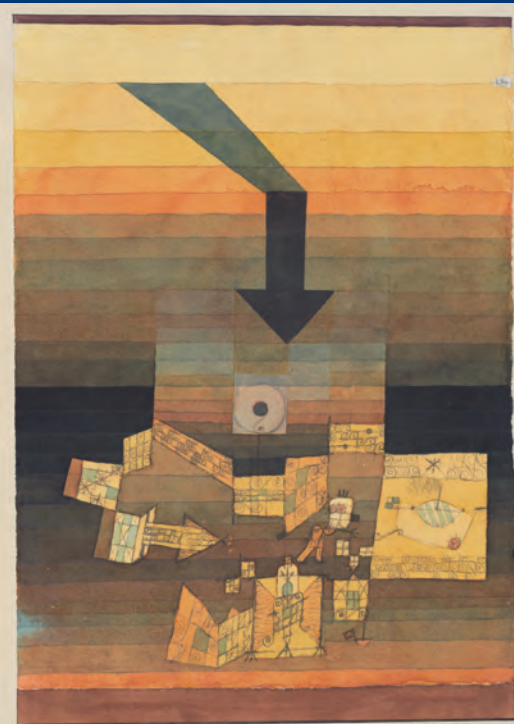


Doering ■ Lampe ■ Schübler



Die psychosomatisch- psychotherapeutische Ambulanz

Konzepte und klinische Praxis

Mit einem Geleitwort von Gereon Heuft

 Schattauer

Doering • Lampe • Schüßler

**Die psychosomatisch-
psychotherapeutische Ambulanz**

This page intentionally left blank

Stephan Doering
Astrid Lampe
Gerhard Schüßler

Die psychosomatisch- psychotherapeutische Ambulanz

Konzepte und klinische Praxis

Unter Mitarbeit von

Gerhard Rumpold
Ulrike Smrekar
Franziska Tauscher

Mit einem Geleitwort von

Gereon Heuft

Mit 16 Abbildungen
und 19 Tabellen

Hinweis: Um die Lesbarkeit des vorliegenden Textes zu erleichtern, wird im Folgenden das generische Maskulinum gebraucht, das gleichermaßen männliche und weibliche Personen umfasst. Die Entscheidung für diese Schreibweise beruht allein auf praktischen und nicht auf inhaltsbezogenen Erwägungen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2007 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Lektorat: Marion Lemnitz, Berlin

Umschlagabbildung: Paul Klee: betroffener Ort, 1922, 109; 30,7 × 23,1 cm; Feder, Bleistift und Aquarell auf Papier, oben und unten Randstreifen mit Aquarell und Feder, auf Karton Zentrum Paul Klee, Bern; © VG Bild-Kunst, Bonn 2006

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Oswald-Merz-Straße 3, 95444 Bayreuth

Druck und Einband: fbg – freiburger graphische betriebe GmbH & Co. KG, Bebelstraße 11, 79108 Freiburg

ISBN: 978-3-7945-2534-8

Geleitwort

Psychiatrische Institutsambulanzen, die in der Regel Psychiatrischen Landeskliniken bzw. Schwerpunktkrankenhäusern angegliedert sind, wurden zur Diagnostik oder poststationären Weiterbehandlung sogenannter nicht „wartezimmerfähiger Patienten“ eingerichtet. Sie sind heute angesichts schwindender Kapazitäten im ambulanten psychiatrischen Versorgungssektor nicht mehr wegzudenken.

Unter welchen Perspektiven werden darüber hinaus psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanzen benötigt? Die Autoren schlagen den Bogen von den historischen Anfängen psychotherapeutischer Ambulanzen und Polikliniken in Berlin der 1920er Jahre bis zu der heutigen Versorgungssituation ärztlicher und psychologischer Psychotherapie. Dabei erschließt sich dem Leser, dass es schon von diesen Anfängen an stets galt, gerade den weniger Privilegierten, die sich aus den verschiedensten Gründen nicht den direkten Zugang zu einer ambulanten Fachpsychotherapie eröffnen konnten, durch eine gezielte Fachdiagnostik und gegebenenfalls Vermittlungshilfe ebenfalls den Weg zu einer psychotherapeutischen Behandlung zu eröffnen.

Heute gilt unser Engagement nicht nur den materiell unterprivilegierten, sondern auch den insofern nicht „wartezimmerfähigen“ psychosomatischen Patienten, als diese sich zum Zeitpunkt der Vorstellung in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz oft noch als somatisch krank definieren. Angesichts eines drohenden Circulus vitiosus nicht indizierter weiterer somatischer Abklärungen (mit dem teilweise enormen Ressourcenverbrauch) gilt es schnellstmöglich, die sich abzeichnenden Chronifizierungsprozesse anzuhalten und gegebenenfalls umkehren zu helfen. Denn ein aufgrund einer Somatisierungsstörung arbeitsunfähiger Patient benötigt, nachdem er beispielsweise vier Wochen lang unter hausärztlicher Führung somatisch abgeklärt worden ist, eine niederschwellige Anlaufstelle zur Komplettierung der Differenzialdiagnostik um die psychosomatische Dimension. Es kann und darf nicht sein, dass Menschen, die nach aktuellen epidemiologischen Daten der Rentenversicherungsträger mit das höchste Risiko einer vorzeitigen morbiditätsbezogenen Berentung im jungen Erwachsenenalter tragen, viele Wochen lang auf ein erstes diagnostisch-therapeutisches Gespräch warten müssen. Zusammen mit dem sich anschließenden Klärungsabschnitt von durchschnittlich ein bis fünf Untersuchungsstunden Dauer muss dem psychosomatisch erkrankten Patienten die Chance eröffnet werden, sich „umzulabeln“, das heißt kognitiv und emotional zu erkennen, dass seine Symptome keiner rein somatischen Kausalität folgen.

Die große Stärke des Buches, das Sie hier in den Händen halten, ist sein Praxisbezug. Alle, die mit einer solchen psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz zusammenarbeiten, also niedergelassene Ärzte, andere Klinikam-

bulanzen, Psychologische Psychotherapeuten und Beratungsstellen können sich exzellent über räumliche und personelle Voraussetzungen sowie den Ablauf eines diagnostisch-therapeutischen Prozesses bis hin zum Arztbrief, den der Patient in Kopie auch zu seiner eigenen Information selber erhält, mit konkreten Beispielen informieren.

Ohne dass die Autoren ausdrücklich das Wort Qualitätssicherung auf ihre Fahnen geschrieben haben, intendiert doch die klar strukturierte Darlegung der Dokumentationspflicht, der beizuziehenden psychischen und somatischen Vorbefunde und der Einsatzmöglichkeiten geeigneter testpsychologischer Instrumente den Anspruch an eine qualitätsgesicherte Arbeit. Diesem Anspruch dienen auch institutionsübergreifende und sogar länderübergreifende Vergleiche (wie das Buch sowieso ständig die Brücke zwischen Deutschland und Österreich schlägt).

Ein herausragendes, weil für die hier verhandelte Thematik außerordentlich spezifisches Kapitel schildert die Motivationsarbeit bei der oben bereits erwähnten „schwierigen“ Patientengruppe. Ein solches Kapitel erweitert die Leserschaft um Entscheidungsträger auf regionaler und überregionaler Ebene, weil es auch den Gesundheitsökonomern und Politikern die genuine Spezifität einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz mit Fallbeispielen transparent macht.

Das Buch mag darüber hinaus auch Betroffenen und ihren Angehörigen selber dienen. Sie werden konkret über die Leistungsfähigkeit einer von ihnen in Aussicht genommenen ambulanten Diagnostik informiert und wissen, was sie gegebenenfalls auch erwarten können: eine kriteriengestützte Diagnostik auf „Facharzt-Niveau“ unter Bezugnahme auf die aktuellen Behandlungskonzepte und gegebenenfalls eine konkrete Überweisungshilfe, flankiert durch einen Überweisungsbrief, dessen Durchschrift für ihn selber noch mal Dokumentation und Reflexionshilfe der differenziellen Indikation sein kann.

Nach dem Motto, so viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig, kann der Patient am Ende eines solchen diagnostisch-therapeutischen Gespräches sicher sein, dass er für den Fall, dass eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische oder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung empfohlen wird, auch genau die Gründe für diese Indikation sowie die geplante Behandlungsdosis erfahren hat, die nötig ist, um seine in Aussicht genommenen individuellen Therapieziele zu erreichen. Dieses meines Wissens in seiner Thematik einzigartige Lehrbuch war überfällig. Ich bin sicher, dass es die Verständigungsbrücken schlagen wird, um die sich die psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanzen innerhalb einer gegliederten ambulant-stationär-ambulanten Behandlungskonzeption bemühen.

Gereon Heuft

Vorwort

Dieses Buch wendet sich an all diejenigen, die in psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanzen tätig sind oder tätig werden wollen: Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Pflegekräfte und Sekretariatsmitarbeiter sowie interessierte Studierende und psychotherapeutische Ausbildungskandidaten. Es handelt sich weniger um eine empirisch-wissenschaftliche Aufarbeitung der Forschungsliteratur als vielmehr um eine pragmatisch und didaktisch orientierte Darstellung der Ambulanzarbeit, die sowohl beim Aufbau einer Ambulanz als auch bei der Arbeit in einer solchen hilfreich sein kann.

Der Tätigkeitsbereich psychosomatisch-psychotherapeutischer Ambulanzen unterscheidet sich in charakteristischer Weise von dem der ambulanten und stationären Psychotherapie: Patienten werden hier in der Regel nicht oder nur kurz psychotherapeutisch behandelt, im Vordergrund stehen Diagnose- und Indikationsstellung, Motivationsarbeit und Überweisung zur Psychotherapie. Diese Arbeit verlangt den Aufbau einer spezifischen Therapeut-Patient-Beziehung, die einerseits die erste Erfahrung einer positiven therapeutischen Beziehung ermöglicht, andererseits aber den Patienten nicht zu intensiv binden darf, da die Überweisung zur Psychotherapie dann den belastenden Aspekt eines Beziehungsabbruchs erhalten kann.

Obwohl eine große Zahl von Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanzen behandelt wird, fehlen erstaunlicherweise sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der didaktischen Literatur Arbeiten zu spezifischem Vorgehen und inhaltlichen Konzepten nahezu vollständig. Wie viele Sitzungen sind in der Diagnostik-Motivationsphase angemessen? Wie ausführlich muss die Diagnostik sein? Wie sollte bei traumatisierten Patienten mit dem Trauma umgegangen werden? Wie kann eine erfolgreiche Motivationsarbeit aussehen, wie kann beispielsweise ein Patient mit einer somatoformen Störung für eine Psychotherapie gewonnen werden? Wie läuft idealerweise die Überweisung ab, soll der Patient z. B. selbst einen Therapieplatz suchen oder angemeldet werden? Für welche Patienten ist eine Kurz- oder Gruppenpsychotherapie an der Ambulanz sinnvoll und wie kann diese aussehen? Wir hoffen, durch die Auseinandersetzung mit diesen Fragen eine verstärkte wissenschaftliche Diskussion mit dem Thema Ambulanzarbeit anzuregen.

Die Erfahrungen, die zu diesem Buch führten, haben wir im Wesentlichen in der zehnjährigen gemeinsamen Ambulanzarbeit an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Innsbruck gesammelt; sie werden ergänzt durch frühere Erfahrungen an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Göttingen (Gerhard Schüßler) und rezente Tätigkeit im Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde am Universitätsklinikum Münster (Stephan Doering).

Wir danken allen Patientinnen und Patienten, die uns in dieser Zeit ihr Vertrauen entgegengebracht haben, ohne die unsere Arbeit naturgemäß nicht hätte stattfinden und ohne die wir unsere Erfahrungen nicht hätten erwerben können. Darüber hinaus gilt unser Dank allen Kolleginnen und Kollegen, die uns bei dieser Arbeit begleitet haben, von denen wir lernen durften, und die – hoffentlich – von uns gelernt haben, insbesondere natürlich unseren Mitarbeitern in diesem Buchprojekt: Ulrike Smrekar, Franziska Tauscher und Gerhard Rumpold. Nicht zuletzt danken wir Herrn Univ.-Prof. Dr. Gereon Heuft, dessen Konzepte in einige Teile dieses Buches eingeflossen sind und der uns die Ehre erwiesen hat, unserem Text ein Geleitwort voranzustellen.

Münster und Innsbruck, im Februar 2007

Stephan Doering
Astrid Lampe
Gerhard Schüßler

Anschriften

Autoren

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering

Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Universitätsklinikum Münster
Waldeyerstraße 30, 48149 Münster, Deutschland
E-Mail: stephan.doering@ukmuenster.de

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Astrid Lampe

Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Medizinische Universität Innsbruck
Schöpfstraße 23a, 6020 Innsbruck, Österreich
E-Mail: astrid.lampe@uibk.ac.at

O. Univ.-Prof. Dr. med. Gerhard Schüßler

Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Medizinische Universität Innsbruck
Schöpfstraße 23a, 6020 Innsbruck, Österreich
E-Mail: gerhard.schuessler@uibk.ac.at

Mitarbeiter

Dr. phil. Gerhard Rumpold

Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Medizinische Universität Innsbruck
Schöpfstraße 23a, 6020 Innsbruck, Österreich
E-Mail: gerhard.rumpold@uibk.ac.at

Dr. phil. Ulrike Smrekar

Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Medizinische Universität Innsbruck
Schöpfstraße 23a, 6020 Innsbruck, Österreich
E-Mail: ulrike.smrekar@uibk.ac.at

Dipl.-Sozialarb. Franziska Tauscher

Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Medizinische Universität Innsbruck
Schöpfstraße 23a, 6020 Innsbruck, Österreich
E-Mail: franziska.tauscher@tilak.at

This page intentionally left blank

Inhalt

1	Allgemeines zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz	1
	Historische Entwicklung	1
	Gegenwärtige Situation	3
	Aufgaben	5
	Patientenklientel	7
	Ausstattung	9
	Personelle Ausstattung	9
	Räumliche Ausstattung	11
2	Zuweisung, Anmeldung und Terminvergabe	15
	Zuweisung	15
	Anmeldung	16
	Patienten mit Migrationshintergrund	16
	Der erste Telefonkontakt	17
	Terminvergabe	18
3	Erstgespräch	23
	Konzept der „psychodynamischen Erstuntersuchung“	24
	Psychoanalytisches Erstinterview	25
	Deskriptiv-phänomenologische Diagnostik	26
	Biografische Anamnese	26
	Ablauf	27
	Dauer	31
	Dokumentation	31
4	Testpsychologische Untersuchung	33
	Basisdiagnostik	36
	Allgemeine Psychopathologie	36
	Depression, Angst	37
	Beziehungserleben und -verhalten	37
	Interviewverfahren zur allgemeinen Diagnostik	38
	Störungsspezifische Testdiagnostik	39

Somatoforme Störungen	39
Essstörungen	39
Trauma	40
Persönlichkeitsstörungen	40
5 Dokumentation der Ambulanzdiagnostik	43
Dokumentationspflicht	43
Patientenfragebogen	45
Diagnostikerbogen	45
Ton- und Videoaufzeichnungen	49
6 Ambulanzkonferenz	53
7 Psychiatrische und medizinische Behandlung	61
Einholen von Befunden	62
Differenzialdiagnostische somatische Abklärung bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen	65
Differenzialdiagnostische psychiatrische Abklärung bei Patienten mit schweren psychischen Störungen	67
Psychopharmakologische Behandlung	69
Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische bzw. psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung	69
Kooperation mit Fachärzten anderer medizinischer Bereiche	71
8 Sozialarbeit	73
Aufgaben und Ziele	73
Zuweisung zur Sozialberatung	74
Erstgespräch in der Sozialberatung	75
Arbeitsschwerpunkte	76
Integration in das Ambulanzteam	78
9 Motivationsarbeit	81
Theoretische Grundlagen	81
Stages-of-Change-Modell	82
Heidelberger Umstrukturierungsskala	83
Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation	84
Indikationsstellung zur Motivationsarbeit in der Ambulanzkonferenz	85

Aufklärung und Information über das Krankheitsbild	87
Aufklärung und Information über Psychotherapie	89
Thematisierung des Widerstandes gegen eine Psychotherapie	91
Herausarbeiten der psychodynamischen bzw. lerngeschichtlichen Krankheitsursachen	93
Vermittlung einer positiven Erfahrung in einer hilfreichen therapeutischen Beziehung	94
Vermittlung einer positiven Einstellung zur Psychotherapie durch eine „Probetherapie“	96
10 Überweisung	97
Wahl der Behandlungsform	97
Wahl des Psychotherapeuten bzw. Arztes	98
Überweisungsmodus	100
11 Umgang mit traumatisierten Patienten	103
Trauma – Definition und Vorkommen	103
Posttraumatische Folgeerkrankungen	104
Akute Belastungsreaktion (ICD-10, F43.0)	105
Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10, F43.1)	105
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	106
Trauma-adaptiertes Vorgehen in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz	107
Erkennen einer Traumatisierung	108
Anamneseerhebung im Erstgespräch bei Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung	108
Modifikationen in der Behandlung von Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung	109
Testdiagnostik	112
Trauma-spezifische Behandlungsmöglichkeiten	112
12 Umgang mit Angehörigen	115
13 Beratung und Psychotherapie	123
Abgrenzung zwischen Beratung und Psychotherapie	124
Grundprinzipien der Psychotherapie	127
Praxis der supportiven Therapie und Kurzzeittherapie	130
Klinischer Routinefall	133

XIV	Inhalt
14 Gruppenpsychotherapie	135
Spektrum im ambulanten Bereich	136
Anwendung bei Patienten mit körperlichen und psychosomatischen Störungen	139
Wirkfaktoren	140
Vorbereitung und Motivierung der Patienten	140
15 Supervision	143
16 Behandlungsbericht bzw. Arztbrief	149
Zum Umgang	149
Der Inhalt	154
17 Ein Fallbeispiel	157
Patientenfragebogen der Ambulanz-Dokumentation der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster (Direktor: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft)	165
Diagnostikerbogen der Ambulanz-Dokumentation der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster (Direktor: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft)	177
Literatur	195
Sachverzeichnis	201

1 Allgemeines zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz

Historische Entwicklung

Die Geschichte der psychotherapeutischen Behandlung in Ambulanzen und Polikliniken beginnt im Jahr 1920 in Berlin. In den ersten Jahren ihres Entstehens wurde die Psychoanalyse von einzelnen Analytikern und Analytikerinnen in privaten Praxen durchgeführt, wobei die damals schon bestehende gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für diese (meist) ärztliche Leistung noch nicht übernahm. Daher kamen zu Beginn des 20. Jahrhunderts überwiegend wohlhabende Privatpatienten in den Genuss einer psychoanalytischen Behandlung. Mit der zunehmenden Verbreitung der Psychoanalyse ergaben sich zwei Probleme: Immer mehr Ausbildungskandidaten benötigten Patienten für ihre Ausbildungsanalysen und immer mehr Menschen mit geringem Einkommen suchten psychoanalytische Behandlung.

In seinem Vortrag auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest im Jahr 1918 ging Sigmund Freud auf diese Situation ein:

„Irgendeinmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. Und dass die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebenso wenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge des Einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um die Männer, die sich sonst dem Trunk ergeben würden, die Frauen, die unter der Last der Entsagungen zusammenzubrechen drohen, die Kinder, denen nur die Wahl zwischen Verwilderung und Neurose bevorsteht, durch Analyse widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringend empfindet. Die gegenwärtigen Verhältnisse mögen den Termin noch länger hinausschieben. Es ist wahrscheinlich, dass private Wohltätigkeit mit solchen Instituten den Anfang machen wird; aber irgendeinmal wird es dazu kommen müssen.“ (zit. nach Simmel 1930, S. 7)

Der erste „Wohltäter“, der schon kurz darauf Freuds Anregung folgte, war Dr. Max Eittington, Mitglied des Berliner Psychoanalytischen Instituts. Selbst Psychoanalytiker und mit ausreichendem Vermögen ausgestattet, übernahm Eittington die Organisation und Finanzierung der Poliklinik des Berliner Insti-

Tab. 1-1 Diagnosen von 1 955 Patienten der Poliklinik des Berliner Psychoanalytischen Instituts in den Jahren 1920–1930 (nach Fenichel 1930)

Diagnose	Konsultationen (n = 1 955)	Psychoanalytische Behandlungen (n = 721)
Angsthysterie	120	65
Asthma bronchiale	13	4
Charakterstörungen	104	51
Neurotische Depression	132	46
Enuresis	12	5
Epilepsie	34	9
Homosexualität	35	10
Hypochondrie	28	5
Hysterie	271	129
Imbezillität	9	–
Infantilismus	29	13
Innersekretorische Störungen	25	3
Klimakterische Störungen	20	–
Manisch-depressive Erkrankung	52	15
Neurasthenie und Angstneurose	69	11
Neurotische Hemmungen	210	93
Organische Nervenerkrankung	61	3
Organneurose	10	4
Paranoia	8	2
Perversion	35	13
Psychopathie	84	32
Schizophrenie und Schizoid	163	52
Senilität	1	–
Sonstige organische Erkrankung	53	–
Stottern	42	17
Süchtigkeit	20	5
Traumatische Neurosen	26	3
Tic	19	5
Zwangsneurose	192	127
Ohne Befund	17	2
Ohne präzise Diagnose	61	7

tuts, die 1920 eröffnet wurde. Zwei Jahre später folgte die Wiener Psychoanalytische Vereinigung diesem Beispiel, bald darauf London, Budapest, Haag, New York und Frankfurt (Simmel 1930).

Und tatsächlich bot die neu gegründete Poliklinik eine psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit für alle Schichten, denn die Patienten wurden hier umsonst von Ausbildungskandidaten unter Supervision behandelt. In den ersten zehn Jahren ihres Bestehens wurden an der Poliklinik des Berliner Psychoanalytischen Instituts 1 955 Patienten gesehen, von denen 721 dort psychoanalytisch behandelt wurden. Von diesen brachen 241 die Behandlung ab bzw. begannen nach einer Probebehandlung erst gar keine Psychoanalyse, 47 waren nach der Behandlung „ungeheilt“, 116 „gebessert“, 89 „wesentlich gebessert“, 111 „geheilt“; 117 Behandlungen waren noch nicht abgeschlossen (Fenichel 1930). Fenichels statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920 bis 1930 enthält detaillierte Daten über die demografische Zusammensetzung der Klientel und auch die gestellten Diagnosen (Tab. 1-1).

Gegenwärtige Situation

In den 85 Jahren, die seither vergangen sind, hat sich die psychotherapeutische Versorgungslandschaft in Deutschland und Österreich grundlegend gewandelt: Die psychotherapeutische Behandlung ist – wie von Freud gefordert – zur Kassenleistung geworden und wird in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen vollständig und in Österreich immerhin teilweise bezahlt. In Deutschland sind 3 700 ärztliche Psychotherapeuten und 14 800 Psychologische Psychotherapeuten mit Kassenzulassung tätig (Stand 30.06.2004, Quelle: www.kbv.de). In Österreich sind 5 900 Psychotherapeuten (Angehörige verschiedener Berufsgruppen) in der Liste der Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen verzeichnet und damit zur Durchführung von Psychotherapie auf Krankenschein zugelassen (Stand 30.09.2005, Quelle: www.bmgf.gv.at). Die meisten dieser Psychotherapeuten sind niedergelassen in eigener Praxis tätig und tragen weitgehend flächendeckend die nationale psychotherapeutische Versorgung. Darüber hinaus werden ambulante psychotherapeutische Leistungen auch an Polikliniken und Ambulanzen angeboten und von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. In Deutschland wird diesen die Ermächtigung zur Abrechnung von Kassenleistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zum einen unter Versorgungsaspekten und zum anderen zu Ausbildungszwecken erteilt.

Grundsätzlich lassen sich folgende fünf Arten psychotherapeutischer bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischer Ambulanzen unterscheiden:

- **Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie:** (Universitäts-)Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie haben in Deutschland traditionell eine Poliklinik bzw. Ambulanz. Hier liegt der Schwerpunkt auf der psycho-

therapeutischen Diagnostik und Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen. In Österreich wird dieselbe Funktion von Universitätskliniken für Medizinische Psychologie und Psychotherapie bzw. Tiefenpsychologie und Psychotherapie übernommen. Eine Bezahlung der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt regional unterschiedlich und häufig in Abhängigkeit vom Bedarf in der jeweiligen Region entweder über eine Instituts-Ambulanz-Regelung oder über Ermächtigung der leitenden Ärzte.

- **Ambulanzen an Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:** Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern führen in der Regel Klinikambulanzen, die üblicherweise einen psychiatrischen Schwerpunkt haben. Es gibt aber auch einzelne Kliniken, die spezialisierte psychotherapeutische Institutsambulanzen führen. In Deutschland werden diese Kliniken, wenn sie einen regionalen Versorgungsauftrag haben, automatisch zur Abrechnung psychiatrischer und psychotherapeutischer ambulanter Leistungen ermächtigt. Dabei werden in vielen KV-Bezirken Pauschalbeträge von durchschnittlich 200–250 Euro pro Patient und Quartal vergütet (Spengler 2003), in anderen KV-Bezirken wird alternativ eine Einzelleistungsberechnung durchgeführt (z. B. Westfalen-Lippe, s. u.). In Österreich werden in ähnlicher Weise Pauschalbeträge vergütet.
- **Hochschulambulanzen für Forschung und Lehre:** Hochschulen und Fachhochschulen (hier meist die Institute für Klinische Psychologie) dürfen zu Forschungs- und Lehrzwecken psychotherapeutische Ambulanzen führen. In Deutschland sind diese Ambulanzen oft mit einem universitären Ausbildungs-Curriculum zum Psychologischen Psychotherapeuten assoziiert. Für diese Ambulanzen gibt es die gesetzlich gesicherte Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. In Österreich ist eine Abrechnung dieser Leistungen nur individuell für zugelassene Psychotherapeuten möglich.
- **Ambulanzen von Ausbildungsinstituten:** Hier wird der Einfachheit halber von „Ausbildungsinstituten“ gesprochen, in Deutschland bieten diese Weiterbildungen für Ärzte und Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten an. Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute führen häufig Institutsambulanzen, um ihren Kandidaten Patienten zuweisen zu können. In Deutschland können diese Therapien an Instituten, die für die Weiterbildung in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie zugelassen sind, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden. In Österreich gibt es zugelassene Ausbildungsinstitute für insgesamt neun Psychotherapieverfahren; Ausbildungstherapien werden aber grundsätzlich nicht von den Krankenkassen bezahlt.
- **Beratungsstellen:** An Beratungsstellen wird üblicherweise keine Psychotherapie im eigentlichen Sinn angeboten, sondern eine themen- bzw. konfliktspezifische Beratung (z. B. Studierenden-, Schwangeren-, Eltern- oder Eheberatung). In einzelnen Fällen sind an Beratungsstellen Fachärzte oder Psychotherapeuten tätig, die mit entsprechender Zulassung Psychotherapi-

en durchführen und auch abrechnen können. In Deutschland ist hierzu eine spezielle, meist an Personen gebundene Ermächtigung nötig, in Österreich kann jeder zugelassene Psychotherapeut an einer Beratungsstelle seine Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen.

Exemplarisch für die Situation in Deutschland stehen folgende Zahlen der zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung ermächtigten Ambulanzen im Bereich Westfalen-Lippe:

- 10 Ambulanzen an Ausbildungsstätten (psychotherapeutische Ausbildungsinstitute)
- 23 Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern
- 24 Ambulanzen an psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung
- 3 Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten

Darüber hinaus sind 58 Ärzte und 45 Psychologische Psychotherapeuten ad personam zur Abrechnung außerhalb der regulären Kassenzulassung ermächtigt, die an Kliniken, Beratungsstellen und anderen Institutionen psychotherapeutisch tätig sind (Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vom 05.10.2005).

Es ist also – zumindest in Deutschland – kein finanzielles Problem mehr, im Bedarfsfall eine Psychotherapie zu bekommen. Wozu sind also überhaupt psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanzen notwendig?

Aufgaben

Zunächst einmal stellt der direkte Weg zu einem niedergelassenen Psychotherapeuten für einige Patienten eine beträchtliche Hürde dar. Vielen Menschen fehlen einfach die nötigen Informationen, um z. B. folgende Fragen vorab zu beantworten:

- Bin ich psychisch oder psychosomatisch krank?
- Was ist Psychotherapie?
- Brauche ich eine Psychotherapie?
- Wo bekomme ich eine Psychotherapie?
- Welche psychotherapeutische Richtung ist für mich geeignet?

Und selbst wenn Wissen und Einsicht bestehen, ist es für diese Patienten aufgrund ihrer Erkrankung oder auch sozialer Ressentiments oft nur schwer möglich, direkt mit einem niedergelassenen Psychotherapeuten (oder meist mit dessen Anrufbeantworter) in Kontakt zu treten.

Eine wesentliche Aufgabe psychosomatisch-psychotherapeutischer Ambulanzen besteht darin, Patienten, die allein nicht den Weg in eine Psychotherapie

finden, durch Diagnostik, Beratung, Indikationsstellung und Überweisung behilflich zu sein. Ambulanzen stellen eine niederschwellige Anlaufstelle für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Problemen dar und erfüllen eine „Drehscheibenfunktion“, indem Patienten von hier gezielt der richtigen Behandlung zugeführt werden.

Darüber hinaus können in derartigen Ambulanzen hoch spezialisierte Angebote gemacht werden, die in der Praxis so kaum oder gar nicht zu finden sind. Insbesondere (aber nicht nur) an psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanzen, die Universitätskliniken angeschlossen sind, können im Kontext wissenschaftlicher Forschung und interdisziplinärer Kooperation Spezialsprechstunden für Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern (z. B. Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, somatoforme Störungen) abgehalten werden. Solche Sprechstunden versetzen diese Patienten durch eine spezifische und umfassende Diagnostik und Motivationsarbeit überhaupt erst in die Lage, eine Psychotherapie anzunehmen. Auch spezialisierte Therapieformen können hier angeboten werden, so z. B. Gruppentherapien für Patienten mit somatoformen Störungen oder traumaspezifische Einzelbehandlungen.

Eine besondere Aufgabe kommt psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanzen in Regionen zu, wo eine flächendeckende Versorgung mit ambulanter Psychotherapie nicht gegeben ist oder wo – wie in weiten Teilen Österreichs – sozial schwache Patienten aus finanziellen Gründen von der kassenfinanzierten Versorgung ausgeschlossen sind. Hier stellen Beratungen sowie Kurz- und Gruppentherapien einen wichtigen Teil der psychotherapeutischen Versorgung dar und erfüllen dabei den von Sigmund Freud schon 1918 angemahnten *sozialen Auftrag*.

Nicht zuletzt haben psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanzen eine bedeutende Weiter- bzw. Ausbildungsfunktion für Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten, die an Universitätskliniken noch um die Ausbildung von Studierenden der Humanmedizin ergänzt wird. Die Ambulanzen psychotherapeutischer Ausbildungsinstitute dienen überwiegend dazu, geeignete Patienten für die Ausbildungskandidaten auszuwählen.

Zusammengefasst sind die wesentlichen Aufgaben psychosomatisch-psychotherapeutischer Ambulanzen:

- niederschwelliges Angebot für wenig aufgeklärte bzw. zunächst wenig motivierte Patienten
- „Drehscheibenfunktion“ bei der Einleitung psychotherapeutischer Behandlungen
- spezialisierte Diagnostik und Motivationsarbeit bei „schwierigen“ Patienten und Patienten mit spezifischen Störungsbildern
- spezifische Therapieangebote, die im ambulanten Bereich fehlen
- bei unzureichender ambulanter Versorgungssituation Durchführung von Psychotherapie (z. B. Beratung, Kurz- und Gruppentherapie)
- psychosomatisch-psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung

Patientenkielentel

Zu den demografischen und diagnostischen Charakteristika der Kielentel, die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanzen in Anspruch nimmt, gibt es nur wenige empirische Untersuchungen. Die Patienten psychotherapeutischer Ambulanzen an psychiatrischen Kliniken wurden unseres Wissens bislang noch nicht beschrieben – es ist zu vermuten, dass im Vergleich zu anderen Ambulanztypen hier Patienten mit schwereren psychischen Erkrankungen (Schizophrenien, schwere affektive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) behandelt werden; Ausnahmen sind möglicherweise diagnosespezifische Sprechstunden, z. B. für Patienten mit Angsterkrankungen.

Zur Beschreibung der Patienten, die eine psychosomatisch-psychotherapeutische Klinikambulanz in Anspruch nehmen, soll exemplarisch eine Stichprobe der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster (Direktor: Univ.-Prof. Dr. Gereon Heuft) herangezogen werden. In den Jahren 1999 bis 2004 wurden an der Poliklinik 4 860 Patienten behandelt. Es handelte sich dabei zu 65,8 % um Frauen und zu 34,2 % um Männer, das Durchschnittsalter betrug 44,7 Jahre, 56,2 % der Patienten waren 40 Jahre und älter. 66,6 % der behandelten Patienten hatten einen festen Partner, 46,9 % davon waren verheiratet. 30,3 % hatten einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss, 23,9 % einen Realschulabschluss und 31,8 % Abitur oder Fachabitur. 40,7 % der Patienten waren berufstätig, 9,4 % Hausfrauen bzw. Hausmänner, 11,7 % in Ausbildung, weitere 9,0 % waren arbeitslos gemeldet und 17,7 % berentet. Die Diagnoseverteilung ist in Tabelle 1-2 wiedergegeben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bis zu fünf Zusatzdiagnosen vergeben wurden, was insbesondere bei den Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen zu „falsch niedrigen“ Werten führte, da diese meist nicht an erster Stelle diagnostiziert wurden. Ebenso wurden Probleme der Krankheitsbewältigung (ICD-10, F54: Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) grundsätzlich nicht als Hauptdiagnose vergeben. Die weitaus größte Gruppe von Patienten erhielt eine Diagnose aus dem Bereich „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ der ICD-10 (F4); dabei ist hervorzuheben, dass bei 23,1 % des Gesamtkollektivs die Hauptdiagnose einer dissoziativen (F44) oder somatoformen Störung (F45) gestellt wurde.

Vergleicht man diese Zahlen mit denen aus der Ambulanz eines psychotherapeutischen Ausbildungsinstituts, so lassen sich einige charakteristische Unterschiede feststellen. Kerz-Rühling (2005) beschreibt eine Stichprobe von 150 Patienten der Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt am Main (Tab. 1-2): Es wurden 69 % Frauen behandelt. 60 % der Patienten waren jünger als 40 Jahre, womit das Durchschnittsalter deutlich unter dem der Patienten der Klinikambulanz liegt. Auffällig ist das hohe Bildungsniveau – 68,3 % der Patienten haben Abitur bzw. Fachabitur. Hinsichtlich der Diagnosen finden sich in der Institutsambulanz mehr Patienten mit affektiven Störungen

Tab. 1-2 ICD-10-Hauptdiagnosen bei Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster in den Jahren 1999–2004 und der Ambulanz des Sigmund-Freud-Instituts Frankfurt am Main im Jahr 2000

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Klinikambulanz Münster n (%)	Institutsambulanz Frankfurt n (%)
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	43 (0,9)	0
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	63 (1,3)	1 (0,7)
F2	Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen	36 (0,7)	5 (3,3)
F3	Affektive Störungen	575 (11,8)	37 (24,7)
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2 353 (48,4)	51 (34,0)
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	401 (8,3)	6 (4,0)
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	173 (3,6)	43 (28,7)
F7	Intelligenzminderung	2 (0,0)	0
F8	Entwicklungsstörungen	0	1 (0,7)
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	9 (0,2)	2 (1,3)
F	gesamt Psychische Störungen	3 655 (75,2)	146 (97,3)
A–E, G–T	körperliche Erkrankungen	616 (12,7)	0
V–Z	äußere Faktoren	616 (12,7)	0
	Fehlende Diagnosen	11 (0,2)	4 (2,7)
Gesamt		4 860	150

(wohl meist Depressionen) und mit Persönlichkeitsstörungen, während die Klinikambulanz vorwiegend Patienten mit „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ aufweist. Diese Unterschiede dürften darauf zurückzuführen sein, dass Patienten mit affektiven Störungen und/oder Persönlich-