

F. Matakas (2001) Der Stellenwert der Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. Zur Differentialindikation von ambulanter, tagesklinischer und stationärer psychiatrischer Behandlung. In: Arolt V, Schumann-Wessolek H, Spöhring W (Hrsg): Versorgung psychiatrischer Patienten: Innovation bei knappen Kassen. Tagungsdokumentation Landschaftsverband Westfalen-Lippe. S 83-105

S. 83

Der Stellenwert der Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung

Zur Differentialindikation von ambulanter, tagesklinischer und stationärer psychiatrischer Behandlung

Frank Matakas

Die Behandlung in einer Tagesklinik ist nicht weniger effizient als die stationäre Behandlung (Cuyler 1991, Albers 1999, Brenner u.a. 2000). Aber sie scheint billiger zu sein. Tageskliniken sind inzwischen eine etablierte Form der psychiatrischen Behandlung, und sie haben sich sehr differenziert. Es gibt Tageskliniken für Allgemeinpsychiatrie, für Akutkranke, für Alterskranke, für Suchtkranke, für Kinder und Jugendliche. Man schätzt, dass 40% des stationären Behandlungsangebots durch tagesklinische Angebote ersetzt werden kann (Albers 1999). Vergleicht man aber die tatsächlich vorhandenen Plätze in Tageskliniken mit den stationären Betten der psychiatrischen Kliniken, dann repräsentieren die Tageskliniken doch nur einen kleinen Teil der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen. Die psychiatrischen Krankenhäuser haben in der Regel lediglich eine tagesklinische Station mit 20 Plätzen, die dann meist entweder als psychotherapeutische Station oder als Station zur Rehabilitation chronisch Kranker geführt wird. Daneben gibt es noch einige unabhängige Tageskliniken (Engelke 1989). Die Tagesklinik Alteburger Straße in Köln mit 56 tagesklinischen Behandlungsplätzen und 40 Betten scheint mit dieser Umkehrung der Verhältnisse immer noch die einzige ihrer Art zu sein.

In der vorliegenden Arbeit soll die Frage nach der Einsatzmöglichkeit von psychiatrischen Tageskliniken untersucht werden. Was unterscheidet sie von den anderen psychiatrischen Behandlungsformen? Wie wirkt tagesklinische Behandlung? Für welche Störungen ist sie geeignet, für welche ist sie weniger oder gar nicht geeignet? Erst nach Klärung dieser Frage, lässt sich entscheiden, welcher genuine Versorgungsauftrag durch Tageskliniken und nur durch sie erfüllt werden kann.

S. 84

Die Struktur von ambulanter, tagesklinischer und stationärer Behandlung

Man versteht besser, was tagesklinische Behandlung bedeutet, wenn man sie mit den zwei möglichen Alternativen, der ambulanten und stationären Behandlung vergleicht¹.

¹ Nachtkliniken sollen nicht einbezogen werden, da sie kaum Bedeutung haben.

Ambulante, tagesklinische und stationäre Behandlung greifen unterschiedlich in das Leben der Patienten ein.

Die ambulante Behandlung belässt den Patienten in seiner normalen Umgebung. Er bleibt in der ihm gewohnten Weise Herr seiner selbst. Vor allem in seinen sozialen Kontakte bleibt er frei. Das wird auch dann nicht anders, wenn die ambulante Behandlung sehr intensiv ist. Es gibt inzwischen erfolgreiche Versuche, sie so intensiv zu gestalten, dass damit auch akute Störungen behandelt werden können (Russell u.a. 1996, Horn u.a. 1998, LWV 2000). Man kann Behandlungskonzepte entwerfen, nach denen der Patient unter Umständen täglich zum Arzt kommt und in der Praxis oder in dafür vorgesehenen Räumen die Möglichkeit findet, sich einige Stunden am Tag aufzuhalten. Therapeutische Maßnahmen der verschiedensten Art finden täglich über einen längeren Zeitraum statt. Trotz einer solchen Intensität wird die Autonomie des Patienten dadurch nicht eingeschränkt.

Ähnliches gilt für die tagesklinische Behandlung. Aber sie unterscheidet sich in zwei Punkten von der ambulanten Therapie. Tagesklinische Behandlung verhält sich zum Leben des Patienten wie die Arbeit. Der Patient verlässt zu den Zeiten, die normalerweise für die berufliche Arbeit vorgesehen sind, das Haus und geht zur Therapie. Erholungszeit, Kontakte zur Familie und Kontakte zu Freunden bleiben in der gewohnten Weise erhalten. Mehr noch als die ambulante Behandlung erlaubt die tagesklinische Behandlung intensive Betreuung, ohne die Autonomie des Patienten einzuschränken. Sie strukturiert für die Zeit der Behandlung das Leben der Patienten. Das macht es auch möglich, ihnen im Bedarfsfall sehr viel an Hilfe und Unterstützung zu geben, ohne sie aus ihren normalen Lebenskontext herauszureißen. Die Patienten erleben dies oft als ein sehr wichtiges Moment der Behandlung. Das zweite ist, dass die Patienten in der Tagesklinik auf einen neuen sozialen Kontext treffen. Sie sind in einer Gruppe, nämlich der der Patienten integriert. Diese Gruppe entfaltet ein eigenes soziales Leben. Man kann dieses Gruppenleben als therapeuti-

S. 85

schen Instrument verstehen oder man nimmt es einfach nur hin und definiert als therapeutische Instrumente vielleicht nur spezielle Maßnahmen, wie Medikamente, Übungsgruppen etc., die Gruppe ist auf jeden Fall im Erleben der Patienten ein Moment, das dieser Behandlungsform ihren Charakter gibt (Hoge u.a.1988, Goldman 1990, Matakas 1992).

Die Gruppenmitglieder müssen sich auf ein Gruppenziel einigen, sie müssen für die Zeit ihres Lebens in der Gemeinschaft mit den anderen Gruppenmitgliedern ihre Autonomie einschränken und sie müssen ihre Identität soweit durch die Gruppe definieren, dass sie sich als ein vollwertiges Mitglied der Gruppe fühlen können. Jeder muss mit dem Gruppenziel (z.B. Reflexion des eigenen Verhaltens in der Gruppe) einverstanden sein, er muss die Tagesaktivitäten der Entscheidung der Gruppe überlassen, und er muss sich wie die anderen als Patient fühlen. Anders kann keine Kohäsion der Gruppe erreicht werden. Jedoch ist die Autonomie der Patienten außerhalb der Klinik dadurch nicht beeinträchtigt.

Die stationäre psychiatrische Behandlung bringt die Patienten in eine Lebenssituation, die sie ansonsten überhaupt nicht kennen. Das Krankenhaus bietet nicht nur eine andere,

vorübergehende Art des Wohnens, sondern organisiert das Leben seiner Insassen in allen Details. Der amerikanische Soziologe Goffman hat dazu den Begriff der „totalen Institution“ geprägt (1961). Er schreibt:

“In der modernen Gesellschaft besteht eine grundlegende soziale Ordnung, nach der der einzelne an verschiedenen Orten schläft, spielt, arbeitet – und dies mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan. Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, dass die Schranken, die normalerweise diese drei Lebensbereiche voneinander trennen, aufgehoben sind: 1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen. 3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“ (S. 17)

S. 86

Der stationäre Aufenthalt bedeutet für die Patienten eine extrem regressive Situation, weil sie dadurch eine weitgehende Einschränkung ihrer Autonomie hinnehmen müssen. Goffman beschreibt sehr detailliert die Folgen dieser Lebensform. Eine der nachhaltigsten Konsequenzen ist die Zerstörung der „Handlungsökonomie (des) Menschen“, die geschieht, „... wenn er verpflichtet ist, bei geringfügigen Handlungen, die er draußen ohne weiteres von sich aus verrichten kann, wie etwa rauchen, sich rasieren, zur Toilette gehen, telefonieren, Geld ausgeben oder Briefe aufgeben, um Erlaubnis oder um Material zu bitten“ (S. 47). Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die Patienten gezwungen sind, mit Menschen, die sie sich nicht ausgesucht haben, Schlafräume, Toiletten Mahlzeiten zu teilen, dass sie den Tagesablauf den Regeln der Anstalt unterwerfen müssen, also nicht etwa den Zeitpunkt der Mahlzeiten, den Rhythmus des Schlafens selbst bestimmen können.

In der Entwicklung des Menschen ist es lediglich die Zeit vor Vollendung des 3. Lebensjahres, die mit dem Leben in einer totalen Institution vergleichbar wäre. In dieser Zeit werden alle Angelegenheiten des Kindes von der Mutter geregelt. Es hat insofern noch keine autonomen Bereiche. Allenfalls in seinem subjektiven Erleben kann so etwas wie eine Abgegrenztheit entstehen. Das Kleinkind hat aber noch keine soziale Verankerung in sozialen Verbänden außerhalb der Familie. Die Fähigkeit dazu erringt das Kind erst mit Beginn des 4. Lebensjahres (Mahler u.a.1975). Üblicherweise beginnt mit diesem Zeitpunkt auch der Besuch des Kindergartens.

Goffman bezieht sich in seiner Untersuchung meist auf Institutionen, in denen Unterwerfung und Demütigung der Insassen augenfällig sind, wie Gefängnisse, Lager usw. Aber auch wenn, wie es in modernen psychiatrischen Anstalten heute die Regel sein sollte, das Personal Wert auf einen freundlichen und respektvollen Umgang mit den Patienten legt, wird der totale Charakter der Institution dadurch nicht aufgehoben. Immer wieder trifft man in der Literatur auf dieses Missverständnis (z.B. Reker 1999, S. 63). Will man den totalen Charakter des psychiatrischen Kranken mildern, muss man darauf achten, dass die Schranken, die die verschiedenen Lebensbereiche voneinander trennen, möglichst erhalten bleiben. Das kann man z.B. dadurch erreichen, dass man der Station mehr den Charakter eines Hotels gibt. Die Patienten sind relativ frei in der Gestaltung

ihres Lebens außerhalb der Therapiezeiten und haben viel Kontakt zum Leben außerhalb der Klinik. Die „grundlegende soziale Ordnung“, das heißt die Aufteilung der Lebensbereiche in „schlafen“, „spielen“, „arbeiten“ ist so wenigstens annähernd sicher gestellt. Das ist die Situation in psychotherapeutischen Kliniken oder auch auf vielen offenen Stationen psychiatrischer Kliniken. Aber auf psychiatrischen Stationen mit psychotischen Patienten ist

S. 87

eine solche Milieugestaltung im allgemeinen nicht möglich (Matakas 1988). Dort aber kann - wie es scheint - der totale Charakter der Station durch die Kürze des Aufenthaltes von wenigen Wochen abgemildert werden. Die Patienten erleben die Klinik wie eine Ausnahmesituation und beziehen sich ständig auf ihr außerklinisches Leben, auch wenn sie dazu während ihres Krankenhausaufenthaltes nur einen lockeren Kontakt haben.

Konsequenzen aus der Stationsstruktur für die Therapie und für die Patienten

Bei der ambulanten Behandlung ändert sich die soziale Situation der Patienten vielleicht durch seine psychische Krankheit, aber nicht durch die Therapie, wie intensiv diese auch sein mag. Der Arzt und seine Therapie verändern nicht direkt die soziale Situation der Patienten.

Bei einer tagesklinischen Behandlung ist das anders. Die Patienten sind tagsüber Mitglied einer Gruppe, die ihre soziale Identität wenigstens für die Zeit der Therapie mitbestimmt. Das hat, in Abhängigkeit von der therapeutischen Konzeption, Auswirkungen auf ihr Selbstbild und ihre soziale Rolle. Der Aufenthalt eines Menschen in einer Tagesklinik, die chronisch Schizophrene langfristig mit einem rehabilitativen Programm behandelt, vermittelt ihm, dass er auch ein chronisch Kranker bzw. Behinderter ist. Wenn das therapeutische Programm darauf ausgerichtet ist, den Hintergründen der psychischen Störungen nachzugehen und alternative Verhaltensstrategien zu entwickeln, wird der Effekt auf das Selbstbild eher positiv sein.

Ein zweites ist, dass sich in der Gruppe psychische Störung unter Umständen ganz anders darstellen, als es der Patient in seinen Schilderungen vermittelt. Die Ängste, über die er klagt, erscheinen in der Gruppe vielleicht als ein Kontrollbedürfnis, das der Patient aber nicht wahrnimmt oder wahrnehmen will. Was er als Zwänge schildert, sind vielleicht Ausdruck von Aggressivität. Es liegt darum nahe, die Zugehörigkeit der Patienten zur Gruppe als ein therapeutisches Instrument zu nutzen. Dafür lassen sich gruppendynamische, psychoanalytische oder verhaltenstherapeutische Modelle heranziehen. Ob man das nun explizit macht oder nicht, immer bietet die Gruppe eine Matrix, in der sich die Pathologie, aber auch die Veränderungen, die durch die Therapie erreicht werden, abbildet. Die Gruppe ist ein Übungsfeld, in dem die Patienten ihre Reaktionen und ihr Verhalten wie in einem Experiment studieren

S. 88

können. Auf der anderen Seite bleiben der normale Kontakt zur Familie und die sozialen Kontakte in der Freizeit erhalten. Was in der Therapie erreicht wird an Veränderungen oder Einsichten, tragen die Patienten in ihre Lebensbereiche hinein. In die Klinik bringen sie die Antwort dieser gesellschaftlichen Instanzen, z.B. ihrer Familien zurück und können sich dort damit auseinandersetzen. Insofern ist die tagesklinische Behandlung von

der Struktur her auch eine Auseinandersetzung der sozialen Umgebung der Patienten mit den Patienten, vermittelt durch die tagesklinische Gruppe. Die Patienten können andere Patienten oder Mitglieder des therapeutischen Personals behandeln wie Mitglieder ihrer Familie oder wie Arbeitskollegen usw., so wie es in den Darstellungen der Gruppentherapie beschrieben wird (z.B. Yalom 1983)

Die tagesklinische Behandlung ist darum nicht nur der Intensität nach von der ambulanten Behandlung unterschieden. Und von der stationären Behandlung ist sie auch nicht allein dadurch unterschieden, dass sie den Patienten ihre soziale Autonomie lässt. Die Patienten leben in ihrer Privatsphäre und sie leben in einem gesellschaftlichen Kontext, wenn es auch nur die therapeutische Gruppe der Tagesklinik ist. Für einen Menschen mit einer schizophrenen Psychose zum Beispiel ist das ein großer Entwicklungsschritt. Diese Patienten haben in der Regel den Schritt aus der Herkunftsfamilie in eine eigene gesellschaftliche Existenz nicht geschafft. Vielleicht haben sie noch einen Beruf erlernt, aber eine soziale Identität außerhalb der Familie, etwa durch Freunde, Mitgliedschaften in sozialen Vereinigungen oder gar eine eigene Partnerschaft haben sie oft nicht erreichen können. Wenn sie es doch so weit gebracht haben, sind diese Errungenschaften in der Regel auf schwachen Grund gebaut und brechen schnell weg. Menschen mit einer schweren Persönlichkeitsstörung, einer Borderline Störung oder einer manisch depressiven Störung sind in diesen Punkten meist weiter gekommen. Aber auch bei ihnen ist die Bindung an die Herkunftsfamilie oft noch so stark, dass die soziale Identität und die Fähigkeit zu eigener Partnerschaft schwach sind. Für all diese Patientengruppen bedeutet die tagesklinische Behandlung, dass sie in therapeutischer Weise den Schritt in die Gesellschaft tun. Die Aufteilung der Lebensbereiche, wie sie Goffman beschreibt, wird durch die Tagesklinik für manche Patienten erst hergestellt oder wird zu einem Übungsfeld, auf dem sie diesen Entwicklungsschritt festigen können. Die tagesklinische Behandlung ist somit etwas völlig anderes als das, was sich üblicherweise in einer therapeutischen Beziehung herstellt. Es ist eine Art experimenteller Gesell-

S. 89

schaft. In der tagesklinischen Gruppe ist andererseits auch eine weitgehende Regression möglich, die aber auf den Rahmen der Klinik beschränkt bleibt. Die Tatsache, dass die Patienten einen großen Teil des Tages in der Klinik verbringen, macht es auch möglich, ihnen Unterstützung zu geben, wenn sie auf Grund einer akuten Symptomatik Schwierigkeiten mit dem Leben haben, z. B. bei schizophrenen Zuständen, mittelschweren Formen der Manie u.a. Wenn es in der Therapie wichtig ist, dass die Patienten neue Verhaltensmuster lernen, dass sie sich neue Bewältigungsstrategien für zwischenmenschliche Probleme aneignen, ist diese Behandlungsform oft von besonderem Wert.

Die tagesklinische Behandlung hat natürlich auch Begrenzungen. Die Patienten können während der Behandlungszeit nicht arbeiten oder ihrer Ausbildung nachgehen. Das limitiert die mögliche Zeitdauer einer Behandlung. Eine direkte Konfrontation der therapeutischen Ergebnisse mit der Arbeitssituation der Patienten ist darum ebenfalls nicht möglich. Intensive Übertragungsprozesse, wie sie zur Behandlung mancher Störungen unerlässlich sind, entwickeln sich im tagesklinischen Rahmen in der Regel nur schwach. Man hat ferner den Eindruck, dass nach dem Zeitrahmen von 6 Monaten die tagesklinische Behandlung an Effizienz verliert. Vielleicht liegt es daran, dass die Patienten nach dieser Zeit die Therapie gewissermaßen zu ihrem Lebenszweck machen und weniger realisieren, dass Therapie immer nur ein Mittel ist.

Die Verbindung zwischen therapeutischem Prozess in der Klinik und sozialer Welt der Patienten, wie sie für die tagesklinische Behandlung typisch ist, ist auch nicht in allen Fällen für Patienten günstig. Manchen Patienten tut es gar nicht gut, sich mit ihren sozialen Beziehungen auseinander zu setzen. Andere wiederum sind in einer Verfassung, dass sie noch mit dem Aufenthalt zu Hause des Abends und an den Wochenenden überfordert sind.

Bei der stationären Behandlung steht ganz im Vordergrund, dass die Patienten in eine ungewöhnliche Lebenssituation geraten, die den psychischen Ausnahmezustand, in dem sie sich befinden, überlagert. Die psychiatrische Station bedingt nicht nur eine wesentliche Einschränkung ihrer Autonomie, sondern hat auch ein ganz ungewöhnliches soziales Interaktionsmuster, wofür es im sonstigen Leben kein Bei-

S. 90

spiel gibt. Das soziale Klima einer psychiatrischen Station mit akut kranken Patienten ist geprägt von regressiven und bizarren Interaktionsmustern, in die die Patienten wie das Personal gleichermaßen verstrickt sind (vgl. Leuschner 1985). Die Patienten kommen in das Krankenhaus weil sie nicht mehr in der Lage sind, ihr Verhalten den sozialen Normen anzupassen. Auf der psychiatrischen Station treffen sie auf eine Situation, die sie oft mit noch ärgerem konfrontiert.

Dass sich auf psychiatrischen Stationen, die den Patienten wenig Möglichkeiten bietet, sich auch außerhalb des Krankenhauses zu bewegen, also z.B. auf geschlossenen Stationen, so bizarre Verhaltensweisen durchsetzen, hat seinen Grund darin, dass die pathologischen Muster, nach denen die Patienten ihre sozialen Interaktionen gestalten, im sozialen Leben der Station unmittelbar Realität werden. Wenn ein Patient z.B. eine depressive Grundstruktur hat und dazu neigt, Menschen erst zu idealisieren, dann enttäuscht zu entwerten, wird er dieses Muster auch in der sozialen Matrix der Station realisieren. Er wird einige Menschen aus der Patientengruppe und aus dem Personal idealisieren und sich von anderen enttäuscht abwenden. In der Konsequenz wird er sich auch selbst in den Augen einiger Menschen selbst idealisiert, in den anderer entwertet finden. Die von ihm induzierten Beziehungsmuster - z.B. freundschaftliche Nähe oder reservierte Distanz werden zur Realität des Stationslebens (Matakas1988). Ein Mensch mit einer Paranoia wird sich so verhalten, dass er eine scheinbare Bestätigung dafür erhält, dass das Personal der Klinik seine Verfolger sind. Er wird die anderen dazu bringen, sich wie seine Verfolger zu verhalten². Nun ist dieses alles noch keine Besonderheit des Krankenhauses. Die Menschen realisieren die in ihnen angelegten Beziehungsmuster immer so, dass sie zur sozialen Wirklichkeit werden. Menschen mit der unbewussten Erwartungshaltung, dass man sie meidet, ziehen sich zurück und sehen sich dadurch in ihrer Meinung bestätigt, dass niemand ihre Gesellschaft sucht. Aber im normalen Leben ist der Mensch vielen sozialen Anforderungen ausgesetzt, die seine reifen Funktionen, vor allem die der Realitätsprüfung, herausfordern. Er kann zudem Menschen, die er nach seinen Bedürfnissen mit bestimmten Erwartungshaltungen belegt hat, meiden und die Gesellschaft anderer, bei denen er das nicht oder noch nicht getan hat, suchen. Diese Kompensationsmöglichkeiten erlauben es ihm unter Umständen,

² Das kann man sehr detailliert in den Memoiren von Schreber (1995), der seinen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik beschreibt, nachlesen.

S. 91

relativ unauffällig zu leben, auch wenn seine Wahrnehmung durch innere pathologische Prozesse sehr verzerrt ist.

Diese Bedingungen, die die Menschen im allgemeinen zu reifen Verhaltensweisen drängen, fehlen in der psychiatrischen Klinik. Dort ist der Mensch einem regressiven Sog ausgesetzt, der die pathologischen Verhaltensweisen eher verstärkt. Wenn es überdies das Ziel einer psychiatrischen Behandlung ist, dass die Patienten ihre pathologischen Verhaltensmuster erkennen, um sie aufgeben zu können, dann ist das in einem stationären Setting sicher sehr erschwert, wenn überhaupt möglich. Dafür müssen nämlich zwei Voraussetzungen gegeben sein. Erstens muss der Patient eine Beziehung herstellen können, in der seine Erwartungshaltung die Reaktion des Gegenüber nicht wesentlich beeinflusst. Das ist normalerweise in einer therapeutischen Beziehung gegeben, in der der Therapeut eine gleichbleibend wohlwollende Neutralität an den Tag legen soll, auch wenn der Patient ihn, gemäß seiner Erwartungshaltung, verzerrt wahrnimmt. Grundsätzlich ist eine solche therapeutische Haltung natürlich auch in einem psychiatrischen Krankenhaus möglich. Jedoch ist sie viel schwerer dort zu realisieren. Einmal weil die Therapeuten auch Verantwortung für die Lebenssituation der Patienten haben, zum anderen weil sie den pathologischen Beziehungsmustern ihrer Patienten ungleich intensiver ausgesetzt sind als etwa im ambulanten Bereich. Das zweite ist, dass der Patient zu einer therapeutischen Ich Spaltung in der Lage sein muss. Er braucht einen Standpunkt, der ihm erlaubt, sich selbst zu betrachten. Dazu ist es aber nötig, dass er noch in einem anderen sozialen Kontext steht als dem, den er untersuchen will. Diese Bedingung ist im stationären Rahmen nicht gegeben.

Psychotherapie unter stationären Bedingungen sollte sich darum auch in ihrer Zielsetzung von dem, was man ansonsten üblicherweise damit verbindet, unterscheiden (vgl. z.B. Yalom 1983). Die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik befreit die Patienten von Verpflichtungen und Belastungen. Die Patienten können die Verantwortung für ihr Leben vorübergehend an die Klinik delegieren (vgl. Noy 2000). In schweren psychotischen Zuständen oder psychischen Dekompensationen anderer Art ist das oft nützlich oder gar notwendig. Die Therapie im stationären Rahmen muss an diesem Punkt ansetzen. Sie soll den Patienten helfen, nach angemessener Zeit die Verantwortung für sich wieder zu übernehmen.

S. 92

Die Indikationsstellung für eine Behandlung

Therapie im psychiatrischen Bereich kann verschiedene Ziele haben. Der Patient hat ein seelisches Problem und sucht um Hilfe beim Psychiater oder Psychotherapeuten nach. Es kann sich dabei um ein passageres Problem handeln, z.B. wenn der Patient Schicksalsschläge hat hinnehmen müssen, die seine seelische Kraft übersteigen. Es wäre dies ein Fall von Krisenintervention. Aber es kann auch sein, dass ein Mensch zu der Überzeugung gekommen ist, dass er auf Grund seiner seelischen Verfassung, sich selbst immer wieder in Schwierigkeiten bringt und dafür Abhilfe sucht. In diesem Fall wäre eine längerfristige Behandlung mit dem Ziel, dass der Patient grundlegende Dinge bei sich ändern kann, sinnvoll. Ein ganz anderer Grund für die psychiatrische Behandlung ist, wenn

der Patient davon profitiert, eine Zeitlang nicht in seiner gewohnten Umgebung zu leben. Schließlich hat manchmal die Gesellschaft Probleme mit einem Menschen und wenn sie ihn wegen seiner seelischer Verfassung für psychisch gestört hält, kann sie unter bestimmten Umständen seine Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt veranlassen. Das gilt z.B. wenn er Straftaten begeht oder zu begehen droht.

Diese kurze Beschreibung der Indikationsproblematik macht deutlich, dass es sehr verschiedene Kriterien sind, nach denen die Art der Behandlung festgelegt wird. Das folgende Schema ist ein Versuch, die Kriterien zu ordnen, wobei die Einteilung natürlich in gewisser Weise willkürlich ist.

Ziel der Behandlung

Wiederherstellung der alten Verfassung, Krisenintervention oder medizinische Rehabilitation

Verbesserung des psychischen Funktionsniveaus

Methode der Behandlung

Psychotherapie

übende Verfahren

Pharmakotherapie

Veranlassung der Behandlung

durch den Patienten

durch andere Instanzen als den Patienten, freiwillig oder unfreiwillig

S. 93

Rahmenbedingungen der Behandlung

Patient führt sein Leben in üblicher Weise

Patient braucht massive Entlastung

Patient besitzt keine ausreichende Handlungskontrolle

Patient braucht Distanz zu seiner normalen sozialen Umgebung

Patient ist ohne Wohnsitz

Modus der Behandlung

ambulant

tagesklinisch

stationär

Im konkreten Fall werden für die Indikation einer bestimmten Therapie alle Kriterien herangezogen. Die Indikation im Einzelfall ist also eine Kombination verschiedener dieser Kriterien.

Bisherige Untersuchungen zu dem Thema

Eine jüngst im deutschen Sprachraum erschienene Übersichtsarbeit zu diesem Thema ist die von Brenner u.a. (2000). Die Autoren haben in einer Metaanalyse die Wirkung der ambulanten, tagesklinischen und stationären Behandlung auf die Faktoren Psychopathologie, soziale Kompetenz, Zufriedenheit mit der Behandlung, Belastung der Angehörigen, Behandlungsdauer, Rückfallrate und Kosten miteinander verglichen. Sie haben dazu die empirischen Befunde von 16 Einzeluntersuchungen, die zwischen 1990 und 1997 erschienen sind, herangezogen. Ihr Fazit ist, dass es keine signifikanten Unterschiede der

verschiedenen Behandlungsmodi auf die genannten Faktoren gibt, bis auf die Kosten. Wenn man dieses Ergebnis so übernehmen wollte, würde der ökonomische Gesichtspunkt schon ausreichen, generell die intensive ambulante oder tagesklinische Behandlung der stationären in den Fällen vorzuziehen. In einer früheren Übersicht kommt Albers (1999) zu ähnlichen Ergebnissen.

Die Arbeit von Brenner u.a. lässt allerdings schwerwiegende Fragen noch offen, worauf die Autoren auch selbst hinweisen. Ein Vergleich der verschiedenen Behandlungsmodi ist schwierig und von begrenzter Aussagekraft, wenn nicht die Parameter mit in die Untersuchung einbezogen werden, die die Indikation für einen bestimmten Behandlungsmodus sein können. Nehmen wir an, dass wir die Wirkung

S. 94

der stationären mit der tagesklinischen Behandlung vergleichen wollen. Da sich beide Maßnahmen gegenseitig ausschließen, müssen wir das Patientenkollektiv halbieren und einmal die stationäre, dann die tagesklinische Behandlung anwenden. Das Ergebnis sei, dass im Resultat kein Unterschied zwischen stationär und tagesklinisch zu erkennen ist. Eine mögliche Erklärung dieses Resultats wäre, dass stationäre und tagesklinische Behandlung die gleiche Wirkung haben. Eine andere mögliche wäre, dass das Patientenkollektiv aus zwei Populationen besteht, nämlich X1 und X2, die etwa gleich verteilt sind. Stationäre Behandlung wirke auf X1, aber nicht auf X2, tagesklinische Behandlung wirke auf X2, aber nicht auf X1. Auch dann würde das Resultat sein, dass kein Unterschied festgestellt werden könnte. Aber es ließe sich nicht schließen, dass stationäre und tagesklinische Behandlung in ihrer Effektivität gleich sind.

In der Tat ist es so, dass die verschiedenen Behandlungsmodi bei unterschiedlichen Diagnosen eine unterschiedliche Wirksamkeit haben. So reagieren z.B. Patienten mit einer mittleren bis schweren Depression sehr positiv darauf, wenn sie vorübergehend aus ihrem normalen Milieu herausgenommen werden (Matakas 1996, Matakas u.a. 1999). Für diese Patienten hat also eine stationäre Behandlung Vorteile. Borderline Patienten reagieren auf eine stationäre Behandlung in der Regel schlecht und es ist schwer unter stationären Bedingungen zu positiven Resultaten zu kommen. Sie profitieren mehr unter tagesklinischen Behandlungen (Meyer-Potthoff 2001).

Ein anderer Punkt ist, dass jeder Behandlungsmodus mit verschiedenen Zielsetzungen angewandt werden kann. Wenn man z.B. feststellte, dass stationäre Behandlung mit einer psychotherapeutischen Zielsetzung genau so wirksam ist wie eine tagesklinische Behandlung, die den Patienten nur Beschäftigungstherapie bietet, bedeutet das vielleicht nur, dass beides überhaupt keine besondere Wirksamkeit entfaltet. Dagegen könnte Psychotherapie im tagesklinischen Rahmen durchaus wirksam sein. Würde man also tagesklinische Behandlung, einmal bestehend aus qualifizierter Psychotherapie, einmal bestehend aus Beschäftigungstherapie miteinander vergleichen, käme man unter Umständen zu anderen Resultaten.

S. 95

Schließlich muss man in dieser Sache die Untersuchungen früherer Jahre anführen. Ozarin (1954) hat in einer groß angelegten Studie an 35 psychiatrischen Kliniken der USA den Einfluss des Krankenhausmilieus auf die Psychopathologie der Patienten untersucht.

Er kam zu dem Schluss, dass die Psychopathologie der Patienten mehr auf das pathogene Milieu der Kliniken als auf den Krankheitsprozess zurückzuführen war. Eine ähnliche Beobachtung machte Kisker (1960) in Deutschland in einer Klinik. Umgekehrt stellten Ullmann (1967) und Moos (1974) fest, dass nichts so heilsam auf die Psychopathologie der Patienten wirkt, wie ein Stationsklima, das durch Autonomie, Spontaneität, praktische Orientierung und Klarheit der Regeln geprägt ist. Diese Fakten, wenn sie auch aus Untersuchungen stammen, die eine andere Fragestellung haben als die hier behandelte, sprechen doch dafür, dass das soziale Klima einer psychiatrischen Station einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung einer psychischen Störung unter der Behandlung hat. Es ist darum zumindest nicht wahrscheinlich, dass so variierende Parameter, wie der Behandlungsmodus, ganz ohne Bedeutung für das Behandlungsergebnis ist

Vor einer sicheren Beurteilung, was ein Patient braucht, muss man also die Parameter kennen, die für einen bestimmten Behandlungsmodus sprechen. Dies wiederum setzt voraus, dass man einigermaßen sicher weiß, was man mit den verschiedenen Behandlungsmodi machen kann. Oben wurde im einzelnen erläutert, dass psychiatrische Therapie im ambulanten, im tagesklinischen und im stationären Bereich wahrscheinlich sehr verschieden funktioniert. Aber unser Wissen darüber ist noch sehr unvollkommen. Für die folgenden Überlegungen musste ich mich darum in vielen Punkten überwiegend auf eigene Beobachtungen, die ich als Leiter der Tagesklinik Alteburger Straße in Köln gemacht habe, stützen. Diese Klinik besteht seit 1980. Sie enthält 4 tagesklinische Stationen mit je 14 Plätzen, 3 Vollstationen (davon eine geschlossen) und eine Ambulanz. Die Klinik nimmt auch an der Regelversorgung der Stadt Köln teil. Diese Klinikstruktur erlaubt einen Vergleich der verschiedenen Behandlungsmodi. Doch sind einige der Fakten, die im folgenden beschrieben werden, nicht durch eine präzise Statistik und operationalisierte Datenerhebung belegt. Es sind eben zum Teil „nur“ klinische Beobachtungen.

S. 96

Indikation und Kontraindikation für ambulante Behandlung

Ambulante Behandlung ist die Behandlungsmethode immer dann, wenn die Krankheit nicht besonders schwerwiegend und akut ist. Diese Annahme ist so selbstverständlich, dass sie kaum hinterfragt wird. Das Problem ist höchstens, präziser zu bestimmen, was „schwerwiegend“ und was „akut“ bedeutet. Wenn ein Patient nicht mehr in der Lage ist zu arbeiten, wenn er emotional so verwirrt erscheint, dass er in der Öffentlichkeit durch sein bizarres Verhalten auffällt, dann wird man das als schwerwiegend betrachten und es wird ein Grund sein, die ambulante Behandlung als nicht mehr ausreichend zu betrachten. Aber neuere Untersuchungen legen nahe, dass man viele akute psychotische Zustände auch ambulant mit gutem Erfolg behandeln kann (Horn u.a. 1998, LWV 2000). Wie weit diese Grenze gezogen werden kann, ist noch offen. Suizidalität und Fremdgefährdung sind nicht generell ein Ausschlusskriterium für eine intensive ambulante Therapie, da beides gegebenenfalls bei einer guten ambulanten Behandlung gar nicht mehr aktuell ist. Doch fehlen darüber gesicherte Erkenntnisse. Insgesamt wird man vielleicht zu der Schlussfolgerung kommen, dass noch andere Kriterien als Schweregrad oder Akuität der Störung hinzukommen müssen, um eine ambulante psychiatrische Behandlung auszuschließen.

Versuchen wir von der Diagnose her die Sache zu betrachten, wird man sicher sagen, dass ambulante Behandlung die erste Wahl bei Patienten mit einer neurotischen oder Per

sönlichkeitsstörung ist. Auch die langfristig angelegte begleitende Behandlung bei schweren Störungen, gleich welcher Art, z. B. auch bei der Sucht, kann gar nicht anders als ambulant sein. Es gibt keine Diagnose, die per se eine ambulante Behandlung ausschließen würde. Jede Störung, die nicht so stark ist, dass sie das Leben des Patienten wesentlich behindert, kann ambulant behandelt werden. Sieht man die Sache von der Behandlungsmethode, wird man davon ausgehen, dass Psychotherapie typischer Weise ambulant durchgeführt wird. Eine Ausnahme im deutschsprachigen Raum machen psychosomatische Störungen. Sie werden vielfach in den dafür geschaffenen psychosomatischen Kliniken behandelt.

Patienten mit einer Demenz, die das Anfangsstadium deutlich überschritten hat, vertragen eine Behandlung, die sie aus ihrem gewohnten Umfeld heraus nimmt, schlecht. Der therapeutische Gewinn, der durch die Behandlung erreicht wird, wird

S. 97

aufgehoben durch die Verwirrung, in die diese Patienten geraten, wenn sie in die Klinik und aus der Klinik wieder nach Hause kommen. Intensive Betreuung zu Hause, Übungsprogramme und Unterweisung der Angehörigen scheinen besonders in diesen Fällen die bessere Alternative zu sein.

Kontraindiziert ist die ambulante Behandlung bei schweren depressive oder manischen Zuständen. Wenig effizient ist ambulante Behandlung auch vielfach bei schweren Formen der Borderline Störung, weil es dann oft zu unbeherrschbarem Agieren kommt³. Unfreiwillige Behandlung und erhebliche forensische Probleme stellen ebenfalls eine Kontraindikation dar.

Indikation und Kontraindikation für tagesklinische Behandlung

Die Domäne der tagesklinischen Behandlung ist die psychotherapeutische oder rehabilitative Behandlung bei Menschen mit schweren sozialen Defiziten. Meist findet man solche Defizite bei Menschen mit psychotischen Störungen, mit einer schweren Persönlichkeitsstörung, aber auch z. B. bei Menschen mit einer ungewöhnlich heftigen Adoleszenzkrise.

Eine spezielle Indikation für tagesklinische Behandlung besteht bei den Borderline Patienten (Kennedy 1991, Simpson u.a. 1998, Bateman u. Fonagy 1999). Eigene Erfahrungen haben gezeigt, dass die Heftigkeit des Agierens, wesentlich geringer ist als bei ambulanter oder stationärer Behandlung. Die Patienten werden einerseits sehr gestützt durch die ganztägige Therapie, andererseits bleiben auch ihre besonderen Kompetenzen, die sie haben, bedeutsam, da sie auch außerhalb der Klinik leben (Meyer-Potthoff 2001). Menschen mit einer schweren Borderline Störung weisen ja nicht selten gut ausgebildete Kompetenzen im sozialen Bereich auf. Sie sind zum Beispiel, trotz schwerster Symptome, beruflich erfolgreich. Es erscheint plausibel, dass sie sich dieser Kompetenzen ständig vergewissern müssen, um sich auf eine Psychotherapie überhaupt einlassen zu können

³ In dem sehr informativen „Handbuch der Borderlinestörungen“ (Kernberg u.a. 2000) ist zwar viel vom Agieren der Patienten die Rede, auch die Probleme, die sich bei stationärer Behandlung ergeben, werden erörtert (Dulz u.a. 2000), unsere Fragestellung wird jedoch nicht diskutiert.

nen. Aber sie brauchen auch eine intensive Therapie, die ihnen einen Lebensrahmen gibt. Beides

S. 98

ist in der Tagesklinik möglich. Ähnliches gilt auch für viele andere Persönlichkeitsstörungen.

Eine andere spezielle Indikation für tagesklinische Behandlung besteht bei der Psychotherapie schizophrener Störungen. Die Behandlung bringt die Patienten nicht so sehr in eine therapeutische Beziehungsproblematik, die durch eine Übertragungspsychose entstehen kann. Von besonderem Wert scheint auch zu sein, dass die Patienten in der Patientengruppe lernen, wie die Beziehungsstrukturen im gesellschaftlichen Rahmen sind. Gerade daran mangelt es diesen Patienten in der Regel. Auch die Familien scheinen davon zu profitieren, dass sie den Indexpatienten gewissermaßen probeweise in die Gesellschaft entlassen. Die tagesklinische Psychotherapie ist für schizophrene Patienten allem Anschein nach die wirksamste Behandlung, wenn man von der Krisenintervention absieht. In Einzelfällen macht man allerdings die Beobachtung, dass Patienten mit einer schizophrenen Psychose unter den tagesklinischen Behandlungsbedingungen depressiv werden. In solchen Fällen ist eine Beendigung der Therapie das einzige Mittel, die Depression, die sich ansonsten bis zur Suizidalität entwickeln kann, zu beseitigen. Diese Patienten und/oder ihre Familien wollen offensichtlich keine Therapie, die auf Veränderung aus ist, oder sie können sie nicht ertragen (Matakas 1999). Aber diese Fälle bestätigen indirekt, wie wirksam die Behandlung ansonsten ist.

Für Patienten mit einer Altersdepression scheint die tagesklinische Behandlung besonders geeignet zu sein (Wolter-Henseler 1999). Bei dieser Form der Depression spielt der allgemeine Verlust an Vitalität und psychischer wie sozialer Kompetenz wohl eine wichtige kausale Rolle. Insofern erscheint es plausibel, dass die Tagesklinik einerseits die Patienten stimuliert, aktiv zu sein, und ihnen zugleich einen Rahmen bietet, in dem sie sich mit ihren Schwierigkeiten verstanden fühlen können. Die ambulante Behandlung bietet zu wenig in dieser Hinsicht, vor allem bietet sie nicht die Gemeinschaft der Schicksalsgenossen. Die stationäre Behandlung entmündigt mehr als dass sie stimuliert (vgl. auch Wächtler 1997).

Die Vorteile, die die tagesklinische Behandlung für Kinder und Jugendliche bietet, liegen auf der Hand. Für schwere adoleszente Krisen eignet sich die tagesklinische

S. 99

Behandlung, weil die Jugendlichen in der Gruppe den Übergang von der Familie in die Gesellschaft gut bearbeiten können.

Über Tageskliniken für Suchtkranke liegen noch wenig Erfahrungen vor (Wagner u.a. 1996, Wefelmeyer 1999). Westermann und Zechert (2000) berichten überzeugend, dass sich gerade im Suchtbereich tagesklinisch vieles besser regeln lässt. Es erscheint in der Tat wenig plausibel, Suchtkranke im stationären Rahmen weitab von ihrer sozialen Realität zu behandeln - wie es heute normalerweise praktiziert wird.

Weniger geeignet erscheint tagesklinische Behandlung für eine Krisenintervention gleich welcher Art zu sein. Doch gibt es auch darüber positive Berichte (Russell u.a. 1996).

Man kann sich aber vorstellen, dass die Integration des Patienten in die Gruppe ein Prozess ist, der Zeit erfordert und mit den Zielen einer nur kurz angelegten Krisenintervention nicht gut verträglich ist. Auch Patienten mit einer mittleren bis schweren Depression oder Manie profitieren oft nicht davon (vgl. auch Kluiters u.a. 1992). Die eigenen Erfahrungen besagen, dass die Major Depression im Akutstadium vor allem Schonung braucht. Tagesklinische Behandlung stimuliert die Patienten, ihre sozialen Konflikte miteinander oder auch außerhalb der Klinik zu diskutieren. Das ist aber im Fall einer schweren Depression keine angemessene Behandlung. Hinzu kommt, dass eine Aussetzung der Kontakte zur Familie für eine rasche Erholung sehr förderlich ist (Matakas u.a. 1999). Das lässt sich aber nur vollstationär erreichen. Generell ist die tagesklinische Behandlung weniger geeignet, wenn der Patient vor allem Entlastung braucht und wenn die vitalen seelischen Funktionen, z.B. bei einer schweren schizophrenen oder depressiven Störung, ein eigenständiges Leben vorübergehend unmöglich machen. Eine tagesklinische Behandlung mit psychotherapeutischer oder rehabilitativer Zielsetzung bei der Depression ist nach Abklingen der akuten Symptomatik unter Umständen eine Maßnahme, die Chronifizierung und schnellen Rückfall verhindern zu können scheint.

Indikation und Kontraindikation für stationäre Behandlung

Die Indikation für eine stationäre Behandlung ist nicht an die Diagnose gebunden. Doch gibt es Diagnosen, wie Borderlinestörung oder Demenz, die eine relative Kontraindikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung darstellen. Die Frage,

S. 100

unter welchen Bedingungen eine stationäre Behandlung notwendig ist, lässt sich nur aus dem Kenntnis des Einzelfalls beantworten. Ein wichtiges Kriterium ist die Frage, wieweit die Herausnahme des Patienten aus seinem sozialen Milieu notwendig ist, um dem Patienten eine bessere Heilungschance zu geben. Das scheint bei vielen Formen der schweren Depression der Fall zu sein. Für viele depressive Patienten hat die vorübergehende Herausnahme aus ihrem normalen sozialen Milieu eine positive Wirkung auf die depressive Symptomatik. Mitunter reicht die stationäre Aufnahme nicht und man erzielt erst einen schnellen Durchbruch, wenn man die Kontakte zu allen Menschen des normalen sozialen Umfeldes eine Zeit lang unterbricht (Matakas u.a. 1999). Bei schizophrenen Patienten scheint das weniger zu gelten (Matakas 1999). Sie brauchen, wie die klinische Erfahrung lehrt, einerseits Ruhe und Entlastung, aber doch auch einen kontinuierlichen Kontakt zur Familie. Entgiftungen sind bestimmt auch eine Indikation für stationäre Behandlung, ebenso wie delirante Zustände oder organische Psychosen mit schwerer Symptomatik.

Die Behandlung von psychotischen Müttern lässt sich anscheinend nur stationär durchführen, wenn man das Kind bei der Mutter belassen will. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass diese Mütter selbst viel Bemutterung brauchen, um den Anforderungen ihres Kindes zu genügen (Schmidt 1999).

Manchmal ist die stationäre Behandlung eines Menschen unumgänglich, um Menschen, die mit dem Patienten leben, eine notwendige Entlastung zu bieten. Das letztere ist in vielen Fällen einer zwangsweisen Behandlung ein wichtiger Faktor, der zur Indikation für eine stationäre Behandlung mit beiträgt. Die Grenze zwischen freiwilliger und erzwungener Behandlung ist besonders bei psychotischen Menschen oft fließend. Viele Menschen mit einer chronischen Schizophrenie sind in ihren Entscheidungen dem (oft

auch nachvollziehbarem) Druck ihrer Angehörigen ausgesetzt, sich in stationäre Behandlung zu begeben.

Eine langfristige rehabilitative oder psychotherapeutische Behandlung ist stationär nur in wenigen Fällen indiziert. Am ehesten wird sie noch dann begründet sein, wenn der Patient ein sehr niedriges psychisches Funktionsniveau hat. Bei Demenz, Entwöhnungsbehandlung, psychosomatischen Beschwerden ist sie zwar häufig,

S. 101

aber schwer zu begründen. Eine relative Kontraindikation stellt wohl auch die schweren Borderlinestörung dar.

Zusammenfassung

Die folgende tabellarische Übersicht ist eine Zusammenfassung der Diskussion und benutzt als Hauptkriterium die Diagnose.

ambulante Behandlung

Indikation: alle Störungen, insbesondere Psychotherapie bei neurotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, alle langfristigen Behandlungen, Demenz

Kontraindikation: schwere Depression, schwere Manie, Psychotherapie der schweren Borderlinestörung, unfreiwillige Behandlung

tagesklinische Behandlung

Indikation: Psychotherapie, bzw. medizinische Rehabilitation aller Psychosen, bes. der schizophrenen Störungen, leichte Demenz, sonstige psychiatrische Alterskrankheiten, Psychotherapie der schweren Persönlichkeitsstörungen bes. Borderline Störungen, Psychotherapie schwerer adoleszenter Krisen, Psychotherapie („Entwöhnung“) der Sucht

Kontraindikation: schwere Depression oder Manie, fortgeschrittene Demenz

stationäre Behandlung

Indikation: Krisenintervention bei allen schwerwiegenden Dekompensationen, schwere Depression oder Manie, schwere organische Psychosen, bes. Entgiftung, Behandlung von Müttern mit ihrem Kind bei akuter Psychose oder schwerer Persönlichkeitsstörung, unfreiwillige Behandlung, langfristige Behandlung in besonderen Fällen

Kontraindikation: „klassische“ Psychotherapie, Borderline Störungen, Demenz

Zusammenfassend lassen sich die Kriterien für die drei Behandlungsmodi vielleicht folgendermaßen charakterisieren: Ambulante Behandlung ist die Regelbehandlung. Wenn sie nicht ausreicht, ist dafür eine gesonderte Begründung erforderlich. Die tagesklinische Behandlung ist dann geeignet, wenn die psychische Störung des Patienten vor allem zu sozialen Defiziten geführt hat. Psychotherapie und medizinische

S. 102

Rehabilitation der Psychosen und schweren Persönlichkeitsstörungen sind im Regelfall wahrscheinlich weitaus wirksamer - und billiger - wenn sie tagesklinisch durchgeführt werden als stationär. Das scheint auch für die Entwöhnungsbehandlung (die ja auch Psychotherapie ist) bei der Sucht zu gelten. Stationäre Behandlung ist angezeigt, wenn die Entlastung des Patienten im Vordergrund steht und wenn die Klinik die vitalen seelischen Funktionen des Patienten stützen muss. Die Domäne der stationären Behandlung ist also die Krisenintervention bei schweren Dekompensationen, insbesondere bei den Psycho

sen. Sieht man von den unfreiwilligen Behandlungen ab, gibt es wohl nur in besonderen Fällen eine andere Indikation für stationäre Behandlung.

Noch kürzer: Ambulante Behandlung ist der „Normalfall“. Tagesklinische Behandlung ist geeignet für eine Therapie, die ein besseres Funktionsniveau des Patienten anstrebt, stationäre Behandlung ist Krisenintervention.

Die vielen stationären psychiatrischen Einrichtungen werden so bald nicht tagesklinischen oder gar ambulanten Behandlungseinrichtungen Platz machen, und zwar aus mehreren Gründen. Die psychiatrischen Kliniken geben vielen Menschen Arbeit und Brot und daraus resultiert ein erhebliches Beharrungsvermögen. Zum zweiten sind therapeutische Maßnahmen immer auch im Hinblick darauf konzipiert, dass die „gesunde“ Umwelt mit dem Problem der psychischen Devianz besser fertig wird. Die psychiatrischen Kliniken haben darum nicht nur die Funktion, psychische Krankheiten zu heilen. Sie haben auch eine ordnungspolitische Funktion. Auch die Patienten haben oft Widerstände gegen eine tagesklinische Behandlung, wie die eigene Erfahrung lehrt. Sie ziehen nicht selten die stationäre Behandlung vor, auch wenn sie dadurch den bekannten Einschränkungen unterworfen sind. Möglicherweise sind es Widerstände, die auch im familiären Kontext verankert sind.

Unsere therapeutischen Möglichkeiten werden zweifellos verbessert, wenn wir mehr darüber wissen, welche Störungen unter welchen Behandlungsmodalitäten am besten zu behandeln sind. Auch und gerade die Kostenfrage lässt sich letztlich nur im Hinblick darauf entscheiden; denn nur wirksame Behandlungen sind ökonomisch zu rechtfertigen. Die Kosten einer Behandlung sind erst dann mit anderen Behandlungsformen vergleichbar, wenn man auch die Wirksamkeit vergleichen kann.

S. 103

Literatur:

1. Albers M (1999) Kosten und Nutzen der tagesklinischen Behandlung. In: Eikelmann B; Reker T; Albers M (Hrsg.) Die psychiatrische Tagesklinik. Georg Thieme Verlag. Stuttgart New York S.113 - 120
2. Bateman A; Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 156, 1563-1569
3. Brenner HD; Junghan U; Pfammatter M (2000) Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Nervenarzt 71, 691-699
4. Chiland C (2000) Erfahrungen mit einer Tagesklinik: Schwierigkeiten in der Behandlung von psychotischen Kindern. Kinderanalyse 3, 242- 253
5. Cuyler RN (1991) The challenge of partial hospitalization in the 1990s. Psychiatric Hospital 22, 47-50
6. Dulz B; Schreyer D; Nadolny A (2000) Stationäre Psychotherapie: von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In: Kernberg OF; Dulz B; Sachsse U (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer. Stuttgart New York S. 483 - 504
7. Eikelmann B; Reker T; Albers M (Hrsg) (1999) Die psychiatrische Tagesklinik. Georg Thieme Verlag. Stuttgart New York

8. Engelke W (1989) Die Funktion unabhängiger Tageskliniken in der psychiatrischen Behandlung. *Psychiatr. Praxis* 16, 218 - 221
9. Gantner RK; Burton D; Story L (1992) Treatment effectiveness outcome research in adult partial hospitalization. *Int J Part Hosp* 8, 57-64
10. Goffman E (1961) *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates.* Doubleday and Co. Anchor Books. New York
11. Goldman DL (1990) Historical notes on partial hospitalization. *Int J Part Hospitalization* 6, 111-116
12. Hoge MA; Farrell SP; Munchel ME; Strauss JS (1988) Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry* 51, 199 - 210
13. Hoge MA; Davidson L; Hill WL; Turner VE; Ameli R (1992) The promise of partial hospitalization: a reassessment. *Hosp Comm Psychiatry* 43, 345-354
14. Horn A; Fasshauer K; Holler G; Dietz R (1998) Strukturelle Voraussetzungen für fallbezogene Steuerung. „Integrative psychiatrische Behandlung („IPB“)“. Vortrag auf der Tagung der Aktion Psychisch Kranke. Bonn 1998
15. Kennedy LL (1991) Treatment of the borderline patient in partial hospitalization. *Psychiatric Hospital* 22, 59-67

S. 104

16. Kernberg OF; Dulz B; Sachsse U (Hrsg)(2000) *Handbuch der Borderline-Störungen.* Schattauer. Stuttgart New York
17. Kisker KP (1960) Erfahrungen und Methodisches zur Gruppenbildung im psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenarzt* 31, 392- 402
18. Kluiters H; Giel R; Nienhuis FJ; Rüphan M; Wiersma D (1992) Predicting feasibility of day treatment for unselected patients referred for inpatient treatment: results of a randomized trial. *Am J Psychiatry* 149, 1199 - 1205
19. Leuschner W (1985) Psychiatrische Anstalten - ein Abwehrsystem. *Psychiatr. Praxis* 12, 111 - 115 und 149 - 153
20. Lieberman PB; Wiitala SA; Elliot B; McCormick S; Goyette SB (1998) Decreasing length of stay: are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization? *Am J Psychiatry* 155, 905-909
21. LWV (2000) Landeswohlfahrtsverband Hessen. Konzept Klinik Bamberger Hof. Arbeitspapier
22. Mahler MS; Pine F; Bergman A (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant.* Basic Books, Inc. Publ. New York
23. Matakas F (1999) Was sind und was leisten psychotherapeutische Interventionen bei der akuten Schizophrenie? In: Machleidt W; Haltenhof H; Garlipp P (Hrsg): *Schizophrenie - eine affektive Erkrankung?* Schattauer. Stuttgart S. 283 - 290
24. Matakas F; Schmitt-Voss T; Rohrbach E; Vogt-Kempe A; Churan J (1999) Effect of the family relationship on in-patient treatment of severe major depression: is family therapy always appropriate? *Family Therapy* 26, 201-211
25. Matakas F (1988) Psychoanalyse in der Anstalt. *Psyche* 42, 132-158
26. Matakas F (1992) *Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch.* Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen
27. Meyer-Potthoff M (2001) Die Behandlungsmöglichkeiten schwerer Borderlinestörungen .In Vorbereitung
28. Moos RH (1974) *Evaluating Treatment Environments. A Social Ecological Approach.* John Wiley and Sons, Inc. New York u.a.
29. Noy G (2000) *Grauzeit. Mein Weg aus der Depression.* Psychiatrie Verlag. Bonn

30. Ozarin LD (1954) Moral treatment and the mental hospital. *Am J Psychiatry* 111, 371-378
- S. 105
31. Reker T (1999) Soziotherapie in der tagesklinischen Behandlung. In: Eikermann B; Reker T; Albers M (Hrsg.) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart New York
32. Russell V; Mai F; Busby K; Attwood D; Davis M; Brown M (1996) Acute day hospitalization as an alternative to inpatient treatment. *Canad J Psychiatry Rev Canadienne Psychiatrie* 41, 629-637
33. Schmidt O (1999) Zur Psychodynamik der Wochenbettpsychosen. Vortrag auf dem Symposium „Der Beitrag der Psychoanalyse zur Behandlung von Schizophrenie, Major Depression und Borderlinestörung“. Köln 1.4.2000
34. Schreber PD (1995) *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*. Kadmos Verlag. Berlin
35. Simpson EB; Pistorello J; Begin A; Costello E; Levinson J; Mulberry S; Pearlstein T; Rosen K; Stevens M (1998) Use of dialectical behaviour therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 49, 669-673
36. Ullmann LP (1967) *Institution and Outcome. A Comparative Study of Psychiatric Hospitals*. Pergamon Press. Oxford u.a.
37. Wagner HB; Krausz M; Schwoon DR (Hrsg.) (1996) *Tagesklinik für Suchtkranke*. Lambertus. Freiburg im Breisgau
38. Wächtler C (1997) *Die gerontopsychiatrische Tagesklinik. 20 Jahre Erfahrungen*. Roderer. Regensburg
39. Wefelmeyer (1999). *Tageskliniken für Suchtkranke*. In: Eikermann B; Reker T; Albers M (Hrsg.) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart New York S.135 - 145
40. Westermann H; Zechert C (2000) Tagesklinische Suchtkrankenbehandlung im Rahmen gemeindenaher Versorgung. *Krankenhauspsychiatrie. Sonderheft 1*, 46-52
41. Wolter-Henseler D (1999) Gerontopsychiatrische Tageskliniken. In: Eikermann B; Reker T; Albers M (Hrsg.) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart New York S. 121-134
42. Yalom ID (1983) *Inpatient Group Therapy*. Basic Books, Inc. New York