

Psychotherapie in der stationär-psychiatrischen Versorgung

Psychotherapy in psychiatric inpatient care

Hermann Spießl¹, Bettina Hübner-Liebermann¹,
Rita Schmid¹, Clemens Cording¹, Lothar Adler²

Zusammenfassung

Die Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DGPPN-BADO) aller allgemeinpsychiatrischen Patienten mit einer ICD-10-Diagnose F2 - F6 in den Jahren 2000 bis 2004 (n=11.947) wurden hinsichtlich Art und Häufigkeit der angewandten Psychotherapieverfahren analysiert. Einflussfaktoren auf die Indikationsstellung und das Outcome wurden über Regressionsmodelle evaluiert. 57,0% der Patienten wurden psychotherapeutisch behandelt, in 33,1% mit supportiver Psychotherapie; spezielle Psychotherapiemethoden wurden in 0,9 bis 5,8% angewendet. Psychoedukation erfolgte am häufigsten bei Patienten mit F2- und F3-Diagnosen. 49,6% der Patienten wurde eine psychotherapeutische Weiterbehandlung nach Klinikentlassung empfohlen, meist eine supportive Psychotherapie (22,0%), eine Verhaltenstherapie (6,1%) oder eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie (4,0%). Als Weiterbehandler wurde in 46,5% der Fälle ein niedergelassener Psychiater/Nervenarzt, in 3,4% ein psychologischer Psychotherapeut, in 3,0% ein ärztlicher Psychotherapeut und in 0,5% eine psychosomatische Klinik empfohlen.

Schlüsselwörter Psychotherapie – Psychiatrie – Psychosomatik – psychiatrische Klinik – Versorgungsforschung

Summary

Based upon a sample of 11,947 patients in general psychiatry with an ICD-10: F2-F6 diagnosis, assessed between 2000 and 2004 by means of basic psychiatric documentation (DGPPN-BADO), type and frequency of the psychotherapies used as well as factors influencing both indication and outcome were investigated. Psychotherapy was performed in 57,0% of the cases (in 33,1% as a supportive psychotherapy); special techniques of psychotherapy such as behaviour therapy or psychodynamic psychotherapy were performed in 0,9 to 5,8%. Psychological education was most frequently applied in patients with a F2 and F3 diagnosis, respectively. An ongoing psychotherapeutic treatment following discharge was recommended to 49,6% of the patients, mostly supportive psychotherapy (22,0%), behaviour therapy (6,1%) or psychodynamic psychotherapy (4,0%). Psychotherapeutic care following discharge is performed in 46,5% of the cases by a private office psychiatrist, in 3,4% by a psychotherapist (physician), in 3,0% by a psychotherapist (psychologist) and in 0,5% by a psychosomatic hospital.

Keywords psychotherapy – psychiatry – psychosomatic – psychiatric hospital – health care research

Einleitung

Die psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung in Deutschland wird von Vertretern der „Psychiatrie und Psychotherapie“ und der „Psychosomatik und Psychotherapie“ seit Jahren kontrovers beurteilt (Bauer und Kächele, 2005; Berger, 2004a; DGPPN, 1997; Janssen et al., 1997, 1999). Die Diskussion betrifft sowohl den ambulanten (Roth-Sackenheim, 2003) als auch den stationären Sektor (Berger, 2004b). Die in Deutschland vorliegende, weltweit einmalige – und von Fachvertretern der Psychosomatik als vorbildlich dargestellte (Bauer und Kächele, 2005) – doppelte Versorgungssituation ist gekennzeichnet durch eine außerhalb der psychiatrischen Versorgung zusätzlich bestehende psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung mit über 11.000 Betten im Rehabilitationsbereich und fast 5.000 Betten im Akutbereich (Koch und Schulz, 1999). Der im „Janssen-Gutachten“ (Janssen et al., 1999) konstatierte Mangel an psychotherapeutischen Betten und die geforderte Errichtung neuer psy-

chosomatischer Abteilungen bzw. das Verlangen der Psychosomatischen Rehabilitationskliniken nach Akut-Betten führte zu umfassenden Erhebungen in den Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Wolfersdorf, 1999; Wolfersdorf et al., 2001; Wolfersdorf und Dose, 2004). Das wesentliche Ergebnis war, dass in den Regelversorgungskliniken und –abteilungen für „Psychiatrie und Psychotherapie“ Psychotherapie ein integraler Bestandteil des Behandlungsangebotes ist und dafür ausreichende Betten zur Verfügung stehen (Wolfersdorf et al., 2001).

Das Diagnosespektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken (Hübner-Liebermann et al., 2000; Wolfersdorf et al., 2001) und das psychosomatisch-psychotherapeutischer Akut- (Tritt et al., 2003) und Reha-Kliniken (Koch und Schulz, 1999) ist – mit Ausnahme der Diagnosegruppen F0, F1 und F2 – dabei ähnlich. Nachdem wir im Rahmen der o.g. Diskussion bereits eine Erhebung der Psychotherapie in der psychiatrisch-

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

² Ökumenisches Hainich-Klinikum gGmbH Mühlhausen/Thüringen

psychotherapeutischen Klinik für die Jahre 1995 bis 1999 vorgelegt haben (Hübner-Liebermann et al., 2002), sollte die aktuelle Evaluation für die Jahre 2000 bis 2004 folgende Fragestellungen beantworten:

1. Wie viele Patienten werden in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik mit den jeweiligen Psychotherapie-Verfahren behandelt?
2. Welche Prädiktoren gibt es für die Anwendung der jeweiligen Psychotherapie-Verfahren?
3. Welchen Einfluss haben die verschiedenen Behandlungsverfahren auf das Behandlungsergebnis?
4. Welche psychotherapeutische Weiterbehandlung erfolgt nach der Klinikentlassung?
5. Welche Prädiktoren gibt es für die Weiterbehandlung in einer psychosomatischen Klinik?

Methode

Die Studie basiert auf den in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik routinemäßig erhobenen Daten der Basisdokumentation (DGPPN-BADO) von 11.947 Patientenaufnahmen mit den ICD-10-Diagnosen F2 bis F6 in den Jahren 2000 bis 2004.

Stichprobe

In der Analysestichprobe waren 55,0% Frauen und 45,0% Männer. Sie waren bei Aufnahme im Mittel 42,8 Jahre alt (SD=15,7, Median=41); das Ersterkrankungsalter lag im Mittel bei 30,8 Jahren (SD=16,2, Median=26). 85,2% waren in freiwilliger Behandlung, 11,1% nach Betreuungsrecht bzw. Unterbringungsgesetz untergebracht. Die häufigsten Diagnosen innerhalb der jeweiligen Diagnosegruppen F2 bis F6 (Tab. 1) waren: F20 (31,1%), F25 (5,7%); F31 (5,9%), F32 (12,4%), F33 (10,3%); F43 (13,5%); F50 (0,4%); F60 (12,9%). In 17,3% der Fälle war die psychische Störung erstmals aufgetreten, bei 80,1% lag eine Verschlechterung oder ein Wiederauftreten der Erkrankung vor. Die Erkrankungsdauer betrug im Mittel 12,1 Jahre (SD=11,5, Median=9). Bei 29,1% der Patienten bestand Suizidalität bei Aufnahme. Der Schweregrad der psychischen Erkrankung (CGI) bei Aufnahme wurde im Mittel auf 6,0 (SD=0,9, Median=6), entsprechend „deutlich krank“, geschätzt. Der mittlere Beurteilungswert der psychosozialen Leistungsfähigkeit (GAF) bei Aufnahme entsprach mit 38,8

(SD=15,0, Median=40) einer „starken Beeinträchtigung“. Die fallbezogene Verweildauer aller Patienten („Case-mix“) betrug im Mittel 36,7 Tage (SD=40,5, Median=26). Die Effektstärken der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung waren hoch bis sehr hoch (Tab. 1).

Instrument

Mit der DGPPN-BADO (Cording et al., 1995; Hübner-Liebermann et al., 2000) werden im Routinebetrieb für jeden stationären Patienten mehr als 70 soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen erhoben. Psychotherapie wird mittels der Variablen „Psychotherapie während der stationären Behandlung“ und „vorgesehene Psychotherapie nach Klinikentlassung“ dokumentiert. Folgende Psychotherapieverfahren können kodiert werden (Hübner-Liebermann et al., 2000): keine Psychotherapie, supportive Psychotherapie, (kognitive) Verhaltenstherapie, kognitive Rehabilitation (kognitives Training, IPT), Psychoedukation, interpersonelle Psychotherapie, spezifische Suchttherapie, Gesprächspsychotherapie (nach Rogers), Entspannungstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte/analytische Therapie und andere Psychotherapieverfahren. Mit der Variablen „Probleme bei Psychotherapie“ können mangelnde Compliance, Verschlechterung, Abbruch (durch den Therapeuten) oder andere Probleme kodiert werden. Darüber hinaus wird in zwei weiteren Variablen die jeweilige Institution einer bei Bedarf empfohlenen ambulanten bzw. stationären psychotherapeutischen Weiterbehandlung erfasst.

Statistische Analyse

Die Datenanalyse erfolgte mit den Statistik-Softwarepaketen SAS und SPSS. Neben der Anwendungshäufigkeit der einzelnen Psychotherapieverfahren während und nach der stationären Behandlung wurden Prädiktoren für die Indikationsstellung zur Psychotherapie mittels logistischer Regressionsanalysen (Rückwärtsverfahren) identifiziert. Die Effektstärken (GAF bei Entlassung minus GAF bei Aufnahme, geteilt durch deren Standardabweichung) der stationär-psychiatrischen Behandlung wurden diagnosespezifisch berechnet. Einflussfaktoren auf den Outcome-Parameter „Psychosoziale Leistungsfähigkeit“ (GAF) wurden für die Gesamtstichprobe und diagnosespezifisch mittels multipler linearer Regressionsanalysen ermittelt.

Tabelle 1: Häufigkeiten, Verweildauern und Effektstärken bei den Diagnosegruppen F2 bis F6 in den Jahren 2000 bis 2004 (n=11.947)

Diagnosegruppe	Häufigkeit (%)	Verweildauer (MW, in Tagen)	Verweildauer (Median, in Tagen)	Effektstärke
F2	39,0	43,1	33,0	1,15
F3	29,2	41,1	32,0	1,28
F4	16,9	20,3	9,0	1,01
F5	0,6	40,3	24,0	0,74
F6	14,2	29,3	13,0	0,81

Effektstärke: MW (Δ GAF) : SD (Δ GAF); MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Ergebnisse

Insgesamt 57,0% der Patienten wurden psychotherapeutisch behandelt, bei 43,0% erfolgte „keine Psychotherapie“, d. h. lediglich unspezifische ärztlich-therapeutische Gespräche ohne regelmäßige Termine und festes Setting. Am häufigsten erfolgte eine supportive Psychotherapie (33,1%). Spezielle Psychotherapieverfahren (wie Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie oder tiefenpsychologische Verfahren) wurden in 0,9 bis 5,8% der Fälle angewendet (Abb. 1). Probleme bei der Psychotherapie waren selten: mangelnde Compliance 4,4%, Verschlechterung 0,1% und Abbruch durch den Therapeut 0,1%.

Positive Prädiktoren für eine (supportive oder spezielle) Psychotherapie waren u. a. freiwillige Aufnahme (Odds Ratio =1,8), länger dauernde Symptomatik (OR=1,7), Einweisung ohne ärztliche Empfehlung (OR=1,5), mindestens Hauptschulabschluss (OR=1,3), nicht alleinlebend (OR=1,3) und Psychotherapie vor Aufnahme (OR=4,5). Als negativer Prädiktor ergab sich u. a. eine F2-Diagnose (OR=0,4). Die aufgeklärte Varianz betrug 24,2% (Tab. 2).

Die verschiedenen Psychotherapieverfahren kamen bei den jeweiligen Diagnosegruppen unterschiedlich häufig zum Einsatz (Tab. 3). In den meisten Fällen waren die jeweiligen Diagnosen aber nicht prädiktiv für eine bestimmte Psychotherapieform (Tab. 4). Eine Psychoedukation erfolgte am häufigsten bei Patienten mit F2-Diagnosen (Odds Ratio=3,0) und F3-Diagnosen (OR=3,6). Eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie fand überproportional häufig bei F5-Diagnosen (OR=3,5) statt. Bei Patienten mit einer F2-Diagnose wurden Verhaltenstherapie (OR=0,5), tiefenpsychologisch fundierte

Therapie (OR=0,3) und supportive Psychotherapie (OR=0,6) seltener angewendet.

Bei der Analyse der Einflussfaktoren auf die Besserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (Δ GAF) zeigten die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen bei den jeweiligen Diagnosegruppen unterschiedliche Effekte (Tab. 5). Bei differenzierter Betrachtung der verschiedenen Psychotherapieverfahren bei den jeweiligen Diagnosegruppen erwies sich keine Methode als generell positiver Prädiktor für die Besserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (Δ GAF); nur in wenigen Fällen konnten Psychotherapieverfahren als Prädiktoren identifiziert werden (Tab. 6).

In 49,6% der Fälle wurde eine psychotherapeutische Weiterbehandlung nach der Klinikentlassung empfohlen, meist eine supportive Psychotherapie (22,0%); spezielle Psychotherapieverfahren wurden in 0,4 bis 6,1% der Fälle empfohlen (Abb. 2).

Zur Weiterbehandlung wurde in 46,5% der Fälle ein niedergelassener Psychiater/Nervenarzt, in 3,4% ein psychologischer Psychotherapeut, in 3,0% ein ärztlicher Psychotherapeut und in 0,5% eine psychosomatische Klinik empfohlen. Prädiktoren für die Weiterbehandlung in einer psychosomatischen Klinik waren: F5-Diagnose (OR=9,3; $p < 0,001$), keine Neuroleptika während des Aufenthaltes (OR=0,2; $p < 0,001$), höherer Schulabschluss (OR=2,6; $p = 0,007$), jüngerer Alter (OR=1,04; $p = 0,013$), soziotherapeutische Verfahren (OR 2,8; $p = 0,057$) und Antidepressiva während des Aufenthaltes (OR=1,9; $p = 0,069$); die aufgeklärte Varianz betrug 12,8%.

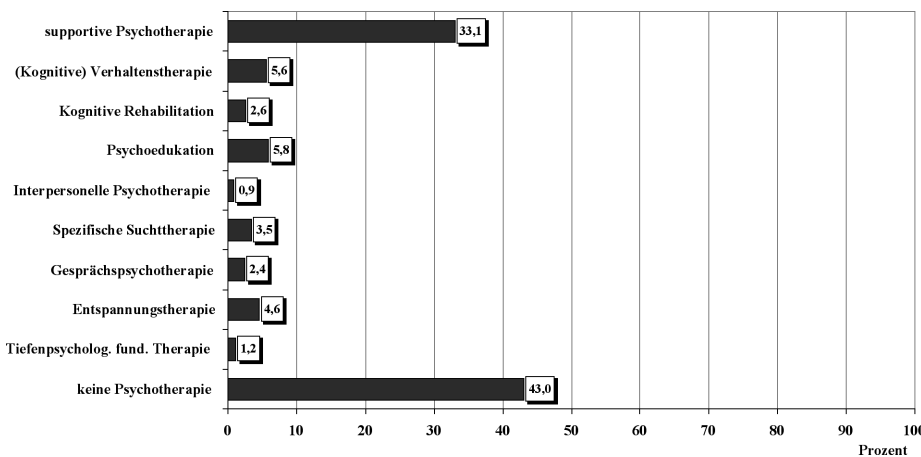


Abbildung 1: Häufigkeit von Psychotherapie während der stationär-psychiatrischen Behandlung in den Jahren 2000 bis 2004 (n=11.947)

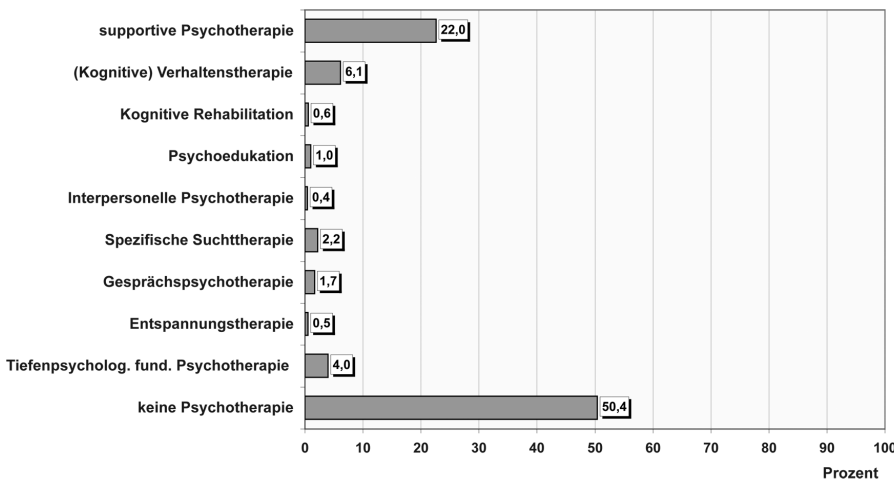


Abbildung 2: Empfohlene Psychotherapie nach der stationär-psychiatrischen Behandlung (n=11.947)

Tabelle 2: Prädiktoren für „Psychotherapie“ während der stationär-psychiatrischen Behandlung in den Jahren 2000 bis 2004 (n=11.947)

Prädiktoren	Odds Ratio	Signifikanz (p)
Psychotherapie vor Klinikaufnahme	4,524	0,000
Diagnosegruppe F2	0,407	0,000
Rechtsgrund „freiwillig“	1,789	0,000
Symptomatik länger als 1 Woche	1,689	0,000
Einweisung ohne ärztliche Empfehlung	1,469	0,000
Mindestens Hauptschulabschluss	1,317	0,000
Nicht alleinlebend	1,306	0,000
Erstaufnahme	1,243	0,003
Jüngeres Alter	1,005	0,011
Rechtsgrund „Unterbringungsgesetz“	0,358	0,019
Suizidalität vor Aufnahme	1,193	0,021
Weibliches Geschlecht	1,015	0,024
Diagnosegruppe F4	0,841	0,076

Tabelle 3: Anwendungshäufigkeit der verschiedenen Psychotherapieverfahren bei den Diagnosegruppen F2 bis F6 in den Jahren 2000 bis 2004 (n=11.947)

Diagnose- gruppe	Verhaltens- therapie	Psycho- edukation	tiefenpsych. fund. Ther.	supportive Psychotherapie
F2	3,7%	6,4%	0,5%	22,4%
F3	6,3%	8,7%	1,1%	42,5%
F4	6,2%	2,4%	1,0%	37,6%
F5	11,3%	1,6%	6,5%	40,3%
F6	8,4%	2,5%	3,3%	37,8%

Tabelle 4: Diagnosen als Prädiktoren für die Anwendung von Psychotherapie während der stationär-psychiatrischen Behandlung in den Jahren 2000 bis 2004 (n=11.947)

Diagnose- gruppe	Verhaltens- therapie	Psycho- edukation	tiefenpsych. fund. Ther.	supportive Psychotherapie
F2	0,5***	3,0***	0,3**	0,6***
F3	n.s.	3,6***	n.s.	n.s.
F4	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
F5	n.s.	n.s.	3,5*	n.s.
F6	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Odds Ratios der jeweiligen logistischen Regressionsanalysen; * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001; n.s. = nicht signifikant

Tabelle 5: Behandlungsmaßnahmen als Prädiktoren der Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (GAF) bei den Diagnosegruppen F2 bis F6 in den Jahren 2000 bis 2004 (n=11.947)

Diagnosegruppe	Pharmakotherapie	Psychotherapie	Soziotherapie
F2	0,029*	0,071***	0,084***
F3	n.s.	0,068***	0,085***
F4	-0,054**	n.s.	0,059**
F5	n.s.	n.s.	n.s.
F6	n.s.	n.s.	0,051*

Beta-Koeffizienten der jeweiligen linearen Regressionsanalysen für F2 bis F6; * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001; n.s. = nicht signifikant

Tabelle 6: Psychotherapieverfahren als Prädiktoren der Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (GAF) bei den Diagnosegruppen F2 bis F6 in den Jahren 2000 bis 2004 (n=11.947)

Diagnose- gruppe	Verhaltens- therapie	Gesprächs- psychother.	tiefenpsych. fund. Ther.	supportive Psychotherapie
F2	0,035**	n.s.	n.s.	0,060***
F3	n.s.	n.s.	n.s.	0,086***
F4	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
F5	n.s.	n.s.	n.s.	-0,263*
F6	0,092***	-0,061**	n.s.	0,040*

Beta-Koeffizienten der jeweiligen linearen Regressionsanalysen für F2 bis F6; * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001; n.s. = nicht signifikant

Diskussion

Die auf den ersten Blick relativ gering erscheinende Anwendungshäufigkeit spezieller Psychotherapieverfahren in der psychiatrischen Regelversorgung im Vergleich zu einer psychosomatischen Klinik (Nübling et al., 1999) ist vor dem Hintergrund des hohen Anteils akut und schwer kranker Patienten und der kurzen Verweildauer zu sehen. Gerade die immer kürzer werdende Verweildauer – im Erhebungszeitraum im Mittel 37 Tage im Vergleich zu 57 Tage in einer psychosomatischen Akutklinik (Tritt et al., 2003) – erschwert eine längerfristige, über eine Krisenintervention hinausgehende spezielle Psychotherapie.

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik haben entsprechend ihrer Klientel mit eingeschränkter Psychotherapiefähigkeit (Hocke et al., 1997; Hubschmid, 1993) – „unspezifische“ ärztlich-therapeutische Gespräche und die sog. supportive Psychotherapie (Rössler, 2004; Wöller et al., 1996) einen hohen Stellenwert. Dass diese Therapieverfahren im Rahmen eines komplexen Therapieansatzes gemeinsam mit den in der psychiatrischen Klinik üblichen psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Maßnahmen effektiv sind (Huber, 2005), belegen die gefundenen (sehr) hohen Effektstärken, die den Vergleich mit anderen psychiatrischen Kliniken (Härter et al., 2004) und insbesondere psychosomatischen Kliniken (Nübling et al., 1999; Tritt et al., 2003) nicht zu scheuen brauchen. Die stationäre Behandlung erscheint zudem in fast allen Fällen ausreichend, da nur 0,5% der Patienten eine Weiterbehandlung in einer psychosomatischen Klinik empfohlen wird.

Gerade die supportive Psychotherapie mit ihrer Schutz- und Haltefunktion erscheint für die akut und schwer kranken Patienten einer psychiatrischen Fachklinik mit F2-, F3- und F6-Diagnosen besonders geeignet, da diese teils akut über kein „vernünftiges Ich“ verfügen, teils Ich-Schwäche, eine geringe Introspektionsfähigkeit oder Störungen in der Affektregulation aufweisen und/oder eine geringe Psychotherapiefähigkeit bzw. -motivation zeigen, die ein tragfähiges Arbeitsbündnis erschweren (Wöller et al., 1996). Da die Wirksamkeit einer supportiven Therapie belegt ist (Rössler, 2004; Wöller et al., 1996), sollte diese gerade in der Versorgung chronisch psychisch Kranker einen höheren Stellenwert bekommen (Rössler,

2004; Winston et al., 1986). Stützende Gespräche mit dem Arzt / Psychologen haben auch aus Sicht der Patienten eine größere Bedeutung als spezielle Psychotherapieverfahren (Spießl et al., 2002). Psychotherapeutische Gespräche und nicht nur eine rein medikamentöse Behandlung gehören auch zu den wichtigsten Erwartungen von Angehörigen stationär-psychiatrischer Patienten (Spießl et al., 2004).

Unsere Daten belegen erneut (Hübner-Liebermann et al., 2003), dass Psychotherapie bei der Mehrheit der Patienten ein integraler Bestandteil des stationären Komplexbehandlungsprogramms ist. Nach Wolfersdorf und Mitarbeiter steht bei etwa 40% der Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken die Psychotherapie im Zentrum der Behandlung (Wolfersdorf et al., 2001). Konsequenterweise ist die Psychotherapie ein wesentlicher Baustein in der Facharztweiterbildung (Berger und Hohagen, 1994). Die „Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie“ hat also in weiten Bereichen der Regelversorgung schon stattgefunden, kann aber in Richtung einer störungsspezifischen Psychotherapie (in Kombination mit Psychopharmakotherapie) noch weiter ausgebaut werden (Cording und Klein, 1998).

Im Gegensatz zur psychosomatischen Klinik hat die psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilung und Klinik den Vorteil einer „gemeindenahen“ und vor allem ohne Wartezeiten stets verfügbaren und auch schwer Kranken zugänglichen Psychotherapie mit nachfolgend besseren Möglichkeiten der Rehabilitation und Wiedereingliederung durch die Vernetzung mit anderen Einrichtungen, wie z. B. den Sozialpsychiatrischen Diensten, durch den Einbezug der Angehörigen und durch eine längerfristige ambulante Nachbehandlung über die Institutsambulanz (Wolfersdorf und Dose, 2004). Die psychotherapeutische Versorgung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken ist zudem ein Beitrag zur Vermeidung einer „Zwei-Klassen-Psychiatrie“ mit Benachteiligung der schwerer Kranken und vielleicht auch zur Entschärfung des Stigma-Problems (Berger, 2004b; Voderholzer, 2004), wenn leichter und schwerer Kranke unabhängig von der Art ihrer psychischen Störung in derselben Fachklinik oder Abteilung gemeindenah behandelt werden.

Literatur

- Bauer J, Kächele H (2005): Das Fach „Psychosomatische Medizin“: Seine Beziehungen zur Neurobiologie und zur Psychiatrie. *Psychotherapie* 10:14-20
- Berger M (2004a): Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Unter besonderer Berücksichtigung des Faches “Psychiatrie und Psychotherapie”. *Nervenarzt* 75:195-204
- Berger M (2004b): Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 75:832-839
- Berger M, Hohagen F (1994): Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. *Psycho* 20:334-341
- Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD, Geiselhart H, John U, Netzold DW, unter Mitarbeit von Spindler P und Krischker S (1995): Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 24:3-41
- Cording C, Klein HE (1998): Memorandum zum Psychotherapeutengesetz. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 27:104-105
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (1997): Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Berlin: Springer
- Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Schell G, Stieglitz R-D, Wolfersdorf M, Felsenstein M, Berger M (2004): Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. *Nervenarzt* 75:1083-1091
- Hocke V, Schmidtke A, Mangold R, Weinacker B (1997): Psychotherapiepatienten in der psychiatrischen Klinik: Selektion schwerer Fälle? In: Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Wien: Springer, 374-381
- Huber TJ (2005): Stationäre Depressionsbehandlung. Soll man Psychotherapie und Medikamente kombinieren? *Nervenarzt* 76:270-277
- Hubschmid T (1993): Psychotherapie in der psychiatrischen Institution – über Therapie am anderen Pol des diagnostischen Spektrums. *Psychiatr Prax* 20:141-144
- Hübner-Liebermann B, Spießl H, Spindler P, Cording C (2000): Verbesserte Erfassung des Behandlungsprozesses mit einer modifizierten BADO. *Krankenhauspsychiatrie* 11:102-104
- Hübner-Liebermann B, Spießl H, Cording C (2002): Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik. *Nervenarzt* 73:1075-1081
- Janssen PL, Kächele H, Rüger U, Schneider W (1997): Nach-Denken tut Not. Gegendarstellung zum Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM). *Psychotherapeut* 42:244-255
- Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999): Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zu Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart: Schattauer
- Koch U, Schulz H (1999): Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland. Hamburg: Abt. für Medizinische Psychologie der Universität Hamburg-Eppendorf
- Nübling R, Schmidt J, Wittmann WW (1999): Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. *Psychother Psychol Med* 49:343-353
- Roth-Sackenheim (2003): Qualifizierte ambulante Versorgung psychisch Erkrankter durch fehlgeleitete Ressourcenverteilung nur noch Utopie. *Nervenarzt* 74:1057-1065
- Rössler W (2004): Supportive Psychotherapie In: Rössler W (Hrsg.): *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer, S. 134-145
- Spießl H, Leber C, Kaatz S, Cording C (2002): Was erwarten Patienten von einer psychiatrischen Abteilung? *Psychiatr Prax* 29:417-419
- Spießl H, Schmid R, Vukovich A, Cording C (2004): Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. *Nervenarzt* 75:475-482
- Tritt K, von Heymann F, Loew TH et al. (2003): Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse der Psy-BaDo-PTM. *Psychotherapie* 8:244-251
- Voderholzer U (2004): Psychiatrische und psychosomatische Kliniken aus Sicht der Patienten. *Nervenarzt* 75:313-315
- Winston A, Pinsker H, McCullough L (1986): A review of supportive psychotherapy. *Hosp Community Psychiatry* 37:1105-1114
- Wöllner W, Kruse J, Alberti L (1996): Was ist supportive Psychotherapie? *Nervenarzt* 67:249-252
- Wolfersdorf M (1999): Stationen für Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin an bayerischen Bezirkskrankenhäusern. *Krankenhauspsychiatrie* 10:66-71
- Wolfersdorf M, Dose M (2004): Psychotherapie-/Psychosomatik-Betten in bayerischen Bezirkskrankenhäusern – zum aktuellen Sachstand 2004. *Krankenhauspsychiatrie* 15:161-167
- Wolfersdorf M, Weishaupt-Langer G, Oschinsky M, Adler L (2001): Stationäre Psychotherapie in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. *Krankenhauspsychiatrie* 12:138-144

Kontaktadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Hermann Spießl
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik
 und Psychotherapie der Universität am
 Bezirksklinikum Regensburg
 Universitätsstr. 84 • 93053 Regensburg
 Tel.: 0941/941-1604 • Fax: 0941/941-1013
 E-Mail: hermann.spiessl@medbo.de