

Klientel, Bewertung und Effektivität tagesklinischer psychiatrischer Behandlung: Konsequenzen aus vorliegenden Forschungsergebnissen

■ Th. W. Kallert, M. Schützwohl

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum C. G. Carus der TU Dresden (D)

Summary

Kallert TW, Schützwohl M. [Clientele, assessment, and efficacy of psychiatric day hospital treatment: implications resulting from existing research findings.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2002; 153:144–52.

The number of psychiatric day hospitals is steadily increasing, thus finishing the dualism of in-patient treatment and out-patient treatment. This article informs about the characteristics of patients treated in psychiatric day hospitals, about patients' and their relatives' assessment of treatment, the effectiveness of psychiatric treatment in a day hospital and the cost-effectiveness of day-hospital treatment as compared to in-patient treatment. The study of the most important older publications and the most recently published randomised controlled trials shows the following: first, a great variety of different groups of patients are cared for in this setting, including, among others, mentally ill delinquents, gerontopsychiatric patients, addicted patients and patients with psychosomatic or personality disorders. Within the general psychiatric setting, most day-hospital patients seem to suffer from an at least moderately severe, often chronic disorder. Concerning socio-demographic characteristics of this group, the high unemployment rate is most remarkable. Second, patients' as well as relatives' responses to surveys about satisfaction with treatment are very positive, placing special emphasis on the experienced usefulness of the given structuring of the day, the experienced comradeship, the ongoing contact to the social environment, and the promotion of the patient's autonomy. Patients having already been treated in a day hospital assess this setting even more

positive than patients with no such experience. Third, treatment effectiveness is supported by older publications as well as by recent findings of randomised controlled trials: as regards the most important outcome measures (e.g. reduction of symptoms, social functioning, quality of life, burden on relatives), no differences between day-hospital treatment and in-patient treatment could be found. However, day-hospital treatment seems to last significantly longer than in-patient treatment. Fourth, first studies on the cost-effectiveness of day-hospital treatment have found that it might lead to essential cost savings compared to in-patient treatment. However, altogether, with regard to the scientific state of the art, it still has to be stated that the number of empirical studies is yet limited, with randomised controlled trials only being conducted in few centres in the Netherlands, the UK and the USA, i.e. in countries with different approaches to acute day-hospital care. Thus, several suggestions for further research are made, giving top priority to a multi-centre randomised controlled trial using the most common set of outcome measures and carefully describing the applied methods and untoward events. As concerns the practical implications of the available findings, the authors draw the following conclusions should the reported findings be replicated by further studies: first, the capacity of available day-hospital places should be expanded. Second, existing facilities should think about the necessity and the possibility of an internal restructuring of the provided care. Third, as regards the in-service training of young psychiatrists, it might be reasonable to oblige them to practice within this setting for some time, in order to learn its specific characteristics.

Keywords: day hospital; review; clientele; assessment; efficacy

Korrespondenz:

PD Dr. med. habil. Thomas W. Kallert
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum C. G. Carus
TU Dresden
Fetscherstrasse 74
D-01307 Dresden

Einleitung

Die teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik ist ein seit nunmehr über 60 Jahren etablierter Baustein der Betreuung psychisch Kranker, der in

seiner Bedeutung und Leistungsfähigkeit – z.B. gemessen am Umfang verfügbarer Bettenkapazität – im deutschsprachigen Raum wohl immer noch unterschätzt wird [1–3]. Gerade bei heutigen konzeptionellen Vorstellungen von Verursachungen und Therapie psychischer Erkrankungen scheint dies erstaunlich, kann doch als Grundgedanke dieses Behandlungssettings formuliert werden, dass die psychopathologische und -dynamische klinische Sicht durch Einblicke in das soziale Lebensgefüge des Patienten bereichert wird und dass ein vollstationären Bedingungen nicht nachstehendes (psychiatrisches/psychotherapeutisches) Therapieangebot mit einer täglichen Überprüfung in der familiären und sozialen Realität des Kranken kombiniert wird [4].

Betreffend die Organisationsstruktur psychiatrischer Tageskliniken ist die Form der verbundenen (d.h. an eine vollstationäre Einrichtung assoziierten) Tagesklinik mittlerweile die mit Abstand häufigste (etwa 80% aller Tageskliniken). Das Konzept der eigenständigen (d.h. keine Anbindung an eine vollstationäre Einrichtung) und der integrierten (d.h. tagesklinischer Therapieablauf in das Therapiekonzept einer Station einbezogen) tagesklinischen Behandlung ist in der Versorgungspraxis eher von randständiger Bedeutung [5]. Die in Tageskliniken zu findenden unterschiedlichen Patientengruppen zeigen die grosse Varianz der praktischen Einsatzmöglichkeiten. Zwischenzeitlich kann auch die «klassische» Aufteilung der schwerpunktmässigen Behandlungskonzeptionen einer Tagesklinik in die Bereiche Rehabilitation, Ersatz vollstationärer Behandlung, Krisenintervention und Psychotherapie als weitgehend überholt gelten [6]. Für die einzelne tagesklinische Einrichtung, deren Grösse in der Regel zwischen 15 und 25 Behandlungsplätzen liegt, bedeutet diese für Möglichkeiten und Akzeptanz eines Therapie-settings prinzipiell zu begrüßende Differenzierung und sich ausbildende Polymorphie jedoch eine erhebliche versorgungspraktisch relevante Schwierigkeit [7–9]. Diese Einrichtungen stehen zunehmend vor der Aufgabe, ein somatische, psycho- und soziotherapeutische Behandlungsverfahren integrierendes Therapieangebot zu etablieren, das einem breitgefächerten Spektrum psychischer Störungen gerecht wird [10]. Zugleich sind bei den komplizierten Verläufen von in Tageskliniken behandelten Störungs- und Krankheitsbildern nacheinander oder gleichzeitig Funktionen oder Fachkompetenzen erforderlich, die ein Spektrum von Rehabilitation über Krisenintervention und Psychotherapie abdecken [11].

Entsprechend den skizzierten versorgungspraktischen Entwicklungen haben sich – etwa

beginnend ab den 80er Jahren – verschiedene Forschungsschwerpunkte in den psychiatrischen Tageskliniken entwickelt. Generell ist zu der bisherigen Forschung zu bemerken, dass Studien mit randomisierter Zuteilung oder Kontrollgruppen, zum Teil multizentrisch durchgeführt [12], sich bislang fast ausschliesslich im angloamerikanischen Sprachraum [13–16] oder in den Niederlanden [17–19] finden. In der Bundesrepublik Deutschland sind solche Untersuchungen bislang nicht durchgeführt worden [20].

Thematisch geht es in den Forschungsarbeiten zum einen um soziodemographische Patientenmerkmale [21, 22] sowie Diagnosen, Syndrome und Verlaufeigenschaften [23, 24]. Weiterhin standen bisher das Behandlungsmilieu, Prädiktoren und Wirkfaktoren der tagesklinischen Behandlung im Mittelpunkt [25–30]. Seit wenigen Jahren sind Patientenbedürfnisse [31, 32], Patientenzufriedenheit mit der tagesklinischen Behandlung [33–35] und die Lebensqualität tagesklinisch behandelter Patienten [36] in den Vordergrund des Forschungsinteresses gerückt. Zudem wurde nach der Mitarbeit und Belastung der Angehörigen und auch der Mitarbeiter gefragt [37, 38]. Unter Nutzung verschiedener Outcome-Kriterien und differierender Follow-up-Zeiträume ist zudem die Behandlungseffektivität im Vergleich mit anderen Behandlungsmodalitäten [39–41] untersucht worden. Jüngster Forschungsschwerpunkt ist die gesundheitsökonomische Relevanz tagesklinischer Behandlung [42].

Ziel der vorliegenden Übersichtsarbeit ist es vor diesem Hintergrund, einen Überblick zu Forschungsergebnissen bezüglich Klientel, Bewertung, Effektivität sowie einer möglichen Kostenersparnis dieses Therapie-settings zu geben und daraus forschungs- und praxisrelevante Folgerungen abzuleiten. Wir stützen uns dabei auch auf die wichtigsten der älteren Publikationen zum Thema, berücksichtigen aber vor allem die in den letzten Jahren erschienenen randomisierten kontrollierten Studien zum Vergleich tagesklinischer und vollstationärer Behandlung. Die Auswahl dieser Literatur basiert auf einer Medline-Recherche¹; wir gehen davon aus, die erschienenen Arbeiten nahezu komplett erfasst zu haben.

1 Suchalgorithmus: («day hospital» or «day clinic» or «day treatment» or «partial hospitalisation») and (inpatient) and (mental or psychiatric) not (gerontopsychiatric or geriatric or children) and (py gt 1990).

Klientel von Tageskliniken unter besonderer Berücksichtigung soziodemographischer und krankheitsbezogener Charakteristika

In der Versorgungsrealität werden mittlerweile kaum mehr Patientengruppen von tagesklinischer Behandlung ausgeschlossen. Vielmehr können unter geeigneten Umständen psychisch kranke Rechtsbrecher [43], gerontopsychiatrische Patienten [44, 45], primär Suchtkranke [23, 46] und Patienten mit neurotischen, psychosomatischen und Persönlichkeitsstörungen [47, 48] behandelt werden. Die ursprüngliche Kerngruppe der – im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung vorwiegend unter rehabilitativen Gesichtspunkten – tagesklinisch behandelten Patienten mit schizophrenen Psychosen hat in der Versorgungsrealität von Tageskliniken an Bedeutung verloren [49] und ist angesichts eines Wandels der therapiekonzeptionellen Ausrichtung von Tageskliniken hin zu einer vollwertigen Alternative vollstationärer Behandlungen einem grösseren Diagnose-spektrum [50] gewichen.

Soweit unter Berücksichtigung differierender allgemeiner Versorgungsstrukturen und konzeptioneller Ausrichtungen einzelner Einrichtungen ein internationaler Vergleich (bezogen auf Deutschland, England, die USA, die Niederlande) möglich ist, lassen sich in neueren Veröffentlichungen folgende Patientencharakteristika im *allgemeinpsychiatrischen* tagesklinischen Bereich identifizieren:

Das Durchschnittsalter der Patienten liegt in der zweiten Hälfte der 4. Lebensdekade [11, 17, 42, 51, 52], Frauen stellen die Mehrzahl tagesklinisch behandelter Patienten [11, 17, 18, 51]. In Abhängigkeit von der jeweiligen Geschlechts-, Alters- und Diagnosenstruktur stehen verschiedentlich wenigstens 40% der Patienten zum Behandlungszeitpunkt in keinem Beschäftigungsverhältnis [18, 42]. Schizophrenien und affektive Störungen (jeweils bis zu 50%) sind die Hauptdiagnosegruppen, aber auch Neurosen und Persönlichkeitsstörungen finden sich häufig, insbesondere in solchen Einrichtungen, die nicht schwerpunktmässig auf die Rehabilitation chronischer psychischer Erkrankungen fokussieren [11, 17, 18, 42, 52]. Die Häufigkeit von Suchterkrankungen (bis zu 20% [17]) variiert vor allem in Abhängigkeit von für die Aufnahme definierten Ausschlusskriterien der jeweiligen Einrichtungen.

Bereits die bisher genannten Charakteristika legen nahe, dass es sich bei tagesklinisch behandelten Klienten um Patienten mit eher chronischen [11, 53], oftmals mehrfach vor allem vollstationär vorbehandelten [11, 17, 27] psychischen Störungen

handelt, die zumindest mässiggradige psychopathologische Auffälligkeiten [42, 52] und Störungen im sozialen Funktionsniveau [42, 52] aufweisen.

Die Dauer einer tagesklinischen Behandlung weist in Abhängigkeit von der therapeutischen Konzeption der Einrichtung und sonstigen Möglichkeiten / Strukturen eines Versorgungssystems eine derart grosse Spanne (zwischen zwei Wochen und über einem Jahr [11, 51]) auf, dass anhand des Literaturvergleiches kein gesicherter Durchschnittswert angegeben werden kann. Insbesondere in das Behandlungskonzept integrierte sozialrehabilitative [54] / psychotherapeutische Behandlungsangebote begründen häufiger eine zwei- bis dreimonatige Behandlungsdauer [50].

Zur Bewertung tagesklinischer Behandlung aus Patienten- und Angehörigensicht

Ergebnisse zur vergleichenden Bewertung verschiedener Behandlungssettings aus Patientensicht weisen übereinstimmend [39, 55–57] darauf hin, dass Patienten teilstationäre und gemeindepsychiatrische Settings positiver als vollstationäre und konventionelle Behandlungsangebote beurteilen. Aus dem Bereich klinischer Vorerfahrungen lässt sich eine settingspezifische Bedeutsamkeit vermuten, die aus dem Befund abgeleitet werden kann, dass Tagesklinik-Patienten, die die Institution schon kannten, zu Behandlungsbeginn signifikant positiver zu ihr eingestellt waren als Patienten, die die Institution noch nicht kannten [58–61]. Von hoher praktischer Relevanz sind insbesondere die Resultate, dass die initiale globale Patientenbewertung den Erfolg einer teilstationären Behandlung (schizophrener Patienten) hinsichtlich der zu Behandlungsende noch bestehenden psychopathologischen Symptomatik prädiszieren kann [34]. Dabei haben die Patienten, die sich über die Behandlung positiv äussern, einen signifikant besseren Behandlungsverlauf als die Patienten, deren Bewertung negativer ist.

Bezüglich einzelner Therapieangebote während einer tagesklinischen Behandlung schätzen Patienten vor allem eine (vorgegebene) Strukturierung der Tagesabläufe sowie eine interpersonelle Kontaktebene, die sich durch Akzeptanz, Erreichen der Gruppenmitgliedschaft, Kameradschaft und Unterstützung durch andere auszeichnet. Medikation, psychoedukative und verhaltensmodifizierende Interventionen sind aus Patientensicht ebenso bedeutsam wie die Mobilisation familiärer Unterstützung, die Verbindung zur Gemeinde und die Förderung der Autonomie der Patienten [26, 31, 62, 63].

Übereinstimmend mit den Ergebnissen zur Behandlungsbewertung weisen bislang vorliegende Resultate darauf hin, dass Tagesklinik-Patienten auch bezogen auf das Evaluationskriterium der subjektiven Lebensqualität eine positivere Einschätzung vornehmen. Dies gilt für chronisch psychisch kranke Patienten eines tagesklinischen Behandlungsprogramms im Vergleich zu stationären Langzeitpatienten, wozu vor allem die Kontakte zur eigenen Familie und die Zufriedenheit mit der Teilnahme am Sozialleben beitragen [32].

Die Familien müssen gerade auch im Falle von chronisch Erkrankten erhebliche (praktische, aber auch finanzielle) Mittel und Mühen aufwenden [22]. Vor diesem Hintergrund ist das geringe Ausmass an Klagen und Beschwerden, das bei entsprechenden Befragungen und Untersuchungen geäussert wurde [37], bemerkenswert. Mögliche Interpretationsansätze liegen darin, dass viele ihr Familienmitglied, das zuweilen wichtige Aufgaben in der Familie innehat, nicht zusätzlich belasten möchten [64], dass manche Angehörige durch Scham- und Schuldgefühle gehindert werden, offen über ihre Schwierigkeiten zu sprechen, oder sich auch resigniert z.B. an die Behinderung des Patienten gewöhnt hatten [38]. Aber auch eine engere Einbindung von Angehörigen in diese Form der Behandlung ist geeignet [56], das Niveau an Akzeptanz durch Angehörige zu erhöhen.

Effektivität tagesklinischer Behandlung

Bis Anfang der 90er Jahre waren die Fragen, für welche Kategorien von Patienten tagesklinische Behandlung möglich ist und wie diese ihr psychosoziales Funktionsniveau beeinflusst, unter forschungsmethodischen Gesichtspunkten unzureichend beantwortet [27]. Seit Mitte der 60er Jahre waren – soweit uns bekannt – zwar neun kontrollierte Studien [16, 39, 65–71] durchgeführt worden, die aber aufgrund von Selektionsprozeduren, Definitionen verschiedener Outcome-Kriterien und zum Teil unvollständiger Dokumentation relevanter soziodemographischer Daten hinsichtlich ihrer Aussagekraft und Vergleichbarkeit so eingeschränkt sind, dass generalisierbare Folgerungen strenggenommen nicht abgeleitet werden können. Zusammenfassend wird in Übersichtsarbeiten vom Anfang der 90er Jahre allerdings dennoch eine belegte Effektivität dieser Behandlungsform hervorgehoben [53]: Bezugnehmend auf die zitierten Studien erweise sich die Tagesbehandlung in vielen Belangen (z.B. dem psychopathologischen Outcome) der Klinikbehandlung als ebenbürtig und

in mancher Hinsicht sogar überlegen; dies gelte insbesondere für die Entwicklung der sozialen Kompetenz der Patienten. Allerdings seien die Krankheitszeichen der Patienten weniger akut und weniger gravierend, zudem zeigten die Patienten mehr Einsicht. Tagesklinische Behandlung zielt zwar zuerst auf die Remission der psychopathologischen Störungen, doch damit verbunden komme es zu einer Verbesserung der alltagspraktischen Kompetenzen der Patienten. Dieser Effekt sei auch auf die übenden und soziale Kompetenz vermittelnden Programmteile zurückzuführen.

Vor dem Hintergrund, dass zu diesem Zeitpunkt nur drei Studien [65, 67, 71] vorlagen, die eine Randomisierung aller für diese Behandlungsform in Frage kommenden Patienten vornahmen, erscheinen diese Aussagen noch nicht ausreichend gesichert. Insofern sind die nachfolgend zitierten weiteren Forschungsarbeiten von besonderer Bedeutung (Tab. 1).

Kluiter et al. [27] belegen in ihrer randomisierten Studie an unselektierten Patienten, dass eine tagesklinische Behandlung zufriedenstellend für 40% der Experimentalgruppe durchgeführt werden konnte, aber für ebenfalls 40% sich als völlig undurchführbar erwies. Damit wurde – methodisch höherwertig – eine Bestätigung der Ergebnisse von Zwerling und Wilder [71] sowie Creed et al. [65] erbracht. Zudem konnten keine absoluten Kontraindikationen gegen eine tagesklinische Behandlung identifiziert werden. Mittels einer multiplen Regressionsanalyse wurden vier Prädiktoren einer erfolgreichen tagesklinischen Behandlung identifiziert: (rasch abnehmendes) Überwachungsniveau in der ersten Behandlungswoche, Nicht-Vorliegen körperlicher Erkrankungen, keine stationären Vorbehandlungen, depressive Symptome als Aufnahmegrund.

Nienhuis et al. [17] stellen die Ergebnisse bezüglich Psychopathologie und sozialen Funktionsniveaus der von Kluiter et al. [27] bereits beschriebenen Patientengruppe in einem zweijährigen Follow-up-Zeitraum dar, die auf drei Untersuchungszeitpunkten (Studieneintritt, ein und zwei Jahre danach) basieren. Im Vergleich der randomisiert einer tagesklinischen oder vollstationären Behandlung zugeteilten Patienten fanden sich initial keine Unterschiede betreffend psychopathologische Auffälligkeiten und soziales Funktionsniveau. Während des Follow-up-Zeitraums hatten sich beide Gruppen in gleichem Ausmass signifikant hinsichtlich Psychopathologie, psychologischem und sozialem Funktionsniveau verbessert; allerdings hatten sich Fähigkeiten der Selbstversorgung bei den tagesklinisch Behandelten deutlicher verbessert.

Tabelle 1 Übersicht über nach 1990 erschienene randomisierte und kontrollierte Studien zum Vergleich tagesklinischer mit vollstationärer Behandlung.

Autoren	Ein- und Ausschlusskriterien	Stichprobenselektion und -randomisierung					Diagnosenverteilung		Anmerkungen
		N ₁	N ₂	(%)	n _{TK}	n _{VS}	% _{TK}	% _{VS}	
Creed et al. (1997) [42]	<i>Einschlusskriterien:</i> Alter 18–65; <i>Ausschlusskriterien:</i> Entgiftungsbehandlung; Behandlungsdauer unter 5 Tagen; Zwangsbehandlung; Behandlung in der Tagesklinik nach klinisch-ärztlicher Einschätzung aufgrund Schweregrad der Erkrankung oder sozialer Faktoren nicht möglich; Patienten mit Manien, Persönlichkeitsstörungen oder hirnorganischer Störung.	–	179	–	90	89	Schizophrenien	40 46	n = 11 Patienten mussten im Behandlungsverlauf aus klinischen Gründen aus der Tagesklinik in ein vollstationäres Setting verlegt werden.
							Depressionen	36 32	
							Neurosen	25 23	
Kluiter et al. (1992) [27]; Nienhuis et al. (1994) [17]; Wiersma et al. (1995) [19]	<i>Ausschlusskriterium:</i> Demenz.	–	160	–	103	57	Schizophrenien	35 30	In die Untersuchung von Wiersma et al. sind nur die Schizophrenien (n = 53) und die affektiven Störungen (n = 50) aufgenommen.
							affektive Psychosen	10 12	
							Depression/Angst	23 16	
							Abhängigkeit/Missbrauch	13 19	
Schene et al. (1993) [18]	<i>Ausschlusskriterien:</i> schwere Psychose, ernste Suizidalität, Manie, aggressives Verhalten, schwere Depression.	534	236	(44)	73	77	Psychosen	16 25	Von n = 222 randomisierten Patienten konnten n = 72 nicht untersucht werden (z.B. mussten n = 21 Patienten auf der geschlossenen Station behandelt werden, n = 10 akzeptierten das Ergebnis der Randomisierung nicht und n = 28 wollten ambulant weiter behandelt werden).
							affektive Störungen	38 38	
							Angststörungen	30 18	
							Essstörungen	8 12	
							sonstige	8 7	
Sledge et al. (1996) [52]; Sledge et al. (1996) [74]	<i>Einschlusskriterien:</i> Alter 18–65; Einwilligungsfähigkeit; Behandlungsbedarf. <i>Ausschlusskriterien:</i> Zwangsbehandlung; Schweregrad der Erkrankung erfordert 1:1-Behandlung oder Zwangsmassnahmen; Intoxikation; Vorliegen einer somatischen Erkrankung, deren Behandlung vollstationäres Setting erfordert.	922	254	(28)	104	93	Psychosen	39 52	
							affektive Störungen	52 44	
							Angststörungen	2 2	
							sonstige	7 2	

N₁ = Grundgesamtheit; N₂ = Anzahl der für die Untersuchung als geeignet angesehenen Patienten; (%) = Prozentsatz der für die Untersuchung als geeignet angesehenen Patienten bezogen auf die Grundgesamtheit; n_{TK} = Anzahl der untersuchten Tagesklinik-Patienten; n_{VS} = Anzahl der untersuchten vollstationär behandelten Patienten.

In einer weiteren Publikation dieser niederländischen Arbeitsgruppe (Wiersma et al. [19]), die auf den Vergleich affektiv und schizophren erkrankter Patienten abzielt, findet sich kein wesentlicher diagnosenspezifischer Unterschied hinsichtlich der Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung. Schene et al. [18] führten eine Untersuchung an 150 Patienten zum Aufnahme- und zum Entlassungszeitpunkt sowie 6 Monate danach durch, wobei sie Psychopathologie, soziales Funktionsniveau, interpersonelle Kompetenz und soziales Netzwerk / soziale Unterstützung beurteilten. Hinsichtlich dieser Outcome-Variablen fanden sie keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen; allerdings akzeptierten und komplettierten mehr Patienten, die sich auch zufriedener äusserten, die tagesklinische Behandlung.

In einer Gruppe schwer kranker, armer, in einer städtischen Region lebender Patienten konnten

auch Sledge et al. [52] über einen Follow-up-Zeitraum von 10 Monaten nach Entlassung (Untersuchungszeitpunkte: Aufnahme-, Entlassungszeitpunkt, 2, 5 und 10 Monate nach Entlassung) hinsichtlich verschiedener Outcome-Masse keine signifikanten Unterschiede feststellen. Unter Verwendung standardisierter Forschungsinstrumente waren unter anderem Psychopathologie, Symptomselbstbeurteilung, globales psychosoziales Funktionsniveau, Vorliegen einer psychischen Störung, soziales Funktionsniveau und Lebensqualität untersucht worden. Im Gruppenvergleich hatte die tagesklinische Behandlung einen etwas positiveren Effekt auf den Ausprägungsgrad psychopathologischer Auffälligkeiten sowie das globale und soziale Funktionsniveau der Patienten. Ein diagnosenspezifischer Behandlungseffekt war im varianzanalytischen Vergleich psychotischer, affektiver und anderer Erkrankungen nicht feststellbar.

Auch Creed et al. [42] fanden in ihrer Studie akut psychiatrisch Erkrankter (Untersuchungszeitpunkte: Aufnahmezeitpunkt und 2 Wochen sowie 1, 2, 3, 6 und 12 Monate nach Aufnahme) 12 Monate nach Aufnahme keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich des klinischen und sozialen Outcome. Allerdings ist die Verbesserungsdynamik bei vollstationär behandelten Patienten signifikant schneller und die Belastung für Angehörige nach 12 Monaten in der Gruppe initial tagesklinisch behandelter Patienten signifikant geringer.

Alle nach 1990 erschienenen randomisierten Studien kommen somit übereinstimmend zu dem Schluss, dass tagesklinische Behandlung in ihrer Effektivität einer vollstationären Behandlungsmassnahme in keinem Outcome-Aspekt nachsteht.

Kostenersparnis durch tagesklinische Behandlung?

Bislang liegen nur wenige gesundheitsökonomischen methodischen Ansprüchen genügende wissenschaftliche Arbeiten vor, die aussagefähige Angaben zu den Kosten einer tagesklinischen Behandlung beinhalten. Ältere Studien, die sich auf die Ermittlung direkter Behandlungskosten beschränken [16, 39, 72, 73], kommen zu dem Ergebnis, dass die tagesklinische Behandlung im allgemeinen nur $\frac{1}{3}$ bis $\frac{2}{3}$ der Kosten der vollstationären Unterbringung verursacht.

Für den Zeitraum der Indexbehandlung belegen in einer neueren Arbeit auch Sledge et al. [74] eine Kostenersparnis pro tagesklinisch behandeltem Patienten, und zwar in Höhe von etwa 20% der direkten Behandlungskosten. Im Follow-up-Zeitraum fanden sie allerdings keine Unterschiede bezüglich Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und hieraus entstehender Kosten zwischen den beiden Subgruppen. In einer der wenigen vorliegenden diagnosegeleiteten Auswertungen stellen die Autoren – für ihre allerdings nur sehr begrenzt für andere tagesklinische Einrichtungen repräsentative Patientengruppe – fest, dass mögliche Kosteneinsparungen für nichtpsychotische Patienten höher sind als für andere Patientengruppen.

Die indirekten Kosten (von Patienten und Angehörigen) beziehen Creed et al. [42] in die Kostenanalyse ein. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Kosteneinsparungen im einjährigen Studienzeitraum bei vergleichbarer Behandlungseffektivität pro tagesklinisch behandeltem Patienten knapp £2000 beträgt.

Wiersma et al. [19] kommen in ihrer Untersuchung an affektiv und schizophren erkrankten Patienten zu dem Ergebnis, dass sich die Kosten tagesklinischer und vollstationärer Behandlung in einem zweijährigen Studienzeitraum nicht unterscheiden.

Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass die Kostenersparnis der tagesklinischen Behandlung noch nicht ausreichend belegt scheint.

Diskussion

Die Übersicht über bisherige Forschungsergebnisse belegt die Effektivität tagesklinischer psychiatrischer Behandlung, weist aber gleichzeitig auf einen weiteren Forschungsbedarf hin. Die Anmerkung von Creed et al. [75], dass kleine Fallzahlen, fehlende Randomisierung, fehlende Kontrolle der Diagnose, soziodemographischer Variablen sowie der bisherigen Behandlungsbedingungen und zahlreiche Drop-outs die bisherigen Ergebnisse einschränken, hat noch immer Gültigkeit. Die bislang vorliegenden Forschungsergebnisse erlauben daher noch immer keine differenzierten Aussagen zur Indikation tagesklinischer Behandlung, und zwar weder im Hinblick auf klinische Variablen (wie etwa Diagnosegruppen oder Schweregrad der Erkrankung) noch im Hinblick auf soziale Faktoren (wie etwa familiäre Situation). Auch lassen sich im Hinblick auf eine möglicherweise settingspezifische Effektivität bzw. Effizienz psychiatrischer und psychotherapeutischer Massnahmen keine Schlussfolgerungen aus der Forschungsliteratur ziehen. Für ein Forschungsvorhaben, das sich mit der Evaluation einer tagesklinischen psychiatrischen Behandlung beschäftigt, ergeben sich aus der vorgelegten zusammenfassenden Darstellung und Bewertung der Studienresultate, dass die zu untersuchenden Einrichtungen hinsichtlich ihrer Organisationsform, personellen Ausstattung, vorgehaltenen Therapieelemente [62] und -abläufe genau zu beschreiben sind, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Institutionen bzw. eine Übertragbarkeit von Ergebnissen sowie eine Beziehungssetzung zu bisherigen Forschungsergebnissen zu ermöglichen [52, 74]. Diese Forderung gilt insbesondere auch für Diagnoseverteilung, Krankheits- und frühere Behandlungsdauer bzw. -arten, Altersspektrum, soziodemographische Daten und soziale Kompetenzen der in einer Tagesklinik behandelten Klientel.

Sollte die Effektivität der tagesklinischen Behandlung auch unter diesen zu beachtenden Forschungsbedingungen klar belegt werden, so

scheinen praktische Konsequenzen unausweichlich:

1. Auf einer versorgungspolitischen Ebene wäre eine Kapazitätserweiterung dieses Angebotes nachdrücklicher voranzutreiben; die etwa für die Bundesrepublik Deutschland ermittelte Bedarfs-Richtzahl von 0,15 tagesklinischen Plätzen auf 100 000 Einwohner könnte dann eher eine untere Orientierungsmarke darstellen.
2. Auch für einrichtungsinterne Konzeptionen könnten sich – nicht zuletzt unter ökonomischen Gesichtspunkten – Anhaltspunkte für entsprechende Umstrukturierungen ergeben.
3. Ein solcher wissenschaftlicher Erkenntnisstand müsste im Rahmen der ärztlichen Ausbildung grösseren Raum einnehmen. Neben einer dezierten Informationsvermittlung hierüber wäre auch zu überlegen, ob ein Weiterbildungsjahr verbindlich in einem solchen Setting zu verbringen wäre, um dessen Indikations- und Therapiespezifika kennen zu lernen.

Literatur

- 1 Bowman EP, Shelley RK, Sheeny-Skeffington A, Sinanan K. Day patient versus in-patient: factors determining selection of acutely ill patients for hospital treatment. *Br J Psychiatry* 1983;142:584–7.
- 2 Fink EB, Longabaugh R, Stout R. The paradoxical underutilization of partial hospitalization. *Am J Psychiatry* 1978;135:713–6.
- 3 Frey C. Bedeutung der Tagesklinik für die Psychiatrieplanung am Beispiel des Freistaates Sachsen. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress 1996.
- 4 Eikermann B. Die psychiatrische Tagesklinik – Klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Evaluation. In: Rudolf GAE, Leygraf N, Windgassen K, Hrsg. *Psychiatrie heute: Aspekte und Perspektiven*. München: Urban & Schwarzenberg; 1994. S. 31–46.
- 5 Veltin A, Hrsg. Leitfaden zur tagesklinischen Behandlung. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit. Band 189, Stuttgart: Kohlhammer; 1986.
- 6 Bach O, Kallert TW. Aktueller Stellenwert der tagesklinischen psychiatrischen Behandlung in den neuen Bundesländern. *Nervenarzt* 1996;67(Suppl 1):28.
- 7 Engelke W. Die Tagesklinik im Spannungsfeld von Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1989;19:2–7.
- 8 Longinus B. Die «Integrative Tagesklinik». *Dynamische Psychiatrie* 1993;26:172–82.
- 9 Matakas F. Aus der Arbeit einer Tagesklinik für psychisch Kranke. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 1984;35:91–7.
- 10 Kallert TW. Integration of psychotherapeutic approaches and method-spreading practical proceedings in a psychiatric day-hospital. 1st Congress of the World Council for Psychotherapy 1996, Abstract 251 (WCP database, www).
- 11 Mbaya P, Creed F, Tomenson B. The different uses of day hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:283–7.
- 12 Linn M, Caffey E, Klett J, Hogarty G, Lamb R. Day treatment and psychotropic drug care in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1055–66.
- 13 Glick D, Fleming L, DeChillo N, Meyerkopf N. A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients. *Am J Psychiatry* 1986;143:1551–6.
- 14 Milne D. A comparative evaluation of two psychiatric day hospitals. *Br J Psychiatry* 1984;145:533–7.
- 15 Piper WE, Joyce AS, Azim HF, Rosie JS. Patient characteristics and success in day treatment. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:381–6.
- 16 Washburn S, Vannicelli M, Longabaugh R, Scheff BJ. A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. *J Cons Clin Psychology* 1976;44:665–75.
- 17 Nienhuis FJ, Giel R, Kluiter H, Rüphan M, Wiersma D. Efficacy of psychiatric day treatment. Course and outcome of psychiatric disorders in a randomised trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244:73–80.
- 18 Schene AH, van Wijngaarden B, Poelijoe NW, Gersons BPR. The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:427–36.
- 19 Wiersma D, Kluiter H, Nienhuis FJ, Rüphan M, Giel R. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br J Psychiatry* 1995;166(Suppl 2):52–9.
- 20 Heitger B, Saameli W. Wirksamkeit einer psychiatrischen Tagesklinikbehandlung. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1995;146:33–8.
- 21 Creed F, Anthony P, Godbert K, Huxley P. Treatment of severe psychiatric illness in a day hospital. *Br J Psychiatry* 1989;154:341–7.
- 22 Pryce IG, Preston J. Community care for 20 psychiatrically disabled older men. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:166–74.
- 23 Kruse G, Sievers K. Tagesklinische Behandlung von Abhängigkeitskranken. *Psychiatr Prax* 1987;14:174–9.
- 24 Piran N, Kaplan A, Kerr A, Shekter-Wolfson L, Winocur J, Gold E, et al. A day hospital program for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1989;8:511–21.
- 25 Goldstein JM, Cohen P, Lewis SA, Struening EL. Community treatment environments. Patient vs staff evaluations. *J Nerv Ment Dis* 1988;176:227–33.
- 26 Hoge MA, Farrell SP, Munchel ME, Strauss JS. Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry* 1988;51:199–210.
- 27 Kluiter H, Giel R, Nienhuis FJ, Rüphan M, Wiersma D. Predicting feasibility of day treatment for unselected patients referred for inpatient psychiatric treatment: results of a randomized trial. *Am J Psychiatry* 1992;149:1199–205.
- 28 Rosie JS, Azim HFA, Piper WE, Joyce AS. Effective psychiatric day treatment: historical lessons. *Psych Serv* 1995;46:1019–26.
- 29 Seulin C, Dazord A. Processus psychotherapique dans un hôpital de jour: résultats d'une enquête et intérêt des données qualitatives. *L'Encéphale* 1995;XXI:181–90.

- 30 Vidalis AA, Preston TD, Baker GBH. Factors influencing effectiveness of day hospital treatment. *Int J Soc Psychiatry* 1990;32:137–42.
- 31 Holloway F. Psychiatric day care: the users' perspective. *Int J Soc Psychiatry* 1989;35:252–64.
- 32 Levitt AJ, Hogan TP, Bucosky CM. Quality of life in chronically mentally ill patients. *Psychol Med* 1990;20:703–10.
- 33 Corrigan PW, Jakus MR. The patient satisfaction interview for partial hospitalization programs. *Psychol Rep* 1993;72:387–90.
- 34 Priebe S, Gruyters T. Patients' and caregivers' initial assessments of day-hospital treatment and course of symptoms. *Compr Psychiatry* 1994;35:234–8.
- 35 Ricketts T, Kirshbaum MN. Helpfulness of mental health day care: client and staff views. *J Adv Nursing* 1994;20:297–306.
- 36 Simpson CJ, Hyde CE, Faragher EB. The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life. *Br J Psychiatry* 1989;154:77–82.
- 37 Hewitt KE. The behaviour of schizophrenic day-patients at home: an assessment by relatives. *Psychol Med* 1983;13:885–9.
- 38 McCarthy B, Lesage A, Brewin CR, Brugha TS, Mangan S, Wing JK. Needs for care among the relatives of long-term users of day care. *Psychol Bull* 1989;105:725–36.
- 39 Dick PL, Cameron L, Cohen D, Barlow M, Ince A. Day and full time treatment: a controlled comparison. *Br J Psychiatry* 1985;147:246–50.
- 40 Eikermann B, Tölle R, Hrsg. Praxis der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie. Neuss: Forum der Medizin; 1990.
- 41 Katerud S, Vaglum S, Friis S, Irion T, Johns S, Vaglum P. Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders. An empirical evaluation of the containment function. *J Nerv Ment Dis* 1992;80:238–43.
- 42 Creed F, Mbaya P, Lancashire S, Tomenson B, Williams B, Hohne S. Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *Br Med J* 1997;314:1381–5.
- 43 Mayrl J, Heinz G. Differentielle Indikation tagesklinischer Behandlung in der forensischen Psychiatrie. In: Eikermann B, Tölle R, Hrsg. Praxis der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie. Neuss: Forum der Medizin; 1990.
- 44 Hirsch RD. Gesundheitspolitische Aspekte der Gerontopsychiatrie. *Psycho* 1997;23:14–24.
- 45 Wächtler C, Fuchs G, Herber U. 15 Jahre gerontopsychiatrische Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychiatr Prax* 1994;21:139–42.
- 46 Malla AK. Day treatment of alcoholism: an outcome study. *Can J Psychiatry* 1987;32:204–10.
- 47 Heigl-Evers A, Henneberg-Mönch U, Odag C, Standke G, Hrsg. Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1986.
- 48 Küchenhoff J. Teilstationäre Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer; 1998.
- 49 Kreckel M. Tageskliniken im Spektrum der psychiatrischen Behandlungskette. *Psycho* 1991;17:454–9.
- 50 Kallert TW. Suizidalität: Kontraindikation für eine tagesklinische psychiatrische Behandlung? *Krankenhauspsychiatrie* 1997;8:29–34.
- 51 Piersma HL, Boes JL. Comparison of psychiatric day hospital patient and inpatient scores on the MCMI-III. *J Clin Psychol* 1997;53:629–34.
- 52 Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J, Davidson L, Lyons L, Druss B. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: clinical outcomes. *Am J Psychiatry* 1996;153:1065–73.
- 53 Eikermann B, Reker T. Die psychiatrische Tagesklinik – Übersicht bisheriger Erfahrungen und eigener Ergebnisse. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1993;61:71–6.
- 54 Günther W, Saban M, Hausler E, Bröker S, Klages U, Haag C, et al. Möglichkeiten tagesklinischer Rehabilitation – Ergebnisse einer prospektiven Fallstudie. *Psycho* 1992;18:20–3.
- 55 Kallert TW, Hahnefeld L. Patienten- versus Therapeutenbewertung eines tagesklinischen psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungsangebotes – Resultate einer empirischen Studie. In: 2. Mitteldeutsche Psychiatrietage, Abstracts; 1999:15.
- 56 Hoult, J. Community treatment of the acutely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1986;149:137–44.
- 57 Marks J. Innovations in mental health care delivery. *Br J Psychiatry* 1992;160:589–97.
- 58 Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1992;60:140–5.
- 59 Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Forschung. *Psychiatr Prax* 1994;21:88–95.
- 60 Leimkühler AM, Müller U. Patientenzufriedenheit – Artefakt oder Tatsache? *Nervenarzt* 1996;67:765–73.
- 61 Spießl H, Cording, C, Klein HE. Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie* 1995;6:156–9.
- 62 Kallert TW. Therapeutische Elemente in psychiatrischen Tageskliniken. Vortrag, III. Wissenschaftliche Tagung zur Gemeindepsychiatrie, Berlin: 1998.
- 63 Hsu LK, Ridley C, Hinde R. How psychiatric patients view their own treatment: a study of 50 day hospital patients. *Int J Soc Psychiatry* 1983;29:60–4.
- 64 Herz MI, Endicott J, Spitzer RL, Mesnikoff A. Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *Am J Psychiatry* 1976;132:107–18.
- 65 Creed FH, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomenson B. Randomised controlled trial of day patient versus psychiatric treatment. *Br Med J* 1990;300:1033–7.
- 66 Dick PL, Ince A, Barlow M. Day treatment: suitability and referral procedure. *Br J Psychiatry* 1985;147:250–3.
- 67 Herz MI, Endicott J, Spitzer RL, Mesnikoff A. Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *Am J Psychiatry* 1971;127:107–18.
- 68 Kris EB. Prevention of rehospitalization through relapse control in a day hospital. In: Greenblatt M, Levinson DJ, Klerman GL, Springfield I, Charles CT, editors. *Mental patients in transition*. *Int J Soc Psychiatry (Congress Issue)*; 1964. p. 29–37.

-
- 69 Kris EB. Day hospitals. *Curr Ther Res* 1965;7:320–3.
-
- 70 Wilder JF, Levin G, Zwerling I. A two-year follow-up evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital. *Am J Psychiatry* 1966;122:1095–101.
-
- 71 Zwerling I, Wilder JF. Evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients. *Ann Psychiatry Relat Discip* 1964;2:162–85.
-
- 72 Endicott J, Herz J, Gibbon M. Brief vs. standard hospitalization: the differential costs. *Am J Psychiatry* 1978;135:707–12.
-
- 73 Newton PA. An evaluation of the cost effectiveness of day hospitalization for black male schizophrenics. *J Natl Med Assoc* 1983;75:273–85.
-
- 74 Sledge WH, Tebes J, Wolff N, Helminiak W. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part II: service utilization and costs. *Am J Psychiatry* 1996;153:1074–83.
-
- 75 Creed F, Black D, Anthony P. Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal. *Br J Psychiatry* 1989;154:300–10.
-