

1 Psychotherapien in Tageskliniken – Historische Perspektiven und zukünftige Aufgaben

Ulrich Schultz-Venrath

1.1 Historische Aspekte

Obwohl sich Tageskliniken für psychisch und psychosomatisch Kranke in der Medizin zunehmender Beliebtheit erfreuen, ist ihre Geschichte noch relativ jung und in gewisser Weise auch sehr bunt, denn keine Tagesklinik gleicht einer anderen. Während psychiatrische Tageskliniken auf eine längere Geschichte zurückblicken können, sind psychotherapeutische und psychosomatische Tageskliniken erst knapp 30 Jahre alt. Noch jünger ist die Geschichte störungsorientierter Tageskliniken, die sich auf Ältere oder Adoleszente oder bestimmte Diagnosen, wie z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, spezialisiert haben.

Erstmals eröffnete Dzagharov, Chefarzt in Moskau, 1932 „ein teilstationäres Adnex für Psychosekranken“ an einer Psychiatrischen Klinik (Eikermann 2010, S. 358; Matakas 1992). Ewen Cameron gründete 1946 in Montreal am Alan Memorial Institute ein „day hospital“, womit der Begriff „Tagesklinik“ erstmals Eingang in das angelsächsische Gesundheitswesen fand. Rasch wurde Begriff und Konzept von der europäischen sozialpsychiatrischen Bewegung aufgegriffen, da sich das Modell der Tagesbehandlung bestens als Gegenmodell zur erstarrten, kustodialen Psychiatrie eignete. Darüber hinaus standen natürlich auch ökonomische Gründe Pate für die Entstehung von Tageskliniken für Pa-

tienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen in den ersten Nachkriegsjahren des Zweiten Weltkriegs in England und in Kanada (Cameron 1947).

Joshua Bierer (1901–1984) ein österreichisch-jüdischer Arzt und Adler-Schüler, emigrierte nach seiner psychotherapeutischen Ausbildung in Wien und Berlin nach England. Er begründete Ende der dreißiger Jahre das Marlborough „day hospital“, in das er eine triadische Psychotherapie einführte: Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie und situationsbezogene Psychotherapie, die als Vorläufer der therapeutischen Gemeinschaft – mit den vorhersehbaren Schwierigkeiten – angesehen werden kann. Die situationsbezogene Psychotherapie orientierte sich an sozialtherapeutischen Aufgaben, an denen sich die Patienten je nach Schweregrad ihrer Erkrankung in je einem der drei verschiedenen Clubs nach demokratischen Regeln beweisen und ihr Selbstbewusstsein stärken konnten.

Sein Konzept sei deutlich leiterzentrierter und aktiver gewesen als die sich etwas später aus der Behandlung von Kriegsneurotikern im Military Psychiatric Hospital Northfield (bei Birmingham) entwickelnde Gruppenanalyse (Foulkes 1974, 1992, S. 18). Bierer (1951) hatte in seinem Buch „The Day Hospital“ seine ersten Erfahrungen einer sozialpsychiatrischen Tagesklinik mit dem Konzept situationsbezogener Behandlung publiziert. Verblüffend klar formulierte er darin die noch heute gültigen Prinzipien einer solchen Institution: In der Tagesklinik erfolge gleichzeitig eine somatisch-biologische und eine psychotherapeutische Behandlung, die Patienten könnten aber abends nach Hause gehen. Dadurch werde der Gewöhnung an das Krankenhaus entgegengewirkt, die Tagesklinik biete mehr Therapie als eine ambulante Behandlung, in der alle bekannten therapeutischen Optionen zur Anwendung kämen. Diese bestanden aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie, aber auch – der damaligen Zeit entsprechend – aus Elektro- und Insulin-Schocktherapie sowie medikamentöser Therapie. Integriert waren bereits Arbeitstherapie und Therapie durch „soziale Clubs“, Psychodrama, Kunsttherapie einschließlich dreidimensionalen Gestaltens, Musik- und Bewegungstherapie. Keinesfalls handelte es sich um leichte Fälle, für die im Einzelfall sowohl Therapie als auch Rehabilitation sinnvoll seien. Ferner seien Kinder und Jugendliche, aber auch ihre Eltern, sodann schwerer erkrankte neurotische Patienten, die nicht mehr zur Arbeit gingen ebenso geeignet für eine tagesklinische Behandlung wie Psychosekranken nach Entlassung aus der stationären Behandlung oder solchen, die noch nie in einem Krankenhaus vorher waren.

Während 1968 in England schon 35.000 Patienten in solchen Tageskliniken behandelt wurden, so dass von einer Tagesklinikbewegung gesprochen werden musste, wurde das Modell in der Bundesrepublik nur mit großer Verzögerung angenommen, weshalb sich zur gleichen Zeit nicht mehr als 200 oder 300 Patienten pro Jahr in tagesklinischer Behandlung befanden. Nicht um-

sonst äußerten so manche Pioniere der Tageskliniken damals deshalb auch Ängste, ob ihr Modell von den Patienten überhaupt angenommen werden würde.

Soweit bekannt, wurde die erste Tagesklinik in Deutschland Anfang der 60er Jahre in der Frankfurter Psychiatrischen Universitätsklinik als Teil eines sozialpsychiatrischen Versorgungssystems eingerichtet. Nach und nach folgten Tagesklinik-Gründungen in der Rheinischen Klinik Bonn (1965), im Psychiatrischen Krankenhaus Winnenden (1966), in der Rheinischen Klinik Düsseldorf und in der Universitätsklinik Heidelberg (1967). Noch 1982 gab es nur etwa 60 Tageskliniken mit 1300 Plätzen in Deutschland (Zwiebel 1987). 1990 ging die Bundesregierung davon aus, dass bezogen auf 100.000 bis 150.000 Einwohner 20 Tagesklinikplätze vorgehalten werden sollten, was für die Bundesrepublik Deutschland mit rund 80 Mio. Einwohnern 500–600 Tageskliniken bedeuten würde, die trotz eines beachtenswerten Aufschwungs in den letzten 20 Jahren noch nicht erreicht sind. Allein zwischen 2003 und 2007 wurden 106 neue Einrichtungen mit 2.510 Tagesklinikplätzen für psychisch und psychosomatisch Kranke gegründet, die mit einem Anstieg der Fallzahl von 88.214 auf 120.433 (= 37%) einherging.¹ Trotz des weiteren Anstiegs von Tageskliniken in Psychiatrie und Psychosomatik bis 2009 (s. Tab. 1) ist der Bedarf noch lange nicht gedeckt, was sich unter anderem an den – zuweilen langen – Wartezeiten für die Aufnahme in Tageskliniken niederschlägt.

Tab. 1 Wachstum der Tageskliniken in Psychiatrie und Psychosomatik in den letzten sechs Jahren nach dem Bundesamt für Statistik 2011 (wir danken Bernd Eikermann für die Überlassung der Tabelle)

	2003	2004	2006	2007	2009
Zahl der Tageskliniken	463	485	520	569	616
Plätze in Tageskliniken	10292	10789	11922	12802	14084
Fallzahl	88214	98246	110412	120433	137362

So standen allein in unserer Tagesklinik (im Evangelischen Krankenhaus in Bergisch Gladbach) 2009 insgesamt 150 Patienten auf der Warteliste, von denen 46% nicht in die Tagesklinik aufgenommen wurden. Es zeigte sich, dass sich die Motivation für eine tagesklinische Behandlung mit der Länge der Wartezeit deutlich verringerte. In der Folge schoben diese Patienten entweder ihre Therapie auf oder mussten schließlich stationär behandelt werden, weil sich ihr Zustand verschlechterte. Beides produziert letztlich höhere Kosten für das Gesundheitssystem und es ist wirklich verwunderlich, warum die Politik nicht schneller diesen Missstand beheben kann oder will, wenn man bedenkt, dass mindestens bis zu 40% der akut behandlungsbedürftigen Patienten mit schwe-

1 <http://www.datppp.de/archivdownloads.html>, letzter Zugriff am 16.4.2010.

ren psychischen und psychosomatischen Störungen in Tageskliniken behandelt werden könnten.

Der Aufschwung von Tageskliniken in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik führte auch zu einer Differenzierung der verschiedenen psychotherapeutischen Angebote, die allerdings nicht immer nach wissenschaftlicher Evidenz – soweit sie überhaupt vorhanden ist – eingesetzt werden. Für einen Außenstehenden mag verwunderlich sein, dass dieser Aufschwung von Tageskliniken innerhalb der Psychiatrie nicht ohne Spannungen vor sich ging. Von sozialpsychiatrischer Seite wurden die wirklichkeitsfernen und anti-psychotherapeutisch gespeisten Befürchtungen geäußert, dass durch die aktuelle Tagesklinikbewegung die bisher enge Integration von teil- und vollstationärer Krankenhausbehandlung aufgebrochen würde, und sich die Tageskliniken von ihrem „Mutterhaus“ als „psychotherapeutische Intensivambulanzen“ abkoppeln könnten, was sich unter anderem in der Gründung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatik (DATPPP) niederschläge (Beine et al. 2005; Beine et al. 2007). Diese Sichtweise wurde durch die wohl aus Unkenntnis geäußerte Unterstellung unterstrichen, dass inzwischen nur leichter erkrankte Menschen in Tageskliniken behandelt würden und gerade die schwerer kranken Patienten mit Psychosen von dem tagesklinischen Behandlungsangebot ausgeschlossen blieben. Kallert führte eine Reihe von kritischen Argumenten gegen diese Behauptungen auf: Im stationären Bereich zeichne sich eine ähnliche Entwicklung ab und möglicherweise seien die inzwischen verbesserten Angebote psychiatrischer Institutsambulanzen, aber auch der sozialpsychiatrischen Komplementärangebote für den Rückgang der zu behandelnden Psychose-Kranken verantwortlich (Engfer u. Kallert 2008). Die sozialpsychiatrische Argumentation wies eine gewisse Ähnlichkeit mit den berufspolitischen Argumenten und Initiativen der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN gegen eine eigenständige Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland auf, und ist letztlich einem Großgruppenparanoid geschuldet, wie es beispielsweise die analytischen Fachgesellschaften DPG und DPV in ihren Nachkriegsjahren bis vor kurzem gegenseitig pflegten (Beland 2010). Die einzig Besonderheit liegt darin, dass diese „Spaltung“ zwischen Psychiatrie und Psychosomatik historisch nur in Deutschland zu finden ist, ohne dass bisher die Frage gestellt wurde, ob dies vielleicht mit einer transgenerationellen Traumatisierung zu tun haben könnte (Schultz-Venrath 1995). Obwohl sich die DGPPN 2010 (!) dem Schuld-Thema und der historischen Verstrickung der Psychiatrie im Dritten Reich sogar gewidmet hatte, blieb unbehandelt und unerkannt, weil völlig unbewusst, dass es sich bei allen Argumenten gegen die Psychosomatik/Psychotherapie um die affektive Entledigung einer Realschuld durch die Verstrickung in der Euthanasie, also um eine Projektion, handelt(e): Die Psychiatrie, die sich so schuldig gemacht hatte, muss gegen eine (angeblich) unschuldige Psychosomatik mit z.T. verzerrten Argumenten polemisieren (sie sei eine Edelpsychiatrie, könne sich die Patienten ja auswählen, etc.). So ist in der Psych-

iatrie leider völlig unbekannt geblieben, dass sich auch die Psychosomatik im Dritten Reich verstrickt hatte (Harrington 2002; Schultz-Venrath 2003, 2009a, 2009b; Schultz-Venrath u. Hermanns 1991). Ebenso ist offenbar nicht zur Kenntnis gelangt, dass verschiedene Pioniere der deutschen Psychosomatik, wie z. B. Viktor von Weizsäcker, Alexander Mitscherlich und Thure von Uexküll lange Jahre ihre Verstrickung im Dritten Reich durch Legendenbildung und geschickte Schuldprojektion auf die naturwissenschaftliche Medizin ablenken konnten. Vor diesem Hintergrund lässt sich die affektbedingte Verzerrung der heutigen Argumentation der sozialpsychiatrischen Fraktion besser verstehen, die sich mit der Schwere einer Psychose-Erkrankung identifiziert.

Bekanntlich ist aber die Schwere einer psychischen Erkrankung überhaupt nicht an einer Diagnose auszurichten; sollten denn Patienten mit einer Angst-erkrankung oder Depression, die wegen ihrer Ängste oder Antriebsstörung weder das Haus verlassen noch zu ihrer Arbeit zu fahren in der Lage sind, wirklich weniger schwer erkrankt sein, ganz zu schweigen von den Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, die aus allen sozialen Kontexten fallen? Es ist ein bisher wenig publiziertes Phänomen, dass auch Mitarbeiter von Tageskliniken gar nicht selten eine solche Neid-Projektion seitens der stationär arbeitenden Mitarbeiter in der Psychiatrie abbekommen, was unter anderem durch die Arbeitszeiten (keine Nachtdienste) und den übrigen Besonderheiten tagesklinischer Arbeit ausgelöst sein mag.

Unabhängig dieser historisch hoffentlich bald überholten Debatte waren Tageskliniken allerdings nicht immer ein Erfolgsmodell: So berichtete Zwiebel (1987) über das Scheitern einer Psychosomatischen Tagesklinik in Bielefeld in den achtziger Jahren, die nach drei Jahren vom Träger in eine stationäre Einrichtung verwandelt wurde. Das Scheitern dieser Tagesklinik hatte viele Gründe, war aber ganz offensichtlich u. a. durch den Widerstand der organisierten niedergelassenen Ärzteschaft (über die KV) und anderen wichtigen Personen im Gesundheitswesen bedingt, die sich eine Behandlung von psychosomatisch Kranken in einer Tagesklinik nicht vorstellen konnten oder mochten. Zwiebel sah in dem Konzept einer tagesklinischen Behandlung trotzdem eine Zukunft, an der er festhalten wollte: „Für Patienten mit organischen und funktionellen Erkrankungen könnte sich die Tagesklinik vor allem in Verbindung mit einer vollstationären, die Psychosomatik integrierenden Klinik als eine wichtige Ergänzung, vor allem für die Zeit des Überganges zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlungsphase erweisen“ (Zwiebel 1987, S. 153).

1.2 Zur Modernität einer tagesklinischen Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker

Die Grundidee einer Tagesbehandlung ist so überzeugend wie einfach: Wozu brauchen Patienten, die ohnehin nicht bettlägerig sind, wie die meisten psychisch und psychosomatisch Kranken, ein Krankenhausbett, fragte sich schon

Asmus Finzen, Pionier der ersten deutschen Tagesklinik in Tübingen, der die britischen Entwicklungen nach Deutschland transferierte (Finzen 1977). Heute stellen Tageskliniken, die trotz sehr unterschiedlicher Behandlungsdauer letztlich Kurzzeittherapien anbieten müssen, eine notwendige Erweiterung des Versorgungsangebots für psychisch und psychosomatisch Kranke dar, wobei für eine moderne gesundheitspolitische Perspektive spräche, die Versorgung und Behandlung dieser Patienten primär in Tageskliniken anzustreben und die Klinikbetten nur noch für solche Patienten bereit zu halten, die wirklich ein Bett und eine geschützte Station benötigen. Da die bisher mit Tagesklinik erzielten Einnahmen über die Pflegesätze deutlich niedriger liegen als die im stationären Bereich, muss auch so mancher Geschäftsführer erst für ein solches Konzept gewonnen und überzeugt werden.

Eine Behandlung in einer Tagesklinik ist sozialrechtlich wie eine Klinikbehandlung anzusehen, geregelt durch den § 39 des SGB V, was das Bundessozialgericht indirekt bestätigte, indem es den Tageskliniken das gleiche Recht des Betreibens einer Institutsambulanz einräumte wie den Kliniken.² Eine tagesklinische Behandlung schließt neben der medizinischen Versorgung eine Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nur nachts mit ein. Sie kommt infrage, wenn für das Erreichen des Behandlungszieles eine stationäre Behandlung nicht erforderlich, eine ambulante Behandlung aber nicht ausreichend ist (Eikermann 2010, S. 356). Die Finanzierung, die sich für psychiatrische Tageskliniken zurzeit noch nach den Stichtagserhebungen im Rahmen der Personalverordnung Psychiatrie richtet, wird in den nächsten Jahren durch ein neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik ersetzt werden. Dabei ist noch ungewiss, ob dadurch ein stärkerer Anreiz zur tagesklinischen Behandlung psychisch Kranker gegeben sein wird.

Tageskliniken für psychisch und psychosomatisch Kranke sind aufgrund der niedrigeren Pflegesätze – je nach untersuchtem Patientenkollektiv – für die Krankenkassen um 21–37% günstiger als eine stationäre psychiatrische Behandlung (Kallert et al. 2005; Marshall et al. 2003). Zudem stellen sie eine sinnvolle Indikation für eine breite und heterogene Patientengruppe dar, ermöglichen den Patienten den Bezug zum sozialen Umfeld und erleichtern im Sinne eines Übergangsettings die Rückkehr in den familiären und beruflichen Alltag. Die Mischung aus institutioneller Protektion und selbstbestimmter Konfrontation mit der Realität ist von allen möglichen Versorgungsangeboten in Tageskliniken am besten gewährleistet, da diese „Zwischenräume“ und „Übergänge“ repräsentierten wie in den ersten Lebensjahren einer Familie (Richter u. Eikermann 1999, S. 16). Aus diesen Gründen ist es erforderlich, das (psycho)-therapeutische Konzept in Tageskliniken möglichst effektiv und nachhaltig wirksam zu gestalten, um die Therapiedauer und damit die Wartezeiten zu verkürzen sowie auf Dauer auch die erforderlichen Konsultationen in Notfallambulanzen und Aufnahmen in Kliniken zu reduzieren.

2 Bundessozialgerichtsurteil vom 28. Januar 2009, B 6 KA 61/07 R

Tagesklinikstatus (teilstationär) des Patienten auf Station
Tagesklinik als Station eines Krankenhauses mit Integration in das Gebäude
Tagesklinik als eigene Gebäudeeinheit am Krankenhaus
Tagesklinik zum Krankenhaus gehörend, aber abseits zum Beispiel in Stadtnähe gelegen
Tagesklinik unabhängig vom Krankenhaus in gesonderter Trägerschaft
Tagesklinik mit oder ohne Betten im Tagesklinikgebäude, einschließlich Nachtambulanz
Rehabilitationstagesklinik für Suchtkranke oder für psychosomatisch Kranke, meistens in Distanz zu oder unabhängig von einer Klinik
Tagesklinik für Kinder und Jugendliche, für Ältere, allgemeinspsychiatrische beziehungsweise psychotherapeutische Tagesklinik, Tagesklinik für Alkoholabhängige beziehungsweise Drogenabhängige

Abb. 1 Organisatorische Variationen von Tagesklinik-Behandlungen (mod. nach Eikermann 2010)

Da es weder eine allgemein gültige Definition des tagesklinischen Behandlungssettings noch eine einheitliche organisatorische Struktur gibt (s. Abb. 1), überrascht nicht, dass Tageskliniken für psychisch und psychosomatisch Kranke sehr unterschiedliche Behandlungskonzepte vertreten, zumal die Unterschiede auch durch regionale Besonderheiten bedingt sind. Sie reichen von sozialpsychiatrischen (mit und ohne Psychotherapie) Konzepten über tiefenpsychologisch-analytische oder verhaltenstherapeutische Modelle bis hin zu integrativ-systemisch-humanistischen Konzepten.

Ausschließlich psychotherapeutische Tageskliniken, obwohl gesundheitspolitisch angesichts der Zunahme psychischer Störungen durchaus sinnvoll und notwendig, sind immer noch eine Rarität und entstanden viel später. Vermutlich wurde die erste psychotherapeutische und psychosomatische Tagesklinik 1982 von Heigl-Evers begründet, die ihren Schwerpunkt in der Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen sah, die sich ambulant als nicht behandelbar erwiesen (Heigl-Evers et al. 1986).

Unabhängig des Differenzierungsgrades, des Schwerpunkts und der gesundheitspolitischen Ausrichtung, die meist vom Leiter oder Träger bestimmt werden, scheinen die verschiedenen Psychotherapien neben einer qualifizierten Psychopharmakotherapie und Sozialtherapie der wichtigste Schlüssel in Tageskliniken zu sein, um Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen langfristig erfolgreich behandeln zu können. Insofern ist eine hohe (gruppen-)psychotherapeutische Kompetenz der Mitarbeiter von Tageskliniken eine wesentliche Grundvoraussetzung für den Behandlungserfolg und die

Wertschätzung durch die Patienten im regionalen Versorgungsnetz. Leider sind die Voraussetzungen nicht immer – auch aus gelegentlichem Mangel an regionalen Weiterbildungsinstituten und Ausbildern – gegeben.

Psychotherapien waren und sind schon immer ein Merkmal tagesklinischer Behandlung von historischer Dimension. So berichtete Asmus Finzen von seinem Besuch im Maudsley-Day-Hospital in London 1969, dass eine Tagesklinik konzeptionell als gruppenpsychotherapeutische Institution anzusehen sei (Finzen 1977, S. 60), wofür auch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft als ein spezifisches Gruppenkonzept spricht. Es ist eine kleine historische Anekdote, dass die von ihm später ins Leben gerufene Tagesklinik in Tübingen über lange Zeit von einem Psychoanalytiker (allerdings) ohne gruppenanalytische Qualifikation supervidiert wurde.

Heute ist das angebotene Spektrum der verschiedenen Psychotherapien in Tageskliniken ebenso breit wie differenziert, wie sich an den Beiträgen in diesem Buch gut belegen lässt. Trotzdem hat die Einschätzung von Asmus Finzen, dass die Tagesklinik als gruppenpsychotherapeutische Institution anzusehen sei, bis heute nichts an Gültigkeit verloren; umso verwunderlicher ist, dass eine gruppenpsychotherapeutische Kompetenz der verschiedenen Berufsgruppen in Tageskliniken eher noch ein Desiderat ist, obwohl zahlreiche Studien belegen, dass gerade der gruppentherapeutische Ansatz oder die Mitarbeit von Patienten in der Gruppe, z.B. bei Borderline-Patienten, überhaupt erst einen Behandlungserfolg ermöglicht (Piper et al. 1994a, 1994b). Durch das tägliche Ankommen und Gehen spielen implizit die Regeln bei einer tagesklinischen Behandlung eine große Rolle, die zwischen Team als Gruppe und Patienten als Gruppe differenziert bewältigt werden müssen. Die Beachtung und Auseinandersetzung um die Regeln, um den Erhalt des Settings und der Arbeitsstrukturen nimmt einen großen Teil der Arbeit ein und sie sind häufig ein Thema in den Gruppenpsychotherapien: „Warum kommt Frau R. immer zu spät? – Warum verschläft Herr S. regelmäßig den Beginn der Psychotherapiegruppe? – Welchen Sinn haben die Auseinandersetzungen um das Essverhalten von Frau Z.? – Wer hat seinen Küchendienst warum wieder nicht gemacht? – Warum hat Frau N. ein Einzelgespräch beim Arzt bekommen und Herr A. nicht?“ (Rohrbach 2002, S. 290), wobei die Trennungsarbeit von sich verabschiedenden Mitpatienten ein großes Thema in einer Tagesklinik darstellt.

An den Vorteilen einer tagesklinischen Psychotherapie gegenüber einer stationären Behandlung hat sich seit Küchenhoffs Publikation „Teilstationäre Psychotherapie“ nicht viel verändert: Entlastung vom Binnendruck stationärer Psychotherapieeinrichtungen, Minimierung der Risiken, die durch Regression entstehen, ständige Durcharbeitung von Trennungserfahrungen, bessere Verknüpfung von Psychotherapie mit sozialer Rehabilitation, einschließlich der Arbeitsintegration, die Integration und Beteiligung der Familienangehörigen, die Kostenvorteile, die Sozialverträglichkeit und die zeitgemäße Behandlungsform (Eikermann 2010; Küchenhoff 1998). Demgegenüber

sind die Nachteile tagesklinischer Psychotherapie, etwa eine persönliche Überforderung des Patienten (zum Beispiel die Einsamkeit am Wochenende) und die geringere Flexibilität bei Kriseninterventionen, speziell nach Beendigung der tagesklinischen Behandlung am Tage, in der Regel durch ein aufmerksames Behandlungsteam rechtzeitig zur Sprache zu bringen, zu klären und zu bewältigen. Hier spielt die gruppale Fähigkeit des Teams, Außenseiter rechtzeitig zu inkludieren und für die Gruppe zu halten, eine große Rolle.

Die Zukunft der verschiedenen Psychotherapien – auch in Tageskliniken – wird sich möglicherweise daran orientieren, ob die jeweilige therapeutische Methode eher normativ (z.B. Schematherapie, dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), Psychoedukation, Achtsamkeitskonzept) oder autopoietisch ausgerichtet ist (z.B. MBT, analytische oder interaktionell-analytische Gruppenpsychotherapien, Kunst- und Körpertherapien). Während normative Psychotherapien einen Behandlungserfolg durch Strukturierung und klare Zielsetzung ermöglichen, setzen autopoietische Psychotherapien auf die Fähigkeit des Patienten, letztlich selbst einen Weg aus der Krise zu finden, bei dem das therapeutische Team wie die Institution und letztlich auch die Mitpatienten nur den Sicherheit gewährenden Rahmen bilden.

Es ist historisch bisher auch noch wenig verstanden, warum so viele zukunfts-trächtige institutionelle wie therapeutische Innovationen bezüglich tagesklinischer Behandlungen aus England oder den USA stammen, wie z.B. die von Bateman und Fonagy (2008) entwickelte mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), welche als tagesklinisches Behandlungskonzept für Borderline-Persönlichkeitsstörungen als zentrales Behandlungselement eine (mentalisierungsbasierte) Gruppentherapie enthält. Diese auf einer affektfokussierten Fragetechnik beruhende Psychotherapie hat sich inzwischen auch bei anderen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen als ein wirksames und effektives Verfahren erwiesen. Möglicherweise ist der Siegeszug in den angelsächsischen und nordischen Ländern auch darin begründet, dass diese auf den Ergebnissen der Bindungsforschung beruhenden Technik berufsübergreifend von einem multiprofessionellen Tagesklinikteam erlernt werden kann und in die bisherigen Therapiemodule integrierbar ist.

Störungsspezifische Therapiekonzepte für Patienten mit speziellen Diagnosen haben den Charme, dass diese in der Regel auch die therapeutischen Teams qualifizieren und kohäsiv auf diese wirken, da sich die Teammitglieder als Pioniere einer besonderen Methode ansehen können, die auch außerhalb der Tagesklinik in der Regel Interesse auslöst. Tagesklinik-Teams zeichnen sich einerseits durch eine klare, kompetenzbezogene Verteilung der Aufgaben, andererseits durch eine flache hierarchische Struktur und größtmögliche personelle Konstanz aus, wobei das Bezugstherapeuten-Konzept garantiert, dass jeder Patient einen Arzt/Psychologen sowie ein weiteres Teammitglied als Ansprechpartner hat. Dadurch entsteht ein großer Bedarf an Austausch und Absprache unter den Teammitgliedern, wobei den Visiten eine integrative Funk-

tion der verschiedenen Therapien und Prozesse zukommt, die am besten dadurch gewährleistet ist, dass die jeweiligen Therapeuten des Patienten auch an der Visite beteiligt sind.

Ein überregionaler Austausch über die Modelle und Konzepte der verschiedenen Tageskliniken und der dahinterliegenden theoretischen Überlegungen hat auf den Jahrestagungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Tageskliniken in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP) gerade angefangen, müsste aber ebenso intensiviert werden wie die Forschung. Es wäre zu wünschen, dass dieses Buch ein Stimulus für diesen zukünftigen Austausch darstellt, der in dieser Arbeitsgemeinschaft für Tageskliniken in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (www.datppp.de) seinen gesundheits- und berufspolitischen Ort hat.

Literatur

- Bateman A, Fonagy P (2008) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Beine K, Engfer R, Bauer M (2005) Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie – quo vadis? *Psychiatr. Prax.* 32: 321–323
- Beine KH, Kuthmann A, Engfer R (2007) Zur Zukunft tagesklinischer Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. *Psychiatr. Prax.* 34: 99–101
- Beland H (2010) Hundert Jahre Psychoanalyse in Deutschland. Die schwierigen Jahre: Brennpunkt Seeon – Ein Neubeginn. *Psyche – Z Psychoanal* 64: 1174–1179
- Bierer J (1951) *The Day Hospital. An Experiment in Social Psychiatry and Syntho-Analytic Psychotherapy.* H.K. Lewis, London
- Cameron DE (1947) The day hospital: an experimental form of hospitalization for psychiatric patients. *Mod. Hosp.* 69: 60–62
- Eikermann B (2010) Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 81: 355–365
- Engfer R, Kallert TW (2008) Tageskliniken vernachlässigen Schizophrenie-Kranke. *Psychiatr. Prax.* 35: 108–110
- Finzen A (1977) Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebensschule. R. Piper & Co. Verlag, München
- Foulkes SH (1974) *Gruppenanalytische Psychotherapie.* Pfeiffer, München
- Harrington A (2002) Die Suche nach Ganzheit. Die Geschichte biologisch-psychologischer Ganzheit klären: Vom Kaiserreich bis zur New-Age-Bewegung. 149. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Heigl-Evers A, Henneberg-Mönch U, Odag C, Standtke G (1986) Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Kallert TW, Schonherr R, Schnippa S, Matthes C, Glockner M, Schützwohl M (2005) Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. *Psychiatr. Prax.* 32: 132–141
- Küchenhoff J (1998) *Teilstationäre Psychotherapie. Theorie und Praxis.* Schattauer, Stuttgart, New York
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, Roberts C, Hill E, Wiersma D (2003) Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane. Database. Syst. Rev.* CD004026
- Matakas F (1992) *Neue Psychiatrie: Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Zürich
- Piper WE, Joyce A, Azim H, Rosie J (1994a) Patient characteristics and success in day treatment. *J Nerv Ment Dis* 182: 381–386
- Piper WE, Joyce AS, Rosie JS, Azim HF (1994b) Psychological mindedness, work, and outcome in day treatment. *Int J Group Psychother.* 44: 291–311