



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Hölzer ■ Wöller ■ Berberich

Stationäre Psychotherapie

Mit Beiträgen von

Götz Berberich

Günther Bergmann

Andrea Bitschnau

Christian Blacha

Alexandra Danner-

Weinberger

Katharina Diatara

Christian Fricke-Neef

Norbert Heck

Helge Hölzer

Michael Hölzer

Tobias David Hölzer

Paul Janssen

Bernhard Janta

Dorothee Kress

Isa Sammet

Nicola Scheytt-Hölzer

Christoph Schmeling-Kludas

Christian Thiele

Wolfgang Wöllner

Stationäre Psychotherapie

Von der Anmeldung bis zur Entlassung

Herausgegeben von

Michael Hölzer, Wolfgang Wöller, Götz Berberich

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

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer
www.schattauer.de
© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung
Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten
Printed in Germany
Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart
Unter Verwendung eines Gemäldes von
Paul Klee, Tischgesellschaft
Foto: © Christie's Images Ltd – ARTOTHEK
Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell
Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet
GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-43289-3

Lektorat: Marion Drachsel, Berlin
Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

Auch als E-Book erhältlich

Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

**Michael Hölzer
Wolfgang Wöller
Götz Berberich**

Anschriften der Herausgeber und Autoren

Dr. med. Götz Berberich

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

Priv.-Doz. Dr. med. Günther Bergmann

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

Andrea Bitschnau

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

Dr. med. Christian Blacha

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

Alexandra Danner-Weinberger

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

Dipl. Soz.-Päd. Katharina Diatara

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

Dr. med. Christian Fricke-Neef

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

Norbert Heck

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

Priv. Doz. Dr. med. Michael Hölzer

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

Dr. med. Helge Hölzer

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

Tobias David Hölzer

Schwimmbadstraße 12
79100 Freiburg
tobiasdavidhoelzer@gmail.com

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

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

Dr. med. Bernhard Janta

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

Dr. med. Dorothee Kress

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

Prof. Dr. med. Isa Sammet

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

Dipl. Psych. Nicola Scheytt-Hölzer

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

Prof. Dr. med. Christoph Schmeling-Kludas

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

Dr. med. Christian Thiele

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

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller

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

Inhalt

I. Grundlagen

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

II. Das Team behandelt

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

III. Von der Anmeldung bis zur Entlassung

- 19 **Im Vorfeld der Behandlung – Von der Anmeldung zur Indikation** 301
Michael Hölzer und Dorothee Kress
- 20 **»Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne« – Der Beginn der Therapie** 317
Michael Hölzer und Dorothee Kress
- 21 **Das Leiden (er)fassen – Diagnostik** 332
Bernhard Janta, Wolfgang Wöller und Götz Berberich
- 22 **Wer will was erreichen? – Therapieziele** 344
Michael Hölzer und Bernhard Janta
- 23 **Mehr als nur Spielregeln – Der Rahmen in der stationären Psychotherapie** 366
Michael Hölzer und Christian Fricke-Neef
- 24 **Abgemacht – Therapieverträge und Vereinbarungen** 384
Götz Berberich
- 25 **»Am meisten halfen mir die Mitpatienten« – Therapeutisches Milieu** 392
Michael Hölzer, Bernhard Janta und Christian Fricke-Neef
- 26 **Erklären und Informieren – Psychoedukation** 408
Götz Berberich
- 27 **Oft umstritten, häufig notwendig – Medikamente** 419
Michael Hölzer, Günther Bergmann, Wolfgang Wöller und Christian Thiele
- 28 **»Was hat denn meine Familie damit zu tun?« – Familie und stationäre Psychotherapie** 445
Dorothee Kress, Günther Bergmann und Götz Berberich
- 29 **Bei Dreien fängt die Wahrheit an – Visite** 453
Dorothee Kress, Götz Berberich und Michael Hölzer
- 30 **Zwischenräume – Der Therapieprozess am Wochenende** 466
Michael Hölzer und Dorothee Kress
- 31 **Aus dem Takt – Zwischenfälle, Krisen und Verlegungen** 479
Michael Hölzer, Isa Sammet und Günther Bergmann
- 32 **Gegen blinde Flecken – Supervision** 502
Wolfgang Wöller und Dorothee Kress
- 33 **Wann, wie und wohin – Entlassung** 510
Christian Fricke-Neef und Christoph Schmeling-Kludas
- 34 **Der Behandlungsbericht und andere Schreiben – Dokumentation** 522
Bernhard Janta und Michael Hölzer

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

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

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

I Grundlagen

1 Statt einer Einleitung: Fragen an die stationäre Psychotherapie

Michael Hölzer, Wolfgang Wöller und Götz Berberich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

man sich auf irgendwelchen Lorbeeren ausruhen könnte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

2 Frühgeschichtliches – Zur Entwicklung der stationären Psychotherapie

Paul L. Janssen

Zusammenfassung

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

2.1 Historisches zum Verhältnis von Psychiatrie und Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

- die Entwicklung der therapeutischen Gemeinschaft

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

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

2.2 Konzepte der therapeutischen Gemeinschaft

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Psycho- und gruppenanalytisch begründete Konzepte stationärer Psychotherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Internistisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Modelle

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

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

Sinne des Grundgedankens der integrativen Psychosomatik zu verbessern.

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

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

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

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

2.5 Stationäre Verhaltenstherapie

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

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

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

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

2.6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation

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

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

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

2.7 Fazit

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

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

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

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

Literatur

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

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

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

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

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