorgung 47
    - Teilhabestörungen 121
    - Therapeut-Patient-Beziehung 49
    - Voraussetzungen 46
    - Wirksamkeit 52
    - Zuweisung 37
- psychosomatische Rehabilitationskliniken 9, 23
- psychosomatisches Krankheitsverständnis 408
- psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung 211
- psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik 33
- psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung 34
  - bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 33
- Psychosomatosen 98, 213
  - ambulante Therapie 211
  - Rentenanspruch 23
- psychosoziale Beratung 273
  - Abgrenzung
    - zur Klinischen Sozialarbeit 276
    - zur Psychotherapie 278
  - Bedarf, Heterogenität 274
  - Berater-Patient-Beziehung 276
  - Besonderheiten im Setting 274
  - Dauer, kurze 275
  - Eigeninitiative, Förderung 276
  - Eigenverantwortung, Stärkung 276
  - Einbeziehung des Patienten 277
  - Herausforderungen 279
  - Informationen 273
  - institutionelle Netzwerkebene 276
  - methodische Ansätze 276
  - Probleme, Lösbarkeit 276
  - Problemverständnis, individuelles 277
  - stationäre Psychotherapie 273
  - stationäres Setting 279
  - Unterstützungsleistungen 276
  - Veränderungswunsch, rascher 275
  - Verständnis, helfendes 279
  - zentrale und turnusmäßige Themen 275
  - Ziele 276

psychosoziale Faktoren 112  
 – ambulante Psychotherapie 118  
 – modulierende 116  
 psychosoziale Medizin, Allgemeinkrankenhaus 8  
 psychosoziale Problemstellungen 274  
 Psychosozialer Dienst 510  
 Psychotherapeutengesetz 569  
 psychotherapeutische Fachabteilungen  
 – an psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Fach-  
 kliniken 36  
 psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen  
 – Qualitäts- und Risikomanagement 563  
 psychotherapeutischer Prozess 216  
 psychotherapeutische Visite 456  
 psychotherapeutisch-psychosomatische Medizin,  
 Therapieziele 355  
 psychotherapeutisch-psychosomatische Pflege 193  
 – Alltagssituationen 198  
 Psychotherapie  
 – Abgrenzung zur psychosozialen Beratung 278  
 – Add-on der Standardtherapie 130  
 – biologische Ansätze 10  
 – Compliance 15  
 – Direktausbildung 598  
 – Generic Model 445  
 – körperorientierte 225  
 – Nebenwirkungen/Risiken 147  
 – Selbstverständnis, heilendes 279  
 – sozialpsychiatrische Ansätze 10  
 – und Antidepressiva, Kombination 423  
 – und Psychopharmaka, Kombination 421 f.  
 Psychotherapieforschung 83  
 Psychotherapieschulen 136  
 Psychotherapiestationen, Selbstdefinition 9  
 Psychotherapie-Vereinbarung 519

## Q

Qigong 83, 224, 236  
 Qualitätsanforderungen, Krankenhaus 564  
 Qualitätsindikatoren, Krankenhausplanung 561  
 Qualitätsmanagement 554, 560, 563  
 – Aufbau/Organisation 565  
 – einrichtungsinternes 560  
 – Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) 560  
 – strategische Fragen 565  
 Qualitätssicherung 318, 561  
 – Patientenbehandlung 564  
 – Zertifizierungen 562  
 Qualitätszirkel 11

## R

Rahmen  
 – belastbarer/stabiler 382  
 – Durchsetzung 381  
 – symbolische Funktion 376  
 Rahmenbedingungen 153  
 – bauliche 549  
 – Persönlichkeitsstörungen 386  
 – rechtliche, Dokumentation 524  
 – Regelverstöße 372  
 – Sprachregelungen, Klinik 373  
 – stationäre Psychotherapie 310  
 – technische 370  
 Rahmenvereinbarungen 366, 369  
 – Behandlerteam 380  
 – Durchsetzung 381  
 – Grenzen der Institution 379  
 – Mitarbeiter 380  
 Rahmenverletzung, notwendige 372  
 Rahmenvertrag, Entlassmanagement 520  
 randomisierte kontrollierte Studien 127  
 Randzeiten  
 – emotionaler Kontakt 476  
 – Krankenhaus 473, 476  
 rationalisierende Abwehrstrukturen  
 – Kunst- und Gestaltungstherapie 255  
 Rationalisierung 99  
 räumliche Voraussetzungen 549  
 Räumlichkeiten für die pflegerische Versorgung 550 f.  
 Realitätsprüfung 349  
 Realitätssinn 349  
 Realkonflikte 500, 508  
 Realraum 394  
 Refinanzierung der Personal- und Sachkosten 553  
 Reflexion 65  
 – Ergebnisse 74  
 – Kunst- und Gestaltungstherapie 254  
 Reflexionsfähigkeit 349  
 Regelübertretung 381  
 Regelverletzungen 381  
 – Rahmenbedingungen 372  
 Regression 396, 468  
 – adaptive 349  
 – Effekte 183  
 – Entwicklung 148  
 – im Dienste des Ich 377  
 – milde 153  
 – psychotische 489  
 – stationäre Psychotherapie 152  
 – unerwünschte Prozesse 153

regressionsbedingte Nebenwirkungen 401  
 Regulationsanstrengungen 414  
 Rehabilitation  
   – ambulante 44, 48, 124  
   – Behandlungserfolg 518  
   – gesetzliche Grundlagen 38  
   – Qualitätssicherung 38  
   – Rentenversicherung, gesetzliche 31  
   – sozialmedizinische Beurteilung 38  
 Rehabilitationseinrichtungen 32  
 Rehabilitationsentlassungsberichte im Peer-  
   Review-Verfahren 51  
 Rehabilitationsforschung, ökonomisch orientierte  
   6  
 Rehabilitationskliniken  
   – Assessment der funktionalen Gesundheit und  
     der Kontextfaktoren 122  
   – Auswertungen, klinikbezogene 51  
   – psychosomatische 9, 23  
 Rehabilitationsnachsorgeprojekte 42  
 Rehabilitationspsychosomatik 9, 38  
 Rehabilitations-Therapiestandards 51  
 Rehabilitationsziele 362  
 rehabilitierende Pflege 48  
 Reinszenierungen 18, 164  
 Reizabschirmung 405  
 Reizschutz 95  
 Rentenantrag 47  
 Rentengewährung 49  
 Rentenversicherer 50  
 Rentenversicherung, gesetzliche, Rehabilitation 31  
 Repräsentanzen 64  
 Resilienzfaktoren 414  
 Ressourcen 409  
 Ressourcenaktivierung 356  
   – stationäre Psychotherapie 82  
 Ressourcenentwicklung 66  
 ressourcenorientierte psychodynamische Gruppen-  
   therapie 183  
 ressourcenorientierte Teamarbeit 166  
 Restless-Legs-Syndrom 435  
 Rezeption, Mitarbeiter 321  
 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses  
   zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden  
   Qualitätssicherung 561  
 Richtlinien 571, 597  
 Richtlinien-Psychotherapie 61  
 Richtlinie Suizidprophylaxe 482  
 Risikomanagement 554, 560 f.  
   – Aufbau/Organisation 565

– psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen  
   563  
   – strategische Fragen 565  
 Rückenprobleme 48  
 Rückzahlungspflicht 540  
 Rückzugsraum 549  
 runner's high/runner's down 295

## S

Sachkosten 548  
   – Refinanzierung 553  
 Salutogenese-Konzept 82  
 Schamkonflikt, Visite 463  
 Scheinobjektivität 351  
 schizoide Abwehrstrukturen, Kunst- und  
   Gestaltungstherapie 255  
 schlafhygienische Maßnahmen 436  
 Schlafmittel 436  
   – Abhängigkeit 436  
 Schlafstörungen  
   – Hypnotika 436  
   – medikamentöse Therapie 435  
   – pflanzliche Beruhigungsmittel 436  
   – Schlaf-wach-Rhythmus 436  
 Schmerzen  
   – Aufrechterhaltung 420  
   – chronische 103, 435  
     – Neurobiologie/Psychoneuroendokrinologie  
       103  
     – sportliche Aktivitäten 290  
   – nächtliche 435  
   – postnatale 103  
   – Schonhaltung 291  
   – soziale 104  
 Schmerzgedächtnis 413  
 Schmerzmedikation, Chronifizierung 420  
 Schmerzmittel 433  
   – Entzündungshemmung 434  
   – Nebenwirkungen 433, 435  
   – Wirkungen 434  
 Schmerzverarbeitung 413  
 Schmerzwahrnehmung  
   – eingeschränkte 103  
   – zentrale 103  
 Schuldrecht 569  
 Schweigepflicht 583  
   – ärztliche, Umfang 585  
   – Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte 584  
 Schweigepflichtentbindungen 486  
 Schwellensituationen 482, 485

- seelische Störungen 91
- sektorenübergreifende Versorgung 39
- Selbst
  - falsches 377
  - körperliches 209
  - physisches 285
  - soziales 285
  - wahres 377
- Selbstakzeptanz 234
- Selbstbeobachtungstraining, körperliche
  - Symptomatik 219
- Selbstberichte, Patienten 307
  - Inhalte 308
- Selbstbild 148, 362
  - der Klinik 167
  - Verunsicherungen 481
- Selbstboykott 387
- Selbsteinschätzung 388
- Selbstentwicklung 360
- Selbsterfahrung, körpernahe 233
- Selbstfindung
  - Patienten 395
  - stationäre Psychotherapie 5
- Selbstgefährdung 147 f., 379
  - Psychopharmaka 429
- Selbstgefühl
  - Krisen 488
  - Labilisierung 317
  - sportliche Aktivitäten 284 f.
  - Sporttherapie 282
  - Stabilisierung 356
- Selbstheilungskräfte 201
  - kognitive Verhaltenstherapie 185
- Selbsthilfegruppen 415
- Selbsthilfemanuale 409, 411
- Selbstkohärenz 447
- Selbstkonzept 347
  - negatives 150
- Selbstmanagement 76
- Selbstmanagementfähigkeiten, Patienten 220
- Selbst-Objekt-Differenzierung 512
- Selbstoptimierung 589
- Selbstorganisation, stationäre Psychotherapie 82
- Selbstreflexion 468
  - Visite 461
- Selbstregulation 184, 356
  - Konflikte 426
- Selbstrepräsentanzen 164, 349
- Selbstverletzungen 482
  - funktionale Aspekte 498
  - Pflegediagnose 205
  - Therapievertrag 386
- Selbstverständnis, therapeutisches 590
- Selbstwahrnehmung
  - körperbezogene 106
  - Musiktherapie 264
- Selbstwert 360
- Selbstwertgefühl 234
  - Depression 289
- Selbstwertregulation 69, 77
- Selbstwirksamkeit 353
- Selbstwirksamkeitserfahrungen 356
- Sensory Awareness 225
- Serotonintransportergen (5-HTTLPR), Polymorphismus 102
- Setting
  - Grenzen 378
  - Psychoedukation 410
- Sexualität, Störungen 112
- shared decision 572
- Shareholder-Orientierung 558
- Simultandiagnostik und Simultantherapie 22
- Sitz-Meditation 233
- Skills-Training 303
- somatische Erkrankungen 220
  - Differenzialdiagnose 220
  - kommunizierende Störungen 22
- somatische Komorbidität 9
- somatische Medizin, Funktionsarzt 326
- somatisch orientierte Therapiemaßnahmen 221
- Somatisierungsstörungen
  - Ausmaß/Grad 214
  - somatische Kausalattribution 408
- somatoforme Schmerzstörung 104, 129
  - anhaltende 495
    - sportliche Aktivitäten 290
    - medikamentöse Therapie 420
- somatoforme Störungen 72, 82, 97, 111, 114
  - ambulante Therapie 211, 512, 519
  - Behandlungseröffnung 210
  - Dekodierung 209
  - gastrointestinale Syndrome 98
  - körperbezogene Selbstwahrnehmung 106
  - Körper selbst-Kohärenz 212
  - reaktive 98
  - Schon-/Vermeidungsverhalten 412
  - stationäre Psychotherapie 135
  - stationäre Therapie 211
- SORKC-Schema 75, 335
- Sozialarbeit 273

- Sozialberatung 59
- soziale Ansteckung 148
- soziale Einflussfaktoren 409
- soziale Hilfen 415
- soziale Konflikte
  - Aktualisierung 17
  - therapeutische Gemeinschaft 17
- soziale Phobie 129
- soziale Ziele 347
- Sozialgesetzbuch (SGB V) 569
- sozial-kognitive Theorie 75
- Sozialleistungen, Beweislast 50
- sozialmedizinische Beurteilung 50
  - Überprüfung 51
- sozialmedizinische Stellungnahme
  - stationäre Rehabilitation 49
  - zur Leistungsfähigkeit 47
- sozialmedizinische Variablen 138
- Sozialpsychiatrischer Dienst 519
- sozialpsychiatrische Therapie 17
- soziodemografische Variablen 138
- Soziotherapie 29
- Spaltung 213
  - patientenseitige 212
  - Prophylaxe 398
- Spannungsregulation 95
  - Kunst- und Gestalttherapie 249
- Spasmolytika 435
- Spezialangebote 565
- Spezialtherapeuten 548, 597
  - Dokumentation 582
  - Supervision 507
- Spieltheorie, mathematische 445
- sportliche Aktivitäten 281
  - aerobe Belastung 283
  - anaerobe Schwelle 283
  - Angiogenese 285
  - Angsterkrankungen 286
  - Anstrengungsempfinden 284
  - Ausdauerbereich 283
  - Belastungs-EKG 294
  - Definition 282
  - Depression 289
  - Fibromyalgie-Syndrom (FMS) 291
  - Gliogenese 285
  - Herzfrequenz 283
  - kognitive Funktionen 284
  - kompensatorische 294
  - Kontraindikationen 294
  - körperliche/psychische Funktionen, Aktivierung 295
  - Motivation 291
  - Neuroneogenese 285
  - psychoedukative Maßnahmen, begleitende 291
  - runner's high/runner's down 295
  - Selbstgefühl 284 f.
  - situative Anreize 293
  - somatoforme Schmerzstörungen, anhaltende, 290
  - soziale Unterstützung 293
  - stressassoziierte Erkrankungen 287
  - Transfer in den nachklinischen Alltag 292
  - Wirkungen 284
  - Ziele, persönliche 292
- Sportlichkeit, Messung bzw. Operationalisierung 283
- Sporttherapie 221, 281
  - Definition 282
  - Selbst- und Körpergefühl 282
  - Trainingsparadigma, reduktionistisches 286
- Sprachregelungen, Klinik 373
- Stakeholder-Orientierung 559
- stationäre Einzeltherapie 172
- stationäre Gruppentherapie 172
  - Indikation 176
  - Kontraindikation 176
- stationäre Pflegedienste 207
- stationäre psychodynamische Gruppentherapie
  - Übertragung/Gegenübertragung 183
- stationäre psychosomatische Therapie, Therapieabbrüche 150
- stationäre Rehabilitation 48
  - Indikation 124
  - sozialmedizinische Stellungnahme 49
- Stationsgestaltung 550
- stationsübergreifende Gruppenangebote 58
- Stationsvisite 455
- Stimulusschranke 349
- STOP-D-Studie (Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen) 135
- störungsorientierte Psychotherapie 71, 135
- störungsspezifische Psychotherapie 58, 281
- Strafgesetzbuch 569
- Strafrecht 571
- strafrechtliche Haftung 570
- Stress 413
- Stressantwort 287
- stressassoziierte Erkrankungen
  - Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse 287
- sportliche Aktivitäten 287

- Stresserfahrungen 100
  - biologische Narben im Gehirn 100
  - Cortisol 100
  - Epigenetik 101
  - frühe 101
  - Gen-Umwelt-Interaktion 101
  - Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) 100
  - mütterliche 101
  - psychosomatische Erkrankungen 100
- Stressfolgeerkrankungen 414
- Stressmanagement 413
- Stressreaktionssystem 100
- Stressreduktion, achtsamkeitsbasierte 224
- Stressvulnerabilität 102
- Stresswahrnehmung 287
- strukturbezogene Psychotherapie 70
- strukturbezogenes Vorgehen 69
- Strukturdefizite 334
- strukturelle Defizite 117
- strukturelle Individualisierung 401
- strukturelle Störungen 69
  - Krisen/Komplikationen 486
  - stationäre Psychotherapie 4
  - Visite 461
- Stuttgart-Heidelberger Modell 35
- Subgruppenanalyse 135
- Sublimierung 99
- Suchterkrankungen 18, 111
- Suchtrehabilitation 110
- Suchttherapie, Therapievertrag 386
- Suchtverhalten 387
- Suizidalität 148, 487
  - Abklärung 491 f.
  - antriebssteigernde Medikamente 443
  - Beurteilungskriterien 492
  - emotionale Instabilität 117
  - medikamentöse Therapie 421
  - Musiktherapie 270
  - psychischer Befund 483
  - Psychopharmaka 429
  - Stufenskala 492
  - Therapievertrag 386
  - Unterbringung, geschlossene 117
  - Verdacht 483
  - Verhaltensweisen, auffällige 483
  - Verlegung 484, 493
- Suiziddrohungen 483
- Suizidgedanken 483
- Suizidideen/-pläne 483
- Suizidimpulse 483
- Suizidprophylaxe, Richtlinie 482
- Supervision 377, 502, 595
  - Behandlungsentscheidungen 509
  - Definition 502
  - Einzel- und Gruppentherapeuten 506
  - Entlastung 503
  - Kompetenzerweiterung 508
  - Pflegepersonal 507
  - Spezialtherapeuten 507
  - therapeutische Arbeit/Zusammenarbeit, Optimierung 503
  - Wirksamkeit 503
  - Wissensvermittlung 508
  - Ziele 502 f.
- Supervisionsbeziehung 504
- Supervisionsgruppe 504
- Supervisionskultur, Entwicklung 507
- Supervisionssequenz 505
- Supervisor 24
  - Beobachter des Systems 507
  - Selbsterfahrungswünsche der Supervisanden 504
- supportive Psychotherapie 213
- Symbolbildungen 66, 71
- Symbolisierung 71, 95
  - Fähigkeit 95
  - unzureichende 99
- Symptombewältigung 356
- Symptombildung 82, 221, 255
  - Eigendynamik 353
  - psychopathologische 71
  - Therapieziel 353
- Symptomcheckliste (SCL) 562
- Symptom-Checkliste SCL-90-R 130, 135, 338, 528
- Symptome
  - Auslösung, willkürliche 412
  - Verschlimmerung 148
  - Verstärkung 360, 517
- Symptomkontrolle 388
  - Therapieverträge 388
- Symptomlinderung 211
- Symptomreduktion 356, 360
- Symptomverlauf, Therapiedauer 513
- Symptomverschlechterung
  - stationäres Setting 151
  - Vereinbarungen 368
- Systemgrenzen 447
- systemische Fragetechniken 448
- systemische Perspektive 446
- systemische Theorie 448



Systemregeln 447  
 Systemtheorie 445

## T

- Tagesentgelte 541
- Tageskliniken 111, 510
  - Anschlussbehandlung 519
  - Behandlung 59
  - Behandlungskapazitäten, Ausbau 7
  - für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 30
  - für Psychotherapie 36
  - Indikation 119, 121
- Tai-Chi 224, 237
- Tanztherapie 215, 225, 241
- Tarifsysteme 595
- Teambesprechungen 162
  - Rahmen 380
  - regelmäßige 329
- Teamkonferenzen 163
- Teamkonflikte 397
  - Auswirkungen 397
  - Bearbeitung, Supervision 506
  - horizontale/vertikale 398
- Teamleitung 161
- Teammitglieder
  - Interaktionen 58
  - projektive Prozessen 67
  - Rahmenvereinbarungen 380
- Teamsitzungen 162f.
- Teamsupervision 162, 503, 505
  - Anforderungen 505
- Teamsupervisionssitzung 505
- Teamvisite 457
- technische Regelungen 366, 370
- Teilhabestörungen 44, 46
  - psychosomatische Rehabilitation 121
- teilstationäre Psychotherapie 59
  - Alltagstransfer 119
  - Anforderungen 8
  - Arbeitsbedingungen 599
  - differenzialtherapeutische Überlegungen 59
  - Effektivität/Effizienz 129
  - Entwicklung 29
  - Folgen 7
  - Gesamtbehandlung 510
  - Indikation 120
  - Konzepte 59
  - Motivation 306
  - multimodales Angebot 113
  - Nebenwirkungen/Risiken 147, 155
  - organisatorische Voraussetzungen 120
  - psychosoziale Behandlungs-/Betreuungsangebote 29
  - Rahmenbedingungen 29
  - Sozialarbeit 273
  - Vorzüge/Einschränkungen 60
  - Wirksamkeit 134
  - Wirtschaftlichkeitsgebot 119
- Teufelskreis der Angst 218
- Theory-of-Mind-Forschung 71
- Therapeuten
  - ärztliche 219
  - Bevormundung, strukturelle 589
  - diensthabende 330
  - Einzel- und Gruppentherapie 175
  - Merkmale, Nebenwirkungen/Risiken 151
  - niedergelassene, Mitteilungen 309
  - psychoanalytische 16
  - psychodynamische 352
  - psychologische 219
  - Über-Ich orientierte 363
  - üerversorgende 370
  - Vereinnahmung, ideelle 589
  - Zielvorstellungen 363
- therapeutische Beziehung
  - gelingende 83
  - Gruppensituation im Krankenhaus 20
  - hilfreiche 71
  - schlechte 138
  - zum Bezugstherapeuten 29
- therapeutische Einkreisung 372
- therapeutische Gemeinschaft 15f., 56, 142, 319, 393f.
  - bipolares Modell 17
  - soziale Konflikte 17
  - sozialtherapeutisch orientierte 17
- therapeutischer Alltag 305
- therapeutischer Raum 404
  - Zerstörung 486
- therapeutisches Arbeitsbündnis
  - instabiles 147
  - kognitiv-behaviorale Therapie 79
- therapeutisches Milieu 75, 392, 516
  - Definition 393
  - Strukturierung und Rhythmisierung 400
- therapeutisches Team 161
  - Aufgaben 161
    - diagnostische/therapeutische 163
  - Dynamik 164

- Einzel-/Gruppentherapie 174
- Emotionsregulation 166
- Informationsaustausch, kontinuierlicher 162
- Mentalisierung 165
- Mindestaustauschzeiten 559
- Mitglieder 597
- Praxistipp 166
- psychoanalytische Perspektive 164
- ressourcenorientierte Arbeit 166
- selbstkritische Reflexionen 163
- Settingfragen 165
- Umgang mit Regelverstößen 165
- wertschätzende Haltung 166
- Wohlbefinden 165
- Therapeut-Patient-Beziehung 44, 52
- psychosomatische Rehabilitation 49
- Therapie
  - Dokumentation 543
  - Entmystifizierung 450
  - systemische Perspektive 446
- Therapieabbruch 486
  - früher 487
  - stationäre psychosomatische Krankenhausbehandlung 150
- Therapiedauer 512
  - Behandlungs- und Symptomverlauf 513
- Therapieeinheiten, Mindestanzahlen 546
- Therapieerfolg
  - Inter-Session-Prozesse 468
  - Nachhaltigkeit 12
  - stationärer 42
  - Varianz 12
- Therapieergebnisse 127
- Therapieerkenntnisse/-erfahrungen, Alltagstransfer 518
- Therapiefortschritt, Bilanzierung 517
- therapiefreie Zeiten 466f.
  - Nacht 473
  - Verlust äußerer Halt gebender Strukturen 473
  - Wochenende 471, 473
  - Zwischenräume zur Belastungserprobung 469
- Therapieraum 394
- Therapieräume 56, 550, 552
- Therapierbarkeit eines Patienten 302
- Therapieschäden, Dokumentation 582
- Therapievereinbarungen 367, 384
  - adjustierte 386
  - Hausaufgaben/Übungen 384
  - Kostenträger 369
  - Symptomverschlechterung 368
- Therapieverträge 367
  - Abfassung 387
  - ausformulierte 386, 388
  - Ausgestaltung 388
  - Erfüllung, Zeitraum 387
  - Erstellung 387
  - explizite/implizite 384f.
  - Fallbeispiele 390
  - Formulierungen 368, 389
  - Kostenträger 369
  - Symptomkontrolle 388
  - Zielerreichung 389
- Therapieziele 344, 350, 353
  - Aufklärung 577
  - Berufsgruppen, unterschiedliche 357
  - Definition 360
  - Differenzierung von Lebenszielen 352
  - divergierende 361
  - Dokumentation 346
  - Eigenschaften 347
  - finale 348, 351
  - Formulierung 347, 355, 358, 362
  - Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) 351
  - Ich-Funktionen, Stärkung 345, 349, 353 f., 356
  - instrumentelle 348, 351
  - interpersonale 360f.
  - Konflikte 361
  - krankheitsbezogene 363
  - manipulative 363
  - mentale Repräsentation 347
  - Planung, effiziente 355
  - Psychopharmaka 425
  - Rehabilitation 362
  - relativieren 359
  - stationäre Psychotherapie 356
  - Thematisierung, differenzierte 359
  - Überwachung und Anpassung, kontinuierliche 542
  - Vereinbarung 346
  - Visite 454
  - Wohlbefinden und Sinnfindung 360
  - Zielsetzungen 352
- Therapiezielinventar 360
- tiefenpsychologisch fundierte Kunst- bzw.
  - Gestaltungstherapie 247
- Tranquilizer 431
- transdiagnostische Psychotherapie 135
- Transference-focused Psychotherapy (TFP),
  - Borderline-Persönlichkeitsstörung 386
- Traumafolgestörungen 72, 83
  - Suizidalität 117

Traumaorientierte psychodynamische Gruppen-  
therapie 183  
Traumatisierungen 115  
– in der Kindheit, Entzündungswerte 101  
– komplexe 136  
traumazentrierte Psychotherapie 281  
Traum, Bildsprache 245  
Trennung 514  
– von der Gruppe 516  
– von der Klinik 516  
– von einzelnen Mitpatienten 517  
Trennungsängste 497  
Triangulierung 376  
Triebimpulse  
– Kontrolle/Regulation 349  
– verdrängte, Mobilisierung, Kunst- und Gestaltungs-  
therapie 255

**U**

Überernährung, Pflegediagnose 204  
Übererregung autonomer Funktionen 238  
Übergangsraum 377, 394  
Übergangssituation 318  
Übergewicht  
– Psychopharmaka 430  
Über-Ich  
– Externalisierung 381  
– Strukturdefekte 379  
Über-Ich orientierte Therapeuten 363  
Über-Ich-Problematik, Entlastung 153  
Überlastungsanzeigen 547  
Übernahmeverschulden 571, 581  
Übertragung 63, 80  
– Auslöser 68  
– emotional belastendes Milieu 401  
– infantile 21  
– Kunst- und Gestaltungstherapie 250  
– psychodynamische Gruppentherapie, stationäre 183  
– Rekapitulation der Primärfamilie 68  
– stationäre Psychotherapie 115  
– Visite 458  
Übertragungsbeziehung 63, 212, 387  
Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehen 341,  
427  
Überzeugungen 392  
– neurotisch fixierte 408  
Umweltbedingungen 75  
Umwelterfahrungen, frühe, Epigenetik 102  
Umweltpsychologie 404  
Umweltvariablen 336

Unbewusstes  
– Darstellung, Kunst- und Gestaltungstherapie 255  
– kollektives 245  
Unterbringung 385  
– psychiatrische 340  
Urbanisierung 594

## V

Vater-Übertragung, negativ getönte 363  
Veränderungsbemühungen 414  
Vereinbarungen s. Therapievereinbarungen 384  
Vergütung  
– Abschlüsse 561  
– stationäre Psychotherapie 539  
Vergütungssystem 539  
Verhalten, krankheitsunterhaltendes 81  
Verhaltensanalyse 75, 335 f.  
– Behandlungsbericht 534  
– horizontale/vertikale 335  
verhaltensanalytische Hypothesen 337  
Verhaltensänderung 75  
Verhaltensmodifikationen 385  
Verhaltensstörungen 91, 97, 111  
verhaltenstherapeutische Diagnostik 335  
verhaltenstherapeutische Gruppentherapie 186  
– Methodenauswahl 186  
– problem- und störungsspezifische Gruppen 187 f.  
– standardisierte Gruppen 187  
– zieloffene Gruppen 187 f.  
verhaltenstherapeutische Kliniken, Modelle 219  
Verhaltenstherapie 10, 73  
– bewältigungsorientierte Ansätze 354  
– Entwicklung 10, 16  
– sogenannte dritte Welle 78  
– stationäre 22, 79  
Verlaufsdokumentation 528, 582  
Verlegungen 479  
– am Wochenende 490  
– Suizidalität 484  
Verleugnung 396  
Verschiebung 99  
Versorgungsrealität 513  
Versorgungs- und Vergütungsgesetz für psy-  
chiatrische und psychosomatische Leistungen  
(PsychVVG) 6, 33, 540  
Verträge s. Therapieverträge 367  
Vertretungszeiten 475  
Verweildauerverkürzung 541  
Visite 453  
– Abrechnung 460

- als Ritual 461
- Antworten, banale 464
- ärztliches Gespräch 455
- Definition 453
- fachärztliche 454
- Fragen 465
- Funktionen 454, 456
- Gegenfragen 464
- Gegenübertragung 460
- Gesprächstechniken 464
- Grenzverletzungen 463
- Improvisationstheater 460
- Konfliktbearbeitung 460
- Nebenwirkungen/Risiken 461
- Prozesstransparenz 462
- psychotherapeutische 456
- Schamkonflikte 463
- Situation, exemplarische 462
- Stellenwert 454
- strukturelle Störungen 461
- Teambesprechung 462
- Triangulierung 456
- Übertragung 458
- Varianz/Variabilität 458
- Widerstand 463
- Wirkfaktoren 458
- Zielsetzungen 454
- Visitengespräch 455
- Vorabinformationen 305
- Vorab-Vereinbarungen 369
- Vorbefunde, Übersendung 307
- Vorgespräch 115
  - ambulantes 147, 303, 307
  - Aufklärung 314
  - Musiktherapie 267
- Vorschriften für Krankenhäuser 563
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 38
- Vorversicherungszeiten 121
- Vulnerabilitäten 414

## W

- Wahrnehmung
  - intersubjektive 274
  - Körperfunktionen 226
- Wahrnehmungsverzerrungen 48, 180
  - übertragungsbedingte 163
- Wandern 284
- Wartelisten, stationäre Psychotherapie 315
- Waschzwang, Floodingvertrag 389 f.
- Weiterbehandlung 511, 518

## Widerstand

- scham- bzw. identitätsbedingter 362
- Visite 463
- Willensanspannung, zumutbare, psychische Störungen 49
- Wirksamkeit 126
  - ambulante Psychotherapie 136
  - Nachweis, Grenzen/Notwendigkeit 126
  - stationäre Psychotherapie 130, 133 f., 139
  - Studien 127
  - teilstationäre Psychotherapie 134
- wirtschaftliche Situation, Bewertung 553
- Wirtschaftlichkeitsgebot 542
- Wochenenddienste
  - Mitarbeiterinnen, abweisende/desinteressierte 474
  - Personal 474
- Wochenende
  - Bedarfsgruppen 497
  - Krankenhaus, verändertes 477
  - Krisen 496
  - therapiefreie oder therapiearme Zeiten 471
- Wochenendvisite 458 f.
- Wohn- und Aufenthaltsbereich des Patienten 550
- World Federation of Music Therapy (WFMT) 262

## Y

- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) 338 f.
- Yoga 224, 237

## Z

- Zeitdiagnosen 401
- Zertifizierungen 562
  - Einrichtungen 593
  - nach DIN EN ISO 9001 562
  - nach Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) 562
- Zielbindung 347
- Zieldiskussion, differenzierte 359
- Ziele
  - in der akademischen Psychologie 347
- Zielerreichung 387
- Zielhierarchie 347
- Zielkonflikte 344, 361, 428
- Zielorientierung 347, 354
  - effektive 355
- Zielspezifität 347
- Zieltiefe 347, 350
- Zielverhalten 387
- Zivilprozessordnung (ZPO) 571

- Zivilrecht 571
- Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)
  - Emotionsregulation 106
- Zusatzversicherung, private 545
- Zwangsstörungen
  - Exposition 303
  - Mentalisierungsbasierte Therapie 303
  - Psychopharmaka 421
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) 338
- Zwangsverhalten 387
- Zwei-Klassen-Medizin 5, 10
- Zwischenräume 466, 471
  - therapiefreie 498
  - zur Belastungserprobung 469
- Zwischenzeiten 471

