

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

der Technischen Universität München

Klinikum rechts der Isar

(Direktor: Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen)

## **Der stationär-ambulante Übergang von psychosomatisch erkrankten Patienten**

**Christine K. Bartmuß**

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation: 1. Priv.-Doz. Dr. Dr. D. R. Huber

2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 10.06.2008 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 17.12.2008 angenommen.

---

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>0</b>
<b>1 EINLEITUNG UND STAND DER FORSCHUNG</b>	<b>1</b>
<b>2 HYPOTHESEN UND FRAGESTELLUNG</b>	<b>6</b>
<b>3 METHODE</b>	<b>7</b>
<b>3.1 STICHPROBE</b>	<b>7</b>
3.1.1 Rekrutierung der Stichprobe	7
3.1.1.1 Zeitlicher Verlauf der Fragebogenaktion	7
3.1.1.2 Rücklauf der Fragebögen	8
3.1.2 Beschreibung der Stichprobe	9
3.1.2.1 Soziodemographische Daten aus der Basisdokumentation für Patienten	9
3.1.2.2 Daten aus der Basisdokumentation für Therapeuten	9
3.1.3 Beschreibung der Drop-Outs	10
<b>3.2 MESSINSTRUMENTE</b>	<b>11</b>
3.2.1 Katamnesefragebogen zum stationär-ambulanten Übergang	11
3.2.2 Basisdokumentation	12
<b>3.3 STATISTISCHE UNTERSUCHUNGSMETHODEN</b>	<b>13</b>
3.3.1 Allgemeine Auswertungskriterien	13
3.3.2 Spezielle Auswertungskriterien	14
3.3.3 Erläuterung bestimmter Items	15
3.3.3.1 Art der Therapieempfehlung	15
3.3.3.2 Art der Therapievermittlung	15
3.3.3.3 Therapieakzeptanz	15
<b>4 ERGEBNISSE</b>	<b>16</b>
<b>4.1 ROLLE DES PSYCHOTHERAPEUTEN DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK</b>	<b>16</b>
4.1.1 Beziehung zum stationären Therapeuten aus Patientensicht im therapeutischer Prozess	16
4.1.2 Beziehung zum stationären Therapeuten aus Patientensicht und nachfolgende ambulante Therapie	20
4.1.3 Beziehung zum stationären Therapeuten nach Entlassung	23
<b>4.2 THERAPIEEMPFEHLUNG UND THERAPIEVERMITTLUNG</b>	<b>26</b>

# INHALTSVERZEICHNIS

---

4.2.1	Therapieempfehlung	26
4.2.2	Art der Therapieempfehlung	27
4.2.3	Empfehlung spezieller Therapieverfahren	29
4.2.4	Patienten ohne Therapieempfehlung	32
4.2.5	Art der Therapievermittlung	33
<b>4.3</b>	<b>DIE BERATUNG</b>	<b>36</b>
4.3.1	Beratungsintensität	36
4.3.2	Berücksichtigung der Patientenwünsche	38
<b>4.4</b>	<b>DIE MOTIVATION</b>	<b>39</b>
4.4.1	Motivation der Patienten zu Therapiebeginn und therapeutischer Prozess	39
<b>4.5</b>	<b>DER GENESUNGSPROZESS NACH STATIONÄRER THERAPIE</b>	<b>43</b>
<b>4.6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b><u>DISKUSSION</u></b>	<b><u>49</u></b>
<b>5.1</b>	<b>KRITISCHE BETRACHTUNG DES VORGEHENS</b>	<b>49</b>
5.1.1	Stichprobe, Rücklaufquote	49
5.1.2	Wertung der statistischen Methodik	51
<b>5.2</b>	<b>DIE ROLLE DES STATIONÄREN THERAPEUTEN IM THERAPEUTISCHEN PROZESS</b>	<b>53</b>
5.2.1	Die Therapeut-Patient-Beziehung	53
5.2.2	Einfluss des Therapeuten auf die ambulante Weiterbehandlung	55
<b>5.3</b>	<b>THERAPIEEMPFEHLUNG</b>	<b>58</b>
<b>5.4</b>	<b>THERAPIEVERMITTLUNG</b>	<b>61</b>
<b>5.5</b>	<b>DIE BERATUNG</b>	<b>64</b>
5.5.1	Die Bewertung der Beratungsintensität	64
5.5.2	Rücksicht auf Patientenwünsche	65
<b>5.6</b>	<b>DIE MOTIVATION DER PATIENTEN</b>	<b>66</b>
<b>5.7</b>	<b>GENESUNGSPROZESS NACH STATIONÄRER THERAPIE</b>	<b>67</b>
<b>5.8</b>	<b>AUSBLICK</b>	<b>70</b>
<b>6</b>	<b><u>ZUSAMMENFASSUNG</u></b>	<b><u>71</u></b>
<b><u>LITERATURVERZEICHNIS</u></b>		<b><u>74</u></b>
<b><u>TABELLENVERZEICHNIS</u></b>		<b><u>82</u></b>

# INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>84</b>
<b>ANHANG</b>	<b>86</b>
ANHANG 1 - FRAGEBOGEN ZUM STATIONÄR-AMBULANTEN ÜBERGANG	86
ANHANG 2 - FRAGEBOGEN ZUR BASISDOKUMENTATION FÜR PATIENTEN	102
ANHANG 3 – FRAGEBOGEN ZUR BASISDOKUMENTATION FÜR THERAPEUTEN	105
ANHANG 4 – ERSTES ANSCHREIBEN ZUM FRAGEBOGEN	107
ANHANG 5 – ERSTES ERINNERUNGSSCHREIBEN	108
ANHANG 6 – ZWEITES ERINNERUNGSSCHREIBEN	109
<b>LEBENS LAUF</b>	<b>110</b>
<b>DANKSAGUNG</b>	<b>111</b>

---

## Abkürzungsverzeichnis

Anh.	Anhang
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
d.h.	das heißt
ect.	ecetera
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
et al.	und andere
evtl.	eventuell
Kap.	Kapitel
N	Patientenanzahl
p	Wahrscheinlichkeit
s.	siehe
S.	Seite
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
u.v.m.	und viele mehr
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel
Zschr.	Zeitschrift

---

## 1 Einleitung und Stand der Forschung

„Alle Übergänge sind Krisen.“ S.231 (J.W.GOETHE)

Der Übergang aus dem relativ geschützten Rahmen einer Klinik in die Alltagsrealität (der Familie, der Partnerschaft, des Arbeitsalltags) stellt für den einzelnen Patienten eine besondere Herausforderung, also durchaus auch eine Krise dar. Die Vorbereitung dieses Übergangs im stationären Rahmen kann daher als Krisenprävention bzw. -intervention verstanden werden.

Der im stationären Rahmen angestoßene therapeutische Prozess selbst könnte einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidung des einzelnen Patienten nehmen, der stationären eine ambulante Therapie folgen zu lassen. So kann möglicherweise eine positiv erlebte Therapeut-Patient-Beziehung entscheidend für die Akzeptanz einer im stationären Rahmen ausgesprochenen Empfehlung sowie Vermittlung zu einer sich anschließenden ambulanten Therapie sein. Die Qualität der therapeutischen Beziehung vermag möglicherweise auch allgemein die Motivation des Patienten bezüglich einer spezifischen Psychotherapie stärken. Die Fortsetzung des begonnenen therapeutischen Prozesses in einer geeigneten ambulanten Psychotherapie könnte einen wichtigen prognostischen Faktor für den weiteren Krankheitsverlauf darstellen. In der Regel ist nach einer stationären Therapie psychischer und/oder psychosomatischer Erkrankungen eine sich anschließende ambulante Psychotherapie sinnvoll und notwendig. Außerdem kann die Fortführung des therapeutischen Prozesses in einer ambulanten Psychotherapie wesentlich zur Stabilisierung beitragen. Mögliche Einflussfaktoren auf die ambulante Anschlussbehandlung können der im stationären Setting erreichte Grad der Stabilität und die Motivation des Patienten selbst sein.

Die Fortsetzung einer Psychotherapie nach Entlassung aus der Psychosomatischen Klinik soll einerseits zur Konsolidierung des bisherigen Therapieerfolges (sofern dieser vorliegt) beitragen und andererseits den stationären therapeutischen Prozess aufgreifen und fortsetzen. Kriterien des Therapieerfolges sind beispielsweise der Rückgang der jeweiligen Krankheitssymptome und gegebenenfalls darüber hinaus neu entwickelte Ressourcen bzw. Strategien zum Umgang mit Konflikten.

---

Wie also sollte Idealerweise der stationär-ambulante Übergang gestaltet werden? Der Patient geht aus dem vermeintlich wohlgemachten Nest in seine Realität zurück. HOHAGE (1982) beschreibt, dass die Begrenztheit des therapeutischen Angebotes für den Patienten eine Realität ist, die erlebt und anerkannt werden muss. Von RAD (1994) erörterte auf dem Symposium „Der Übergang als psychotherapeutisches Problem“, durchgeführt zum 10-jährigen Jubiläum für stationäre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in München, dass für diesen Übergang kein einheitliches Konzept existiert. Der Patient erlebt durch die stationäre Therapie eine Veränderung, die möglicherweise mit seinem bisherigen Leben und Umfeld nicht mehr übereinstimmt. Wichtig wäre ein nahtloser Wechsel als Chance des Neuanfangs. Der Patient sollte soviel Nachbehandlung wie nötig angeboten und empfohlen bekommen. Die Klinik dient dabei als hilfreiche Instanz im Rücken. So empfiehlt KÄCHELE et al. (1994) als Ziel bei Notwendigkeit einer ambulanten Therapie nach der stationären Therapie eine geplante und geordnete Übernahme. BRUNO (1994) hält beim Gestalten des Übergangs Diplomatie und Feingefühl für erforderlich. Der Therapeut sollte nicht mit Zwang auf den Patienten wirken. Wichtig ist eine Zusammenarbeit mit allen beteiligten Kollegen (Hausarzt, ambulanter Psychiater, ambulanter Psychotherapeut, ect.). HOFFMANN et al. (1994) postuliert, dass eine Nachbehandlung nicht immer notwendig ist, aber ein gelungener Übergang aus der stationären Therapie für den Genesungsprozess förderlich ist, der Patient im Therapieerfolg stabilisiert wird.

Der Übergang stellt sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten einen schwierig zu bewerkstellenden Schritt dar (TRIMBORN et al., 1981). Laut STROTZKA (1978) (aus KISKER 1991) stellt die Psychotherapie einen bewussten und geplanten interaktionellen Prozess dar zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen. Dazu bedarf es ein gemeinsam erarbeitetes Ziel, welchem der Therapeut und der Patient entgegenstreben. Um das Ziel erreichen zu können, sollte eine tragfähige emotionale therapeutische Beziehung bestehen.

Das erste Ziel in der Therapie (KLUßMANN 1992) ist die Schaffung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen Therapeut und Patient ebenso wie zwischen Therapeut und weiterbetreuenden Kollegen. Hierzu beeinflussen laut KISKER (1991) von seitens des Patienten viele Faktoren (z.B. Motivation, Grad der Einsicht in die `Psychogenese` des Konfliktes, Leidensdruck u.v.m.) und vor allem seine Beziehungsfähigkeit das Erreichen dieses Ziels. Die Wichtigkeit der therapeutischen Arbeitsbeziehung wurde in zahlreichen Studien untersucht. So haben RUDOLF et al.

---

(1988), LUBORSKY (1976), MORGAN und LUBORSKY (1982), um nur einige zu nennen, die hohe prognostische Bedeutung dieser Therapeut-Patient-Beziehung für den Behandlungsverlauf bestätigt. Die wesentlichen Elemente zur Begründung einer Arbeitsbeziehung wurden von RUDOLF et al. (1988) vorgestellt. Dazu zählen unter anderem die Eignung und Motivation des Patienten für diese Therapie und mit diesem Therapeuten sowie die Motiviertheit, emotionale Wertschätzung und Zufriedenheit des Therapeuten für die Zusammenarbeit mit diesem Patienten.

Zur Erfassung der Beziehung zum Therapeut wurden von KÄCHELE et al. (1985) drei Faktoren entwickelt, die erstens Empathie und Akzeptanz, zweitens Abstinenz und Passivität und drittens Vertrauen und Wertschätzung umfassen. Mit Hilfe der Faktoren Empathie und Akzeptanz sowie Vertrauen und Wertschätzung konnte die Zufriedenheit des Patienten hochsignifikant vorhergesagt werden. FRANZ (1994) unterstreicht diese Bedeutung. Er stellte fest, dass je häufiger die Interviewer die jeweiligen Patienten als sympathisch, attraktiv, zuverlässig, glaubwürdig erlebt haben, desto eher zeigten die betreffenden Patienten bei erhaltener Therapieempfehlung Therapieakzeptanz.

Diese im stationären Rahmen aufgebaute Beziehung zwischen Therapeut und Patient muss bei Beendigung der stationären Therapie verlassen werden. Durch mehrmaliges Bilanzziehen während einer stationären Behandlung ist nach KÖNIG (1975) die Funktion des Therapeuten immerwährend die Realität der 'back-home' Situation präsent zu halten und diesen bei Bedarf im Übergang zu unterstützen. Hier hilft nicht das Festhalten des Patienten aus einem Gegenübertragungswunsch heraus von Seiten des Therapeuten, das Trennungstrauma zu vermeiden (NEUMEIER 1996). RÜTH-BEHR (2002) erwähnt, dass durch z. B. häufig unzulänglich aufgelöste Übertragungsanteile die stationäre Therapie unbefriedigt beendet wird, obwohl erst jetzt die 'Arbeit' losgehen könnte. So wird der Übergang vom stationären zum ambulanten Behandlungsabschnitt durch eine oft beiden, Patient und Therapeut, unbewusste Allianz gegen diese Anforderungen der äußeren Realität geprägt. Wichtig ist nach HOHAGE (1982) die Bearbeitung dieser negativen Anteile der therapeutischen Beziehung bei dem Prozess noch während der stationären Behandlung. Die sich aus der Nichtbewältigung ergebenden 'unglücklichen' Verläufe werden von REIMER (1975) als Psychotherapiedefekte bezeichnet. Einerseits muss also eine tragfähige Beziehung geschaffen werden, andererseits ist es jedoch erforderlich diese so zu gestalten, dass sie zur Entlassung, welche nach HELLWIG (1981) am Tage der Aufnahme beginnt, auflösbar ist.

---

Der therapeutischen Beziehung im Behandlungsprozess und deren Entwicklung im Übergang von der stationären zur ambulanten Psychotherapie kommt demzufolge eine besondere Bedeutung zu. Die Auflösung und Bearbeitung der Beziehung obliegen gleichermaßen dem Therapeuten wie dem Patienten. Nichtsdestotrotz sollte der Therapeut Wegbereiter sein. Nach KISKER (1991) benötigt oder wünscht sich der Patient einen bestimmten Therapeutentypus für seine Genesung, der vor allem emotionale Wärme, Echtheit sowie Empathie besitzt und damit den Therapieerfolg möglicherweise positiv beeinflusst. Laut LAMBERT (1991) haben Patienten von einem guten Behandlungsergebnis in klientenzentrierter Therapie berichtet, welchen ihren Therapeuten in der Arbeitsbeziehung als besonders interessiert, unterstützend und verständnisvoll erlebt haben. Auch ORLINSKY et al. (1996) beschreibt die Wichtigkeit des Therapeutenverhaltens (z.B. Toleranz, Warmherzigkeit, Engagement). Diese Therapeutenvariablen haben auf den positiven Verlauf einer Psychotherapie mehr Einfluss als die therapeutische Methode (KISKER 1991). Das gleiche gilt für das Ausmaß an klinischer Erfahrung und für das (größere) Engagement. Beides korreliert positiv mit dem Therapieerfolg. MERTEN (2001) belegt eindrücklich, dass anhand mikroaffektiven Verhaltens von Therapeut und Patient der Erfolg der weiteren Behandlung vorherzusagen ist.

Diese therapeutische Arbeitsbeziehung muss nicht zwangsläufig als positiv erlebt werden. So beschrieben RUDOLF und MANZ (1993) in ihrer Studie mit Patienten in vorwiegend psychoanalytisch orientierter Therapie, welche eher skeptischer, ablehnender sind, dennoch aus der Sicht des Patienten effektive therapeutische Arbeit nicht gleichbedeutend sein muss mit einer positiven Beziehung zum Therapeuten. FRANZ (1994) spezifizierte, dass nicht eine ultimative, autoritative `Anordnung´ oder eine resignativ-stigmatisierende `Empfehlung´ erstrebenswert ist, sondern eher ein Therapieangebot vor dem Hintergrund einer befriedigenden Interaktion zwischen Patient und Therapeut eine Psychotherapieakzeptanz bewirkt. STRAUß (1995) empfiehlt diesbezüglich differenzierte Beziehungsdiagnostik, die der Qualitätssicherung dient und ganz wichtig im Alltag anwendbar ist. Für den Patienten ist es bei einem Psychotherapiebeginn entscheidend, dass das Beziehungsgefüge zwischen dem stationären Personal und der eventuell nachfolgenden ambulanten Betreuung einer gewissen Qualitätssicherung unterliegt (KORDY 1992). Diese Qualitätssicherung basiert auf den Erfahrungen aus vorangegangener Forschungsarbeit, und es bedarf vieler Studien wie die Vorliegende als Vorarbeit für Qualitätssicherungsmaßnahmen, um einen guten Übergang gestalten zu können. Dieser Prozess ist dynamisch, das heißt in permanenter Entwicklung und

---

Weiterentwicklung. Die Schlussfolgerung ist im Hinblick auf eine Möglichkeit zur Qualitätssicherung nach RUDOLF et al. (1997), dass diese katamnestiche Untersuchungen die Frage des Übergangs aus dem stationären in den ambulanten Therapiebereich und somit die Vernetzung der Institution mit dem ambulanten Versorgungssystem identifizieren, beantworten können und natürlich die Stabilität des Behandlungsergebnisses überprüfen.

Es bedarf möglicherweise einer dem Patienten angepassten Unterstützung. Dies würde bedeuten, dass der Therapeut sein Engagement, bezüglich der Beratung, einer Empfehlung sowie Vermittlung in eine Anschlussbehandlung individuell gestalten müsste. Aufgrund der Erkrankungen der Patienten, bei welchen z.B. die Lebensgeschichte von Loyalitätskonflikten geprägt ist, ist es wichtig, dass sie spüren können, dass der stationäre Therapeut ihnen zugesteht und sie bestärkt zum ambulanten Therapeuten zu gehen, ihnen durch persönliche Vermittlung idealerweise das Gefühl vermittelt, dass er diesen kennt oder schätzt. So bedarf der stationär behandelte Patient einer besonderen Fürsorge in Abhängigkeit seiner Erkrankung. MÖLLER und LAUTER (1986) empfehlen bei Suizidpatienten eine feste Terminvereinbarung mit der nachbetreuenden Instanz, um den Wechsel von stationärem Betreuer zum ambulanten Psychotherapeuten zu erleichtern. Dadurch ließ sich die primäre Inanspruchnahmequote steigern, das heißt der persönliche Einsatz garantierte ein Höchstmaß an Therapieinanspruchnahme von seiten des Patienten.

Wie ergeht es dem ambulanten Therapeuten, der nach dem Übergang die sogenannte aufnehmende Instanz darstellt? Es ist verständlich, dass ambulante, nachbehandelnde Therapeuten oft Schwierigkeiten mit den stationär behandelten Patienten erwarten, weil sie befürchten, sich mit Enttäuschungen und Problemen aus einer z.B. unaufgelösten Übertragung auseinander setzen zu müssen. Er setzt sich mit den aufgelösten und unaufgelösten Problemen des Patienten auseinander und hat, je nach Intensität derselben, die ambulant einzulösenden Hypothesen, die stationär begründet sind, zu bewältigen (HOHAGE 1982).

Aus all diesem kristallisieren sich die Beziehung zum stationären Therapeuten, dessen Empfehlungspraxis, Vermittlungs- und Beratungspraxis, die Motivation der Patienten sowie seine Eigeninitiative in seiner Realität gut anzukommen und den Genesungsprozess als gelungen zu erleben, als möglicherweise entscheidende Einflusskriterien für einen gelungenen Übergang des Patienten heraus. Diese genauer zu untersuchen ist Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

---

## 2 Hypothesen und Fragestellung

Nach GRAWE (1995) sollen alle Fragestellungen der Psychotherapieforschung zu einem übergeordneten Ziel hinführen und damit zu einer möglichst guten psychotherapeutischen Versorgung.

In dieser retrospektiven Studie wurden Patienten befragt, die eine stationäre Psychotherapie durchgeführt haben und meist anschließend an diese Psychotherapie eine ambulante Psychotherapie begannen. Im Speziellen wurden *Hypothesen* aufgestellt um genau zu untersuchen, wie sich der Übergang aus der stationären in die ambulante Psychotherapie gestaltete:

*Wenn der Patient über eine gute, stabile Beziehung zum stationären Therapeuten verfügt, erhöht das die Chance, dass eine ambulante therapeutische Behandlung gesucht wird und zustande kommt.*

*Kontaktaufnahme während des stationären Aufenthaltes wirkt fördernd auf die ambulante Nachbehandlung, bzw. erhöht die „primäre Inanspruchnahmequote“ deutlich.*

*Genaueres Besprechen der ambulanten Nachbehandlung erhöht die diesbezügliche Therapieakzeptanz beim Patienten.*

Neben diesen Hypothesen sollten auf der Basis der Untersuchung folgende **Fragen** geklärt werden:

**1. Inwiefern hat die Beziehung zum stationären Therapeuten Einfluss auf die stationäre Therapie und eine nachfolgende ambulante Therapie?**

**2. Welchen Einfluss hat die Art der Therapieempfehlungen und Therapievermittlung von Seiten des stationären Therapeuten, auf die Durchführung einer ambulanten Therapie?**

**3. Erhöht eine ausführliche Beratung über die notwendige ambulante Nachbehandlung die poststationäre Therapieakzeptanz?**

**4. Inwiefern beeinflusst die Motivation der Patienten den stationär–ambulanten Übergang bzw. den poststationären Verlauf?**

---

## **3 Methode**

### **3.1 Stichprobe**

#### **3.1.1 Rekrutierung der Stichprobe**

Für die Untersuchung des Übergangs von einer stationären Psychotherapie in eine ambulante Psychotherapie wurden alle 322 Patienten, die innerhalb eines Jahres in der psychosomatischen Klinik des städtischen Krankenhauses München psychotherapeutisch behandelt wurden, herangezogen. Die Anschrift der Patienten konnte den Krankenakten entnommen werden.

##### **3.1.1.1 Zeitlicher Verlauf der Fragebogenaktion**

Der Fragebogen (s. Kap. 3.2.1 und Anh. 1) wurde nach einer Katamnesezeit von 22 bis 33 Monaten an die Patienten versandt. Die Patienten wurden in einem Anschreiben über das Anliegen der Erhebung (s. Anh. 4) informiert und gebeten, den Fragebogen ausgefüllt an das Institut für Psychosomatische Medizin zurückzusenden. Zeitnah wurde den Patienten Telefonsprechzeiten an vier Tagen jeweils vier Stunden für etwaige Rückfragen zum Fragebogen angeboten.

Einige Fragebögen konnten aufgrund einer Adressenänderung der Patienten nicht zugestellt werden. Die neue Anschrift wurde über das zuständige Einwohnermeldeamt ermittelt und die Fragebögen erneut versandt. Bei 33 Patienten konnte die Anschrift aufgrund mehrfachen Umzuges nicht ermittelt werden. Drei Wochen nach Entsendung des Fragebogens wurde an die Patienten ein erstes Erinnerungsschreiben (s. Anh. 5) versandt. Diese Erinnerung enthielt die Telefonnummer des psychosomatischen Institutes für etwaige Rückfragen zum Fragebogen. Den Telefonkontakt nutzten einige Patienten, um mitzuteilen, dass sie an der Studie nicht teilnehmen. Etliche Patienten nutzten diese Möglichkeit auch dazu, ihre persönliche Meinung bezüglich der stationären Therapie zu äußern. Zehn Wochen nach Entsendung des Fragebogens wurde ein zweites Erinnerungsschreiben (s. Anh. 6) versandt. Das Angebot zur Klärung etwaiger Rückfragen bezüglich des Fragebogens wurde genutzt und nach schriftlicher oder fernmündlicher Vereinbarung wurde bei Bedarf der Fragebogen gemeinsam mit dem Patienten ausgefüllt.

### 3.1.1.2 Rücklauf der Fragebögen

Die Datenerfassung endete sechs Monate nach Entsendung der Fragebögen. Von den 322 Patienten fielen 42 Patienten aus der ursprünglichen Stichprobe heraus, weil sie den Fragebogen nicht erhalten hatten. Davon waren 33 Patienten unbekannt verzogen und 9 Patienten waren verstorben. Ein weiteres Ausschlusskriterium war, dass einer stationären Aufnahme der Patienten nur eine kurze Behandlung folgte, das heisst, von wenigen Stunden bis maximal einer Woche. Dies betraf vier Patienten. Nach Abzug der nicht erreichbaren Patienten bzw. unter Berücksichtigung des Ausschlusskriteriums ergab sich somit eine korrigierte Stichprobe von 276 Patienten. Dies entspricht 86% der 322 psychotherapeutisch behandelten Patienten. Wir erhielten von 225 Patienten den Fragebogen zurück. Hiervon konnten zwei aufgrund nicht auswertbarer bzw. deutlich erkennbarer Falschangaben nicht in die Auswertung mit einbezogen werden. Daraus ergaben sich 223 *auswertbare Fragebögen*. Bezogen auf die Stichprobengröße von 276 Patienten ergab sich eine Rücklaufquote im Sinne einer „Beantwortungsrate“ von **81,5%**. Die 56 Patienten, die nicht antworteten, werden im folgenden als Drop-Outs bezeichnet. Die folgende Abbildung 3-1 soll einen Überblick über den Datenrücklauf geben.

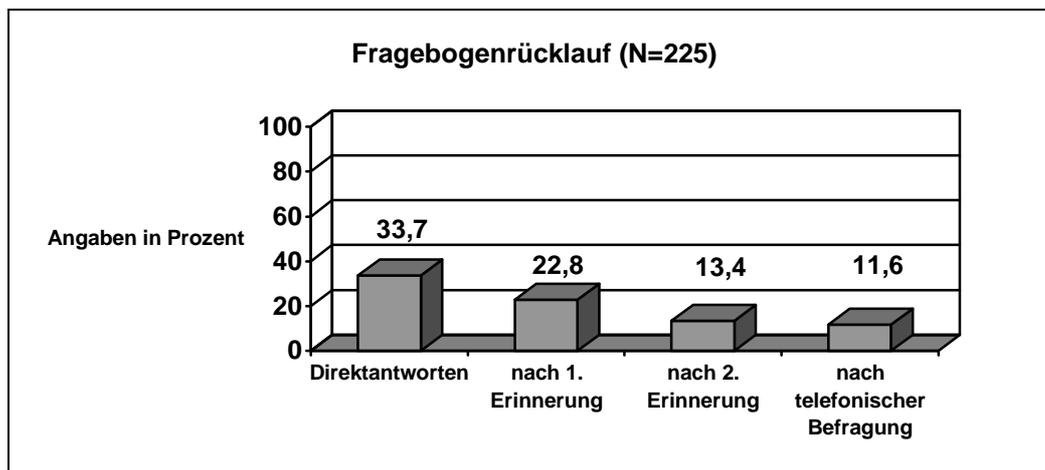


Abbildung 3-1 Übersicht über den Fragebogenrücklauf (N=225)

---

### **3.1.2 Beschreibung der Stichprobe**

Die Stichprobe der Untersuchung wird anhand der Daten der Basisdokumentation (s. Kap. 3.2.2) charakterisiert und vorgestellt.

#### **3.1.2.1 Soziodemographische Daten aus der Basisdokumentation für**

##### **Patienten**

Das durchschnittliche Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Angaben, der stationären Aufnahme, war 34 Jahre. 83% (N=179) der Patienten waren zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zwischen 20 und 49 Jahren alt.

Der Frauenanteil im Patientenkollektiv lag bei 71% (N=154).

54% (N=106) der Patienten waren ledig. 29% (N=57) waren verheiratet, 15% (N=29) geschieden oder getrennt lebend und 3% (N=6) waren verwitwet. 51% (N=99) der Patienten hatten einen festen Partner, 49% (N=94) lebten ohne festen Partner.

Ohne Kinder lebten 56% (N=84) der Patienten, 17% (N=26) hatten ein Kind, 19% (N=28) der Patienten hatten zwei Kinder und 9% (N=13) hatten drei und mehr Kinder.

22% (N=43) der Patienten hatten einen Hauptschulabschluss, 14% (N=27) hatten einen qualifizierten Hauptschulabschluss, 33% (N=65) einen Realschulabschluss, 13% (N=26) Abitur, 13% (N=26) Fachhochschule/ Hochschule, 1% (N=2) war ohne Ausbildung und 4% (N=7) gaben Sonstiges an.

#### **3.1.2.2 Daten aus der Basisdokumentation für Therapeuten**

Bei der stationären Aufnahme wurden für die Patienten Diagnosen vergeben, die im folgenden nach Häufigkeit mit ICD-10 Schlüssel (GRAUBNER 2007) aufgeführt sind. 32% der Patienten wurden mit Depressionen (F32/33/34) aufgenommen, 17% mit neurotischen (F48) und Belastungs- und somatoformen Störungen (F45), 15% mit Essstörung (F50), 13% mit Angst (F40/41), 10% mit psychischen Reaktionen (F43), 5% mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), 5% mit Psychosomatosen (F54), 1,5% mit Psychosen (F20-F29), 1% mit Sucht (F10-F19) und 0,5% mit sonstigen Diagnosen.

---

Die Motivation der Patienten zu Beginn der stationären Therapie wurde von den Therapeuten folgendermaßen angegeben: 15% (N=31) der Patienten waren sehr motiviert, 47% (N=97) waren ziemlich motiviert, 30% (N=64) der Patienten waren mittel motiviert, 7% (N=15) waren wenig und 1% (N=1) war nicht motiviert. Bei den übrigen Patienten wurden keine Angaben gemacht.

Das Niveau der Persönlichkeitsorganisation wurde wie folgt vom Therapeuten angegeben: 32% (N=68) der Patienten hatten ein hohes Strukturniveau, 57% (N=120) hatten ein mittleres Strukturniveau, 7% (N=15) hatten ein niedriges Strukturniveau und 4% (N=8) der Patienten wurden zu Beginn der stationären Therapie noch nicht eingeschätzt. Bei den übrigen Patienten wurden keine Angaben gemacht.

### **3.1.3 Beschreibung der Drop-Outs**

Bei der Beschreibung der Stichprobe sollen insbesondere die Unterschiede zu den Drop-Outs markiert werden. Dies ist möglich, da im Rahmen der Basisdokumentation Daten von den stationär behandelten Patienten in Form von Selbsteinschätzung und Therapeuteneinschätzung vorlagen. Insgesamt gilt auch für die vorliegende Stichprobenbeschreibung die ausführliche Beschreibung für vier Jahrgänge (N=1331) bei von Rad et al (1994).

Wie oben schon beschrieben, war das durchschnittliche Alter der Patienten 34 Jahre, mit einem deutlichen Überwiegen der Frauen (70%:30%). Hier wie in sämtlichen anderen soziodemographischen Daten ergab sich kein Unterschied zwischen den Probanden unserer Stichprobe und den Drop-Outs. Auch bezüglich der Einschätzung der einzelnen therapeutischen Maßnahmen zeigen sich keine deutlichen, sondern nur graduelle Unterschiede. In der Stichprobe wird sowohl von den Therapeuten als auch von den Patienten selbst am Ende der stationären Therapie der Therapieerfolg höher eingeschätzt. Anders als erwartet trennen die psychischen Diagnosen kaum zwischen den Gruppen, lediglich die Diagnose 'Angstneurose' wurde signifikant häufiger den Patienten in der Stichprobe gegeben. Bezüglich des Niveaus der Persönlichkeitsorganisation befinden sich die Patienten mit hohem Strukturniveau häufiger in der Gruppe unserer Stichprobe, die mit niedrigem Strukturniveau eher bei den Drop-Outs.

---

Die vorliegende Stichprobe scheint sich also nicht wesentlich von den Drop-Outs zu unterscheiden, es zeigt sich aber ein dahingehender Trend, dass sie das stationäre therapeutische Angebot besser nutzen konnten.

## **3.2 Messinstrumente**

### **3.2.1 *Katamnesefragebogen zum stationär-ambulanten Übergang***

Der in dieser retrospektiven Studie verwendete Fragebogen (s. Anh. 1) war durch das Kollegium des psychosomatischen Institutes der Technischen Universität München unter der Leitung von Herrn Professor von Rad erstellt und insgesamt 322 Patienten zugesandt worden. Der 15 Seiten umfassende Katamnesefragebogen wurde unter dem Titel 'Fragen zum stationär-ambulanten Übergang' an die Patienten verschickt. Der Fragebogen besteht aus 13 Fragen, die insgesamt 75 Teilfragen beinhalten. Es handelt sich um geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antworten im Sinne einer Einfach- oder Mehrfachauswahl. Die Frage 12 wurde davon abweichend mit offener Antwortmöglichkeit formuliert.

In den Fragen 1 und 2 –2.11 wurde erfragt, was der Patient nach seiner Entlassung bezüglich der weiteren Psychotherapie unternommen hat, inwieweit der Patient eine ambulante Therapie durchgeführt hat, ob diese Therapie während des stationären Aufenthaltes empfohlen worden war und gegebenenfalls, welche Charakteristiken diese Therapie aufwies.

Im Fragenkomplex 3 (3.1-3.2) wurden die Gründe erfragt, weshalb keine ambulante Therapie durchgeführt wurde bzw. ob die Patienten zwischenzeitlich eine Therapie wünschten.

Die Fragen 4.1 und 4.2 erfragten, inwiefern die Patienten Unterstützung von ihrem sozialen Umfeld hatten und ob Erfahrungen anderer eine Rolle spielten.

Die Fragen 5, 6.1, 6.2, 7.1-7.8 und 8.1 erfragten, ob und wie der stationäre Einzeltherapeut eine ambulante Therapie empfohlen hat und die empfohlene Therapieform.

In den Fragen 9.0–9.4 wurde erfragt, ob bereits vor der stationären Behandlung eine ambulante Therapie begonnen wurde und diese nach der stationären Entlassung weitergeführt wurde.

---

Die Fragen 10.1–10.16 behandelten die Erfahrungen und Beziehung der Patienten mit und zu dem stationären Psychotherapeuten.

Die Fragen 11.1–11.8 erfassten die Erfahrungen, die während des stationären Aufenthaltes in der Abteilung für Psychosomatik des Krankenhauses München gesammelt wurden.

In der Frage 12 wurde der Patient in offener Form gebeten, Vorschläge zur Art der Weiterbehandlung im stationären Bereich zu unterbreiten.

Am Schluss des Fragebogens werden 15 Fragen zum Befinden, der Lebenssituation, dem sozialen Umfeld des Patienten in der Zeit nach der stationären Entlassung und zum Befragungszeitpunkt gestellt. Es wurde erfragt, ob eine Besserung der Beschwerden festgestellt wurde, wie oft ärztliche, psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen werden musste.

Aus der umfangreichen Auswertung der erhaltenen Daten aus dem Fragebogen und der nachfolgenden Ermittlung der Häufigkeiten wurden für die vorliegende Arbeit nur Fragen aus dem Fragebogen herangezogen, die für die Fragestellung relevant erschienen.

### **3.2.2 Basisdokumentation**

In der psychosomatischen Klinik des städtischen Krankenhauses München wurde seit 1989 für jeden Patienten eine Basisdokumentation (BRODA et al. 1993) geführt, welche uns für unsere Untersuchung zur Verfügung stand. Diese Dokumentation bestand aus jeweils einem Fragebogen für den Patienten und den behandelnden Psychotherapeuten am Beginn der stationären Behandlung. Der Fragebogen wurde von dem Patienten bei stationärer Aufnahme ausgefüllt und erfasste allgemein soziodemographische Daten, Krankengeschichte und aktuelle Probleme des Patienten. Für die vorliegende Untersuchung wurden folgende Items verwendet: Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Anzahl der Kinder, Schulabschluss. Der Fragebogen zur Basisdokumentation für Patienten ist im Anhang 2 abgedruckt.

Nach dem stationären Erstkontakt mit dem Patienten wurde von dem stationären Psychotherapeuten ein Fragebogen ausgefüllt, der die Einweisungsdiagnose, den Einweisungsmodus, das Niveau der Persönlichkeitsorganisation, die Motivation des Patienten enthielt. Für die Untersuchung wurden

folgende Items verwendet: Psychische Diagnosen, Niveau der Persönlichkeitsorganisation, Motivation des Patienten. Der Fragebogen zur Basisdokumentation für Therapeuten ist im Anhang 3 abgedruckt.

### 3.3 Statistische Untersuchungsmethoden

#### 3.3.1 Allgemeine Auswertungskriterien

Die standardisierten Daten aus der Basisdokumentation für Patienten und die geschlossen zu beantwortenden Fragen des Fragebogens wurden für die EDV-Bearbeitung codiert. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programmsystem SPSS für Macintosh (NORUSIS 1990).

Mit der Ermittlung der Häufigkeit der einzelnen Variablen aus der Basisdokumentation bzw. den Angaben aus dem Fragebogen erhielten wir Häufigkeitstabellen. Die im zweiten analytischen Auswertungsschritt erfolgte Verknüpfung mindestens zweier Häufigkeitstabellen einzelner Variablen ergab eine Kontingenztafel, die den Zusammenhang zwischen zwei Merkmalklassen, wie z.B. Therapieempfehlung und Bewertung der ambulanten Psychotherapie, darstellten. Mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson ( $\chi^2$ ) wurde die Signifikanz dieser Variablen bestimmt, das heißt, ob eine Korrelation zwischen bestimmten Variablen einer Kontingenztafel bestand. Um eine Alpha-Fehler-Kumulation zu vermeiden hätte z.B. die Bonferoni - Korrektur (KRENGEL 2003) eingesetzt werden können. Diese wurde aufgrund der kritischen Diskussion in der Literatur jedoch nicht angewandt. Die Ergebnisse werden zumeist in ihrer Häufigkeit vorgestellt und daran anschließend die Korrelationen der Variablen. Im Ergebnisteil werden die Ergebnisse mit dem Chi-Quadrat und der Irrtumswahrscheinlichkeit (p) vorgestellt. In der folgenden Tabelle 3-1 wird die Bedeutung der Zeichen vorgestellt (BÜHL et al. 2005):

<b>Irrtumswahrscheinlichkeit</b>	<b>Bedeutung</b>	<b>Symbolisierung</b>
p < 0,1	nicht signifikant	ns
p < = 0,05	signifikant	*
p < = 0,01	sehr signifikant	**
p < = 0,001	höchst signifikant	***

Tabelle 3-1 Irrtumswahrscheinlichkeit mit Bedeutung und Symbolisierung

### 3.3.2 Spezielle Auswertungskriterien

Es wurde eine Fragengruppe (Frage 10.2, 10.3, 10.4, 10.7, 10.9, 10.10) zu einem Summenscore für die *Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung* zusammengefasst. Die Kombination der Antworten aus diesen sechs Fragen setzen sich wie folgt zusammen:

Frage 10.2 hat fünf Antwortmöglichkeiten von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“. Für Antworten „sehr gut“ oder „gut“ wurde jeweils ein Punkt vergeben.

Frage 10.3 konnte mit „ja“ und „nein“ geantwortet werden, bei Antwort „nein“ wurde ein Punkt vergeben.

Frage 10.4 hat fünf Antwortmöglichkeiten von „sehr hilfreich“ bis „gar nicht hilfreich“. Für die Antworten „sehr hilfreich“ oder „ziemlich hilfreich“ wurde jeweils ein Punkt vergeben.

Die Fragen 10.7, 10.9 und 10.10 konnten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Es wurde für die Antwort „ja“ jeweils ein Punkt vergeben.

Insgesamt wurden maximal sechs Punkte vergeben. Die Bewertung der *Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung* erfolgte anhand der erhaltenen Punkte folgendermaßen:

Erhaltene Punkte	Bewertung
6 Punkte	„sehr gut“
5 Punkte	„gut“
4,3,2 Punkte	„mittelmäßig“
1 Punkt	„schlecht“
0 Punkte	„sehr schlecht“

Tabelle 3-2 Bewertung des Summenscore für die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung

---

### **3.3.3 Erläuterung bestimmter Items**

#### **3.3.3.1 Art der Therapieempfehlung**

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde beobachtet, dass üblicherweise verschiedene Arten der ‚*Empfehlungspraxis*‘ von den stationären Therapeuten zur Beendigung der stationären Therapie gebräuchlich sind, die im folgenden vorgestellt werden. **1.** Patient erhält die Empfehlung für einen bestimmten ambulanten Therapeuten. **2.** Patient erhält die Empfehlung für mehrere ambulante Therapeuten. **3.** Patient wird generell die Durchführung einer sich an die stationäre Behandlung anschließende ambulante Therapie empfohlen.

#### **3.3.3.2 Art der Therapievermittlung**

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde beobachtet, dass üblicherweise verschiedene Arten der ‚*Vermittlungspraxis*‘ von den stationären Therapeuten zur Beendigung der stationären Therapie gebräuchlich sind, die im folgenden vorgestellt werden: **1.** Vermittlung des Therapieplatzes durch persönliche Kontaktaufnahme des stationären Therapeuten zum ambulanten Therapeuten an den Patienten. **2.** Vermittlung einer Adresse des ambulanten Therapeuten an den Patienten. **3.** Patient wird generell die Durchführung einer ambulanten Therapie nahegelegt.

#### **3.3.3.3 Therapieakzeptanz**

Um ein Maß für die Therapieakzeptanz zu ermitteln, wurden die Antworten auf die Fragen 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 2.0 und 5.0 des Fragebogens zusammengefasst. Die Fragen 1.4 –1.8 beinhalten die Kontaktaufnahme von seiten des Patienten zum ambulanten Therapeuten (s. Kap. 4.2.2). Die Frage 2.0 erfasste, ob eine ambulanten Psychotherapie durchgeführt worden ist. Die Frage 5.0, wollte wissen, ob eine ambulante Therapie empfohlen wurde (s. Kap. 4.2.1). Eine Therapieakzeptanz im weiteren Sinn bestand genau dann, wenn der Patient Frage 2.0 und Frage 5.0 mit „ja“ beantwortet hat. Eine Therapieakzeptanz im engeren Sinn bestand genau dann, wenn der Patient Frage 2.0 und Frage 5.0 mit „ja“ beantwortet hat und eine der Fragen 1.4 –1.8 mit „ja“ beantwortet hat.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Rolle des Psychotherapeuten der Psychosomatischen Klinik

Während der stationären Behandlung ist der die Einzeltherapie durchführende Psychotherapeut von besonderer Bedeutung. Eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung ist Grundlage des therapeutischen Prozesses. Hier geht es um emotionale Aspekte seitens des Patienten, wie das Gefühl des Verstandenwerdens sowie die Hoffnung auf Hilfe und Unterstützung. Im folgenden Kapitel wird die Einschätzung des stationären Therapeuten aus Patientensicht dargestellt. Mögliche Zusammenhänge zum Therapieergebnis (z.B. Zufriedenheit, Bewertung der Beschwerden) sowie zur eventuell nachfolgenden ambulanten Psychotherapie werden überprüft.

#### 4.1.1 *Beziehung zum stationären Therapeuten aus Patientensicht im therapeutischer Prozess*

Anhand der Befragung der Patienten wurde ermittelt, wie die Beziehung zum stationären Therapeuten bewertet wurde. Tabelle 4-1 gibt einen Überblick.

Beurteilungsgrad	Prozent (%)	Patientenanzahl (N)
sehr gut	23	50
gut	42	90
teils teils	30	64
schlecht	3	6
sehr schlecht	3	6

Tabelle 4-1 Beurteilung der Beziehung zum stationären Therapeuten aus Patientensicht (N=216)

Die Patienten, die die Beziehung mit „schlecht“ und „sehr schlecht“ bewerteten, wurden in der Auswertung unter „schlecht“ zusammengefasst.

Als zweiter wichtiger Aspekt wurde bei der Beurteilung des stationären Therapeuten die Bewertung der Hilfe durch ihn aus Sicht der Patienten ermittelt.

Beurteilungsgrad	Prozent (%)	Patientenanzahl (N)
sehr hilfreich	36	78
ziemlich hilfreich	20	43
teils teils hilfreich	26	55
kaum hilfreich	13	27
gar nicht hilfreich	6	12

Tabelle 4-2 Beurteilung der erhaltenen Hilfe durch den stationären Therapeuten aus Patientensicht (N=215)

In Tabelle 4-2 wird ersichtlich, wie hilfreich der Therapeut für die Patienten war. Die Angaben bei „kaum“ und „gar nicht“ vorhandener Hilfe wurden in der Auswertung unter „kaum hilfreich“ zusammengefasst.

Es wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der *Bewertung der Beziehung* durch die Patienten und der *Einschätzung der Hilfe durch den stationären Therapeuten* bestand. Die Abbildung 4-1 soll dies verdeutlichen.

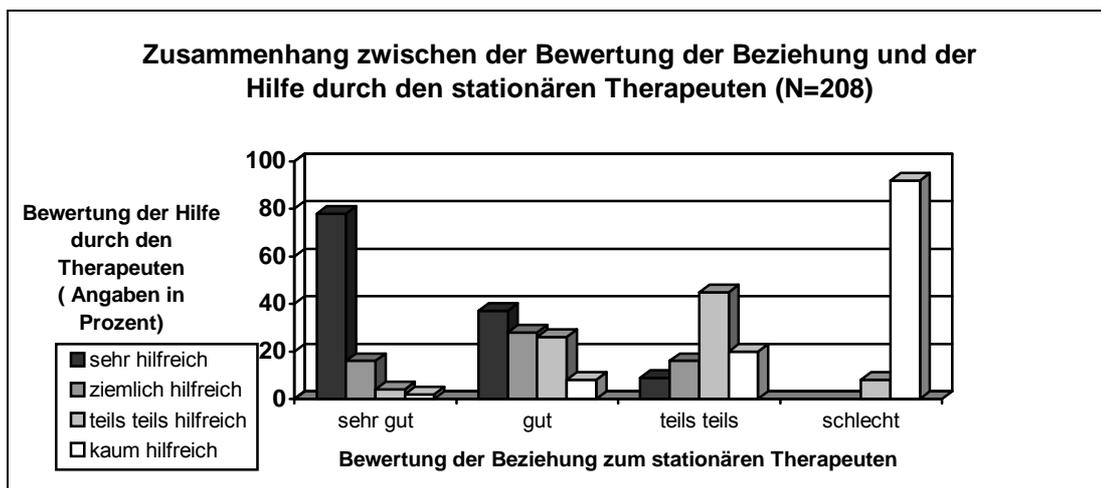


Abbildung 4-1 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten und der Bewertung der Hilfe durch den stationären Therapeuten aus Patientensicht (N=208)

Es ergab sich, dass von den 50 Patienten, die eine „sehr gute“ Beziehung zum Therapeuten beschrieben, 78% (N=39) der Patienten diesen als „sehr hilfreich“ bewerteten, 16% (N=8) als „ziemlich hilfreich“, 4% (N=2) als „teils teils“ und 2% (N=1) als „kaum hilfreich“. Von den 90 Patienten mit einer „guten“ Beziehung, bewerteten 37% (N=33) den Therapeuten als „sehr hilfreich“, 28% (N=25) als „ziemlich“, 26% (N=23) als „teils teils“ und 8% (N=7) als „kaum hilfreich“. Von 64 Patienten wurde die Beziehung als „teils teils“ beschrieben und von diesen bewerteten 9% (N=6) der Patienten den Therapeuten als „sehr hilfreich“, 16% (N=10) als „ziemlich hilfreich“ 45% (N=29) als „teils teils“ und 20% (N=13) als „kaum hilfreich“. Von 12 Patienten, die die Beziehung subjektiv als „schlecht“ bewertet hatten, wurde der Therapeut von 8% (N=1) als „teils teils hilfreich“ und von 92% (N=11) der Patienten als „kaum hilfreich“ bewertet. Die obige Korrelation ist sehr signifikant ( $\chi^2=21,6$ ;  $p<0,01$ ).

Laut Selbstbewertung der Patienten war bei „sehr gut“ bewerteter *Beziehung zum stationären Therapeuten* die *Hilfe durch die stationäre Therapie* für 54% (N=26) der Patienten eingetreten. War die Beziehung als „gut“ bewertet worden, hat die Therapie bei 27% (N=24) der Patienten geholfen. Bei einer „teils teils“ Bewertung der Beziehung hat die stationäre Therapie laut Angaben der Betroffenen 16% (N=10) geholfen und bei „schlecht“ bewerteter Beziehung lediglich 8% (N=1). War die Beziehung als „sehr gut“ bewertet worden, half 2% (N=1) der Patienten die Therapie nicht, war sie „gut“, half die Therapie 11% (N=10) nicht. War die Beziehung „teils teils“, hatte die Therapie 15% (N=9) nicht geholfen, war sie „schlecht“, half die Therapie 33% (N=4) nicht. Diese Korrelation ist höchst signifikant ( $\chi^2=40,7$ ;  $p<0,001$ ) und wird in Abbildung 4-2 dargestellt.

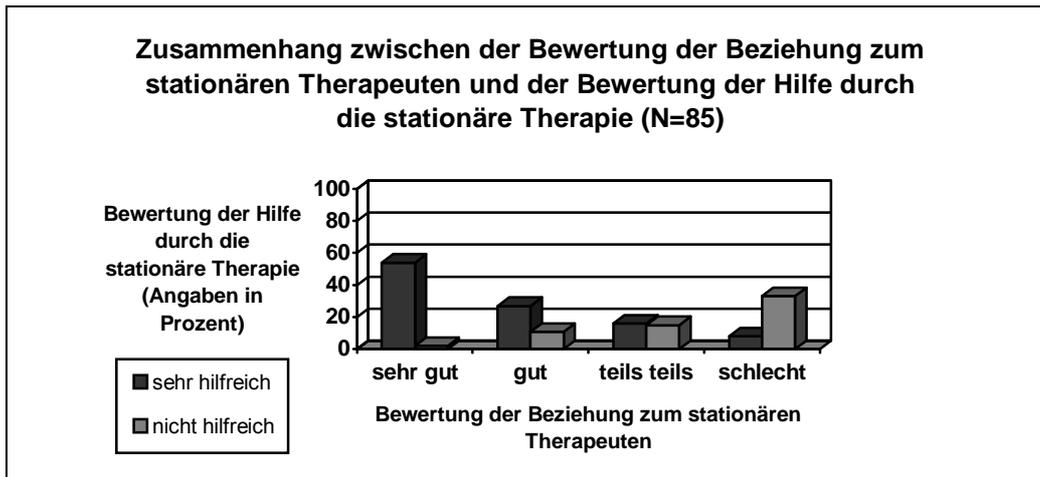


Abbildung 4-2 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten und der Bewertung der Hilfe durch die stationäre Therapie (N=85)

Ein Maßstab für die vom Patienten wahrgenommene herausgehobene Rolle des Therapeuten ist die Frage, ob er oder gegebenenfalls andere Personen Hauptansprechpartner während der stationären Therapie waren. Von 212 Patienten wurde ermittelt, dass 55% (N=120) im stationären Therapeuten ihren Hauptansprechpartner hatten. 42% (N=92) der Patienten gaben einen anderen Hauptansprechpartner als den stationären Therapeuten an. Von den 92 Patienten wurde von 52% (N=47) eine Pflegekraft angegeben, bei 28% (N=25) die Mitpatienten, bei 20% (N=18) der Gestaltungstherapeut, bei 14% (N=13) der Körperarzt, bei 11% (N=10) der Bewegungstherapeut, bei 6% (N=5) der Chefarzt, bei 6% (N=5) der Gruppentherapeut, bei 2% (N=2) der Oberarzt und 1% (N=1) gaben sonstige an. Mehrfachnennung war möglich.

Es bestand ein Zusammenhang zwischen der Angabe eines *anderen wichtigen Ansprechpartners* als dem stationären Therapeuten und der *Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten* aus Patientensicht. Von den 120 Patienten, die in ihrem Therapeuten ihren wichtigsten Ansprechpartner hatten, wurde von 29% (N=35) der Patienten die Beziehung als „sehr gut“ bewertet. 51% (N=62) bewerteten sie als „gut“, 17% (N=21) als „teils teils“ und 2% (N=2) bewerteten sie als „schlecht“. Von den Patienten, die einen anderen wichtigen Ansprechpartner hatten, bewerteten 14% (N=12) die Beziehung als „sehr gut“, 29% (N=26) als „gut“, 47% (N=42) als „teils teils“ und 11% (N=10) bewerteten die Beziehung als „schlecht“. Der Zusammenhang der Merkmale ergibt höchste Signifikanz ( $\chi^2=27,4$ ;  $p<0,001$ ).

Die Frage nach dem Hauptansprechpartner ist eine von sechs Fragen, welche für den Summenscore über die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung herangezogen wurde (s. Kap. 3.3.2), worauf in den folgenden Kapiteln in einigen Korrelationen eingegangen wird.

Die Ergebnisse des Summenscores **“Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung“** werden in der tabellarische Übersicht 4-3 vorgestellt.

Frage	Häufigkeit der Kategorie 1* in % (Kriterien)	Häufigkeit der Kategorie 2° in % (Kriterien)	Anzahl der Patienten (N)
10.2 Beziehung zum stationären Therapeut?	65 (sehr gut/ gut)	34 (teils teils/ schlecht/ sehr schlecht)	216
10.3 Anderer wichtigster Ansprechpartner auf Station?	55 (nein)	42 (ja)	212
10.4 Wie hilfreich war stationäre Therapeut?	56 (sehr/ ziemlich hilfreich)	42 (teils teils/ kaum hilfreich)	215
10.7 Nach Entlassung noch an stationären Therapeut gedacht?	77 (ja)	21 (nein)	213
10.9 Waren Erfahrungen mit Therapeut etwas, das Sie in sich wachrufen konnten?	65 (ja)	32 (nein)	212
10.10 Wunsch nach ambulanter Therapie bei Therapeut?	32 (ja)	67 (nein)	213

Tabelle 4-3 Übersicht der erhaltenen Antworten auf die Fragen, die den Summenscore der Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung ergeben (\*Kategorie 1 entspricht 1 Punkt, °Kategorie 2 entspricht 0 Punkte)

#### **4.1.2 Beziehung zum stationären Therapeuten aus Patientensicht und nachfolgende ambulante Therapie**

Von den Patienten, welche eine „sehr gute“ Beziehung zum stationären Therapeuten beschrieben, zeigten 80% (N=40) `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´ (s. Kap. 3.3.3.3). Bestand eine „gute“

Beziehung, zeigten 79% (N=71) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. War die Beziehung als „teils teils“ beschrieben worden, zeigten 70% (N=45) der Patienten 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' und mit „schlechter“ Beziehung zeigten dies nach Entlassung nur 33% (N=4) der Patienten. Der Zusammenhang zwischen der Wertung der *Beziehung zum stationären Therapeuten* aus Patientensicht und der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' ist sehr signifikant ( $\chi^2=12,8$ ;  $p<0,01$ ) und wird in Abbildung 4-3 dargestellt.

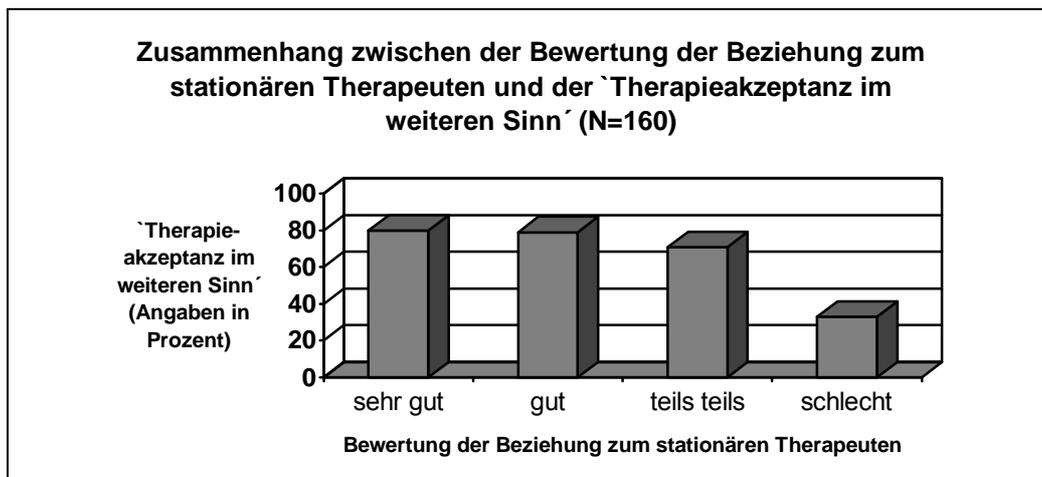


Abbildung 4-3 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten und der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' (N=160)

Der Zusammenhang zwischen dem Grad wahrgenommener *Hilfe durch den stationären Therapeuten* und der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn', ist auch sehr signifikant ( $\chi^2=21,6$ ;  $p<0,01$ ). Von den 78 Patienten, die einen „sehr hilfreichen“ stationären Therapeuten hatten, zeigten 72% (N=55) der Patienten 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. Bei „ziemlich“ hilfreichen Therapeuten waren es 81% (N=33), bei „teils teils“ hilfreichen stationären Therapeuten 69% (N=37) und bei „kaum“ hilfreichen Therapeuten zeigten 41% (N=16) der Patienten 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. Die nachfolgende Abbildung 4-4 verdeutlicht den Zusammenhang.

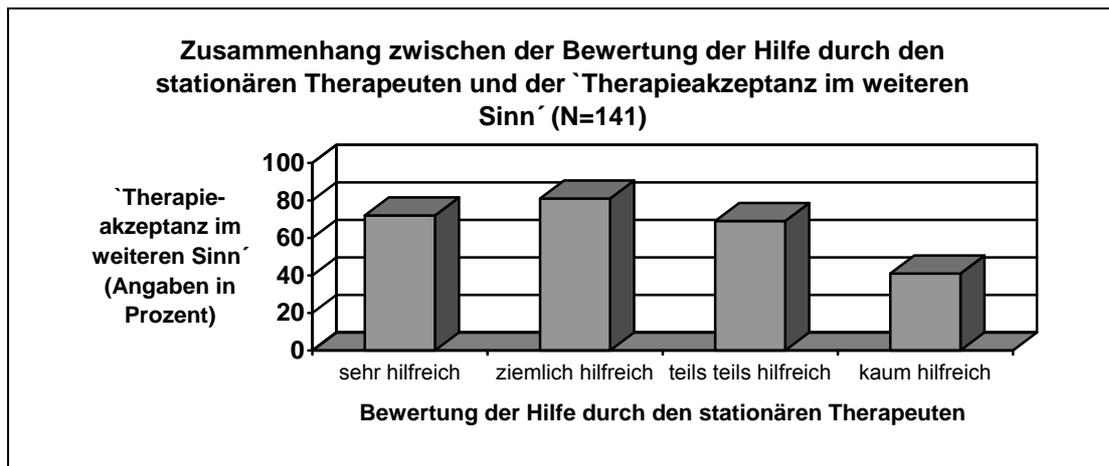


Abbildung 4-4 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Hilfe durch den stationären Therapeuten aus Patientensicht und der `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´(N=141)

Von den 78 Patienten, die ihren stationären Therapeuten als „sehr hilfreich“ empfanden, zeigten 68% (N=53) der Patienten `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ (s. Kap. 3.3.3.3). War der stationäre Therapeut „ziemlich hilfreich“, zeigten 71% (N=30) `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´. Bei „teils teils“ hilfreichem Therapeuten zeigten 56% (N=31), bei „kaum“ hilfreichem Therapeuten nur 27%(N=10) `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´. Der Zusammenhang zwischen der *Hilfe durch den stationären Therapeuten* und der *`Therapieakzeptanz im engeren Sinn´* ist höchst signifikant ( $\chi^2=21,0$ ;  $p<0,001$ ). Die folgende Abbildung 4-5 verdeutlicht den Zusammenhang.

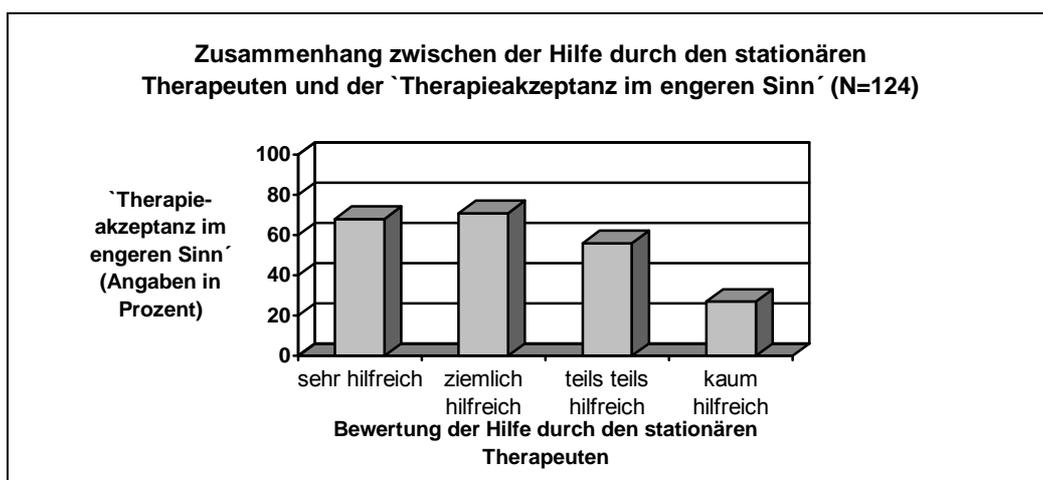


Abbildung 4-5 Zusammenhang zwischen der Hilfe durch den stationären Therapeuten und der `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ (N=124)

Für 52% (N=31) der Patienten, die einen als „sehr hilfreich“ wahrgenommenen stationären Therapeuten hatten, war die nachfolgende ambulante Therapie „sehr hilfreich“. War der Therapeut „ziemlich“ hilfreich, empfanden 29% (N=10) der Patienten die ambulante Therapie „sehr hilfreich“. Jene Patienten, die ihn als „teils teils“ engagiert erlebten, war die ambulante Therapie für 23% (N=10) „sehr hilfreich“ und bei „kaum hilfreichen“ stationärem Therapeut empfanden 37% (N=7) die ambulante Therapie als „sehr hilfreich“. Die Korrelation der Merkmale *Hilfe durch den stationären Therapeuten* und *Hilfe durch die nachfolgende ambulante Therapie* ist sehr signifikant ( $\chi^2=27,8$ ;  $p<0,01$ ).

Ein möglicher Zusammenhang zwischen der *Hilfe durch den stationären Therapeuten* und der späteren *Zufriedenheit über die Entscheidung für die durchgeführte ambulante Therapie* ergab folgendes. Bei einem „sehr engagiert“ wahrgenommenen stationären Therapeuten empfanden 60% (N=36) der Patienten ihre Entscheidung als sehr richtig. Bei „ziemlichem“ Engagement haben 53% (N=18) retrospektiv ihre Entscheidung als sehr richtig empfunden, unterstützte er sie nur „teils teils“, nur zu 35% (N=15). Unterstützte der stationäre Therapeut „kaum“, waren dennoch 58% (N=11) mit ihrer Entscheidung für die nachfolgende ambulante Therapie sehr zufrieden. Die Korrelation beider Merkmale zeigt eine statistische Tendenz ( $\chi^2=12,0$ ;  $p<0,1$ ).

#### **4.1.3 Beziehung zum stationären Therapeuten nach Entlassung**

Von der Stichprobe hatten nach der Entlassung 30% (N=64) der Patienten aus eigenem Interesse nochmals Kontakt zur psychosomatischen Abteilung des Krankenhauses aufgenommen. Zwei Patienten machten keine Angaben. Als bewusster Anlass des Besuches wurde von 13% (N=8) der Patienten der Wunsch nach Ausstellung einer Bescheinigung angegeben. Von 23% (N=15) wurde das Gespräch gesucht, wiederum 23% (N=15) suchten Hilfe und 34% (N=22) der Patienten wollten eine neue ambulante Weiterbehandlungsempfehlung, 4 Patienten gaben anderes an. Für 34% (N=21) der Patienten war dieser nochmalige Kontakt „sehr hilfreich“. 26% (N=16) beschreiben ihn als „ziemlich“ hilfreich, 18% (N=11) als „teils teils“ hilfreich, 10% (N=6) der Patienten als „kaum“ und 12% (N=7) als „gar nicht“ hilfreich.

Von den 64 Patienten, die *poststationären Kontakt zum stationären Therapeuten* aufnahmen, führten 88% (N=56) letztlich eine *ambulante Therapie* durch. Von denen, die keinen Kontakt aufnahmen,

---

hatten 68% (N=104) eine ambulante Therapie durchgeführt. Der Unterschied der Häufigkeiten ist sehr signifikant ( $\chi^2=8,5$ ;  $p<0,01$ ).

Die Frage an die Patienten, ob sie die Erfahrungen mit dem stationären Therapeuten auch später immer wieder in sich wachrufen konnten (N=212), bezog sich auf den Zeitraum von maximal 33 Monaten nach Entlassung. 65% (N=138) der Patienten konnten dies, 35% (N=74) konnten in der Erinnerung nicht darauf zurückgreifen.

Interessant war die Verknüpfung der Merkmale *Erinnerung an Erfahrungen mit dem stationären Therapeuten* und Einschätzung der *Hilfe durch die stationäre Behandlung*. Von den 138 Patienten, die auf die Erinnerung mit ihrem Therapeuten zurückgreifen konnten, gaben 39% (N=53) der Patienten an, dass die stationäre Therapie „sehr geholfen“ hat, 32% (N=43) hat sie „ziemlich“, 24% (N=33) hat sie „etwas“ und 4% (N=6) hat sie „nicht geholfen“. Den Patienten, die nicht auf die Erfahrungen mit dem stationären Therapeuten zurückgreifen konnten, hat die stationäre Behandlung 11% (N=8) „sehr“, 19% (N=14) „ziemlich“, 45% (N=33) „etwas“ und 25% (N=18) „nicht geholfen“. Der Unterschied bezüglich der Häufigkeiten zwischen beiden Patientengruppen ist höchst signifikant ( $\chi^2=38,9$ ;  $p<0,001$ ).

Der Zusammenhang zwischen den Merkmalen *Erinnerung an Erfahrungen mit dem stationären Therapeuten* und der *Hilfe durch die ambulante Therapie* wurde von 157 Patienten ermittelt. Von den Patienten, die auf Erfahrungen mit dem stationären Therapeuten zurückgreifen konnten, hatten 72% (N=77) die ambulante Therapie als „sehr“ bis „ziemlich hilfreich“ erlebt. 22% (N=23) empfanden sie „etwas hilfreich“ und 7% (N=7) hatten sie als „nicht hilfreich“ erlebt. Konnte nicht auf Erfahrungen mit dem stationären Therapeuten zurückgegriffen werden, erlebten 48% (N=24) die ambulante Therapie als „sehr“ bis „ziemlich hilfreich“, 34% (N=17) als „etwas“ und 18% (N=9) als „nicht hilfreich“. Die Korrelation der Merkmale war signifikant ( $\chi^2=9,7$ ;  $p<0,05$ ).

Bei 32% (N=68) von 208 Patienten bestand der Wunsch bei ihrem stationären Therapeuten eine ambulante Therapie durchzuführen. Von den 68 Patienten haben 94% (N=64) mit dem Therapeuten darüber gesprochen und bei 10% (N=14) der Patienten konnte diesem Wunsch entsprochen werden.

Eine weitere zu untersuchende Verknüpfung war der *Wunsch nach Fortsetzung der Therapie beim stationären Therapeuten* und der Bewertung der *Hilfe durch die stationäre Therapie*. Die folgende Abbildung 4-6 verdeutlicht den höchst signifikanten Zusammenhang ( $\chi^2=18,6$ ;  $p<0,001$ ).

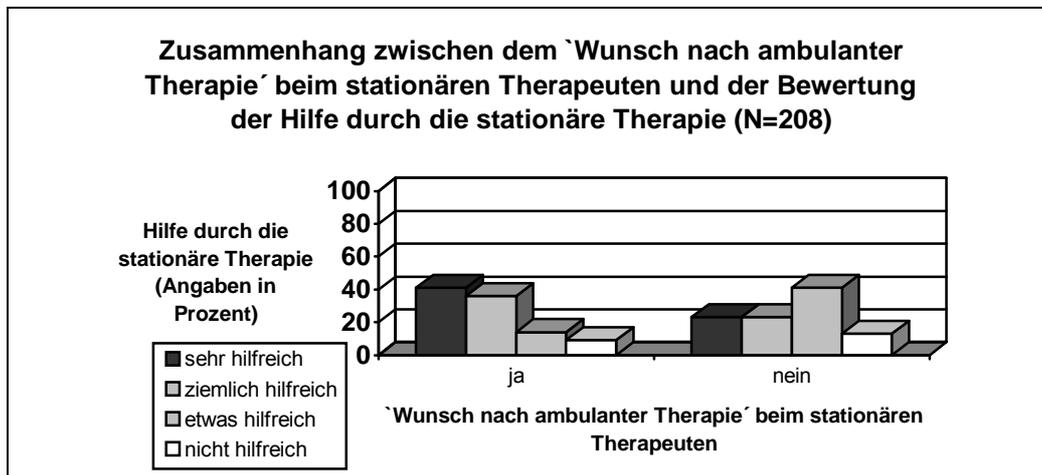


Abbildung 4-6 Zusammenhang zwischen dem `Wunsch` nach ambulanten Therapie beim stationären Therapeuten und der Bewertung der Hilfe durch die stationäre Therapie (N=208)

Abbildung 4-6 zeigt, dass 41% (N=27) der 68 Patienten mit besagtem Wunsch die stationäre Behandlung „sehr geholfen“ hatte. Als „ziemlich hilfreich“ erlebten die stationäre Therapie 36% (N=24), „etwas hilfreich“ 14% (N=9) und „nicht hilfreich“ 9% (N=6). Bestand kein Wunsch nach einer Therapie beim stationären Therapeuten, hatte die stationäre Therapie laut Bewertung der Patienten 23% (N=33) der Patienten „sehr geholfen“. 23% (N=33) erlebten sie als „ziemlich hilfreich“, 41% (N=58) der Patienten als „etwas hilfreich“ und 13% (N=18) als „nicht hilfreich“.

Von den 68 Patienten mit dem *Wunsch nach Fortsetzen der Therapie beim stationären Therapeuten* hatten 82% (N=56) eine *ambulante Therapie durchgeführt*. Von den Patienten, die diesen Wunsch nicht hatten, hatten 70% (N=101) der Patienten eine ambulante Therapie durchgeführt. Der Unterschied ist signifikant ( $\chi^2=3,8$ ;  $p<0,05$ ).

---

## 4.2 Therapieempfehlung und Therapievermittlung

### 4.2.1 Therapieempfehlung

Insgesamt erhielten 84% (N=183) aller befragter Patienten eine Therapieempfehlung. 14% (N=30) der Patienten gaben an, keine Weiterbehandlungsempfehlung erhalten zu haben. Fünf Patienten machten keine Angaben. 183 Patienten erhielten eine Weiterbehandlungsempfehlung. 73% (N=160) der Patienten haben nach der stationären Behandlung eine ambulante Therapie begonnen. Innerhalb der ersten 4 Wochen nach der stationären Entlassung haben 59% (N=95) der Patienten mit einer ambulanten Therapie begonnen. 23% (N=36) der Patienten begannen spätestens nach drei Monaten, 12% (N=19) nach einem halben Jahr, 5% (N=8) innerhalb des ersten Jahres. Zwei (1%) Patienten begannen erst im zweiten Jahr nach der stationären Entlassung. Ob die Weiterbehandlungsempfehlung von einer anderen Person als dem stationären Therapeuten ausging, bejahten 38% (N=69) der Patienten. Im folgenden Kapitel wird vorgestellt, welchen Einfluss die Weiterbehandlungsempfehlung auf die Zeit nach der stationären Behandlung genommen hat.

Die Frage, ob die Initiative für eine weiterführende ambulante Therapie vom stationären Therapeuten ausgegangen war, beantworteten 33% (N=59) mit „ja“. Immerhin berichteten 19% (N=33) selbst den Anstoß hierzu gegeben zu haben. In 35% (N=62) der Fälle waren es beide gleichzeitig und 13% (N=23) war dies nicht mehr erinnerlich.

Wir vermuteten einen Zusammenhang zwischen der *Bewertung der Beziehung* aus Patientensicht und der *Empfehlung für eine ambulanten Weiterbehandlung*. Es ergab sich, dass von den Patienten mit „sehr guter“ Beziehung 96% (N=48) eine Empfehlung erhalten hatten. War die Beziehung als „gut“ bewertet worden, hatten 84% (N=76) eine Empfehlung bekommen. Wurde die Beziehung als „teils teils“ bewertet, hatten 77% (N=49) eine Weiterbehandlungsempfehlung erhalten. War die Beziehung als „schlecht“ bewertet wurden, erhielten 75% (N=9) der Patienten eine Empfehlung zur ambulanten Weiterbehandlung. Die Korrelation der Merkmale ist sehr signifikant ( $\chi^2=14,8$ ;  $p<0,01$ ).

**4.2.2 Art der Therapieempfehlung**

Die Frage nach der Art der Therapieempfehlung (s. Kap.3.3.3.1), ob ein bestimmter ambulanter Therapeut empfohlen wurde, bejahten 28% (N=50). Mehrere Therapeuten gleichzeitig wurden 27% (N=48) der Patienten empfohlen, eine `generelle Weiterbehandlungsempfehlung´ zu einer sich an die stationäre Behandlung anschließende ambulanten Therapie erhielten 45% (N=81). 4 Patienten machten hierzu keine Angaben.

Aufgrund der erhaltenen Art der Weiterbehandlungsempfehlung bezüglich eines ambulanten Therapeuten, hat uns interessiert, ob die Patienten während bzw. nach der stationären Behandlung Kontakt zu dem empfohlenen Therapeuten, einem oder mehreren Therapeuten aufgenommen hatten, um eine `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ (s. Kap. 3.3.3.3) feststellen zu können. In Tabelle 4-4 soll aufgezeigt werden, wie viele Patienten von denen, die eine Weiterbehandlungsempfehlung bezüglich des Therapeuten erhielten, Kontakt zum empfohlenen ambulanten Therapeuten aufnahmen bzw. auch zu anderen Therapeuten Kontakt suchten (N=125). Mehrfachantworten waren möglich. Daran anschließend werden einige Korrelationen vorgestellt.

<b>Initiative</b>	<b>Prozent (%)</b>	<b>Anzahl (N)</b>
Kontakt zu empfohlenem ambulanten Therapeuten während der stationären Behandlung	14	26
Kontakt zu empfohlenem ambulanten Therapeuten	30	55
Kontakt zu anderem ambulanten Therapeuten	13	24
Kontakt zu mehreren ambulanten Therapeuten	11	20
Rückkehr zu vorbehandelndem ambulanten Therapeuten	23	49

Tabelle 4-4 Kontaktaufnahme der Patienten während bzw. nach der stationären Therapie zu ambulanten Therapeuten (N=125)

Von 26 Patienten, die *während der stationären Behandlung Kontakt* zum empfohlenen Therapeuten aufgenommen hatten, traten 96% (N=25) unmittelbar nach Entlassung die ambulante Therapie an. Hingegen traten bei der Gruppe der Patienten, die nicht *während der stationären Behandlung den*

---

*Kontakt* zum ambulanten Therapeuten aufgenommen hatten, nur 71% (N=135) die ambulante Therapie an. Die Korrelation der Merkmale ist sehr signifikant ( $\chi^2=7,3$ ;  $p<0,01$ ).

Wurde *ein spezieller Therapeut* empfohlen, nahmen 50% (N=25) Kontakt zu eben diesem ambulanten Therapeuten auf. Wurden *mehrere Therapeuten* empfohlen, nahmen 42% (N=20) Kontakt zu einem der empfohlenen Therapeuten auf. Die Korrelation der Merkmale ist höchst signifikant ( $\chi^2=30,2$ ;  $p<0,001$ ).

Der mögliche Zusammenhang zwischen der *Art der Therapieempfehlung* und der *Häufigkeit der Durchführung der ambulanten Therapie* wurde von 178 Patienten ermittelt. Wurde ein spezieller Therapeut empfohlen, hatten 88% (N=44) eine ambulante Therapie durchgeführt. Wurden mehrere Therapeuten empfohlen, führten 83% (N=39) eine ambulante Therapie durch. Von den Patienten, die eine generelle Empfehlung erhielten, begannen 70% (N=57) eine ambulante Therapie. Die Korrelation der Merkmale ist signifikant ( $\chi^2=6,4$ ;  $p<0,05$ ).

Bei 64 Patienten bestand der Wunsch, bei dem stationären Therapeuten eine ambulante Therapie durchzuführen. Uns interessierte, ob ein Zusammenhang bestand zwischen dieser *Art Therapiewunsch* und der *Kontaktaufnahme zum empfohlenen ambulanten Therapeuten*. Unterteilt wurde zusätzlich nach dem Niveau der Persönlichkeit (s. Kap. 3.1.2.2).

Von den mit hohem Strukturniveau eingestufteten Patienten hatten 18 den Wunsch eine ambulante Therapie beim stationären Therapeuten durchzuführen. Von den Patienten hatten 61% (N=11) Kontakt zum empfohlenen Therapeuten aufgenommen. Von diesen Patienten, die nicht diesen Wunsch hatten, nahmen von 47 Patienten nur 11% (N=5) Kontakt zum empfohlenen ambulanten Therapeuten auf. Der Zusammenhang ist höchst signifikant ( $\chi^2=26,1$ ;  $p<0,001$ ).

Von 116 Patienten, die mit mittlerem Strukturniveau aufgenommen worden waren, hatten 40 Patienten den Wunsch eine ambulante weiterführende Therapie beim stationären Therapeuten durchzuführen. 43% (N=17) nahmen Kontakt zum empfohlenen Therapeuten auf. Von den Patienten ohne diesen Wunsch nahmen 20% (N=15) Kontakt zum empfohlenen Therapeuten auf. Der Zusammenhang der Merkmale ist sehr signifikant ( $\chi^2=17,8$ ;  $p<0,01$ ).

Von 14 Patienten mit niedrigem Strukturniveau hatten 6 Patienten den Wunsch nach einer ambulanten Therapie bei ihrem stationären Therapeuten. 33% (N=2) der Patienten nahmen Kontakt zum empfohlenen Therapeuten auf. Bei den Patienten ohne diesen Wunsch waren es 13% (N=1). Der Zusammenhang der Merkmale ist nicht signifikant ( $\chi^2=3,8$ ;  $p>0,05$ ).

### 4.2.3 Empfehlung spezieller Therapieverfahren

Von den 160 Patienten, die eine ambulante Therapie durchführten, gaben 53% (N=85) an, dass bei ihnen genau das empfohlene Therapieverfahren umgesetzt worden war. 30% (N=47) verneinten dies und 17% (N=27) der Patienten konnten sich nicht mehr erinnern. Ein Patient machte dazu keine Angaben.

In welcher Häufigkeit die einzelnen Therapieverfahren empfohlen bzw. schlussendlich ambulant durchgeführt wurden und das durchgeführte Therapieverfahren entsprechend der Empfehlung durchgeführt wurde, ist in folgender Tabelle 4-5 aufgeführt. Mehrfachnennungen waren möglich.

Art des Therapieverfahrens	empfohlene Therapieverfahren (N)	durchgeführte Therapieverfahren allgemein (N)	durchgeführte Therapieverfahren entsprechend der Empfehlung (N)
Psychoanalyse	30	29	15
Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	53	48	31
Verhaltenstherapie	21	22	8
Familien-/Paartherapie	14	9	1
Gruppentherapie	35	16	9
Bewegungstherapie	19	13	11
Gestaltungstherapie	14	6	4
Beratungsgespräche	20	23	8
Entspannungsverfahren	9	7	1
sonstiges	9	16	13

Tabelle 4-5 Gegenüberstellung des empfohlenen Therapieverfahrens (N=183), des durchgeführten Therapieverfahrens (N=160) und des durchgeführten Therapieverfahrens entsprechend der Empfehlung (N=85)

In der Tabelle 4-4 wurde angegeben, dass 125 Patienten der Therapeutenempfehlung für einen bestimmten Therapeuten oder mehrere gefolgt waren. In Tabelle 4-5 wurde ersichtlich, dass 85 Patienten das empfohlene Therapieverfahren durchgeführt hatten. Aus diesen beiden Patientengruppen kristallisieren sich die Patienten heraus, die beiden in der stationären Behandlung erhaltenen Empfehlungen in ihrer ambulanten Therapie gefolgt waren. In der Auswertung konnten insgesamt 34% (N=63) Patienten ermittelt werden.

Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen der *Empfehlung einer ambulanten Therapie* und der *Durchführung einer ambulanten Therapie*. Von den 183 Patienten, die eine Therapie empfohlen bekamen, führten 80% (N=147) eine Therapie durch. Von den 30 Patienten ohne Weiterbehandlungsempfehlung führten 43% (N=13) eine ambulante Therapie durch. Der Zusammenhang zwischen den Merkmalen Weiterbehandlungsempfehlung und Durchführung einer ambulanten Therapie ist höchst signifikant ( $\chi^2=24,6$ ;  $p<0,001$ ). Diese beiden Merkmale sind die Grundlage des Items 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' (s. Kap. 3.3.3.3).

Von Interesse ist ein möglicher Zusammenhang zwischen der *Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung* (Punktvergabe nach Summenscore s. Kap. 3.3.2) und der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. Bei 154 Patienten wurde ermittelt, dass 82% (N=28) der Patienten mit einer „sehr guten“ (6 Punkte) Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' zeigten. Bestand eine „gute“ (5 Punkte) Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung, zeigten 62% (N=21) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. Bei einer jeweils mit „mittelmäßig“ bewerteten Qualität der Beziehung, zeigten 40% (N=10) (4 Punkte), 38% (N=8) (3 Punkte) und 31% (N=5) (2 Punkte) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. Bei „schlecht“ (1 Punkt) bewerteter Qualität der Beziehung zeigten 31% (N=4) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. Bei „sehr schlechter“ (0 Punkte) Qualität der Beziehung zeigten dennoch 46% (N=5) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. Der Zusammenhang ist signifikant ( $\chi^2=26,2$ ;  $p<0,05$ ) und wird in Abbildung 4-7 verdeutlicht.

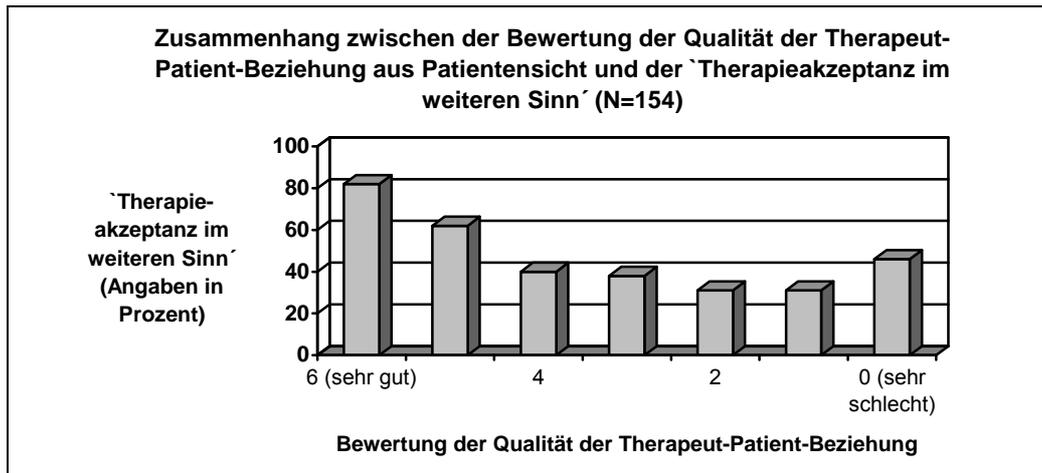


Abbildung 4-7 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung aus Patientensicht und der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' (N=154)

Der Zusammenhang zwischen der *Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung* und der 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' ergab Folgendes: Bei 124 Patienten wurde ermittelt, dass 77% (N=33) der Patienten mit einer „sehr guten“ (6 Punkte) Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' zeigten. Bestand eine „gute“ (5 Punkte) Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung, zeigten 74% (N=29) 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn'. Bei einer jeweils mit „mittelmäßig“ bewerteten Qualität der Beziehung, zeigten 66% (N=21) (4 Punkte), 58% (N=15) (3 Punkte) und 44% (N=10) (2 Punkte) 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn'. Bei „schlecht“ (1 Punkt) bewerteter Qualität der Beziehung zeigten 38% (N=11) 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn'. Bei „sehr schlechter“ ( 0 Punkte) Qualität der Beziehung zeigten 31% (N=5) 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn'. In Abbildung 4-8 wird der höchst signifikante ( $\chi^2=22,7$ ;  $p<0,001$ ) Zusammenhang verdeutlicht.

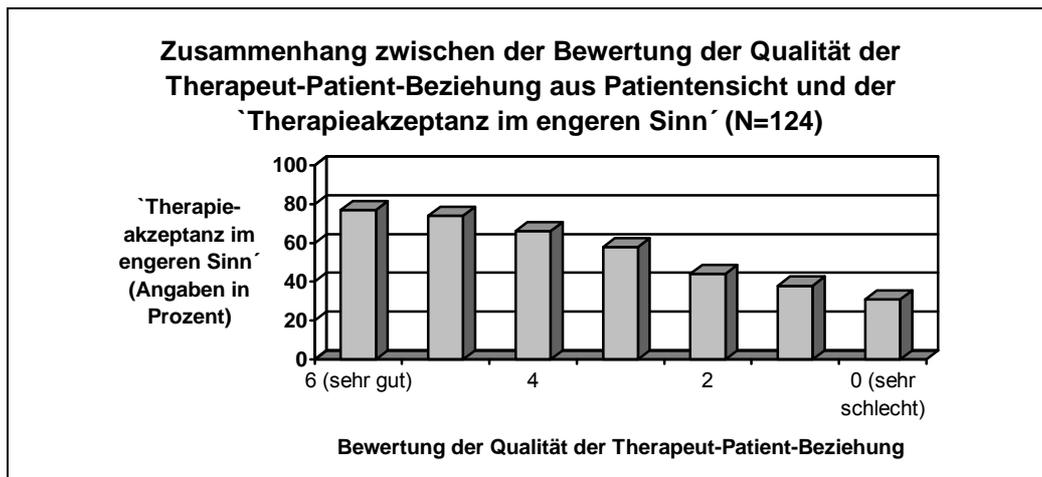


Abbildung 4-8 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung aus Patientensicht und der 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' (N=124)

#### 4.2.4 Patienten ohne Therapieempfehlung

Von den 30 Patienten, die angaben, keine Empfehlung für eine ambulante Anschlusstherapie erhalten zu haben, äußerten sich 26 Patienten über den vermeintlichen Grund hierfür und diese Angaben sind in Tabelle 4-6 aufgeführt. Mehrfachnennungen waren möglich.

Grund	Prozent (%)	Anzahl (N)
Patient fühlte sich ausreichend behandelt	20	6
Patient wünschte keine Weiterbehandlung	27	8
Therapeut hielt Patient für ausreichend behandelt	13	4
Therapeut schien desinteressiert	3	1
keine ambulante Psychotherapie verfügbar	7	2
Patient kehrte in frühere Psychotherapie zurück	13	4
sonstiges	23	7
keine Angaben	13	4

Tabelle 4-6 Gründe, weshalb Patienten keine Weiterbehandlungsempfehlung zu einer ambulanten Therapie erhalten haben (N=26)

Lediglich 44% (N=10) der Patienten fühlten sich ausreichend über die Möglichkeiten einer ambulanten Weiterbehandlung bzw. mögliche therapeutische Alternativen informiert. 56% (N=13) empfanden dies

nicht so. Auch in Frage 12 unseres Fragebogens wurde von einigen wenigen Patienten kritisiert, dass sie zu wenig Informationen bezüglich der ambulanten Weiterbehandlungsmöglichkeiten erhalten hatten.

Von den 30 Patienten ohne Weiterbehandlungsempfehlung führten 13 Patienten dennoch eine ambulante Therapie durch. Im Vergleich mit den anderen 147 Patienten, die eine ambulante Therapie durchgeführt hatten, wird in der folgenden Tabelle 4-7 vorgestellt, was diese 13 Patienten im Einzelnen unternommen hatten.

<b>Therapieverfahren</b>	<b>durchgeführte Therapieverfahren allgemein (N)</b>	<b>durchgeführte Therapie ohne erhaltene Empfehlung</b>
Psychoanalyse	29	2
Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	48	3
Verhaltenstherapie	22	0
Familien-/Paartherapie	9	1
Gruppentherapie	16	0
Bewegungstherapie	13	0
Gestaltungstherapie	6	1
Beratungsgespräche	23	3
Entspannungsverfahren	7	0
sonstiges	16	3

Tabelle 4-7 Durchgeführtes Therapieverfahren der Patienten ohne Weiterbehandlungsempfehlung im Vergleich zu allen Patienten, die eine ambulante Therapie durchführten

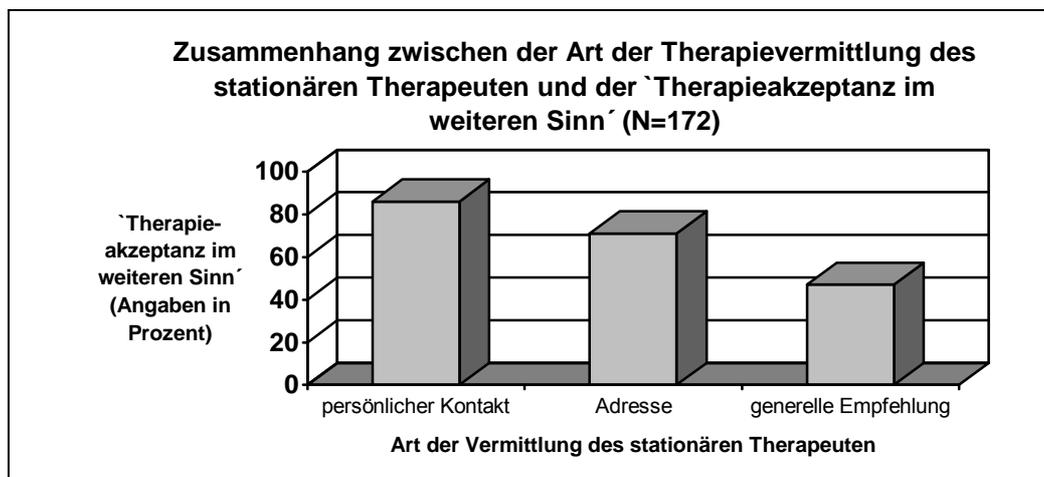
#### **4.2.5 Art der Therapievermittlung**

Die Art der Vermittlung (s.Kap.3.3.3.1) gestaltete sich wie folgt: Von allen Patienten unserer Stichprobe führten 160 Patienten eine ambulante Therapie durch. Das waren 147 Patienten von den 183, die eine Weiterbehandlungsempfehlung erhielten und 13 Patienten, die eine solche nicht bekamen. Von den 160 Patienten wurden 21% (N=36) der Patienten durch eine *Vermittlung über eine Kontaktaufnahme* von seiten des stationären Therapeuten zum niedergelassenen Therapeuten

vermittelt. 34% (N=59) der Patienten wurde die *Adresse eines Therapeuten* vermittelt und 42% (N=73) der Patienten erhielten eine *generelle Weiterbehandlungsempfehlung* zu einer ambulanten Therapie.

Der Zusammenhang zwischen der *Empfehlung eines oder mehrerer Therapeuten* und der *Kontaktaufnahme seitens des stationären Therapeuten zum ambulanten Therapeuten* ergab, dass insgesamt bei 36 Patienten Kontakt zum ambulanten Therapeuten seitens des stationären Therapeuten hergestellt wurde. Zum einen bei 64% (N=23) der Patienten mit Empfehlung eines ambulanten Therapeuten, zum anderen bei 36% (N=13) der Patienten mit Empfehlung mehrerer Therapeuten. Bei den übrigen Patienten, die einen oder mehrere Therapeuten empfohlen bekommen hatten, wurde kein Kontakt vom Therapeuten aufgenommen, sondern eine Adresse vermittelt. Der Zusammenhang der Merkmale ist sehr signifikant ( $\chi^2=14,3$ ;  $p<0,01$ ).

Geprüft wurde, ob es einen möglichen Zusammenhang zwischen der *Art der Therapievermittlung* und der *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn* (s. Kap. 3.3.3.3) des Patienten gab. Wenn eine persönliche Kontaktaufnahme durch den stationären Therapeuten erfolgte, dann zeigten 86% (N=36) der Patienten *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn*. Bei Adressenvermittlung zeigten 71% (N=41) der Patienten *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn*. Bei genereller Empfehlung zeigten dies nur 47% (N=34) der Patienten. Die *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn* korreliert mit der Art der Vermittlung in eine ambulante Therapie höchst signifikant ( $\chi^2=18,6$ ;  $p<0,001$ ). Die Abbildung 4-9 gibt einen



Überblick.

Abbildung 4-9 Zusammenhang zwischen der Art der Therapievermittlung des stationären Therapeuten und der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' (N=172)

168 Patienten beantworteten die Frage, ob sie rückblickend der Meinung waren, dass sich ihr stationärer Therapeut bei der Vermittlung einer ambulanten Therapie Mühe gegeben hatte. 15 Patienten machten keine Angaben. Die Angaben sind in der Tabelle 4-8 aufgeführt.

Antwort	Prozent (%)	Anzahl (N)
ja	40	67
nein	25	42
weiß nicht	35	59

Tabelle 4-8 Beurteilung des Engagements des stationären Therapeuten bei der Vermittlung einer ambulanten Therapie aus Patientensicht (N=168)

Geprüft wurde nun der mögliche Zusammenhang zwischen dem *Engagement des stationären Therapeuten* bei der Vermittlung (welcher sich 'Mühe gegeben hatte') und der *Häufigkeit der Durchführung einer ambulanten Therapie*. Bei engagiertem stationären Therapeuten führten 87% (N=58) der Patienten eine ambulante Therapie durch. 76% (N=32) der Patienten, bei denen sich der stationäre Therapeut ihren Angaben zufolge nicht engagiert hatte, führten dennoch anschließend eine ambulante Therapie durch. Von den Patienten, die sich nicht mehr an das Engagement des stationären Therapeuten erinnern konnten, hatten 70% (N=41) der Patienten eine ambulante Anschlussbehandlung durchgeführt. Der Zusammenhang zeigt eine statistische Tendenz ( $\chi^2=5,4$ ;  $p<0,1$ ).

Ebenfalls wurde bei 130 Patienten der mögliche Zusammenhang zwischen dem *Engagement des stationären Therapeuten* und der späteren *Zufriedenheit über die Entscheidung bezüglich der durchgeführten ambulanten Therapie* untersucht. Betrachteten die Patienten ihren stationären Therapeuten als engagiert, waren 90% (N=52) über ihre Entscheidung zur ambulanten Therapie zufrieden, 10% (N=6) war es unklar. War er nicht bemüht in der Vermittlung, waren 72% (N=23) über die Entscheidung zur durchgeführten ambulanten Therapie zufrieden, 28% (N=9) war dies unklar. Der Zusammenhang beider Merkmale ist signifikant ( $\chi^2=10,5$ ;  $p<0,05$ ).

---

## 4.3 Die Beratung

Aus dem für diesen Teil der Arbeit zugrunde liegenden Fragenkomplex sollte ermittelt werden, inwieweit die Beratung durch den stationären Therapeuten bezüglich der ambulanten Therapie durchgeführt wurde und gegebenenfalls die poststationäre Therapieakzeptanz erhöht.

### 4.3.1 Beratungsintensität

Von 178 Patienten wurde ihre Einschätzung ermittelt, wie ausführlich sie durch den stationären Therapeuten über eine sich anschließende ambulante Therapie beraten worden waren. 56% (N=100) der Patienten gaben an, ausführlich Beratung von dem stationären Therapeuten über eine sich anschließende ambulante Therapie erhalten zu haben. 44% (N=78) der Patienten hatten den Eindruck, nicht ausführlich genug Beratung darüber erhalten zu haben.

Interessant ist der Zusammenhang zwischen der von den Patienten empfundenen *Beratung durch den stationären Therapeuten* und der *Beziehung zum stationären Therapeuten*. Von den Patienten, die die Beratung als ausführlich einschätzten, hatten 35% (N=35) eine „sehr gute“ Beziehung, 46% (N=46) eine „gute“, 18% (N=18) eine mit „teils teils“ bewertete, 2% (N=2) eine „schlechte“ Beziehung. Von den Patienten, die die Beratung als nicht genügend empfanden, hatten 15% (N=12) eine „sehr gute“ Beziehung, 37% (N=29) eine „gute“, 38% hatten (N=30) die Beziehung als „teils teils“ beschrieben. 10% (N=8) beschrieben die Beziehung als „schlecht“. Der Zusammenhang der beiden Merkmale korreliert signifikant ( $\chi^2=6,6$ ;  $p<0,05$ ).

Intensive *Beratung* bedingt in der Regel auch die `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn`. Von 99 subjektiv *gut beratenen Patienten* zeigten 85% (N=84) `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn`. Von den *ungenügend beratenen Patienten* zeigten 71% (N=55) `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn`. Der Zusammenhang zwischen der Beratungsintensität und der `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn` ist signifikant ( $\chi^2=5,3$ ;  $p<0,05$ ) und ist in Abbildung 4-10 dargestellt.

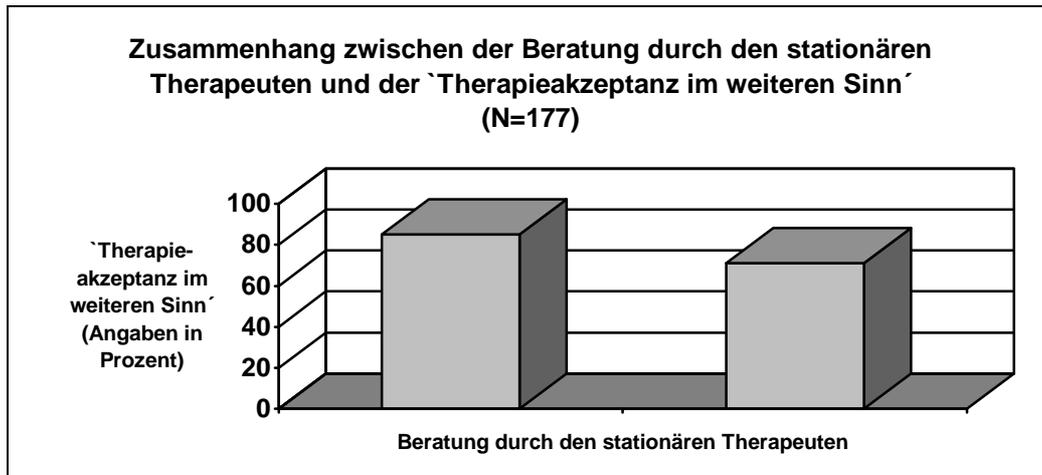


Abbildung 4-10 Zusammenhang zwischen der Beratung durch den stationären Therapeuten und der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' (N=177)

Der Zusammenhang zwischen der *Beratung* und der 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' ergab, dass 73% (N=72) der Patienten mit ausführlicher Beratung diese 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' zeigten, während dies von den ungenügend beratenen Patienten noch immerhin 53% (N=41) zeigten. Der Zusammenhang zwischen Intensität der Beratung und der 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' ist sehr signifikant ( $\chi^2=7,1$ ;  $p<0,01$ ).

Die Verknüpfung zwischen der *Beratungsintensität* und der *Bewertung der Hilfe durch die ambulanten Therapie* ergab, dass 77% (N=65) der gut beratenen Patienten ihre ambulante Weiterbehandlung „sehr“ bis „ziemlich hilfreich“ empfanden. „Etwas hilfreich“ empfanden sie 21% (N=18) der gut Beratenen und nur 2% (N=2) empfanden sie als „nicht hilfreich“. Fühlten sie sich nicht ausführlich beraten, empfanden immerhin 47% (N=26) der Patienten die sich anschließende ambulante Weiterbehandlung „sehr“ bis „ziemlich hilfreich“. 31% (N=17) empfanden sie als „etwas hilfreich“ und 22% (N=12) der Patienten empfanden sie als „nicht hilfreich“. Es korreliert höchst signifikant die Beratungsintensität und die Bewertung der Hilfe durch die ambulante Therapie ( $\chi^2=19,8$ ;  $p<0,001$ ).

Interessant ist auch, inwieweit eine intensive *Beratung* durch den stationären Therapeuten die *Kontaktaufnahme zum empfohlenen Therapeuten*, beeinflusst. 73% (N=72) der ausführlich beratenen Patienten stellten den Kontakt zum empfohlenen Therapeuten her. 53% (N=41) der ungenügend beratenen Patienten begaben sich zu dem empfohlenen Therapeuten. Die Verknüpfung der Merkmale

---

Beratungsintensität und Kontaktaufnahme zum empfohlenen Therapeuten ist sehr signifikant ( $\chi^2=7,2$ ;  $p<0,01$ ).

### **4.3.2 Berücksichtigung der Patientenwünsche**

Die Frage, ob die Interessen und Bedürfnisse der Patienten bezüglich einer ambulanten Therapie vom stationären Therapeuten in der Beratung mit berücksichtigt worden sind, beantworteten 69% (N=117) der Patienten mit „ja“. 31% (N=53) verneinten dies und 13 Patienten machten keine Angaben.

Die Verknüpfung zwischen *Berücksichtigung der Patientenwünsche* einerseits und der `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´ andererseits ergab, dass 70% (N=66) der Patienten, die ihre Wünsche berücksichtigt sahen, `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´ zeigten. Dagegen zeigten nur 27% (N=10) der Patienten, deren Wünsche subjektiv nicht berücksichtigt wurden, `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´. Die Korrelation ist höchst signifikant ( $\chi^2=22,2$ ;  $p<0,001$ ).

Eine an den *Wünschen der Patienten* orientierte Beratung könnte indirekt Einfluss auf die *Bewertung der Hilfe durch die ambulante Therapie* haben. Bei Rücksichtnahme auf die Wünsche des Patienten seitens des stationären Therapeuten war die durchgeführte ambulante Therapie von 41% (N=39) der Patienten als „sehr hilfreich“ und von 31% (N=29) der Patienten als „ziemlich hilfreich“ empfunden worden. Für 22% (N=21) war sie nur „etwas“ und für 6% (N=6) der Patienten „nicht hilfreich“. Nahm der Therapeut keine Rücksicht auf die Patientenwünsche, dann empfanden 29% (N=11) der Patienten die Anschlusstherapie als „sehr hilfreich“ und 16% (N=6) als „ziemlich hilfreich“, 32% (N=12) „etwas“ und 24% (N=9) als „nicht hilfreich“. Der Zusammenhang zwischen Berücksichtigung der Patientenwünsche und der Bewertung der Hilfe durch die ambulante Therapie ist sehr signifikant ( $\chi^2=11,5$ ;  $p<0,01$ ). Die nachfolgende Abbildung 4-11 soll dies verdeutlichen.

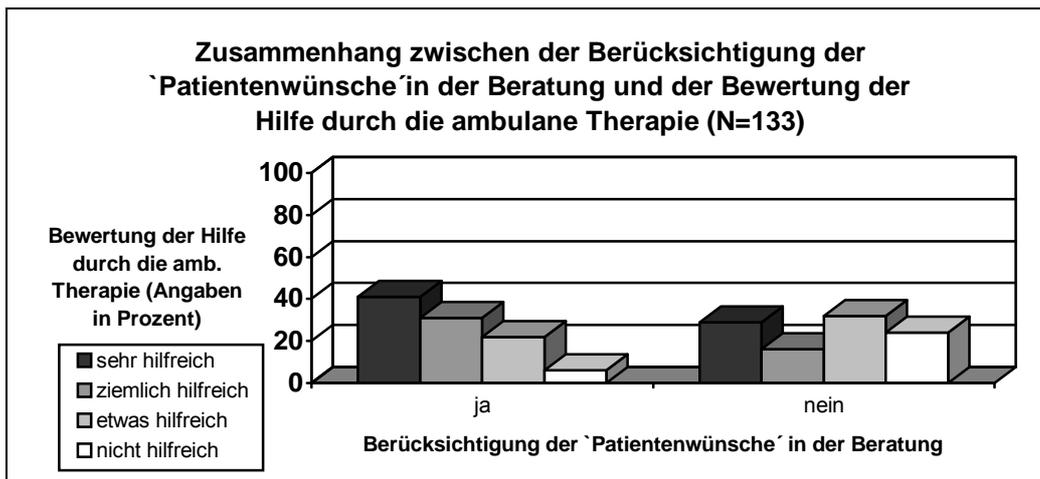


Abbildung 4-11 Zusammenhang zwischen der Berücksichtigung der 'Patientenwünsche' in der Beratung bzgl. einer ambulanten Therapie und der Bewertung der Hilfe durch die sich an die stationäre Therapie anschließende ambulante Therapie (N=133)

#### 4.4 Die Motivation

Die Motivation der Patienten bei Therapieantritt wurde vom Therapeuten im Rahmen der Basisdokumentation zu Beginn der stationären Therapie (s. Kap. 3.2.2) eingeschätzt.

15% (N=31) der Patienten waren als sehr motiviert, 47%(N=97) als ziemlich motiviert, 30%(N=64) als mittel motiviert, 7%(N=15) als wenig und 1% (N=1) als nicht motiviert beurteilt worden.

##### 4.4.1 Motivation der Patienten zu Therapiebeginn und therapeutischer Prozess

Die *Bewertung der Hilfe des stationären Therapeuten* seitens des Patienten wird möglicherweise von der *Motivation*, mit der ein Patient die Therapie antritt, beeinflusst. Die Abbildung 4-12 zeigt eindrücklich die sehr signifikante Korrelation zwischen den beiden Merkmalen ( $\chi^2=27,7$ ;  $p<0,01$ ).

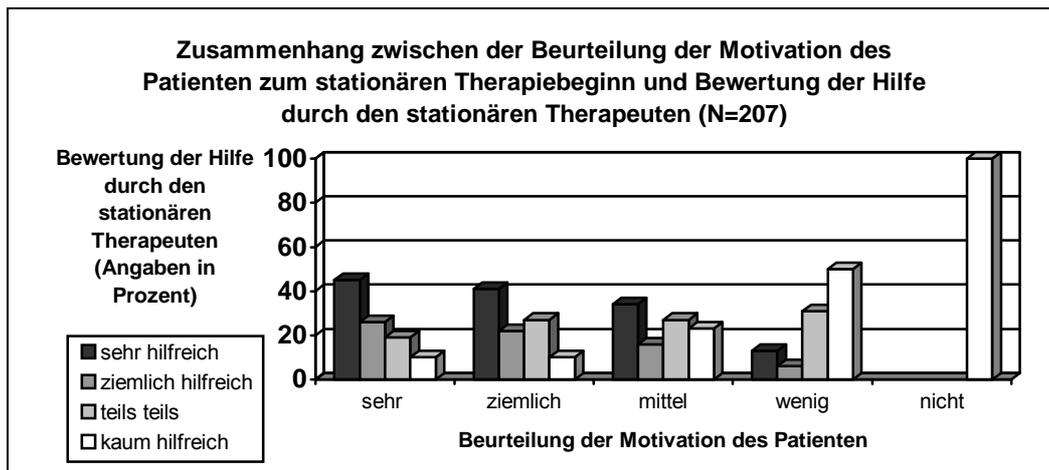


Abbildung 4-12 Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Motivation des Patienten zu Beginn der stationären Therapie aus *Therapeutensicht* und Bewertung der Hilfe durch den stationären Therapeuten aus *Patientensicht* (N=207)

Von den *sehr motivierten Patienten* hatten 45% (N=14) ihren stationären Therapeuten als „sehr hilfreich“ empfunden, 26% (N=8) empfanden ihn als „ziemlich“ hilfreich. 19% (N=6) empfanden ihn als „teils teils“ hilfreich und 10% (N=3) empfanden ihn „kaum hilfreich“. Von den *ziemlich motivierten Patienten*, hatten ihn 41% (N=39) als „sehr hilfreich“ empfunden, 22% (N=21) als „ziemlich“ hilfreich, 27% (N=26) als „teils teils“ und 10% (N=9) als „kaum“ hilfreich erlebt. Von den *mittelmäßig motivierten Patienten* erlebten 34% (N=22) den stationären Therapeuten als „sehr hilfreich“, 16% (N=10) als „ziemlich“ hilfreich, 27% (N=17) als „teils teils“ hilfreich und 23% (N=15) als „kaum“ hilfreich. Von den *wenig motivierten Patienten* hatten ihn 13% (N=2) als „sehr hilfreich“ erlebt, 6% (N=1) als „ziemlich“ hilfreich, 31% (N=5) als „teils teils“ und 50% (N=8) als „kaum“ hilfreich erlebt. *Ein Patient war nicht motiviert*, erlebte den stationären Therapeuten als „kaum“ hilfreich. Eine lineare Tendenz ist auffällig.

Die Motivation der Patienten zu Beginn der stationären Therapie könnte möglicherweise über die stationäre Therapie hinaus auch die Frage nach der Notwendigkeit einer Anschlusstherapie beeinflussen.

Von den *sehr motivierten Patienten* zeigten **81%** (N=25) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. 7% (N=2) der sehr motivierten Patienten hatten eine Empfehlung erhalten, jedoch keine ambulante Therapie durchgeführt. Ebenfalls 7% (N=2) hatten von den sehr motivierten Patienten keine Empfehlung erhalten, jedoch eine ambulante Therapie durchgeführt. Weitere 7% (N=2) hatten keine

---

Empfehlung bekommen und auch keine Therapie durchgeführt. Von den sehr motivierten Patienten hatten *insgesamt* 88% der Patienten eine ambulante Therapie durchgeführt. Von den *ziemlich motivierten* Patienten zeigten **74%** (N=70) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. 18% (N=17) der Patienten hatten eine Empfehlung bekommen, aber keine ambulante Therapie durchgeführt. 5% (N=5) hatten keine Empfehlung, haben aber dennoch eine ambulante Therapie durchgeführt. 3% (N=3) hatten keine Empfehlung bekommen und keine ambulante Therapie durchgeführt. Von den *mittel motivierten* Patienten zeigten **64%** (N=40) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. 14% (N=9) der Patienten hatten eine Empfehlung bekommen, aber keine ambulante Therapie durchgeführt. 8% (N=5) hatten keine Empfehlung, haben aber dennoch eine ambulante Therapie durchgeführt. 14% (N=9) hatten keine Empfehlung bekommen und keine ambulante Therapie durchgeführt. Von den *wenig motivierten* Patienten zeigten **40%** (N=6) 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. 47% (N=7) der Patienten hatten eine Empfehlung bekommen, aber keine ambulante Therapie durchgeführt. 13% (N=2) hatten keine Empfehlung bekommen und keine ambulante Therapie durchgeführt. Ein Patient war *nicht motiviert*. Er hatte eine Empfehlung bekommen, aber keine ambulante Therapie durchgeführt. Die *Motivation* der Patienten am Beginn der stationären Therapie korreliert signifikant mit der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' ( $\chi^2=25,6$ ;  $p<0,05$ ).

Der Zusammenhang zwischen der *Motivation* der Patienten zu Beginn der stationären Therapie und der 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' ergab, dass von den sehr motivierten Patienten 77% (N=24) 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' zeigten, 67% (N=65) von den ziemlich motivierten Patienten, 52% (N=33) von den mittel motivierten Patienten, 20% (N=3) von den wenig motivierten Patienten. Ein Patient war nicht motiviert und zeigte auch keine 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn'. Der Zusammenhang ist höchst signifikant ( $\chi^2=19,3$ ;  $p<0,001$ ) und wird in Abbildung 4-13 verdeutlicht.

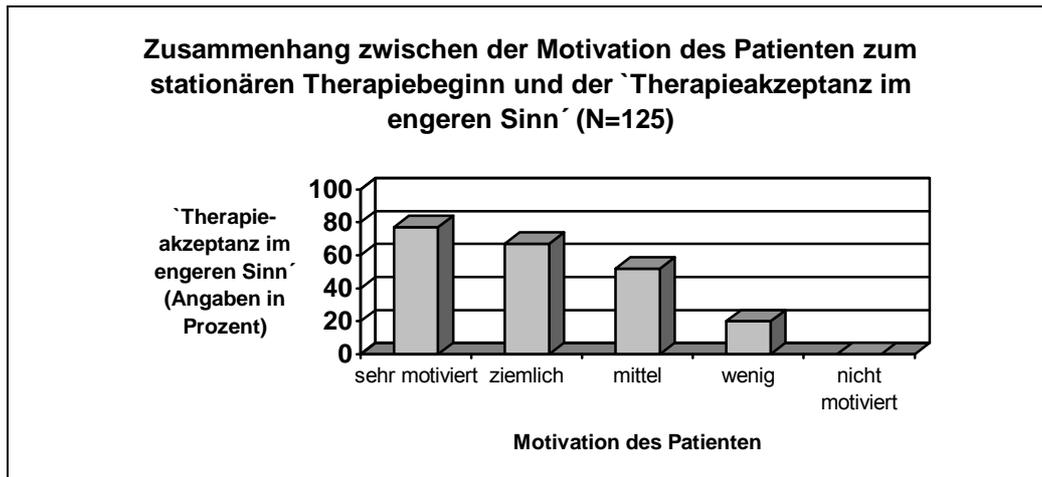


Abbildung 4-13 Zusammenhang zwischen der Motivation des Patienten beurteilt durch den Therapeuten zum stationären Therapiebeginn und der `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ (N=125)

Von Interesse ist auch der Zusammenhang zwischen der *Motivation* der Patienten und der *Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung*. Von 31 *sehr motivierten* Patienten gaben 48% (N=15) eine „sehr gute bis gute“ Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung an, während 10% (N=3) als sehr motiviert beurteilte Patienten eine „schlechte“ bis „sehr schlechte“ Beziehung hatten. Von den 94 *ziemlich motivierten* Patienten hatten 49% (N=46) eine „sehr gute“ bis „gute“ Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung und 14% (N=13) eine „schlechte“ bis „sehr schlechte“ Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung festgestellt. Von den als *mittelmäßig motiviert* beurteilten Patienten hatten 32% (N=20) eine „sehr gute“ bis „gute“ Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung, während 33% (N=21) mittelmäßig motivierte eine „schlechte“ bis „sehr schlechte“ Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung angegeben hatten. Von den *wenig motivierten* Patienten hatte kein Patient eine „sehr gute“ und „gute“ Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung, aber 36% (N=5) eine „schlechte“ bis „sehr schlechte“ Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung. Ein Patient war *nicht motiviert* und dieser gab eine „schlechte“ Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung an. Die Korrelation beider Merkmale ist höchst signifikant ( $\chi^2=55,1$ ;  $p<0,001$ ). Je motivierter der Patient zu Therapiebeginn vom Therapeuten eingeschätzt worden war, desto besser wurde die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung aus Patientensicht beurteilt.

## 4.5 Der Genesungsprozess nach stationärer Therapie

Im letzten Teil des Fragebogens wurden die Patienten nach ihrem aktuellen Befinden befragt. Gefragt wurde nach der Entwicklung der Beschwerden und Problemen, welche zur stationären Aufnahme geführt hatten. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die erhaltenen Angaben.

Antwort	Prozent (%)	Anzahl (N)
sehr gebessert	26	55
gebessert	54	114
gleich geblieben	18	38
verschlechtert	2	6

Tabelle 4-9 Beurteilung aus Patientensicht der Veränderung der Beschwerden und Probleme, weshalb der Patient in stationärer Behandlung war, im Vergleich zur Zeit vor der stationären Therapie (N=213)

In der Tabelle 4-9 wird ersichtlich dass sich bei 80% der Patienten die Beschwerden sehr gebessert und gebessert hatten, nur bei 2% hatten sie sich verschlechtert.

Laut Selbstbewertung der Patienten hatten sich die *Beschwerden* bei *Bewertung der Beziehung zum Therapeuten* mit „sehr gut“ bei 96% (N=48), mit „guter“ Beziehung bei 80% (N=70) der Patienten anhaltend gebessert. Bei mit „teils teils“ bewerteter Beziehung hatten sie sich bei 66% (N=41) der Patienten gebessert und bei „schlechter“ Beziehung bei 75% (N=9) der Patienten. Die Korrelation zwischen der Bewertung der Beschwerden und der Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten ist sehr signifikant ( $\chi^2=16,7$ ;  $p<0,01$ ).

Es stellt sich die Frage, ob die Intensität bzw. Qualität der *Beratung* Einfluss nimmt auf die Veränderung der *Beschwerden der Patienten* (N=176). Bei 99 gut beratenen Patienten hatten sich die Beschwerden für 31% (N=31) sehr gebessert, für 57% (N=56) hatten sie sich gebessert, für 12% (N=12) der Patienten waren sie gleich geblieben. Von den 77 Patienten, die sich nicht genug beraten fühlten, hatten sich die Probleme für 19% (N=15) sehr gebessert, für 49% (N=38) hatten sie sich gebessert, für 31% (N=24) waren sie gleich geblieben. Der Zusammenhang der beiden beschriebenen Merkmale ist sehr signifikant ( $\chi^2=10,4$ ;  $p<0,01$ ).

---

Geprüft wurde auch eine mögliche Korrelation zwischen *Berücksichtigung der Patientenwünsche* einerseits und *Entwicklung der Beschwerden* nach Entlassung andererseits (N=168). Von den Patienten, die der Meinung waren, dass ihre Interessen berücksichtigt worden waren, gaben 30% (N=34) der Patienten an, dass sich die Beschwerden sehr gebessert haben, bei 57% (N=65) haben sie sich gebessert, für 14% (N=16) sind sie gleich geblieben. Bei den Patienten, die sich nicht ausreichend mit ihren Interessen wahrgenommen fühlten, haben sich für 21% (N=11) die Beschwerden sehr gebessert, bei 43% (N=23) haben sie sich gebessert und bei 36% (N=19) waren die Beschwerden gleich geblieben. Der Zusammenhang zwischen Berücksichtigung der Patientenwünsche und anhaltender Rückgang der Beschwerden ist sehr signifikant ( $\chi^2=10,6$ ;  $p<0,01$ ).

Die generelle Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufenthalt in der psychosomatischen Abteilung wurde darin deutlich, dass 83% (N=180) die stationäre Therapie *an einen Freund weiterempfehlen* würden.

## 4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die in den vorangegangenen Kapiteln (s. Kap. 4.1-4.5) ausführlich aufgeführten Ergebnisse zusammengefasst und die aus den Untersuchungshypothesen abgeleiteten Fragestellungen (s. Kap. 2) beantwortet.

### **1. Inwiefern hat die Beziehung zum stationären Therapeuten Einfluss auf die stationäre Therapie und eine nachfolgende ambulante Therapie?**

Anhand der Ergebnisse konnte gezeigt werden, dass die *Beziehung zum stationären Therapeuten* einen sehr signifikanten Einfluss auf die stationäre Therapie sowie auf eine sich anschließende ambulante Therapie hat. Je besser/schlechter die Beziehung bewertet wurde, umso hilfreicher/weniger hilfreich wurde der Therapeut erlebt ( $p < 0.01$ ). Der stationäre Therapeut wurde von 55% aller Patienten als *Hauptansprechpartner* angegeben, 42% hatten einen anderen Hauptansprechpartner (z.B. Pflegekraft, Mitpatienten, andere Therapeuten). War der stationäre Therapeut der Hauptansprechpartner, wurde höchst signifikant die Beziehung zum stationären Therapeuten besser bewertet ( $p < 0,001$ ). Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse, dass auch die *Hilfe vom Therapeuten* einen höchst signifikanten Einfluss auf die stationäre Therapie aufweist. So konnten die Patienten mit einem „sehr hilfreichen“ Therapeuten höchst signifikant mehr *Hilfe aus der stationären Therapie* erhalten ( $p < 0,001$ ) (s. Kap. 4.1.1). Je besser die Beziehung beurteilt und je hilfreicher der Therapeut erlebt wurde, umso sehr signifikant größer war die Hilfe, die der Patient aus der sich anschließenden *ambulanten Therapie* erhielt ( $p < 0,01$ ). Die Bewertung der Beziehung und der Hilfe des stationären Therapeuten korrelieren sehr signifikant mit der vom Patienten gezeigten *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn* ( $p < 0,01$ ) sowie höchst signifikant mit der *Therapieakzeptanz im engeren Sinn* ( $p < 0,001$ ) der Patienten (s. Kap. 4.1.2).

Die Patienten, die nach der stationären Entlassung noch einmal *Kontakt zum stationären Therapeuten* suchten, führten sehr signifikant häufiger eine ambulante Therapie durch ( $p < 0,01$ ). Darüber hinaus konnten 65% der untersuchten Patienten ihre Erfahrungen mit dem stationären Therapeuten erinnern. Diesen Patienten wurde höchst signifikant häufiger durch die stationäre ( $p < 0,001$ ) und signifikant häufiger durch die ambulante Therapie ( $p < 0,05$ ) geholfen (s. Kap. 4.1.3).

---

## **2. Welchen Einfluss hat die Art der Therapieempfehlungen und Therapievermittlung von Seiten des stationären Therapeuten auf die Durchführung einer ambulanten Therapie?**

Insgesamt erhielten 84% der Patienten eine Weiterbehandlungsempfehlung. Je besser die *Beziehung zum Therapeuten* durch den Patienten bewertet wurde, desto sehr signifikant häufiger wurde eine *Weiterbehandlungsempfehlung* gegeben ( $p < 0,01$ ). Von den Patienten mit einer Weiterbehandlungsempfehlung erhielten sie 28% für einen bestimmten, 27% für mehrere Therapeuten und 45% erhielten eine generelle Weiterbehandlungsempfehlung. Die Patienten mit einer bestimmten Therapeutenempfehlung nahmen zu 14% bereits während der stationären Behandlung den Kontakt zu dem empfohlenen ambulanten Therapeuten auf, wovon wiederum 96% auch tatsächlich eine ambulante Therapie begonnen haben ( $p < 0,01$ ), d.h. während des stationären Aufenthaltes wirkt die Kontaktaufnahme förderlich auf die ambulante Nachbehandlung bzw. erhöht die „primäre Inanspruchnahmequote“ sehr signifikant (Bestätigung der 2.Hypothese). Je spezifischer die Therapieempfehlung war, desto signifikant häufiger wurde eine ambulante Therapie durchgeführt ( $p < 0,05$ ) (s. Kap. 4.2.1).

Es führten insgesamt 160 Patienten eine ambulante Therapie durch. Von diesen folgten 125 der Therapeutenempfehlung und 85 der Therapieformempfehlung. Die Schnittmenge der Patienten, die beiden Empfehlungen folgte betrug 63, das entspricht 34%. Je häufiger die Patienten eine *Weiterbehandlungsempfehlung* bekommen hatten, desto höchst signifikant häufiger führten sie eine ambulante Therapie durch ( $p < 0,001$ ). Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass je besser die *Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung* aus Patientensicht beurteilt wurde, desto signifikant häufiger zeigten die Patienten *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn* ( $p < 0,05$ ) als auch *Therapieakzeptanz im engeren Sinn* ( $p < 0,001$ ) (Bestätigung der 1. Hypothese) (s. Kap.4.2.3).

Durch den persönlichen Kontakt vom stationären zum ambulanten Therapeuten wurden 21% der Patienten vermittelt, 34% erhielten die Adresse eines Therapeuten und 42% der Patienten wurde eine ambulante Therapie empfohlen. Wurde dem Patienten eine Empfehlung für einen ambulanten Therapeuten gegeben, so fand sehr signifikant häufiger eine persönliche Vermittlung statt ( $p < 0,01$ ). Bei einer persönlichen Vermittlung zeigten die Patienten überdies höchst signifikant häufiger *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn* ( $p < 0,001$ ). Die Patienten (40%), welche sich an ein starkes Engagement des stationären Therapeuten bei der Vermittlung in eine ambulante Therapie erinnern,

waren signifikant zufriedener über die Entscheidung zu ihrer durchgeführten ambulanten Therapie ( $p < 0,05$ ) (s. Kap. 4.2.5)

### **3. Erhöht eine ausführliche Beratung über die notwendige ambulante Nachbehandlung die poststationäre Therapieakzeptanz?**

Es fühlten sich 56% der Patienten ausreichend beraten und bei 69% der Patienten wurden in der Beratung über eine ambulante Therapie ihre eigenen Wünsche berücksichtigt. Je besser die Beziehung zum stationären Therapeuten bewertet wurde, desto signifikant häufiger fühlten sich die Patienten ausreichend gut beraten ( $p < 0,05$ ). Je besser sie *beraten* wurden, desto signifikant häufiger zeigten sie eine *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn* ( $p < 0,05$ ) und sehr signifikant eine *Therapieakzeptanz im engeren Sinn* ( $p < 0,01$ ). Wenn die ambulante Nachbehandlung genau besprochen wird, erhöht sich diesbezüglich die Therapieakzeptanz beim Patienten (Bestätigung der 3. Hypothese). Darüber hinaus nahmen die Patienten, die sich ausreichend beraten fühlten sehr signifikant häufiger Kontakt zum empfohlenen Therapeuten auf ( $p < 0,01$ ) und erlebten die durchgeführte ambulante Therapie höchst signifikant hilfreicher ( $p < 0,001$ ) (s. Kap. 4.3.1). Wurden die Patientenwünsche bei der Vermittlung vom stationären Therapeuten berücksichtigt, zeigen die Patienten höchst signifikant häufiger eine *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn* ( $p < 0,001$ ). Zudem konnten diese Patienten die durchgeführte ambulante Therapie sehr signifikant als hilfreicher erleben ( $p < 0,01$ ) (s. Kap. 4.3.2).

### **4. Inwiefern beeinflusst die Motivation der Patienten den stationär-ambulanten Übergang bzw. den poststationären Verlauf?**

Im Rahmen der Basisdokumentation wurden 62% der Patienten durch die Therapeuten als „sehr“ bis „ziemlich“ motiviert eingestuft. Je motivierter die Patienten eingestuft waren, desto sehr signifikant hilfreicher beurteilten sie den stationären Therapeuten ( $p < 0,01$ ). Je höher die Motivation der Patienten war, desto höchst signifikant besser bewerteten sie die *Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung* ( $p < 0,001$ ) und desto signifikant häufiger zeigten diese Patienten *Therapieakzeptanz im weiteren Sinn* ( $p < 0,05$ ) und höchst signifikant *Therapieakzeptanz im engeren Sinn* ( $p < 0,001$ ) (s. Kap. 4.4.1).

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass sich bei 80% der Patienten die Beschwerden gebessert hatten. Bei 18% sind die Beschwerden gleich geblieben und bei 2% haben sich die Beschwerden

---

verschlechtert. Darüber hinaus ergab sich, dass die Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten durch den Patienten sehr signifikant mit der Besserung der Beschwerden korrelierte ( $p < 0,01$ ). Wenn die Patienten sich gut beraten fühlten ( $p < 0,01$ ) und ihre Wünsche bezüglich einer ambulanten Therapie berücksichtigt wurden ( $p < 0,01$ ), besserten sich jeweils sehr signifikant die Beschwerden. Abschließend wurde festgestellt, dass 83% aller Patienten die durchgeführte stationäre Therapie an einen Freund weiterempfehlen würden (s. Kap. 4.5).

---

## 5 Diskussion

### 5.1 Kritische Betrachtung des Vorgehens

#### 5.1.1 Stichprobe, Rücklaufquote

Unsere Stichprobe umfasste primär 322 Patienten. 42 Fragebögen kamen an uns unbeantwortet zurück, da die Patienten entweder unbekannt verzogen oder bereits verstorben waren. Vier Patienten wurden aus der Stichprobe, aufgrund des Ausschlusskriteriums 'kurzer Aufenthalt' herausgenommen. Von den übrigen 276 Patienten, die erreichbar waren, wurden 225 Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt. Somit lagen uns 225 Fragebögen zur Auswertung vor, was einer **Rücklaufquote von 81,5%** entspricht. Zwei Fragebögen waren wegen offensichtlicher Falschangaben nicht auswertbar. Von den übrigen 56 gaben 22 Patienten im Rahmen der Telefonsprechzeiten oder durch eine schriftliche Notiz an, den stationären Aufenthalt als zu ärgerlich oder zu belastend empfunden zu haben. Die Gruppe der Drop-Outs wurde mit Hilfe der vorhandenen Basisdokumentations-Daten mit der Stichprobe verglichen. Beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant bezüglich der Parameter Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Familienstand, Kinderzahl, Persönlichkeitsstruktur und Diagnose. Die von den Therapeuten und Patienten am Ende erstellten Basisdokumentationsdaten ließen lediglich übereinstimmend erkennen, dass die Teilnehmer der Stichprobe tendenziell das stationäre therapeutische Angebot besser genutzt hatten als die Drop-Outs. Die Stichprobe in der vorliegenden Studie entsprach hinsichtlich soziodemografischer und krankheitsanamnestischer Merkmale dem Klientel der psychosomatischen Klinik (von RAD et al. 1994). Die untersuchte Gruppe kann also als repräsentativ für die Patienten im untersuchten Zeitraum gehalten werden.

Die Rücklaufquote lag z.B. in der Studie von SCHNEIDER und BURSY (1994) bei 75%, bei anderen vergleichbaren Untersuchungen, bei ca. 70% (z.B. CUBE 1983, BRÄHLER & BRÄHLER 1986). Die Motivation einen solchen Fragebogen überhaupt zu beantworten, ist umgekehrt proportional zu dessen Umfang (STRAUß et al. 1991). Die relativ hohe Beteiligung an unserer Befragung, trotz des 16 Seiten umfassenden Fragebogens, ist möglicherweise auf die in unseren Erinnerungsschreiben (s. Anhang 5 und 6) zusätzlich angebotenen Telefonsprechzeiten zurückzuführen. Das Angebot, ergänzend Verständnisfragen zum Inhalt des Fragebogens zu stellen und diesen auf Wunsch am

---

Telefon auszufüllen, wurde von einem Teil der Patienten angenommen und erschien uns im Nachhinein aufgrund der Komplexität des Fragebogens als sehr sinnvoll. SACK (2003) nutzte in einer von ihm durchgeführten Katamneseerhebung ebenfalls Erinnerungsschreiben. In seiner Studie wurde letztlich eine Fragebogenrücklaufquote von 84% erreicht. Das Procedere mit den wiederholt versendeten Erinnerungsschreiben hat einerseits die Rücklaufquote erhöht, andererseits den durchschnittlichen Katamnesezeitraum verlängert.

Bei der vorliegenden retrospektiven Studie lag ein Katamnesezeitraum von mindestens 22 bis maximal 33 Monaten vor. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Frage, wie gut die Erinnerung der Befragten an die stationäre Behandlung war. Diese könnte in Abhängigkeit der Ereignisse bzw. Entwicklung nach der Entlassung im Sinne einer zu positiven oder zu negativen nachträglichen Bewertung des stationären Aufenthaltes verzerrt sein. Patienten neigen in der retrospektiven Betrachtung einer Behandlung eher zu einer zu positiven Bewertung, auch bei Vorhandensein objektiver, gegenteiliger Aspekte. HERSCHBACH (1997) spricht hier von „positiver Verzerrung“. Dies ist ein ungelöstes methodisches Problem, welches möglicherweise auch in unserer Untersuchung eine Rolle spielt. Da es sich bei dem zu untersuchenden Ereignis um einen stationären Aufenthalt von mindestens acht Tagen Dauer handelte und dieser in einer schwierigen Lebenssituation stattfand, kann in der Regel von einer nachhaltigen Erinnerung ausgegangen werden. Zweifellos wäre es gut gewesen, direkt nach der Erinnerungsfähigkeit zu fragen. In einer späteren Untersuchung von HUBER et al. (2000) wurde die Erinnerung erfragt und es konnte festgestellt werden, dass sich die Patienten trotz des relativ langen Katamnesezeitraumes gut erinnern konnten.

Der in vorliegender Arbeit verwendete Fragebogen enthielt 12 Fragegruppen vom geschlossenen Typ, d.h. Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Bei mehr als zwei Antwortmöglichkeiten, dem sogenannten „multiple choice“, besteht die Möglichkeit einer Zufalls- und Willkürentscheidung (KUBINGER 1997). Da in den verschiedensten Fragenkomplexen jedoch signifikant ungleich verteilte Häufigkeiten (bezogen auf Einzelantworten oder auch auf Einzelkorrelationen) auftraten, ist diese Verzerrung insgesamt als vernachlässigbar einzuschätzen. Falls dennoch ein einzelner Patient nach dem Zufallsprinzip den Fragenkatalog angekreuzt hätte, wäre dies auch an inhaltlichen Widersprüchen deutlich geworden. Dies war bei zwei Fragebögen der Fall, weshalb diese nicht in die Auswertung einbezogen wurden.

---

Eine weitere mögliche Verzerrung könnte darin liegen, dass einzelne Patienten die Fragen im Sinne der 'sozialen Erwünschtheit' beantworteten. Der Patient wird einerseits mittels Fragebogen aufgefordert seine subjektiven, persönlichen Erfahrungen mitzuteilen. Andererseits weiß der einzelne Patient, dass für ihn die Möglichkeit besteht, Antworten auf dem Fragebogen abweichend von seinen tatsächlichen Erfahrungen zu geben (MUMMENDEY 1995). Inwieweit diese Mechanismen bei vorliegender Arbeit wesentlich zu einer Verzerrung führten, muss offen bleiben.

Nur eine Frage wurde im Fragebogen offen formuliert. Die meisten Patienten nutzten dies für persönliche Kommentare über den Klinikaufenthalt und 15% gaben *Verbesserungsvorschläge zur Art der Weiterbehandlungsempfehlung* an. Diese Frage wurde in die eigentliche Auswertung nicht mit einbezogen. Sie lieferte jedoch sehr wertvolle Hinweise zur vom Patienten gewünschten Form des stationär-ambulanten Übergangs.

RÜGER und SENF (1994) haben aufgrund einer Katamneseerhebung dazu geraten, unterschiedliche Beobachtungsstandorte zu berücksichtigen, da Patienten, Therapeuten und unabhängige klinische Experten unterschiedliche Gewichtungen setzen. Auch SENF und von RAD (1990) empfahlen, dass eine Katamneseerhebung in standardisierter Form (Fragebogen) in Kombination von objektiven (Ausprägung der Symptomatik), subjektiven (z.B. Zufriedenheit, Besserung der Beschwerden) sowie interaktionellen Daten (z.B. Bewertung der Therapeut-Patient-Beziehung) besonders aussagekräftig ist. Wir folgten dieser Empfehlung bezüglich aller vier genannten Kriterien. Nach RUDOLF et al. (1997) ist eine katamnestiche Untersuchung nicht nur dazu geeignet die Stabilität des Behandlungsergebnisses zu überprüfen, sondern auch die Frage des Übergangs aus dem stationären in den ambulanten Bereich und somit die Vernetzung der Institution mit dem ambulanten Versorgungssystem zu untersuchen. Entsprechend wurden in vorliegender Studie die genannten Qualitätskriterien zur Beantwortung der Fragestellung berücksichtigt.

### **5.1.2 Wertung der statistischen Methodik**

Aufgrund der durchgeführten Analysen mittels Kreuzanalysen nach Pearson, Multivarianzanalyse, mittels SPSS für Macintosh (NORUSIS 1990) erhielten wir mehrfach gesicherte Signifikanzen und damit auch die Bestätigung unserer Hypothesen, bzw. die Antworten auf unsere Fragen. Aufgrund der zur Überprüfung der Hypothesen herangezogenen multiplen operationalen Indikatoren (z.B. Hilfe

---

durch den stationären Therapeuten, Durchführung der ambulanten Therapie und Veränderung der Beschwerden) ergibt sich das Problem des 'Multiplen Testens'. D.h. es gilt mehrere Korrelationen bzw. mehrere Einzelhypothesen zur Überprüfung einer Gesamthypothese (z.B. Zusammenhang zwischen Hilfe durch den Therapeuten und Durchführung der ambulanten Therapie) zu berechnen und zu überprüfen. Die Bonferroni-Methode ist die einfachste, aber auch die konservativste Möglichkeit mit dem Problem des multiplen Testens umzugehen. Da eben dies in der Literatur noch kritisch diskutiert wird (DOHMEN 2003), haben wir von der Durchführung einer  $\alpha$ -Fehler-Korrektur abgesehen.

Es handelte sich bei unserer Studie um eine retrospektive Befragung des Patienten, in Kombination mit Daten (BRODA et al. 1993) aus der Basisdokumentationsbefragung während der stationären Therapie. Um genauere Analysen diesbezüglich durchführen zu können, sollten, so auch bei HUBER et al. (2000), zukünftige Studien in Form von Patientenbefragung bei stationärer Aufnahme und Nacherhebung nach stationärer Entlassung dem Patienten angekündigt werden.

Zusätzlich wäre es von Vorteil, in künftigen Studien sowohl Patienten als auch Therapeuten zum Therapieergebnis zu befragen, denn RUDOLF und MANZ (1993) betonen, dass allein Patienteneinschätzungen der therapeutischen Arbeitsbeziehung einen schwachen Prädiktor für das Therapieergebnis im Gegensatz zur Therapeuteneinschätzung bilden und SCHAUBURG (2005) konnte feststellen, dass eine Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bedeutend für die therapeutische Beziehung ist. DINGER (2006) führte eine Befragung von Therapeut und Patient durch und konnte herausarbeiten, wie bedeutsam das Urteil des Patienten bezüglich der Qualität der Beziehung für den Therapeuten ist. Natürlich sind diese Beurteilungen subjektiv, dennoch ernst zu nehmen und eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung für den Therapeut in seiner therapeutischen Tätigkeit. Deshalb wird gerade der Therapeut und seine sehr personengebundene Form des Handelns (KÄCHELE 2006) Grund für Untersuchungen sein, um die Qualität in der Arbeit mit dem Patienten erhöhen zu können und zu sichern.

---

## 5.2 Die Rolle des stationären Therapeuten im therapeutischen Prozess

In den Psychotherapierichtlinien (SPONSEL 2007) kommt der therapeutischen Beziehung unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens, der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu.

### 5.2.1 Die Therapeut-Patient-Beziehung

Die Beziehung zum stationären Therapeuten bewerteten 65% als „sehr gut“ bis „gut“. Knapp ein Drittel (30%) entschieden sich für die Bewertung „teils teils“. Warum sich diese Patienten weder zu einem positiven noch zu einem negativen Urteil entschließen konnten, muss offen bleiben. Denkbar wäre, dass sich ein Teil dieser Patienten nach bis zu 33 Monaten nicht mehr genau erinnern konnte. Dazu passend beantworteten nur 65% dieser Patienten die Frage, ob sie in der Erinnerung auf Erfahrungen mit dem stationären Psychotherapeuten zurückgreifen konnten mit „ja“.

SCHAUENBURG (2005) stellte fest, dass in stationären Therapieangeboten die Einzeltherapeuten eine hohe Bedeutung für das Therapieergebnis haben. Interessant war für uns zu erfahren, ob die Bewertung des Therapeuten durch den Patienten einerseits und andererseits die Bewertung der Hilfe durch die stationäre Therapie insgesamt konsistent war. Je besser die Beziehung zum Therapeuten bewertet worden war, desto mehr Patienten (81%) hatten die stationäre Therapie als „sehr hilfreich“ empfunden. Umgekehrt war der Anteil der Patienten (33%), welche die gesamte Therapie als „nicht hilfreich“ bewerteten um so höher, je „schlechter“ die Beziehung zum Therapeuten war.

Wie ist die Divergenz in Einzelfällen zwischen der Beurteilung der Beziehung zum Therapeuten und der Bewertung der gesamten stationären Therapie zu erklären? Trotz einer schlechten Beziehung zum Therapeuten könnte eine insgesamt positiv erlebte Atmosphäre bzw. die Anteile, welche andere Berufsgruppen beitrugen, die Gesamtbeurteilung verbessern. Umgekehrt könnten trotz guter Beziehung zum Therapeuten andere Faktoren (z.B. Mitpatienten, Setting, Atmosphäre auf Station) negativ interferieren, sodass die Gesamtbeurteilung eher schlechter ausfällt.

Ein zweites erfragtes Merkmal, den Therapeuten betreffend, war das Ausmaß der Hilfe, welche die Patienten subjektiv erfahren hatten. In der Gegenüberstellung der beiden beschriebenen Merkmale Beziehung zum und Hilfe durch den stationären Therapeuten ergab sich in der Korrelation eine

---

direkte Proportionalität. Das heißt, je besser die Beziehung zum Therapeuten erlebt wurde, desto häufiger nahmen die Patienten den Therapeuten als hilfreich wahr oder umgekehrt.

55% der Befragten bezeichneten den Therapeuten als wichtigsten Ansprechpartner. Diese Zahl verdeutlicht zunächst die herausgehobene Stellung des Therapeuten. Da aber immerhin 42% der Patienten Personen aus anderen therapeutischen Berufsgruppen, teilweise auch Mitpatienten, als wichtigste Bezugsperson angaben, relativiert sich insgesamt diese herausgehobene Stellung des Therapeuten. Einzelne Patienten könnten sich deshalb einen anderen Hauptansprechpartner als den Therapeuten 'gesucht' haben, weil die Qualität der Beziehung zu diesem nicht positiv wahrgenommen worden war. Der relativ hohe Anteil des Pflegepersonals als zweitwichtigster Ansprechpartner könnte darauf hinweisen, dass diese Berufsgruppe im Rahmen der Bezugspflege ebenfalls eine wichtige Rolle im therapeutischen Prozess spielt. Dies könnte eventuell, wenn auch mit deutlicher Abstufung, für andere therapeutische Berufsgruppen zutreffen.

Aus der Korrelation zwischen der Frage nach dem wichtigsten Ansprechpartner und der Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten haben 43% mit einem anderen wichtigen Ansprechpartner die Beziehung zum stationären Therapeuten als „sehr gut“ und „gut“ beschrieben. Diese 43% erlebten möglicherweise die stationäre Atmosphäre, das ausgewählte Setting als sehr gut und hatten am betreuenden Therapeuten eben auch nichts auszusetzen.

Dass die Interaktion zwischen Therapeut und Patient eine zentrale Rolle im therapeutischen Prozess spielt und die Grundlage für weitere Veränderungen legt, wurde eingangs schon erwähnt. Auch RUDOLF (1991) empfahl, dass die Beziehung so gefestigt werden sollte, dass sie den Anstrengungen der therapeutischen Arbeit standhält, sie nicht so eng werden zu lassen, dass Verstrickungen entstehen und sie nicht soweit zu lockern, dass der Kontakt zum Patienten verloren geht. Diese Ausführungen betonen den hohen Stellenwert der Therapeut-Patient-Beziehung im Rahmen der stationären Therapie. Möglicherweise ist der Kontakt zum Therapeuten im positiven Sinn ein Katalysator für den weiteren therapeutischen Prozess, andererseits bei dem komplexen Angebot (Gruppen-, Bewegungs-, Gestaltungstherapie usw.) einer psychosomatischen Klinik keine *conditio sine qua non*.

---

### **5.2.2 Einfluss des Therapeuten auf die ambulante Weiterbehandlung**

Ein wesentliches Ziel unserer Untersuchung war zu überprüfen, inwieweit die Beziehung zwischen dem Patient und dem stationären Therapeuten den Übergang von der stationären in eine nachfolgende ambulante Therapie beeinflusst.

Wichtige Wirkfaktoren auf Seiten des Therapeuten sind aktives Engagement, Verstehen und Authentizität (GREENBERG et al., zit. aus HOLM-HADULLA 2000). Wenn sich Patienten von ihrem Therapeuten entsprechend unterstützt und empathisch begleitet fühlen, sollten sie auch Empfehlungen des stationären Therapeuten bzgl. der poststationären Weiterbehandlung annehmen können und Therapieakzeptanz zeigen.

Im poststationären Verlauf ergab sich, dass 160 Patienten der stationären Therapie eine ambulante Therapie folgen ließen. Je besser die Beziehung zum Therapeuten durch die Patienten bewertet worden war, umso höher der Anteil derer, die eine ambulante Weiterbehandlung antraten. So zeigten 80% der Patienten mit „sehr guter“ Beziehung zum stationären Therapeuten `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´, jedoch nur 33% der Patienten mit „schlechter“ Beziehung. Bemerkenswert ist, dass häufiger die Therapie akzeptiert wird, je hilfreicher der Therapeut ist (72%, 81%, 69%, 41%). Inwieweit das Verhalten der Patienten der Empfehlung des Therapeuten entsprach, wird unten noch diskutiert. Jedoch an der durchgeführten Korrelation zwischen der Hilfe durch den Therapeuten und der `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ wird ersichtlich, dass der Patient bei `erlebter Hilfe´ poststationär der Weiterbehandlungsempfehlung entsprechend mehr Akzeptanz zeigt (68%, 71%, 56%, 27%). Es scheint plausibel zu sein, dass die subjektiv positiven Erfahrungen aus der stationären Therapie die Bereitschaft der Patienten positiv beeinflussen, sich generell weiter psychotherapeutisch behandeln zu lassen.

Es ist denkbar, dass bzgl. der Bewertung des Therapeuten, des stationären Aufenthaltes insgesamt sowie der Weiterbehandlung nach Entlassung Unterschiede zwischen verschiedenen Diagnosegruppen bestehen. Um diese eventuellen Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen zu erfassen, wären nachfolgende differenziertere Untersuchungen sinnvoll. Berücksichtigt werden sollte dann auch die Frage, inwieweit bei Patienten bei denen die Beziehungsgestaltung ein zentrales Problem ihrer Erkrankung darstellt, in ihrer Wahrnehmung den

---

Therapeuten von den übrigen Patienten unterscheiden. Gerade Patienten mit Problemen bei der Regulierung von Nähe und Distanz könnte die Entstehung einer guten Beziehung zum Therapeuten mit Angst (z.B. Angst vor Abhängigkeit vom Therapeuten, aber auch Angst wieder 'loszulassen') verbunden sein.

Ein weiterer Aspekt unserer Untersuchung war die Frage, inwieweit Patienten die Hilfe durch die ambulante Therapie gleichermaßen gut (oder schlecht) bewerteten wie zuvor die Hilfe des stationären Therapeuten. Etwas mehr als die Hälfte bewerteten stationären Therapeut und ambulante Therapie als „sehr hilfreich“. War der Therapeut der psychosomatischen Klinik „wenig hilfreich“, empfanden 37% der Betroffenen die ambulante Therapie „sehr hilfreich“. Die Tatsache, dass immerhin mehr als ein Drittel der Patienten, die den Ersttherapeuten mit der schlechtesten Note bewerteten, anschließend dem Zweittherapeut in ihrer ambulanten Therapie die Bestnote zukommen ließen, belegt, wie wichtig die Persönlichkeit und das therapeutische Wirken des stationären Therapeuten ist. Bei dieser Untergruppe mag auch ein Kontrasteffekt eine Rolle gespielt haben. Das heißt, je besser der Zweittherapeut auf den einzelnen Patienten wirkte, umso blasser könnte der Ersttherapeut in der Erinnerung verblieben sein. Die Untergruppe der Patienten, welche dem Erst- sowie auch dem Zweittherapeuten die Bestnote vergaben, könnten sich möglicherweise durch Merkmale auszeichnen (Motivation, geringerer Schweregrad der Erkrankung), welche allgemein den therapeutischen Zugang erleichtern.

Der Anteil der Patienten, welche mit der ambulanten Psychotherapie insgesamt zufrieden waren, lag zwischen 35% und 60%. Die geringste Quote ergab sich bei der Untergruppe, welche den Ersttherapeuten als „teils teils hilfreich“ erfahren hatte, die höchste Quote bei der Untergruppe, welche den stationären Therapeuten als „sehr hilfreich“ erfahren hatten. Bei diesen Ergebnissen wird nochmals deutlich, wie unterschiedlich (in beiden Richtungen) stationäre und ambulante Therapie im Einzelfall erlebt werden können. Deutlich höhere Zufriedenheitsraten (ca. 90%) ergaben sich in einer Langzeitstudie bei von RAD et al. (1998). Möglicherweise hat hier die Anbindung an die Institution über einen längeren Zeitraum eine Rolle gespielt.

Gerade bei intensiver Therapeut-Patient-Beziehung stellt die Ablösung ein für den Patienten schwierigen Prozess dar. Die Entlassung aus stationärer Psychotherapie muss entsprechend einfühlsam vorbereitet werden. Patienten, die Probleme mit dieser Ablösung haben, können

---

versuchen, den Trennungsprozess hinauszuzögern. Eine Möglichkeit wäre verstärkte Symptome zu 'präsentieren', welche eine Entlassung noch nicht zulassen, eine andere Möglichkeit wäre, den stationären Therapeuten zu bitten, die Therapie in ambulanter Form fortzuführen. Umgekehrt könnte im Einzelfall der Ablösungsprozess für den Therapeuten schwierig sein. BASSLER et al (1995) stellen fest, dass die Therapeuten dazu tendierten die Dauer der stationären Therapie auszudehnen, je besser diese Beziehung beurteilt wurde. SKOGSTAD (zit. aus RÜTH-BEHR 2002) beschreibt, wie groß der Einfluss des stationären Therapeuten auf die Haltung des Patienten zur ambulanten Therapie ist. Aus diesem Grunde ist erforderlich, dass der Therapeut mit dem Patient am Anfang der stationären Therapie genaue Ziele definiert, nach deren Erreichen auch die Ablösung vom Therapeuten erfolgen sollte. Dies bestätigte SACK et al. (2003), denn sie stellen fest, dass das gemeinsame Er- und Bearbeiten der Therapieziele das therapeutische Arbeitsbündnis verbessert und den Patienten verstärkt in die Verantwortung für den Behandlungsverlauf mit einbezieht.

Für die Patienten unserer Studie bestand nach der stationären Entlassung bei auftretenden Schwierigkeiten bzgl. der ambulanten Weiterbehandlung die Möglichkeit nochmals in Kontakt mit dem stationären Therapeuten zu treten. 34% von den Patienten, die diesen Kontakt suchten, baten um eine neue Weiterbehandlungsempfehlung, weil aus der ersten Empfehlung keine Therapie resultierte. 46% erbaten anderweitig Unterstützung. So sind diese als selbständig und auch mutig einzuschätzen, bedurften dennoch der erneuten Unterstützung durch den stationären Therapeuten in der Phase des Übergangs. Die Patienten, die nochmals den Kontakt zum Therapeuten aufnahmen, führten häufiger (88%) eine ambulante Psychotherapie durch als die Patienten ohne nochmaligen Kontakt (68%). Die Patienten mit poststationärem Kontakt ließen sich somit häufiger in eine ambulante Therapie vermitteln.

Trotz Katamnesezeitraum von bis zu 33 Monaten, konnten von 212 Patienten 65% in ihrer Erinnerung auf Erfahrungen mit dem stationären Psychotherapeuten zurückgreifen. Die Patienten, die auf diese Erinnerungen zurückgreifen konnten, hatten jeweils in über zwei Drittel der Fälle die stationäre sowie auch die ambulante Therapie als hilfreich erlebt. Im besten Falle könnten Erfahrungen bzw. Erinnerungen aus der stationären Therapie nachhaltig in einer nachfolgenden ambulanten Therapie zur Akzeptanz (FRANZ 1997) und Stabilisierung beitragen. Auch der Wunsch von 32% aller Patienten gleich bei dem stationären Therapeuten eine ambulante Therapie durchführen zu wollen, zeigt, dass

---

eine Beziehungsentwicklung stattfand und diese für ausbauwürdig empfunden wurde. Diesem Wunsch konnte bei 10% dieser Patienten entsprochen werden. Möglicherweise sollten noch mehr ambulante Weiterbetreuungsmöglichkeiten durch den stationären Therapeuten in stationären Einrichtungen geschaffen werden, besonders bei schwerer erkrankten Patienten mit Anpassungsschwierigkeiten, z.B. integrierende Versorgung in medizinischen Versorgungszentren oder andere Modelle, eben auf der Basis der schon geschaffenen guten Arbeitsbeziehung BIERMANN (1975).

### 5.3 Therapieempfehlung

Von allen befragten Patienten hatten 84% eine *Weiterbehandlungsempfehlung* zu einer sich anschließenden ambulanten Therapie erhalten. Nach Angaben der 160 Patienten, die eine ambulante Therapie durchgeführt hatten, hatten 94% spätestens nach einem halben Jahr mit der ambulanten Therapie begonnen. Dieser Fakt spricht deutlich für den gut versorgten Münchner Raum. Von den 183 Patienten mit einer Weiterbehandlungsempfehlung führten 36 Patienten keine Therapie durch. Möglicherweise ging es den Patienten subjektiv gut, sodass sie entschieden, sie bräuchten keine mehr. Oder sie hatten eine generelle Empfehlung, konnten jedoch keinen Therapieplatz für sich finden. Andere trauten sich möglicherweise nicht, initiativ zu werden und selbständig einen Therapeuten zu suchen. Die Empfehlung für einen *bestimmten Therapeuten* erhielten 28%, für *mehrere Therapeuten* 27% und eine *generelle Empfehlung* erhielten 45%. Der Anteil der Patienten, welche eine generelle Empfehlung zur Durchführung einer ambulanten Therapie erhielten, ist erstaunlich hoch. Ob diese Unterschiede durch objektive Faktoren (z.B. Indikation zur Weiterbehandlung) oder durch subjektive bzw. interaktive Faktoren (z.B. Sympathie, Gegenübertragung) bedingt waren, muss offen bleiben. Der Weiterbehandlungsempfehlung folgt im besten Fall die Kontaktaufnahme zum Therapeuten, welcher 125 Patienten folgten und für die `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ ein entscheidendes Kriterium darstellt.

Von den 30 Patienten, die keine Empfehlung zu einer ambulanten Therapie erhalten hatten, begannen dennoch 13 Patienten mit einer Therapie. Diese Untergruppe scheint einerseits (entgegen der Einschätzung des stationären Therapeuten) davon überzeugt gewesen zu sein, weitere Behandlung zu benötigen. Die Divergenz bzgl. der Einschätzung weiterer Behandlungsnotwendigkeit

---

ist bemerkenswert. Zusätzlich zeichnet sich diese Untergruppe durch Eigeninitiative aus. 44% dieser Patienten fühlten sich ausreichend über Möglichkeiten einer ambulanten Weiterbehandlung informiert. Das bedeutet, dass diese Untergruppe der Patienten, wenn ihre Bewertung so zutrifft, letztlich die Phase des Übergangs ohne therapeutische Hilfe bewältigen mussten. Daran wird ersichtlich, mit wie viel Feingefühl in dieser Phase der Therapeut und der Patient gemeinsam ohne Dekompensation und Regression die Ablösung vorzubereiten ist. So stellten die Patienten mit hohem Strukturniveau eher Kontakt zum empfohlenen Therapeuten her als Patienten mit niedrigem Strukturniveau (61% vs. 33%). Zum Anderen gilt es für den Therapeuten zu erkennen, inwieweit der Patient nach Entlassung weiterer (psychotherapeutischer, soziotherapeutischer etc.) Unterstützung bedarf. Wenn der Patient in diesem Prozess erkennt, dass spezielle ambulante Angebote seiner aktuellen Lebenssituation, seinen Ressourcen und Bedürfnissen entsprechen, würde wahrscheinlich der Ablöseprozess vom stationären Therapeuten erleichtert.

Aus unserer Sicht und dies besagt auch FRANZ (1994) sollte eine individuelle, auf den Einzelfall abgestimmte Empfehlung durch den Therapeuten auch dann erfolgen, wenn sich der therapeutische Prozess als schwierig gestaltet hatte. Indem der Therapeut die entscheidenden Wirkfaktoren (z.B. Gegenübertragung, mangelnde Introspektionsfähigkeit des Patienten, mit der Therapie verbundene Ängste), erkennt, könnte er diese bei der individuellen Empfehlung für die ambulante Therapie, mit berücksichtigen.

Deutlich zeigte sich, dass Patienten mit „sehr guter“ Beziehung häufiger eine Weiterbehandlungsempfehlung erhielten als mit „schlechter“ Beziehung (96% vs. 75%). Wir erfassten die Bewertung der Therapeut-Patient-Beziehung aus Patientensicht, wie im Ergebnisteil beschrieben, zusätzlich in Form eines Summenscores. Neben anderen wichtigen Faktoren (generelle Motivation des Patienten, Art und Schweregrad der Erkrankung) sollte die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung die Entscheidung der betroffenen Patienten beeinflussen, ob sie überhaupt eine ambulante Therapie anstreben wollen und inwieweit sie die Empfehlung des stationären Therapeuten berücksichtigen, schlussendlich `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´ zeigten. Diese Vermutung kann durch die vorliegenden Daten gestützt werden (82% vs. 46%) und diese Gegenüberstellung wird noch deutlicher, wenn die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung mit der `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ korreliert wird (77%, 74%, 66%, 58%, 44%, 38%, 31%). In einer Studie (HUBER et al.

---

2000) konnte der Zusammenhang zwischen Therapeut-Patient-Beziehung und Therapieakzeptanz aufgezeigt werden. In unserer Studie konnte dieser Zusammenhang zwischen der positiven Bewertung der therapeutischen Beziehung durch die Patienten und der Akzeptanz der empfohlenen Nachbehandlung ebenfalls mit Deutlichkeit bestätigt werden. Deutlich wird bei Durchsicht der Ergebnisse, dass ein beträchtlicher Anteil der Patienten, trotz „schlecht“ bewerteter Qualität der Beziehung zum stationären Therapeuten, sich nicht entmutigen ließ und eine neue therapeutische Beziehung einging (46%). Denkbar ist beispielsweise, dass der `therapeutische` Rat von weiteren Mitgliedern des therapeutischen Teams die betreffenden Patienten beeinflusste. Vielleicht war bei einzelnen Patienten der Leidensdruck so groß, dass für sie ein Therapieende gar nicht vorstellbar war.

38% hatten die Weiterbehandlungsempfehlung von jemand anderem als dem stationären Therapeuten erhalten. Möglicherweise sind dies die Patienten, die aufgrund einer subjektiv weniger gut bewerteten Beziehung von anderen Personen aus dem therapeutischen Team, dem vorbehandelnden ambulanten Therapeuten oder im Familien- oder Freundeskreis Rat und Empfehlung erhielten.

Mehr als die Hälfte der Patienten gab an, ambulant genau nach dem Therapieverfahren behandelt worden zu sein, welches ihnen zuvor empfohlen wurde. Knapp ein Drittel wurde nach einem anderen als dem empfohlenen Therapieverfahren behandelt. 17% konnten sich nicht mehr genau an die Modalitäten der Behandlung erinnern. Es muss offen bleiben, wodurch die Abweichungen von der Empfehlung bedingt waren. Denkbar ist, dass im Einzelfall nur ein Therapieverfahren vor Ort zur Verfügung stand, oder dass Alternativempfehlungen (von professioneller Seite oder von Angehörigen) eine Rolle gespielt hatten.

Die ambulante Therapie wurde von den Patienten häufiger durchgeführt, die schon während der stationären Behandlung Kontakt zum ambulanten Therapeuten aufnahmen (96% vs. 71%) und die nur einen Therapeuten empfohlen bekamen (88% vs. 70%).

Das Therapieverfahren, welches empfohlen wurde, führten 85 Patienten durch. Der Therapeutenempfehlung waren 125 Patienten gefolgt. Aus beiden Gruppen folgten 63 Patienten (34%) beiden Empfehlungen. Unsere Daten verglichen wir mit Daten zur Therapieempfehlung und Therapieakzeptanz von SCHNEIDER und BURSAY (1994), wo 63% der untersuchten Patienten eine

---

Weiterbehandlungsempfehlung erhalten hatten und über die Therapieempfehlung hinaus durch persönlichen Einsatz die Patienten unterstützten und letztendlich 77% dieser Patienten die empfohlene Therapie beim empfohlenen Therapeuten angetreten hatten. Hier wird deutlich, dass bei der Weiterempfehlung der persönliche Einsatz des Therapeuten und auch die Art der Empfehlungspraxis noch mehr in den Vordergrund gerückt werden sollte. Dies ist wichtig, um auch die Patienten zu erreichen, die in unserer Studie angaben, keine Weiterbehandlungsempfehlung erhalten zu haben. Einige dieser Patienten äußerten in der offenen Frage 12 Kritik, bezüglich fehlender Informationen über die für sie mögliche Weiterbehandlung nach der stationären Entlassung. Aufgrund der umfangreichen Ausführungen der Patienten werden diese im folgenden nur stichpunktartig aus dem Originaltext wiedergegeben. So wünschten sich Patienten z.B. unkomplizierte Beratungsmöglichkeit durch die Klinik, Aufklärung zu den verschiedenen Therapiemöglichkeiten, am Einzelfall orientierte Beurteilung, um eine spezifische Therapieform zu empfehlen, bessere Vorbereitung auf die Zeit danach, bessere Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen einer psychotherapeutischen Behandlung, um zu einer realistischen Einschätzung zu kommen. Um dem Wunsch nach mehr Information nachzukommen, könnte zusätzlich zum Gespräch mit dem Therapeuten eine geeignete Broschüre über die Möglichkeiten der Behandlung poststationär im Rahmen des Klinikaufenthaltes ausgehändigt werden.

#### **5.4 Therapievermittlung**

Eine von vier empfohlenen Aufgaben der psychosomatischen Grundversorgung beinhaltet laut KLUßMANN (1992) die 'kompetente ärztliche Hilfe'. Diese Hilfe des Therapeuten umfasst die gesamte Durchführung einer Psychotherapie bis zum Ende. In unserem Fall wurde mit einer stationären Therapie begonnen und notwendigerweise führten ein großer Anteil der Patienten diese Therapie im ambulanten Rahmen weiter fort. Die Vermittlung in diese ambulante Therapie gehört zu dieser ärztlichen Hilfe des stationären Therapeuten, auch wenn dieser den Patienten nicht weiter behandelt. Hinsichtlich des Engagements des stationären Therapeuten scheinen zwei gegensätzliche Auffassungen vertreten zu werden. Die eine betont die Autonomie des Patienten, welcher am Ende des stationären Aufenthaltes genügend stabilisiert sein sollte, um sich eigenständig einen ambulanten Therapieplatz zu suchen. Die andere Position hebt darauf ab, dass sich die stationären Patienten in

---

einem Stadium der Abhängigkeit befinden, welches Begleitung und Beratung beim Übergang erforderlich macht.

Inwieweit in unserer Studie die Therapeuten in der Vermittlungspraxis der Autonomie- oder der Unterstützungsauffassung folgten, wurde nicht erfasst. 21% wurden durch direkten Kontakt vom stationären Therapeuten zum ambulanten Therapeuten vermittelt, 34% erhielten die Adresse eines ambulanten Therapeuten und 42% erhielten eine generelle Weiterbehandlungsempfehlung. Das bedeutet, ein Fünftel aller Patienten ist persönlich vermittelt worden.

Von den Patienten, die einen Therapeuten empfohlen bekamen, wurden 64% persönlich vermittelt. Nur 36% wurden persönlich vermittelt, wenn mehrere Therapeuten empfohlen worden waren. Bei CUBE (1983) begannen jene Patienten häufiger eine ambulante Therapie, die direkt durch einen persönlichen Kontakt von Therapeut zu Therapeut vermittelt wurden gegenüber den Patienten, die sich selbst anhand einer Adressliste den Therapieplatz gesucht hatten. Patienten, die persönlich weitervermittelt wurden, fühlten sich auch häufiger verstanden. Daraus wäre zu schlussfolgern, dass eine aktivere Vermittlungshilfe bei bestimmten Patienten dazu beiträgt, dass diese eher eine weitere Therapie aufnehmen. Dies konnte bei uns bestätigt werden. Die Art der Vermittlung korreliert positiv mit der 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn'. Bei persönlicher Vermittlung begannen 86% mit einer ambulanten Therapie, 71% bei Adressvermittlung und 47% bei genereller Empfehlung. Ein eindruckliches Ergebnis, welches doch die Schlussfolgerung zulässt, dass das persönliche Engagement des stationären Therapeuten eine wichtige Rolle im Vermittlungs- oder Übergangsprozess einnimmt. Natürlich spielen hier auch andere Faktoren wie z.B. Schweregrad der Erkrankung mit hinein, dass der Patient diesem Angebot der persönlichen Vermittlung auch folgen kann. Bei der persönlichen Vermittlung sollten doch 100% der Patienten die ambulante Therapie beginnen. Wenn jedoch der Patient mit dem persönlich vermittelten Therapeuten nicht zurechtkommt, nach FALLER (1998) müssen der Therapeut und Patient miteinander 'können', dann kommt auch eine Therapie nicht zustande. Der Patient prüft bei genügend vorhandenen Auswahlmöglichkeiten mehrere Angebote, bevor er langfristig eine Bindung eingeht.

Das Vermittlungsentagement des Therapeuten wurde von 40% der Patienten als positiv eingestuft und von 25% als negativ. 35% konnten sich nicht entscheiden oder an das Engagement erinnern. Diese 35% haben ihren Therapeuten bzgl. der Vermittlungstätigkeit also nur noch blass oder gar nicht

---

in Erinnerung. Da sie aber eine Empfehlung erhalten hatten, also eine ambulante Therapie angeraten worden war, sie noch auf Hilfe zur Gesundung angewiesen waren, ist dieser Anteil der Patienten zu groß. Ebenfalls erinnerten 25%, dass vom Therapeuten kein Engagement bzgl. der Vermittlung ausging. Es ist möglich, dass der Therapeut nach Autonomieauffassung die Patienten selbst agieren lassen wollte, oder sie waren eigenständiger und gesünder, oder sie hatten Hilfe und Unterstützung von anderen Personen aus dem therapeutischen Team oder von außerhalb. Vielleicht waren auch 'kränkere' Patienten betroffen, die das Engagement des Therapeuten als nicht ausreichend einschätzten. In einem Qualitätszirkel wurde von RÜTH-BEHR (2002) beschrieben, dass 'frühgestörte' Patienten der Brückenfunktion in der Vermittlung bedürfen. Dann würde dies bedeuten, dass auf diese Patienten gesondert während eines stationären Settings bezüglich der Weitervermittlung in eine ambulante Therapie zu achten wäre. Bei uns zeigte sich mit einer Tendenz, umso engagierter der stationäre Therapeut war, desto häufiger ist eine ambulante Therapie durchgeführt worden (87% vs. 70%). Größer war die Zufriedenheit über die durchgeführte ambulante Therapie bei den Patienten mit engagiertem stationären Therapeuten (90% vs. 72%). Die Zufriedenheit der Patienten ist in beiden Gruppen mehrheitlich hoch. In der ersten Gruppe ist der höhere Grad an Zufriedenheit vermutlich auf die Unterstützung durch den stationären Therapeuten zurückzuführen. In der zweiten Gruppe war die 'Unterstützungsquelle' möglicherweise eine andere. SCHMELING-KLUDAS (1995) beschrieb in einer Studie bezogen auf die Behandlungszufriedenheit der Patienten, dass diese erstaunlich hoch im stationären und ambulanten Setting war. Das spricht für eine zugewandte Betreuung durch die Stations- und Hausärzte. Im stationären Rahmen waren die Patienten zufrieden, da häufig eine Besserung der Beschwerden eintrat. Dies spricht für das dort durchgeführte integrierende psychosomatische Versorgungskonzept. HANNÖVER (2000) konnte feststellen, dass sich zufriedene Patienten hinsichtlich ihres weiteren Inanspruchnahmeverhaltens von Psychotherapie von Unzufriedenen unterscheiden, was wir mit Hilfe unserer Daten unterstreichen können.

In einer Studie mit Ambulanzpatienten von HUBER et al. (2000) wurde festgestellt, dass sich durch die Gesprächsführung des Therapeuten und konkrete Hilfe bei der Therapievermittlung die Therapieakzeptanz der Patienten erhöhen lässt. Dies zeigt, dass die Intensität des Engagements vom vermittelndem Therapeuten nicht nur Eindruck beim Patienten hinterlässt, sondern dieser der Vermittlung folgt. Der Patient kennt den stationären Therapeuten in unserer Klinik von regelmäßigen Kontakten und hat somit mehr als einmal die Möglichkeit zum Gespräch über Wünsche bzgl.

---

Empfehlung und Vermittlung. Nach HELLOWIG (1981) beginnt die Entlassung am Tag der Aufnahme. Das bedeutet, die Vorbereitung auf die Entlassung, bezüglich Art der Empfehlung und Vermittlung durch den stationären Therapeuten sollte neben festgelegten Therapiezielen schon zu Beginn der stationären Therapie eingeleitet werden.

## **5.5 Die Beratung**

Schon ROGERS (1972) hat festgestellt, dass Beratung nicht befolgt wird, wenn keine therapeutische Beziehung als Grundlage vorhanden ist. Für eine wirksame Beratung scheint die therapeutische Beziehung Voraussetzung zu sein, damit diese vom Patienten ernstgenommen wird, im besten Fall der Patient das Beratungsangebot umsetzt, akzeptiert.

### **5.5.1 Die Bewertung der Beratungsintensität**

Ausführlich genug beraten bezüglich einer ambulanten Weiterbehandlung erklärten sich 56% der Patienten. Ein relativ hoher Anteil von 44% empfanden dies subjektiv nicht so. Die genügend beratenen Patienten beschrieben häufiger eine „sehr gute“ bis „gute“ Beziehung zum stationären Therapeuten. Bei den ungenügend beratenen Patienten beschrieb immerhin noch über die Hälfte der Patienten eine „sehr gute“ bis „gute“ Beziehung. Möglicherweise hielt sich der Therapeut in der Beratung zurück, weil er diese Patienten als selbständig und informiert einschätzte oder er hoffte, dass die Impulse zur Anschlusstherapie vom Patienten ausgehen sollten. Bei den ungenügend beratenen Patienten ist eine als „teils teils“ bewertete Beziehung doppelt so häufig wie bei den gut beratenen Patienten. Möglicherweise erhielten die Patienten eine Beratung, die sie aufgrund der nur mittelmäßig beschriebenen Beziehung zum Therapeuten nicht annehmen konnten, sich demzufolge nicht beraten fühlten.

Die ‚gut‘ beratenen Patienten zeigten häufiger ‚Therapieakzeptanz im weiteren Sinn (85% vs. 71%) sowie auch im engeren Sinn (73% vs. 53%)‘. Es bleibt die Frage, warum nicht gerade bei den gut beratenen Patienten annähernd 100% eine Therapieakzeptanz aufgezeigt wurde. Möglicherweise könnten hier auch Versorgungsengpässe bzgl. eines Therapieplatzes eine Rolle gespielt haben. Die ‚gut‘ beratenen Patienten konnten häufiger Hilfe aus der ambulanten Therapie schöpfen (77% vs. 31%). Der Anteil der Patienten, die keine Hilfe aus der ambulanten Therapie erlangen konnte, ist bei

---

den nicht genug beratenen Patienten zehnmal so hoch wie bei den gut beratenen Patienten. Das heißt, eine ausführliche Beratung durch den stationären Therapeuten bedingt eine größere Hilfe, die für den Patient aus der ambulanten Therapie resultiert.

### **5.5.2 Rücksicht auf Patientenwünsche**

Die Patienten entwickeln sich im Laufe der stationären Therapie und daraus resultieren unweigerlich eigene Vorstellungen und Wünsche bezüglich einer weiterführenden ambulanten Therapie. Diese möchten sie berücksichtigt wissen, selbst umsetzen. Dies könnte daher rühren, weil sie aufgrund vorangegangener Besserung der Beschwerden differenzierter mit den für sie bestehenden Konflikten durch ihre Erkrankung umzugehen gelernt haben. Dies sollte, wenn möglich, in der Beratung bedacht werden. Ratschlägen gegenüber offen zu sein, bedeutet für den Einen, beruhigt das Ruder aus der Hand zu geben und der Therapeutenberatung zu vertrauen. Für den Anderen dient der Rat des Therapeuten eher als Orientierung, er möchte schlussendlich nur seine Vorstellungen in der weiterführenden Therapie umsetzen.

Bei 69% der Patienten wurden die geäußerten Wünsche vom stationären Therapeuten berücksichtigt, bei 31% nicht. Bei diesen 31% stellt sich die Frage, welche Wünsche äußerten die Patienten, hinsichtlich der anschließenden Therapie. Vermuten könnte man, dass der Therapeut in seiner Beratung die Ressourcen des Patienten, die passende Therapieform sowie den passenden Therapeuten aufeinander abzustimmen versuchte, andererseits der Patient dies jedoch für sich nicht als richtig erachtete. Oder es wurde kein der Beratung entsprechender Therapieplatz gefunden.

Von den Patienten, deren Wünsche berücksichtigt worden waren, wurde häufiger `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´ gezeigt (70% vs. 27%) sowie konnten diese Patienten deutlich mehr Hilfe aus der ambulanten Therapie erhalten (72% vs. 45%). Das bedeutet, auch in der ersten Gruppe gab es Patienten, deren Wünsche in der Beratung berücksichtigt wurden, die sich dennoch eventuell nach Empfehlung von anderer Seite oder aus eigenem Antrieb für eine andere Therapieform entschieden hatten. Bei ungenügender Berücksichtigung der Wünsche des Patienten steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Patient für eine andere als die empfohlene Therapie entscheidet und die ambulante Therapie weniger hilfreich für den Patienten ist.

---

Manche Patienten waren sich zum Zeitpunkt der stationären Therapie vielleicht ihrer Wünsche bzgl. der nachfolgenden Therapie noch gar nicht bewusst. ARGELANDER (1970) beschrieb diese an eine Behandlung geknüpften unbewussten Wünsche des Patienten. Erst im Rahmen der Beantwortung des Fragebogens stellten sie möglicherweise fest, dass diese Wünsche bestanden hatten und unausgesprochen geblieben waren. Vielleicht hatten diese Patienten erwartet, dass der Therapeut diese Wünsche hätte erkennen müssen. Es gibt Patienten, die gar nicht in der Lage sind, überhaupt Wünsche zu äußern, weil sie den Therapeuten als Instanz sehen, nur seine Vorschläge haben Berechtigung. Im Nachhinein fühlt sich der Patient nicht verstanden, ist nicht motiviert überhaupt die Beratung als solche wahrzunehmen, weil sie ihm nicht zusagte. ETZERSDORFER (1997) gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, wenn man nur die bewusst geäußerte Motivation, in unserem Fall Patientenwünsche, berücksichtigt, führt es nicht unbedingt zum Erreichen des Therapieziels, nämlich zur Besserung der Beschwerden.

## 5.6 Die Motivation der Patienten

Von dem Therapeuten waren zu Beginn der Therapie im Rahmen der Basisdokumentation mehr als 90% der Patienten als motiviert eingeschätzt worden, um mit Hilfe des stationären Settings therapeutische Ziele zu formulieren und diese im besten Fall mit Beschwerdeverbesserung, wenn nicht sogar mit vollständiger Genesung, zu erreichen. RUDOLF (1991) postuliert, dass diese Motivation der Patienten entscheidend ist, sich auf eine therapeutische Arbeitsbeziehung einzulassen, und auf ein gemeinsam definiertes Ziel hinzuarbeiten. Möglicherweise könnte ein `strukturierter Therapiezielkatalog` (STEFFANOWSKI et al. 2004) dem Therapeuten und dem Patienten hier sehr nützlich sein. Zur stationären Aufnahme führte die Patienten ein entsprechender Leidensdruck und setzt eine `allgemeine Offenheit` des Patienten gegenüber Psychotherapie voraus. SCHNEIDER et al. (1999) bestätigte, dass eine psychosoziale Laienätiologie und eine ausgeprägte allgemeine Offenheit für Psychotherapie therapeutische `Erfolge` begünstigen.

Je höher die Motivation zu Beginn der stationären Therapie eingestuft worden war, desto häufiger wurde der stationäre Therapeut als hilfreich empfunden. Dies trifft ebenfalls auf den Zusammenhang zwischen der Motivation der Patienten und der Bewertung der Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung zu: Je höher die Motivation der Patienten zu Beginn der Therapie vom Therapeuten

---

eingestuft worden war, desto besser war retrospektiv die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung durch die betreffenden Patienten bewertet worden. Dieses 'Zusammenpassen' von Patient und Therapeut hinsichtlich ihrer Motivation und Erwartungen als notwendige Voraussetzung für die Entwicklung des therapeutischen Arbeitsbündnisses beschrieb RUDOLF et al. (1988) im Rahmen der Berliner Psychotherapiestudie. Wir konnten es erneut bestätigen. Das therapeutische Arbeitsbündnis, wenn es geschlossen worden ist, ist nicht nur Voraussetzung für den Erfolg der stationären Therapie, sondern prägt auch den Übergang in die ambulante Therapie. So haben in unserer Studie die hochmotivierten Patienten häufiger 'Therapieakzeptanz im weiteren Sinn' (81% vs. 40%) und auch deutlich hohe 'Therapieakzeptanz im engeren Sinn' (77% vs. 20%) aufgezeigt. Dies fand SCHWEICKHARDT et al. (2005) ebenfalls heraus und empfiehlt eine gezielte Förderung der schon vorhandenen Motivation. Bei HUBER et al. (2000) erwies sich die Motivation der Patienten im ambulanten Beratungsgespräch als bester Prädiktor des Nutzens dieses Gespräches aus Therapeutensicht auf die Prognose.

SENF & von RAD (1986) sehen die Stärke der Motivation als prognostisch wichtiges Kriterium an, sie stellt jedoch keinen objektiven Prädiktor für die Prognose dar. Nach FRANZ (1994) gilt es dennoch diese Motivation des Patienten zu fördern durch stete empathiebereite Anteilnahme von Seiten des Therapeuten. Dies alles zu beachten, gilt sicher als große Herausforderung im Alltag des stationären Therapeuten. Auch wenn durch unsere Befragung nur einige dieser geforderten Merkmale (z.B. Motivation des Patienten, Empathie, Arzt-Patient-Beziehung) und auch jeweils nur aus Therapeuten- oder Patientensicht erfragt wurde, so bleibt bei aller Einschränkung festzuhalten, dass vorliegende Ergebnisse gut zur Theorie von FRANZ passen. Je motivierter die Patienten zu Beginn waren, je besser die Arzt-Patient-Beziehung, desto 'subjektiv' hilfreicher wurde die Therapie erfahren, desto eher konnte gemeinsam der Übergang in die ambulante Therapie erfolgen.

## **5.7 Genesungsprozess nach stationärer Therapie**

Besserung der Beschwerden gaben 80% an, für knapp ein Fünftel waren sie gleich geblieben, 2% erlebten eine Verschlechterung. Zufrieden konnten 80% der Patienten sein, dass es tatsächlich eine Veränderung, einen Erfolg durch die stationäre Therapie gegeben hatte. In einer Studie von JUNGE et al. (1996) gaben bei der Entlassung 84% der Befragten an, dass die Beschwerden sich gebessert

---

hatten, bei 9% waren sie unverändert und bei 7% hatten sie sich verschlechtert. Ein Jahr nach der stationären psychosomatischen Therapie wurden die psychischen Beschwerden im Vergleich zu der Zeit vor der stationären Therapie von 74% als gebessert beschrieben, für 13% waren sie unverändert und bei 13% hatten sie sich verschlechtert. In Studien von KÄCHELE et al. (1985), BASSLER und HOFFMANN (1994), SACK et al. (2003), MEINZENBACH et al. (2006) besserten sich aus Patientensicht die Beschwerden in 2/3 der Fälle. So sind die 80% in unserer Studie gerade auch wegen des langen Katamnesezeitraumes von bis zu 33 Monaten im Vergleich mit anderen Studien als sehr positiv zu bewerten.

Bei einigen Patienten war die ambulante Therapie zum Befragungszeitpunkt noch nicht abgeschlossen, sodass zum Genesungsprozess von den Patienten noch kein abschließendes Urteil abgegeben wurde. Die subjektive Bewertung des Genesungsprozesses wird sicher vor allem vom Zustand zum Zeitpunkt der Befragung bestimmt. Das heißt Patienten mit schwankendem Verlauf in den Monaten nach Entlassung (z.B. symptomfreie vs. symptomreiche Phase) würden in ihrer Beurteilung vom aktuellen Befinden zum Befragungszeitraum bestimmt. Ansonsten ist naheliegend, dass selbst bei anhaltender Stabilisierung offen bleiben muss, welche Anteile die stationäre Therapie, die ambulante Therapie, das soziale Umfeld des Betroffenen, der Spontanverlauf etc. haben. HOLM-HADULLA (2000) stellt fest, dass das Zulassen von Gefühlen von Seiten des Patienten in der therapeutischen Beziehung zu einer Besserung der Beschwerden führen können. Diese werden aber vom Patienten möglicherweise nicht als Beschwerdeverbesserung im Sinne der Befragung wahrgenommen. Zudem ist wahrscheinlich, dass ein Teil der Patienten trotz objektiver und subjektiver Beschwerdeverbesserung diese nicht einräumen können, weil sie in ihrem Kranksein einen sekundären Krankheitsgewinn haben. PUSCHNER (2005) zeigte moderate Zusammenhänge zwischen der Patientenzufriedenheit und dem Behandlungserfolg und -umfang auf, gibt aber zu bedenken, dass diese Zufriedenheit nie allein als Qualitätsmerkmal betrachtet werden sollte.

Dennoch gibt vorliegende Untersuchung Hinweise, inwieweit die stationäre Therapie als Mosaikstein den weiteren Verlauf beeinflusste. Unsere Korrelation zwischen Besserung der Beschwerden und der Beziehung zum stationären Therapeuten war eindrucklich. Je besser die Beziehung zum Therapeuten bewertet wurde, desto häufiger wurde eine Beschwerdenbesserung beschrieben (96%, 80%, 66%, 75%). Erstaunlicherweise gaben immerhin 75% mit einer „schlechten“ Beziehung zum stationären

---

Therapeuten eine anhaltende Besserung der Beschwerden an. Möglicherweise waren gerade bei dieser Untergruppe andere Mosaiksteine (z.B. Mitpatienten, Pflegepersonal, Setting, Familie) für den Verlauf entscheidend. DINGER et al. (2006; 2007) untersuchte eben den Einfluss der therapeutischen Beziehung zum Therapeuten und konnte herausstellen, dass aufgrund einer guten einzeltherapeutischen Beziehung die Therapie hilfreicher für den Patienten ist. Wenn diese Beziehung nicht gut war, wurde Hilfe durch Allianzbildung zu anderen Gruppen wie den Mitpatienten auszugleichen gesucht.

Häufiger wurde die Beschwerdenbesserung beschrieben, wenn die Patienten sich genügend beraten fühlten (88% vs. 69%). Und wenn die Patienten ihre geäußerten Wünsche bezüglich der ambulanten Therapie berücksichtigt sahen, besserten sich ebenfalls häufiger die Beschwerden (86% vs. 64%). Daraus könnte ein Bedürfnis des Patient resultieren, dass dieser auch Verantwortung für die Phase des Übergangs übernehmen und nicht nur fremdbestimmt werden möchte. Immerhin 83% aller befragten Patienten hatten angegeben, dass sie die durchgeführte stationäre Therapie in der psychosomatischen Abteilung des städtischen Krankenhauses an einen Freund weiterempfehlen würden. Diese belegen, dass die Patienten mehrheitlich mit der stationären Therapie in unserer Klinik zufrieden waren.

---

## 5.8 Ausblick

In der Auswertung unserer Untersuchung zur Gestaltung des stationär-ambulanten Übergangs in einer psychosomatischen Fachabteilung fällt auf, dass es sich in erster Linie um eine retrospektive Befragung handelt. Überwiegend wurde die subjektive Sicht des Patienten erfasst. So fehlte für eine ausgereifte Beurteilung der Phase des Übergangs die vollumfängliche Meinung des Therapeuten. Folgende wichtige Überlegungen bleiben dadurch bisher nur unvollständig beantwortet. Die genaue Beurteilung der Interaktion zwischen dem Therapeut und Patient der Empfehlungs- und Beratungspraxis durch den Therapeut und den Patient während und am Ende der stationären Behandlung. So besteht die Möglichkeit unmittelbar Missverständnisse im Rahmen der stationären Betreuung zu beheben, der Patient wird umfassender informiert über den Zeitraum nach der Entlassung, setzt sich mit der Endlichkeit der Therapie allzeit auseinander und die Verfälschung des Urteils durch einen langen Katamnesezeitraum würde umgangen durch mehrfach zeitnahe und prospektive Befragung. Dieses vielfach gezeigte Interesse an Patienten- und Therapeutenmeinung signalisiert grundsätzlich den Willen zur Weiterentwicklung und möglicherweise würde dieses Interesse auch die Drop-Outs zur Mitarbeit bewegen können.

---

## 6 Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wurden alle Patienten, die innerhalb eines Jahres in der psychosomatischen Klinik München behandelt wurden mit einem sechzehnteiligen Fragebogen zu folgenden Aspekten befragt: Beziehung zum stationären Therapeuten, Hilfe durch den Therapeuten, Weiterbehandlungsempfehlung, Vermittlung in eine ambulante Psychotherapie und diesbezügliche Beratung durch den stationären Therapeuten, Durchführung einer ambulanten Therapie und aktuelles Befinden.

Von 278 angeschriebenen Patienten antworteten 225, was einer Rücklaufquote von 81,5% entspricht. Der hohe Rücklauf der Daten ist darauf zurückzuführen, dass die Patienten über mehrere Erinnerungsschreiben (s. Anh. 5 und 6) und wenn gewünscht, auch Telefonsprechzeiten motiviert wurden, an der Datenerfassung teilzunehmen. Über die Drop-Outs, Patienten die nicht antworteten, lagen soziodemographische Daten aus der Basisdokumentation für Patienten (s. Anh. 2) sowie für Therapeuten (s. Anh. 3), aufgenommen bei stationärer Aufnahme und bei Entlassung, vor. Verglichen mit der Stichprobe unterschieden sie sich nicht in den erfragten Parametern, bis auf eine Tendenz, dass die Teilnehmer der Stichprobe das therapeutische Angebot in der stationären Behandlung besser nutzen konnten. Die untersuchte Stichprobe entsprach hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsanamnestischer Merkmale dem Klientel der psychosomatischen Klinik.

Die Beziehung zum stationären Therapeuten bewerteten 95% mit „sehr gut“ bis „teils teils“. Die Hilfe des stationären Therapeuten bewerteten 82% mit „sehr gut“ bis „teils teils“. Je besser die Beziehung bewertet wurde, umso hilfreicher wurde die stationäre Therapie empfunden und umso höher der Anteil der Patienten, die eine ambulante Weiterbehandlung antraten. Je hilfreicher der Therapeut erlebt wurde, umso hilfreicher war auch die angeschlossene ambulante Therapie erlebt worden. 55% hatten den stationären Therapeuten als wichtigsten Ansprechpartner und 42% beschrieben vor allem das Pflegepersonal und Mitpatienten als Hauptansprechpartner. In diesen Ergebnissen wird die herausragende Stellung des Therapeuten, aber auch die Wichtigkeit des stationären Settings, deutlich. 30% aller Patienten nahmen poststationär Kontakt zum Therapeuten auf und 34% dieser Patienten baten um eine neue Weiterbehandlungsempfehlung. Patienten, die diesen poststationären Kontakt suchten, führten häufiger eine ambulante Therapie durch. Hier sollte über eine poststationäre

---

Nachbetreuungsmöglichkeit für den Patienten speziell durch den Therapeuten in der Klinik, z.B. integrierende Versorgungszentren o.ä. nachgedacht werden.

Insgesamt erhielten 84% aller Befragten eine Weiterbehandlungsempfehlung. Je besser die Beziehung bewertet worden war, desto häufiger erhielten die Patienten eine Empfehlung. Die Empfehlung eines bestimmten Therapeuten erhielten 28%, für mehrere Therapeuten 27% und eine generelle Empfehlung erhielten 45%. Je spezifischer die Empfehlung war, desto häufiger wurde eine ambulante Therapie durchgeführt. Je besser die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung bewertet wurde, desto häufiger wurde die Empfehlung befolgt. 68% nahmen Kontakt zu einem ambulanten Therapeuten auf. 14% suchten schon während der stationären Therapie den Kontakt und von diesen Patienten führten 96% eine ambulante Therapie durch. Insgesamt führen 73% (N=160) eine ambulante Therapie durch. Von diesen sind 78% der Therapeutenempfehlung und 53% der Therapieformempfehlung gefolgt. Beiden Empfehlungen sind 34% gefolgt. Verglichen mit anderen Studien ist dieser Anteil zu niedrig. 44% der Patienten ohne Weiterbehandlungsempfehlung beklagten schlechte Informiertheit über ambulante Weiterbetreuungsmöglichkeiten, welche z.B. mit einer Broschüre über poststationäre Therapiemöglichkeiten behoben werden könnte.

Spätestens nach einem halben Jahr waren 94% der Patienten in ihrer ambulanten Therapie angekommen, was auf den gut versorgten Münchner Raum zurückzuführen ist. 21% der Patienten wurden durch persönlichen Kontakt vom stationären Therapeut zum ambulanten Therapeut vermittelt, 34% erhielten eine Adresse und 42% erhielten eine generelle Empfehlung. Bei persönlicher Vermittlung war die Therapieakzeptanz der Patienten größer. 40% erinnerten ein Engagement des stationären Therapeuten bei der Vermittlung in eine ambulante Therapie. Diese Patienten waren deutlich zufriedener über ihre Entscheidung zu der durchgeführten ambulanten Therapie.

Ausreichend beraten fühlten sich 56% der Patienten. Von diesen Patienten wurde häufiger die Beziehung gut bewertet, sie erhielten häufiger eine Weiterbehandlungsempfehlung und bewerteten die Hilfe aus der ambulanten Therapie deutlich positiver. Auch die Rücksichtnahme auf Patientenwünsche in der Beratung korreliert mit der Zufriedenheit der Patienten über die Entscheidung zu dieser ambulanten Therapie.

Zu Beginn der stationären Therapie waren 62% der Patienten vom Therapeuten als sehr bis ziemlich motiviert eingestuft worden. Je motivierter der Patient war, desto besser wurde vom Patienten die

---

erlebte Hilfe durch den stationären Therapeuten beurteilt, desto besser wurde die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung bewertet, desto häufiger wurde `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn` wie `Therapieakzeptanz im engeren Sinn` aufgezeigt.

Für 80% hatten sich die Beschwerden gebessert. Signifikant häufiger wurde von diesen Patienten eine gute Beziehung beschrieben, eine ausreichende Beratung erlebt und die Berücksichtigung ihrer Wünsche bzgl. der ambulanten Weiterbehandlung benannt.

---

## Literaturverzeichnis

1. Argelander, H.: Das Erstinterview in der Psychotherapie, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, (1983) 2. Auflage, 26
2. Bassler, M., Krauthauser, H., Hoffmann, S.O.: Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie? Psychother. Psychosom. med. Psychol. 45 (1995) 167-175
3. Biermann, C.: Probleme der Beendigung stationärer Psychotherapie. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 25 (1975) 149-159
4. Broda, M., Dahlbender, R.W., Schmidt, J., von Rad, M., Schors, R.: Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. DKPM-Basisdokumentation, Psychother. Psychosom. med. Psychol. 43 (1993) 214-223
5. Brähler, Ch., Brähler, E.: Der Einfluss von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme – eine katamnestische Unersuchung zum therapeutischen Erstinterview. Psychosom. Med. 32 (1986) 140-160
6. Bruno, H.: Der stationär- ambulante Übergang aus der Sicht des niedergelassenen Kollegen. Symposiumsvortrag zum Thema „Der Übergang als psychotherapeutisches Problem“, durchgeführt zum 10-jährigen Jubiläum für stationäre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Technischen Universität in München (1994)
7. Bühl, A., Zöffel, P.: SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. Verlag Pearson Studium, München (2005) 9. überarbeitete und erweiterte Auflage, 113
8. Cube, Th. v.: Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. Zschr. Psychosom. Med. 29 (1983) 49-75
9. Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Schauenburg, H.: Die Bedeutung interpersonaler Probleme von Patienten und Therapeuten für Beziehung und Ergebnis stationärer Psychotherapie. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 56 (2006) 85

- 
10. Dinger, U., Strack, M., Schauenburg, H.: Der Einfluss unsicherer Bindung bei Therapeuten auf kompensatorische Effekte bei ihren Patienten in stationärer Psychotherapie. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 57 (2007) 83
  11. Dohmen, K.: *Improved Bonferroni Inequalities via Abstract Tubes*, Springer Verlag Berlin Heidelberg (2003) 1.Auflage
  12. Etzersdorfer, E.: Über Motivation zur Psychotherapie in: *Klinische Psychotherapie*. Hoffmann, P., Lux, M., Probst, Ch., Steinbauer, M., Taucher, J., Zapotoczky, H.-G. (Hrsg.), Springer Verlag Wien New York, (1997) 15-25
  13. Faller, H., Rudolf, G.: Die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung für Diagnostik und Indikationsstellung bei Psychotherapiepatienten. *Psychosom. Med.* 44 (1998) 54-71
  14. Franz, M.: Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung. *Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen*, (1997) 20-35, 207-219
  15. Franz, M.: Die Ablehnung psychotherapeutischer Hilfe - empirische Konturen eines destruktiv-narzisstischen Phänomens. *Forum Psychoanalyse* 10 (1994) 175-187
  16. Goethe, J.W.: *Wilhelm Meisters Lehrjahre (Ein Roman)* in: *Goethes Neue Schriften*. Mit Kurfürstl. Sächs. Privilegium bei Johann Friedrich Unger, Berlin (1796) Dritter bis Sechster Band 8.Buch, 1.Kap., 231
  17. Graupner, B.: *ICD-10-GM 2008 Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) Deutscher Ärzte-Verlag Köln (2007), 10.Revision-German Modification, 169-205
  18. Grawe, K.: Welchen Sinn hat Psychotherapieforschung? *Psychotherapeut* 40 (1995) 96-106
  19. Hannover, W., Dogs, C.P., Kordy, H.: Patientenzufriedenheit- ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut* 45 (2000) 292-300

- 
20. Hellwig, A.: Die Vorbereitung der Entlassung aus der stationären Psychotherapie. in: Psychotherapie im Krankenhaus, Heigl, F., Neun, H. (Hrsg.), Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen, Zürich, (1981) 173-180
  21. Herschbach, P.: „Lebensqualität“ und „Patientenzufriedenheit“ – Die wissenschaftliche Würdigung zweier neuer Konzepte. Vortrag gehalten 12.02.1997 in der medizinischen Fakultät der TU München
  22. Hoffmann, S.O., Bassler, M.: Probleme des Übergangs von stationärer zu ambulanter Psychotherapie. Symposiumsvortrag zum Thema „Der Übergang als psychotherapeutisches Problem“, durchgeführt zum 10-jährigen Jubiläum für stationäre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Technischen Universität in München (1994)
  23. Hohage, R.: Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Psychotherapie. Praxis der Psychother. und Psychosom. 27 (1982) 57-64
  24. Holm-Hadulla, R.M.: Die therapeutische Beziehung. Psychotherapeut 45 (2000) 124-136
  25. Huber, D., Henrich, G., von Rad, M.: Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 50 (2000) 147-156
  26. Junge, A., Ahrens, S.: Stationäre psychosomatische Behandlung - Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 46 (1996) 430-437
  27. Kächele, H.: Psychotherapeut/ Psychotherapeutin- Person – Persönlichkeit - Funktion. Psychotherapie 11 (2006), Heft 2, 136-140
  28. Kächele, H., Dahlbender, R.W.: Einmal stationär hin und zurück. Symposiumsvortrag zum Thema „Der Übergang als psychotherapeutisches Problem“, durchgeführt zum 10-jährigen Jubiläum für stationäre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Technischen Universität in München (1994)
  29. Kächele, H., Wolfsteller, H., Hössle, I.: Psychotherapie im Rückblick – Patienten kommentieren ihre Behandlung. Praxis der Psychother. und Psychosom. 30 (1985) 309-317

- 
30. Kisker, K.P., Freyberger, H., Rose, H.K., Wulff, E.(Hrsg.): Psychotherapie – Indikationen und Prognose in der Psychotherapie in: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, 5. Auflage (1991) 130-131
  31. Klußmann, R.: Psychosomatische Medizin, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1992) 2. Auflage, 7,453
  32. König,K.: Der Einfluss des klinisch-psychotherapeutischen Settings auf die konfliktorientierte Behandlungsmotivation der Patienten. Psychother. med. Psychol. 25 (1975) 103-108
  33. Kordy, H.: Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. Psychosom. Med. 38 (1992) 310-324
  34. Krengel, U.: Einführung in die Wahrscheinlichkeitstheorie und Statistik Vieweg Verlag (2003) 7.Auflage
  35. Kubinger, K.D.: Messen in der Psychotherapie. Psychotherapeut 42 (1997) 183-191
  36. Lambert, M.J.: In: Beutler, L.E., C, Crago, M. (Ed.1991): Introduction to Psychotherapy Research. Psychotherapy Research an International Review of Programmatic Studies. American Psychological Ass., Washington (1991)
  37. Luborsky, L.: Helping alliance in psychotherapy In: J.L. Claghorn (ed.): Successful Psychotherapy, Brunner & Marzel, New York, (1976) 92-116
  38. Meizenbach, J., Laniado, S., Döbbel, S., Pöhlmann, K., Joraschky, P.: Wie geht es nach der Behandlung weiter? Befinden und Veränderungen in der Lebenssituation ein Jahr nach stationärer Psychotherapie. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 56 (2006) 96
  39. Merten, J.: Beziehungsregulation in Psychotherapien - Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozess. Verlag W. Kohlhammer (2001)
  40. Möller, H.J., Lauter, H. In: Helmchen, H., Hippus, H. (Hrsg.): Der psychiatrische Liasondienst. Neue Gesichtspunkte bei der stationären und poststationären Versorgung nach Suizidversuch. Psychiatrie für die Praxis 3 (1986), 116-123

- 
41. Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., Solomon, J.: Predicting the outcomes of psychotherapy by the pinn helping alliance rating. *Method. Arch. gen. psychiatry* 39 (1982) 397–402
  42. Mummendey, H.D.: Die Fragebogenmethode. Hogrefe – Verlag Göttingen, (1995) 2. Auflage, 159, 196-197
  43. Neumeier, R.: Ein Patient wechselt die Station - Die Bedeutung für den therapeutischen Prozess innerhalb der stationären Psychotherapie. *Psychosom. Med.* 42 (1996) 139-153
  44. Norusis, M. J.: SPSS/PC + Advanced Statistics 4.0 („Statistical Package for Social Sciences) Chicago (1990) B-146
  45. Orlinsky, D.E., Willutzki, U., Meyerberg, J., Cierpka, M., Buchheim, P., Ambühl, H.: SPR-Collaborative Research Network: Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 46 (1996) 102-110
  46. Puschner, B., Bauer, S., Kraft, S., Kordy, H.: Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. *Psychother. Psych. Med.* 55 (2005) 517-526
  47. Reimer, F.: Der Psychotherapie-Defekt. *Nervenarzt* 46 (1975) 214-215
  48. Rogers, C.R.: Die nicht-direktive Beratung. in: *Die Rogers Therapie*. Kindler Verlag München, Kindler-Studienausgabe, (1972) 83
  49. Rudolf, G.: Die therapeutische Arbeitsbeziehung - Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Springer-Verlag Berlin-Heidenberg, (1991)
  50. Rudolf, G., Grande, T., Porsch, U.: Die Berliner Psychotherapiestudie. *Psychosom. Med.* 34 (1988) 2-18
  51. Rudolf, G., Grande, T., Porsch, U.: Die initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufs. *Psychosom. Med.* 34 (1988) 32-49

- 
52. Rudolf, G., Laszig, P., Henningsen, C.: Dokumentation im Dienste von klinischer Forschung und Qualitätssicherung. *Psychotherapeut* 42 (1997) 145-155
  53. Rudolf, G., Manz, R.: Zur prognostischen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus der Perspektive von Patienten und Therapeuten. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 43 (1993) 193-199
  54. Rüger, U., Senf, W.: Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Psychosom. Med.* 40 (1994) 103-116
  55. Rütth-Behr, B., Papenhausen, R.: Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Psychotherapie – Bericht aus einem Qualitätszirkel. *Psychotherapeut* 47 (2002) 399-403
  56. Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F., Schmid-Ott, G.: Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychosom. Med. Psychother.* 49 (2003) 63-73
  57. Schauenburg, H., Dinger, U., Strack, M.: Zur Bedeutung der Einzeltherapeuten für das Therapieergebnis in der stationären Psychotherapie – eine Pilotstudie, *Psychother. Psych. Med.* 55 (2005) 339-346
  58. Schmeling-Kludas, Ch.: Behandlungszufriedenheit und Kooperation im Krankenhaus und in der Praxis- Einstellungen bei einer Stichprobe internistischer Patienten und ihren behandelnden Ärzten *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 45 (1995) 193-201
  59. Schneider, G., Bursy, D.: Die therapeutische Weitervermittlung von Patienten/innen- Ergebnisse einer katamnesticen Nachuntersuchung. *Psychosom. Med.* 40 (1994) 128-154
  60. Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L., Tetzlaff, M.: Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Der Nervenarzt* 70 (1999) 240-249
  61. Schweickhardt, A., Leta, R., Bauer, J.: Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. *Psychother. Psych. Med.* 55 (2005) 378-385

- 
62. Senf, W., von Rad, M.: Ergebnisforschung in der psychosomatischen Medizin. In: v. Uexküll, Th.: Psychosomatische Medizin. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore (1990) 4.Auflage, 382-399
63. Senf, W., von Rad, M.: Ergebnisforschung in der psychosomatischen Medizin. In: v. Uexküll, Th.: Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore (1986) 3.Auflage, 372-373
64. Sponsel, R.: Psychotherapierichtlinien. (DAS). Aus der Abteilung Materialien. Internet Publikation, Allgemeine und Integrative Psychotherapie. IP-GIPT. Erlangen: [www.sgipt.org/material/ptr.htm](http://www.sgipt.org/material/ptr.htm) (2007)
65. Steffanowski, A., Lichterberg, S., Schmidt, J., Huber, C., Wittmann, W.W., Nübling, R.: Outcome quality of psychosomatic rehabilitation: goal attainment scaling on the basis of a structured catalogue of therapy goals. *Rehabilitation (Stuttgart)* 43 (2004) 219-232
66. Strauß, B.: Das wiederentdeckte ärztliche Gespräch: Konzepte–Evaluation–Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung. *Psychotherapeut* 40 (1995) 39-42
67. Strauß, B., Speidel, H., Seifert, A., Probst, P.: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch- psychotherapeutischen Ambulanz. 1. Rückblickende Bewertung durch die Patienten. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 41(1991) 43-52
68. Trimborn, W., Brodthage, H., Hoffmann, S.O., Stemmer, T.: Die Bearbeitung von Trennung und Entlassung im Rahmen der stationären Psychotherapie in: *Psychotherapie im Krankenhaus* (Hrsg.) Heigl, F., Neun, H.: Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Zürich, (1981) 158-167
69. von Rad, M.: Der Übergang als psychotherapeutisches Problem Eröffnungsvortrag gehalten im Symposium (1994), durchgeführt zum 10-jährigen Jubiläum für stationäre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Technischen Universität in München
70. von Rad, M, Schors, R., Henrich, G.: Stationäre psychoanalytische Psychosomatik. In: Strauß, B., Meyer, A.E. (Hrsg.): *Psychoanalytische Psychosomatik*, Schattauer Verlag, Stuttgart (1994) 152-164

- 
71. von Rad, M., Senf, W., Bräutigam, W.: Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 48 (1998) 88-100

---

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1 Irrtumswahrscheinlichkeit mit Bedeutung und Symbolisierung	13
Tabelle 3-2 Bewertung des Summenscore für die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung	14
Tabelle 4-1 Beurteilung der Beziehung zum stationären Therapeuten aus Patientensicht (N=216)	16
Tabelle 4-2 Beurteilung der erhaltenen Hilfe durch den stationären Therapeuten aus Patientensicht (N=215)	17
Tabelle 4-3 Übersicht der erhaltenen Antworten auf die Fragen, die den Summenscore der Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung ergeben (*Kategorie 1 entspricht 1 Punkt, °Kategorie 2 entspricht 0 Punkte)	20
Tabelle 4-4 Kontaktaufnahme der Patienten während bzw. nach der stationären Therapie zu ambulanten Therapeuten (N=125)	27
Tabelle 4-5 Gegenüberstellung des empfohlenen Therapieverfahrens (N=183), des durchgeführten Therapieverfahrens (N=160) und des durchgeführten Therapieverfahrens entsprechend der Empfehlung (N=85)	29
Tabelle 4-6 Gründe, weshalb Patienten keine Weiterbehandlungsempfehlung zu einer ambulanten Therapie erhalten haben (N=26)	32
Tabelle 4-7 Durchgeführtes Therapieverfahren der Patienten ohne Weiterbehandlungsempfehlung im Vergleich zu allen Patienten, die eine ambulante Therapie durchführten	33
Tabelle 4-8 Beurteilung des Engagements des stationären Therapeuten bei der Vermittlung einer ambulanten Therapie aus Patientensicht (N=168)	35

---

Tabelle 4-9 Beurteilung aus Patientensicht der Veränderung der Beschwerden und Probleme, weshalb der Patient in stationärer Behandlung war, im Vergleich zur Zeit vor der stationären Therapie (N=213)	43
--	----

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1 Übersicht über den Fragebogenrücklauf (N=225)	8
Abbildung 4-1 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten und der Bewertung der Hilfe durch den stationären Therapeuten aus Patientensicht (N=208)	17
Abbildung 4-2 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten und der Bewertung der Hilfe durch die stationäre Therapie (N=85)	19
Abbildung 4-3 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Beziehung zum stationären Therapeuten und der `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´ (N=160)	21
Abbildung 4-4 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Hilfe durch den stationären Therapeuten aus Patientensicht und der `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´(N=141)	22
Abbildung 4-5 Zusammenhang zwischen der Hilfe durch den stationären Therapeuten und der `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ (N=124)	22
Abbildung 4-6 Zusammenhang zwischen dem `Wunsch´ nach ambulanter Therapie beim stationären Therapeuten und der Bewertung der Hilfe durch die stationäre Therapie (N=208)	25
Abbildung 4-7 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Qualität der Therapeut-Patient- Beziehung aus Patientensicht und der `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´ (N=154)	31
Abbildung 4-8 Zusammenhang zwischen der Bewertung der Qualität der Therapeut-Patient- Beziehung aus Patientensicht und der `Therapieakzeptanz im engeren Sinn´ (N=124)	32
Abbildung 4-9 Zusammenhang zwischen der Art der Therapievermittlung des stationären Therapeuten und der `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn´ (N=172)	35

---

Abbildung 4-10 Zusammenhang zwischen der Beratung durch den stationären Therapeuten und der `Therapieakzeptanz im weiteren Sinn` (N=177)	37
Abbildung 4-11 Zusammenhang zwischen der Berücksichtigung der `Patientenwünsche` in der Beratung bzgl. einer ambulanten Therapie und der Bewertung der Hilfe durch die sich an die stationäre Therapie anschließende ambulante Therapie (N=133)	39
Abbildung 4-12 Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Motivation des Patienten zu Beginn der stationären Therapie aus <i>Therapeutesicht</i> und Bewertung der Hilfe durch den stationären Therapeuten aus <i>Patientensicht</i> (N=207)	40
Abbildung 4-13 Zusammenhang zwischen der Motivation des Patienten beurteilt durch den Therapeuten zum stationären Therapiebeginn und der `Therapieakzeptanz im engeren Sinn` (N=125)	42

## Anhang

### Anhang 1 - Fragebogen zum stationär-ambulanten Übergang

Code-Nummer:

Datum:

Geburtsdatum:

#### Fragen zum "stationär-ambulanten Übergang"

Im folgenden finden Sie einige Fragen, die sich auf Ihren stationären Aufenthalt in der Psychosomatischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München Bogenhausen und die Zeit nach Ihrer Entlassung beziehen. Oft erscheint uns Therapeuten eine ambulante Weiterführung der Behandlung nach einer stationären Therapie sinnvoll und wir besprechen dann mit den Patienten die Möglichkeiten einer Weitervermittlung in eine nachfolgende ambulante Psychotherapie. Wir würden heute gerne wissen, wie das bei Ihnen war, ob Sie eine ambulante Therapie gemacht haben und wie es Ihnen damit ergangen ist. Sie als ehemalige(r) Patient/in können uns am besten helfen, bei unserer Empfehlung einer Weiterbehandlung noch einiges dazu zu lernen. Durch die Beantwortung der Fragen tragen Sie wesentlich dazu bei, die psychotherapeutische Betreuung unserer Patienten/innen zu verbessern.

Je nachdem ob Sie eine Weiterbehandlung machen oder nicht werden unterschiedliche Fragen für Sie wichtig sein. Manche können Sie dann übergehen, so daß der Fragebogen schneller zu beantworten ist, als es auf den ersten Blick erscheint. Bitte überspringen Sie Fragen aber nur, wenn Sie von uns einen Hinweis dazu finden, wo Sie weitermachen sollen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

1. Was haben Sie nach Ihrer Entlassung aus der Psychomatischen Abteilung des Krankenhauses München Bogenhausen bezüglich einer **ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung** zunächst gemacht?

(Mehrere Angaben möglich.)

- Erst einmal wollte ich abwarten, wie es mir ohne eine psychotherapeutische Behandlung geht.
- Zunächst habe ich noch überlegt und Rat von anderen eingeholt.
- Zunächst war ich unentschieden, ich wußte nicht recht, was ich machen sollte.
- Ich habe gleich Kontakt zu einem von der Klinik empfohlenen Psychotherapeuten aufgenommen.  
Das war  Wochen nach der Entlassung. (Bitte Wochenzahl einsetzen)
- Ich habe Kontakt zu einem anderen als dem empfohlenen Therapeuten aufgenommen.  
Das war  Wochen nach der Entlassung. (Bitte Wochenzahl einsetzen)
- Ich habe Kontakt zu mehreren ambulanten Psychotherapeuten aufgenommen.
- Ich habe den Kontakt zu einem ambulanten Psychotherapeuten bereits während der stationären Behandlung aufgenommen.
- Ich habe Kontakt zu meinem vorbehandelnden Psychotherapeuten aufgenommen, da ich mich schon vor der stationären Psychotherapie in Behandlung befand.
- Ich habe nichts hinsichtlich einer ambulanten Weiterbehandlung unternommen.
- Sonstiges.....

2. Haben Sie nach der Entlassung eine **ambulante Psychotherapie** gemacht?

- Ja     Nein    **Wenn Nein, bitte weiter bei Frage 3.1.**

2.1. Wieviele Wochen nach der Entlassung haben Sie diese ambulante Psychotherapie begonnen?

Anzahl der Wochen

2.2. Geschlecht des ambulanten Therapeuten?

- männlich     weiblich

**2.3. Anzahl der Behandlungsstunden pro Woche?**

- weniger als 14-tägig
- 14-tägig
- einmal pro Woche
- zweimal pro Woche
- drei- oder mehrmal pro Woche

**2.4. Wie wird (wurde) diese Therapie durchgeführt?**

- im Sitzen                       im Liegen
- Einzeltherapie                 Gruppentherapie

**2.5. Wie wurde diese Therapieform von Ihrem Therapeuten bezeichnet?  
(Mehrere Angaben möglich.)**

- Psychoanalyse
- Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Familien- oder Paartherapie
- Gruppentherapie
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Gestaltungstherapie
- Beratungsgespräche
- Entspannungsverfahren
- Sonstiges Wenn ja, was?.....
- Mein Therapeut hat die Therapieform nicht näher bezeichnet.
- Kann ich nicht einordnen.

**2.6. War Ihnen diese ambulante Psychotherapieform während des stationären Aufenthaltes empfohlen worden?**

- Ja                       Nein                       Weiß ich nicht mehr

2.7. Wie lange sind (waren) Sie in dieser ambulanten Psychotherapie?

Anzahl der Wochen

2.8. Finden Sie im nachhinein Ihre Entscheidung diese ambulante Psychotherapie gemacht zu haben richtig?

sehr richtig    richtig    unklar    falsch    sehr falsch

2.9. Befinden Sie sich heute noch in dieser ambulanten Psychotherapie?

- Ja  
 Nein, ich habe abgeschlossen.  
 Nein, ich habe abgebrochen und keine ambulante Psychotherapie mehr begonnen.  
 Nein, ich habe zu einer anderen ambulanten Psychotherapie gewechselt.

2.10. Wie hat Ihnen die ambulante psychotherapeutische Behandlung insgesamt geholfen? (aus Ihrer heutigen Sicht)

sehr    ziemlich    etwas    nicht    geschadet

2.11. Würden Sie einem Freund mit ähnlichen Problemen eine ambulante Psychotherapie empfehlen?

- Ja, und zwar die gleiche Therapieform beim gleichen Therapeuten.  
 Ja, und zwar die gleiche Therapieform bei einem anderen Therapeuten.  
 Ja, aber eine andere Therapieform.  
 Nein.

**Bitte weiter bei Frage 4.1.**

**3.1. Wenn Sie seit Ihrer Entlassung keine ambulante Psychotherapie gemacht haben, was war Ihrer Meinung nach der Grund dafür? (Mehrere Angaben möglich.)**

- Nach der Entlassung habe ich keine Weiterbehandlung mehr gebraucht, weil es mir gutging.

- Nach der Entlassung hatte ich genug von psychotherapeutischer Behandlung.
- Die empfohlenen Therapeuten haben mir nicht gefallen.
- Ich fühlte mich bezüglich einer Weiterbehandlung schlecht beraten.
- Mein stationärer Einzeltherapeut riet mir davon ab.
- In meiner erreichbaren Umgebung war kein ambulanter Psychotherapeut verfügbar.
- Sonstiges.....

### 3.2. Hätten Sie in der Zwischenzeit gerne eine ambulante Psychotherapie?

- Ja, ich hätte gerne eine.
- Nein, es geht mir gut.
- Nein, obwohl es mir schlecht geht.

### 4.1. Fühlten Sie sich von Ihrer sozialen Umgebung bei der **Entscheidung** für - oder gegen - eine ambulante Psychotherapie **unterstützt**?

- Partner/Familie:     ja             nein
- Freunde:             ja             nein
- Kollegen:            ja             nein

### 4.2. Gab es in Ihrer sozialen Umgebung positive oder negative Erfahrung mit ambulanter Psychotherapie?

- Partner/Familie:     nein             positiv         negativ
- Freunde :             nein             positiv         negativ
- Kollegen:             nein             positiv         negativ

### 5. War Ihnen - unabhängig davon, ob Sie eine Psychotherapie gemacht haben oder nicht - eine **ambulante Psychotherapie empfohlen** worden?

- Ja                     Nein                    **Falls Nein, bitte weiter bei Frage 8.1.**

**6.. Welche ambulante Psychotherapie wurde Ihnen empfohlen?****6.1. Wie wurde diese Therapieform von Ihrem Therapeuten bezeichnet?**

(Mehrere Angaben möglich.)

- Psychoanalyse
- Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Familien- oder Paartherapie
- Gruppentherapie
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Gestaltungstherapie
- Beratungsgespräche
- Entspannungsverfahren
- Sonstiges Wenn ja, was?.....
- Mein Therapeut hat die Therapieform nicht näher bezeichnet.
- Kann ich nicht einordnen.

**6.2. War Ihnen die empfohlene Psychotherapieform bereits persönlich bekannt?**

- Ja, aus dem stationären Aufenthalt.
- Ja, aus früherer ambulanter Therapieerfahrung.
- Nein.

**7. Wie sah die Weiterbehandlungsempfehlung im einzelnen aus?****7.1. Kam der Anstoß für die ambulante Psychotherapie eher von Ihnen oder eher vom stationären Einzeltherapeuten?**

- Wurde zuerst von mir angesprochen.
- Wurde zuerst vom Therapeuten angesprochen.
- Kann man nicht trennen, war gleichzeitig.
- Weiß ich nicht mehr.

7.2. Hatten Sie den Eindruck, daß Sie ausführlich genug mit dem stationären Einzeltherapeuten über eine ambulante Psychotherapie gesprochen hatten?

Ja  Nein

7.3. Hatten Sie den Eindruck, daß Ihre Interessen und Bedürfnisse bezüglich einer ambulanten Psychotherapie vom stationären Einzeltherapeuten berücksichtigt worden sind?

Ja  Nein

7.4. Wurde Ihnen ein bestimmter ambulanter Psychotherapeut empfohlen?

Ja, einer.  Ja, mehrere.  Nein.

7.5. Hat Ihr stationärer Einzeltherapeut Kontakt zu dem ambulanten Psychotherapeuten aufgenommen?

- Ja.  
 Nein, mir wurde die Adresse vermittelt.  
 Nein, mir wurde nur generell die Durchführung einer Psychotherapie nahegelegt.

7.6. Hatten Sie den Eindruck, daß Ihr stationärer Einzeltherapeut den ambulanten Psychotherapeuten persönlich kannte?

Ja  Nein

7.7. Glauben Sie rückblickend, daß sich Ihr stationärer Einzeltherapeut bei der Vermittlung einer ambulanten Psychotherapie Mühe gegeben hat?

Ja  Weiß nicht  Nein

7.8. Hat ein anderer als der stationäre Einzeltherapeut Ihnen eine ambulante Psychotherapie empfohlen?

- Ja       Nein

**Bitte weiter bei Frage 9**

8.1. Wenn Ihnen **keine ambulante Psychotherapie empfohlen** wurde, was waren Ihrer Meinung nach die Gründe? (Mehrere Angaben möglich.)

- Ich hielt mich durch die stationäre Psychotherapie für ausreichend behandelt.  
 Mein stationärer Einzeltherapeut meinte, daß ich ausreichend behandelt sei.  
 In meinem erreichbaren Umfeld ist keine ambulante Psychotherapie verfügbar.  
 Ich habe keine ambulante Weiterbehandlung gewünscht.  
 Mein Therapeut schien mir nicht genügend interessiert, ich hatte den Eindruck er riet mir deshalb von einer ambulanten Weiterbehandlung ab.  
 Ich befand mich bereits in laufender Psychotherapie in die ich zurückging.  
 Es wurde eine stationäre Wiederaufnahme in der Psychosomatischen Abteilung Bogenhausen vereinbart.  
 Sonstiges.....

8.2. Fühlten Sie sich über das Für und Wider einer ambulanten Weiterbehandlung und möglicher therapeutischer Alternativen ausreichend informiert?

- Ja       Nein

9. Befanden Sie sich vor dem stationären Aufenthalt in Bogenhausen in einer **laufenden ambulanten Psychotherapie**?

- Ja, bereits laufende Behandlung.  
 Ja, Behandlung war vereinbart, aber noch nicht begonnen.  
 Nein.      **Falls Nein, bitte weiter bei Frage 10**

9.1. Wie wurde diese Therapieform von Ihrem Therapeuten bezeichnet?  
(Mehrere Angaben möglich.)

- Psychoanalyse
- Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Familien- oder Paartherapie
- Gruppentherapie
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Gestaltungstherapie
- Beratungsgespräche
- Entspannungsverfahren
- Sonstiges Wenn ja, was?.....
- Mein Therapeut hat die Therapieform nicht näher bezeichnet.
- Kann ich nicht einordnen.

9.2. Haben Sie nach dem stationären Aufenthalt in Bogenhausen diese ambulante Psychotherapie fortgesetzt ?

- Ja       Nein

9.3. War diese Entscheidung (Fortsetzung oder Wechsel der Vorbehandlung) Ihr Wunsch oder der Vorschlag Ihres stationären Einzeltherapeuten?

- mein Wunsch
- Vorschlag des Therapeuten
- wir waren der gleichen Meinung

9.4. Würden Sie heute die gleiche Entscheidung treffen?

- Ja       Nein

**10. Wir möchten Ihnen nun einige Fragen stellen, die sich auf Ihren stationären Einzeltherapeuten bzw. Ihre Beziehung zu ihm/ihr beziehen:**

10.1. Geschlecht Ihres stationären Einzeltherapeuten?

männlich                       weiblich

10.2. Wie war damals Ihre Beziehung zu dem stationären Einzeltherapeuten?

sehr gut     gut     teils teils     schlecht     sehr schlecht

10.3. War ein anderer als Ihr stationärer Einzeltherapeut Ihr wichtigster Ansprechpartner auf Station?

Ja                       Nein

Wenn ja, wer?

- Gruppentherapeut
- Konzentrativer Bewegungstherapeut
- Gestaltungstherapeut
- Körperarzt
- Mitarbeiter des Pflegepersonals
- Oberarzt
- Chefarzt
- Sonstige.....

10.4. Wie hilfreich war aus Ihrer heutigen Sicht Ihr stationärer Einzeltherapeut?

sehr hilfreich     ziemlich     teils teils     kaum     gar nicht

10.5. Haben Sie nach Ihrer Entlassung noch Kontakt aus eigenem Interesse zu einem Ihrer stationären Therapeuten gehabt?

Ja                       Nein

Wenn ja, zu welchem?

- Einzeltherapeut
- Gruppentherapeut
- Konzentrativer Bewegungstherapeut

- Gestaltungstherapeut
- Körperarzt
- Mitarbeiter des Pflegepersonals
- Oberarzt
- Chef
- Sonstige.....

Wenn ja, aus welchem Anlaß?

- Ich brauchte noch eine Bescheinigung.
- Ich wollte von mir erzählen.
- Ich brauchte Hilfe in einer schwierigen Situation.
- Ich wollte eine (neue) Weiterbehandlungsempfehlung.

In welcher Form haben Sie den Kontakt aufgenommen?

- schriftlich     telefonisch     persönlicher Besuch

Wenn ja, war dieser Kontakt im nachhinein gesehen hilfreich?

- sehr hilfreich     ziemlich     teils teils     kaum     gar nicht

10.6. Wenn Sie keinen Kontakt mehr aufgenommen haben, haben Sie dennoch darüber **nachgedacht**, Kontakt zu Ihrem stationären Einzeltherapeuten aufzunehmen?

- Ja     Nein

10.7. Haben Sie nach Ihrer Entlassung überhaupt noch an Ihren stationären Einzeltherapeuten gedacht?

- Ja     Nein

10.8. Haben Sie nach der Entlassung von Ihrem stationären Einzeltherapeuten geträumt?

- Ja     Nein

10.9. Waren Ihre Erfahrungen mit dem stationären Einzeltherapeuten etwas, das Sie auch später immer wieder in sich wachrufen konnten?

Ja       Nein

10.10. Hatten Sie erwogen, bei Ihrem stationären Einzeltherapeuten eine ambulante Psychotherapie zu machen?

Ja       Nein

10.11. Haben Sie darüber mit Ihrem stationären Einzeltherapeuten gesprochen?

Ja       Nein

10.12. Ist eine ambulante Psychotherapie bei Ihrem stationären Einzeltherapeuten zustande gekommen?

Ja       Nein

10.13. Waren Sie enttäuscht, daß eine ambulante Therapie bei ihrem stationären Einzeltherapeuten nicht möglich war?

Ja       Nein

10.14. Haben Sie nach der Entlassung Gefühle der Verlassenheit empfunden, wenn Sie an Ihren stationären Einzeltherapeuten dachten?

Ja       Nein

10.15. Haben Sie nach der Entlassung den Eindruck gehabt, daß Sie Ihren stationären Einzeltherapeuten zu positiv gesehen haben?

Ja       Nein

10.16. War in Ihrer ambulanten Psychotherapie der stationäre Einzeltherapeut noch Thema?

Ja       Nein

**11. Jetzt haben wir noch einige Fragen zu Ihrem Aufenthalt in der Abteilung für Psychosomatische Medizin:**

11.1. Haben Sie die stationäre Behandlung vorzeitig beendet (abgebrochen)?

Ja       Nein, aber daran gedacht       Nein

11.2. Hatten Sie den Eindruck, daß Ihr stationärer Einzeltherapeut die Behandlung vorzeitig beendet hat?

Ja       Nein

11.3. Falls Sie vorzeitig beendet haben, was war Ihrer Meinung nach der Grund dafür? (Mehrere Angaben möglich.)

- Ich habe mich nicht verstanden gefühlt.
- Ich war enttäuscht von der Behandlung.
- Ich hatte den Eindruck es hilft nichts.
- Ich habe mich zu sehr bedrängt gefühlt.
- Ich hatte außerhalb der Klinik Probleme durch die Behandlung bekommen.
- Sonstiges.....

11.4. Haben Sie nach der Entlassung die Abteilung für Psychosomatische Medizin noch besucht?

Ja       Nein

Wenn ja, wie oft?

Anzahl

Wenn ja, was wollten Sie dort noch einmal finden? (Mehrere Angaben möglich.)

- Therapeuten
- Patienten
- Angehörige des Pflegepersonals
- Räumlichkeiten

11.5. Wenn es Ihnen einmal nicht so gut geht, haben Sie dann gedacht, daß Sie wieder in die Abteilung für Psychosomatische Medizin gehen können?

- Ja       Nein

11.6. Haben Sie nach der Entlassung anderen von Ihrem Aufenthalt in der Abteilung für Psychosomatische Medizin erzählt?

- Ja       Nein

11.7. Haben Sie nach Ihrer Entlassung von der Abteilung für Psychosomatische Medizin geträumt?

- Ja       Nein

11.8. Würden Sie einem Freund mit ähnlichen Problemen heute einen Aufenthalt in der Psychosomatischen Abteilung empfehlen?

- Ja       Nein

12. Möchten Sie aus Ihrer Sicht noch Vorschläge zur Art unserer Weiterbehandlung machen?

.....

.....

.....

.....

.....

**Einige Fragen zu Ihrem Befinden**

1. Wie hat Ihnen die stationäre psychotherapeutische Behandlung insgesamt geholfen?  
(aus Ihrer heutigen Sicht)

sehr       ziemlich       etwas       nicht       geschadet

2. Wie oft waren Sie seit Ihrer Entlassung aus der Psychosomatischen Abteilung in Bogenhausen erneut in stationärer psychotherapeutischer Behandlung?  mal

Welche Einrichtung?.....

3. Wie oft haben Sie seit Ihrer Entlassung, d.h. in den letzten zwei Jahren ambulant einen Allgemeinarzt oder Facharzt konsultiert?

0 mal       1-4 mal       5-10 mal       11-20 mal       mehr als 20 mal

4. Bei wieviel verschiedenen Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Heilkundigen waren Sie **in den letzten zwei Jahren** insgesamt?

0-2 mal       3-5 mal       6-8 mal       mehr als 8 mal

5. Als Sie zu uns kamen, klagten Sie über eine Reihe von Beschwerden und Probleme. Wie geht es Ihnen heute damit?

sehr gut       gut       teils teils       schlecht       sehr schlecht

6. Wie haben sich Ihre Beschwerden und Probleme, deretwegen Sie sich in stationäre Behandlung begeben haben im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Behandlung verändert?

sehr gebessert       gebessert       gleich geblieben       verschlechtert

7. Wie hat sich seit der Entlassung Ihre Lebenssituation verändert?

sehr gebessert       gebessert       gleich geblieben       verschlechtert

8. Leben Sie derzeit in einer stabilen Partnerschaft, Ehe oder Familie?

Ja  Nein

9. Wie geht es Ihnen insgesamt in dieser Partnerschaft, Ehe oder Familie?

sehr gut  gut  teils teils  schlecht  sehr schlecht

10. Haben Sie einen Menschen, mit dem Sie sich über persönliche Probleme und Erlebnisse austauschen können?

sehr häufig  häufig  manchmal  selten  nie

11. Wie oft fühlen Sie sich einsam und alleingelassen?

sehr häufig  häufig  manchmal  selten  nie

12. Haben Sie gemeinsame Aktivitäten mit Freunden und Bekannten, die Ihnen Freude machen?

sehr häufig  häufig  manchmal  selten  nie

13. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- voll berufstätig  
 teilzeitbeschäftigt  
 arbeitslos/ohne Beschäftigung  
 Sonstiges.....

14. Wie geht es Ihnen insgesamt mit Ihrer beruflichen Situation?

sehr gut  gut  teils teils  schlecht  sehr schlecht

15. Uns interessiert noch, wie Sie sich in der Zusammenarbeit mit anderen am Arbeitsplatz fühlen.

sehr gut  gut  teils teils  schlecht  sehr schlecht

## Anhang 2 - Fragebogen zur Basisdokumentation für Patienten

Städtisches Krankenhaus München Bogenhausen  
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

PSYCHODOK

### Patientenfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Für die Planung Ihrer Behandlung und die Untersuchung günstiger Behandlungsbedingungen benötigen wir von Ihnen einige Informationen für unsere Unterlagen. Auch wenn jeder Mensch anders ist, so können doch gemeinsame Grundzüge für zukünftige Behandlungen gefunden werden. Es ist für uns deshalb wichtig, daß Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig ausfüllen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Bitte machen Sie jeweils ein Kreuz oder eine Eintragung in das zutreffende Antwortkästchen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

- ledig  
 verheiratet  
 geschieden/getrenntlebend  
 verwitwet

2. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

- kein fester Partner  
 fester Partner

3. Wieviele Kinder haben Sie?

- Anzahl der Kinder  
 Anzahl der in Ihrem Haushalt lebenden Kinder

4. Welche Konfession haben Sie?

- katholisch  
 evangelisch  
 andere  
 keine

5. Sind Sie bewußt religiös?

- ja  
 nein

6. Welchen Schulabschluß haben Sie?

- Hauptschulabschluß  
 qualifizierter Hauptschulabschluß  
 Realschulabschluß, Mittlere Reife  
 Abitur  
 Hochschul-, Fachhochschulabschluß  
 kein Schulabschluß  
 sonstiges

7. In welcher Stellung haben Sie zuletzt gearbeitet?

- Arbeiter(in)  
 Facharbeiter(in)  
 einfache(r) Angestellte(r)/Beamte(r)  
 mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)  
 höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)  
 Selbständig ohne bezahlte Beschäftigte  
 Selbständig mit bezahlten Beschäftigten  
 Auszubildende(r)  
 Schüler(in)/Student(in)  
 Hausfrau/Hausmann  
 Rentner(in)/Pensionär(in)  
 sonstiges

8. Wie waren Sie vor der Klinikaufnahme beschäftigt?

- voll berufstätig  
 teilzeitbeschäftigt  
 arbeitslos/ohne Beschäftigung  
 sonstiges

9. Falls Sie arbeitslos sind: seit wievielen Wochen?

seit  Wochen

10. Wohnen Sie bei Ihren Eltern?

- ja  
 nein

11. Falls Sie schon vor der Klinikaufnahme krankgeschrieben waren: Seit wieviel Wochen ist das der Fall?

Wochen

12. Wie lange waren Sie in den letzten zwei Jahren insgesamt krankgeschrieben?

Wochen

13. Wie oft waren Sie in den letzten fünf Jahren im Krankenhaus oder zur Kur?

- mal  
 mal davon in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Klinik

14. Wieviele Wochen waren Sie in den letzten fünf Jahren insgesamt im Krankenhaus oder einer Klinik?

Wochen

Uns interessiert, wie oft Sie in den letzten zwei Jahren beim Arzt, Psychotherapeuten oder Heilpraktiker waren. Bitte schätzen Sie die ungefähre Zahl Ihrer Besuche für die untenstehenden verschiedenen Ärzte ein.

15. Psychotherapeut, Psychologe, Psychiater, psychologische Beratungsstellen (in den letzten zwei Jahren) :

- 0 mal  
 1 bis 4 mal  
 5 bis 10 mal  
 11 bis 20 mal  
 mehr als 20 mal

16. Allgemeinärzte und Fachärzte (in den letzten zwei Jahren) :

- 0 mal  
 1 bis 4 mal  
 5 bis 10 mal  
 11 bis 20 mal  
 mehr als 20 mal

17. Heilpraktiker, Akupunkteur, Naturheilkundler u.ä. (in den letzten zwei Jahren) :

- 0 mal  
 1 bis 4 mal  
 5 bis 10 mal  
 mehr als 10 mal

18. Bei wieviel verschiedenen Ärzten, Psychotherapeuten und anderen Heilkundigen waren Sie insgesamt in den letzten zwei Jahren?

- 0 bis 2  
 3 bis 5  
 6 bis 8  
 mehr als 8

19. Bitte beschreiben Sie in Stichworten Ihre Hauptbeschwerden und -probleme und geben Sie bitte an, seit wann sie bestehen und wie stark sie sind. Sie können die Stärke abstimmen zwischen den Werten von 1 bis 4, wobei 1 = wenig Beschwerden, 4 = sehr starke Beschwerden meint.

**Beschwerden/Probleme:****Stärke des Problems:**

- |    | Das Problem besteht seit: |                          | Stärke des Problems:           |
|----|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
|    |                           | wenig                    | mittel-<br>mäßig ziemlich sehr |
| 1. | _____                     | <input type="checkbox"/> | 1-----2-----3-----4            |
|    | _____                     |                          |                                |
| 2. | _____                     | <input type="checkbox"/> | 1-----2-----3-----4            |
|    | _____                     |                          |                                |
| 3. | _____                     | <input type="checkbox"/> | 1-----2-----3-----4            |
|    | _____                     |                          |                                |

20. Was erhoffen Sie sich von der Behandlung, welche Ziele möchten Sie erreichen?

1. Ziel

---



---

2. Ziel

---



---

3. Ziel

---



---

**Anhang 3 – Fragebogen zur Basisdokumentation für Therapeuten**

Städtisches Krankenhaus München Bogenhausen Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		<b>PSYCHODOK</b>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Psychotherapeutin Psychotherapeut</b> </div>		Name, Vorname d. Patienten/in: _____
<b>A. Aufnahme</b>		
1. Psychische Diagnosen <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>		
1. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> Hauptdiagnose	⇒	2. Niveau Persönlichkeitsorganism. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
2. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>		<input type="checkbox"/> hoch ("neurotisch") <input type="checkbox"/> mittel ("Frühstörung") <input type="checkbox"/> niedrig ("Borderline") <input type="checkbox"/> nicht zu entscheiden
3. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>		
4. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>		
5. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>		
3. Einweisung durch <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>		4. Motivation des Patienten <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
<input type="checkbox"/> Patient selbst <input type="checkbox"/> Angehörige, Freunde <input type="checkbox"/> niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> niedergelassener Therapeut <input type="checkbox"/> Längerstr. <input type="checkbox"/> Konsiliardienst Bogenhausen <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung <input type="checkbox"/> sonstiges		1-----2-----3-----4-----5 keine wenig mittel ziemlich sehr
5. Aufnahme aus Psychotherapie <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>		6. Aufnahmegrund Suizidversuch <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Therapieziele (Therapeut/in) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>		
1. _____ 2. _____ 3. _____		
<b>B. Verlauf</b>		
8. Ereignisse während der Therapie <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>		
<input type="checkbox"/> Therapeutenwechsel <input type="checkbox"/> Tod einer Bezugsperson <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> dramatische Erkrankung/Komplikation <input type="checkbox"/> Trennung vom Partner		<input type="checkbox"/> neue Partnerschaft <input type="checkbox"/> Verlust des Arbeitsplatzes <input type="checkbox"/> Rentenbegehren, -antrag <input type="checkbox"/> sonstiges
© KMD-Abt. Psychosomatik 89		

## 9. Therapeutische Maßnahmen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> analytische Einzeltherapie | <input type="checkbox"/> Familientherapie         |
| <input type="checkbox"/> geschlossene Gruppe        | <input type="checkbox"/> Sozialarbeit             |
| <input type="checkbox"/> offene Gruppe              | <input type="checkbox"/> Schwesterngespräche      |
| <input type="checkbox"/> Eßgruppe                   | <input type="checkbox"/> Angstexpositionstraining |
| <input type="checkbox"/> Milieu-Gruppe (Borderline) | <input type="checkbox"/> Sportgruppe              |
| <input type="checkbox"/> Chefvostellung             | <input type="checkbox"/> Schwimmen                |
| <input type="checkbox"/> KBT - Einzel               | <input type="checkbox"/> Frühgymnastik            |
| <input type="checkbox"/> KBT - Gruppe               | <input type="checkbox"/> Musiktherapie            |
| <input type="checkbox"/> Gestaltung - Einzel        | <input type="checkbox"/> Feldenkrais              |
| <input type="checkbox"/> Gestaltung - Gruppe        | <input type="checkbox"/> Ergotherapie             |
| <input type="checkbox"/> Partnergespräche           | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik         |
|   | <input type="checkbox"/> sonstiges                |

## C. Abschluß

## 10. Art der Beendigung

- reguläre Beendigung  
 vorzeitig durch Patient (Abbruch)  
 vorzeitig durch Therapeuten  
 Verlegung  
 sonstiges

## 11. Arbeitsfähigkeit

- ja  
 nein  
 fraglich

## 12. Therapieziele (wie erreicht?)

	0%	25%	50%	75%	100%
	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1. Ziel	0-----1-----2-----3-----4				
2. Ziel	0-----1-----2-----3-----4				
3. Ziel	0-----1-----2-----3-----4				

## 13. Behandlungsergebnis

- sehr geholfen  
 ziemlich geholfen  
 etwas geholfen  
 nicht geholfen  
 geschadet

## 14. Weiterbehandlungsempfehlung

- keine Weiterbehandlungsempfehlung  
 im Gespräch empfohlen  
 Adressenvermittlung  
 persönliche Vermittlung  
 Kontaktaufnahme d.Pat. während Therapie

## 16. Weiterbehandlung empfohlen bei

- vereinbarte Wiederaufnahme  
 psychiatrische Klinik  
 psychotherap./psychosomat. Klinik  
 sozialpsychiatrischer Dienst  
 Arzt für Psychiatrie/Neurologie  
 anderer niedergelassener Arzt  
 Langerstraße  
 vorbehandelnder Psychotherapeut  
 neuer Psychotherapeut (Einzel)  
 neuer Psychotherapeut (Gruppe)  
 therapeutische Wohngemeinschaft  
 sonstige

## 15. Falls keine Weiterbehandl.empf.:

- keine Weiterbehandlung erforderlich  
 Patient lehnt Weiterbehandlung ab  
 keine Vermittlungsmöglichkeit

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

## Anhang 4 – Erstes Anschreiben zum Fragebogen

Abteilung für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie.  
Städtisches Krankenhaus München-Harlaching  
Chefarzt: Prof. Dr. M. v. Rad  
Sanatoriumsplatz 2, 0-8000 München 90  
Telefon (089) 64 24 35 – 226

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,  
Psychotherapie und Medizinische Psychologie  
Technische Universität München  
Direktor: Prof. Dr. M. v. Rad  
Langerstraße 3, 8000 München 80  
Telefon (089) 41404313

Im Laufe des Jahres 1991 waren Sie in unserer Psychosomatischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Bogenhausen - die Abteilung ist mittlerweile in, das Städtische Krankenhaus Harlaching umgezogen - in stationärer Behandlung. Sie werden sich vielleicht daran erinnern, dass am Ende Ihres stationären Aufenthalts mit Ihnen darüber gesprochen wurde, ob eine ambulante Weiterbehandlung für Sie sinnvoll erscheint und wie diese aussehen könnte. Heute würden wir gern wissen, ob unsere damalige Empfehlung auch aus Ihrer Sicht sinnvoll war, und welche Erfahrung Sie damit gemacht haben. Als stationäre Psychotherapeuten sind wir sehr daran interessiert, unser therapeutisches Vorgehen zu verbessern, um unseren Patienten noch besser helfen zu können. Dazu brauchen wir vor allem die Mithilfe unserer ehemaligen Patientinnen und Patienten - also Ihre Unterstützung.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen auch aus, wenn Sie keine Empfehlung für eine Weiterbehandlung bekommen oder keine ambulante Psychotherapie gemacht haben. Ersrecken Sie bitte nicht über den Umfang, manche Fragen gelten nicht für Sie, sodaß Sie sie übergehen können. Dadurch geht das Beantworten viel schneller als Sie denken.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen für uns haben, würden wir uns über Ihren Anruf freuen. Wir haben dazu eine Telefonsprechstunde für Sie eingerichtet. Es stehen Ihnen zwei Mitarbeiter des Projektes, *Frau Kottonau und Herr Bartmuß*, unter der Nummer 4140-4308 am Donnerstag, 25.11. und Freitag, 26.11., sowie am 02.12. und am 10.12. jeweils von 12.00h bis 18.00h zur Verfügung. Sie können aber auch zwischendurch unter 4140-4319 (*Frau Dr. Huber*) anrufen. Selbstverständlich unterliegen wir alle der Schweigepflicht und werden Ihre Daten streng vertraulich behandeln. Wir hoffen, Ihnen mit unseren Fragen nicht zuviel Mühe zu bereiten und wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den Fragebogen in der nächsten Woche beantworten und an uns zurücksenden könnten. Mit herzlichem Dank für Ihre Mitarbeit und freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Michael von Rad



Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber

## Anhang 5 – Erstes Erinnerungsschreiben

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie  
und med. Psychologie der Technischen Universität München  
Klinikum rechts der Isar

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. M. von Rad

Institut und Poliklinik der Technischen Universität München  
Langerstraße 3 . 81675 München

Briefanschrift:  
81664 München  
Dir. Sekretariat 41 40-43 11  
Ambulanz Sekretariat 41 40-43 13  
Telefax 41805-145

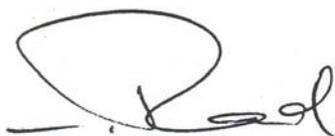
Sehr geehrter.....!

Wir hatten Sie vor drei Wochen im Rahmen, einer Studie angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Bis jetzt sind schon viele Fragebögen ausgefüllt bei uns eingegangen, was uns sehr freut. Um aber ein wirklich vollständiges Bild für die Überprüfung und Verbesserung unserer Arbeit mit den zukünftigen Patienten zu erzielen, brauchen wir möglichst die Angaben aller unserer ehemaligen Patientinnen und Patienten. Insofern sind wir auch auf Sie angewiesen und möchten Sie deshalb freundlich bitten, uns Ihren Fragebogen in der nächsten Wochen zurückzusenden. Wenn Sie möchten teilen Sie uns gerne auch Ihre Meinung und Kritik mit.

Falls Sie Ihren Fragebogen verlegt haben sollten, geben Sie uns bitte Bescheid (Tel. 4140-4319 Frau Dr. Huber), damit wir Ihnen einen neuen zusenden können.

Wir hoffen auf Ihre baldige Rückantwort und vergessen Sie bitte nicht, daß Sie durch Ihre Mühe uns und unseren zukünftigen Patienten sehr weiterhelfen können.

Mit freundlichen Grüßen und herzlichem Dank



Prof. Dr. med. M. von Rad



Dr.med.Dr.phil. D. Huber

---

## Anhang 6 – Zweites Erinnerungsschreiben

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie  
und med. Psychologie der Technischen Universität München  
Klinikum rechts der Isar

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. M. von Rad

Institut und Poliklinik der Technischen Universität München  
Langerstraße 3 . 81675 München

Briefanschrift:  
81664 München  
Dir. Sekretariat 41 40-43 11  
Ambulanz Sekretariat 41 40-43 13  
Telefax 41805-145

Sehr geehrte/r.....

vor zehn Wochen wurde Ihnen von uns ein Fragebogen zugesandt, bei dem es um Ihren Krankenhausaufenthalt in der Psychosomatischen Abteilung des Krankenhauses Bogenhausens ging. Bei uns traf die Mehrzahl der Fragebögen ein. Darüber sind wir sehr erfreut.

Wir möchten auch Sie noch einmal ermutigen, Ihre Meinung und Ihre Erfahrungen an uns weiterzugeben. Deshalb wenden wir uns jetzt auf dem schriftlichen Weg an Sie, da wir Sie telefonisch leider nicht erreichen konnten. Wir bitten unsere Hartnäckigkeit zu entschuldigen, aber uns ist an jeder, wie auch immer gearteten Meinung sehr gelegen.

Wenn Sie statt des schriftlichen den persönlichen Kontakt bevorzugen, sind wir gerne bereit mit Ihnen einen Termin für ein Gespräch zu vereinbaren.

Für Rückfragen steht Ihnen Frau Dr. Huber vormittags unter der Rufnummer 4140-4319 zur Verfügung. Falls Sie es bevorzugen, von uns angerufen zu werden, schicken Sie uns bitte kurz Ihre Telefonnummer. Falls Sie Ihren Fragebogen verlegt haben sollten, senden wir Ihnen gerne ein neu es Exemplar zu.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Dr. phil. M. Huber

---

## Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name	Christine Bartmuß geb. Kottonau
Geburtsdaten	18.08.1968 in Leipzig
Staatsbürgerschaft	deutsch
Familienstand	verheiratet
Kinder	Johannes Darragh (22.03.2000)  Laura Sinéad (02.09.2001)

### Schul Ausbildung

1975-1985	Polytechnische Oberschule in Leipzig
1985-1988	Erweiterte Oberschule in Leipzig
7/1988	Allgemeine Hochschulreife

### Berufsausbildung

1985-1988	Berufsausbildung zum Anlagentechniker in Leipzig
7/1988	Berufsabschluss Facharbeiter für Anlagentechnik

### Hochschulausbildung

1990-1993	Studium Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
1993-1997	Studium Humanmedizin an der Technischen Universität München
05.05.1997	Ärztliche Prüfung

### Berufstätigkeit

1998-1999	Ärztin im Praktikum im Kinderklinikum Memmingen
2000-2002	Assistenzärztin in Allgemeinanzpraxis Nordholz (Niedersachsen)
2002-2003	Truppenärztin in Altenwalde (Niedersachsen)

Ulm, den 30.05.2008

---

## Danksagung

Ein jegliches hat seine Zeit, und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde (Prediger 3,1).

In diesem Sinne möchte ich meiner Familie und all meinen Freunden danken, die mich in meinem Wollen und Können unterstützt haben. Mein Dank gilt Herrn Dr. rer. soc. G. Henrich für die unterstützende statistische Aufbereitungen, Andreas Mack für die Bereitstellung unseres `ersten` Druckers, Dirk Hoffmann für die Unterstützung bei dem Finden von Formatvorlagen und `Tabs`, Thomas Isenmann für die unterstützende Suche nach Wort und Struktur, Martina Drews für die Spaziergänge mit Johannes und Laura, Ulrike Kottonau für das Sichtbarmachen der Klarheit in mir selbst, Thomas Kottonau für die Bodenständigkeit, Johannes und Laura für ihre Geduld und nicht zuletzt meinen Eltern, die mir Vieles ermöglicht haben. Im Besonderen gilt mein aufrichtiger Dank Frau PD Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber, Chefärztin der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des städtischen Krankenhauses München-Harlaching, die die Anregung zu dieser Arbeit gab und sie mit liebevoller Beharrlichkeit betreute. Bei meinem Blumengärtner bedanke ich mich für die Farbenfreude und das Lachen auf unserer gemeinsamen Reise.

*Gewidmet soll die Arbeit all denen sein, die sich in einem Übergang befinden.*