

Symposium „Heilsame Begegnungen“ der Klinik Wittgenstein, Bad Berleburg 2.9.00

Zum Dialog zwischen Praxis und Klinik

Ein Beitrag zur Struktur- und Prozeßqualität der psychotherapeutischen Versorgung

Beatrice Piechotta

Als ich gefragt wurde, ob ich zu diesem Thema referieren möchte, dachte ich zunächst, dazu kann ich nicht viel sagen, mit Kliniken habe ich doch eigentlich fast keine Berührungspunkte. Ich wäre nicht unbedingt auf die Idee gekommen, mich als niedergelassene Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin *im Dialog* mit der stationären Psychotherapie zu fühlen. Das ist ja bereits ein auffälliger Befund, der nach meiner Erfahrung für viele, wenn auch sicher nicht für alle niedergelassenen Psychotherapeuten gilt.

Begegnungs- und Dialog-Stellen zwischen Praxis und Klinik

Als erstes fielen mir die zahlreichen Anrufe von Patienten ein: „Ich bin in Klinik XY, werde in 4 Wochen entlassen, und möchte dann die Therapie möglichst nahtlos fortsetzen.“ „Ich bin aus der Klinik entlassen und soll zweimal die Woche Analyse machen.“ „Mein Psychologe in der Klinik (der mir unbekannt ist B.P.) hat Sie ganz besonders empfohlen.“ „Ich habe Borderline und soll eine tiefenpsychologische Therapie machen.“

Meine Gefühle sind dann oft zwiespältig. Einerseits finde ich die Haltung, sich schon aus der Klinik heraus um die Weiterbehandlung zu kümmern, sehr vorausschauend, um das eigene Wohl aktiv bemüht, oder es reizt mich, jemanden in Behandlung zu nehmen, der schon gut auf ambulante Psychotherapie vorbereitet und dafür motiviert ist. Andererseits fühle ich mich in die Rolle gebracht, *nahtlose* Rundum-Versorgung zu gewährleisten, ich frage mich, wie man einen Prozeß mit ganz bestimmten Menschen, unter ganz bestimmten Umständen, woanders einfach so „fortsetzen“ kann, oder ich fühle mich in meinen Entscheidungsmöglichkeiten beeinträchtigt: Wie bringe ich einem Patienten bei, daß ich nach wenigen Vorgesprächen keine analytische Psychotherapie anbiete oder an einen anderen Therapeuten weiterverweise, nachdem doch der Therapeut in der Klinik ganz speziell dazu geraten hat. Ich frage mich also auch: Was wird diesen Patienten in der Klinik für eine Vorstellung von ambulanter Psychotherapie vermittelt?

Dann fielen mir auch eine ganze Reihe von eigenen Patienten ein, die, bevor sie zu mir kamen, in einer psychosomatischen/psychotherapeutischen Klinik gewesen sind, oder die ich in Kliniken geschickt habe. Ich möchte einige Negativ-Beispiele skizzieren, um damit Ansatzmöglichkeiten für Verbesserungen zu veranschaulichen:

Eine 42-jährige Pat. meldet sich bei mir, es ist ihr sehr dringend, sofort einen Therapieplatz zu bekommen. Sie sei 12 Wochen in einer psychosomatischen Klinik behandelt worden, weil sie schon zwei Umschulungen abbrechen mußte wegen heftiger Migräneattacken und Magenbeschwerden. Sie habe sich in der Klinik in einen Mitpatienten verliebt; die Therapeuten haben sie dabei unterstützt, ihre Angst vor Beziehungen zu bearbeiten; nach der Entlassung sei sie zu ihm gezogen, aber die Beziehung sei nach kurzer Zeit gescheitert. Nun sei sie völlig allein in einer fremden Stadt. Sie lebt in einer schwierigen sozialen Situation (Sozialhilfe), hofft auf die nächste Umschulung, befürchtet aber, die Umschulung wieder nicht durchzustehen. In der Klinik habe sie mit ihrer Therapeutin ihre Vergangenheit aufgearbeitet (Stasi-

Verfolgung in der DDR, Mißhandlung durch den alkoholabhängigen Ehemann), zu ihrem Problem mit den Umschulungen seien sie nicht mehr gekommen.

Ein 63-jähriger Patient wurde nach einem Suicidversuch stationär behandelt; ihm wurde in der Klinik eine ambulante Weiterbehandlung empfohlen. Er berichtet, der Oberarzt habe ihn aber gewarnt: Aufgrund seines Alters würde ihn wahrscheinlich kein Therapeut mehr nehmen, und eine Psychoanalyse sei sowieso nicht mehr möglich.

Eine junge Patientin mit Erythrophobie und Angstsymptomatik, durch die sie in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist, kommt mit dem Entlassungsbericht der psychotherapeutischen Klinik, in der sie behandelt wurde. Sie hat ihn von ihrem Hausarzt bekommen, mit den Worten: „Da sehen Sie, was Sie davon haben.“ In dem Entlassungsbericht werden ihre unbewußten inzestuösen ödipalen Phantasien in Bezug auf ihren Vater als eine der Ursachen für ihre Symptomatik angesprochen.

Ich habe psychotherapeutische Kollegen gefragt, welche Erfahrungen sie mit Kliniken haben, was verbessert werden könnte (und möchte mich an dieser Stelle herzlich für ihre Auskünfte bedanken.) Die Rückmeldungen beziehen sich auf folgende Bereiche: Psychotherapeutische Kliniken haben sehr unterschiedliche Konzepte, Behandlungsdauern von vier Wochen oder sechs Monaten, und das, was dort erreicht werden kann oder soll, variiert ebenfalls deutlich. Meine Kollegen und ich selbst kennen jeweils nur ganz wenige Kliniken etwas näher.

Im Austausch zwischen niedergelassenen und Kliniktherapeuten kann sich eine gewisse Konkurrenz herstellen bezüglich der Qualifikation, sowohl der Therapeuten, als auch des Behandlungsangebotes. Niedergelassene Psychotherapeuten haben abgeschlossene Weiterbildungen, oft mehrere, und viele Jahre Berufserfahrung, während in Kliniken zum Teil wenig erfahrene Kollegen arbeiten. Andererseits fühlen sich vielleicht Klinik-Therapeuten auf dem neuesten wissenschaftlichen und behandelungstechnischen Stand, während aus ihrer Sicht die „Feld-Wald-und-Wiesen-Praktiker“ nur noch von dem zehren, was sie vor Jahrzehnten einmal gelernt haben. Kliniktherapeuten erleben die Patienten den ganzen Tag, statt eine bis drei Stunden in der Woche, und mit der Möglichkeit, die verschiedenen Sichtweisen der Teammitglieder zu integrieren. Niedergelassene Therapeuten erleben die Patienten näher an ihrem Alltag und über einen längeren Zeitraum hinweg. Daraus kann eine Konkurrenz entstehen, wer den Patienten besser beurteilen kann. In manchen Kliniken wird den Patienten offenbar geraten, ihren ambulanten Therapeuten zu wechseln. Es gibt unterschiedliche Auffassungen über die Behandlungsmethoden: Den Niedergelassenen wird vorgeworfen, sie haben zu einseitige Konzepte, behandeln methodenzentriert, statt patienten- oder problemorientiert; aus der Sicht mancher Niedergelassenen dagegen wird in Kliniken „integrativ gewurschtelt“. Es gibt unterschiedliche Auffassungen, an welcher Thematik in der Klinik gearbeitet werden sollte, von „Vergangenheit aufarbeiten“ bis hin zu Beschränkung auf die Stabilisierung in der aktuellen Konfliktsituation. Analytische Kollegen sagen beispielsweise: Aus einer bestimmten Klinik kommen die Patienten in einem offenen, gut ansprechbaren Zustand, man kann mit ihnen ambulant sehr gut weiter arbeiten. Über eine andere Klinik sagen sie: Von dort kommen die Patienten sehr regrediert und durcheinander, das gehört wohl zu deren Konzept. (Offenbar haben sie diesen Eindruck der Klinik aber noch nicht rückgemeldet.) Oder sie beklagen sich über den „Psychojargon“ und rationalisierende Pseudo-Einsichten, die Patienten während des Klinikaufenthalts annehmen.

Häufig wird der Wunsch geäußert, daß mehr oder ganz bestimmte Informationen weitergegeben werden. Zitat einer Kollegin: „Wenn ich einen Patienten in die Klinik einweise, weil ich mit meinen Mitteln nicht gut an ihn herankomme, dann würde mich interessieren, mit welchen Mitteln die in der Klinik an ihn herangekommen sind, aber darüber steht nichts im Entlassungsbericht, da stehen nur Dinge über den Patienten drin, die ich schon weiß.“ Der Dialog ist eher indirekt: Der Niedergelassene hat häufig keinen konkreten Ansprechpartner in der Klinik; die Kommunikation be-

schränkt sich meist auf die schriftlichen Berichte und auf die Erzählungen der Patienten. Die Kollegen, die ich gefragt habe, bedauern das und wünschen sich mehr direkten Austausch, sind aber ratlos, wie das realisiert werden könnte, unter anderem aus zeitlichen Gründen.

Was die Einweisung in eine Klinik angeht, so kann ich nur für den Bereich der niedergelassenen Psychotherapeuten etwas sagen, nicht aber zum Dialog mit anderen Ärzten, von denen vermutlich die Mehrzahl der Patienten in Kliniken kommt. Die Gründe, warum psychotherapeutische Kollegen Patienten einweisen wollen, sind im wesentlichen:

- die Hoffnung, daß mit den Mitteln der Klinik bestimmte Patienten besser erreicht werden, z.B. wenig motivierte oder wenig introspektionsfähige Patienten,
- eine Krise/Dekompensation, das heißt, es besteht Zeitdruck.

Hier liegt eines der Hauptprobleme aus der Sicht von niedergelassenen Psychotherapeuten. Viele bemängeln den langen Zeitraum, bis ein Patient in einer Klinik aufgenommen wird. Wenn es bis zur Aufnahme mehrere Monate dauert, haben sich viele Probleme in der Zwischenzeit auf andere Weise gelöst. Nun könnte das bedeuten, daß die Klinikeinweisung eben nicht nötig war. In einer Untersuchung von Göllner (1977) unterschieden sich Patienten, denen ambulante Therapie empfohlen wurde, nicht erkennbar von Patienten, denen stationäre Therapie empfohlen wurde, und einige Autoren vermuten einen Zusammenhang zwischen dem Fehlen von ambulanten Psychotherapie-Praxen und Klinikeinweisungen. Dazu scheint es wenig an aktuellen Daten zu geben, ebenso wie im ambulanten Bereich zu den Patienten, denen es nicht gelingt, einen Therapeuten zu finden.

Die guten Erfahrungen im Dialog zwischen Praxis und Klinik lassen sich schwerer konkretisieren: Was genau läßt niedergelassene Kollegen die Zusammenarbeit als gut empfinden? Es scheint unter anderem darin zu begründet zu sein, daß sie das, was in der Klinik passiert ist, und was ihnen durch Patient und Entlassungsbericht übermittelt wird, als stimmig und zu den eigenen Konzepten als passend erleben. Gute Kooperation scheint auch mit Berufserfahrung zu tun zu haben, und mit der Möglichkeit, sich aufeinander einzustellen. Eine Kollegin, die aufgrund ihrer Praxisstruktur häufig Patienten einweist, sagt: „Ich weiß inzwischen, was die einzelnen Einrichtungen interessiert, und versuche, in meinem Einweisungsbericht den Patienten für die Klinik spannend darzustellen; ich stelle auch die möglichen Krisensituationen für den Patienten während der Wartezeit dar, und wie ich damit umzugehen gedenke. Dann verkürzt sich die ursprünglich angekündigte Wartezeit in der Regel auf die Hälfte.“

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß auch Kliniken sich in einem gewissen Maß die Patienten aussuchen, die zu ihnen passen, und daß die Vorarbeit oder Vermittlung des Therapeuten dabei eine Rolle spielt. Vielleicht gibt es auch in diesem Bereich ein Problem der Passung, wie es zwischen Patient und Therapeut als entscheidender prognostischer Faktor belegt ist? Dann wäre die Frage: Worin besteht diese Passung im Dialog zwischen Klinik und Praxis, und wie könnte man sie im Einzelfall verbessern?

Niedergelassenen Psychotherapeuten sehen nach der Klinikbehandlung nur die Patienten, die eine ambulante Therapie machen wollen. Die Patienten, die ohne weitere Therapie auskommen, erscheinen nicht bei ihnen. Das ist eine bestimmte Selektion, und es ist wenig darüber bekannt, von welchen Faktoren sie gesteuert wird; sie trägt aber wohl auch dazu bei, ein bestimmtes Bild bei den Niedergelassenen zu erzeugen. Hinweise finden sich bei Hohage (1982), daß Patienten, die im Anschluß an stationäre Psychotherapie eine ambulante Behandlung wünschen, eher einer problematischen Gruppe angehören (passive Erwartungshaltung; Wunsch nach einer dauerhaften, versorgenden Beziehung) und eine auffallend schlechte Prognose haben. Die Untersuchung von Volk (1981) zeigt, daß nur ein sehr geringer

Untersuchung von Volk (1981) zeigt, daß nur ein sehr geringer Prozentsatz der Patienten die Empfehlung der Klinik befolgt, nach der Entlassung eine ambulante Therapie zu machen. Das wären dann die autonomeren Patienten? Volk betrachtet es gerade als ein Zeichen von *mangelnder* Autonomie, wenn Patienten die empfohlene ambulante Therapie nicht durchführen; er läßt jedoch die Möglichkeit offen, daß die Therapeuten in der Klinik dazu neigen, den Gesundheitszustand der Patienten und damit die weitere Therapienotwendigkeit pessimistischer zu beurteilen, als die Patienten selbst.

In den Beispielen und Erfahrungsberichten sind eine ganze Reihe von grundsätzlichen Problemen und Konflikten angesprochen, die sich an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Psychotherapie ergeben:

- Unterschiedliche strukturelle Bedingungen
- Indikationsentscheidungen
- Informations- und Kommunikationsprobleme
- Probleme des Übergangs für den Patienten
- Gegenseitige Erwartungen der beteiligten Parteien aneinander

Wenn ich diese Themen aus der Perspektive des Dialogs gliedere, möchte ich folgende Ebenen betrachten:

- Dialog zwischen den Systemen und zwischen den Therapeuten der beiden Systeme
Praxis und Klinik
- Dialog im Patienten bezüglich der beiden Systeme

Dialog zwischen den Systemen und den Therapeuten in Praxis und Klinik

Information über das jeweilige System

Für den niedergelassenen Therapeuten, der einen Patienten in eine Klinik schicken will, stellt sich die Frage der Auswahl: Welche Klinik empfiehlt er dem Patienten? Aufgrund welcher Informationen und Kriterien trifft er diese Entscheidung, was weiß er über die Klinik? Welche Vorentscheidung trifft er damit für den Patienten? Welche Eingriffe in die Entscheidungsmöglichkeiten der anderen Seite nimmt der Therapeut damit gleichzeitig vor, etwa durch die Informationen, mit denen er Patienten auf den Klinikaufenthalt vorbereitet? Das berührt die Frage der Indikation, die vermutlich zum großen Teil von sehr subjektiven Kriterien geleitet wird (von der eigenen therapeutischen Ausrichtung, Empfehlungen, persönlichen Erfahrungen mit einer Klinik, oder davon, daß man dort jemanden kennt), und nicht nur durch das therapeutische Konzept der Klinik und die Diagnose des Patienten bestimmt wird. Mangelnde Kenntnis des anderen Systems kann dazu führen, daß dessen Möglichkeiten falsch eingeschätzt werden.

Umgekehrt ist das natürlich genauso: Viele Patienten wissen nicht, was sie nach der Klinik in der ambulanten Praxis erwartet; sie bekommen dazu Informationen in der Klinik, und es prägt sich auch ein Bild von Psychotherapie bei ihnen dadurch, wie sie Psychotherapie in der Klinik erleben. Die Informationen können falsch oder einseitig sein, von Patienten auf ihrem persönlichen Hintergrund auf eine bestimmte Weise interpretiert werden, und dadurch ihre Einstellung zur nachfolgenden Therapie unter Umständen entscheidend beeinflussen (Hohage 1982).

So daß sich auch die Frage stellt: Wie sinnvoll ist es, daß die eine Seite über die andere informiert, worüber soll man den Patienten überhaupt informieren, worauf vorbereiten? Wie wirkt sich schlechte oder gute Vorbereitung auf den Erfolg der nachfolgenden Behandlung aus?

Information über den Patienten

Welche Informationen über den Patienten gibt man an den Nachbehandler weiter, welche Informationen nutzen der anderen Seite? Einen niedergelassenen Psychotherapeuten interessieren andere Dinge, als den Hausarzt.

Welche Informationen gehen vom Adressaten eines Berichts an andere Stellen weiter, an andere Ärzte oder an Kostenträger? Das berührt die Fragen von Datenschutz und Schweigepflicht. Mit zunehmender Auskunftspflicht der Kliniken gegenüber Kostenträgern bekommt das immer mehr Bedeutung.

Eine andere Frage ist: Wieviel Information über den Patienten will die andere Seite überhaupt haben? Sowohl manche Kliniken, als auch manche Therapeuten wollen möglichst wenig an Vorinformation bekommen, um nicht voreingenommen zu sein.

Und nicht zuletzt ist auch von Bedeutung: Wie stehen die Patienten zu diesen Fragen? Welche Information über den Patienten teilt man ihm selbst mit? Die dicken Stempel auf den Entlassungsberichten „Vertrauliche Information nur für den behandelnden Arzt“ werden sehr häufig nicht respektiert, und manche Behandlungskonzepte beinhalten, daß der Patient ein Recht darauf hat, alle Informationen über ihn, die an andere weitergegeben werden, auch selbst zu bekommen.

Es besteht offenbar keine einheitliche Auffassung, wieviel und welche Kommunikation in Hinblick auf eine möglichst erfolgreiche Therapie des Patienten nützlich ist.

Gegenseitige Erwartungen aneinander

Die wesentliche Erwartung ist wohl die, daß die andere Seite Möglichkeiten hat, die man selbst nicht hat. Das kann negative Auswirkungen haben, etwa daß das Bearbeiten von unangenehmen Themen der anderen Seite zugeschoben wird, oder daß man die andere Seite um deren bessere Möglichkeiten beneidet. Das kann aber auch sehr produktiv sein, wenn die Möglichkeiten des anderen Systems realistisch gesehen und genutzt werden.

Gründe für Mißverständnisse, enttäuschte Erwartungen und daraus resultierende Vorbehalte können in den unterschiedlichen Ausgangssituationen der Therapeuten liegen.

Eine Klinikaufenthalt ist eine in sich abgeschlossene Sache; der Druck, einen Patienten aus dem stationären in das ambulante Setting zu versetzen, entsteht eher daraus, daß es dem Patienten besser geht. Niedergelassene sind in der umgekehrten Situation: Sie schicken ihre Patienten nicht dann in die Klinik, wenn die Behandlung bei ihnen abgeschlossen ist und es dem Patienten besser geht, sondern wenn ihre Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichen und es dem Patienten schlecht geht. Therapeuten präsentieren also mit dem Patienten in gewisser Weise auch das Produkt ihrer eigenen Arbeit; Kliniktherapeuten tendenziell eher das „gelungene Produkt“, niedergelassene das „mißlungene Produkt“, nämlich das Eingeständnis: Ich komme hier nicht weiter, meine Möglichkeiten sind erschöpft. Gleichzeitig können sie sich in einer Notsituation alleingelassen fühlen, wenn es ihnen nicht gelingt, den Patienten die notwendige stationäre Behandlung zu verschaffen. Der Druck, unter dem alle Seiten meist stehen, kann auch dazu führen, daß die Erwartungen der anderen Seite, z.B. auf ein baldiges Therapieangebot, als „anspruchsvoll“ wahrgenommen werden. Hier ergeben sich viele Möglichkeiten der Entstehung von emotional geprägten Vorurteilen und Vorbehalten.

Zu Mißverständnissen kann auch führen, daß ein Patient innerhalb verschiedener Rahmenbedingungen anders gesehen wird, vielleicht sogar tatsächlich anders *ist*. In unterschiedlichen Settings unterscheiden sich die therapeutischen Prozesse (Seidel 1999), und manche Phänomene, die man beim Patienten beobachtet, wären vielleicht weniger am Patienten als diagnostisches Etikett festzumachen (Ruff u. Werner 1987), sondern könnten fruchtbarer als Auswirkung der Interaktion zwischen Patient, Klinik und niedergelassenem Therapeuten verstanden werden (Buchholz 1997). Ein Patient könnte beispielsweise das stationäre Setting als versorgend erleben, und die Personen, mit denen er es dort zu tun hat, als Teile des versorgenden Gesamtobjektes Klinik, die ihm zur Verfügung stehen; im Vergleich dazu erlebt er den Therapeuten in der ambulanten Praxis aufgrund des Settings als versagend, oder er schreckt vor der Herausforderung zurück, nun eine stärker personal ausgerichtete, lange dauernde Beziehung zu einem einzigen Therapeuten einzugehen. Die unterschiedliche Einschätzung des Patienten kann sich auf die Indikationsüberlegungen auswirken, so daß sich für den gleichen Patienten die Indikation während des Klinikaufenthaltes anders darstellt, als später, wenn er in der ambulanten Praxis erscheint.

Der Patient als Beteiligter am Dialog zwischen Praxis und Klinik oder: Dialog im Patienten

Die Rahmenbedingungen des stationären Settings und deren Auswirkungen auf die Patienten werden in der umfangreichen Literatur über stationäre Psychotherapie beschrieben. Ich will einen bestimmten Aspekt herausgreifen: Wie gestaltet sich für Patienten der Übergang von der Klinik ins Leben nach der Klinik? Das ist eine der Schnittstellen, an der der Dialog zwischen Praxis und Klinik interessant und für die Behandlung des Patienten nützlich sein kann.

Patienten machen in der Klinik Erfahrungen mit sich und mit Beziehungen zu anderen Menschen in einem Setting, das nicht ihrer Alltagsrealität entspricht, innerhalb bestimmter Strukturen, die bestimmte Möglichkeiten des Verhaltens und Fühlens fördern oder erschweren. Die Frage ist, wie sie den Transfer dieser Erfahrungen und Veränderungen in ein anderes Setting, ihr Alltagsleben und soziales Umfeld gestalten und bewältigen.

In der Literatur zu stationären Behandlungskonzepten findet sich zu dieser speziellen Fragestellung nicht viel. Wenn in psychodynamisch orientierten Konzepten (Janssen et al. 1998, Schneider u. Senf 1998) die in der Klinik bewirkten Strukturveränderungen und die reflexiven Prozesse dargestellt werden, mit denen der Patient in der Klinik seine Beziehungsgestaltung bearbeitet hat, wird wohl implizit davon ausgegangen, daß diese Veränderungen auf das Leben nach der Klinik übertragen werden, - zumindest wird diese Frage nicht explizit behandelt, in manchen Veröffentlichungen nur gestreift. Es entsteht der Eindruck: In der Konzeptualisierung des therapeutischen Raums ist nicht enthalten, wie aus psychodynamischer Sicht die Umsetzung in den nach-stationären Raum gelingt, also wie der Dialog zwischen diesen beiden Bereichen im Patienten verläuft.

In verhaltenstherapeutisch orientierten Konzepten wird dieser Gedanke explizit thematisiert (Janssen et al. 1998, S. 272: „Der Transfer der verhaltenstherapeutischen Maßnahmen in die realen Lebensbedingungen wird sichergestellt.“), auch wenn es wohl immer noch ein Unterschied ist, ob der Patient Aufgaben von der Klinik aus übungshalber, oder im wirklichen Leben bewältigen kann.

In einigen Konzepten wird die Auseinandersetzung mit dieser Frage sozusagen elegant umgangen, indem die stationär eingeleitete Gruppentherapie nach der Entlassung ambulant weitergeführt wird (Bräutigam 1974, Rüger 1981, Senf 1995).

Ein beliebtes Bild bei Patienten ist das der „Käseglocke“ für den besonderen Schonraum in der Klinik und die harte Realität, die sie draußen erwartet. Bräutigam (1974, S. 360) dazu: „Stationäre Psychotherapie ... ist für viele Patienten eine schöne Episode ihres Lebens, die Zeit davor und danach bleibt aber meist unverändert trostlos.“ Hohage (1982) beschreibt einige der Probleme, zu denen es bei bestimmten Patienten am Übergang vom stationären in den nach-stationären Bereich kommen kann. Er führt diese Probleme vor allem auf die schwere Psychopathologie dieser Patienten, ihr Ausweichen vor der notwendigen therapeutischen Konfrontation in eine Versorgungshaltung, und auf die fehlende Bearbeitung der negativen Übertragung in der Klinik zurück. Aufgrund der nicht bearbeiteten Enttäuschung über die Begrenztheit der therapeutischen Möglichkeiten können diese Patienten positive Erfahrungen in der Klinik nicht in ihr reales Leben übertragen, und müssen die nachfolgenden ambulanten Therapie-Angebote entwerten.

Die Untersuchungsergebnisse der Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie zeigen zwar, welche Beschwerden in welchem Ausmaß zu einem bestimmten Katamnesezeitpunkt gebessert sind, aber, wie Ruff und Leikert (1995) schreiben, es ist „noch wenig darüber bekannt, wie der Prozeß der Konfliktverarbeitung nach stationärer Psychotherapie abläuft“ (S. 165 f.), also welche Vorgänge im Patienten dazu führen, daß zum Katamnesezeitpunkt dieses Ergebnis erreicht ist.

Eine Untersuchung dazu von Schöttler und Buchholz (1993) setzt bei den subjektiven Krankheitstheorien des Patienten bei Abschluß der stationären Therapie an. Mit den Konzepten der „Prozeßphantasie“ (Plassmann 1986) und „Fortschrittsvorstellung“ (Schöttler u. Buchholz 1993) wird versucht, die Verarbeitung der stationären Erfahrungen nach der Entlassung zu erschließen: In welcher Weise kann ein Patient Therapieerfahrungen internalisieren und in sein Selbstkonzept integrieren? Die durch Prozeßphantasie und Fortschrittsvorstellung geprägten Behandlungserwartungen des Patienten steuern den therapeutischen Prozeß und legen die Grenzen des therapeutisch Erreichbaren fest. Zentral ist dabei die Betonung des interaktiven Moments, der wechselseitigen Steuerung zwischen Patient und Therapeut; insofern unterscheidet sich dieser Ansatz von Konzeptionen, die die therapeutische Beziehung als einseitig durch die konfliktbedingte Übertragung des Patienten bestimmt sehen.

Die Untersuchungen zum Konzept der „Posttherapeutischen Krise“ von Ruff und Leikert (1995, 1997) und die Untersuchung von Kühnlein (1993) erforschen die Prozesse nach Beendigung der stationären Behandlung. Kühnlein beschreibt aus verhaltenstherapeutischer Sicht bestimmte Typen der Verarbeitung in Abhängigkeit von „subjektiven Störungskonzepten“ und „biographischen Konstruktionsmustern“ der Patienten, während Ruff und Leikert aus psychodynamischer Sicht Phasen der Konflikt-Verarbeitung herausarbeiten. Die posttherapeutische Krise bezeichnet eine konflikthafte Zuspitzung zwischen den alten, vor-stationären und den in der Klinik neu erarbeiteten, aber noch nicht ausreichend integrierten Lösungsmustern; aus deren (Nicht-) Bewältigung lassen sich umschriebene Indikationen für ambulante oder erneute stationäre Therapie ableiten.

Weshalb mich diese Frage beschäftigt: Mit genau diesem Prozeß werden niedergelassene Psychotherapeuten konfrontiert oder in ihn einbezogen, wenn Patienten sich nach dem Klinikaufenthalt an sie wenden. Allein das Wissen um Ergebnisse und Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie nutzt Therapeuten nicht viel, wenn sie überlegen, welche konkreten Probleme der einzelne Patient beim Erreichen dieser Ergebnisse haben könnte. Es könnte ja auch eine Unterstützung des in der Klinik eingeleiteten Prozesses sein, einen Patienten erst einmal nicht in ambulante Therapie zu nehmen, sondern ihn zu bitten, sich frühestens nach einem halben Jahr noch einmal zu melden. Wenn das Konzept einer Klinik beinhaltet, daß die stationäre Behandlung eine eigenständige, abgeschlossene Behandlung ist, die keine ambulante Fortführung benötigt, wäre es gut, zu wissen, aus welchem Grund bestimmten Pati-

enten dort dann doch eine ambulante Therapie empfohlen wurde. Aus dem Blickwinkel einer Gesamtkonzeption von Therapie-Schritten des Patienten wäre für niedergelassene Psychotherapeuten also eine wichtige Information: Wie arbeitet die Klinik, in der dieser Patient behandelt wurde, auf die Zeit nach der Entlassung hin, welche Vorstellung enthält das stationäre Behandlungskonzept bezüglich der Verarbeitungsschritte nach der Entlassung, worauf ist der Patient implizit, im Rahmen seines Therapieplans, vorbereitet?

Dialog als Kriterium von Struktur- und Prozeßqualität

Bei der Arbeit an diesem Thema sind für mich viele der strukturellen Fragen wieder aufgetaucht, die mich als Vertreterin der niedergelassenen Psychotherapeuten in der KV-Kreisstelle Düsseldorf beschäftigen, wo ich mich für eine bessere Organisation der psychotherapeutischen Versorgung durch die Psychotherapeuten engagiere. Die Schwerpunkte, Praxisprofile und Behandlungskonzepte der Niedergelassenen sind vermutlich ähnlich unterschiedlich, wie die von Kliniken. Auch unter den Niedergelassenen besteht das Problem: Es kennen sich immer nur einige, die sozusagen ein kleineres oder größeres persönliches Netzwerk bilden, innerhalb dessen man so ungefähr die Arbeitsweise der anderen kennt. Ansonsten gibt es viele Vorurteile und ein Sich-gegenseinander-Abschotten, bei gleichzeitig bestehendem Wunsch, sich besser kennenzulernen. Viele Aspekte von Struktur- und Prozeßqualität der psychotherapeutischen Versorgung erscheinen verbesserungsbedürftig, z.B.: Erreichbarkeit von Therapeuten für Patienten („Anrufbeantworterpraxis“), Wartezeiten, Information sowohl der Patienten, als auch der Kollegen untereinander, Differentialindikation. Die Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Psychotherapeuten in Düsseldorf hat daher ein Konzept entwickelt, mit dem versucht wird, diese bisher schon bestehenden informellen Netzwerke zu erweitern, durch gegenseitige Information in Form eines detaillierten Praxis-Verzeichnisses, durch Erarbeiten von Standards für Krisenintervention und Patientenvermittlung, und weitere Schritte. In diesem Konzept geht es also nicht um eine „Therapieplatzbörse“, an die die Therapeuten ihre freien Therapieplätze melden können, die dann nach zufälliger Auswahl oder Wohnortnähe an Patienten weitergegeben werden, wie etwas beim „Koblenzer Modell“ (Bundesminister für Gesundheit 1996). Es geht nicht nur um eine quantitative Verbesserung (Verkürzung der Wartezeit), sondern vor allem um eine qualitative Verbesserung (Vermittlung eines möglichst geeigneten Therapeuten).

Der Dialog zwischen Klinik und Praxis unterscheidet sich in manchem vom Dialog zwischen Niedergelassenen. Es handelt sich um unterschiedliche Systeme, mit unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und deshalb größeren Verständigungsschwierigkeiten - und damit der Möglichkeit von größeren Reibungsverlusten an den Schnittstellen. Wenn man die verschiedenen Therapie-Schritte, die ein Patient durchläuft, aus der Sicht des Patienten als einen Gesamt-Prozeß sieht, wäre der Dialog zwischen den daran Beteiligten nicht nur ein Merkmal der Strukturqualität, sondern auch der Prozeßqualität. Im Sinne eines übergreifenden Qualitätsmanagements wäre es möglich, daß nicht nur Kliniken, sondern auch Praxen ihre „Behandlungsziele und -standards ausarbeiten sowie ihre Arbeitsformen und -inhalte explizieren und transparent machen, damit sie auch von NutzerInnen wahrgenommen und ggf. hinterfragt werden können“ (Vogel 1998, S. 855). NutzerInnen in diesem Sinne wären nicht nur Patienten, sondern auch die anderen Dialog-Partner.

Was wäre aus meiner Sicht als niedergelassene Psychotherapeutin wünschenswert? Mir würde es genügen, wenn ich ein paar Kliniken näher kenne, das heißt, deren Schwerpunkte und Möglichkeiten und vielleicht auch einige Mitarbeiter, so daß ich für die häufiger vorkommenden Behandlungssituationen, auch für Notfälle, jeweils eine geeignete Einrichtung kenne, und dort möglichst auch Ansprechpartner habe. Für speziellere Behandlungsprobleme und Krankheitsbilder wäre es gut, eine Stelle

zu haben, wo man sich nach geeigneten, empfehlenswerten Einrichtungen erkundigen kann. Ich würde über die Behandlungskonzepte gern etwas mehr wissen, nicht nur aus der Selbstdarstellung der Klinik, sondern auch aus der Erfahrung von Kollegen und Patienten. Und ich hätte gern mit den Kliniken, mit denen ich zusammenarbeite, einen gewissen Konsens über den Umgang mit Informationen, Empfehlungen und gegenseitigen Erwartungen.

Ich kenne vermutlich den größten Teil der Lösungen nicht, die Kliniken und Niedergelassene in ihrer Zusammenarbeit bisher schon gefunden haben; ein breiterer Austausch darüber wäre sicher lohnenswert. In Bayern läuft eine Untersuchung mit einer Basisdokumentation, initiiert und organisiert von einem niedergelassenen Psychotherapeuten (von Heymann, persönliche Mitteilung); es werden Patientendaten sowohl in psychotherapeutischen Kliniken als auch in Praxen von niedergelassenen Psychotherapeuten erhoben, um die reale Versorgungssituation transparenter zu machen, auch hinsichtlich der Schnittstellenthematik.

Über eine Erhebung von Basisdaten hinaus wäre es aber auch denkbar, daß Niedergelassene und Kliniken ihren Dialog intensivieren, mit dem Ziel einer besseren Koordination und Vernetzung. Themen für einen solchen Dialog könnten sein:

- Gegenseitiges Kennenlernen der Konzepte, auch in Hinblick auf die Frage der ambulanten Weiterbehandlung oder der Bedeutung von Wartezeiten
- Umgang mit der Indikationsstellung
- Austausch darüber, wie Patienten sich setting- und interaktionsbedingt unterschiedlich darstellen, Verständigung über Psychodynamik, gemeinsame Konzeptualisierung der Therapie
- Umgang mit Datenschutz und Patienteninformation

Die systematischere Einbeziehung der Patienten-Perspektive könnte über die bloße Erfragung der „Kundenzufriedenheit“ hinaus entwickelt werden. Dies betrifft sowohl die Ebene des Informed Consent, der in der Psychotherapie noch unterentwickelt ist (Dsubanko-Obermayr u. Baumann 1999), als auch die Ebene der subjektiven Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen und die daraus resultierende Beurteilung der Therapie durch die Patienten (Beutel u. Bleicher 1998).

Wenn durch die gesetzlich vorgeschriebene Verzahnung zwischen stationärem und ambulanten Bereich die Möglichkeit der ambulanten (Weiter-) Behandlung durch Kliniken erweitert wird, warum nicht auch umgekehrt: Therapeuten betreuen ihre Patienten in der Klinik weiter, oder Patienten führen in ihrem Belastungsurlaub Gespräche mit dem ambulanten Therapeuten?

Die Formen des Dialogs sind zum Teil von der Entfernung zwischen Klinik und Praxis abhängig. Mit zunehmender Verbreitung des Zugangs zum Internet auch bei Psychotherapeuten wären mehr Austausch und Vernetzung aber auch für Kliniken mit überregionalem Einzugsbereich möglich. Es entwickeln sich bereits Austausch-Strukturen im Internet, in denen Anfragen kommen, wie etwa die folgende: „Hallo, ich suche eine Klinik für eine transsexuelle, psychotische Patientin mit Drogenproblemen, möglichst in ... (Bundesland). Es sollte vom Behandlungskonzept her möglich sein, dass auch mit der Partnerin gearbeitet wird. Kennt jemand ein solches Haus? Vielen Dank.“ (<http://www.psychotherapie.org>) Diese Möglichkeiten könnten von Kliniken und Niedergelassenen systematischer genutzt und gemeinsam weiterentwickelt werden.

Mir ist klar, daß ich viele Aspekte des Themas nicht oder nur unzureichend behandelt habe; ich betrachte meinen Beitrag eher als einen Einstieg in einen Dialog, oder besser gesagt, als eine Fortführung von schon begonnenen Dialogen - mit hoffentlich neuen Impulsen und offenem Ausgang.

Literatur:

- Arfsten, A.-J.; Hoffman, S.O. (1978): Stationäre psychoanalytische Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform. *Prax. Psychother.* 23: 233-245
- Beutel, M.; Bleicher, F. (1998): Unzufriedene Patienten. Patientenbeschwerden bei den Kostenträgern in der psychosomatischen Rehabilitation: Inhalte, Behandlungserwartungen, Arzt-Patient-Beziehung. *Psychotherapeut* 43: 360-368
- Biermann, C. (1975): Probleme der Beendigung stationärer Psychotherapie. *Psychother. Med. Psychol.* 25: 149-159
- Buchholz, M.B.; von Kleist, C. (1997): Szenarien des Kontakts – Eine metaphorisch-analytische Untersuchung stationärer Psychotherapie. Gießen
- Bundesminister für Gesundheit (1996) (Hg.): Koblenzer Modell einer Koordinationsstelle für die psychotherapeutische Versorgung. Baden-Baden
- Bräutigam, W. (1974): Pathogenetische Theorien und Wege der Behandlung in der Psychosomatik (mit Beschreibung einer Form stationärer und ambulanter Therapie). *Nervenarzt* 45: 354-363
- Dsubanko-Obermayr, K.; Baumann, U. (1999): Informed Consent in der Psychotherapie: Anspruch und Wirklichkeit. In: Ambühl, H.; Strauß, B. (Hg.): *Therapieziele*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle
- Eckert, J.; Biermann-Ratjen, E.-M. (1990): Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten. In: Tschuschke, V.; Czogalik, D. (Hg.): *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin/Heidelberg/New York
- Fürstenau, P. (1998): Stationäre Psychotherapie psychoanalytisch-systemischer Orientierung. *Psychotherapeut* 43: 277-281
- Geisler, E. (1998): Zertifizierung für Psychotherapiepraxen als Zukunftschance? In: Laireiter A.-R.; Vogel, H. (Hg.): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen
- Göllner, R. (1977): Ambulante und stationäre Psychotherapie; ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung. *Z. Psychother. Med. Psychol.* 27: 165-176
- Hohage, R. (1982): Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Psychotherapie. *Prax. Psychother. Psychosom.* 27: 57-64
- Janssen, P.; Martin, K.; Tress, W.; Zaudig, M. (1998): Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. *Psychotherapeut* 43: 265-276
- Kordy, H.; von Rad, M.; Senf, W. (1990): Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – Die Sicht der Patienten. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 40: 380-387
- Kühnlein, I. (1993): Langfristige Effekte stationärer Psychotherapie: Erklärungs- und Umsetzungsformen der Erfahrung von Psychotherapie im Alltag. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 43: 341-347
- Leikert, S.; Ruff, W. (1997): Die posttherapeutische Krise – Eine Untersuchung zum Durcharbeiten von Therapieerfahrung. In: *Jahrbuch der Psychoanalyse, Band 39*, (frommann-holzboog), S. 135-153
- Paar, G.; Kriebel, R. (1998): Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. *Psychotherapeut* 43: 310-315
- Plassmann, R. (1986): Prozeßphantasien: Zur Technik der systemischen Einzeltherapie. *Familiendynamik* 11: 90-108
- Rudolf, G.; Grande, T.; Porsch, U. (1988): Die Berliner Psychotherapiestudien („Indikationsentscheidungen und Therapierealisierung in unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxisfeldern“). *Z. Psychosom. Med.* 34: 2-18
- Ruff, W.; Leikert, S. (1995): Stationäre tiefenpsychologische Psychotherapie – eine eigenständige Behandlungsform. In: *Psychotherapeut* 40: 163-170
- Ruff, W.; Werner, H. (1987): Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 33: 238-251

- Rüger, U. (1981): Stationär-ambulante Gruppenpsychotherapie. Berlin/Heidelberg/
New York
- Rüger, U. (1982): Die stationär-ambulante Gruppenpsychotherapie – Ergebnisse im
Hinblick auf Änderungen im Bereich von Symptomatik und Persönlichkeitsstruk-
tur. Z. Psychosom. Med. 28: 189-199
- Schneider, W.; Senf, W. (1998): Das Integrative Modell der stationären Psychothe-
rapie und die Soziologie der Institutionen. Psychotherapeut 43: 302-307
- Schöttler, B.; Buchholz M.B. (1993): „Haltung“, „Prozeßphantasie“ und „Fortschritts-
vorstellung“ nach stationärer Psychotherapie – Das Tiefenbrunner Abschlußinter-
view. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 43: 140-149
- Seidel, P. (1999): Einflüsse der Kassenfinanzierung auf den psychotherapeutischen
Behandlungsprozeß. http://www.psychotherapie.org/fachtext/PS_rent.html
- Senf, W. (1995): Stationär-ambulanten psychoanalytische Gruppentherapie, ein
brauchbares Konzept? Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 41: 293-305
- Steiner S.; Thommen, M. (1989) (Hg.): Stationäre Psychotherapie – eine Episode?
Bern/Frankfurt/New York/Paris.
- Streeck, U. (1991): Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung. Z. Psychosom.
Med. 37: 3-13
- Vogel, H.; Laireiter, A.-R. (1998): Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychoso-
zialer Versorgung – Auf der Suche nach den geeigneten Werkzeugen für ein
zerbrechliches Material. In: Laireiter A.-R.; Vogel, H. (Hg.): Qualitätssicherung in
der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen
- Volk, W. (1981): Die therapeutische Realität nach der stationären Behandlung – Er-
hebungen und Folgerungen. In: Heigl, R., Neun, H. (Hg.): Psychotherapie im
Krankenhaus. Göttingen
- Wilke, S.; Grande, T.; Rudolf, G.; Porsch, U. (1988): Wie entwickeln sich Patienten
im Anschluß an eine stationäre Psychotherapie? Z. Psychosom. Med. 34: 107-124