



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2009

Entwicklung der stationären und teilstationären Depressionsbehandlung

Boeker, H

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-20583>

Book Section

Accepted Version

Originally published at:

Boeker, H (2009). Entwicklung der stationären und teilstationären Depressionsbehandlung. In: Boeker, H; Hell, D; Teichman, D. Tagesklinik für Affektkranke: Teilstationäre Behandlung von Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen. Stuttgart, New York: Schattauer, 2-13.

Die Entwicklung der stationären und teilstationären Depressionsbehandlung

Prof. Dr. med. Heinz Böker

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost
Zentrum für Depressions- und Angstbehandlung
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich

Tel.: +41 44 384 2608
Fax: +41 44 383 4456
E-Mail: boeker@bli.uzh.ch

Das Spektrum depressiver Erkrankungen macht den Hauptteil affektiver Störungen aus und gehört mit einer Inzidenz von 8 – 20% zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Depressionen werden vielfach unterdiagnostiziert und häufig nicht adäquat – mit geeigneter Pharmakotherapie, Psychotherapie bzw. einer Kombinationstherapie – behandelt. Bei rechtzeitiger Diagnose und geeigneter Therapie ist die Prognose des häufig rezidivierenden Verlaufs depressiver Erkrankungen als gut einzuschätzen. Gleichzeitig ist hervorzuheben, dass Chronifizierungen und sogenannte therapieresistente Depressionen in einer Häufigkeit von 15 – 30% vorkommen. Vor diesem Hintergrund stellt die Behandlung depressiver Erkrankungen weiterhin eine grosse Herausforderung der modernen Psychiatrie dar.

Weitgehende Übereinstimmung besteht darin, dass Ursache und Entstehung depressiver Erkrankungen als multifaktoriell bedingt anzusehen sind. Neben genetischen Faktoren und biologischer Disposition sind je nach Art der depressiven Erkrankung psychoreaktive Faktoren – zumindest im Sinne der Auslösung – von entscheidender Bedeutung. Dementsprechend ist von einer „gemischten biologischen und psychosozialen Vulnerabilität“ auszugehen (vgl. Mentzos 1995, Böker 2002). Angesichts der Vielfalt der depressiven Symptome und der Verläufe stellt der depressive Affekt die gemeinsame, elementare psychische Dimension der unterschiedlich ausgestalteten depressiven Syndrome dar. Der depressive Affekt signalisiert – im Gegensatz zu Trauer – den eingetretenen oder drohenden intrapsychischen Stillstand („Deadlock“, vgl. Gut 1989), das Verschwinden von Zukunftsperspektiven, die Verlangsamung bzw. den Stillstand des Zeiterlebens (Gebattel 1968) oder das Eingeschlossensein in Grenzen, die man nicht überwinden kann (Inkludenz) bzw. das Zurückbleiben hinter eigenen Ansprüchen (Remanenz, Tellenbach 1983).

Die Ursachen dieser Blockierung seelischer Prozesse sind nicht einheitlich. Die Blockade kann entstehen durch schwere reale Verluste oder Kränkungen, „unlösbar“ erscheinende Konflikte, insbesondere im Zusammenhang mit einem sehr strengen Gewissen, einer selbstunsicheren Haltung und intensiven Anklammerungswünschen, durch psychophysische Erschöpfung (infolge einer anhaltenden Konfliktsituation bzw. anhaltender belastender Lebensereignisse oder auch durch biologisch bedingte Vitalitätsminderung im Alter) und nicht zuletzt durch reale Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit.

Der depressive Affekt allein ist nicht identisch mit dem Krankheitsbild der Depression; unter günstigen Bedingungen kann es zu einer positiven Änderung und produktiven Entwicklung kommen (nicht zuletzt auch durch die positiven, neuen Beziehungserfahrungen innerhalb von psychotherapeutischen Prozessen). Erst bei längerem Anhalten der auslösenden Situation und durch das Hinzutreten und Einrasten biopsychosozialer Circuli vitiosi (als sich selbst verstärkende Prozesse) entstehen in einer „psychosomatischen“ Sichtweise die klinischen Formen der Depression (vgl. Mentzos 1995, Böker 2002).

Bei den depressiogenen Wechselwirkungsprozessen kommt den von Beck (1974), Seligmann (1975) und Hautzinger (1991) beschriebenen dysfunktionalen Kognitionen (z.B. selektive Abstraktionen, Übergeneralisierungen, Personalisierungen, ein moralisch-absolutistisches Denken und übergenaues Benennen) eine besondere Bedeutung zu. Die depressiv verzerrten Kognitionen erweisen sich dabei vielfach als stabile, überdauernde Muster der selektiven Wahrnehmung, Kodierung und Bewertung.

In modernen Depressionsmodellen wird der Versuch unternommen, die Vielfalt neurobiologischer Befunde, entwicklungspsychologische und klinische Beobachtungen und die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu integrieren (vgl. Aldenhoff 1997, Böker 2002). Angesichts der Mehrdimensionalität depressiver Erkrankungen zielen mehrdimensionale Behandlungskonzepte – kurz zusammengefasst – im wesentlichen darauf, die Circuli vitiosi der Depression zu überwinden (Böker, Hell 2002). Somatotherapeutische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Interventionen sind dabei auf den jeweiligen Einzelfall sinnvoll abzustimmen.

Stationäre Depressionsbehandlung

Die therapeutische Situation für depressiv Erkrankte auf Allgemein- und Akutstationen ist unbefriedigend und wird den Ansprüchen an moderne Therapiekonzepte nicht gerecht. Vielfach lässt sich beobachten, dass die ausgeprägten Selbstwertzweifel Depressiver und ihre Unfähigkeit, sich zu behaupten, sich zu wehren bzw. die Initiative zu ergreifen, dazu beiträgt, dass sie innerhalb anderer Krankengruppen „untergehen“, unzureichend wahrgenommen werden. Es besteht auch die Gefahr, dass das depressive Verhalten in therapeutischen Teams Aggressivität oder überbeschützende Fürsorglichkeit auslöst. Apathie, Lustlosigkeit und Interesselosigkeit können Ohnmachtsgefühle auch im therapeutischen Team induzieren, gelegentlich auch zu der Interpretation beitragen, der Patient wolle nur nicht, obwohl er eigentlich könne (vgl. Wolfersdorf 1977). Die Gehemmtheit des depressiv Erkrankten kann ferner „forcierte Handlungsdialoge“ auslösen in dem Bemühen, die unerträgliche Erstarrung durch aktive Massnahmen zeitnah zu durchbrechen. Bei agitierten Depressionen, Reizbarkeit oder hypochondrischer Klagsamkeit finden sich oft aggressive Gegenübertragungsreaktionen im therapeutischen Team. Die Suizidalität konfrontiert mit eigenen Ängsten. Aus diesen Gründen setzt ein angemessener Umgang mit depressiv Erkrankten spezifische Schulungen innerhalb spezialisierter Behandlungsteams voraus, die schliesslich in der Lage sind, in einer die Patienten fördernden Weise mit dem depressiven Affekt umzugehen und sich nicht in interpersonellen und kommunikativen Teufelskreisen zu verstricken (vgl. Böker 2003). Die Spezialisierung des therapeutischen Teams ermöglicht auch die Entwicklung eines therapeutischen Milieus, das der möglichen Ausbreitung eines depressiv-resignativen Klimas – gelegentlich als Einwand gegen die Einrichtung von Depressionsstationen genannt – entgegenwirkt.

Lediglich bei etwa 5% der an Depressionen Erkrankten ist eine stationäre Aufnahme und Behandlung in einer psychiatrischen Fachklinik erforderlich. Ein grosser Teil der stationären Behandlungen wird insbesondere in Deutschland in Fachkliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführt. Indikationen für die stationäre Aufnahme von depressiv Erkrankten sind:

- Therapieresistenz (Non-Responder)
- Chronische Depression
- Akute Suizidalität
- Psychotische Depression

- Komorbidität mit psychiatrischen und somatischen Erkrankungen (z.B. Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, ferner internistische und neurologische Erkrankungen)
- Non-compliance
- Fehlende Versorgung und Betreuung
- Gravierende familiäre Konflikte

Angesichts der Mehrdimensionalität und Schwere depressiver Erkrankungen und der Erkenntnis, dass depressiv Erkrankte auf psychiatrischen Akutstationen oftmals nur unzureichend gefördert werden können, wurden in den vergangenen Jahrzehnten spezielle Behandlungseinheiten für depressiv Erkrankte (im englischsprachigen Raum als „Mood Disorder Units“ bezeichnet) entwickelt. Da sich die Problematik von depressiv Erkrankten und Angstkranken häufig überschneidet, werden beide PatientInnengruppen vielfach auf Spezialstationen – u.a. auf den Spezialabteilungen für Depressions- und Angstbehandlung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich – gemeinsam behandelt. Wolfersdorf (1995, 1997) hat die therapeutischen Charakteristika von Depressionsstationen beschrieben: Zu den Therapieangeboten dieser Spezialabteilungen für Depressionsbehandlung gehören – neben einer speziellen Diagnostik und somatischen Behandlung – regelmässig Einzelgespräche, eine Gruppentherapie und der Einbezug der Angehörigen und Partner. Darüber hinaus eröffnen niederschwellige Angebote (Beschäftigungstherapie, Ergotherapie) einen ersten Zugang zu den oftmals blockierten Patienten, bei denen eine ausgeprägte Hemmungssymptomatik besteht. Je nach individuellen Neigungen und im Vordergrund stehender Symptomatik werden ferner Bewegungstherapie, sportliche Aktivitäten, physiotherapeutische Behandlung und Musiktherapie angeboten. Lichttherapie und die Anwendung der Schlafentzugsbehandlung stehen als weitere ergänzende Therapieverfahren zur Verfügung. Elektrokrampftherapie wird in unterschiedlichem Umfang – vor allem bei psychotischen und therapieresistenten Depressionen – eingesetzt.

Depressionsstationen, die beispielsweise im Rahmen der PUK Zürich auf dem Boden eines mehrstufigen therapeutischen Konzeptes und eines mehrdimensionalen Depressions- und Angstverständnisses entwickelt wurden, bieten individuelle optimierte Therapien, insbesondere auch für PatientInnen mit schweren und chronischen Depressionen und/oder einer Komorbidität mit psychiatrischen und somatischen Erkrankungen an. Das therapeutische Milieu ist speziell auf die Problematik dieser PatientInnengruppe ausgerichtet

und ermöglicht eine schrittweise Aktivierung ohne Überforderung. Gleichzeitig wird eine weitere Spezialisierung der MitarbeiterInnen dieser Spezialstationen im Umgang mit der Depressions- und Angstproblematik gefördert. Universitäre Spezialabteilungen für Depressions- und Angstbehandlung betreiben gezielt Depressions- und Angstforschung, ferner auch Therapie- und Verlaufsforschung.

Zielgruppen der Spezialstationen sind PatientInnen mit affektiven Störungen (inkl. bipolare Depression), Angststörungen und Zwangsstörungen. Bei akuten suizidalen Krisen einzelner PatientInnen ist eine engmaschige Betreuung des für die Depressionsbehandlung spezialisierten Behandlungsteams gewährleistet. Die zumeist offen geführten Stationen können dazu vorübergehend auch geschlossen werden. Wesentliche Ausschlusskriterien stellen eine primäre Suchterkrankung, Erregungszustände und akute Fremdgefährdung dar.

Unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Problematik wird ein Drei-Stufen-Programm durchgeführt, das zu Beginn insbesondere auf Entlastung und Stabilisierung zielt und im weiteren Verlauf zunehmend aktivierende Elemente enthält (Integration und systematische Vorbereitung des Austritts). Neben der medikamentösen Therapie (inkl. Augmentationsbehandlung und Phasenprophylaxe) und weiteren somatischen Therapieangeboten (Lichttherapie, Schlafentzug, u.U. Elektrokrampftherapie, in einigen Kliniken auch transkranielle Magnetstimulation) kommen vielfach – mit unterschiedlicher Akzentuierung – störungsspezifische Therapien (z.B. Kognitiv-Behaviorale Therapie bei Zwangsstörungen, Angststörungen und Depressionen mit ausgeprägten negativen Denkschemata) und psychodynamisch orientierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie zum Einsatz. Psychoedukative Gruppenangebote ermöglichen eine störungsspezifische Informationsvermittlung und sind im Hinblick auf die Entwicklung günstigerer Bewältigungsmechanismen, im Hinblick auf die Erkennung von Frühwarnzeichen und die Rezidivprophylaxe von besonderer Bedeutung. Bei spezieller Indikation stellen Arbeitsdiagnostik und Arbeitstherapie hinsichtlich der beruflichen Rehabilitation wesentliche Hilfen zur Verfügung. Einzelne PatientInnen benötigen eine gezielte Unterstützung und Begleitung bei der sozialen und beruflichen Rehabilitation. Günstigenfalls können mit Zustimmung der PatientInnen auch Arbeitgeber und Vorgesetzte direkt in die weitere Planung miteinbezogen werden.

Tabelle: Mehrstufiges Therapiekonzept bei schwerer Depression

Ziele	Methoden
Stationäre Behandlung	
1. Entlastung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stützen ▪ Verminderung des psychischen Schmerzes, der Ängste und der Blockade 	<ul style="list-style-type: none"> ⇐ Therapeutische Grundhaltung und therapeutisches Milieu ⇐ Stationärer Behandlungsraum als „Container“ ⇐ Medikamentöse Behandlung (AD, Augmentationsstrategien) ⇐ Weitere somatotherapeutische Behandlungen (Lichttherapie, Schlafentzug, EKT)
2. Aktivierung und Stabilisierung 2.1. Schrittweise Aktivierung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungskompetenz ▪ Körpergefühl (Depression = leibnächste seelische Erkrankung) 	<ul style="list-style-type: none"> ⇐ Beschäftigungstherapie (niederschwellig), Interessengruppe ⇐ Ergotherapie ⇐ Gemeinsame Aktivitäten Arbeitstherapie ⇐ Physiotherapie ⇐ Bewegungstherapie
2.2. Stärkung des nicht depressiven Verhaltens <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Positivierung“ ▪ Soziale Kompetenz ▪ Selbstwertgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> ⇐ Soziale Aktivitäten (z.B. Stationsversammlung) ⇐ Einzelpsychotherapie ⇐ Gruppentherapie (Psychotherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie)
2.3. Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überwindung dysfunktionaler Denk-muster, Vermeidungsverhaltens, sozialer Ängste 	<ul style="list-style-type: none"> ⇐ Gruppentherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychodynamisch orientiert ▪ Themenzentrierte Interaktion ▪ Psychoedukation ⇐ Kognitive behaviorale Therapie (KBT) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbezug des Pflgeteams ▪ Supervision der Behandelnden durch externen Verhaltenstherapeuten

Tabelle: Mehrstufiges Therapiekonzept bei schwerer Depression (Fortsetzung)

Ziele	Methoden
Stationäre/Ambulante Behandlung	
3. Integration und Austritt 3.1. Auflösung depressionsfördernder Faktoren („Teufelskreise“) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung günstiger Bewältigungsmechanismen ▪ Bewältigung von Beziehungskonflikten ▪ Berufliche Rehabilitation ▪ Klärung sozialer Fragen 	<ul style="list-style-type: none"> ⇐ Einzelpsychotherapie (stationär/ambulant) ⇐ Fortsetzung und Anpassung der medikamentösen Therapie ⇐ Gruppenpsychotherapie (stationär) ⇐ Eventuell Paar-/Familietherapie ⇐ Arbeitsdiagnostik und Arbeitstherapie ⇐ Sozialdienst
3.2. Nachsorge und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> ⇐ Ambulante Einzeltherapie (siehe oben) ⇐ Ambulante Gruppentherapie (Ambulatorium Ost: Vernetzung von stationärer und ambulanter Therapie) ⇐ Medikamentöse Phasenprophylaxe (bei rezidivierenden Depressionen) ⇐ Störungsspezifische ambulante Psychotherapie (Trauma, Sucht) ⇐ Selbsthilfegruppe (Equilibrium, etc.)

Ein wesentlicher Vorteil der Spezialstationen für Depressions- und Angstbehandlung besteht darin, dass die Zusammensetzung der behandelten PatientInnen homogener gestaltet werden und das gegenseitige Verständnis unter den PatientInnen erleichtert werden kann. Das therapeutische Milieu wird auf die Problematik dieser PatientInnengruppe ausgerichtet, d.h. es wird gleichzeitig ein Schonraum angeboten und ein Übungsfeld für die Alltagsbewältigung geschaffen (schrittweise Aktivierung ohne Überforderung). Spezielle Behandlungsverfahren können gezielt angewendet und weiter entwickelt werden. Das Interaktionsgeschehen und die „Handlungsdialektik“ innerhalb des stationären Rahmens können günstigenfalls Modellfunktion für die ausserhalb der Klinik und nach Austritt zu bewältigende Realsituation annehmen. Ein wesentliches Ziel besteht parallel in der Spezialisierung der Mitarbeitenden der Station im Umgang mit der Depressions- und Angstproblematik.

Neben der spezifischen Weiterbildung der Behandlungsteams, eine – durch Supervisionen zu gewährleistende – arbeitsbezogene Selbsterfahrung ist – wie Wolfersdorf (1997) zu recht

betont hat – der Abbau hierarchischer Strukturen zugunsten einer kompetenzbezogenen Verantwortlichkeit erforderlich. Eine kompetente Psychopharmakotherapie (inkl. Augmentationsbehandlung und Einleitung einer Phasenprophylaxe) wie auch die Durchführung störungsspezifischer Psychotherapie (Psychodynamisch orientierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie, psychoedukative Gruppenarbeit) sind wichtige Glieder innerhalb eines Gesamtbehandlungskonzeptes. Diese Besonderheiten von Depressionsstationen werden, wie wiederholte Untersuchungen mit Hilfe von Stationsbeurteilungsbogen gezeigt haben, von den behandelten Patienten wahrgenommen und positiv bewertet (vgl. Wolfersdorf 1997, Rahn 1996).

Eine besondere Herausforderung besteht in der Beendigungsphase der Behandlung darin, eine ambulante Weiterbehandlung, die Reintegration im persönlichen Umfeld und ferner eine möglicherweise notwendige berufliche Rehabilitation vorzubereiten.

Stand der Entwicklung und Erforschung teilstationärer Behandlung in der Psychiatrie

Die psychiatrische Tagesklinik hat ihren Ursprung im England der ersten Nachkriegsjahre und in Kanada. Die Grundidee der psychiatrischen Tagesbehandlung war ebenso überzeugend wie einfach: Wozu benötigen Patienten, die ohnehin nicht bettlägrig sind, wie die meisten psychisch Kranken, ein Krankenhausbett? (vgl. Finzen 1977). In England entwickelte sich in den 50er und 60er Jahren eine Tagesklinikbewegung, die dazu beitrug, dass bereits 1968 ein Fünftel aller Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern in Tageskliniken erfolgte.

Die tagesklinische Behandlung kommt allen Forderungen an eine zeitgemäße Psychiatrie entgegen: Sie ist offen, bezieht die Umwelt der Erkrankten in den Behandlungsplan ein und ist auf die Erhaltung sozialer Bindungen und auf Wiedereingliederung ausgerichtet. Die psychiatrische Tagesklinik vermittelte der Öffentlichkeit ein völlig neues, realistisches Bild von psychisch Kranken, das auch zur Veränderung zuvor bestehender Vorurteile wesentlich beitrug. Es ist durchaus bemerkenswert, dass die Tagesklinik-Bewegung zunächst von der Psychiatrie ausging, und erst in späteren Jahrzehnten auch Einzug hielt in die Körpermedizin (z.B. gerontologische Tageskliniken in der Inneren Medizin). Die Tageskliniken – zunächst in Grossbritannien, den USA, später in der Bundesrepublik Deutschland – hatten bereits Ende der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts ihre Bewährungsprobe bestanden: Sie stellten ein Stück neuer, menschlicher Psychiatrie dar und seien zudem noch kostengünstig (Finzen 1977).

Die prägnanteste Formel für die psychiatrischen Tageskliniken formulierte Bosch (1971): „Tageskliniken sind halbstationäre Einrichtungen zur Behandlung seelisch Kranker, die sich nur tagsüber dort aufhalten, während sie Abend und Nacht im gewohnten familiären Milieu verbringen.“ Psychiatrische Tageskliniken unterscheiden sich von der Tagesstätte (Day Centre) durch die Bereitstellung aller psychiatrischen Hilfsmittel, die auch in einer voll stationär arbeitenden Einrichtung zur Verfügung stehen.

Grundsätzlich erfüllen psychiatrische Tageskliniken drei wesentliche Funktionen:

- Fachspezifische psychiatrische Behandlung anstelle einer Vollhospitalisierung bei akut kranken Patienten
- Weiterbehandlung nach einer stationären Behandlung im Sinne einer Übergangseinrichtung und
- Betreuung und Aktivierung chronisch kranker Patienten.

Hinsichtlich der organisatorischen Einbettung finden sich bei den Tageskliniken für erwachsene psychiatrische Patienten fünf unterschiedliche Typen:

1. Die unabhängige und losgelöste Tagesklinik ohne stationäre Betten und ohne Beziehung zu einem Mutterkrankenhaus, aber mit Ambulanz.
2. Losgelöste Tageskliniken ohne stationäre Betten, aber mit Verbindung zu einem psychiatrischen oder Allgemeinkrankenhaus.
3. Losgelöste tagesklinische und ambulante psychiatrische Einheiten mit Verbindung zu einem Krankenhaus.
4. Tageskliniken mit eigener Versorgung auf dem Gelände eines psychiatrischen Krankenhauses.
5. Tagesklinische Behandlung innerhalb stationärer Abteilungen.

Durch die Anwendung des Prinzips einer integrierten, gemeindenahen Psychiatrie wurde die alte Trennung zwischen intramural und extramural aufgefangen und über eine Kette von differenzierten Behandlungseinrichtungen eine nahezu stufenlose Betreuung oder auch schrittweise Entlassung des Patienten ermöglicht.

Das Argument verminderter Kosten musste teilweise relativiert werden, nachdem sich herausgestellt hatte, dass bei tagesklinischer Behandlung vielfach mit einer längeren Verweildauer gerechnet werden muss (Farndale 1963). Die Integration in das Alltagsleben, die potentiell entstigmatisierende und die jeglichem Hospitalismus vorbeugende Wirkung tagesklinischer Behandlung wurden auch in den folgenden Jahrzehnten als gewichtige Vorteile angesehen. Aktuelle Analysen (Marshall et al. 2008) gelangen zu der Einschätzung, dass tagesklinische Behandlung eine weniger restriktive Alternative darstellt für akute und schwer kranke psychiatrische Patienten. Demnach könnte wenigstens einer von fünf derzeit stationär Behandelten ebenso gut in einer Tagesklinik behandelt werden. Die Besserung trat bei den tagesklinisch behandelten Patienten oftmals schneller ein; auch erwiesen sich die Tageskliniken als günstiger im Vergleich mit stationärer Behandlung. Dies gilt insbesondere auch für die in Tageskliniken behandelten depressiv Erkrankten (Mazza et al. 2004).

Der Elan der Tagesklinik und der dort Tätigen – beispielsweise Finzen (1977): „Die Tagesklinik – Psychiatrie als Lebensschule“– wird deutlich bei der Beschreibung der gruppentherapeutischen Prozesse, die vielfach in der alltäglichen psychiatrischen Tätigkeit einen zentralen Stellenwert erhielten. Die veränderten Versorgungsstrukturen gingen einher mit einem veränderten Verständnis psychiatrischer Krankheiten. Neben der sozialen und familiären Dimensionen psychischen Leidens rückten zunehmend auch psychotherapeutische Ansätze in das Zentrum der Behandlung, die die Auseinandersetzung mit der psychiatrischen Erkrankung als eine Chance persönlicher Weiterentwicklung verstanden. Insbesondere bei der Behandlung schizophrener Patienten wurde die Bedeutung gestörter Kommunikationsprozesse innerhalb der Familien und die Bedeutung des emotionalen Klimas betont (Bateson 1969, Brown 1972). Gruppentherapie, Milieuthérapie und die Orientierung am Modell der therapeutischen Gemeinschaft wurden zu wesentlichen Grundlagen tagesklinischer Tätigkeit.

Evaluation der stationären und teilstationären Depressionsbehandlung

Die Evaluation der Spezialstationen für Depressions- und Angstbehandlung orientiert sich als primäres Erfolgskriterium an der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit. Darüber hinaus werden Mitarbeiterzufriedenheit und Personalkonstanz erfasst.

Die auf den Spezialabteilungen für Depressions- und Angstbehandlung der PUK Zürich durchgeführte mehrdimensionale Behandlung depressiv Erkrankter wird systematisch

evaluiert. Diese mehrdimensionale, u.a. auch neuropsychologische Funktionen einschliessende Verlaufsuntersuchung erfasst insbesondere Störungen im Bereich Aufmerksamkeit/Konzentration, Mnestik und exekutive Funktionen. Neben der Veränderung des psychopathologischen Befundes werden persönlichkeitspsychologische Dimensionen erfasst. Es handelt sich um eine Drei-Punkte-Messung (nach Aufnahme, 4-wöchiger Behandlung und bei Austritt). Im Hinblick auf die Erforschung prognostisch bedeutsamer Faktoren konnte gezeigt werden, dass u.a. der Behandlung der Angstsymptomatik im Rahmen der Depression eine besondere Bedeutung zukommt (Schulze et al. 2006). Bei einer grösseren Untergruppe der im Verlauf untersuchten depressiv Erkrankten fanden sich Hinweise auf eine Dissoziation psychopathologischer und neuropsychologischer Symptome (im Sinne einer Persistenz kognitiver Defizite und veränderter neuronaler Aktivität, vgl. Böker et al. 2008). Auf diesem Wege können frühzeitig prognostisch ungünstige Faktoren erfasst und zur Einleitung gezielter, nachhaltiger therapeutischer Interventionen berücksichtigt werden.

In einem Pilotprojekt zu Aspekten von Qualitätsmonitoring und externer Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung (in vier Baden-Württembergischen Kliniken, davon zwei Landeskrankenhäuser, eine Universitätsklinik, eine städtische Abteilung, vgl. Wolfersdorf et al. 1997) wurde festgestellt:

- Die mittlere Verweildauer betrug 40,8 Tage.
- Relativ hoher Anteil von Chronifizierung und Rezidivierung, sozialer Behinderung, Ko- bzw. Multimorbidität (ca. ein Drittel).
- Schweregrad: Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurden überwiegend deutlich bis schwererkrankte Patienten behandelt, deren Befinden sich zum Zeitpunkt der Entlassung deutlich gebessert hatte (sowohl in der Selbstbeurteilung mittels BDI wie auch in der Fremdbeurteilung mittels HAMD).
- Zufriedenheit der Patienten mit dem Behandlungssetting und – Angebot sowie Behandlungsergebnis: Die Frage: „Was hat Ihnen am meisten geholfen?“ wurde von zwei Dritteln der Patienten mit Hinweis auf die Einzelgespräche, von 17% der Patienten mit Hinweis auf die Gruppenpsychotherapie genannt. Am Zweithäufigsten wurden Medikamente angekreuzt (55%), gefolgt an dritter Stelle (39%) von „Gespräche mit Pflegepersonal“. Den Kontakt zu Mitpatienten gaben 36% als hilfreich an, gefolgt von Ergotherapie (31%) sowie Unterstützung durch Angehörige (31%). Weitere Antworten lauteten: Entlastung vom Alltag (26%), Atmosphäre auf

der Station (24%), Abstand von zu Hause (21%), Bewegungstherapie (21%), Zeit zum Nachdenken (19%).

Die Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlung in Deutschland wurde ferner im Rahmen einer Multicenter-Studie in 10 Kliniken in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern untersucht (vgl. Sitta et al. 2006). Die Ergebnisse zeigten, dass die Behandlungsdauer zwischen den Kliniken stark variierten. So wurden Patienten mit einer singulären oder rezidivierenden depressiven Episode in einer Klinik nach durchschnittlich 36,8 Tagen entlassen, während die Behandlung in einer anderen Klinik im Durchschnitt 64,3 Tage dauerte. Die Behandlungsdauer war länger bei Patienten mit rezidivierender depressiver Störung, bei Patienten mit gravierender Beeinträchtigung der Lebensführung und höherem Schweregrad der Erkrankung. Bei Kriseninterventionen und nach Suizidversuchen in der Vorgeschichte verkürzte sich die Behandlungsdauer. Es zeigte sich, dass sich die Unterschiede in der Behandlungsdauer zwischen den Kliniken nur zu einem geringen Teil durch Unterschiede in der Patientenstruktur erklären liessen. Ferner wurde festgestellt, dass die Verweildauer seit Jahren rückläufig ist (vgl. Richter 2001). Dabei ist zu erwägen, dass die veränderte gesellschaftspolitische Situation mit erhöhtem Kostendruck in den Kliniken sowie mit der allgemein verstärkten Sorge um den Arbeitsplatz zu kürzeren stationären Aufenthalten führt, wie auch in den Rehabilitationskliniken zu beobachten ist. Creed et al. (1997), die in ihrer Studie sowohl die Indexverweildauer als auch die kumulierte Ein-Jahres-Verweildauer berücksichtigten, wiesen darauf hin, dass kürzere Verweildauern zu häufigeren Wiederaufnahmen führen.

Die Ergebnisse der Multicenter-Studie (Sitta et al. 2006) belegten, dass sich die Patientenzusammensetzung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken selbst innerhalb derselben Diagnosegruppe deutlich unterscheidet. Es fand sich eine grosse Variabilität sowohl bezogen auf soziodemographische Daten als auch bezüglich der Krankheitsgeschichte und des Schweregrads der depressiven Erkrankung. Hieraus ergibt sich auch die Notwendigkeit der Case-Mix-Korrektur bei Klinikvergleichen im Rahmen der Qualitätssicherung, da ansonsten die Gefahr von Fehlschlüssen besteht.

Bei den mittels eines regressionsanalytischen Verfahrens identifizierten Patienteneigenschaften, die einen Einfluss auf die Behandlungsdauer haben, wurde neben dem Schweregrad, der Rezidivierungsrate und der möglichen Chronizität der Erkrankung

auch eine gravierende Beeinträchtigung der Lebensführung als ein wichtiger Prädiktor für längere Verweildauern erkannt. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, „ob eine längere Verweildauer diesbezüglich Abhilfe schaffen kann, oder ob an dieser Stelle die Vernetzung mit einem ambulanten Versorgungssystem im Sinne einer integrierten Versorgung optimiert werden sollte“ (vgl. Sitta et al. 2006).

Inzwischen gibt es eine Vielzahl psychiatrischer Tageskliniken, inzwischen auch z.B. in den osteuropäischen Ländern. Bei dem Vergleich dieser Tageskliniken sind jeweils auch die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Ein Vergleich wird ferner durch sehr unterschiedliche Behandlungskonzepte und Behandlungsschwerpunkte, d.h. das Fehlen eines konsistenten Profils erschwert (Kallert et al. 2004). Gruppenpsychotherapie-Programme markieren erste Anfänge einer tagesklinischen Behandlung speziell für depressiv Erkrankte (vgl. Rosie, Azim 1990, Piper et al. 1994) in den USA. Piper et al. berichten über ein auf 18 Wochen beschränktes gruppenpsychotherapeutisches Programm mit überwiegend psychodynamischer Orientierung, das an fünf Wochentagen durchgeführt wurde. Es wurden überwiegend Patienten mit affektiven und Persönlichkeitsstörungen behandelt. Zwei Persönlichkeitseigenschaften (psychological mindedness und Qualität der Objektbeziehungen) erwiesen sich als die stärksten Prädiktoren, während der initiale Schweregrad der Beschwerden kein signifikanter Prädiktor war. Im weiteren zeigte sich, dass Patienten, die unter Depressionen und Angststörungen leiden und bisher unter ambulanter „Standard-Behandlung“ keine Besserung zeigten, von tagesklinischer Behandlung profitieren (Marshall et al. 2001).

In den vergangenen Jahren zeichnet sich eine zunehmende Spezialisierung und Weiterentwicklung der allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken hin zu spezialisierten Behandlungsprogrammen ab. Es ist davon auszugehen, dass etwa ein Drittel der Tageskliniken in Europa einen psychotherapeutischen Schwerpunkt haben. Neben Patienten mit schweren und chronischen Depressionen und Angststörungen werden schwerpunktmässig Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen behandelt (Karterud, Wilberg 2007, Seidler et al. 2006). Diese speziellen Behandlungsprogramme im Rahmen von Tageskliniken sind überwiegend angelehnt an psychiatrische Kliniken. Diskutiert wird der notwendige Umfang tagesklinischer Behandlung.

Einige Autoren favorisieren zeitlich begrenzte Behandlungsprogramme, die sich nicht auf den ganzen Tag erstrecken (vgl. Karterud, Wilberg 2007). Während frühere Behandlungsprogramme in Tageskliniken traditionell an psychodynamischen Konzepten orientiert waren, wurden in jüngster Zeit Programme auf der Basis der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT, vgl. Simpson et al. 1998) und der Kognitiv-Behavioralen Therapie (CBT, vgl. Mundt et al. 2002, Raisch et al. 2001) entwickelt.

Im Hinblick auf die Entwicklung von tagesklinischen Tagesprogrammen lassen sich zwei hauptsächliche Entwicklungslinien beobachten: Zum einen werden stationäre Behandlungseinheiten durch Tageskliniken ersetzt (Kallert et al. 2004, Ceeck et al. 2005). Die damit einhergehenden Forschungsfragen beziehen sich insbesondere auf containment, Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Verhältnis im Vergleich mit stationärer Behandlung. Ein weiterer Trend besteht darin, dass die psychotherapeutisch orientierten Tageskliniken herausgefordert sind, spezielle Behandlungsprogramme zu entwickeln, die einer ambulanten Behandlung überlegen sind (Karterud, Wilberg 2007). Eine aktuelle Auswertung der Daten der weltweit grössten Datenbank von Patienten, die sich in tagesklinischer Behandlung in Tageskliniken mit psychotherapeutischem Schwerpunkt befinden (Norwegen Network of Psychotherapeutic Day Hospitals, vgl. Karterud, Wilberg 2007) setzt sich insbesondere mit der Frage der „Dosierung“ unterschiedlicher therapeutischer Interventionen, der diagnostischen Gruppen und der Anschlussbehandlung auseinander. Die Autoren heben die Notwendigkeit spezialisierter Behandlungsprogramme hervor, die auch mit einer stärkeren Betonung diagnostischer Evaluationen zu verbinden sei. Ferner bestehe die Notwendigkeit, dass tagesklinische Behandlungen sich als ersten Schritt auf dem Weg zur Entwicklung von Langzeitbehandlungen im Sinne komplementärer Behandlungsprogramme verstehen sollten, die auf eine vollständige Remission im Langzeitverlauf gerichtet sind. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass insbesondere psychotherapeutische Behandlungsprogramme für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline Störungen evaluiert wurden.

Die tagesklinische Behandlung depressiver Patienten erfolgt – zumindest in Deutschland – einerseits auf integrierten Tagesklinikplätzen als Bestandteil spezieller Depressionsstationen, zumeist jedoch in Allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken. Im internationalen Schrifttum wurde die tagesklinische Behandlung depressiver Patienten am häufigsten in gerontopsychiatrischen Tageskliniken untersucht und überwiegend als geeignete Behandlungsform eingeschätzt, insbesondere dann, wenn eine komorbide dementielle

Erkrankung oder Angststörung bestanden (Adler et al. 2000, 2003, Ballard et al. 1993, Fuchs et al. 1993, Glaesmer et al. 2003, Malone et al. 2002, Plotkin, Wells 1993, Rosenvinge et al. 1998). In Untersuchungen, die die tagesklinische Therapie mit der ambulanten Behandlung Depressiver verglichen, fand sich für weniger schwere und vorwiegend neurotische Depressionen kein wesentlicher Vorteil des tagesklinischen Settings (Glick et al. 1986, Tyrer et al. 1987, Tyrer, Remington 1979). Im Gegensatz dazu erwies sich die tagesklinische Behandlung bei schweren und persistierenden depressiven Störungen jedoch gegenüber der ambulanten Behandlung als überlegen (Dick 1985).

Im Rahmen der Hannover-Tagesklinik-Studie ergaben sich Hinweise, dass Patienten mit einer affektiven Störung stärker von der allgemeinpsychiatrischen tagesklinischen Behandlung profitieren als Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Brüggemann et al. 2006). Die Behandlungsabbruchraten als Outcome-Kriterien depressiver Patienten lagen in einer 2,5-Jahres-Untersuchung mit 12% der F3-Erstdiagnosen deutlich unter denen der schizophren Erkrankten mit 35% (Garlipp 2003).

Einschränkungen der Eignung des tagesklinischen Settings in der Behandlung depressiv Erkrankter ergeben sich dann, wenn z.B. Konfliktsituationen im häuslichen Umfeld, die durch eine räumliche Distanz besser bearbeitet werden können, ggf. eine stationäre Behandlung günstiger erscheinen lassen, ferner bei starker Ausprägung einer Antriebsstörung, langen Fahrzeiten in die Tagesklinik, akuter Suizidalität und Notwendigkeit einer komplexen medikamentösen Umstellung (vgl. Garlipp et al. 2007). Das tagesklinische Setting bietet durch die Kombination von intensiver Behandlung und Alltagserprobung vielfältige Möglichkeiten der realen Belastungserprobung, worin ein zentraler Behandlungsfokus bestehen kann (Beine et al. 2005).

Zusammenfassend stellt die tagesklinische Behandlung eine effektive Behandlungsform für depressiv Erkrankte dar, insbesondere dann, wenn sie individuell abgestimmt ist. Spezifische Modelle einer tagesklinischen Behandlung für depressiv Erkrankte liegen bisher nur in ersten Ansätzen vor. Dies gilt auch für die empirische Erforschung von differenziellen Indikationskriterien und der Evaluation der tagesklinischen Behandlung depressiv Erkrankter.