

Michael Ermann

Psychotherapie und Psychosomatik

Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage

7., erweiterte und überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt

7. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-036800-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-036801-9

epub: ISBN 978-3-17-036802-6

mobi: ISBN 978-3-17-036803-3

15 Psychotherapie: Grundlagen und Versorgung

15.1	Grundlagen der Psychotherapie	446
15.1.1	Wirkfaktoren	446
15.1.2	Psychotherapeutische Gesprächsführung	448
15.1.3	Indikation und Prognose	449
15.1.4	Wirkungen und Ergebnisse von Psychotherapie	451
15.2	Die Institutionalisierung der Psychotherapie	455
15.2.1	Berufs- und sozialrechtliche Organisation	456
15.2.1.1	Deutschland	456
15.2.1.2	Österreich	458
15.2.1.3	Schweiz	459
15.3	Ambulante psychotherapeutische Versorgung	460
15.3.1	Beratung durch Ärzte und klinische Psychologen	460
15.3.2	Die psychotherapeutisch-psychosomatische Grundversorgung	461
15.3.3	Ambulante Fachpsychotherapie	463
15.4	Psychotherapie in Institutionen	464
15.4.1	Poliklinische Fachabteilungen	465
15.4.2	Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik	465
15.4.2.1	Der psychosomatische Konsiliardienst	466
15.4.2.2	Der psychosomatische Liaisondienst	467
15.4.3	Stationäre und teilstationäre Psychotherapie	468

Psychotherapie ist die Behandlung von Störungen mit psychologischen Mitteln. Sie reicht von der psychologisch kundigen Führung von Patienten über beratende und unterstützende psychologische Interventionen bis hin zum Einsatz spezieller Verfahren durch Spezialisten, d. h. durch speziell dafür ausgebildetes Fachpersonal, insbesondere durch Ärzte und Psychologen.

Die Organisation der Psychotherapie innerhalb des Gesundheitssystems wird als **psychotherapeutische Versorgung** bzw. psychotherapeutisches Versorgungssystem beschrieben.

15.1 Grundlagen der Psychotherapie

Behandlungen mit psychologischen Mitteln

Wenn Menschen miteinander in Beziehung stehen, nehmen sie mehr oder weniger intensiv, absichtlich oder unbemerkt, aufeinander Einfluss. Sofern es um Erziehung, Beratung, Trost u. ä. geht, wird ganz offen versucht, das Erleben, die Einstellungen, das Denken oder das Verhalten des Anderen zu beeinflussen und in eine bestimmte Richtung zu verändern. Die Psychotherapie unterscheidet sich von solchen alltäglichen Formen der Einflussnahme.

- Psychotherapie findet als *Behandlung von Krankheiten* statt. Krankheit ist dabei im Allgemeinen durch Symptome oder andere Auffälligkeiten und durch ein subjektives Krankheitsgefühl der Betroffenen, d. h. durch ihren Leidensdruck, definiert. Die Behandlung erfolgt nach bestimmten Regeln der Patient-Therapeut-Beziehung (► Kap. 1.3).
- Die Interventionen sind in der Psychotherapie *wissenschaftlich begründet* und beziehen sich auf eine definierte Theorie der Persönlichkeit, des Verhaltens und Erlebens und eine wissenschaftliche Krankheits- und Behandlungstheorie. Die Kompetenz dafür wird in einer anerkannten Ausbildung vermittelt.

15.1.1 Wirkfaktoren

Voraussetzungen jeder Psychotherapie

Damit ein Gespräch oder, allgemeiner gesagt, eine Intervention die erwünschte Wirkung

entfalten kann, müssen eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein. Neben äußeren Bedingungen, z. B. Schutz des Berufsgeheimnisses durch das Gesetz, sind es vor allem Faktoren der Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Zuverlässigkeit, Vertrauen und Entspannung sind selbstverständliche und unabdingbare Voraussetzungen für das Gelingen einer Psychotherapie.

Ohne eine Grundeinstellung des Behandlers, die annehmend, wohlwollend und um Verständnis bemüht ist, kann keine Psychotherapie gelingen. Einfühlungsvermögen, Anteilnahme und Wertschätzung, Echtheit und Wahrhaftigkeit sind die Elemente der psychotherapeutischen Grundhaltung.⁴³⁵

Weitere Voraussetzungen, die den Effekt einer Behandlung fördern, sind die Kontinuität der psychotherapeutischen Beziehung, die sich oft über lange Zeiträume erstreckt, eine ausreichend lange Behandlungsdauer, eine gute Vorbereitung der Patienten, ein Verständnis der Ursachen der Störung, die alle Beteiligten überzeugt, und die gemeinsame Zuversicht, dass die Behandlung zu einer Besserung führen wird.⁴³⁶

Auf diesen allgemeinen Voraussetzungen kann sich als Basis für eine effektive Psychotherapie eine *hilfreiche Beziehung*⁴³⁷ etablieren, die durch drei Merkmale gekennzeichnet ist:

- Sie ist nach dem Eltern-Kind-Muster strukturiert.
- Sie gibt dem Psychotherapeuten die Autorität, psychologisch auf den Patienten einzuwirken.
- Sie arbeitet mit der Fähigkeit des Patienten, aus einer solchen Beziehung Nutzen zu ziehen.

435 Rogers (1959)

436 Frank (1962), Orlinski u. Howard (1986)

437 Strupp (1973)

Wirkfaktoren in der Psychotherapie

- **Definition des Problemfeldes**

Entscheidung, ob ein Patient als Einzelner, im Kontext seiner Paarbeziehung, seiner Familie oder von Teilen davon behandelt wird.

- **Festlegung des Settings**

Auswahl der optimalen Behandlungssituation in der Zweiersituation, in der Gruppe, im Familienrahmen, in einer Institution. In der analytischen Psychotherapie Wahl der Position im Sitzen oder Liegen.

- **Rahmen**

Häufigkeit, Dauer und Gesamtzeitraum der Sitzungen; Wahrung der Kontinuität, die Verlässlichkeit und Verfügbarkeit repräsentiert. Klärung organisatorischer und finanzieller Aspekte.

- **Regeln**

Vereinbarungen über das Verhalten im Kontext mit der Behandlung. Hier zeigen sich wichtige Unterschiede zwischen den Methoden.

- **Arbeitsbündnis**

Entscheidend für den Erfolg einer Behandlung ist das therapeutische Bündnis. Es beruht auf gegenseitigem Vertrauen und besteht darin, dass die Beteiligten sich darauf einigen und alles dazu tun, mit den vereinbarten Mitteln einen Behandlungserfolg zu erreichen, und alles zu unterlassen, was dem Erfolg entgegenwirken könnte. Dazu gehören eine sachgerechte Aufklärung über Chancen, Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung, Wahrung von Regeln und Grenzen, Mitarbeit, Offenheit und Ehrlichkeit, Zurückhaltung mit unbedachten Entscheidungen u. v. m.

- **Zusammenpassen**

Patient und Therapeut müssen zusammenpassen, sie müssen einen spontanen Zugang zueinander finden. Das entscheidet sich bereits in den ersten Begegnungen. Das Zusammenpassen hängt von vielen Faktoren ab, z. B. von der Persönlichkeit, der Alters- und Geschlechtskonstellation, von Weltbild, Einstellungen und Haltungen, von Ängsten und von bewussten und unbewussten Erwartungen. Vorerfahrungen in hilfreichen Beziehungen bilden als spontane wechselseitige Übertragungen die Basis für das Zusammenpassen. Sie kommt als Sympathie zum Tragen.

- **Die Persönlichkeit des Behandlers**

Die Konsolidierung seiner professionellen Haltung (Annahme, Empathie, Zuverlässigkeit), seine Zuversicht und Tragfähigkeit für Konflikte und emotionale Spannungen, letztlich seine Fähigkeit, die Übertragungen des Patienten und seine Gegenübertragung zu reflektieren und – in psychodynamischen Behandlungen – daraus für den Patienten förderliche Interventionen abzuleiten.

- **Behandlungstheorie und Behandlungsstrategie**

Es muss Übereinstimmung in Bezug auf den Zugangsweg zum therapeutischen Problem bestehen. Hier bilden das »Reflexionsmodell« (über sich nachdenken als Medium der Therapie) der psychodynamischen Behandlung und das »Reparaturmodell« (der Wunsch, »heil gemacht zu werden«) der Verhaltenstherapie polare Haltungen und Einstellungen ab.

- **Behandlungsziele**

Offen ausgesprochene, vereinbarte und indirekt wirksame Zielvorstellungen der Beteiligten.

• Interventionen

In ihnen äußert sich, wie der Psychotherapeut den Patienten versteht und wie er glaubt, ihm mit seiner Methode am besten helfen zu können. Entscheidend ist, dass die Interventionen konsistent auf den Behandlungsplan, d. h. auf das Verständnis der Störung ausgerichtet sind, um im Patienten ein kohärentes Selbstverständnis entstehen zu lassen.

Unspezifische und spezifische Wirkfaktoren

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, entfaltet eine Psychotherapie – unabhängig von der speziellen Methode der Behandlung – bereits einen förderlichen Grundeffekt. Er wird als unspezifischer Psychotherapieeffekt bezeichnet, die beschriebenen Voraussetzungen als unspezifische, allgemeine Wirkfaktoren.⁴³⁸

Diese sind die notwendige Voraussetzung für Veränderungen, aber sie sind nicht alles; sie schaffen das therapeutische Klima, das notwendig ist, um Veränderungen zu erreichen.

Die *Wirkung der Psychotherapie* ergibt sich erst aus dem Zusammenspiel von unspezifischen mit den spezifischen Wirkfaktoren (▼ Übersicht). Diese beruhen auf der besonderen Vorgehensweise, die den einzelnen Methoden eigen ist. Das ist z. B. in der analytischen Psychotherapie die Erfahrung, die der Patient durch Deutungen seines Erlebens und Verhaltens in Bezug auf sein Unbewusstes oder durch die Handhabung der sog. Abstinenz durch den Therapeuten machen kann. In der Praxis kommen dabei die theoretischen Konzepte, die Erfahrungen und die Persönlichkeit des Behandlers zum Tragen.

Psychotherapie als System

Die Wirkung der Psychotherapie lässt sich also nicht auf einen oder wenige Faktoren zurückführen, sondern beruht auf einem komplexen Zusammenspiel von spezifischen und unspezifischen Einflussgrößen. Man kann die einzelnen Faktoren auch nicht isoliert voneinan-

der betrachten. So wirkt z. B. ein zurückhaltendes Therapeutenverhalten in einer stützenden Psychotherapie oder in einer psychologischen Beratung frustrierend und antitherapeutisch. In einer analytischen Psychotherapie ist sie hingegen bei bestimmten Patienten die notwendige Voraussetzung dafür, dass eine Übertragungsneurose zustande kommt, die mit Hilfe von Deutungen durchgearbeitet werden kann. Wirksam ist die Behandlung als ein System, das erst im Zusammenwirken der Einzelfaktoren in der je spezifischen, einmaligen Beziehung zwischen Patient und Therapeut die beabsichtigte Wirkung entfaltet.

15.1.2 Psychotherapeutische Gesprächsführung

Bei der Darstellung der therapeutischen Beziehung und der Diagnostik (► Kap. 1.3 und ► Kap. 5.1) wurden bereits Aspekte der allgemeinen Gesprächsführung erörtert. Im Prinzip gelten sie auch für die Psychotherapie. Wichtige Voraussetzung für das Gelingen eines Gesprächs ist vor allem die Berücksichtigung von Beziehungsfaktoren wie Übertragung, Gegenübertragung, Kollusion, Widerstand und Regression. Dabei ist es das übergeordnete Ziel, eine tragfähige Beziehung herzustellen, die von Vertrauen, Respekt und Offenheit geprägt ist, um auf dieser Basis die psychotherapeutische Arbeit zu beginnen.

Die Gestalt eines psychotherapeutischen Gesprächs richtet sich nach der Methode und kann nicht verallgemeinert werden. Es gibt z. B. in der dynamischen Psychotherapie keine festgelegte Verlaufsgestalt der einzelnen Stunde, sondern eine spontane, ungeplante Inter-

438 Frank (1962)

aktion. Im Beratungsgespräch folgt der Gesprächsverlauf dagegen einer Gestalt, die sich an der Sequenz Problemdefinition → Materialsammlung und Klärung → Information und Kommentierung → Erarbeitung von Lösungsstrategien → abschließende Vereinbarung orientiert.

Zuhören und Aktivität

Die wichtigste psychotherapeutische »Technik« ist das *Zuhören*. Wie man einem Patienten zuhört und welche Fragen und Kommentare man daraus ableitet, gibt ihm zu erkennen, ob man innerlich präsent und bereit ist, sich auf seine Persönlichkeit einzustellen, sich auf seine Mitteilungen einzulassen und sich davon berühren zu lassen. Eigene Schwierigkeiten, Konflikte oder Ängste können dabei eine Abwehr hervorrufen und das Bedürfnis erwecken, Distanz zu schaffen. Für psychotherapeutisch Tätige wird es daher wichtig sein, die Grenzen ihrer Kapazität zu erkennen und anzuerkennen. Manche werden mit Hilfe von Selbsterfahrungen und Supervision die Hintergründe eigener Befangenheiten ergründen und ihre Kapazität dadurch erweitern können. Deshalb ist in der psychotherapeutischen Ausbildung eine Selbsterfahrung, z. B. als Lehranalyse, Pflicht.

Für das Ausmaß der *Aktivität des Psychotherapeuten* gibt es keine festen Regeln. Entscheidend ist, dass das Gespräch dem Patienten Raum zur Entfaltung gibt und nicht durch Bedürfnisse des Therapeuten oder durch seine Ungeduld geprägt wird. Im Allgemeinen bedeutet das, sich zugewandt, jedoch abwartend zu verhalten. Viele Patienten brauchen aber Ermunterung und Anleitung, vor allem solange ihnen die psychotherapeutische Situation fremd ist. Andere brauchen eine strukturierende Führung, um sich nicht in unbedeutenden Details zu verlieren. Auch hier ist zu bedenken, dass manche Methoden beabsichtigen, einen unstrukturierten, freien Phantasieraum zu eröffnen, während andere direktiv mit Strukturierung arbeiten. Ersteres

gilt insbesondere für die analytische Psychotherapie mit dem Verfahren der freien Assoziation (► Kap. 16.2.2), letzteres für die meisten Formen der Verhaltenstherapie.

Gesprächsrahmen

Eine weitere Technik, die zum Gelingen psychotherapeutischer Gespräche beiträgt, ist die Arbeit in einem passenden Rahmen. Dazu gehört die Schaffung einer ungestörten Gesprächssituation, die Einhaltung von Vereinbarungen und Terminen, insbesondere aber am Gesprächsbeginn eine Klärung der Funktion und Dauer eines Gesprächs, eine Problemdefinition und die Beachtung und Einhaltung der dadurch gesetzten Grenzen. So ist es z. B. nützlich, am Beginn einer Beratung zu besprechen, was das Gespräch klären kann und was wahrscheinlich nicht. Die Festsetzung der Gesprächsdauer wird dem Patienten die Möglichkeit geben, sich innerlich darauf einzustellen und die Kontrolle darüber zu behalten, wie weit er sich in diesem Gespräch öffnen will.

15.1.3 Indikation und Prognose

Indikations- und Prognosekriterien beziehen sich auf die Behandelbarkeit mit einem bestimmten Psychotherapieverfahren.

Indikation bedeutet die Entscheidung, welches Verfahren für die anstehende Behandlung angemessen erscheint, während **Prognose** die Einschätzung bezeichnet, ob das gewünschte Ergebnis bei Anwendung des gewählten Verfahrens zu erreichen ist oder ob ein Teilergebnis zu erwarten ist.

Der persönlichkeits- und beziehungsorientierte Ansatz vieler Psychotherapieverfahren bewirkt, dass sich die Handhabung der Indikationsstellung und Prognosebeurteilung in der Psychotherapie stark von denen in der übr-

gen Medizin unterscheiden kann. Demnach gibt es drei polare Grundhaltungen:

- Die *methodenzentrierte Indikationsstellung* fokussiert auf die Persönlichkeit der Patienten und auf die Interaktion im Untersuchungsgespräch. Dabei geht es um die Klärung der Frage, welches Verfahren angesichts der Erwartungen der Patienten, ihrer bisherigen Lebensbewältigung, der Organisation ihrer Persönlichkeit und der Gestaltung ihrer Beziehungen voraussichtlich am hilfreichsten sein wird.
- *Patientenorientierte adaptive Indikation*: Wenn die methodenzentrierte Indikation für ein bestimmtes Verfahren gestellt ist, ergibt sich die weiterführende Frage, welche Modifikationen des üblichen Vorgehens erforderlich sind, damit die Behandlung dem betroffenen Patienten optimal nützt (Methodenadaptation). Diese Art der Indikationsstellung ist typisch für psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten.
- Die *störungszentrierte Indikation* fokussiert im Sinne des klassischen medizinischen Denkens auf die Diagnose und die Symptomatik und leitet daraus Handlungsstrategien für eine optimale Behandlung ab. Dabei werden z. B. das Bedingungsgefüge einer Störung und die aufrechterhaltenden Faktoren identifiziert und operationale Behandlungsziele entwickelt, die leitend für die Behandlungsstrategie und Technik sind. Dieses Vorgehen setzt ein verhaltensorientiertes Verständnis der Störung voraus. Es ist daher typisch für Verhaltenstherapeuten.

Differenzialindikation zwischen psychodynamischer und Verhaltenstherapie

Psychodynamische Behandlungen zentrieren auf die Persönlichkeit und die Verarbeitung von Erfahrungen. Der zentrale Bezugspunkt sind unbewusste Motivationen und Prozesse und ihre Manifestation im Bewusstsein. Die Verhaltenstherapie stellt dagegen das beob-

achtbare, manifeste Verhalten in das Zentrum ihrer Theorie und Praxis. Unbewusste Prozesse spielen hier keine Rolle. Als Psychotherapie geht sie die Symptomatik auf direktem Wege an. Sie ist also symptom- und lösungsorientiert, während die Psychoanalyse den Weg über die Beeinflussung des Hintergrundes geht.

- Bei einer psychodynamischen Behandlung sind es vor allem subjektive Faktoren, die darüber entscheiden, ob sie indiziert ist und gelingen kann.
 - *Auf Seiten der Patienten* ist die Voraussetzung, dass eine nicht nur vordergründige Bereitschaft vorhanden ist, seine Persönlichkeit, Lebensorientierung und Beziehungsgestaltung kritisch zu reflektieren und ggf. zu verändern. Dieser Veränderungswunsch sollte auf einem subjektiven Leidensdruck beruhen, der über ein Leiden an der Symptomatik hinausgeht.
 - Es muss außerdem ein ungenutztes *Entwicklungspotenzial* erkennbar sein, d. h. im Therapeuten muss sich eine Vorstellung bilden, dass er dem Patienten mit einem psychodynamischen Verfahren zu einer Neuorientierung verhelfen kann. Das ist ein schwer objektivierbares Indikationskriterium. Es beruht auf klinischer Erfahrung mit ähnlichen Fällen und enthält die Wahrnehmung, dass Patienten und potenzielle Therapeuten in ihrer Grundpersönlichkeit in einer Weise zusammenpassen, dass eine hilfreiche Beziehung entstehen kann.
 - Eine psychodynamische Behandlung kann nur gelingen, wenn der Therapeut einen lebendigen *Zugang zur krankheitsrelevanten Problematik* seiner Patienten findet und sie spontan intuitiv – und nicht nur intellektuell – in wesentlichen Persönlichkeitsbereichen versteht.
 - Schließlich kommen bestimmte *kommunikative Fähigkeiten* hinzu: Auf Seiten der Patienten Introspektionsfähig-

keit, Reflexions- und Ausdrucksvermögen, auf Seiten des Behandlers die Fähigkeit, den Patienten sein Verständnis zu vermitteln.

- Für *verhaltenstherapeutische bzw. übende Verfahren*, die vorwiegend auf Symptome zentriert sind, muss vor allem ein symptombedingter Leidensdruck vorhanden sein, der zur Mitarbeit motiviert.
- Ein ausgeprägter *sekundärer Krankheitsgewinn*, d. h. ein Vorteil, den die Situation als Kranke den Patienten verschafft, steht einem Behandlungserfolg in allen Formen der Psychotherapie entgegen.

Bei der Beurteilung der Indikation kommen objektive Kriterien, Erfahrung und institutionelle Faktoren zum Tragen. Speziell in der Verhaltenstherapie werden Ergebnisse von empirischen Psychotherapiestudien über die Wirksamkeit spezifischer Techniken als Hilfe bei Indikationsentscheidungen hoch bewertet. In der psychodynamischen Therapie werden Persönlichkeitsvariablen und situative Faktoren, z. B. das Ausmaß an Selbstreflexivität und die spontane Beziehungsgestaltung, stärker berücksichtigt.

Als *subjektives Therapeutenwissen* spielt eine wichtige Rolle, welche Erfahrungen ein Psychotherapeut in vergleichbaren Fällen gemacht hat. Die Grundorientierung, die er in seiner Ausbildung erworben hat, wird dabei oft der entscheidende Maßstab sein: Psychodynamisch ausgebildete Therapeuten werden im Allgemeinen dazu neigen, einer psychodynamischen Behandlung den Vorzug zu geben, Verhaltenstherapeuten einer Verhaltenstherapie. Dabei kommt auch zum Tragen, ob ein Psychotherapeut überhaupt verschiedene Methoden anwendet und auf Grund seines Status abrechnen kann und ob er sich auf ein Verfahren spezialisiert, das er dann besonders gut beherrscht und auch indizieren wird.

15.1.4 Wirkungen und Ergebnisse von Psychotherapie

Probleme der Ergebnisforschung⁴³⁹

In der somatischen Medizin und in der empirischen Psychologie werden Ergebnisse von Behandlungsverfahren im Allgemeinen durch vergleichende Untersuchungen an behandelten und unbehandelten Populationen oder durch den Vergleich der Effekte verschiedener Verfahren evaluiert. Dagegen gestaltet sich die Methodik der psychotherapeutischen Ergebnisforschung vergleichsweise schwierig. Das hat mehrere Gründe:

- Die Nicht-Behandlung verbietet sich aus ethischen Gründen, wenn man bei einer Patientenpopulation einen ernsthaften Behandlungsbedarf feststellt.
- Der Vergleich zwischen den beiden Hauptmethoden in der Versorgung, der psychodynamischen und der verhaltenstherapeutischen Methodik, ist nicht überzeugend durch Randomisierung zu erbringen, d. h. dadurch, dass man die Patienten in Vergleichsstudien nach dem Zufallskriterium der einen oder der anderen Stichprobe zuweist; solche Forschungssettings nennt man RCT-Studien⁴⁴⁰. Sie entsprechen nicht der Versorgungspraxis und den Erfordernissen der Patienten und sind realitätsfern.
- Außerdem kann man die Wirksamkeit einer Therapie nur in Hinblick auf ihre Zielsetzung untersuchen. Dabei unterscheiden sich analytisch begründete und verhaltenstherapeutische Verfahren grundlegend:
 - Die Verhaltenstherapie zielt auf die Symptomminderung und eine Stabilisierung im manifesten Verhalten und Erleben, die direkt messbar sind, z. B. in

⁴³⁹ Waldvogel (1997)

⁴⁴⁰ [engl.] randomized controlled trials

der Selbstbehauptung oder im Problemlösungsverhalten.

- Die analytisch fundierten Verfahren setzen sich zum Ziel, psychodynamische, nicht unmittelbar objektivierbare Prozesse und ggf. Strukturen zu verändern. Wenn man die verfahrensspezifischen Ziele nicht gleichsetzen kann, dann gibt es auch kein gemeinsames Veränderungsmaß, das den unterschiedlichen Zielen gerecht wird. Man kann daher die Ergebnisse nicht unmittelbar miteinander vergleichen. Die Folge ist, dass bis heute keine unumstrittenen Belege dafür vorliegen, welche Behandlungsmethode bei welchen Patienten oder klinischen Problemen am günstigsten wirkt.

Es besteht also ein *Operationalisierungsproblem in der Ergebnisforschung*. Dieses liegt darin, dass die spezifischen Ziele bzw. Effekte der psychoanalytischen Verfahren sich mit den Methoden der anerkannten objektivierenden Forschung bisher nicht angemessen erfassen und vergleichen lassen.

Das hat dazu geführt, dass die psychoanalytische Psychotherapie lange keiner ausreichenden Effizienzkontrolle unterzogen wurde und bis vor wenigen Jahrzehnten im Vergleich zur Verhaltenstherapie einen bedeutenden Mangel an Effektivitätsstudien aufwies. Dieser war allerdings nicht nur in methodischen Problemen begründet, sondern beruhte auch auf mangelnder Einsicht in die Notwendigkeit von Ergebnisstudien.

Eine bedeutende Ausnahme bilden die Katamneseuntersuchungen zur Langzeitwirkung von psychoanalytischen Behandlungen aus den 1950er Jahren, die Annemarie Dührssen in Berlin durchgeführt hat.⁴⁴¹ Sie konnte damals zeigen, dass Patienten nach Psychotherapie deutlich seltener krank waren und weniger Krankenhausaufenthal-

te hatten als zuvor und auch als eine unausgewählte Vergleichsstichprobe. Diese Befunde begründeten die Einführung der Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in der damaligen Bundesrepublik mit den Psychotherapierichtlinien von 1967.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 (► Kap. 5.3.4) trägt der standardisierten Erfassung von Diagnosen und dem Behandlungserfolg Rechnung. Sie bietet ein Instrument an, welches die klinische Ausgangssituation, die Zielsetzung und die Behandlungsstrategie in einem konsistenten psychodynamischen Konzept erfasst und überprüfbar macht. Sie stellt auf diese Weise sicher, dass tatsächlich auch die Effekte gemessen werden, die für die psychodynamischen Verfahren bedeutsam sind.

Der größere Teil der früheren Belege für die Wirksamkeit von psychoanalytischen Behandlungen beruhte auf wissenschaftlichen Kasuistiken, die den methodischen Anforderungen an Wirksamkeitsnachweise nicht standhielten. Erst in neuerer Zeit ist es gelungen, durch die Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Methoden befriedigende Katamneseuntersuchungen durchzuführen und die Globaleffekte von psychoanalytischen Behandlungen mit der Evaluation spezifisch psychoanalytischer Zielvorstellungen zu verbinden.⁴⁴²

Fragestellungen und Methodik

Ergebnisuntersuchungen gehen der Frage nach, welche Wirkung eine Behandlung entfaltet, die unter bestimmten Bedingungen durchgeführt wird, und welche Faktoren daran beteiligt sind. Untersuchungsvariablen sind

441 Dührssen (1962)

442 Z. B. Rudolf (1991, 1994), Sandell (1997); Übersichten bei Ermann u. a. (2001) und bei Leuzinger-Bohleber u. Stuhr (1997)

- *die Behandlung*: Art und Indikation,
- *die Bedingungen*, unter denen sie durchgeführt wird, z. B. Patienten- und Therapeutenvariable,
- *Co-Faktoren* der Behandlung, z. B. Dauer, Intensität, Anwendungsverfahren,
- *die Wirkung*, z. B. Symptom-, Verhaltens-, Persönlichkeitsänderung, sozioökonomische Implikationen wie veränderte Gesundheitskosten oder Krankenschreibungen.

Dabei wird zunächst der Globaleffekt gemessen, indem zumeist die Befindlichkeit und Symptomatik vor und nach einer psychotherapeutischen Behandlung erfasst und verglichen werden. Untersucht werden darüber hinaus differenziertere bzw. komplexere Ziele, z. B. die mit der Symptomreduktion verbundene Änderung der Persönlichkeit oder des Verhaltens. Außerdem werden – selbstverständlich neben der Art, Dauer und Intensität der Störung – Persönlichkeitsfaktoren des Patienten, Variablen der Beziehung zwi-

schen Patient und Therapeut, Art, Intensität und Dauer der Behandlung und diverse andere Einflussfaktoren untersucht.

Für solche Untersuchungen gelten eine Reihe von Forschungsstandards (▼ Übersicht), die bereits bei der Planung einer Untersuchung, bei der Durchführung, der Auswertung und der Berichterstattung berücksichtigt werden müssen. Eine bedeutende Vorgabe ist dabei, dass der Behandlungseffekt nicht unmittelbar am Behandlungsende, sondern unter Berücksichtigung der Nachwirkungen erst ein bis zwei Jahre später in einer Katamneseuntersuchung erfasst werden kann. In der Regel sollte der Forscher, der die Untersuchung durchführt, den Patienten nicht selbst behandelt haben. Schließlich sollte auf irgendeine Weise sichergestellt werden, dass es sich nicht um Zufallsbefunde handelt.

Der Stand der Ergebnisforschung kann in den folgenden Befunden nur angedeutet werden.

Forschungsstandards für psychotherapeutische Ergebnisstudien⁴⁴³

- **Verlaufsdokumentation**

Genauere Beschreibung der Patienten, Therapeuten, Behandlungen und der Datengewinnung. Zu berücksichtigen ist, dass die Methodik der Fragestellung angemessen ist und dass tatsächlich gemessen wird, was gemessen werden soll.

- **Absicherung des Forschungsansatzes**

Z. B.: Wurde die Behandlung tatsächlich so durchgeführt, wie sie deklariert wird?

- **Auswertung**

- Genauere Darlegung der Methoden und Begründung ihrer Angemessenheit.
- Wird das kurzfristige Behandlungsergebnis in Katamnesen überprüft?
- Werden die Ergebnisse in Einzelfallanalysen vertieft?

- **Nähe zum Gegenstand**

Handelt es sich um ein Design, dessen Ergebnisse auf die Praxis zu übertragen sind?

Ergebnisse

Grundsätzlich besteht kein ernstzunehmender Zweifel an der *generellen Wirksamkeit* von

Psychotherapie (▼ Übersicht). Als allgemeines und in dieser allgemeinen Form auch nicht bestreitbares Ergebnis kann man feststellen, dass alle seriös durchgeführten Psychothera-

443 Ermann u. a. (2001)

prien bei hinreichender Motivation auf Seiten der Patienten und der Therapeuten einen angemessenen Effekt haben. Dieser bezieht sich auf relevante Variablen wie Symptomreduzierung, Verbesserung der Lebensqualität und sozioökonomische Implikationen (Kosten-Nutzen-Relation). Man kann sagen, dass

Psychotherapie grundsätzlich wirksam ist und bessere Ergebnisse erzielt als die Behandlung mit Placebo. Als maßgeblicher Wirksamkeitsfaktor erweist sich dabei das Behandlungsmodell des Therapeuten in Interaktion mit der Fähigkeit des Patienten, von diesem zu profitieren.⁴⁴⁴

Generelle Wirksamkeit von Psychotherapie

- **Globales Befinden**

Rund 80 Prozent der Psychotherapiepatienten geht es nach der Behandlung besser als dem Durchschnitt der Patienten einer nicht behandelten Vergleichsgruppe.⁴⁴⁵

- **Symptombesserung**

Besserung der Symptomatik findet sich nach ambulanter Psychotherapie bei über 50 Prozent der Fälle, Verschlechterung bei unter 8 Prozent.⁴⁴⁶

- **Inanspruchnahme medizinischer Leistungen**

Fast 80 Prozent der Patienten nahmen nach der Behandlung deutlich seltener medizinische Leistungen in Anspruch als unbehandelte.⁴⁴⁷

- **Zufriedenheit**

Ebenfalls rund 80 Prozent psychotherapeutisch behandelter Patienten beurteilen die Therapie sechs Jahre nach Behandlungsabschluss als hilfreich und sind sehr zufrieden damit.⁴⁴⁸

Die *analytisch begründeten Verfahren* sind durch eine Reihe von anerkannten Studien evaluiert. Danach steht ihre generelle Wirksamkeit außer Zweifel.⁴⁴⁹ Inzwischen gibt es eine große Zahl von Studien, welche die Wirksamkeit bei speziellen Störungen belegen.⁴⁵⁰ Nachgewiesen werden konnte in einer Metaanalyse (▼ Übersicht) ein deutlicher Rückgang der krankheitsspezifischen Symptome, möglicher Begleitsymptome und der

mit den psychischen Erkrankungen verbundenen sozialen Beeinträchtigungen. Die Therapieerfolge bleiben nach Beendigung der Behandlung nicht nur stabil, sondern nehmen teilweise sogar noch zu.⁴⁵¹ Es konnte auch gezeigt werden, dass Langzeitbehandlungen von mehr als 50 Sitzungen bzw. länger als einem Jahr deutlich bessere Ergebnisse erzielten als Kurzzeittherapien.⁴⁵²

444 Orlinsky u. a. (2004)

445 Smith u. a. (1980). Die Forscher beziehen sich auf 475 kontrollierte Psychotherapiestudien, die über 25.000 Behandlungsfälle berichten, und ermitteln auf dieser Basis eine allgemeine Effektstärke von 0.85.

446 Albani u. a. (2011). Geringere Besserung zeigte sich bei Übergewicht und sexuellen Funktionsstörungen.

447 Leichsenring u. a. (2004)

448 Hartmann S (2006)

449 Meyer AE (1995), Sandel (1997), Leichsenring u. a. (2008), Beutel u. a. (2010), Shedler (2011)

450 Gerlach u. a. (2004), Leichsenring u. a. (2004)

451 Shedler (2011); vgl. dort die entsprechenden Ergebnisse der neueren Metaanalysen, welche durchweg die gute Wirksamkeit psychodynamischer Therapie belegen.

452 Leichsenring u. Rabung (2008)

Die *verhaltenstherapeutischen Verfahren* sind von Anfang an durch begleitende Ergebnisforschung evaluiert worden. Es liegt eine Vielzahl von Studien vor, welche die Effekte gut belegen.

Es gibt keine unumstrittenen *Vergleichsuntersuchungen* zwischen den verschiedenen Therapiemethoden. Die Frage des Ergebnisvergleichs ist Gegenstand einer intensiven, z. T. polemischen wissenschaftlichen (und berufspolitischen) Auseinandersetzung, die immer wieder auf Fragen der komplexen Forschungsmethodologie hinausläuft.⁴⁵³

Nach der erwähnten Metaanalyse von 2004 besteht kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit (Effektstärke) beim Vergleich zwischen analytischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren. Auch in Bezug auf die

subjektiv beurteilte Besserung und die Zufriedenheit mit der Behandlung fanden andere Untersuchungen keine Unterschiede.⁴⁵⁴

Metaanalyse psychoanalytischer Behandlungsergebnisse⁴⁵⁵

Liste mit hoher Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien

- Angststörungen
- Depressive Störungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Essstörungen
- Somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Suchterkrankungen

15.2 Die Institutionalisierung der Psychotherapie

Stand der Versorgung

Der *Psychotherapiebedarf* ist in den Industrieländern beträchtlich. Aktuelle Zahlen sind schwer zu erlangen.⁴⁵⁶ Einige Basisdaten:

- 1988 bedurften mindestens 5 Prozent der westdeutschen Bevölkerung einer psychotherapeutischen Behandlung.⁴⁵⁷ Diese Zahl dürfte weiterhin gültig sein und auch für die übrigen Regionen Mitteleuropas gelten.
- Psychische und Verhaltensstörungen waren im Jahr 2010 die häufigste Ursache für

Krankschreibungen (18 Prozent aller AU-Fälle).⁴⁵⁸ Sie bilden nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und orthopädischen Störungen die häufigste Beeinträchtigung der Gesundheit.

- Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören Angststörungen (ca. 15 Prozent), affektive Störungen (ca. 10 Prozent) und Suchterkrankungen (über 5 Prozent).
- Aktuell sind in Deutschland derzeit jedes Jahr fast 30 Prozent der Erwachsenen von einer psychischen Erkrankung betrof-

453 Grawe u. a. (1994), Mertens (1994)

454 Hartmann S (2006)

455 Leichenring u. a. (2004)

456 Zahlen und Fakten zur Psychotherapie http://thorwart-online.de/Seite_Fakten.htm (Zugriff am 26.08.2019)

457 Meyer u. a. (1988)

458 Mitteilung der Barmer Ersatzkasse in ihrem Gesundheitsreport 2010

fen.⁴⁵⁹ Davon nimmt etwa jeder fünfte Kontakt zu Psychotherapeuten auf.⁴⁶⁰

- Nach diesen Berechnungen gelangten gegenwärtig etwa 10 Prozent der in einem Jahr neu Erkrankten tatsächlich auch in eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne.

Diesem Bedarf steht eine inzwischen beträchtliche Anzahl von ambulant arbeitenden Psychotherapeuten gegenüber. Ein Teil der Behandlungen findet in psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen sowie in psychiatrischen Kliniken statt.

Das Spektrum der psychotherapeutischen Interventionen reicht von psychologischen und ärztlichen Beratungsgesprächen auf der einen Seite bis hin zu intensiver Fachpsychotherapie auf der anderen. Es ist also umfangreich. Je spezifischer die psychotherapeutisch-psychosomatischen Fragestellungen sind und je differenzierter und aufwendiger die Behandlungsverfahren, desto mehr ist spezialisierte Fachkompetenz erforderlich, um den Aufgaben und Problemen der psychotherapeutischen Versorgung gerecht zu werden. In der Praxis ergeben sich damit unterschiedliche Aufgabenfelder.

15.2.1 Berufs- und sozialrechtliche Organisation

Die Voraussetzungen zur Ausübung von Psychotherapie in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in der Schweiz variieren stark. Es existiert nicht in allen Mitgliedstaaten eine Regelung für Psychotherapie als Heilberuf. Wo die Ausbildung geregelt ist,

sind die Anforderungen, die Dauer der Ausbildung und die Zugangsvoraussetzungen unterschiedlich.

15.2.1.1 Deutschland

Psychotherapie war schon in der »alten« Bundesrepublik als dem ersten Land der Erde als eine abrechnungsfähige Leistung in der kassenärztlichen Versorgung anerkannt. 1967 wurden die psychoanalytischen Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen, 20 Jahre später folgte die Verhaltenstherapie. Auch das Autogene Training und die Hypnose sowie das EMDR sind inzwischen kassenärztliche Leistungen. Gegenwärtig besteht dagegen keine Leistungspflicht für andere psychotherapeutische Verfahren wie Gesprächstherapie, Psychodrama, Gestalttherapie oder Bioenergetik. Seit Ende 2008 ist die Systemische Therapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren anerkannt, es besteht dafür aber noch keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Krankenkassen tragen die Behandlungskosten bis zu einem bestimmten Stundenkontingent⁴⁶¹ voll, und zwar auf Antrag der Patienten auf der Basis eines anonymisierten Berichtes des behandelnden Psychotherapeuten. Der Bericht wird im Allgemeinen begutachtet. Aufgrund des Gutachtens wird über die Kostenübernahme entschieden. Das gilt für die psychoanalytische Einzel- und für die Verhaltenstherapie.

Psychotherapeuten

Im Jahre 2017/18 waren in Deutschland in der vertraglichen Versorgung rund 33.000 Psycho-

459 Jacobi u. a. (2014/16)

460 Mark u. a. 2014

461 Bis zu 100 Sitzungen bei tiefenpsychologisch fundierter und bis zu 300 Sitzungen bei analytischer Psychotherapie

therapeuten tätig, darunter fast 26.700 Psychologen und 6.300 Ärzte. Hinzu kamen 5.800 spezialisierte Fachärzte.⁴⁶² Sie behandeln rund 1,1 Millionen Patienten pro Quartal.⁴⁶³ Dabei ist zu bedenken, dass neben diesen »zugelassenen« Psychotherapeuten, welche Leistungen für die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Psychotherapierichtlinie erbringen, Fachärzte in unterschiedlichem Umfang psychotherapeutisch tätig sind. Daneben gibt es auch psychotherapeutische Privatpraxen, die hier nicht berücksichtigt sind.

In der ambulanten fachpsychotherapeutischen Versorgung sind drei Berufsgruppen tätig:

- *Ärzte als Psychotherapeuten* mit einer speziellen Weiterbildung (analytisch oder verhaltenstherapeutisch): Es sind
 - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin)
 - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Ärzte mit Zusatzausbildung (»Zusatztitel«) in Psychotherapie bzw. Psychoanalyse, die hauptsächlich als Psychotherapeuten arbeiten,
 - andere Ärzte mit der Zusatzbezeichnung »Psychotherapie«, z. B. Allgemeinärzte, Fachärzte für Innere Medizin oder Fachärzte für Gynäkologie, die im Rahmen ihres speziellen Fachgebietes auch fachpsychotherapeutisch arbeiten.
- *Diplompsychologen als Psychologische Psychotherapeuten* mit einer ergänzenden psychotherapeutischen Weiterbildung (psychoanalytisch/tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch).

- *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*: Angehörige von Sozialberufen, die eine zusätzliche Weiterbildung für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen absolviert haben.

Daneben besteht die *psychosomatische Grundversorgung* (► Kap. 15.2.3), die von Haus- und Fachärzten als Ergänzung zu medizinischen Behandlungen durchgeführt wird.

Ausbildung

Die Ausbildung zum Psychotherapeuten wird von Kliniken und staatlich anerkannten, zumeist privaten Instituten vermittelt.

- *Fachkliniken* richten sich mit ihrem Weiterbildungsangebot an Assistenzärzte und vermitteln in einer üblichen Facharztausbildung vor allem die erforderlichen Erfahrungen im praktischen Umgang mit einem breiten Spektrum von Patienten, Krankheitsbildern und klinischen Fragestellungen. Die Ausbildungen haben entweder einen psychodynamischen oder einen verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt.
- *Psychotherapeutische Institute* vermitteln die psychotherapeutische Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, ebenfalls mit psychoanalytischem oder verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Daneben vermitteln sie für Ärzte ergänzende Zusatzausbildungen mit den Schwerpunkten Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie. Die Weiterbildung besteht aus Theorie, Selbsterfahrung (z. B. Lehranalyse) und Behandlung unter Supervision. Sie findet außerhalb der täglichen Arbeit berufsbegeleitend meistens in den Abendstunden oder an Wochenenden statt.

Die ärztliche Ausbildung ist durch die Ärztliche Weiterbildungsordnung geregelt.

Die Ausbildung von Psychologen folgt dem Psychotherapeutengesetz von 1999. Es wurde 2019 einer grundsätzlichen Revision

462 »Gesundheitsdaten« der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018

463 Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017

unterzogen, mit der die Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten an die Universitäten verlagert und in einem speziellen Studiengang vermittelt werden soll (»Direktausbildung«). Der neue Studiengang soll zum Wintersemester 2020 erstmals angeboten werden. Er gliedert sich in ein 3-jähriges Bachelor- und ein 2-jähriges Masterstudium und wird mit einem Staatsexamen abgeschlossen. Die Approbation (Erlaubnis zur Behandlung) wird bei bestandener Prüfung erteilt. Für den Zugang zum Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine anschließende Weiterbildung erforderlich.

15.2.1.2 Österreich

Psychotherapie ist in Österreich eine Leistung der Krankenkassen, welche die Behandlungen aber nicht voll finanzieren, sondern sich mit einem Anteil von rund einem Drittel an den Kosten beteiligen. Der Rest, d. h. durchschnittlich etwa zwei Drittel, muss durch eine Selbstbeteiligung der Patienten gedeckt werden.

Die Ausübung von Psychotherapie und die Ausbildung von Psychotherapeuten sind seit 1991 durch ein Bundes-Psychotherapiegesetz geregelt. »Psychotherapeut« ist danach ein eigenständiger, anerkannter und geschützter Heilberuf, der nur von Personen ausgeübt werden darf, die nach entsprechender Ausbildung in eine Psychotherapeutenliste eingetragen sind. Als Grundberufe kommen in Frage: ein abgeschlossenes Medizin-, Psychologie-, Pädagogik-, Lehramts-, Theologie- o. a. akademisches Studium, eine Ausbildung als Sozialarbeiter, Ehe- und Familienberater oder diplomierter Krankenpfleger. Nach Absolvierung eines Propädeutikums können auch andere Personen mit Hochschulreife, aber ohne Hochschulstudium eine psychotherapeutische Ausbildung absolvieren.

In Österreich waren Anfang 2019 rund 10.000 Psychotherapeuten in die amtliche Liste eingetragen, darunter rund 40 Prozent Psycho-

logen und 20 Prozent Ärzte, der Rest Angehörige anderer Grundberufe.⁴⁶⁴ Rund die Hälfte führt eine methodenspezifische Zusatzbezeichnung, z. B. »Psychoanalyse« oder »Verhaltenstherapie«, mit ansteigender Tendenz Richtung Spezialisierung.

Ausbildung

Für Ärzte besteht die Möglichkeit, aufbauend auf ihre Qualifikation als Allgemeinarzt oder als Facharzt, das *Diplom für Psychotherapeutische Medizin* zu erwerben. Dafür vermitteln die Ärztekammern regionale berufsbegleitende Ausbildungen. Eine eigene Facharztbezeichnung für Psychotherapie gibt es nicht; sie wird aber angestrebt.

Die *Psychotherapieausbildung für Nichtärzte* (Psychologen und andere Basisberufe) wird an staatlich anerkannten, privaten Ausbildungseinrichtungen im Wesentlichen berufsbegleitend vermittelt. In den letzten Jahren sind zahlreiche Ausbildungseinrichtungen Kooperationen mit Universitäten eingegangen. Eine geplante Novellierung des Psychotherapiegesetzes sieht eine weitere Anbindung der Ausbildung an die Universitäten vor.

Die Psychotherapieausbildung gliedert sich in zwei Abschnitte:

- Das *psychotherapeutische Propädeutikum*, in dem die Grundlagen vermittelt werden. Es dauert in der Regel zwei Jahre.
- Das *psychotherapeutische Fachspezifikum*, das in etwa vier Jahren die Kompetenz in speziellen Verfahren vertieft.
- Jeder dieser Abschnitte gliedert sich wiederum in vier Anteile: theoretische Grundlagen, Selbsterfahrung, supervidiertes Praktikum in einer Institution und eigene Behandlungen unter Supervision.

⁴⁶⁴ psyonline www.psyonline.at/contents/14730/anzahl-der-psychotherapeutinnen-nach-geschlecht-seit-1991 (Zugriff am 04.02.2020)

Mit dem Ausbildungsabschluss und der Eintragung in die Psychotherapeutenliste erhalten die Absolventen einen Zusatztitel, der ihre spezifische psychotherapeutische Methode kennzeichnet, z. B. Psychoanalyse, Systemische Familientherapie, Hypnose, Gruppenpsychoanalyse oder Verhaltenstherapie.

15.2.1.3 Schweiz

In der Schweiz ist die Psychotherapie immer schon eng mit der Psychiatrie verbunden gewesen. Der Grund dafür ist eine traditionell psychotherapiefreundliche Haltung der Schweizer Psychiatrie, die durch Leitfiguren wie Eugen Bleuler und Ludwig Binswanger und durch Institutionen wie die renommierten Fachkrankenhäuser Burghölzli in Zürich und Bellevue in Kreuzlingen Vorreiter bei der Anwendung der Psychotherapie in der Psychiatrie gewesen ist. Der Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie ist daher auch der organisatorische Rahmen für die Psychotherapie in der Versorgung. Daneben sind Allgemeinmediziner und psychologische Psychotherapeuten an der Versorgung beteiligt.

Psychotherapie ist in der Schweiz eine Pflichtleistung der Krankenversicherungen, wenn sie von Ärzten erbracht wird. Psychologische Leistungen, die etwa die Hälfte der psychotherapeutischen Leistungen ausmachen, werden nur dann erstattet, wenn sie unter Supervision eines dafür zugelassenen Arztes durchgeführt werden.

Im ambulanten Bereich gab es 2019 gut 3.000 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis sowie 7.600 eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit qualifizierter Aus- und Weiterbildung.⁴⁶⁵

Ausbildung

In der *ärztlichen Weiterbildung* ist die Psychotherapie ein Bestandteil des psychiatrischen Fachgebietes. Der Psychotherapieteil der Weiterbildung umfasst Theorie, Behandlungen unter Supervision und Selbsterfahrung und dauert mindestens drei Jahre. Dabei gibt es Ausbildungsschwerpunkte in analytischer, systemischer oder kognitiv-verhaltenstherapeutischer Orientierung. Neben dieser Facharztausbildung, die an Kliniken und Ambulanzen stattfindet und nur für Ärzte zugänglich ist, bestehen Möglichkeiten zur berufs begleitenden Weiterbildung.

Die Ausbildung von *psychologischen Psychotherapeuten* erfolgt an privaten psychoanalytischen und psychotherapeutischen Instituten. Grundlage dafür ist das *Bundesgesetz über die Psychologieberufe* von 2013 sowie die Schweizer Charta für Psychotherapie, ein Dachverband für psychotherapeutische Ausbildungsinstitutionen, Fachverbände und Berufsverbände, der über die Qualitätssicherung der Ausbildung wacht. Sie vermitteln eine theoretische und praktische Ausbildung, welche die Qualifikation in einer speziellen Methode vertieft. Es gibt 36 beim Bundesamt für Gesundheit akkreditierte Weiterbildungsgänge für Psychologen mit Hochschulabschluss. Diese Ausbildungen vermitteln den anerkannten Weiterbildungstitel »Psychotherapeut/in«. Allein eröffnet er aber nicht den Zugang zur Beteiligung an der ärztlichen Versorgung, d. h. die von den Absolventen durchgeführten Behandlungen werden nicht ohne Weiteres von den Krankenkassen finanziert. Dafür ist eine Kooperation mit Psychiatern erforderlich.

In den 1980er Jahren hat sich als Ergänzung zum psychiatrischen Fachgebiet die *Psychosoziale Medizin* entwickelt. Dieser Zusatzbereich, inzwischen auch Pflicht- und Prüfungsfach im Medizinstudium, ist inhaltlich weitgehend mit der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Deutschland identisch, betont aber die medizinpsychologischen Grundlagen stärker als diese. Er gilt auch nicht als eigen-

465 Schweizerische Ärztezeitung (2019, S. 766)

ständiges Fachgebiet. Die psychosomatische Spezialisierung ist später die Aufgabe von Fortbildungsveranstaltungen, während eine psychosomatische Weiterbildung im berufsrechtlichen Sinne nicht besteht.⁴⁶⁶

Seit 2015 wird über eine Neuordnung der Versorgung diskutiert, in der psychologische

Psychotherapeuten selbstständig mit psychiatrischen Patienten arbeiten könnten.

Als Besonderheit in der Versorgung besteht in der Schweiz der Beruf des *Psychologischen Beraters*, der ganz unabhängig vom Grundberuf auf der Basis von Fortbildungskursen erlangt werden kann.

15.3 Ambulante psychotherapeutische Versorgung

15.3.1 Beratung durch Ärzte und klinische Psychologen

Ärzte und Psychologen nehmen durch ihr Auftreten und Verhalten auf das Erleben und die Motivationen ihrer Patienten Einfluss. Insofern hat ihr Verhalten stets auch Wirkungen auf deren psychische Situation. Der reflektierte und gezielte Einsatz dieser psychosozialen Basisfunktion ist die Grundlage der **Beratung**.

Beratung findet in der ambulanten medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung statt, in großem Ausmaß aber auch in Institutionen (Beratungsstellen für verschiedene Zielgruppen) und in der Selbsthilfe.

Der Einfluss von Beratungen beruht im Wesentlichen auf der therapeutischen Beziehung (► Kap. 1.3) – auf Erwartungen, Hoffnungen und Ängsten der Patienten und einem haltgebenden, wegweisenden Umgang damit durch den Berater. Dabei kommt insbesondere die Autorität des Arztes und des klinischen Psychologen zum Tragen. Sie wird durch Wissen und Können, Ansehen und Leistungen erlangt. Hinzu kommen die natürliche, mit dem

Krankheitsprozess verknüpfte Regression der Patienten und die Übertragung ihrer bewussten und unbewussten Hoffnungen, Ängsten, Erwartungen und Einstellungen.

Zu den speziellen psychologischen Aufgaben von Ärzten oder klinischen Psychologen gehören, unabhängig von seinem speziellen Arbeitsgebiet:

- die Förderung der Mitarbeit der Patienten an der Behandlung,
- die Unterstützung ihrer Krankheitsbewältigung (► Kap. 20.1), insbesondere die Bewältigung der psychologischen Probleme bei chronischen Erkrankungen,
- der Umgang mit unheilbar Kranken und Sterbenden (► Kap. 20.1.3).

Außerdem müssen sie seelisch bedingte Erkrankungen rechtzeitig erkennen, sachgerechte Behandlungen ermöglichen und den Patienten vor ungeeigneten Maßnahmen schützen.

Durch ihren Einfluss haben sie die Möglichkeit, Einstellungen und Verhalten ihrer Patienten zu verändern. In Beratungen wird davon durch Information und Aufklärung, durch Hinweise und Anleitung gezielt Gebrauch gemacht (► Kap. 20.1). Daneben beeinflussen sie die Patienten auch durch zu meist unbemerkte implizite Verhaltensweisen

466 Buddeberg u. a. (1993)

wie Mimik, Gestik, durch ihr Auftreten, ihre Zuwendung und Aufmerksamkeit und indem sie nicht so reagieren wie erwartet, erwünscht oder befürchtet. Allein schon verständnisvolles Zuhören führt zu einer Entlastung. Die Bekundung von Interesse und Ermutigung kann außerdem als Stütze und Hilfe erlebt werden.

Ärztliches Handeln und Betreuung durch Psychologen erfordern eine basale Beratungskompetenz und schließen diese ein. Das ist mehr und etwas grundsätzlich anderes als die Anwendung einer »Psychologie des gesunden Menschenverstandes«. Sie ist eine professionelle Haltung, die auf der kundigen Handhabung der therapeutischen Beziehung beruht: Es geht darum, die speziellen Lebensumstände zu erkennen, Möglichkeiten zu schaffen, Gefühle über Befindlichkeiten, Sorgen und Probleme zu äußern, und Hilfen zu geben, sie zu verarbeiten.

Diese *psychologische Basisfunktion* gehört zur Grundausbildung der Ärzte und Psychologen. Sie wird an den Universitäten in verschiedener Weise vermittelt:

- in *Deutschland* für Medizinstudenten vor allem in der vorklinischen Medizinpsychologie⁴⁶⁷ und im klinischen Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychologen in der Klinischen Psychologie,
- in *Österreich* in der Medizinischen Psychologie⁴⁶⁸,
- in der *Schweiz* in der Psychosozialen Medizin⁴⁶⁹ und in der Psychologie.

Eine Vielzahl von Untersuchungen hat das Erfahrungswissen belegt, dass psychosoziale Faktoren den Verlauf von Krankheiten mitbestimmen. Die patientenzentrierte Handhabung der Beziehung zwischen Patienten und Ärzten, klinischen Psychologen, medizinischem Personal und Institution spielt dabei

eine maßgebliche Rolle.⁴⁷⁰ Sie nimmt Einfluss auf das Befinden und die Krankheitsverarbeitung. Der Umgang mit Patienten, d.h. die psychologische Führung, ist neben der medizinischen Intervention ein wesentlicher kurativer Faktor. Das gilt für alle Arten von Erkrankungen und nicht nur für psychosomatische.

Erfahrungen und empirische Untersuchungen⁴⁷¹ zeigen, dass die Aufspaltung von medizinischen Behandlungen in einen körperlichen (naturwissenschaftlichen) und einen seelischen (psychologischen) Anteil in aller Regel mehr Nachteile als Vorteile mit sich bringt. Inzwischen sind die psychologischen Fragestellungen in der Medizin aber so mannigfach und komplex, dass sie ohne spezialisiertes Wissen nicht mehr gelöst werden können. Auch sind die psychotherapeutischen Ansätze und Verfahren viel zu differenziert, als dass man sie ohne eine qualifizierte Ausbildung kompetent beherrschen könnte. Deshalb lässt sich eine Spezialisierung in der Praxis nicht vermeiden; sie ist eine unvermeidliche Folge der Weiterentwicklung der Medizin.

15.3.2 Die psychotherapeutisch-psychosomatische Grundversorgung⁴⁷²

Die psychosomatisch-psychotherapeutische **Grundversorgung** ist eine allgemeine Psychotherapie als Primärversorgung. Sie ist in Abgrenzung von der speziellen Psychotherapie eine *psychosoziale Basistherapie* und das Zwischenglied zwischen ärztlicher oder psychologischer Beratung und Fachpsychotherapie. Sie liegt überwiegend in der Hand von somatisch tätigen Ärzten, die sich dafür besonders fortgebildet haben.

467 Enke u. a. (1973), Pöppel u. Bullinger (1990)

468 Frischenschlager u. a. (1995)

469 Heim u. Willi (1982)

470 Balint (1957)

471 Übersicht bei Köhle u. Joraschky (1990)

472 Tress (1994)

In typischen Hausarztpraxen leidet rund ein Fünftel bis ein Viertel der Patienten unter Erkrankungen, an denen seelische Krankheitsfaktoren maßgeblich beteiligt sind.⁴⁷³ Diese Praxen haben die wichtige Aufgabe der Früherkennung, der Primärbehandlung und die Vermittlungsfunktion hin zu einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung durch den Fachpsychotherapeuten (▼ Übersicht).

Aufgabenfelder

Praktisch handelt es sich bei der Behandlung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung um drei Aufgaben:

- Behandlung von Patienten mit leichten, zumeist *reaktiven Störungen*, die nicht unbedingt ein aufwendiges psychotherapeutisches Spezialverfahren brauchen;
- Versorgung von Patienten, bei denen aufgrund mehrfacher vergeblicher psychotherapeutischer Vorbehandlungen, der *Chronizität der Störung und der Folgeerscheinungen* (Rückzug, Abhängigkeit usw.) oder aufgrund ihrer Persönlichkeit intensive Psychotherapie nicht (mehr) in Frage kommt;
- Unterstützung der Krankheitsbewältigung bei Patienten mit *somatopsychischen Anpassungsstörungen* im ambulanten Bereich (► Kap. 20.1).

Arbeitsschwerpunkte der psychosomatischen Grundversorgung

- *Diagnostik* von Krankheiten unter dem Aspekt, dass körperliche, seelische und soziale Faktoren zum Krankheitsgeschehen beitragen (► Kap. 5.1)
- *Indikationsstellung* mit der grundsätzlichen Entscheidung, ob der Behandlungsschwerpunkt bei somatischen, bei psychologischen oder bei kombinierten Verfahren liegen soll
- *Psychotherapeutische Basisbehandlung* durch konfliktzentrierte, stützende oder übende Verfahren
- *Prophylaxe* seelischer und psychosozialer Störungen durch Beratung von Patienten und Angehörigen in Hinblick auf ein Risiko- und Gesundheitsverhalten (► Kap. 1.2)
- *Motivierung und Überweisung* der Patienten, damit sie gegebenenfalls eine angemessene weitergehende Behandlung in Anspruch nehmen (► Kap. 5.1)

Besonders wichtig ist es im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, das Ausmaß einer Störung richtig einzuschätzen. Davon hängt die Indikation für das weitere Vorgehen ab. Einerseits gibt es eine große Zahl von Patienten, denen mit den psychotherapeutischen Möglichkeiten eines psychosomatisch engagierten Hausarztes gut und angemessen geholfen werden kann. Sie brauchen die psychotherapeutische Unterstützung

häufig nur bei besonderen Belastungen und in Schwellensituationen. Andererseits besteht die Gefahr, die Schwere einer Pathologie zu unterschätzen und psychisch bedingtes Leiden durch Verzögerung notwendiger fachspezifischer Hilfen zu verlängern oder gar zu chronifizieren. Dies gilt besonders für unsachgemäße Dauerbehandlungen mit Psychopharmaka ohne angemessene gleichzeitige psychotherapeutische Intervention.

473 S3 Leitlinie zu Funktionellen Störungen (2018). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001_l_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf (Zugriff am 15.08.2019)

21 Prozent nach Zintl-Wiegand u. a. (1978), berechnet für die Stadtbevölkerung in Mannheim; 23 Prozent nach Dilling u. a. (1984), berechnet für die Landbevölkerung im Kreis Traunstein

Behandlung

Die Behandlung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist die *allgemeine Psychotherapie*. Sie umfasst

- kurzzeitig psychotherapeutische Gespräche, die konfliktzentriert oder verhaltensorientiert ausgerichtet sein können,
- längerfristig stützend-haltgebende Behandlung und Beratung
- sowie unterstützende Verfahren wie Suggestion, Hypnose und Autogenes Training, zumeist als Ergänzung.

Im *psychotherapeutischen Gespräch* steht die aktuelle Krankheitssituation der Patienten im Vordergrund. Durch Klärung und Kommentierung der krankheitsauslösenden Situation kann Einsicht in Konflikte vermittelt werden, welche die unbewusste Basis einer Krankheit ausmachen. Durch Beratung und Führung können Veränderungen des krankheitsrelevanten Verhaltens erzielt werden. Es können auch Angehörige und Partner hinzugezogen werden, um die Bewältigungsmöglichkeiten zu fördern.

Bei der *stützenden Psychotherapie* (► Kap. 20.1), die insbesondere zur langfristigen Betreuung chronisch psychisch und körperlich Kranker angewandt wird, stehen gezielte Beratungen in Bezug auf die Lebensgestaltung, suggestive und ermutigende Interventionen im Vordergrund. Dabei wird die berufliche Autorität im Rahmen einer verlässlichen, reflektierten Patient-Therapeut-Beziehung genutzt, um Einfluss auf das Krankheits- und Gesundheitsverhalten zu nehmen, aber auch auf Beziehungen oder auf das Verhalten im Beruf und in der Freizeit.

Als *übendes Verfahren* findet vor allem das Autogene Training (► Kap. 20.3.2) mit anschließender Nachbesprechung Anwendung.

15.3.3 Ambulante Fachpsychotherapie

Seit den 1950er Jahren hat sich in den deutschsprachigen Ländern ein dichtes psychotherapeutisches Versorgungsnetz entwickelt. Es wurde – zumindest in Deutschland aufgrund der Psychotherapierichtlinie – zuerst fast ausschließlich von analytischen Psychotherapeuten getragen. Seit den siebziger Jahren kamen Verhaltenstherapeuten hinzu. Heute ist der Anteil der beiden Fachgruppen etwa gleich groß. In Österreich und in der Schweiz sind auch andere psychotherapeutische Verfahren wie Gesprächstherapie, systemische Therapie, Bioenergetik und Gestalttherapie in der Versorgung etabliert.

Die in der ambulanten Psychotherapie verwandten Methoden und Verfahren werden in den nachfolgenden Kapiteln ausführlich dargestellt. Organisationsform und Ausbildung wurden im Kapitel 15.2 geschildert (► Kap. 15.2).

Eine Besonderheit sind in Deutschland die *Psychotherapierichtlinie und -vereinbarungen*, die die Anwendung von psychoanalytischer und Verhaltenstherapie in der ambulanten Versorgung seit 1967 regeln. Sie gelten für die gesetzlichen Krankenkassen, sind aber auch bei Privatpatienten zum Standard geworden. Danach werden die Behandlungskosten in einem definierten Umfang von den Kostenträgern finanziert, sofern in einer Begutachtung die Indikation und ausreichende Prognose bestätigt worden ist (Gutachterverfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Behandlung).

Richtlinienpsychotherapie⁴⁷⁴

Die Psychotherapierichtlinie beschreibt – neben der Verhaltenstherapie, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen wird – zwei psychoanalytische Verfahren:

474 Rüger u. a. (2014)

- Die *tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (TP) (► Kap. 17.3.1): Sie ist eine mittelfristige, niederfrequente Behandlung mit 50 bis 100 Sitzungen. Sie ist im Wesentlichen auf die psychosoziale Auslösesituation einer Störung ausgerichtet und untersucht darin wirksame aktuelle Konflikte oder strukturelle Störungen. Sie umfasst heute in Deutschland mehr als 90 Prozent der psychoanalytisch begründeten Behandlungen in der kassenfinanzierten ambulanten Versorgung.
- Die *analytische Psychotherapie* (AP) (► Kap. 17.2): Sie ist längerfristig angelegt (160 bis 300 Sitzungen), findet höherfrequent mit zwei oder drei Wochenstunden statt und ist auf die Bearbeitung neurotischer Erlebnis- und Verhaltensmuster (»Per-

sönlichkeitsstruktur«) ausgerichtet. Dabei werden regressive und Übertragungsprozesse besonders genutzt. Bei stärker ausgeprägten strukturellen Defiziten wird die Behandlung strukturorientiert modifiziert.

Beide Verfahren sind als Einzel- und als Gruppentherapie von Erwachsenen sowie als Therapie von Kindern und Jugendlichen leistungspflichtig. Für Paar- und Familientherapie besteht hingegen keine Leistungspflicht.

Im Jahre 2009 wurden im Rahmen der gutachtenpflichtigen Richtlinienpsychotherapie in Deutschland rund 170.000 tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien von Erwachsenen neu begonnen. Zum Vergleich: In der gutachtenpflichtigen Verhaltenstherapie waren es 150.000 Fälle.⁴⁷⁵

15.4 Psychotherapie in Institutionen

In medizinischen Institutionen gibt es verschiedene Organisationsformen der psychotherapeutischen Versorgung. Ihre Aufgaben und Zielsetzung unterscheiden sich erheblich. Welche Form der Versorgung sich in einzelnen Einrichtungen etabliert hat, hängt meistens von institutionellen und traditionellen Gegebenheiten und weniger von fachlichen Voraussetzungen ab (▼ Übersicht).

Außerhalb von Universitätskliniken sind psychotherapeutisch-psychosomatische Dienste in der Organmedizin relativ selten. Obwohl in den letzten 25 Jahren ein Zuwachs zu verzeichnen ist, liegt der Versorgungsstand mit psychosomatisch ausgestatteten Krankenhäusern in Deutschland noch immer deutlich hinter dem nordame-

rikanischer und anderer europäischer Länder zurück. Häufig werden psychosomatische Fragestellungen bei uns von psychiatrischen Abteilungen oder Konsiliarärzten mitbearbeitet.

An den Universitätskliniken bestehen hingegen psychosomatisch-psychotherapeutische Fachabteilungen, die ihren Schwerpunkt je nach örtlicher Tradition im Bereich der poliklinischen Diagnostik, Beratung und Behandlung haben, im Konsiliardienst oder in der stationären Psychotherapie mit eigenen Bettenstationen. Angesichts der umfassenden Aufgaben in der Krankenversorgung, in Forschung und Lehre ist anzustreben, dass jede Fachabteilung so ausgestattet wird, dass sie Aufgaben in allen drei Bereichen gerecht werden kann.

475 Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

Organisationsformen der psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in Institutionen

- **Poliklinische Fachabteilungen**
Ambulanzen, zumeist verbunden mit Konsiliardiensten
- **Psychosomatisch-psychotherapeutische Konsiliardienste**
Sie werden zumeist von psychosomatischen Fachabteilungen der Kliniken unterhalten.
- **Psychosomatische Liaisondienste**
Sie bestehen in der Mitarbeit von Psychotherapeuten als integrierte Mitglieder von Behandlungsteams auf organmedizinischen Stationen, wo sie spezielle Aufgaben wahrnehmen.
- **Teilstationäre Fachabteilungen (Tageskliniken)**
Einrichtungen zumeist als Teil von Kliniken
- **Stationäre Fachabteilungen (Fachklinik, -station)**
Bettenführende klinische Einrichtungen als selbstständige Kliniken oder Teil von Kliniken

15.4.1 Poliklinische Fachabteilungen

Die ersten psychotherapeutischen Polikliniken waren private psychoanalytische Ambulatorien, die um 1920 in Berlin und in Wien eingerichtet wurden, und die psychotherapeutische Poliklinik an der Psychiatrischen Klinik in Wien. Direkt nach dem Zweiten Weltkrieg wurde in Berlin eine Psychotherapie-Poliklinik für die damalige staatliche Krankenversicherung eingerichtet. Bald darauf entstand an der Universität München die erste universitäre Einrichtung dieser Art in Deutschland. In Österreich entstanden Lehrstühle für Psychotherapie mit entsprechenden Ambulanzen zuerst in Wien und Salzburg. In der Schweiz war und ist die Psychotherapie in die psychiatrischen Dienste integriert; spezielle Abteilungen für Psychosomatische Medizin entstanden dort zuerst in Zürich und Lausanne.

Arbeitsweise

Psychosomatisch-psychotherapeutische Polikliniken arbeiten schwerpunktmäßig in der

Diagnostik, Indikationsstellung und Therapievermittlung. Die Patienten werden aufgrund von Verdachtsdiagnosen von niedergelassenen Ärzten oder von anderen Kliniken überwiesen. Hinzu kommen psychotherapeutische Behandlungen, vor allem Kriseninterventionen, Kurz- und Fokalthérapien, Paar- und Familienbehandlungen. Während diese Behandlungen vom zeitlichen Umfang her begrenzt sind, kommen Langzeitbehandlungen in der Poliklinik meistens nicht in Frage. Für jene Patienten, bei denen Langzeitbehandlungen angezeigt sind, arbeitet die Poliklinik als Vermittler und überweist sie nach Klärung und Beratung an niedergelassene Psychotherapeuten weiter. Neben dieser poliklinischen Tätigkeit im eigentlichen Sinne unterhalten viele Polikliniken Konsiliardienste in den somatischen Kliniken, denen sie angeschlossen sind.

15.4.2 Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik

Psychotherapeuten stehen bei ihrer Mitarbeit in medizinischen Kliniken und Abteilungen vor zwei Aufgaben:

- *Patientenzentriert* besteht die Aufgabe in der Klärung und Handhabung seelischer Probleme bei somatisch Kranken und in der Differenzialdiagnostik und Weitervermittlung von Patienten mit psychogenen Erkrankungen, die zunächst – oft mit unklaren Diagnosen – in somatische Kliniken aufgenommen werden.
- *Personalzentriert* kommt oft die Aufgabe hinzu, Ärzte und Pflegepersonal beim Umgang mit schwierigen Patienten zu beraten. Ziel dieser Arbeit ist die Erhöhung der psychologischen Basiskompetenz der Ärzte und Behandlungsteams. Der Psychotherapeut betrachtet dabei nicht nur die psychosozialen Aspekte der Krankheit der Patienten. Vorrangig befasst er sich mit den interpersonellen Problemen und der Gruppendynamik, die in der Beziehung der Ärzte bzw. Behandlungsteams zu den betroffenen Patienten auftreten und diese als »Problemfälle« erscheinen lassen.

Im Laufe der Jahre haben sich für die Wahrnehmung dieser Aufgaben zwei Modelle entwickelt, der Konsiliardienst und der Liaisondienst.⁴⁷⁶ Sie unterscheiden sich bezüglich der Art der Kooperation zwischen Psychotherapeut und medizinischem Team.

15.4.2.1 Der psychosomatische Konsiliardienst

Der **psychosomatische Konsiliardienst** wird auf spezielle Anforderung tätig und arbeitet vornehmlich *patientenzentriert* im Bereich der Diagnostik, Indikationsstellung, Krisenintervention, Kurzbehandlung und Weiterüberweisung zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung.

Der Vorteil dieser Arbeit besteht darin, dass ein Konsiliarius mehrere Stationen betreuen kann. Der Nachteil ist, dass seine relativ geringe Präsenz auf den Stationen zu Schwierigkeiten in der Kommunikation führen kann. Dadurch können Probleme der Akzeptanz entstehen, die dazu führen, dass seine Tätigkeit nicht mehr im möglichen Umfang in Anspruch genommen wird oder dass Patienten zugewiesen werden, bei denen gar keine »psychosomatische« Fragestellung besteht, sondern die auf Station lästig und unbequem geworden sind.

Voraussetzungen für effiziente Konsiliararbeit

Die Effizienz der psychosomatischen Konsiliartätigkeit erfordert die Beachtung mehrerer Voraussetzungen:

Institutionalisierung der Präsenz: Die Präsenz des Konsiliarius sollte institutionalisiert sein. Dazu bietet sich die Beteiligung an einer Stationsbesprechung oder Visite an. Ein kooperatives Klima ist für ein Gelingen der Zusammenarbeit unverzichtbar und lässt sich durch regelmäßige persönliche Begegnungen fördern.

Vorbereitung der Untersuchung: Die Konsiliaruntersuchung muss vom Arzt, der die Untersuchung veranlasst, im Gespräch mit dem Patienten vorbereitet sein. Der Patient muss wissen, aus welchem Grund und zu welchem Zweck der Psychosomatiker hinzugezogen wird. Es muss besonders beachtet und besprochen werden, ob die Hinzuziehung des Psychosomatikers vom Kranken ggf. als Kränkung und Diskreditierung erlebt wird. Der bloße Ausschluss körperlicher Krankheitsursachen wird den Patienten im Allgemeinen nicht ausreichend zur Mitarbeit bei der psychotherapeutischen Untersuchung motivieren. Hingegen kann eine angemessene Simultandiagnostik im ärztlichen Unter-

⁴⁷⁶ Köhle u. Joraschky (1990)

suchungsgespräch (► Kap. 5.1) die Klärung einer berechtigten Verdachtsdiagnose erleichtern. Nachuntersuchungen⁴⁷⁷ haben ergeben, dass eine angemessene Vorbereitung auf die Konsiliaruntersuchung der entscheidende Faktor für die Zufriedenheit des Patienten mit dem Untersuchungsgespräch ist.

Erklärung des Untersuchungsergebnisses: Das Untersuchungsergebnis muss dem zuweisenden Arzt (und ggf. dem Pflegepersonal!) erläutert werden, sonst bleibt es ohne Konsequenzen für einen patientenzentrierten Umgang mit der Erkrankung. Psychotherapeutische Indikationen werden im Allgemeinen nicht realisiert, wenn sich der psychosomatische Patient oder der psychisch belastete, chronisch kranke oder schwerkranke Patient durch die Indikation abgeschoben und zum »Psycho-Fall« gestempelt fühlt. Insofern ist eine Psychotherapieindikation ohne Akzeptanz und Unterstützung durch die Ärzte und das Pflegepersonal ineffektiv.

15.4.2.2 Der psychosomatische Liaisondienst

Der **psychosomatische Liaisondienst** ist eine Einrichtung, bei der der Psychosomatiker fest als Mitglied in ein medizinisches Behandlungsteam eingebunden ist. Seine Tätigkeit ist schwerpunktmäßig *teamorientiert* und in den Ablauf der Station eingebunden.

Ähnlich wie der Konsiliarius untersucht und berät der Psychosomatiker im Liaisondienst direkt einzelne Patienten. Darüber hinaus liegt aber der Schwerpunkt seiner Arbeit bei der Beratung der zuständigen Ärzte und des Pflegepersonals bezüglich des psychologischen Umgangs mit den Patienten. Im Idealfall übernehmen diese die psychologische

Betreuung, während der Liaisonarzt sich auf die Klärung der interpersonellen Probleme und der psychologischen Vorgänge beschränkt, die im Verlauf der Betreuung zu Tage treten. Dazu finden regelmäßige Besprechungen statt, die sich mit der psychologischen Situation der Patienten und mit Problemen des Behandlungsteams in Hinblick auf die Führung von Patienten befassen, aber auch in Hinblick auf die Dynamik unter den Teammitgliedern.

Das Liaisonmodell findet insbesondere in medizinischen Spezialeinheiten wie Intensivstationen, Dialysestationen und Krebsstationen Anwendung. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, in denen Patienten und Personal besonders starken psychischen Belastungen ausgesetzt sind und in denen die Beziehungen zu den Patienten als besonders belastend erlebt werden. In diesem Feld verschiebt sich die Aufgabe des Psychosomatikers immer stärker von der Arbeit mit einzelnen Patienten hin zur psychologischen Unterstützung des Behandlungsteams.

Die enge Integration im Liaisonmodell trägt dazu bei, dass die Schwelle zwischen organischer und psychologischer Medizin gesenkt wird. Das zeigt sich in einer deutlich höheren Inanspruchnahme im Vergleich zum Konsiliarmodell. Der entscheidende Vorteil liegt aber darin, dass psychologische Probleme bei allen Patienten von Anfang an berücksichtigt und in die laufende Arbeit integriert werden können und dass Probleme im Team kontinuierlich beobachtet und geklärt werden. Dadurch erwirbt das Team auf Dauer eine hohe psychologische Kompetenz. Außerdem entfallen die beim Konsiliardienst auftretenden Nachteile einer Selektion der Patienten für die psychotherapeutische Untersuchung.

Dennoch erweist sich das Modell an vielen Orten als weniger effektiv als man von der Konzeption her annehmen könnte. Die Ursache dafür sind die emotionalen Probleme im Team, die sich aus der andauernden Beschäftigung mit innerseelischen Konflikten und

477 Übersicht bei Köhle u. Joraschky (1990)

interpersonellen Spannungen entwickeln können. Außerdem erfordert das Modell eine ungewöhnlich hohe Motivation auf Seiten aller Beteiligten, sich mit interaktionellen Aspekten in der Medizin zu beschäftigen.

Integrierte Psychosomatische Medizin

In Deutschland hat die Entwicklung der Liaison-Psychosomatik im Modell der integrierten Psychosomatischen Medizin⁴⁷⁸ ihren Höhepunkt gefunden. Sie hebt darauf ab, dass der einzelne klinisch tätige Arzt psychosomatische und organmedizinische Krankheitsaspekte seines Fachgebietes in seiner Tätigkeit zusammenfasst und vereint. Das setzt eine gleichermaßen hohe Qualifikation in beiden Arbeitsansätzen voraus, in der Regel also eine psychotherapeutische und eine somatische Fachausbildung.

Noch weiter geht der integrative Ansatz bei den *klinisch-psychosomatischen Krankenstationen*⁴⁷⁹, in denen die Verknüpfung der körperlichen und psychologischen Krankheitsdimension vom gesamten Behandlungsteam geleistet wird. Die psychologische Tätigkeit von Schwestern und Pflegeern und der psychologische Aspekt von Visitingesprächen werden dabei besonders gepflegt. Gegenüber den stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen (s. unten) besteht der Unterschied vor allem darin, dass der psychosomatische Ansatz bei der Behandlung aller Arten von Krankheiten, vor allem auch bei schweren körperlichen Krankheiten, zum Tragen kommt, während psychosomatische Fachabteilungen überwiegend Patienten mit psychischen und somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomaten behandeln.

15.4.3 Stationäre und teilstationäre Psychotherapie

Die **stationäre und teilstationäre Psychotherapie**⁴⁸⁰ verknüpft die Wirkungen eines speziellen psychotherapeutischen Milieus mit der Möglichkeit, mehrere Psychotherapieverfahren zu kombinieren. Sie eignet sich besonders für Patienten mit seelisch bedingten bzw. mitbedingten Störungen, deren ambulante Behandlungen prognostisch wegen Art, Schwere oder Chronizität der Erkrankung nicht möglich sind oder nicht genügend aussichtsreich erscheinen.

Der bei Weitem größte Anteil an psychotherapeutischen Fachbehandlungen in Institutionen entfällt auf psychotherapeutisch-psychosomatische *Fachkliniken*, die inzwischen an vielen Orten entstanden sind. Die ersten dieser Kliniken wurden in den 1920er Jahren von Georg Groddeck in Baden-Baden und von Ernst Simmel in Tegel bei Berlin eingerichtet. Die erste Tagesklinik entstand 1933 in Moskau, gefolgt von weiteren in London und Montreal. Nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden Fachkliniken zuerst in Lübeck (Friedrich Curtius), Berlin (Heinz Wiegmann), in Tiefenbrunn bei Göttingen (Gottfried Kühnel) und auf Betreiben von Alexander Mitscherlich an der Universität Heidelberg. 1995 gab es in Deutschland mehr als 100 Fachkliniken mit mehr als 8.000 Behandlungsplätzen. Inzwischen ist die Zahl aufgrund der Gesundheitsreformen zurückgegangen.

Auch in der Schweiz und in Österreich bestehen psychosomatische Kliniken und Sanatorien. Die Aufgaben der stationären Ver-

478 v. Uexküll (1981), Herzog (2003)

479 Hahn u. a. (1975)

480 Beese (1978), Janssen (1987), Schepank u. Tress (1988), Hölzer u. a. (2018)

sorgung werden teilweise auch von psychiatrischen Einrichtungen mit übernommen.

Ursprünglich wurden die Psychotherapiekliniken in den 1950er und 1960er Jahren eingerichtet, um die damals noch völlig unzureichende ambulante Versorgungslage zu verbessern. Patienten wurden stationär behandelt, weil keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten in ihrer Region verfügbar waren. Inzwischen hat sich die Zahl der niedergelassenen Fachpsychotherapeuten erheblich vergrößert. Die Behandlung von psychogenen Störungen ist vornehmlich die Aufgabe der ambulanten Versorgung. Dabei findet in der Regel ein einziges Behandlungsverfahren über einen bestimmten, zumeist längeren Zeitraum Anwendung, während die Patienten in ihrer gewohnten Lebens- und Arbeitswelt bleiben.

In bestimmten Fällen kann es nützlich sein, Patienten für einen begrenzten Zeitraum aus konflikthafter täglichen Beziehungen in der Familie und am Arbeitsplatz herauszunehmen und im eigens dazu geschaffenen therapeutischen Milieu einer Fachabteilung stationär zu behandeln. Diesem Ziel dienen auch *psychosomatische Tageskliniken*, die im letzten Jahrzehnt in größerer Zahl eingerichtet wurden. Sie verbinden das therapeutische Milieu einer Institution und die Methodenvielfalt mit dem Vorteil, dass die Patienten nicht völlig aus ihrem gewohnten Umfeld herausgenommen werden. Die Regression, die mit klinischen Behandlungen verbunden ist, kann dadurch begrenzt werden. Grundsätzlich unterscheiden sie sich in ihrer Konzeption aber nicht von vollstationären Kliniken.

Eine besondere Modifikation stellen psychosomatische *Rehabilitationskliniken*⁴⁸¹ dar, die seit den 1960er Jahren in größerer Zahl entstanden. Sie gehen konzeptionell auf die traditionellen Kurkliniken zurück, die auf Berentungsprobleme ausgerichtet waren, erweitern deren Behandlungsspektrum aber um

begleitende psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche sowie um nonverbale Verfahren. Inzwischen haben sich daraus hochspezialisierte Fachkliniken entwickelt, die auf spezielle Indikationen wie posttraumatische Störungen oder Essstörungen spezialisiert sind.

Konzepte

Das Wesensmerkmal der stationären und teilstationären Psychotherapie ist das Zusammenwirken des therapeutischen Stationsmilieus mit verschiedenen, aufeinander abgestimmten Verfahren der Psychotherapie. Dabei orientiert das Gesamtkonzept sich an einer der führenden psychotherapeutischen Methoden:

- *Die psychoanalytisch orientierte Klinikbehandlung* zentriert auf die Psychodynamik der Störungen. Dabei nutzt sie die Station als Feld für die Inszenierung multipler Übertragungen und als sozialen Übungsraum. Neben strukturierenden, haltgebenden und übenden Maßnahmen steht die Bearbeitung der unbewussten Hintergründe der Störung, d. h. der aktuellen Beeinträchtigungen, psychosozialen Probleme und Alltagsbeziehungen der Patienten im Zentrum der Behandlung. Es handelt sich dabei um eine Anwendung des psychodynamischen Ansatzes im sozialen Raum der Station.
- *Die verhaltenstherapeutische Behandlung* konzipiert den Klinikaufenthalt unter dem Aspekt der Kombination verschiedener vornehmlich verhaltenstherapeutischer Interventionen, die in dieser Intensität ambulant nicht möglich ist, und nutzt die Klinik und Tagesklinik zugleich als Übungsfeld für das Training sozialer Kompetenz.

Behandlungsverfahren

Unabhängig vom Grundkonzept finden in der stationären und teilstationären Psychotherapie regelmäßig mehrere Behandlungsverfahren in Kombination Anwendung. Dabei bedienen sich psychoanalytisch konzipier-

481 Mentzel (1981)

te Einrichtungen durchaus auch verhaltenstherapeutischer Verfahren und umgekehrt.

Behandlungsverfahren in der stationären und teilstationären Psychotherapie

- Psychotherapeutische Einzelgespräche
- Gruppenpsychotherapie (► Kap. 18)
- Hinzuziehung von Angehörigen bzw. Partnern zum familientherapeutischen Gespräch
- Erlebnistherapie (»Ergotherapie«): Bewegungs-, Mal- und Gestaltungs- sowie Musiktherapie (► Kap. 18.3.2)
- Verhaltenstraining
- Entspannungsverfahren (► Kap. 20.3)
- Traumatherapeutische Verfahren (► Kap. 7.5)
- Sozialtherapie: Beratung und Übungsgruppen
- Spezialverfahren wie Psychodrama, Katathym-Imaginative Psychotherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie (► Kap. 18.3.2)
- Therapeutische Visitengespräche
- Pflegerische Betreuungsgespräche

Die Kombination mehrerer Verfahren (▲ Übersicht) bietet verschiedene Vorteile:

- Bei Patienten mit einer chronifizierten *Konfliktpathologie* kann man damit im zeitlichen Rahmen von mehreren Wochen eine Auflockerung rigider Abwehrstrukturen und Verhaltensschemata erreichen und einen Zugang zu Hintergrundkonflikten ihrer Störungen eröffnen.
- Bei Patienten mit einer *Entwicklungs-pathologie* wirkt das stationäre Milieu stützend und haltgebend und bietet einen Rahmen für die Bearbeitung von Strukturdefiziten, die dort zum Tragen kommen, und zugleich Hilfestellungen bei der Einübung neuer Verhaltensmuster. Die Gefahr liegt für diese Patienten in einer Überstimula-

tion, auf die sie mit einer unerwünschten Regression reagieren, sodass die Rückkehr in den Alltag erschwert werden kann oder andere Komplikationen wie Suizidgefahr, körperliche Dekompensation oder psychotische Episoden auftreten.

- Bei Patienten mit *posttraumatischen Störungen* bietet die Institution den notwendigen Schutz, um eine Wiederbelebung und Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen in der Traumaexposition (► Kap. 7.5.4) zu gestatten. Das geschieht am besten im Rahmen von Intervallbehandlungen. So kann eine Überlastung durch Traumaeinprägungen, Intrusionen und Dissoziationen verringert werden. Die Durcharbeitung der Traumafolgen ist zumeist Aufgabe einer vorbereitenden und anschließenden ambulanten Therapie im Intervall zwischen den klinischen Behandlungsepisoden.

In Deutschland kommt als pragmatisches Argument für die Indikation hinzu, dass die spezifische Traumatherapie derzeit im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht leistungspflichtig ist.⁴⁸²

Therapeutische Strategien

Das spezielle psychotherapeutische Stationsmilieu entwickelt sich durch mehrere Faktoren:

Die Sondersituation in der geschützten Institution: Die Aufnahme bedeutet einen Eingriff in das Konfliktfeld. Die Distanz bewirkt zunächst eine Befreiung, aktiviert aber auch Trennungsängste sowie Ängste in der neuen Umgebung. Die Institution bietet einen nach außen geschützten Raum mit einem Schonklima, fordert aber auch Anpassung gegenüber Mitpatienten und an Vorschriften.

Der therapeutische Raum: Der Patient ist Teilnehmer an mehreren Beziehungsfeldern,

482 Einzelne Elemente der Traumatherapie, z. B. das EMDR, können allerdings in eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie integriert werden. Das EMDR (► Kap. 7.5.4) kann als ambulante Leistung abgerechnet werden.

die sich z. T. überschneiden: Mitglied der therapeutischen Gemeinschaft, welche von Patienten, Ärzten, Pflegepersonal und Institutionsleitung gebildet wird; Mitglied der Patientengruppe der Station; Mitglied von Untergruppen, die zu therapeutischen Zwecken zusammengestellt werden; Mitglied einer Zimmergemeinschaft; schließlich Partner in Zweierbeziehungen, die

zu Therapeuten, Pflegekräften und Mitpatienten entstehen. So wird er in ein gruppendynamisches Gefüge eingebunden, das als Hintergrundszene dienen kann, um neurotische und aktuelle psychosoziale Konflikte und strukturelle Defizite unmittelbar in den Beziehungen in Erscheinung treten zu lassen und sie dadurch der Bearbeitung zugänglich zu machen.

Spezifische Indikationen zur stationären und teilstationären Psychotherapie

- **Kriseninterventionen**

Akute psychische Krisen (Panikzustände, Suizidalität)

- **Symptombezogene Indikation**

- Straßen-, Fahr-, Brückenphobie, die den Weg zur ambulanten Psychotherapie erschweren
- Zwangsimpulse, die auf Angehörige ausgerichtet sind
- Schwere somatische Krankheitszustände, die eine medizinische Überwachung und Mitbehandlung erforderlich machen, z. B. bei Psychosomatosen und Essstörungen, insbesondere bei schwerer Anorexia nervosa

- **Milieu-Indikation (Entfernung aus einem entwicklungshemmenden Konfliktfeld)**

Patienten in aussichtslosen familiären Verstrickungen, z. B. bei aggressiv ausgetragenen Partnerschaftskrisen, familienneurotischen Verklammerungen oder bei Alkoholismus, Kriminalität und aggressiven Verhaltensstörungen in der Familie. Das häusliche Konfliktfeld darf dabei aber auf Dauer nicht ausgegrenzt bleiben, sondern muss durch familientherapeutische Interventionen mit einbezogen werden.

- **Strukturorientierte Indikation**⁴⁸³

- *Bei Konfliktpathologie:* Patienten mit chronifizierten, mehrfach vergeblich ambulant behandelten Störungen, insbesondere wenn die Folgen besondere Maßnahmen erforderlich machen (z. B. soziale Maßnahmen bei Arbeitslosigkeit, Kontrolle bei Abhängigkeitsentwicklung)
- *Bei Entwicklungspathologie:* Schaffung eines Entwicklungs- und Übungsraumes, speziell für Patienten, die in Konfliktsituationen zu Impulshandlungen (Alkohol- und Tablettenmissbrauch, Selbstbeschädigung, Weglaufen) neigen und kein stabiles therapeutisches Arbeitsbündnis aufrechterhalten können
- *Bei Traumapathologie:* Bearbeitung spezifischer Taumatisierungen (z. B. sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte) mit traumaspezifischen Verfahren, welche einen besonderen Schutzraum erfordern und im Übrigen in der ambulanten Versorgung nur begrenzt finanziert werden.

- **Behandlungsversuche und Behandlungseinleitungen**

- Patienten mit unzureichender Motivation für eine ambulante Psychotherapie
- Patienten mit somatoformen Störungen, bei denen die Vorstellung, körperlich krank zu sein, den Zugang zu den seelischen Konflikthintergründen versperrt

483 Lohmer (1988)

Das therapeutische Prinzip: Es besteht darin, die Konflikte und Verhaltensmuster, die durch die Sondersituation in der Institution, durch die Gruppensituation und durch Behandlungsverfahren in Erscheinung treten, und die damit verknüpften Abwehr- und Bewältigungsstrategien für einen Entwicklungsprozess der Patienten nutzbar zu machen.⁴⁸⁴ Einerseits kommt es darauf an, die konfliktbedingten pathologischen Abwehrprozesse bzw. Verhaltensmuster zu mäßigen, andererseits neue Entwicklungsmöglichkeiten anzustoßen. In der psychoanalytisch orientierten Behandlung steht bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation die Unterstützung reiferer Bewältigungsformen im Vordergrund, bei Patienten mit einem höheren Strukturniveau die Aufdeckung unverarbeiteter Trieb- und Beziehungskonflikte.

Indikationen

Der Indikationskatalog (▲ Übersicht) lässt erkennen, dass die stationäre Psychotherapie in den meisten Fällen eine Teilbehandlung ist. Sie ist nur so lange erforderlich wie

symptomatische, motivationale oder strukturelle Hindernisse bestehen, die eine ambulante Psychotherapie unmöglich machen. Wegen der Gefahr, dass Neurotiker sich durch den Rückzug in die Institution gern auch vor Konfrontationen mit den Anforderungen und Belastungen der Außenwelt schützen, ist die Klinikbehandlung auch nicht länger als unbedingt erforderlich vertretbar. Als erfolgreich kann eine stationäre Psychotherapie im Allgemeinen betrachtet werden, wenn nach einigen Wochen oder wenigen Monaten der Übergang in eine ambulante Weiterbehandlung möglich wird. Indikationen zu langwährenden Behandlungen von bis zu einem Jahr oder darüber hinaus gelten heute – nicht nur aus finanziellen Gründen – als obsolet.

Zur Vertiefung empfohlene Literatur

Grundlagen der Psychotherapie: Frank JD (1962), Heigl F (1972), Meerwein F (1969), Rudolf G (1991)
Fragen der Versorgung: Janssen PL (1993), König K (1995), Schepank H u. Tress W (1988), Fritzsche K u. a. (2003), Hölzer M u. a. (2018), Jungclaussen I (2012/2018)

484 Ermann (1988)