

05.03.15

## **Horst Kächele, Ulm** **Entscheidungsprozesse in der psychotherapeutischen** **Ambulanz**

( Vortrag an der Psychiatrischen Poliklinik, Basel am 3.9.1987)

Psychotherapeutische Ambulanzen arbeiten an der Nahtstelle zwischen ambulanter Therapie durch Niedergelassene und der stationären Behandlung; ihre institutionelle Aufgabe überschreitet die einer blossen Praxisgemeinschaft und doch lässt sich in den Entscheidungsprozessen ein gerütteltes Maß an Individualität nicht aufheben. Kann der niedergelassene Psychotherapeut aufgrund seiner Auslastung Anfragen für Erstgespräche ablehnen, so hat teils die universitär arbeitende Ambulanz mit der Klinik die Pflicht, Patienten auf jeden Fall einmal zu sehen. Das Erstinterview, das jedem Patienten angeboten wird, erfüllt eine Reihe wichtiger Funktionen: zum einen geht es um die diagnostische Abklärung von Psycho - pathologie und Psychodynamik, zum anderen um die Indikationsstellung für weitere psychotherapeutische Massnahmen, darüber hinaus werden in den Gesprächen gewöhnlich erste therapeutische Schritte zur Problem - bewältigung unternommen.

Langjährige Tätigkeit an einer solchen Ambulanz haben meine Kollegen und mich auf einen besonderen Aspekt der Indikationsproblematik aufmerksam werden lassen, den ich heute in den Mittelpunkt meiner Darstellung rücken möchte.

Zuvor gilt es jedoch kurz zu reflektieren, dass lange bevor es zu dieser Entscheidungssituation kommen konnte, schon Entscheidungen, die wir auch als Indikationen bezeichnen können, wirksam geworden sind. Im folgenden Bild habe ich einige dieser Stationen der Empfehlung zur Psychotherapie zusammengestellt:

05.03.15

### Stationen der Indikation

im Laiensystem, z.B. Verwandte, Bekannte	Empfehlungs- Indikation
durch halbprofessionelle Berater, z.B. Pfarrer	Beratungs - Indikation
durch nicht-psychotherapeutische Fachleute	Selektions - Indikation
im Gesundheitssystem -zB Allgemeinärzte	
durch Psychotherapeuten a.) zu Beginn	prognostische Indikation
b.) im Verlauf	adaptive Indikation

Aus vielen Nachuntersuchungen wissen wir, dass die Empfehlung durch Laien, Verwandte oder Bekannte, die selbst eine hilfreiche Erfahrung mit Psychotherapie gemacht haben, oft am Anfang des Weges stehen, der zu einer Behandlung führen kann. Mutatis mutandis gilt dies auch für negative Therapieverläufe. Die Selbst-Indikation bildet sich in der Auseinander - setzung mit der Erfahrung anderer.

Halb-professionelle Einflüsse sind ebenfalls parallel oder unabhängig zum Laiensystem von großer Bedeutung für die Herstellung der Überzeugung, "dass etwas passieren muß".

Seit der Einführung der Kostenübernahme für ambulante Psychotherapie durch die Kassen in der BRD hat sich der Einfluß der praktizierenden Ärzte auf den Indikationsprozess enorm gesteigert. In der Überweisung zur psychotherapeutischen Ambulanz oder der Verschreibung einer psycho - somatischen Kur werden heute alle Bevölkerungsschichten einbezogen, sodass die Klientel der Ulmer Ambulanz als repräsentativ für die Ulmer Region bezeichnet werden kann. Vorwissen und Vorlieben der Ärzte beein - flussen Indikationsentscheidungen.

05.03.15

Niedergelassene Psychotherapeuten werden eindeutig häufiger von Patienten mit überzeugter Selbst-Indikation aufgesucht; überwiesene Patienten gelangen in großer Zahl in psychosomatische Kliniken unterschiedlicher fachtherapeutischer Kompetenz oder an meist universitär institutionalisierte Ambulanzen und Kliniken. Rein quantitativ betrachtet, wird überwiegend im Vorfeld der fachpsychotherapeutischen Kompetenz die Indikationsfrage, dass überhaupt so etwas wie Psychotherapie stattfinden sollte, entschieden.

Wie viele von Ihnen vermutlich aus eigener Erfahrung wissen, lässt sich die Indikationsproblematik im Erstinterview in einen offiziellen, reputablen Anteil und in einen inoffiziellen, selten öffentlich diskutierten Anteil zerlegen: bei der Frage, was geschieht nach dem Erstinterview, nachdem eine Indikation für die eine oder andere Therapieform gestellt worden ist, greift vielerorts eine Größe in das Geschehen ein, für die der einzelne Therapeut selbst nicht verantwortlich ist, unter der er leidet oder die er der Verantwortung und Findigkeit des Patienten überlässt, nämlich die Frage der Behandlungskapazität. Schaut man die wenigen hierzu publizierten Berichte durch, so findet man unübersehbare Hinweise auf eine Patientenpyramide, bei der nur die sog. geeigneten Patienten den Weg über Kurzinterview und ausführliches Erstgespräch in eine Behandlung finden (Weiger & Wirsching 1977). Bei diesem Auswahlprozess spielen die Abläufe im Erstinterview eine entscheidende Rolle.

Wir haben deshalb im Laufe der letzten Jahre im Rahmen eines internen Forschungsprojektes die Handhabung von Interviewabschlüssen, für das zu keinem Zeitpunkt Drittmittel notwendig waren, sondern das mit Hilfe einer Routine Ambulanz - Doku-

05.03.15

mentation (Kächele et al. 1983) durchgeführt werden konnte, untersucht.

Ein Interview wird unausweichlich mit irgendeiner Art von Vereinbarung beendet. Mustert man die verschiedenen Möglichkeiten, die sich unabhängig von der inhaltlich orientierten Indikation zu einer bestimmten Therapieform ergeben, so fanden wir folgende Möglichkeiten.

1. Bei der verbindlichen Therapieempfehlung: übernimmt der Interviewer die Verantwortung für die Realisierung der empfohlenen Massnahme. Die im Interview hergestellte therapeutische Beziehung bleibt bis zum Zustande - kommen einer fortführenden Therapie bestehen.

2. Bei der unverbindlichen Therapieempfehlung endet die therapeutische Beziehung mit dem Erstkontakt, obwohl eine Behandlung empfohlen wurde. Der Patient kann auf eine Warteliste gesetzt werden oder er bekommt eine Liste mit Namen von Therapeuten in die Hand gedrückt und muß sein Glück am Telephon versuchen.

3. Das Angebot gelegentlicher Kontakte initiiert eine Form der therapeutischen Beziehung, die der althergebrachten Hausarztbeziehung dann ähnelt, wenn der Patient aus dem Gespräch genügend Überzeugung ziehen konnte, dass der Interviewer dieses Angebot ernst meint.

4. Vom Psychotherapeuten muß erwartet werden, dass er auch nicht-psychotherapeutische Massnahmen dem Patienten begründet nahelegen kann.

5. Erstinterviews von wenigen Sitzungen können auch mit der gemeinsamen Überzeugung abgeschlossen werden, dass ein bestimmtes umschriebenes Problem gelöst wurde und weitere therapeutische Massnahmen nicht vereinbart werden müssen.

05.03.15

6. und 7. Ein Abschluß ohne Ergebnis oder ein Kontaktabbruch gehören leider auch zu den möglichen Formen der Vereinbarung am Ende des Erstinterviews.

Diese sieben Formen der abschließenden Vereinbarung im Erstinterview lassen sich durch vier Merkmale systematisch voneinander differenzieren:

A Wird das gesprächsleitende Anliegen des Patienten aufrechterhalten?

B Wird der Gesprächsauftrag des Patienten aufrechterhalten?

C Werden konkrete therapeutische Massnahmen vereinbart?

D Wird die therapeutische Beziehung fortgesetzt?

Mit diesen Leitfragen haben wir die inhaltliche Indikationsstellung zu einer bestimmten Therapieform um einen scheinbar formalen Aspekt ergänzt, der aber sowohl Patienten wie auch den Therapeuten hilfreiche Anregungen bei der abschließenden Vereinbarung an die Hand gibt.

Die Patienten profitieren davon, dass mit dem Abschluß des Erstgesprächs eindeutig geklärt wird, ob weitere Massnahmen geplant sind und wer die Verantwortung dafür übernimmt. Die Mitarbeiter der Ambulanz erlebten nach einer Schulung in diesen Fragen die Präzisierung der klinischen Entscheidungen besonders im Hinblick auf die zu reflektierende Verantwortung als bereichernd.

Für die Institution ergibt die Übersicht über Interviewabschlüsse in festgelegten Zeiträumen die Möglichkeit, den eingeschlagenen Weg zu reflektieren und Kurskorrekturen vorzunehmen. So konnten wir beobachten, dass nach der Einführung dieses zusätzlichen Entscheidungsaspektes in die formalisierte Dokumentation die Zahl der verbindlichen Angebote deutlich angestiegen ist. Das von vielen beklagte Defizit an Behandlungsmöglichkeiten wird hierdurch nicht

05.03.15

weggezaubert, aber Therapeuten werden ermutigt, ihre Verantwortung für das weitere Schicksal des Patienten in ihren Indikationsprozess einzubeziehen und flexibler nach Mitteln und Wegen zu schauen.

Zum Abschluß möchte ich Ihnen einige Zahlen nicht vorenthalten, die wir hierzu zusammengestellt haben:

Eine Übersicht über 2045 Erstinterviews der letzten fünf Jahre zeigt, dass die verbindlichen Therapieempfehlungen, die sich natürlich über alle verschiedenen je konkreten Behandlungsformen von der Beratung bis zur hochfrequenten Psychoanalyse beziehen, im Mittel über 16 Interviewer bei 46,5 % einen uns sehr zufriedenstellenden Stand erreicht haben.

Natürlich variieren diese Zahlen von Interviewer zu Interviewer erheblich, was durchaus im persönlichen Gespräch mit den betreffenden Kollegen im Rahmen der Weiterbildung erörtert werden kann.

Im folgenden Bild zeige ich die Verteilung für einige Kollegen, die recht unterschiedliche Empfehlungsmuster aufweisen:

Interviewer	Kat 1. %	Kat.2 %	Kat.4 %	Kat 5 %	Kat 7 %	N abs.
1	33,3	15,8	3,3	19,1	7,1	183
2	54,9	18,3	14,6	7,3	1,2	82
3	28,1	14,1	2,3	32,0	9,4	128
15	72,8	2,5	6,2	8,6	6,2	81
16	68,7	10,7	6,9	1,5	9,2	131

05.03.15

Unsre Untersuchungen sollen nicht dazu führen, Unterschiede zu nivellieren und "Einheitstherapeuten" zu schaffen, sondern sie sollen helfen, persönliche Präferenzen bewusst zu machen und sie im Hinblick auf die Bedürfnisse der Patienten zu reflektieren. Sie sollen darüber hinaus beitragen, das Spektrum der Entscheidungsmöglichkeiten zu verbreitern und von der überholten Alternative "therapiegeeignet" - therapieungeeignet" wegzuführen.

Literatur: Der Vortrag basiert auf der Arbeit

Hohage R, Kächele H & Hössle I (1987) Die Dokumentation des Interviewausganges in einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psychother. Med.Psychol. 37: 244 - 247; s.a.

Kächele H, Hohage R & Mergenthaler E (1983) Therapie-orientierte Dokumentation in einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psychother. Med. Psychol. 33: 142 - 146

Weiger H & Wirsching H (1977) Aspekte der Patientenselektion in der psychosomatischen Ambulanz. Z. psychosom. Med. Psychoanal. 23: 170 - 178

## Stationen der Indikation

---

**im Laiensystem**

**Indikation**

**durch halbprofessionelle Berater**

**durch nicht-psychotherapeutische Fachleute**

**Selektions - Indikation**

**im Gesundheitssystem**

**durch Psychotherapeuten a.) zu Beginn**

**Indikation**

**Empfehlungs-**

**Beratungs - Indikation**

**prognostische**

05.03.15

**\*b.) im Verlauf adaptive Indikation**

---

#### **4 Merkmale des Gesprächsabschlusses im Erstinterview**

---

- A Wird das gesprächsleitende Anliegen des Patienten aufrechterhalten**
  - B Wird der Gesprächsauftrag des Patienten aufrechterhalten**
  - C Werden konkrete therapeutische Massnahmen vereinbart**
  - D Wird die therapeutische Beziehung fortgesetzt**
- 

#### **Kategorien des Gesprächsabschlusses**

---

- 1. verbindlichen Therapieempfehlung:**
  - 2. unverbindlichen Therapieempfehlung**
  - 3. gelegentlicher Kontakte**
  - 4. nicht-psychotherapeutische Massnahmen**
  - 5. Problem gelöst**
  - 6. ohne Ergebnis**
  - 7. Kontaktabbruch**
-

05.03.15

**Abschließende Vereinbarung nach Erstinterviews**

<b>Interviewer</b>	<b>Kat 1. %</b>	<b>Kat.2 %</b>	<b>Kat.4 %</b>	<b>Kat 5 %</b>	<b>Kat 7 %</b>	<b>N abs.</b>
<b>1</b>	<b>33,3</b>	<b>15,8</b>	<b>3,3</b>	<b>19,1</b>	<b>7,1</b>	<b>183</b>
<b>2</b>	<b>54,9</b>	<b>18,3</b>	<b>14,6</b>	<b>7,3</b>	<b>1,2</b>	<b>82</b>
<b>3</b>	<b>28,1</b>	<b>14,1</b>	<b>2,3</b>	<b>32,0</b>	<b>9,4</b>	<b>128</b>
<b>15</b>	<b>72,8</b>	<b>2,5</b>	<b>6,2</b>	<b>8,6</b>	<b>6,2</b>	<b>81</b>
<b>16</b>	<b>68,7</b>	<b>10,7</b>	<b>6,9</b>	<b>1,5</b>	<b>9,2</b>	<b>131</b>