

Stationen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den bayerischen Bezirkskrankenhäusern

Psychosomatic and psychotherapeutic wards affiliated to district hospitals in Bavaria, South of Germany

Thomas Schmelter

Zusammenfassung

Dargestellt werden Entwicklung und Funktion der Stationen für Psychosomatik und Psychotherapie an den bayerischen Bezirkskrankenhäusern. Qualifizierte psychotherapeutische Behandlungsangebote werden dort als Teil des Versorgungsauftrags der Bezirkskrankenhäuser aufgefasst. Die Nähe zum Wohnort der Patienten sowie die enge Verbindung zur psychiatrischen Klinik bieten besondere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Der bayerische Krankenhausplan Psychosomatik aus dem Jahr 2004 weist aus, dass an den Bezirkskrankenhäusern nahezu 50 % des Bedarfs an qualitätsgeprüften Betten für Psychosomatik und Psychotherapie vorgehalten werden. Hinsichtlich der dort behandelten Klientel ergeben sich deutliche Überschneidungen zu anderen Kliniktypen für die Psychosomatik. Wünschenswert ist weitere Versorgungsforschung auf diesem Gebiet.

Schlüsselwörter stationäre Psychotherapie – stationäre Psychosomatik – Bedarfsplanung – Versorgungsforschung

Summary

This article presents a review of the development and relevance of psychosomatic and psychotherapeutic wards in Bavarian district hospitals. Qualified psychotherapeutic facilities are considered part of the primary care task of these district hospitals. Both their location near the patient's residence and their close affiliation to the psychiatry department provide specific diagnostic and therapeutic opportunities. Pursuant to the 'Bavarian psychosomatic hospitals plan' (2004) the district hospitals will cover nearly 50% of the certified places required for psychosomatics and psychotherapy. According to the group of patients treated in these hospitals, there are significant overlaps to other types of psychosomatic clinics. Therefore, further research on health care in this area is needed.

Keywords in-patient psychotherapy – in-patient psychosomatics – demand planning – health service research

Zur Entwicklung

Die Entwicklung von Psychotherapeutischer Medizin und Psychosomatik in Deutschland steht in engem Zusammenhang mit der besonderen Geschichte der Psychiatrie des letzten Jahrhunderts. In Deutschland wurde psychotherapeutisches Denken, insbesondere die Entwicklungen der Psychoanalyse, kaum in den psychiatrischen Diskurs aufgenommen. Etwa bestehende Ansätze kamen durch Radikalisierungen der NS-Psychiatrie ganz zum Erliegen. Auch nach dem Krieg bestand die Dichotomie zwischen Psychiatrie einerseits und Psychosomatik/Psychotherapie fort. Andere, verbindende Entwicklungen, wie etwa in der Schweiz oder in Österreich, fanden nicht statt (Küchenhoff und Kern, 1998).

Pfäfflin (2000) weist darauf hin, dass es in Deutschland innerhalb der Psychiatrie keine Kompetenz für die Behandlung psychosomatisch bzw. neurotisch-psychoreaktiv erkrankter Menschen gegeben habe. Dies habe dazu geführt, dass entsprechende Behandlungen eher bei Internisten nachgefragt worden seien und Psychosomatische Medizin eine besondere Nähe zur Inneren Medizin gefunden habe. Die psychiatrische Mangelversorgung, die mit der Psychiatrie-Enquête 1975 (Dt. Bundestag, 1975) öffentliche Wahrnehmung fand, machte gerade in den psychiatrischen Kliniken große Anstrengungen

notwendig, um die bestehenden Defizite aufzuholen und Anschluss an die somatische Medizin zu finden (Wolfersdorf et al., 2002). Die Verbesserung der Versorgungszustände in den sog. Großkrankenhäusern und die Schaffung adäquater Therapieangebote waren wichtige Themen der psychiatrischen Entwicklung nach 1975. Psychotherapeutische Kompetenz gehörte zu dieser Zeit nicht selbstverständlich zum Ausbildungsgang eines Facharztes für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde, aber auch nicht zur Weiterbildung eines Internisten. Die Weiterbildungsordnung sah die sog. Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ als fakultative Module zum Erwerb entsprechender Kompetenz vor.

Erst die Weiterbildungsordnung von 1993 führte hier zu einer grundlegenden Veränderung: psychotherapeutische Qualifikation wurde obligater Bestandteil der Weiterbildung zum Psychiater, der seitdem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie heißt. Gleichzeitig wurde mit dem Arzt für Psychotherapeutische Medizin eine ganz neue Facharztbezeichnung geschaffen. Beides zusammen stellte eine deutliche Aufwertung psychotherapeutisch-psychosomatischer Kompetenz innerhalb des Facharztspektrums dar. Diese Entwicklung ist darüber hinaus auch als Reaktion auf die bereits zu dieser Zeit laufende Dis-

kussion über ein Psychotherapeutengesetz zu verstehen, mit dessen Verabschiedung 1999 Psychologische Psychotherapeuten approbiert werden und an der Kassenversorgung teilnehmen können.

Der fachlichen Entwicklung entsprach auf der institutionellen Ebene die Entstehung eines besonderen, differenzierten Krankenhauswesens: Neben Abteilungen für Akut-Psychosomatik an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken mit enger Verbindung zur Inneren Medizin, waren Kliniken für Psychosomatische Rehabilitation in privater Trägerschaft oder der Rentenversicherung entstanden, zusätzlich zu den psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten der psychiatrischen Kliniken. Die Stationen für Psychosomatik und Psychotherapie der bayerischen Bezirkskrankenhäuser¹, deren Funktion hier weiter skizziert werden soll, sind also Teil einer heterogenen, durchaus unübersichtlichen Krankenhausversorgungslandschaft zur Behandlung psychosomatischer Störungsbilder (Wolfersdorf et al., 2003).

Die psychiatrische Aufbruchs- und Modernisierungsbewegung zeigte sich auch in der zunehmenden Gründung spezialisierter Stationen bzw. Abteilungen für Psychotherapie/Psychosomatik an den bayerischen Bezirkskrankenhäusern. Dieser Prozess der Implementierung fand schrittweise statt, je nach den lokalen Gegebenheiten des jeweiligen Bezirkskrankenhauses, aber auch abhängig von umgebenden Versorgungsstrukturen und regionalen Versorgungsnotwendigkeiten. Dieser Prozess war ein wichtiger Fortschritt zur Überwindung der zuvor eher psychotherapiefeindlichen Grundhaltung der alten „Nervenkrankenhäuser“. Die Konzepte spezifischer stationärer Psychotherapie leisteten einen wesentlichen Beitrag zu einer integrativ-methodenpluralistischen Sichtweise und therapeutischen Praxis in psychiatrischen Kliniken und trugen so zur Überwindung der in der deutschen Psychiatriegeschichte so typischen Aufspaltung in klassische Psychiatrie und Psychotherapie bei (Wolfersdorf, 1999). Dabei war die Ausdifferenzierung von methoden- oder behandlungsspezifischen Behandlungsverfahren nicht auf Psychotherapiestationen beschränkt. In diesen Entwicklungsprozess gehören ebenso die in diesem Zeitraum entstandenen Stationen für qualifizierte Entgiftung und Motivation Suchtkranker, insbesondere aber auch die Schaffung von Depressionsstationen, die neben psychopharmakologischer Behandlung ein hoch differenziertes und qualifiziertes diagnosespezifisches Behandlungsprogramm vorhalten (Wolfersdorf, 1997).

In einer Umfrage vom Juli 1998 an 24 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an den bayerischen Bezirkskrankenhäusern wurde nach dem Vorhandensein von Psychotherapiestationen gefragt. Von den 22 antwortenden Kliniken verfügten 19 (86 %) über spezielle „Psychotherapiestationen“ bzw. „Stationen für Psychotherapie und Psychosomatik“, 13 Kliniken (59 %) über störungsspezifische „Depressionsstationen“ und 20 (91 %) über Stationen für „erweiterte Suchtkrankenbehandlung“ (Wolfersdorf, 1999).

Im Zuge dieser Entwicklung entstanden zunehmend Vernetzung und Kooperation: Seit Beginn der 1990er Jahre finden

jährlich Arbeitstreffen der Teammitglieder der Psychotherapiestationen statt.² Die Treffen, unter Beteiligung aller Berufsgruppen der psychotherapeutischen Stationsteams, haben für die stationäre Behandlung relevante Fortbildungsthemen zum Inhalt, dienen insbesondere aber auch dem Erfahrungsaustausch zu stationären Behandlungsproblemen und Fragen, die der therapeutische Alltag mit sich bringt (Janssen, 2004).

1999 konstituierte sich der „Arbeitskreis der Leiterinnen und Leiter der Stationen für Psychosomatik und Psychotherapie an den Bayer. Bezirkskrankenhäusern“ mit dem Ziel, die fachliche Entwicklung der Abteilungen zu fördern und deren Interessen innerhalb der Bezirkskrankenhäuser, aber auch nach außen zu vertreten und darzustellen.

Zum Selbstverständnis

In einem Konsensuspapier „Zur Stellung und Bedeutung der spezialisierten Psychotherapiestationen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der bayerischen Bezirkskrankenhäuser“ wurden 2001 wesentliche Aspekte der Funktion und des Selbstverständnisses dieser Abteilungen formuliert (Bechter et al., 2001):

Aufgabe der Stationen für Psychosomatik und Psychotherapie ist es, Patienten mit den verschiedenartigsten reaktiven bzw. psychogenen Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie psychosomatischen Krankheiten sowohl bei akuten als auch länger dauernden chronischen Krankheitszuständen qualifiziert zu behandeln. Dabei verstehen sich diese Stationen als Spezialstationen, gleichzeitig jedoch als Bestandteil der psychiatrischen Gesamtklinik. Dies ermöglicht organisatorisch unkomplizierte, dem jeweiligen Zustand des Patienten im Verlauf rasch anzupassende therapeutische Maßnahmen und die Anwendung auch langfristig zu planender Therapiekonzepte. So können flexibel individuelle „Behandlungsketten“ geplant werden: etwa wenn ein akut suizidaler Patient nach einer häuslichen Konfliktsituation anfangs einer engen Überwachung auf einer psychiatrischen Station bedarf. Sollte sich eine Indikation zu intensiver stationärer Psychotherapie herausstellen, ist so eine nahtlose, qualifizierte Weiterbehandlung „unter einem Dach“ möglich. Genauso kann etwa bei einem Borderline-Patienten initial eine Entgiftungsbehandlung auf einer entsprechenden Entgiftungs- und Motivationsstation Voraussetzung sein, um eine Behandlung der Persönlichkeitsstörung auf der Psychotherapiestation zu beginnen. Aber auch in umgekehrter Richtung: krisenhafte Zuspitzungen können, in der Regel unter Fortführung der Behandlung durch den Bezugstherapeuten der Psychotherapiestation, kurzfristig die Verlegung auf eine Krisenstation erforderlich machen, ohne dass hierzu ein Wechsel in ein anderes Krankenhaus nötig wäre. Dies sind Beispiele dafür, dass psychiatrische Kompetenz und Behandlungsmöglichkeiten für das Gelingen einer stationären Psychotherapie äußerst hilfreich sein können. Diese Funktionen nehmen die Psychiatrischen Versorgungskrankenhäuser selbstverständlich auch bei zugespitzten Krisen wahr, wenn Patienten in Psychosomatischen Fachkliniken wegen Dekompensation nicht mehr weiterzubehandeln sind.

¹ Die Bezirke sind in Bayern Träger der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskrankenhäuser.

² Damals initiiert von der 1980 in Günzburg eröffneten und damit ältesten Psychotherapiestation an einem Bezirkskrankenhause.

Genauso werden natürlich Patienten mit einer Indikation zur stationären psychotherapeutischen Behandlung direkt auf die Stationen für Psychosomatik und Psychotherapie eingewiesen. Die Nähe zum Wohnort ist hier ein besonderer Vorteil. Die Spezialstationen profitieren in ihrer Funktion in vielfältiger Weise von der Zugehörigkeit zur allgemeinen Psychiatrie. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Nutzung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten des Gesamthauses (Bechter, 2001). Zu denken ist hier neben apparativ-diagnostischen Möglichkeiten auch an den hauseigenen Internisten der Bezirkskrankenhäuser, ggf. auch an die Kooperation mit anderen Fachabteilungen der jeweiligen Klinik (Berger, 2004). Die Psychotherapie-Abteilungen tragen ihrerseits durch Erfahrungsaustausch und Weiterbildung zur Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz in der Gesamtklinik bei.

Die Stationen stehen unter Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit besonderen Erfahrungen in der Psychiatrie oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie mit besonderer Erfahrung in der Psychosomatischen Medizin. Die Arbeit der Stationsteams ist multiprofessionell, neben Psychologen wird die Rolle des Pflegepersonals besonders betont, das speziell weitergebildet sein sollte, z. B. durch die Fachpflegerausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie. Bei durchaus unterschiedlichen methodischen Ausrichtungen der jeweiligen Stationen zählen Beschäftigungs-, Kunst- bzw. Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Entspannungsverfahren, Sporttherapie und ggf. Arbeitstraining zum therapeutischen Angebot der Stationen. Die psychotherapeutische Behandlung in einem Krankenhaus mit Versorgungsauftrag bietet besondere Chancen, die Vorteile der Nähe zum Wohnort zu nutzen. Hierher gehört insbesondere die regelmäßige Einbeziehung von Angehörigen in diagnostische und therapeutische Paar- und Familiengespräche, die Möglichkeit zur prästationären Diagnostik und ambulanten Nachsorge durch Institutsambulanzen, insbesondere auch die Kooperation mit niedergelassenen Vor- und Weiterbehandlern, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Selbsthilfegruppen etc. Die Schwierigkeiten der Reintegration und ortsnahen Weiterbehandlung, wie sie bei ortsfernen psychosomatischen Behandlungen nahezu unvermeidlich entstehen, können unter den Behandlungsbedingungen der Bezirkskrankenhäuser vermieden werden

Die Bezirkskrankenhäuser haben für definierte Einzugsgebiete einen Versorgungsauftrag zur Behandlung psychischer Störungen. Die psychotherapeutischen Stationen verstehen sich als Teil dieses Versorgungsauftrages, der sich nicht auf die Behandlung organischer psychischer Störungen, Suchtkrankheiten oder Psychoseerkrankungen (F0, F1, F2) reduzieren lässt. Abgesehen davon, dass es auch für diese Diagnosegruppen spezifische Indikationen für psychotherapeutische Interventionen gibt, sehen es die Psychotherapieabteilungen als ihre Aufgabe an, bei entsprechender Indikation für die Gruppe der affektiven Störungen (F3), der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5), hier insbesondere Essstörungen, geeignete, qualifizierte Behandlungsmöglichkeiten vorzuhalten.

Stationäre Psychotherapie im Bezirkskrankenhaus bedarf geeigneter Formen der Qualitätssicherung. Die Therapiekonzepte müssen dem Stand der wissenschaftlichen Kenntnis entsprechen, sind den Fortschritten anzupassen und für spezielle Krankheitsbilder zu modifizieren. Kenntnis und Anwendung wichtiger Verfahren der psychotherapeutischen Medizin sind ebenso notwendig wie ärztlich-psychiatrisches Know-how, insbesondere Kenntnisse in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Differentialdiagnostik. Auch sind Kenntnisse der Psychopharmakologie unabdingbar. Das Konzept der Spezialstationen sollte in Bezug auf Diagnostik und Therapie integrativ formuliert werden können und entwicklungs offen sein.

Die Spezialstationen für die Psychotherapie/Psychosomatik können mit den vorhandenen personellen und finanziellen Möglichkeiten derzeit keine wissenschaftlichen Studien größeren Umfangs durchführen (Teusch und Gastpar, 2000). Die Kliniken der Grundversorgung selbst in die Lage zu versetzen, wissenschaftliche Studien durchzuführen oder in entsprechende Studien der Universitätskliniken einbezogen zu werden, wäre sehr wünschenswert. Insbesondere wäre wünschenswert, Bedeutung und langfristigen Erfolg psychotherapeutischer Konzepte unter Versorgungsbedingungen zu überprüfen. Die Autoren des Konsensuspapiers betonen darüber hinaus, die Bedeutung klinischer Erfahrung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und die Notwendigkeit, inhaltlicher und struktureller Weiterentwicklungen am Wohl des Patienten zu orientieren.

Bayerischer Krankenhausplan Psychosomatik

Wie schon zuvor in anderen Bundesländern geschehen, ermittelte Ende der 1990er Jahre auch das Bayer. Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit den Bedarf an akutstationärer Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in Bayern. Hierzu wurde von dem Ministerium gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern eine Projektgruppe einberufen, deren Aufgabe es u. a. war, den Bedarf an Kapazitäten zur akutstationären Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen zu ermitteln, ebenso wie die derzeit bereits bestehenden Kapazitäten. Die Zusammensetzung der Projektgruppe berücksichtigte insbesondere die Bereiche, in denen stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung in Bayern durchgeführt wird (Psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen von Universitätskliniken und Allgemeinkrankenhäusern, Fachkrankenhäuser für Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Rehabilitationskliniken, Universitätskliniken und Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilungen für Innere Medizin, ferner waren Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Rentenversicherung beteiligt). Die Projektgruppe nahm u. a. Bezug auf ein vom Sozialministerium in Baden-Württemberg in Auftrag gegebenes Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin (Janssen et al., 1998, 1999).

Die Projektgruppe kam Ende 1999 (Kindt et al., 1999) zu dem Ergebnis, dass, unter Zugrundelegung der analytischen Krankenhausformel, bei einem Bettennutzungsgrad von 90 % und einer angenommenen Verweildauer von 55 Tagen, in Bayern ein Bedarf von 2453 Betten für Akutpsychosomatik bestehe. Allerdings wurde festgestellt, dass das Betten-Ist für die akutstationäre Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in Bayern bei mindestens ca. 2522 liege. Dabei handelte es sich einerseits um eine Mischung von Betten in Akutkrankenhäusern (nach § 108 SGB V) und Rehabilitationseinrichtungen (nach § 111 SGB V) und andererseits um eine Mischung von Betten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen/-kliniken und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern. Allerdings seien hiervon lediglich 76 Betten in Allgemeinkrankenhäusern integriert. Nicht berücksichtigt ist hier die Zahl der stationären Behandlungsplätze, die von der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen wurden. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass jedoch nur für 770 stationäre Behandlungsplätze eine sichere Datenbasis vorliege. Es wurde deswegen eine Erhebung zur Strukturqualität der infrage kommenden Betten für Psychosomatik empfohlen. Hierzu wurden Kriterien zur Strukturqualität zu folgenden Merkmalen entwickelt: Stationsgröße, Leitungsstruktur, Personalausstattung, Hintergrunddienst, zur Verfügung stehende Diagnostik, zur Verfügung stehendes Therapieangebot, durchgeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen, räumliche Ausstattung, ambulante und konsiliarische Tätigkeit, regionale Vernetzung. Durch die Überprüfung der Qualitätskriterien sollte die derzeit vorhandene Bettenzahl für qualifizierte Akut-Psychosomatik/-Psychotherapie in bayerischen Einrichtungen der Akutversorgung festgestellt werden. Auf dieser Grundlage sollte dann auch die Frage nach weiterem Bettenbedarf bzw. dem Grad der Erfüllung des definierten Bettenbedarfs beantwortet werden.

Eine entsprechende Überprüfung der genannten Strukturqualitätsmerkmale erfolgte 2003/2004 durch eine gemeinsame Arbeitsgruppe des Staatsministeriums und der Arbeitsgemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherungen in Bayern (ARGE). Auf der Basis dieser Erhebung verblieben insgesamt 40 Krankenhäuser mit Betten, die diesen Qualitätskriterien entsprachen, davon 22 Bezirkskrankenhäuser mit 1.217 Behandlungsplätzen. Insgesamt entsprachen in Bayern 2273 Betten im Erwachsenenbereich diesen Kriterien, davon 53,5 % Betten an Bezirkskrankenhäusern (Wolfersdorf und Dose, 2004; Wolfersdorf et al., 2004).

Die diagnostischen Hauptgruppen nach ICD-10 waren in den hinsichtlich der Strukturqualität überprüften Betten der Bezirkskrankenhäuser im Jahr 2003 (N=11.730):

- F3: 52 % (affektive Störungen, im Wesentlichen depressive Erkrankungen)
- F4: 29 % (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; besonders Anpassungs- und Belastungsstörungen im engeren Sinne und somatoforme Störungen)
- F5: 3 % (Verhaltensstörungen mit körperlichen Störungen und Faktoren, hier nahezu ausschließlich Essstörungen)
- F6: 16 % (Persönlichkeitsstörungen)

Das Diagnosespektrum sei insofern unscharf, als hierzu Angaben von 2 Kliniken nicht vorlagen (Wolfersdorf und Dose, 2004).

In einer von Tritt et al. (2003) publizierten Patientencharakterisierung von Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung (Tritt et al., 2003) wird das Diagnoseprofil von 11 stationären psychosomatischen Einrichtungen nach § 39 SGB V während der Jahre 2001 und 2002 beschrieben (Patientenzahl 8390):

- F3: 49,6 % (depressive Störungen einschließlich Dysthymia, zusätzlich 0,8 % bipolare Störungen)
- F4: 28,3 %
- F5: 8,2 %
- F6: 9,6 %

Auffallend ist hier die große Ähnlichkeit des Diagnoseprofils mit den in den Bezirkskrankenhäusern behandelten psychosomatischen Patienten.

Die vollstationäre Verweildauer der Psychosomatik-Patienten in den Bezirkskrankenhäusern lag mit 36,63 Tagen unter der durchschnittlichen Verweildauer für Psychosomatik in Bayern sowie Deutschland. Diese betrug in psychosomatischen Einrichtungen in Bayern im Jahr 2001 44,4 Tage, in Deutschland 44,7 Tage (Wolfersdorf und Dose, 2004).

Möglicherweise spielt bei den Bezirkskrankenhäusern hier die Aufnahmepflicht für ihr Versorgungsgebiet und jederzeitige Aufnahmemöglichkeit für Notfälle eine Rolle. Ggf. ist hier auch eine weitere diagnostische Differenzierung der Verweildauer zum besseren Verständnis erforderlich.

So wurden von Härter et al. (2004) für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit bei schweren und schwersten Depressionen ein Median von 49 Tagen bei einem Mittelwert von 63,6 Tagen und mit einer Variationsbreite von 6-504 Behandlungstagen ermittelt (Härter et al., 2004).

Der Krankenhausplanungsausschuss beim Staatsministerium setzte schließlich im Dezember 2004 einen Bedarf für die stationäre psychosomatische Akutbehandlung von 2577 Plätzen (inkl. teilstationärer Plätze) fest. Man ging also über die seitens der Projektgruppe getroffene Bedarfsfeststellung von 2453 Behandlungsplätzen bei einer angenommenen durchschnittlichen Verweildauer von 50 Tagen um 5% (122 Behandlungsplätze) hinaus. Gemessen an dieser Bedarfszahl beträgt der Anteil der psychosomatischen Behandlungsplätze an den Bezirkskrankenhäusern 47,3% (Purucker, 2007).

Klientel und Behandlungsmöglichkeiten am Beispiel der Persönlichkeitsstörungen

In einer Erhebung an 14 bayerischen Bezirkskrankenhäusern mit als solchen ausgewiesenen Psychotherapiestationen wurden retrospektiv alle Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bis zum 2. Halbjahr 2001 erfasst. Auf der Grundlage von Basisdokumentation und Krankengeschichte wurde per Fragebogen u. a. erhoben: Art der Persönlichkeitsstörung, Komorbidität, Schweregrad der Symptomatik bei stationärer Aufnahme, Selbstverletzung und Suizidalität. Erhoben wurden auch Merkmale der Psychotherapiestationen, auf denen die Behandlung erfolgte: angewendete Psychotherapieverfahren, Art multimoderner Therapieangebote, quantitative

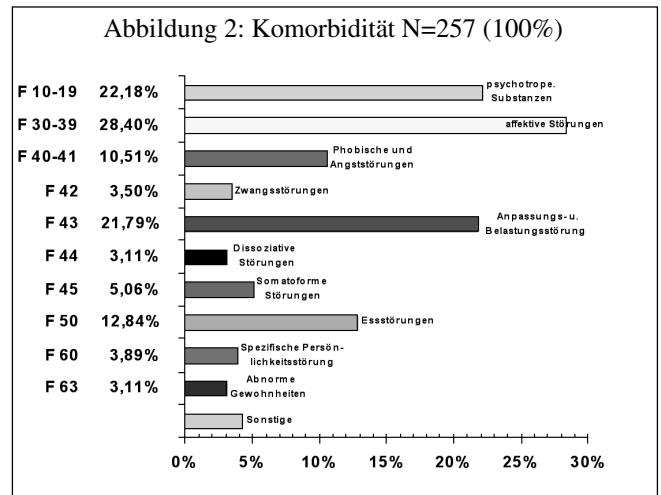
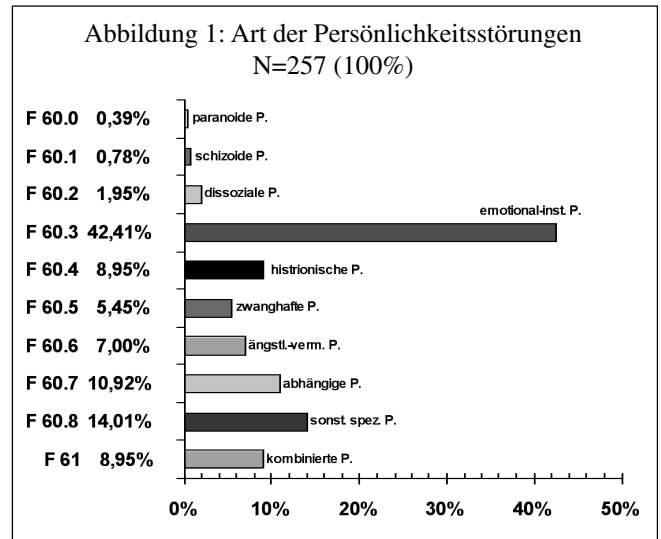
personelle Ausstattung, spezifische psychotherapeutische Qualifikation der Mitarbeiter sowie weiterführende Behandlungsmöglichkeiten. Ziel der Untersuchung war es, das Profil dieser Diagnosegruppe näher zu beschreiben und zu erheben, welches Angebot für diese Klientel vorgehalten wird (Schmelter und Bauer, 2004).

Auf den 11 antwortenden Stationen (Rücklauf 78,57 %) wurden im 2. Halbjahr 2001 257 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stationär psychotherapeutisch behandelt. 3 der Stationen charakterisierten ihre Arbeitsweise als vorwiegend psychodynamisch, eine als verhaltenstherapeutisch orientiert, 8 beschrieben ihre Arbeitsweise als methodenintegrativ. Zu vorgehaltenen störungsspezifischen Behandlungsverfahren wurden angegeben: EMDR, Borderline-Therapie nach Kernberg oder Linehan, spezifische Therapie für Angst- und Essstörungen

Tabelle 1: Personelle Ausstattung und Umfeld der Stationen

- Patient/therapeutische Vollkraft (Arzt/Psychologe): 6,2: 1
- Ca. 50% der Ärzte sind Fachärzte (Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin)
- Fast alle Psychologen approbiert
- Ca. 50% der Pflegekräfte mit abgeschlossener Fachweiterbildung
- Patient/ Pflegekraft: 3:1
- Multimodales Therapieangebot
Neben Einzel- und Gruppentherapie regelhaft Kunst-, Gestaltungs-, Musiktherapie
Ergotherapie, verschiedene Formen von Sport-, Bewegungs-, Körpertherapie, Entspannungsverfahren, sozialtherapeutische Trainings, Angehörigenarbeit
- Tagesklinik und Institutsambulanz als weiterführende Therapieangebote
- Enge regionale Kooperation mit
> niedergelassenen Psychotherapeuten / Psychiatern
> Beratungsstellen
> Sozialpsychiatrischen Diensten
> Selbsthilfegruppen
> Einrichtungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation
> Zugang zu ambulanter Ergotherapie
> beschützten Arbeitsplätzen

Die mit Abstand größte behandelte Gruppe sind die emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen (F60.31) mit 42,41 %, gefolgt von: „sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen“ (F60.8)



Das Ausmaß der psychischen Komorbidität zeigt sich auch in der Zahl der vergebenen Diagnosen. 18 % der Patienten hatten nur 1 Diagnose (Persönlichkeitsstörung), 39 % 2 Diagnosen, 34 % 4 Diagnosen aus dem Kapitel F der ICD-10.

Abbildung 3: Angaben zu Schweregrad und Verlauf N=257

Schweregrad bei Aufnahme (CGI)

leicht krank	0 %
mäßig krank	9,78 %
deutlich krank	40,86 %
schwer krank	45,14 %
extrem schwer krank	4,28 %

Selbstverletzendes Verhalten

ja	43,97 %
nein	55,25 %
ohne Angabe	0,78 %

Suizidalität

Suizidversuch vor Aufnahme	24,12 %
Suizidalität im Vorfeld der Aufnahme	44,95 %
Suizidversuche in der Vorgeschichte	34,63 %

Anzahl der Voraufnahmen

in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken

keine	31,13 %	1	24,00 %
2 -4	32,30 %	5 - 10	10,12 %
> 10	1,95 %	o. Angabe	0,5 %

Wie die Untersuchung zeigt, ist die untersuchte Klientel charakterisiert durch erhebliche psychische Beeinträchtigung, Suizidalität, hohe Komorbiditätsraten und psychiatrisch-psychotherapeutische Vorbehandlungen. Die Psychotherapiestationen verfügen dafür über ein breit gefächertes therapeutisches Angebot, speziell ausgebildetes Personal und gute Nachsorgemöglichkeiten.

Ausblick

Die Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland war durch eine weitgehende Ausblendung und Abspaltung psychotherapeutisch-psychoanalytischen Denkens sowie eine Anlehnung der Psychosomatik an das Fach Innere Medizin gekennzeichnet.

Der Beginn der „psychiatrischen Neuzeit“ liegt mit der Psychiatrie-Enquête im Jahr 1975. In der Folgezeit wurden nicht nur erhebliche Versorgungsdefizite der vernachlässigten psychiatrischen Kliniken aufgeholt, auch Psychotherapie und Psychosomatik bekamen nach und nach einen neuen Stellenwert.

Die Trennung von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik wurde einerseits in europaweit einmaliger Weise forciert mit der Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin (Hildenbrand und Janssen, 2005). Andererseits zeichnet sich diese Zeit durch Bemühungen aus, die Bedeutung der Psychotherapie für die Psychiatrie deutlich zu machen, etwa durch die seit 1993 gültige Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie. Wie für Bayern gezeigt, geht die Entwicklung jedoch weit über das in der Weiterbildungsordnung Geforderte hinaus. Psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen an den Bezirkskrankenhäusern sind inzwischen flächendeckend Versorgungsstandard geworden. Dabei verstehen sich diese Abteilungen nicht als Anhängsel oder Abspaltungen der Psychiatrie, sondern als wesentliches Merkmal einer regionalen Pflichtversorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter. Das Verhältnis von Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik wird im Selbstverständnis dieser Abteilungen und im therapeutischen Alltagshandeln nicht als antagonistisch, sondern als eine positive wechselseitige Beeinflussung aufgefasst (Bechter et al., 2001). Die Entwicklung des bayerischen Krankenhausplanes für Psychosomatik zeigt, dass die Versorgung psychosomatisch Erkrankter in Bayern zu großen Teilen in den Bezirkskrankenhäusern stattfindet. Hier sind besonders die großen Überschneidungen hinsichtlich des Diagnosespektrums bemerkenswert (Tritt et al., 2003; Wolfersdorf und Dose, 2004). Insofern ist es nur folgerichtig, dass inzwischen die bayerischen Bezirkskrankenhäuser den Begriff Psychosomatik auch in die Krankenhausbezeichnung aufgenommen haben (Carius et al. 2007).

Erforderlich sind weitere Untersuchungen, die die Kenntnisse über die Versorgungsrealität in den unterschiedlichen Kliniktypen erweitern. So wären u. a. Längsschnittuntersuchungen sinnvoll, die „Patientenkarrieren“ verfolgen, „Behandlungsketten“ im Sinne nacheinander folgender Behandlungsschritte darstellen und kumulative Verweildauern in Zusammenhang mit der Art der stationären Behandlung bringen können. Hieran sollten sich auch die Bezirkskrankenhäuser aktiv beteiligen.

Hinzuweisen ist auf die Gefahr, dass durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens sowie die Kontroversen zwischen den Vertretern der psychiatrischen und psychosomatischen Fachverbände und unterschiedlichen Kliniktypen (Berger, 2004; Hildenbrand und Janssen, 2005) die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität für psychosomatische Patienten aus dem Blick geraten können.

Literatur

- Bechter K (2001): Differentialdiagnostik als Aufgabe stationärer Akut-Psychotherapie/Psychosomatik. In: Bassler M (Hrsg.): Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Bechter K, Bauer R, Becker J, Reif A, Beckrath-Wilking U, Bremer D, Fric M, Weishaupt-Langer G, Kocher I, Schmelter T, Schuster W, Tauber G, Wienert N, Witt D, Wolfersdorf M (2001): Zur Stellung und Bedeutung spezialisierter Psychotherapiestationen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der bayerischen Bezirkskrankenhäuser. *Krankenhauspsychiatrie* 12:83-86
- Berger M (2004): Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 75:832-843
- Carius D, Steinberg H, Bauer M, Angermeyer MC (2007): Psychiatrisches Krankenhaus, Klinik, Zentrum für Psychiatrie, Psychiatrium. Trends und Wandlungen in den Bezeichnungen psychiatrischer Kliniken in Deutschland im 20. Jahrhundert. *Psychiatr Prax* 32:87-92
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik
- Härter M, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Hell G, Stieglitz R-D, Wolfersdorf M, Felsenstein M, Berger M (2004): Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung. *Deutsches Ärzteblatt* 101, Heft 27: A 1970-1974
- Hildenbrand G, Janssen P-L (2005): Aktuelle Probleme der Krankenhausplanung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut* 5:229-235
- Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1998): Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Auftrag des Sozialministeriums Baden Württemberg. *Gesundheitspolitik* 43, Stuttgart
- Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999): Psychotherapeutische Medizin – Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart. Schattauer
- Janssen PL (2004): Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 49:217-226
- Kindt H, Galuska J, Irle H, Kappauf H, Möller H-J, Nosper M, Hammer H-P, Rad M v, Wolfersdorf M, Zaudig M (1999): Akutstationäre Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in Bayern. Ergebnisbericht der Projektgruppe. Fassung vom 18.11.1999, im Auftrag des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit und der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern. Vorgelegt Dezember 1999 beim Staatsministerium
- Küchenhoff J, Kern C (1998): Stationäre Psychotherapie in der deutschsprachigen Schweiz – eine Übersicht. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 149:11-20
- Pfäfflin E (2000) Psychotherapie und Psychiatrie-Enquete. Vortrag beim Symposium „25. Jahre Psychiatrie – Enquete“ am 04. Februar 2000 in Irsee, Kaufbeuren. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript

- Purucker M, Wolfersdorf M, Adler L (2007): Rolle und Situation der Psychotherapie in den bayerischen Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychiatr Prax* 34, Suppl. 1:S33-S34
- Schmelter T, Bauer R (2004): Stationär-psychotherapeutische Behandlung von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen an bayerischen Bezirkskrankenhäusern. *Psychiatr Prax* 31, Suppl. 1:S82-S84
- Teusch L, Gastpar M (2000), Psychotherapieforschung in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 71:213-217
- Tritt K, Haymann, F v, Loew T, Bender P, Bleichner F, Buchmüller R, Findeisen P, Galuska J, Kalleder W, Lettner F, Michelitsch P, Pfitzer F, Stadtmüller G, Zaudig M (2003): Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der PSY-BADO-PTM. *Psychother Psychother Med Klin Psychol* 8:244-251
- Wolfersdorf M (Hrsg.) (1997): *Depressionsstationen/Stationäre Depressionsbehandlung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Wolfersdorf M (1999): Stationen für Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin an den bayerischen Bezirkskrankenhäusern. *Ergebnisse einer Umfrage von 1998. Krankenhauspsychiatrie* 10:66-71
- Wolfersdorf M, Moos M, Rätzel-Kurzdörfer W, Leipziger K (2002): Zur Zukunft der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Schmelter T (Hrsg.): *Wohin geht die Reise? – Fragen an die Zukunft von Psychiatrie und Psychotherapie*. Würzburg, Boston: Deutscher Wissenschafts-Verlag
- Wolfersdorf M, Fritze J, Weishaupt-Langer G, Schmelter T, Adler L (2003): Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie – Statements zur aktuellen Versorgungssituation. In: Wolfersdorf M, Ritzel G, Hocke V (Hrsg.): *Psychotherapie als Haltung und Struktur in der klinischen Psychiatrie*. Regensburg: Roderer, S. 65-82
- Wolfersdorf M, Dose M (2004): Psychotherapie-/Psychosomatikbetten in bayerischen Bezirkskrankenhäusern – aktueller Sachstand. *Krankenhauspsychiatrie* 15:161-167
- Wolfersdorf M, Klein HE, Dose M (2004): Psychotherapiestationen in den bayerischen Bezirkskrankenhäusern. *Psychiatr Prax* 31, Suppl. 1:S76-S78

Kontaktadresse:

Dr. med. Thomas Schmelter M.A.
Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatische Medizin Schloss Werneck
Balthasar-Neumann-Platz 1 • 97440 Werneck
Tel: 09722/21-0 • Fax: 09722/21-1465
E-Mail: thomas.schmelter@kh-schloss-werneck.de