

Differenzielle Indikationsstellung stationärer und tagesklinischer Psychotherapie: die DINSTAP-Studie¹

Differential Indication of Inpatient and Day Clinic Treatment in Psychosomatics

Autoren

Almut Zeck¹, Armin Hartmann¹, Joachim Küchenhoff², Heinz Weiss³, Isa Sammet⁴, Ekkehard Gaus⁵, Eckart Semm⁶, Dirk Harms⁷, Andrea Eisenberg⁸, Roland Rahm⁹, Jörn von Wietersheim¹⁰

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Key words

- inpatients
- partial hospitalization
- indication
- health services research
- effectiveness

Zusammenfassung

Ziel der DINSTAP-Studie ist es, Kriterien zu identifizieren, welche für eine Indikationsstellung stationärer vs. tagesklinischer psychosomatischer Behandlung relevant sind. An 10 Zentren wurden 299 stationäre und 268 tagesklinische Behandlungsepisoden dokumentiert (Basisdaten, Diagnose sowie Schwere der Beeinträchtigung prä/post). Vor Aufnahme wurde ein Ratingbogen ausgefüllt, der Variablen enthält, die für eine Indikationsstellung möglicherweise bedeutsam sind. Erste Ergebnisse weisen auf eine ähnliche Beeinträchtigungsschwere stationär und tagesklinisch behandelter Patienten hin. Die stationär behandelte Gruppe zeigte deutlichere Verbesserungen im Therapieverlauf (SCL-90-R, GAF). Anhand von Kriterien wie der Notwendigkeit der Entlastung von täglichen Aufgaben oder einer täglichen Übungssituation zu Hause ließ sich die jeweilige Indikationsentscheidung gut nachvollziehen. Weitere Analysen sollen die Frage einer differenziellen Indikation abschließend beantworten.

Abstract

Aim of the „DINSTAP“-study is to identify criteria that are of importance for a decision between inpatient or day clinic treatment in patients that are usually admitted to psychosomatic clinics in Germany. 299 inpatient and 268 day clinic treatment episodes from 10 clinics were included in the study. Next to basic data and diagnosis, severity of symptoms and impairment were evaluated (pre, post). A questionnaire was developed which includes aspects that are relevant for differential indication according to clinical experts. This questionnaire was filled out before admission. First results show that patients in both treatment settings were comparable concerning impairment at intake. Inpatients showed better improvement (SCL-90-R, GAF) over the course of treatment. Aspects like the necessity of relief from everyday tasks or a daily „training situation“ at home allowed a prediction of therapist's decision for inpatient or day clinic treatment. Further detailed analyses are planned to answer the question of differential indication more comprehensively.

eingereicht 9. Juni 2008

akzeptiert 18. Juli 2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1067542
 Psychother Psych Med
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Almut Zeck
 Abt. Psychosomatische Medizin
 & Psychotherapie, Universitäts-
 klinik Freiburg
 Hauptstraße 8
 79104 Freiburg
 almut.zeck@uniklinik-
 freiburg.de

Einleitung

Seit den 90er Jahren werden im Bereich Psychosomatischer Medizin & Psychotherapie zunehmend Tageskliniken eröffnet. Diese finden sich an universitären Einrichtungen und psychosomatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern meistens parallel zu stationären Behandlungsangeboten [1]. Einige Abteilungen bieten nur tagesklinische Plätze an. Auch in der Psychiatrie – in der Tageskliniken eine längere Tradition haben – gibt es aktuell in Deutschland eine

Entwicklung mit einer steigenden Zahl tagesklinischer Behandlungsplätze, welche häufig eine Spezialisierung aufweisen (Geriatric, Sucht). Diese Entwicklung hat vor allem zwei Gründe. Der eine ist ein ökonomischer. Eine tagesklinische Behandlung ist für die Krankenkassen kostengünstiger (niedrigere Pflegesätze) als stationäre Behandlung, da für die behandelten Patienten kein Bett und keine Betreuung über die Nacht und das Wochenende finanziert werden muss. Zu Kosteneinsparungen durch tagesklinische Behandlung im psychosomatischen Bereich gibt es noch keine Untersuchungen, in der Psychiatrie werden diese international mit 21–37% angegeben [2], in einer deutschen Studie mit 22,1% [3].

¹ Das Projekt wurde gefördert von der Heidehofstiftung (Projekt No 5905501.1/2.06).

Für die jeweilige Klinik können die niedrigeren Pflegesätze aber ein Problem darstellen, wenn sie nicht ausreichen, um die benötigten Personalstellen zu finanzieren.

Der zweite Grund ist therapeutischer Art: Tagesklinische Behandlungen ermöglichen es, dass Patienten den Bezug zum Alltag und sozialen Umfeld eher aufrechterhalten [4]. Dies kann bei der Behandlung von Störungsbildern sinnvoll sein, deren Symptomatik an auslösende Situationen im Alltag gekoppelt ist: so zum Beispiel bei der Bulimia nervosa und manchen Angststörungen. Auch bei sozial isolierten Patienten, bei welchen eine Verbesserung der sozialen Integration im Fokus der Behandlung steht, bietet eine enge, tägliche Verzahnung von intensiver Psychotherapie und der Lebenssituation zu Hause Vorteile. Eine weitere Gruppe stellen Patienten dar, welche zwar einer intensiven, multimodalen Therapie bedürfen, aber nicht stationär behandelt werden können, da sie z. B. Kinder oder pflegebedürftige Eltern versorgen müssen. Da tagesklinische Behandlung weniger regressionsfördernd ist und mehr Spielräume in der Nähe und Distanzregulation erlaubt, kann sie ferner bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen günstiger sein.

In der psychosomatischen Versorgung sind die meisten Tageskliniken als Alternative zur stationären Behandlung gedacht. Sie können vor allem dann eine Alternative sein, wenn sie ein der stationären Therapie vergleichbar intensives Therapieprogramm anbieten [5]. Andererseits zeigt sich im klinischen Alltag, dass es auch Patienten gibt, für welche der tägliche Wechsel zurück nach Hause eine Überforderung darstellt. Diese bedürfen in der akuten Phase ihrer Erkrankung einer Entlastung von alltäglichen Aufgaben und einer Distanz zum sozialen Kontext.

Eine stationäre Therapie hingegen kann bei manchen Patienten zu Schwierigkeiten führen, wenn es um die Rückkehr in den Alltag geht, aus dem sie für mehrere Wochen herausgenommen wurden. Bei Entlassung reduziert sich das Therapieangebot von mehreren Stunden pro Tag plötzlich auf zumeist eine ambulante Therapiestunde pro Woche. Daher kann es im Sinne eines „step-down-approaches“ günstig sein, Station und Tagesklinik nicht nur als Alternativen zu sehen, sondern als Teil eines abgestuften Behandlungsplanes, bei welchem sich an den stationären Abschnitt zunächst eine tagesklinische Phase anschließt, bevor die Entlassung erfolgt. Tagesklinikprogramme, welche in diesem Sinne als Übergangsetting gedacht sind, müssen nicht notwendigerweise die gleiche Therapiedichte anbieten, wie eine „reine“ Tagesklinik oder eine Station, sondern sind beispielsweise auch als Halbtagesklinik denkbar.

Welche Patienten sollten aber nun eher stationär und welche tagesklinisch (und welche „kombiniert“) behandelt werden? Hängt dies von der Diagnose oder eher von der Störungsschwere ab? Oder sollte die Indikationsentscheidung aufgrund ganz anderer Kriterien vorgenommen werden – beispielsweise der Regressionsneigung, therapeutischer Vorerfahrungen der Patienten oder der sozialen Situation? Bislang gibt es keine empirisch abgesicherten Kriterien für eine differenzielle Indikationsstellung.

Eine in Freiburg durchgeführte Auswertung von Patientendaten der Jahre 1999–2003 zeigte, dass stationäre und tagesklinische Patienten eine ähnliche Störungsschwere und auch vergleichbare Verbesserungen im Verlauf aufwiesen [6]. Andererseits ergaben zwei am gleichen Zentrum durchgeführte Studien Hinweise auf die Notwendigkeit einer differenziellen Indikationsstellung bei bestimmten Störungsgruppen. So nahmen Patienten mit Anorexia nervosa im tagesklinischen Kontext bis zur Entlassung deutlich weniger an Gewicht zu als auf der Station [7]. Allerdings

ist die Studie aufgrund kleiner Fallzahlen und fehlender Katamnesedaten nur eingeschränkt aussagekräftig. In einer randomisierten klinischen Studie zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Behandlung bei Bulimia nervosa zeigten sich dagegen vergleichbare Besserungen im Therapieverlauf, aber eine Überlegenheit der tagesklinischen Therapie nach Entlassung (3-Monats- und 1-Jahres-Katamnese; [8]).

Die meisten Studien zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Behandlung bei psychischen Erkrankungen stammen aus dem Bereich der Psychiatrie. Hier fanden sich in einer Metaanalyse keine Unterschiede in der Effektivität beider Settings [2]. Ähnliches zeigten auch Kallert et al. [9] für 30% der psychiatrischen Patienten, welche als sowohl stationär als auch tagesklinisch behandelbar angesehen wurden und die Basler Vergleichsstudie, in der depressive und persönlichkeitsgestörte Patienten untersucht wurden [10].

Tagesklinik ist allerdings nicht gleich Tagesklinik. Es finden sich meist deutliche Unterschiede in Struktur und therapeutischem Angebot, je nachdem, welche Patientengruppen behandelt werden und welchem Ziel die tagesklinische Behandlung dient [11,12]. So muss jeweils berücksichtigt werden, ob es sich um eine Einrichtung mit dem Ziel der Rehabilitation, der Behandlung akut kranker Patienten oder der Erleichterung des Übergangs vom stationären in den ambulanten Bereich handelt.

Mit dem Ziel eines regelmäßigen Austauschs von Erfahrungen und zur Planung von Forschungsprojekten wurde in einer Phase, in der es zu vielen Einrichtungen von Psychosomatischen Tageskliniken in Deutschland kam, 2001 die „Arbeitsgemeinschaft psychosomatisch-psychotherapeutischer Tageskliniken“ gegründet. Zunächst gehörten zu dieser vor allem Tageskliniken aus dem süddeutschen Raum und eine Tagesklinik in Basel. Der Kreis erweiterte sich jedoch zunehmend, sodass aus den Treffen der Arbeitsgemeinschaft eine jährliche Tagung („Tagesklinik-Werkstatt“) hervorging.

Während der zweimal im Jahr stattfindenden Treffen der Arbeitsgemeinschaft wurde im Sinne einer Expertendiskussion intensiv über Kriterien diskutiert, welche für eine Indikationsstellung stationär vs. tagesklinisch relevant sein könnten. Dabei ging es um Tageskliniken, welche im Rahmen der Krankenhausbehandlung den Auftrag haben, akut kranke Patienten aufzunehmen (mögliche Alternative zur stationären Therapie). Die Diskussion um Indikationskriterien mündete in eine Umfrage, in der alle psychosomatischen Abteilungen in Deutschland, die ein tagesklinisches Setting anbieten, angeschrieben und zu diesem Thema befragt wurden [1]. Die Befragung ergab ähnliche Kontraindikationen für eine tagesklinische Behandlung, wie sie auch von Kallert et al. [9] aus der Psychiatrie beschrieben wurden: die Notwendigkeit kontinuierlicher medizinischer Überwachung, akute Suchterkrankung, Selbst- oder Fremdgefährdung, Zwangsunterbringung, eine Überforderung den Anfahrtsweg zu bewältigen oder Obdachlosigkeit.

Kriterien, die bei einer Indikationsentscheidung herangezogen werden, sollten aber über absolute Kontraindikationen für ein Setting hinausgehen und auch Aspekte beinhalten, welche die Wahrscheinlichkeit eines guten Therapieerfolgs in dem einen oder anderen Setting erhöhen. Basierend auf der Expertendiskussion (s.o.) und der durchgeführten Umfrage wurde daher eine Liste an Aspekten erstellt, die möglicherweise für eine Indikationsstellung relevant sein könnten. Diese Liste bildete die Grundlage für die Entwicklung eines „Ratingbogens zu Indikationsaspekten“, der in der folgenden Studie eingesetzt wurde.

Fragestellung



Es werden Fragestellung und Design sowie erste Daten eines Projektes zur „Differenziellen Indikationsstellung stationärer und tagesklinischer Psychotherapie“ (DINSTAP) vorgestellt, das in der Arbeitsgemeinschaft (s.o.) konzipiert und durchgeführt wurde. Primäres Ziel der Studie war es, Hinweise auf Kriterien zu bekommen, die für eine differenzielle Indikationsstellung „stationäre vs. tagesklinische Therapie“ relevant sind.

Hauptfragestellung

Die Hauptfragestellung wird in einer weiteren Publikation bearbeitet, soll an dieser Stelle aber vorgestellt werden. Sie lautet: Welche Aspekte, die nach Einschätzung klinischer Experten für die Differenzialindikation zwischen stationärer und teilstationärer Therapie relevant sind (erfasst mit einem Ratingbogen zu Indikationsaspekten), sind mit einem guten bzw. schlechten Therapieergebnis assoziiert (definiert über Veränderungen des „Global Severity Index“ GSI des SCL-90-R)?

Zur Beantwortung dieser Frage wurde ein „Ratingbogen zu Indikationsaspekten“ entwickelt, der Variablen erfasst, die nach der Meinung von Experten für eine Indikationsstellung relevant sein könnten.

Fragestellung der aktuellen Publikation

Ein weiteres Ziel der Studie war es, Daten aus dem Versorgungsalltag zu erheben. Über diese Daten soll im Folgenden berichtet werden. Dabei wird folgenden Fragen nachgegangen:

- ▶ Welche Charakteristika und welche Störungsschwere zeigen Patienten, die in psychosomatischen Abteilungen stationär oder tagesklinisch behandelt werden?
- ▶ Welche Charakteristika weisen die behandelnden Zentren auf?
- ▶ Welche Therapieergebnisse werden erreicht (Aufnahme → Entlassung: GSI des SCL-90, GAF, BSS)?

Ergänzend sollen die Inhalte des „Ratingbogens zu Indikationsaspekten“ vorgestellt werden, da sie eine Übersicht darüber geben, welche Variablen Experten für eine Indikationsstellung für relevant erachten.

Methoden



Design

250–300 stationäre und tagesklinische Fälle sollten erfasst werden. Die Rekrutierung erfolgte über einen Zeitraum von ca. 6 Monaten konsekutiv und begann im November 2006. Jedes Zentrum ermittelte zuvor aufgrund von Zahlen der Vorjahre, wie viele Behandlungsepisoden eingebracht werden können und setzte die Rekrutierung über 6 Monate hinaus fort, wenn diese Fallzahl noch nicht erreicht war. Als Mindestanzahl an Fällen pro Zentrum wurde $n=30$ festgelegt, um auf Unterschiede zwischen den Zentren testen zu können. Ausgeschlossen wurden Aufnahmen zu nichttherapeutischen Zwecken (Diagnostik, Begutachtung), Kriseninterventionen mit einer Behandlungsdauer unter 3 Wochen sowie Zweitbehandlungsepisoden im Erhebungszeitraum. Ausgeschlossen wurden ferner Patienten, die von einem Setting in das andere wechselten (z.B. von einer stationären in eine tagesklinische Behandlung), da es zunächst um einen Vergleich beider Settings und nicht die Beurteilung eines „kombinierten“ Vorgehens ging. Zentren mit kombiniert stationär-tagesklinischen Konzepten schlossen nur die Patienten ein,

die während ihrer gesamten Behandlungszeit entweder nur stationär oder nur tagesklinisch behandelt wurden. Vor Aufnahme wurde im Rahmen des Ambulanz- oder Vorgesprächstermins von Therapeuten ein für die Studie entwickelter „Ratingbogen zu Indikationsaspekten“ ausgefüllt (s.u.). Die Datenerhebung folgte ansonsten einem einfachen Prä-/Post-Design mit den Zeitpunkten Aufnahme (T1) und Entlassung (T2). Es wurden Daten aus Patienten- und aus Therapeutenperspektive erhoben.

Zentren

Die Patienten erhielten die jeweils übliche Behandlung am aufnehmenden Zentrum (tagesklinisch oder stationär). Die Rahmenbedingungen jeder Einrichtung (Betten- bzw. Platzzahl, Therapieangebot, Spezialisierungen u.a.) wurden ausführlich dokumentiert (s. [Tab. 1](#)). Die Beschreibung der durchschnittlichen Behandlungszeiten bezieht sich dabei auf die vorangegangenen 2 Jahre.

Es finden sich zwei Zentren, die nur tagesklinische Plätze anbieten und ein Zentrum, das nur über ein stationäres Angebot verfügt. Die meisten Zentren sind von ihrem Konzept her psychodynamisch-integrativ ausgerichtet, d.h. integrieren kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemische Elemente in einen psychodynamisch ausgerichteten Grundansatz; eine Abteilung arbeitet nach einem primär kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz und integriert tiefenpsychologische Elemente, ein weiteres Zentrum bietet zwei Tagesklinikgruppen an, von denen eine psychodynamisch und die andere kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet ist. Zwei Zentren arbeiten weitgehend auf tiefenpsychologisch / psychoanalytischer Grundlage.

Instrumente

Zum Aufnahmezeitpunkt wurden erfasst: die Störungsschwere über den „Beeinträchtigungsschwerescore“ (BSS, [13]; Expertenrating der drei Scores Somatische, Psychische und Sozialkommunikative Beeinträchtigung), das „Global Assessment of Functioning“ (GAF, [14]; Expertenrating des allgemeinen Funktionsniveaus, ein Score) sowie der „Global Severity Index“ (Gesamtschwerescore des SCL-90-R, [15]; Selbstbeurteilungsinstrument mit 90 Items), das Ausmaß interpersoneller Probleme (IIP-C, [16]; Selbstbeurteilung mit den beiden Hauptachsen DOM „Dominanz“ und LOV „Affiliation“ und einem Gesamtscore, analysiert nach z-Transformation der Rohwerte) sowie die soziale Integration (FSI, [17]; Selbstbeurteilung mit verschiedenen Funktionsbereichen wie Beruf, Partnerschaft, Familie und Gesamtscore). Ferner wurden die Hauptbehandlungsdiagnose sowie die Nebendiagnosen (ICD-10) durch die behandelnden Therapeuten dokumentiert. Bei Entlassung erfolgte erneut ein Expertenrating von GAF und BSS sowie eine Selbstbeurteilung anhand der SCL-90-R. Frühzeitige Behandlungsbeendigungen oder Verlegungen wurden codiert.

Zentrales Instrument der Studie war ein Ratingbogen zu Indikationsaspekten (s.u.), der vor Aufnahme von Therapeuten in der Ambulanz oder nach einem Vorgespräch mit den Patienten ausgefüllt wurde. Wenn kein Vorgespräch stattfand, wurde der Ratingbogen in Ausnahmefällen vom aufnehmenden Therapeuten auf der Station oder der Tagesklinik bearbeitet.

Entwicklung des Ratingbogens zu Indikationsaspekten

Die Aspekte, die mit dem Ratingbogen zu Indikationsaspekten zu beurteilen waren, sind in [Tab. 2](#) dargestellt. Sie stellen eine Sammlung von Variablen dar, die erfahrene Kliniker für eine differenzielle Indikationsstellung als möglicherweise relevant er-

Tab. 1 Beschreibung der Zentren.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Behandlungsplätze										
Tagesklinik	12	12	10	15	20	18 (9+9)	24**	8	–	10
Station	18	14	26	–	20	–	14**	16	78	20
Durchschnittl. Behandlungsdauer (Wo)										
Station*	11	12	8	–	7	9	9 [Ⓢ]	7	6	12
Tagesklinik*	10	16	8	7	7	–	7 [Ⓢ]	8	–	12
Therapiekonzept										
TP/PA		●		●		●				●
KVT						●				
Integrativ – TP/PA (KVT)	●		●		●		●		●	●
integrativ – KVT (TP)								●		
spezialisierte Konzepte für bestimmte Störungsgruppen										
Essstörungen	●	●	●		●	●	●	●	●	●
Angst		●	●		●				●	●
Depression									●	
Krisen			●				●			
PTSD							●			
PD/Borderline		●				●				
Somatoforme / Schmerz	●		●				●		●	
sonstige				explizite Individualisierung			Ältere (TK)		Ältere	
Therapiedichte (Std. pro Woche)										
Tagesklinik*	20 h	22 h	18–25 h	18 h	20–25 h	22 h	25–30 h	22 h	–	20–25 h
Station*	20 h	21 h	18–25 h	–	20–25 h	–	30 h	21 h	23–27 h	20–25 h

* Die durchschnittliche Behandlungsdauer und die Therapiedosis pro Woche sind ungefähre Angaben, die sich an den Zahlen der letzten Jahre sowie den „Standardbehandlungsplänen“ orientieren; ** In Klinik VII gibt es 4 störungsorientierte Bereiche mit jeweils stationären und tagesklinischen Behandlungsplätzen; PD: Persönlichkeitsstörungen; TP/PD: tiefenpsychologisch, psychodynamisch; KVT: kognitiv-verhaltenstherapeutisch; [Ⓢ] jeweils „Kurzzeitprogramm (tagesklinisch 5 bis max. 20 Tage; stationär 10 bis max. 28 Tage) und reguläres Programm (tagesklinisch 35–40 Tage, stationär 56–70 Tage)

achten. Die einzelnen Items des Bogens wurden in der Arbeitsgemeinschaft intensiv diskutiert und nach Überprüfung der Praktikabilität an mehreren Zentren wiederholt korrigiert. Es wurde ein Manual entwickelt, um eine möglichst reliable Anwendung des Bogens sicherzustellen und die Verwendung des Bogens an den einzelnen Zentren trainiert. Die Items wurden von „0“ (gar nicht) bis „3“ (stark) codiert.

Zusätzlich zu den in **Tab. 2** genannten Aspekten wurde abschließend zusätzlich beurteilt: die Präferenz eines Patienten für ein Behandlungssetting, die Bewertung der Option Tagesklinik resp. Station aus Patientensicht, der Zuweisungsmodus und die Indikationspräferenz des Therapeuten. Die definitive Entscheidung für ein Setting wurde erfasst einschließlich der Gründe, die den Ausschlag für diese Entscheidung gegeben hatten.

Auswertung

Die Daten wurden in den beiden Studienzentren Freiburg und Ulm erfasst und mittels MS-Access-Datenbanken verwaltet. Die Auswertung erfolgte mit SAS-JMP und SPSS. Die Beschreibung der Stichprobe verwendet einfache deskriptive Statistiken. Veränderungen auf den Ergebnisinstrumenten wurden durch Varianzanalysen für Messwiederholungen auf signifikante Unterschiede zwischen den beiden Settings getestet. Die Vorhersage der Indikationsentscheidung aus Items des Indikationsbogens wurde mittels SPSS-CatReg durchgeführt. CatReg erlaubt die Exploration von nichtlinearen Zusammenhängen und die simultane Verwendung von unabhängigen Variablen auf gemischtem Datenniveau (intervall, ordinal, nominal), indem Regressionsmodelle mit Methoden des Optimal Scaling kombiniert werden. So

ist es möglich, die Informationen des „Ratingbogens zu Indikationsaspekten“ umfassend und in nur einem multivariaten Modell zu verrechnen.

Ergebnisse

Beschreibung der Zentren

In **Tab. 1** sind die beteiligten Zentren mit ihren Charakteristika beschrieben. Die tagesklinischen Einheiten sind mit 8–19 Plätzen etwas kleiner als die stationären mit 12–26 Betten (ein Zentrum bietet 2 Tagesklinikgruppen für je 9 Patienten an, in einem weiteren Zentrum finden sich 4 Behandlungsgruppen, für die jeweils sowohl stationäre als auch tagesklinische Therapieplätze angeboten werden). Die durchschnittlichen Behandlungsdauern liegen bei 9–10 Wochen (stationär 8,7/SD=4,4 resp. teilstationär 9,9/SD=4,1).

Die meisten Kliniken bieten störungsspezifische Programme bzw. Behandlungsbausteine für bestimmte Störungsgruppen an, am häufigsten für Essstörungen, somatoforme Störungen und Angststörungen. Zwei Kliniken haben Angebote für Patienten in Krisen, zwei weitere halten spezielle Angebote für Ältere oder Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeit vor. Eine Tagesklinik mit psychoanalytischer Orientierung betont ein individualisiertes Vorgehen.

Bei der wöchentlichen Therapiedichte finden sich große Ähnlichkeiten im stationären und tagesklinischen Bereich sowie zwischen den Zentren. Durchschnittlich werden 22–23 Therapiestunden pro Woche angeboten. Dabei wurden alle „festen“

Tab.2 Ratingbogen zur Indikationsstellung.

Bereich	Einzelaspekte
Anfahrtsweg	– Entfernung vom Wohnort – Wegzeit – Verkehrsmittel – Bewältigung des Weges: – körperliche Einschränkungen – psychische Einschränkungen
Versorgungsaufgaben	– zu betreuende Personen / Haustiere – sonstige Gründe, die häusliche Anwesenheit erforderlich machen
Belastung	– Ausmaß der Belastung durch häusliche Anforderungen – Notwendigkeit der Entlastung (Therapeutesicht, Patientensicht)
Struktur	– Hilfe bei Strukturierung des Tagesablaufs nötig?
soziale Einbindung	– Ausmaß sozialer Isolation
Antrieb / Erschöpfung	– Ausmaß, in welchem Antrieb reduziert ist – Ausmaß an Erschöpfung
Somatische Situation	– Ausmaß der Notwendigkeit medizinischer Betreuung
Symptomatik	– Kopplung an Auslöser im Alltag – Notwendigkeit der zeitnahen Umsetzung von Veränderungen im Alltag – Ausmaß an Chronifizierung
Selbststeuerung	– Ausmaß suizidaler Impulse – selbstschädigende Verhaltensweisen – Selbststeuerungsfähigkeit in Krisen – Sunstanzmissbrauch
Vorbehandlungen	– stationäre und tagesklinisch (Anzahl) – als hilfreich erlebt? – nach Entlassung Symptomverschlechterungen?
Familie	– Ausmaß an Konflikten / Verstrickung – Notwendigkeit der Distanzierung (Patientensicht, Therapeutesicht)
Soziales Umfeld	– Ausmaß an Konflikten / Verstrickung – Notwendigkeit der Distanzierung (Patientensicht, Therapeutesicht)
Einsicht / Motivation	– Einsichtsfähigkeit in psychosomatische Zusammenhänge – Motivation zur Behandlung
Regressionspotenzial	– Versorgungswünsche – Muster von Abhängigkeit (bzw. deren Abwehr) in Beziehungen

Therapiezeiten eingerechnet (einschließlich Entspannungstherapie, Sportgruppen sowie „Morgen- und Abendrunden“). Ein Vergleich der Stellenausstattung erwies sich als sehr schwierig, da häufig Mitarbeiter in verschiedenen Bereichen der Kliniken eingesetzt werden.

Soziodemografische Daten und Stichprobenbeschreibung

Es konnten 299 stationäre und 268 teilstationäre Behandlungsepisoden mit weitgehend kompletten Datensätzen dokumentiert werden. Fälle, bei welchen größere Teile der Basisdokumentation, der Ratingbogen zu Indikationsaspekten oder die Diagnosen fehlten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

In **Tab.3** findet sich eine Beschreibung der Patientenstichprobe. $\frac{1}{4}$ der Patienten waren Männer, $\frac{3}{4}$ Frauen. Das Durchschnittsalter lag sowohl im tagesklinischen als auch im stationären Bereich bei 40 Jahren. Die tagesklinisch behandelte Gruppe wies häufiger stationäre Vorbehandlungen auf ($\chi^2=5,09$; $df=1$;

$p<0,02$) und war vor Aufnahme länger arbeitsunfähig ($\chi^2=7,84$; $df=1$, $p<0,005$; bei fehlenden Angaben $n=252/567$). Bei der Verteilung der Diagnosegruppen zeigte sich, dass Patienten mit der Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung häufiger tagesklinisch behandelt wurden (13 versus 7%), Patienten mit Anpassungsstörungen hingegen eher stationär (11 versus 7%; Hinweis: eine Signifikanztestung war an dieser Stelle nicht möglich). Bei den Essstörungen ergab eine detaillierte Analyse Unterschiede zwischen den Diagnosen Anorexie und Bulimie: Während Bulimiepatienten in beiden Settings gleich häufig behandelt wurden ($n=16$ resp. $n=18$), wurden Anorexiepatienten vor allem stationär aufgenommen ($n=27$ versus $n=6$).

Die Behandlungsdauern in den Tageskliniken waren im Schnitt 1,2 Wochen länger als im stationären Bereich ($T=3,25$; $df=1,561$; $p<0,001$).

Die Schwere der psychopathologischen Beeinträchtigung der Patientengruppen zum Aufnahmezeitpunkt war in beiden Settings ähnlich. Es zeigte sich nur ein einziger statistisch signifikanter Unterschied (bei vielen parallelen Vergleichen) – und zwar in der Ausprägung interpersoneller Probleme auf der IIP-C-Achse „Affiliation“ (Pole: zugewandt/fürsorglich vs. abweisend). Patienten, die stationär behandelt wurden, zeigten eine etwas stärkere Zugewandtheit als teilstationär behandelte Patienten. Es zeigten sich keine Unterschiede in den globalen Maßen zur Störungsschwere und Beeinträchtigung insgesamt, weder in der Selbst- (SCL-90-R) noch in der Fremdeinschätzung (GAF, BSS). Auch das Ausmaß der Beeinträchtigung im beruflichen, familiären und sozialen Bereich (soziale Integration, FSI) wies zum Aufnahmezeitpunkt keine Unterschiede auf.

Therapieeffekte

Es zeigten sich in beiden Settings deutliche Verbesserungen der Beeinträchtigungsschwere und der Symptomatik über die Zeit (SCL-90, GAF, BSS, IIP-C Gesamtscore). Nur auf der IIP-C Achse „Affiliation“ ergaben sich keine signifikanten Veränderungen.

Vergleicht man das durchschnittliche Ausmaß der erreichten Symptomreduktion zwischen den Settings, so zeigen sich folgende Unterschiede: im Verlauf stationärer Behandlung kam es zu einer signifikant stärkeren Reduktion der allgemeinen Symptombelastung (SCL-90R-GSI; $F=8,32$; $df=1,492$; $p<0,004$). Die Prä-Post-Effektstärken [18] lagen bei stationärer Behandlung bei $-0,81$ und bei tagesklinischer Therapie bei $-0,54$.

In der Beurteilung der allgemeinen Funktionsfähigkeit aus Therapeutesicht (GAF) kam es ebenfalls bei stationärer Therapie zu einer stärkeren Besserung ($F=21,7$; $df=1,548$; $p<0,0001$). Andererseits zeigte sich in einem Beeinträchtigungsbereich (beurteilt mit dem BSS) aus Therapeutesicht eine deutlichere Besserung nach teilstationärer Behandlung: dem sozialkommunikativen Beeinträchtigungsgrad (BSS-soz; $F=8,96$; $df=1,549$; $p<0,003$).

Stationär behandelte Patienten brachen die Behandlungen signifikant häufiger ab ($\chi^2=4,38$; $df=1,544$; $p<0,04$).

Indikationsentscheidung

In der Regel waren Patienten, bei welchen aus therapeutischer Sicht eine Indikation für ein bestimmtes Setting gesehen wurde, mit dieser Indikation einverstanden und wurden in das jeweilige Setting aufgenommen. Dabei stellten die Therapeuten bei 211 Patienten die Indikation „Tagesklinik“ (diese wurde in 96,2% der Fälle umgesetzt) und in 228 Fällen die Indikation „stationäre Behandlung“ (umgesetzt in 95,2% der Fälle). Bei 98 Patienten (17,3%) waren die Therapeuten bezüglich der Differenzialindika-

Tab.3 Stichprobenbeschreibung.

Variable	Ausprägung / Zeitpunkt	gesamt n = 567	Station n = 299	Tagesklinik n = 268	ANOVAr WKW t-test
Geschlecht	m	145 (25,6%)	74 (24,8%)	71 (26,5%)	n. s.
	w	421 (74,4%)	224 (75,2%)	197 (73,5%)	
	missings	1 / 567	1 / 299		
Alter		40,1 (14,3)	41,0 (15,1)	39,2 (13,5)	n. s.
	missings	5 / 567	3 / 299	2 / 268	
Arbeitsunfähigkeit vor Aufn. (Wo)	missings	15,4 (16,7)	10,4 (10,9)	15,6 (16,8)	**
Stationäre Vorbehandlungen	ja	192 (34,9%)	86 (30,4%)	106 (39,6%)	*
	missings	16 / 567	16 / 299		
Diagnosen (Erst / Haupt)	Depression	226 (39,9%)	114 (38,1%)	112 (41,8%)	
	Angststörungen	64 (11,3%)	32 (10,7%)	32 (11,9%)	
	Somatof. Störungen	58 (10,2%)	33 (11,0%)	25 (9,3%)	
	Essstörungen	67 (11,8%)	43 (14,4%)	24 (8,9%)	
	Anpassungsst.	52 (9,2%)	34 (11,4%)	18 (6,7%)	
	Persönlichkeitsst.	55 (9,7%)	20 (6,7%)	35 (13,1%)	
Behandlungsdauer	Sonstige	44 (7,9%)	23 (7,7%)	22 (8,2%)	***
	Wochen	9,2 (4,3)	8,7 (4,4)	9,9 (4,1)	
Therapieabbruch	missings	3 / 567	1 / 299	2 / 268	*
	ja	72 / 518 (13,9%)	45 / 278 (16,2%)	27 / 240 (11,3%)	
FSI	missings	21 / 299	28 / 268		n. s.
	Pr	2,46 (0,56)	2,44 (0,54)	2,48 (0,60)	
SCL-90-R-GSI		35 / 567	23 / 299	12 / 268	Trt: n. s. Time: *** Time × Trt: **
	Pr	1,35 (0,66)	1,38 (0,64)	1,32 (0,91)	
	Po	0,91 (0,66)	0,86 (0,62)	0,96 (0,70)	
GAF	missings	73 / 567	48 / 299	25 / 268	Trt: n. s. Time: *** Time × Trt: ***
	Pr	50,3 (11,5)	49,8 (12,4)	50,9 (10,3)	
	Po	64,0 (12,4)	65,9 (12,9)	62,0 (11,5)	
BSS – som	missings	17 / 567	12 / 299	5 / 268	Trt: n. s. Time: *** Time × Trt: n. s.
	Pr	1,77 (0,95)	1,86 (1,01)	1,66 (0,85)	
	Po	1,11 (0,84)	1,14 (0,91)	1,08 (0,74)	
BSS – psych	missings	14 / 567	6 / 299	8 / 268	Trt: n. s. Time: *** Time × Trt: n. s.
	Pr	2,66 (0,64)	2,70 (0,65)	2,62 (0,64)	
	Po	1,59 (0,70)	1,58 (0,73)	1,61 (0,67)	
BSS – soz	missings	15 / 567	7 / 299	8 / 268	Trt: n. s. Time: *** Time × Trt: ***
	Pr	2,11 (0,88)	2,21 (0,88)	2,00 (0,87)	
	Po	1,37 (0,82)	1,36 (0,83)	1,39 (0,81)	
IIP-C zLOV	missings	16 / 567	8 / 299	8 / 268	Trt: * Time: n. s. Time × Trt: n. s.
	Pr	0,06 (0,69)	0,12 (0,70)	0,00 (0,67)	
	Po	0,06 (0,64)	0,12 (0,66)	0,00 (0,60)	
IIP-C zDOM	missings	97 / 567	44 / 299	53 / 268	Trt: n. s. Time: *** Time × Trt: n. s.
	Pr	-0,59 (0,69)	-0,58 (0,70)	-0,60 (0,68)	
	Po	-0,47 (0,62)	-0,46 (0,64)	-0,48 (0,60)	
IIP-C zTotal	missings	99 / 567	46 / 299	53 / 268	Trt: n. s. Time: *** Time × Trt: n. s.
	Pr	0,30 (0,80)	0,33 (0,78)	0,27 (0,82)	
	Po	0,01 (0,86)	0,04 (0,85)	-0,03 (0,87)	
	missings	99 / 567	46 / 299	53 / 268	

Anmerkung: Signifikanztestung über ANOVA (repeated measurement), Wilcoxon-Kruskal-Wallis Rang-Summen-Test oder t-Test; * $p > 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n. s. = nicht signifikant; m = männlich; w = weiblich; FSI: Fragebogen zur sozialen Integration; SCL-90-R: Symptom-Checkliste 90-R; GAF: Global Assessment of Functioning; BSS: Beeinträchtigungs-Schwere-Score (som = „somatisch“, „psych“ = psychisch; soz = „sozialkommunikativ“); IIP-C: Inventar Interpersoneller Probleme (zLOV = z-Werte der Achse „Affiliation“; zDOM = z-Werte der Achse „Dominanz“; zTotal = z-Werte-Gesamtscore); Pr = prä, Aufnahmezeitpunkt; Po = post; Entlasszeitpunkt

tion Station oder Tagesklinik unentschieden. Von diesen 98 Patienten wurden schließlich 40 tagesklinisch (40,8%) und 58 stationär (59,2%) aufgenommen. In 30 von 567 Fällen fehlten entsprechende Angaben. Patienten, bei welchen zwar eine Indikation zur stationären oder tagesklinischen Behandlung gestellt wurde, die aber keine oder nur eine ambulante Behandlung aufnahmen, wurden hier nicht erfasst.

Aus folgenden Aspekten des Ratingbogens zu Indikationsaspekten ließ sich die Indikationsentscheidung (Tagesklinik oder Station) am besten vorhersagen, d. h. diese Aspekte erwiesen sich für die Indikationsentscheidung aus Sicht der Therapeuten als

am relevantesten (Nennung in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Varianzaufklärung des Modells, CatReg):

1. bei stationärer Aufnahme erschien den Therapeuten eine Entlastung von alltäglichen Aufgaben besonders erforderlich ($F = 37,89$; $df = 2$; $p < 0,000$);
2. bei tagesklinischer Indikation empfanden die Therapeuten eine kontinuierliche Umsetzung von Therapieerfahrungen im Alltag als besonders bedeutsam ($F = 41,05$; $df = 3$; $p < 0,000$);
3. wenn sie eine Distanzierung vom familiären Kontext für notwendig hielten, kam es eher zu einer stationären Therapie ($F = 15,35$; $df = 3$; $p < 0,000$);

4. wenn Patienten wegen psychischer Schwierigkeiten Probleme bei der Bewältigung des Anfahrtsweges hatten, wurde eher für eine stationäre Therapie entschieden ($F=15,04$; $df=3$; $p<0,000$) und
5. wenn der Anfahrtsweg sehr lang war (>45 Minuten) wurde ebenfalls eher die Indikation zu einer stationären Aufnahme gestellt ($F=18,87$; $df=3$; $p<0,000$).

Diskussion

Die stationären und tagesklinischen Programme der an der Studie beteiligten Kliniken weisen viele Ähnlichkeiten auf. Die Behandlungszeiten liegen bei 2–4 Monaten. Tagesklinische Einheiten sind in der Regel etwas kleiner als stationäre, meist liegt die Platzzahl zwischen 10 und 15. Man könnte vermuten, dass zunächst noch Unsicherheit darüber bestand, für wie viele Patienten aus der Umgebung eine Tagesklinik geeignet ist. Die Intensität der Behandlung („therapeutische Dosis“) ist in den stationären und tagesklinischen Bereichen vergleichbar, was darauf hinweist, dass beide Settings auch als Alternativen verstanden werden können. Die durchschnittliche „Behandlungsdosis“ beträgt ca. 22–23 Std. an Therapie pro Woche. Einige Kliniken bieten störungsspezifische Therapieelemente für Patientengruppen an, die für Psychosomatische Kliniken typisch sind, so vor allem für Patienten mit Essstörungen, somatoformen Störungen und Angststörungen. In einer weiterführenden Auswertung sollen mögliche Unterschiede zwischen den Zentren (Art des Therapieangebots, Umfang an Einzel- und Gruppentherapien, Spezialtherapien etc.) und ihre Zusammenhänge mit den Therapieverläufen noch genauer geprüft werden (siehe Ausblick).

Die Gesamtbehandlungsdauern sind in den Tageskliniken im Durchschnitt etwas länger (1,2 Wochen), ein Ergebnis, welches sich auch in einer Untersuchung aus dem Bereich der Psychiatrie fand. So berichten Kallert et al. [9] von durchschnittlich 87,7 Tagen tagesklinischer Behandlung und 67,8 Tagen stationärer Therapie. Allerdings zeigt eine genauere Betrachtung, dass die Unterschiede zwischen den beteiligten Zentren größer sind als die Unterschiede zwischen den Settings (• Tab. 1). Möglicherweise spiegeln sich hier regionale Rahmenbedingungen wider, die wesentlich durch die Kostenträger und Klinikstrukturen mitbedingt sind.

Zu bedenken ist bei einer Diskussion der Behandlungsdauer ferner, dass in Tageskliniken meistens 5 Tage pro Woche als Behandlungstage gezählt werden, im stationären Bereich hingegen 7 Tage. Die Wochenenden werden bei stationärer Behandlung mitgerechnet, da die Patienten in der Klinik übernachten und weiterbetreut werden. An Wochenenden finden aber auch auf einer Station keine Therapien im engeren Sinne statt, mit Ausnahme von Gesprächen mit den diensthabenden Pflegekräften. Eine Angabe der Behandlungsdauer in Wochen ermöglicht eine bessere Vorstellung davon, welche Zeiträume Behandlungsprozesse insgesamt brauchen, bis eine Entlassung möglich ist (und Patienten damit beispielsweise aus der Arbeitssituation herausfallen), wohingegen eine Angabe in „Tagen an Behandlung“ sich vor allem für eine Abschätzung der Kosten anbietet, die durch Unterbringung, Verpflegung und Betreuung verursacht werden. Die Schwere der Beeinträchtigung der Patienten, die stationär und tagesklinisch behandelt wurden, ist vergleichbar – sowohl wenn man die Selbstbeurteilung der Patienten heranzieht (GSI), als auch wenn man die Beurteilung der Therapeuten (GAF, BSS) nimmt. Dies spricht dafür, dass die Schwere der Störung (bis zu

einem gewissen Ausmaß) für eine differenzielle Indikationsstellung vermutlich nicht entscheidend ist [19]. Auch stark beeinträchtigte Patienten können tagesklinisch behandelt werden, wenn die psychische Symptomatik die Bewältigung des Anfahrtsweges erlaubt. Die Beeinträchtigung der Patienten in dieser Untersuchung (stationär GSI: 1,38; teilstationär GSI: 1,32) entspricht dem Ausmaß an Beeinträchtigung, das auch in anderen Studien zur stationären Behandlung beschrieben wurde (GSI zwischen 1,25 und 1,4: [6,20,21]). Der Unterschied zwischen stationär und tagesklinisch behandelten Patienten auf der Achse „Affiliation“ des IIP-C ist nur schwer interpretierbar, unter anderem auch wegen der vielen parallelen Tests (exploratives Vorgehen). Teilstationär behandelte Patienten wären in ihrem interpersonellen Verhalten danach etwas abweisender. Dieses Ergebnis könnte eventuell auf den höheren Anteil persönlichkeitsgestörter Patienten im tagesklinischen Setting zurückzuführen sein.

Während die Alters- und Geschlechtsverteilung keine Unterschiede zwischen den stationär und tagesklinisch behandelten Patientengruppen zeigt, fanden sich mehr stationär vorbehandelte Patienten in den Tageskliniken. Sie waren vor Aufnahme signifikant länger arbeitsunfähig. Möglicherweise handelt es sich hierbei um Patienten, die nach früheren stationären Therapien Mühe hatten, Veränderungen in den Alltag zu übertragen oder aber Patienten mit einem größeren Regressionspotenzial, bei welchen die Therapeuten diesmal eine Tagesklinik empfahlen.

Im Rahmen stationärer Behandlung fanden sich signifikant häufiger Behandlungsabbrüche. Allerdings ist – wie bei anderen signifikanten Befunden auch – zu berücksichtigen, dass bei den großen Fallzahlen die Bedeutung von Effekten leicht überschätzt werden kann. Zu bedenken ist ferner, dass nur Aussagen über „späte Abbrecher“ getroffen werden können, da nur Behandlungen von mindestens 3 Wochen Dauer untersucht wurden. Eine Erklärung für diesen Befund könnte sein, dass stationär behandelte Patienten stärker unter Trennungsschwierigkeiten von der häuslichen Umgebung leiden, Schuldgefühle gegenüber Angehörigen empfinden welche versorgt werden sollten und eine größere Angst vor Stigmatisierung empfinden oder aber größere Anpassungsschwierigkeiten an das stationäre Milieu haben, wenn sie 24 Stunden auf der Station verbleiben müssen – Gründe, die zu einem Abbruch der Behandlung führen könnten.

Betrachtet man die Diagnosegruppen, die in beiden Settings behandelt werden, so machen depressive Patienten wie auch in psychiatrischen Kliniken [9] den größten Anteil aller behandelten Patienten aus. Darauf folgen in vergleichbarem Umfang (Anteil um die 10%) Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen. Bei ca. 5–9% der Patienten wurde eine Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose vergeben. Es deuten sich nur wenige Unterschiede zwischen den Settings an. Diese finden sich bei einer genaueren Betrachtung der Essstörungsgruppen, bei Anpassungsstörungen und Patienten mit der Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung. Die Diskussion der Ergebnisse in der Arbeitsgemeinschaft ergab allerdings, dass nicht auszuschließen ist, dass die Unterschiede auch durch unterschiedliche Gepflogenheiten bei der Vergabe von Erst- und Zweitdiagnosen bedingt sein könnten sowie durch Spezialisierungen der jeweiligen Klinik. So gaben mehrere Zentren an, eine Persönlichkeitsstörung nur sehr selten als Erstdiagnose zu vergeben, während dies an anderen Zentren üblicher ist. Bei Patienten mit „Anpassungsstörungen“, die im Allgemeinen keiner stationären oder tagesklinischen Behandlung bedürfen, handel-

te es sich vor allem um Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen und begleitender psychischer Beeinträchtigung (welche wegen der körperlichen Erkrankung vorwiegend stationär behandelt wurden) oder um Patienten, die nach Suizidversuchen (ausgelöst durch schwere Lebensereignisse) aufgenommen wurden, aber nicht die Kriterien einer depressiven Episode i. e. S. erfüllten.

Für eine weiterführende Studie wäre eine Erhebung der Diagnosen anhand eines strukturierten Interviews (z. B. SKID I+II) und durch unabhängige Beurteiler erforderlich, um die Reliabilität der Daten zu erhöhen.

Beide Settings erweisen sich insgesamt als effektiv in der Reduktion allgemeiner Psychopathologie und Beeinträchtigungsschwere. Dabei zeigen sich eine deutlichere Reduktion allgemeiner Psychopathologie und eine ausgeprägtere Besserung des allgemeinen Funktionsniveaus nach stationärer Behandlung (in der Selbstbeurteilung durch die Patienten: GSI/SCL-90-R und in der Beurteilung durch die Kliniker: GAF). Auch die Effektstärken (GSI) sind im stationären Bereich höher, wobei zu bedenken ist, dass sich bei der tagesklinischen Gruppe auch größere Standardabweichungen fanden. Hingegen haben die Therapeuten die Einschätzung, dass es nach teilstationärer Therapie zu einer stärkeren Verbesserung der sozialkommunikativen Beeinträchtigung kommt (BSS soz.-komm.). An dieser Stelle wären Katamnesezeiten wünschenswert. Es ist vorstellbar, dass stationär behandelte Patienten sich zwar durch den schützenden Rahmen, in dem sie sich bis zur Entlassung befinden, deutlicher bessern, aber es ist zu prüfen, ob dieses Ergebnis auch noch nach Entlassung Bestand hat. Vorstellbar ist durchaus, dass die Art der Wirksamkeit beider Settings Unterschiede aufweist: Eine Verbesserung allgemeiner Psychopathologie und Beeinträchtigung könnte bei Entlastung vom Alltag und im geschützten Rahmen schneller und leichter erfolgen, während eine Verbesserung sozialkommunikativer Fähigkeiten eher gelingt, wenn eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem alltäglichen Lebenskontext möglich ist. Insgesamt sind die Unterschiede in den Therapieeffekten jedoch nur mäßig ausgeprägt. Es muss dabei berücksichtigt werden, dass Befunde aufgrund der recht hohen Fallzahlen rasch signifikant werden können. Zudem handelt es sich um ein naturalistisches Design: Die Stichproben für tagesklinische und stationäre Behandlung sind nicht (wie etwa nach Randomisierung) als äquivalent zu betrachten, wie ja die oft eindeutigen Indikationspräferenzen zeigen.

Es kann aus diesen Ergebnissen nicht abgeleitet werden, dass beide Settings identisch wirksam sind oder stationäre Behandlung durch teilstationäre generell ersetzbar ist. Wir gehen davon aus, dass das stationäre Setting für bestimmte Patienten unverzichtbar ist (z. B. für sehr erschöpfte Patienten, für Patienten mit zusätzlicher schwerer körperlicher Beeinträchtigung, für Patienten mit geringer Motivation und begrenztem Zugang zu psychosomatischen Zusammenhängen, für Patienten mit schweren Belastungen im familiären und sozialen Kontext) und das tagesklinische Setting für wiederum andere Patienten Vorteile bietet (für Patienten mit Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulation, für Patienten, die eine „Übungssituation“ im alltäglichen Kontext brauchen). Da bislang nur die Mittelwerte beider Gruppen miteinander verglichen wurden, ist als nächster Schritt eine Subgruppenanalyse erforderlich, um diese Annahmen zu prüfen. Die Therapeuten gaben nur in 17% der Fälle an, unentschieden zu sein, ob sie einen Patienten lieber auf der Station oder in die Tagesklinik aufnehmen sollten. Sie hatten in der Regel eine klare Präferenz für ein Setting, welche in der Regel auch umgesetzt

wurde. Dies kann mit verschiedenen Faktoren zusammenhängen: Patienten, bei denen eine intensive Behandlung evtl. günstig gewesen wäre, die aber nicht aufgenommen wurden, wurden in der Studie nicht erfasst. An manchen Zentren gab es nur jeweils eines der Settings, sodass hier möglicherweise primär die Indikation für genau dieses Setting gestellt wurde. Auch könnte das Ausfüllen des Ratingbogens Therapeuten geholfen haben, eine klarere Entscheidung zu treffen. Uns interessierte aber vor allem, welche der verschiedenen Kriterien besonders hoch mit der jeweiligen Entscheidung korrelierten. Grundsätzlich ist aufgrund des naturalistischen Designs der Studie nicht auszuschließen, dass das Zuweisungshandeln der Kliniker durch die verfügbaren Therapieoptionen (verfügbare Behandlungsplätze auf Station oder TK) gesteuert wird, also nicht Konsequenz einer unabhängigen Indikationsempfehlung ist, sondern deren Ursache.

Eine erste explorative Regressionsanalyse konnte einige Variablen des Ratingbogens identifizieren, die einen besonders deutlichen Zusammenhang mit der Indikationsentscheidung der Therapeuten aufweisen: Vor allem, wenn Therapeuten eine Entlastung von alltäglichen Aufgaben oder eine Distanzierung von der familiären Situation für erforderlich hielten, sahen sie eine Indikation für eine stationäre Behandlung gegeben. Verspricht es hingegen therapeutische Vorteile, wenn der alltägliche Kontext im Sinne eines „Übungsfeldes“ während der Behandlung einbezogen ist, wird eine tagesklinische Behandlung empfohlen. Als weiterer Aspekt spielt die Entfernung zwischen Klinik und Wohnort eine Rolle: ist der Anfahrtsweg zu lang oder aber aus psychischen Gründen (Antriebsstörung, Ängste) nur schwer bewältigbar, wird eine stationäre Therapie vorgezogen.

Eine klare Weichenstellung der Therapeuten vor Beginn einer Aufnahme könnte – gerade wenn man davon ausgeht, dass Therapeuten ein „richtiges Gespür“ haben und „gute“ Indikationsentscheidungen treffen – mit dazu geführt haben, dass sich die Patientengruppen in beiden Settings im Durchschnitt in vergleichbarer Weise verbessern. Ob die identifizierten Aspekte aber wirklich für eine Indikationsstellung relevant sind, kann nur durch weitere Analysen geprüft werden – insbesondere darüber, ob sich ein Zusammenhang zwischen ihnen und dem Therapieerfolg im einen oder anderen Setting zeigen lässt. Die hier vorgestellten Ergebnisse bilden bislang nur subjektive Einschätzungen der Therapeuten ab, die mehr ein „Wichtigkeitsranking“ der Indikationsaspekte widerspiegeln. Wünschenswert wäre auch eine ergänzende Untersuchung dieser Aspekte aus Patientensicht.

Ausblick



Dargestellt wurden die Konzeption und Fragestellung des DINTAP-Projektes sowie erste Auswertungen. Geplant sind folgende weitere Analysen:

1. eine Faktorisierung des Ratingbogens zu Indikationsaspekten und eine differenzierte Darstellung der Zusammenhänge der Items des Bogens mit der Indikationsempfehlung und -entscheidung der (Ambulanz-)Therapeuten,
2. ein Versuch der Vorhersage der Therapieergebnisse im jeweiligen Setting aus den Indikationsaspekten [Hauptfragestellung],
3. eine Analyse von Zusammenhängen zwischen Patientencharakteristika und dem Therapieergebnis sowie
4. eine Analyse der Bedeutung von Zentrumsunterschieden für den Therapieverlauf.

In einer weiterführenden Studie sollen dann die identifizierten Indikationsaspekte Hypothesen testend geprüft werden. Die Folgeuntersuchung wird neben Prä- / Post-Messungen auch Katamnesen und eine Diagnoseerfassung durch unabhängige Rater beinhalten.

Danksagung

Wir möchten uns ganz herzlich bei der großen Zahl an Mitarbeitern und Patienten bedanken, die zum Gelingen dieses Projektes beigetragen haben. Ohne das große Engagement aller wäre diese Studie nicht möglich gewesen. Unser Dank geht insbesondere an:

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Freiburg (Leiter: Prof. Dr. med. M. Wirsching).

Mitarbeiter: PD Dr. med. A. Zeeck, Dr. Dipl.-Psych. A. Hartmann, Dipl.-Psych. S. Einsele, E. Bozkaya, E. Wetzler-Burmeister, Dr. med. A. Joos, Dr. med. B. Saum et al.

Abteilung für Psychotherapie und Psychohygiene, Universitätsklinik Basel/Schweiz (Leiter: Prof. Dr. med. J. Küchenhoff [bis 2007])

Mitarbeiter: Dr. med. Dipl.-Psych. P. Zell, Dipl.-Psych. V. Korteme et al.

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart (Leiter: Prof. Dr. med. H. Weiss)

Mitarbeiter: Dr. A. Kidess, Dr. A. Roman et al.

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Tübingen (Leiter: Prof. Dr. med. Stephan Zipfel)

Mitarbeiter: PD Dr. med. Dipl.-Psych. I. Sammet et al.

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Städtische Kliniken Esslingen (Leiter: Dr. med. E. Gaus)

Mitarbeiter: C. Kocar, Dr. med. A. Kloiber, Dr. med. S. Geiselhart et al.

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Krankenhaus Bietigheim (Leiter: Dr. med. E. Semm)

Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Universität Erlangen-Nürnberg (Leiterin: Prof. Dr. med. M. de Zwaan)

Mitarbeiter: Dr. med. Dirk Harms, Dr. med. Dipl.-Psych. Astrid Müller et al.

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Klinikum Nürnberg (Leiter: Prof. Dr. med. W. Söllner)

Mitarbeiter: A. Eisenberg, Dipl.-Psych. B. Höllich et al.

Schussentalklinik, Fachkrankenhaus und Rehabilitationsklinik für Internistische Psychosomatik und Psychotherapie, Aulendorf (Leiter: PD Dr. med. M. Hölzer)

Mitarbeiter: Dr. med. R. Rahm, Dipl.-Psych. R. Schäfer et al.

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm (Leiter: Prof. Dr. med. H. Kächele)

Mitarbeiter: Prof. Dr. Dipl.-Psych. J. von Wietersheim, Dr. Dipl.-Psych. D. Munz, A. Vicari, E. Rottler et al.

Unser ganz besonderer Dank gilt ferner der Heidehofstiftung für die finanzielle Unterstützung des Projektes.

Interessenkonflikte

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Institutsangaben

¹ Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Freiburg

² Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal, Schweiz

Fazit für die Praxis

Stationäre und tagesklinische Therapieprogramme in Psychosomatischen Kliniken sind wirksame Optionen in der Behandlung schwer beeinträchtigter Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Bei einer Entscheidung, ob ein Patient stationär oder tagesklinisch behandelt werden sollte, ist zu berücksichtigen, inwieweit eine Herausnahme aus dem alltäglichen Lebenskontext therapeutisch sinnvoll und notwendig ist. Ferner ist zu bedenken, dass tagesklinisch behandelte Patienten eine tägliche Wegstrecke zurücklegen müssen. Diese muss zeitlich und trotz der psychischen Belastung gut bewältigbar sein.

- ³ Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
- ⁴ Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Tübingen
- ⁵ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Esslingen
- ⁶ Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Krankenhaus Bietigheim
- ⁷ Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung, Universität Erlangen-Nürnberg
- ⁸ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Klinikum Nürnberg
- ⁹ Schussentalklinik, Fachkrankenhaus und Rehabilitationsklinik für Internistische Psychosomatik und Psychotherapie, Aulendorf
- ¹⁰ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm

Literatur

- 1 Wietersheim J von, Zeeck A, Küchenhoff J. Status, Möglichkeiten und Grenzen der Therapie in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychother Psych Med* 2005; 55: 79–83
- 2 Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment* 2001; 5 No. 21: 1–75
- 3 Kallert T, Schönherr R, Schnippa S et al. Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. *Psychiat Prax* 2005; 32: 132–141
- 4 Zeeck A, Herzog T, Kuhn K et al. Teilstationäre Psychotherapie – Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 492–499
- 5 Küchenhoff J. Teilstationäre Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 1998
- 6 Zeeck A, Scheidt C, Hartmann A et al. Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? *Psychotherapeut* 2003; 48: 420–425
- 7 Zeeck A, Hartmann A, Wetzler-Burmeister E et al. Zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Behandlung von Anorexia Nervosa. *Z Psychosom Med Psc* 2006; 52: 190–203
- 8 Zeeck A, Weber S, Sandholz A et al. Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom* 2009 (im Druck)
- 9 Kallert T, Matthes C, Glöckner M et al. Akutpsychiatrische tagesklinische Behandlung: ein effektivitätsgesichertes Versorgungsangebot? *Psychiat Prax* 2004; 31: 409–419
- 10 Küchenhoff J, Agarwalla P. Vergleich teil- und vollstationärer Psychotherapie in der Behandlung von Borderline-Patienten. *Psychother Psych Med* 2004; 54 (2) Abstract
- 11 Schene A, van Lieshout P, Mastboom J. Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands. *ACTA Psychiat Scand* 1988; 78: 515–522
- 12 Kallert T, Glöckner M, Priebe S et al. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. *Soc Psych Psych Epid* 2004; 39: 777–788
- 13 Schepank H. Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Göttingen: Beltz-Test, 1995
- 14 Lange C, Heuft G. Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of

- Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). *Z Psychosom Med Psyc* 2002; 48 (3): 256–269
- 15 Franke G. Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual. Weinheim: Beltz Test, 2002
- 16 Horowitz LM, Strauss B, Kordy H. Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme (IIP). Weinheim: Beltz, 1994
- 17 Wietersheim J, Ennulat A, Probst B et al. Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur sozialen Integration. *Diagnostica* 1989; 35: 359–363
- 18 Becker B. Synthesizing standardized mean-change measures. *Brit J Math Stat Psy* 1988; 41: 257–278
- 19 Agarwalla P, Küchenhoff J. Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren. *Psychotherapeut* 2004; 49: 261–271
- 20 Franz M, Janssen P, Lense H et al. Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med Psyc* 2000; 46: 242–258
- 21 Schauenburg H, Strack M. Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychother Psych Med* 1998; 48: 257–264