

Einmal stationär - hin und zurück

Horst Kächele & Reiner W. Dahlbender

Symposium der Psychosomatischen Klinik München, Juli 94

Da wir im Schwabenland sind, können wir es Ihnen, verehrte Damen und Herren, nicht verübeln, wenn Sie bei unserem Vortragstitel gleich an die Schwäbische Eisenbahn denken: Schtugart - Ulm und Biberach - Meckesbeuren - Durlesbach. Auf dieser Eisenbahnstrecke trugen sich merkwürdige Dinge zu, zum Beispiel daß der Bauer für seinen Geißbock eine Fahrkarte gekauft hat und diesen hinten dran gebunden - was dann passiert ist, weiß hier ein jedes Kind.

Aber Spaß beiseite - warum haben wir diese Metaphorik gewählt? Der eine der beiden Autoren (RWD) kam sowohl mit sozialpsychiatrischen als auch mit stationär-psychotherapeutischen Erfahrungen an die Ulmer Abteilung; der andere (HK) wie die meisten Angehörigen der Ulmer Gruppe vertritt seit Jahren in Übereinstimmung mit seinem großen Lehrmeister fast fanatisch das Credo, daß jeder Patient ambulant behandelbar sei. Nun ja, Patienten die in dieses Weltbild nicht passen, werden schlicht ausgeklammert, Mitarbeiter die daran nicht glauben, werden erst gar nicht engagiert.

Dankbar für die Einladung zu diesem Vortrag bin ich deshalb, gibt doch die Möglichkeit, unsere potentielle Betriebsblindheit in gemeinsamer Anstrengung zu überdenken und vielleicht sogar zu überwinden.

Verweilen wir noch etwas bei der Fahrkarten-Metapher. Es dürfte nicht übertrieben sein, von einer Odyssee zu sprechen, wenn Patienten bis zu sieben Jahre brauchen, bevor sie die benötigte fachgerechte psychotherapeutische Behandlung erhalten. Möglicherweise dürfte es sogar noch richtiger sein, für die Mehrzahl der Patienten, eine Irrfahrt anzunehmen, bis sie im labyrinthischen Fahrplan des Versorgungssystem den für sie richtigen Zug zum angemessenen Zielbahnhof zu finden.

Ob diese Metapher so weit trägt, die Fahrziele mit den Therapiezielen zu identifizierten, erscheint noch ungeklärt. Auch wer die Fahrkarte kauft und wer die Reise bezahlt, erfordert noch einiges Nachdenken. Ob Reisen wirklich bildet, ist in unserem Fache ebenso fraglich, wie der Umstand, ob Schwarzfahrern das Handwerk gelegt werden soll. Auch die Gültigkeitsdauer der Fahrkarte - einzulösen bis zum ... - ist ein wenig diskutierter Umstand, der als neue Facette in die Indikationsdiskussion eingebracht werden könnte.

Der Tenor bzw. das Ergebnis unseres gemeinsamen Nachdenkens, gestützt auf etwas Empirie, geht in folgende Richtung: Der Übergang muß als Problem in beide Richtungen begriffen werden: nicht nur stationär - ambulant, sondern auch ambulant stationär. Lassen wir die zwangsweise telefonische Erkundigung des ambulanten Therapeuten, ob noch ein stationäres Bett frei ist, die bestenfalls ein Teil des Problems ist, einmal außer Acht. Wenn wir die Zahlen unserer psychotherapeutischen Ambulanz sprechen lassen, dann müssen wir feststellen, daß ein Übergang in unserer Praxis fast nicht stattfindet. Erstaunlich? Wir werden sehen.

Im Jahrgang 1993 haben N = 412 Patienten unsere Ambulanz aufgesucht. Davon haben 103, d. h. 25% der Patienten mindestens eine stationäre Behandlungsepisode in einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachklinik oder einer psychiatrischen Klinik. 150, d. h. 36,4% der Patienten haben mindestens einen ambulanten psychotherapeutischen Kontakt oder sogar eine kürzere oder längere psychotherapeutische Vorbehandlung. Nur 99, d. h. 24% der Patienten haben noch nie eine Fahrkarte gekauft oder eingelöst. Unsere Angaben sind - wie oft in diesem Leben - ohne Gewähr, da 60, d. h. 14,6% der Patienten uns hierzu keine Angaben gemacht haben)¹

Patienten der psychotherapeutischen Ambulanz 1993 (N = 412)

Psychotherapeutisch-psychiatrische Vorkontakte / Vorbehandlungen

	N	%
keine Angaben	60	14,6
keine	99	24,0
ambulante	150	36,4
stationär	103	25,0

Untersuchen wir nun im Detail die Frage, wie die Patienten zu uns kommen. Fragen wir also, wer den Kauf einer Fahrkarte veranlaßt, dann erhalten wir folgende Auskunft.

Patienten der psychotherapeutischen Ambulanz 1993 (N = 412)

¹ Wenn wir probeweise annehmen, daß sich diese 60 Patienten auf die drei Gruppen gleichmäßig verteilen, können wir diese Zahl als Diskussionsgrundlage stehen lassen.

Überweisungsmodus

	N	%
keine Angabe	2	0,5
Selbstüberweisung	256	62,1
Hausarzt-Ebene (evtl. Internist etc.)	100	24,3
Psycho-Arzt-Ebene	43	10,4
Psycho-Fachklinik-Ebene	11	2,7

256, d. h. 62,1% der Patienten überweisen sich selbst an uns, 100, d. h. 24,3% kommen über die hausärztliche Versorgungsschiene, 43, d. h. 10,4% über die psychiatrisch-psychotherapeutische Strecke und nur 11, d. h. 2,7% aus einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik. Was sagt uns das? Institutionen wie die Ulmer Ambulanz sind - in der Metaphorik des Reisens - Umsteigebahnhöfe, wo sich verschiedene Versorgungs-Strecken treffen und das Umsteigen in diverse Richtungen ermöglicht werden soll. Entsprechend definiert sich unsere Aufgabe: Diagnose, Indikationsstellung und Psychotherapievermittlung. Um so erstaunlicher erscheint es uns, daß unmittelbar im Anschluß an eine Behandlung oder sogar aus der Behandlung heraus nur 2,7% unserer Patienten direkt aus der stationären Behandlungswelt zu uns vermittelt werden. Wir nehmen an, daß die Mehrzahl der Patienten aus stationären Therapien zunächst in die haus- oder fachärztliche Betreuung entlassen wird, um dann doch über kurz oder lang - wie eben gezeigt -, bei uns vorstellig zu werden. Weit über die Hälfte unserer Patientinnen und Patienten sucht uns nach einer ambulanten oder stationären Vorbehandlung auf.

Nun könnten Sie durchaus der Auffassung sein, daß diese Fakten nur anzeigen, daß wir unsere Funktion einer hochspezialisierten Einrichtung der Maximalversorgung universitären Zuschnitts gerecht werden. Stimmt und stimmt auch nicht. Nur 10,4% der Patienten werden z. B. mit speziellen differentialdiagnostischen Fragestellungen oder zur Klärung der Differentialindikation von Fachkollegen an uns überwiesen. Den Primärversorgungscharakter unserer Einrichtung belegen der hohe Anteil von Selbstüberweisungen (62,1%) und Überweisungen über die Hausärzte (24,3%). Unter Selbstüberweisungen fassen wir Patienten zusammen, die sich direkt an uns wenden und sich meist erst sekundär ihren Überweisungsschein beim Hausarzt besorgen, und die oft auch keinen Arztbrief wünschen.

Nachdem wir nun beschrieben haben, woher denn die Reisenden zu uns kommen, ist es nun an der Zeit, Ihnen zu verdeutlichen, wie wir den Transit gestalten. Jeder unserer Patienten erhält eine ausführliche Erstuntersuchung, die im Durchschnitt zwei Termine umfaßt - jüngere Mitarbeiter brauchen etwas länger oder nehmen sich etwas mehr Zeit, um ihre Entschlüsse zu fassen, während ältere erfahrene Hasen ab und an sogar schon die Dauer des Erstgesprächs abkürzen. Am Ende erwarten wir eine in der Regel gemeinsam gefaßte und getragene Entscheidung, deren strukturelle Organisation Sie in Hohage et al. (1987) ausführlich beschrieben finden.

In unserem computer-gestützten Dokumentationsystem (PA-DOS) kategorisieren wir die abschließende Vereinbarung nach von Balint'schen Beziehungsmodellen:

Patienten der psychotherapeutischen Ambulanz 1993 (N = 412)

Abschließende Vereinbarung

	N	%
keine Angabe	1	0,2
verbindliche Psychotherapieempfehlung	257	62,4
unverbindliche Therapieempfehlung	55	13,3
gelegentliche Kontakte	19	4,6
nichtpsychotherapeutische Maßnahmen i.e. S.	19	4,6
Problem gelöst	25	6,1
Ergebnislos	13	3,2
Abbruch der Kontakte	23	5,6

Diese Zahlen zeigen unseren Stolz und unsere Schmach zugleich: bei 257 Patienten, d. h. in 62,4% der Untersuchten ist es zu einer verbindlichen Psychotherapieempfehlung gekommen, für deren Realisierung der Interviewer in der Logik der Erfinder dieses System die Verantwortung zu übernehmen hat. Wir gestehen, daß wir diesen Anspruch erst jetzt einer empirischen Kontrolle unterziehen. Wir befürchten vermutlich zu Recht, daß wir eine große Varianz zwischen den Erstinterviewern finden werden. Nebenbei gesagt ein Befund, der dann gewiß unsere volle Aufmerksamkeit verdient, nicht nur für die Ausbildung der Betreffenden, sondern dem auch unter organisationssoziologischen Gesichtspunkten große Bedeutung zukommen dürfte. Aus dem Spruch "Trau keinem über 30" wird dann nämlich der ethisch bedenkliche Sachverhalt, daß Therapeuten ihren Frieden höher schätzen als den ihrer Patienten. Und nichts ist schwieriger als Patienten verbindlich in eine ambulante Therapie zu vermitteln - ob dies wohl ein Grund für die Freude am stationären Setting ist? Wir brauchen niemand daran zu erinnern, wie leicht es ist, einem Patienten, den

man nicht mag und gewiß selbst nicht in Therapie nehmen möchte, und ihm auch keine verbindliche Wartezeit zusagen will, eine unverbindliche Therapieempfehlung mitzugeben - in der leisen Hoffnung, daß er nicht wieder kommt. Der Umstand, daß mancherorts heute sogar schon eine Telephonliste diese Unverbindlichkeit beschönigt, ändert wenig an diesem verständlichen Ärgernis. Gleichwohl gibt es überlegte "Unverbindlichkeit", nämlich dann wenn begründete Zweifel an der Therapiemotivation gegeben sind, oder wenn Zweifel bestehen, ob sich die therapeutische Reise letztendlich lohnen wird.

Die hoffentlich nicht *nur* Ulmer Spezialität, - die wir gerne auch als psychotherapeutische Hausarzt-Funktion verstanden wissen wollen -, sind sogenannte "gelegentliche Kontakte". Es handelt sich um eine Art feeding on demand, in gewisser Weise, wenn man so will, ein Vorläufer, der heute so aktuellen Maintenance Therapie (Frank et al 1993).

Patienten der psychotherapeutischen Ambulanz 1993 (N = 412)

Therapieempfehlung

	N	%
keine Angabe (s. abschl. Empfehlg.)	81	19,6
keine Psychotherapieempfehlung	2	0,5
ambulante Psychotherapie in psychoth. Praxis	160	38,9
Psychotherapie in unserer Abteilung	152	36,9
stationäre Psycho-Empfehlung	17	4,1

Man kann uns beim Wort nehmen: die Ulmer Ambulanz behandelt entweder selbst oder überweist an niedergelassene Psychotherapeuten. Nur 4,1% der Patienten werden an eine Psycho-Fachklinik - sei es psychiatrisch oder psychosomatisch oder psychotherapeutisch weiterspediert. Die Mehrzahl dieser Patienten erhält unmittelbar einen Behandlungsplatz in einer Klinik und zwar überwiegend aufgrund der Schwere der Erkrankung bzw. einer krisenhaften Zuspitzung, beispielsweise einer psychotischen Dekompensation, akuter Suicidalität, vitaler anorektischer Gefährdung etc.. Eine kleinere Anzahl von Patienten, die eine längerfristige stationäre Behandlung im Sinne einer Reha-Maßnahme empfohlen bekommen, müssen entsprechend etwas länger warten. Sie werden nicht überrascht sein, zu erfahren, daß sich im Sekretariat der Ulmer Ambulanz folgende Tafel findet:

UNMÖGLICHES WIRD SOFORT ERLEDIGT

=

WUNDER DAUERN ETWAS LÄNGER

Zu den Wundern können wir getrost jene Überweisungen zählen, die unsere essgestörten Patientinnen in der Harlachinger Klinik erleben.

Fazit: Sie werden vermutlich genauso überrascht sein wie wir, daß unsere Zahlen zumindest unsere tollkühnen Behauptungen unterbauen. Wie also, werden Sie zurecht fragen, schaffen es die Ulmer, sich jene Patienten vom Leib zu halten, die andernorts in großer Zahl in stationäre Behandlungen genommen werden, die andernorts stationäre Therapie brauchen? Ganz einfach, wir wissen nicht, ob wir auf diesem Auge blind sind und bei uns nur bestimmte Fahrkarten gelöst werden können - wir also ein Opfer unserer Voreinstellungen und Ideologien sind oder ob gar die fachpolitisch brisante These² stimmen könnte, daß es sich um das gleiche Klientel handelt, welches hier und dort verschieden behandelt wird. Das würde die unangenehme Frage nach sich ziehen, ob wir unsere Patienten nicht gut genug behandeln, indem wir zu vielen von ihnen eine stationäre Therapie vorenthalten.

Sie sehen, äußerst heikle Fragen, die sich uns stellen. Lösen lassen sich derartige Fragen vielleicht in großen multizentrischen Studien - auch eine Ulmer Spezialität. Aber seien sie beruhigt, wir wollen uns heute durch exemplarisches Aufzeigen der Problematik annähern.

²Man denke nur an die Facharztregelungen, die zwei Jahre stationäre Therapie vorsehen.

Unser Titel "Stationär - Einmal hin und zurück" ist nicht nur kritisch gemeint. Zur Illustration wollen wir ein geglücktes Beispiel für eine solche therapeutische Reise skizzieren. Daß wir ohne große Mühe auch einen Fall hätten auswählen können, der illustriert, wie ungeplante Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Therapie tendenziell ungünstige Patientenkarrieren fördern, mögen Sie uns einfach glauben. Schwierige Patienten werden aller klinischen Erfahrung nach eben eher noch schwieriger, wenn sie nur umherirren und nicht nach einem stimmigen Fahrplan reisen, der sie an ihr persönliches Ziel bringt.

Fallskizze:

Ein damals 19-jähriger Patient suchte wegen einer herzneurotischen Symptomatik und Zwängen zunächst einen psychodynamisch geschulten Psychiater auf. Dieser indizierte eine ambulante VT-Langzeittherapie bei einem erfahrenen VT-Mann. In 45 Stunden über einen Zeitraum von fast 2 Jahren erreichte der Patient eine erhebliche Besserung der Symptomatik. Der VT-Mann beschreibt am Therapieende - wir zitieren - "einen Rückfall" der Zwangs-Symptomatik, die er "mit dem Wegfall der männlichen Identifikationsfigur mit erheblichem Verstärkerwert" in einen dynamischen Zusammenhang bringt³. Daraufhin erfolgt ein halbes Jahr später die Aufnahme in eine renommierte Klinik für Verhaltenstherapie. Dort mutiert die ambulant diagnostizierte Zwangsneurose 300.30 nach DSM-III-R zu einer Herzphobie gemäß ICD 9 Nr. 306.2 - sprich die Zwangssymptome werden zur Abwendung der Gefahr eines Herzinfarktes verstanden. Die Beschreibung der Klinik erin-

³Wenn das kein Eklektizismus ist!

nert fatal an die Darstellung von Richter und Beckmann (1973). Im Entlassungsbericht heißt es:

"Wir entließen den Patienten als arbeitsfähig und gut gebessert im Hinblick auf die herzphobischen Beschwerden; im Hinblick auf Zwangssymptome war der Patient symptomfrei. Die weitere Prognose halten wir für günstig, allerdings erscheint zur Stabilisierung der hier erzielten Erfolge eine ambulante verhaltenstherapeutische Nachbetreuung sinnvoll."

Auf Empfehlung seiner Klinik wendet sich der Patient also direkt an uns, und zwar löste er seine Rückfahrkarte recht bald ein. Fünf Wochen nach Entlassung ersuchte er um einen Termin für ein Erstgespräch bei uns. An den Vorbehandler wandte er sich nicht, weil mittlerweile seine Mutter dort in Therapie war und er glaubt, daß dies nicht zusammen geht. Deswegen oder trotzdem - je nachdem wie man es sehen will - wurde er von uns aus wieder an seinen vorbehandelnden VT-Mann verbindlich zugewiesen. Dort kam er auch an erhielt vom Therapeuten und schließlich von der Kasse eine Zusage für die Verlängerung der Psychotherapie. Von dieser beanspruchte er aber nur noch zwei Stunden und konnte sich dann trennen: er nahm ein Studium im entfernten Heidelberg auf. Eine Nachuntersuchung ergab, daß es ihm ohne eine weitere Therapie gut geht und er inzwischen eine Freundin hat.

Dürfen wir spekulieren, daß die Sicherstellung der guten Objekte auf dieser Reise durch den therapeutischen Gulag das wichtigste Drehmoment im erfolgreichen therapeutischen Prozeß war. Sollte nicht für diese Reisen gelten, was die Therapieforschung mittlerweile in tausenden von Studien belegen

konnte: das wichtigste ist die therapeutische Allianz, die hilfreiche therapeutische Beziehung. Zu dieser gehört mehr als nur die in den Therapiestunden realisierte Zuwendung und das Interesse, das Therapeuten ihren Patienten entgegenbringen. Strukturelle Momente unseres Versorgungssystems könnten mit dazu beitragen, daß manche Reisen ziemlich holprig verlaufen, manche erst gar nicht angetreten werden und die meisten einer sorgfältigen Pflege des therapeutischen Streckennetzes bedürfen: Die planmäßige und sichere Handhabung von institutionellen Versorgungsnetzen dürfte auf der gleichen Ebene liegen, wie die gelingenden Objektbeziehungen im dyadischen oder Gruppen-Setting unseres therapeutischen Alltags. Diese ergänzende komplexe Interventionsdimension zu nutzen, heißt aber die vielfältigen Übergänge im Netzwerk nicht länger mehr oder weniger dem Zufall oder dem Druck der akuten Situation zu überlassen. Es gilt die Weichen in beiden Richtungen sorgfältig zu stellen und gemäß längerfristiger Behandlungskonzepte zu planen. Es ist eine Diskussion wert, was denn konsensfähige Streckenmarkierungen sein könnten, an denen Therapeuten sich orientieren können. Daß der Erstinterviewer unserer Abteilung offensichtlich großen Wert auf eine konstante therapeutische Beziehung legte und den Patienten an den Vorbehandler zurückverwies, ist nicht überall selbstverständlich.

In unserer Argumentation werden Sie unschwer Widersprüche identifizieren können. So ist das, nichts ist einfach. Einerseits sind wir äußerst skeptisch, wenn Therapeuten in stationären Behandlungen ihre Patienten bereits instruieren, wie sie sich z. B. brieflich an uns zu wenden haben, um nach sechs bis neun Monaten stationärer Therapie dann die endgültige lange Analyse bei uns zu bekommen. Hohage (1982) hat dies glän-

zend für die Ulmer Gruppe dargelegt. Er betont sehr die ambulant einzulösenden Hypotheken, die im stationären Feld begründet sind. Andererseits, und das sagt einem eigentlich schon der gesunde Menschenverstand, wenn schon stationäre Therapie mit ambulanter Nachbehandlung als Desiderat im Raume steht, dann sollte eine geplante, geordnete Übernahme das Ziel sein. Ein Übergang, der nicht als Ausdruck ungelöster Übertragungsverwicklungen, insbesondere Trennungsproblemen denunziert werden kann, der auch nicht bloß ein notwendiges Übel ist, das es für Patienten wie Therapeuten abzufedern gilt, sondern der vielleicht sogar als Chance im Therapieprozeß genutzt werden kann, wie wir mit unserem Beispiel zu demonstrieren versucht haben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Fälle: Stationär - ambulant

1. Backes

Psychiatrieaufenthalt wg. Schizophrenie, Fluanxol-Medikation, keine Therapieziele od. Übergangsinitiative seitens der Klinik; jetzt Selbstindikation (+ HA) wg. Psychotherapieanschlußbehandlung; postremissives Erschöpfungssyndrom, keine PSTH-Indikation

2. Bögel

M. Crohn, Selbstunsichere Persönlichkeit, 6 Wo. VT-Psychosom. Fachklinik, Bad Dürkheim, stellen günstige Prognose unter der Voraussetzung, daß eine ambulante Weiterbetreuung erfolgt. keine Therapieziele od. Übergangsinitiative seitens der Klinik; Salofalk-Medikation, P. an Selbstsicherheitstraining interessiert, Abbruch des EI-Verfahrens nach 1. Termin, Abschlußdiagnose: M. Crohn bei ängstlich-vermeidender Persönlichkeit

3. Brändle

neurot. Depression mit Somatisierung, 6 Wo. Bfa-Blietalklinik - psychosomat.-orthopädische Station, wg Ehekrise vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis entlassen, Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie, keine Therapieziele od. Übergangsinitiative seitens der Klinik; P. ist therapiemotiviert, Abschlußdiagnose: funktionelle Beschwerden + depressive Verstimmung bei neurotischem (ödipalem) Konflikt - 1 std. ambulante PSTH bei Hohage.

4. Deckenhoff

depressives Syndrom bei konversionsneurot. Verarbeitung einer Melanomexzirpation 1988; 8 Wo. stationär Psychosom. Klinik Saulgau, Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie, keine Therapieziele od. Übergangsinitiative seitens der Klinik; Abschlußdiagnose: depressive Reaktion, P. ist therapiemotiviert - hat Eheberatung begonnen, wird dorthin zurück verwiesen, damit keine 2 Therapien parallel laufen.

5. Ege

1991 schon einmal in der Weissenau stationär, jetzt: konnte kein Vertrauen zu ambulant behandelndem Psychiater aufbauen, über Beratungsstelle zu Brisch, von dort nach Weissenau, wird nun vom behandelnden Arzt im PLK noch während der stationären Therapie unter der Diagnose einer abnormen Persönlichkeit angemeldet, Taxilan-Medikation, Untersucherin hier meint, daß die P. immer wieder psychotisch zu entgleisen droht, Rückkopplung der EI-Ärztin mit dem PLK wg. Vermittlung konstanter psychiatrischer Betreuung in Ulm, wo sie in

eine Wohngruppe gehen und eine Arbeitserprobung an machen wird. Abschlußdiagnose: V. a. schizotype Störung, keine PSTH-Indikation.

6. Geisler

1992 8 Wo. zur Kur in Bfa-Bernkastel, schizoide Neurose mit depressiven Zügen, der P. erkannte, daß er seine Abgrenzungs- und Durchsetzungsfähigkeiten verbessern müßte, durch das regressionsfördernde Milieu wurde seine Abwehr jedoch mobilisiert, so daß er sich aus Angst vor weiterer emotionaler Labilisierung einer weiteren Klärung seiner Beziehungsschwierigkeiten in der Gruppentherapie entzog, Tenor psychotherapeutische Aufarbeitung eher wenig gelungen, Verlängerung der REHA, um ihm mehr Zeit zur Stabilisierung zu geben. Weiterführung einer ambulanten Gruppenpsychotherapie empfohlen od. in 1-2 Jahren Intervalltherapie REHA-maßnahme, Abschlußdiagnose: schizoide Persönlichkeitsstörung, PSTH-Indikation - supportive Einzelgespräche über ein halbes Jahr geplant, dann nach 3 Std. aber Umstellung auf 25 Std. AT, er hat profitiert, ist in Bewegung gekommen, spricht mehr über sich, er wollte unmittelbar danach keine Einzelgespräche weitermachen. Therapeut schätzt Langzeitprognose günstig ein, Beziehung ist gut genug, daß der P. sich bedarfsweise wieder an ihn wenden wird.

7. Schaubacher

Tinitus - Spezialklinik

**Patienten der
psychotherapeutischen Ambulanz Ulm 1993 (N = 412)**

**Psychotherapeutisch-psychiatrische
Vorkontakte / Vorbehandlungen**

	N	%
keine Angaben	60	14,6
keine	99	24,0
ambulante	150	36,4
stationäre	103	25,0

**Patienten der
psychotherapeutischen Ambulanz Ulm 1993 (N = 412)**

Überweisungsmodus

	N	%
keine Angabe	2	0,5
Selbstüberweisung	256	62,1
Hausarzt-Ebene	100	24,3
Psycho-Arzt-Ebene	43	10,4
Psycho-Fachklinik-Ebene	11	2,7

**Patienten der
psychotherapeutischen Ambulanz Ulm 1993 (N = 412)**

Abschließende Vereinbarung

	N	%
keine Angabe	1	0,2
verbindliche Psychotherapie- empfehlung	257	62,4
unverbindliche Therapie- empfehlung	55	13,3
gelegentliche Kontakte	19	4,6
nichtpsychotherapeutische Maßnahmen i.e. S.	19	4,6
Problem gelöst	25	6,1
Ergebnislos	13	3,2

Abbruch der Kontakte	23	5,6
----------------------	----	-----

**Patienten der
psychotherapeutischen Ambulanz Ulm 1993 (N = 412)**

Therapieempfehlung

	N	%
keine Angabe (!)	81/105	19,6
keine Psychotherapie- empfehlung	2/0	0,5
ambulante Psychotherapie in psychoth. Praxis	160/138	38,9
Psychotherapie in unserer Abteilung	152/156	36,9
stationäre "Psycho"-Therapie	17/13	4,1

**Patienten der
psychotherapeutischen Ambulanz Ulm 1993 (N = 412)**

**Therapierealisation
an der Abteilung PSTH**

	N	%
keine Angabe bzw. außerhalb der Abteilung	304	73,8
innerhalb der Abteilung	108	26,2

UNMÖGLICHES
WIRD SOFORT
ERLEDIGT

—

WUNDER DAUERN
ETWAS LÄNGER