

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Universität München (LMU Klinikum)

Direktor: Prof. Dr. med. Peter Falkai



**Evaluation der Wirksamkeit tagesklinischer Angebote
am Beispiel der Tagklinik der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der LMU**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Marie-Elena Neusius

aus

Saarbrücken

Jahr

2022

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Oliver Pogarell

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Gerd Laux
PD Dr. Markos Maragkos

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: PD Dr. rer. biol. hum. Susanne Karch

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 28. 03. 2022

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
Zusammenfassung.....	8
Abstract.....	9
Vorwort.....	10
1. Theoretischer und empirischer Hintergrund.....	11
1.1 Versorgung psychisch Kranker in Deutschland.....	11
1.2 Historische Entwicklung der Tageskliniken	13
1.3 Überblick über teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten	14
1.4 Besonderheiten und spezifische Wirkfaktoren tagesklinischer psychiatrischer Behandlung	17
1.5 Aufgaben und Ziele tagesklinischer psychiatrischer Behandlung	22
1.6 Indikation und Kontraindikationen für eine tagesklinische psychiatrische Behandlung	23
1.7 Evidenzlage zur Wirksamkeit tagesklinischer psychiatrischer Behandlung.....	25
1.7.1 Wirksamkeit teilstationärer Behandlung im Vergleich zum vollstationären Setting.....	25
1.7.2 Evaluationen der therapeutischen Arbeit von Tageskliniken	27
1.8 Die Tagklinik des LMU Klinikums	29
1.9 Fragestellungen und Hypothesen.....	31
2. Material und Methodik	34
2.1 Untersuchungsdesign	34
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	34
2.3 Messzeitpunkte	35
2.4 Erhebungsinstrumente	35
2.4.1 Erfassung demografischer Daten	35
2.4.2 Erfassung der affektiven Symptomatik.....	36

2.4.3	Erfassung der Lebenszufriedenheit: WHOQOL-BREF.....	37
2.4.4	Erfassung der emotionalen Kompetenz: Reading the Mind in Films-Test.....	38
2.4.5	Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit: COGPACK	39
2.4.6	Erfassung der Betätigungsperformanz.....	40
2.4.7	Erfassung der Therapiezufriedenheit	41
2.5	Ablauf der Erhebung.....	42
2.6	Umgang mit fehlenden Daten	43
2.7	Zuordnung zu den Erkrankungsgruppen.....	43
2.8	Statistische Analyse	44
2.9	Die Stichprobe	46
2.9.1	Gesamtstichprobe	46
2.9.2	Prä-Daten	47
2.9.3	Verlaufsstichprobe	54
3.	Ergebnisse.....	58
3.1	Stuserhebung zu Beginn des Aufenthalts.....	58
3.2	Klinische Charakteristika der tagklinischen Patientenpopulation bei Aufnahme....	58
3.3	Unterschiede zwischen „reinen“ Prä-Daten und Verlaufsdaten	61
3.4	Veränderungen im Therapieverlauf.....	62
3.4.1	Depressive Symptomatik, Angst und allgemeine Symptombelastung	63
3.4.2	Lebenszufriedenheit.....	68
3.4.3	Kognitive Leistungsfähigkeit.....	70
3.4.4	Emotionale Kompetenzen.....	70
3.4.5	Betätigungsperformanz	71
3.5	Welche Faktoren gehen mit einer besonders deutlichen Verbesserung im Therapieverlauf einher?	72
3.5.1	Erkrankung	72
3.5.2	Aufenthaltsdauer.....	74
3.5.3	Alter	74
3.5.4	Geschlecht.....	75
3.6	Therapiezufriedenheit	75
4.	Diskussion.....	78

4.1	Diskussion der Ergebnisse	78
4.1.1	Diskussion der Ergebnisse bei Aufnahme in die Tagklinik	78
4.1.2	Diskussion der Ergebnisse im Therapieverlauf	83
4.1.3	Diskussion der Ergebnisse zu Gruppenunterschieden	90
4.1.4	Diskussion der Ergebnisse zur Therapiezufriedenheit.....	97
4.2	Diskussion von Material und Methodik.....	98
4.2.1	Erhebungsinstrumente	98
4.2.2	Dropouts	99
4.2.3	Einteilung in die Erkrankungsgruppen	101
4.3	Limitationen.....	102
4.4	Fazit	105
	Literaturverzeichnis.....	108
	Anhang A: Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung.....	123
	Anhang B: Antwortbogen „Reading the Mind in Films-Test“	130
	Anhang C: Fragebogen zur Therapiezufriedenheit.....	134
	Danksagung	140
	Affidavit	141
	Publikationsliste	142

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Dropoutanalyse Gesamtstichprobe (n = 768).....	46
Abbildung 2. Schul- und Berufsbildung der Prä-Stichprobe (n = 470)	47
Abbildung 3. Verteilung der Diagnosegruppen der Prä-Daten (n = 470).....	48
Abbildung 4. Verteilung der Diagnosen innerhalb der Patientengruppe mit affektiven Störungen bei Aufnahme (n = 329)	49
Abbildung 5. Verteilung der Diagnosen innerhalb der Patientengruppe mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis bei Aufnahme (n = 99)	50
Abbildung 6. Verteilung der Diagnosen innerhalb der Patientengruppe mit sonstigen Diagnosen bei Aufnahme (n = 42).....	51
Abbildung 7. Komorbide Erkrankungen der Patienten mit affektiven Störungen (n = 80)	52
Abbildung 8. Aufenthaltsdauer in der Tagklinik, aufgeteilt in 30-Tages-Einheiten (n = 468)..	54
Abbildung 9. Schul- und Berufsbildung der Verlaufsstichprobe (n = 255).....	55
Abbildung 10. Verteilung der Diagnosegruppen der Verlaufsstichprobe (n = 255).....	56
Abbildung 11. Ausprägung depressiver Symptomatik (erfasst mittels BDI) bei Prä- und Post-Messung in der Gesamtstichprobe sowie den beiden Haupterkrankungsgruppen.....	63
Abbildung 12. Ausprägung gegenwärtiger und habitueller Angst (erfasst mittels STAI) bei Prä- und Post-Messung in der Gesamtstichprobe sowie den beiden Haupterkrankungsgruppen	64
Abbildung 13. Ausprägung der Skalen und des Gesamtwertes der SCL-90-R bei Prä- und Post-Messung bei Patienten mit affektiven Störungen und bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen.....	66
Abbildung 14. Ausprägung der Lebenszufriedenheit (erfasst mittels WHOQOL-BREF) bei Prä- und Post-Messung bei Patienten mit affektiven Störungen und bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen.....	69
Abbildung 15. Ausprägung von Betätigungsperformanz und Zufriedenheit mit dieser (erfasst mittels COPM) bei Prä- und Post-Messung bei der Gesamtstichprobe und den beiden Haupterkrankungsgruppen.....	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Ergebnisse der Unterskalen und des Gesamtwertes der SCL-90-R bei Aufnahme in die Tagklinik.....	59
Tabelle 2. Ergebnisse der COGPACK-Aufgaben bei Aufnahme in die Tagklinik	60
Tabelle 3. Demografische Charakteristika der „reinen“ Prä-Stichprobe und der Verlaufsstichprobe	61
Tabelle 4. Medianunterschiede und deren Effektstärken der SCL-90-R von Prä- zu Post-Messung (Ergebnisse des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests) der gesamten Verlaufsstichprobe	64
Tabelle 5. Medianunterschiede und deren Effektstärken des WHOQOL-BREF von Prä- zu Post-Messung (Ergebnisse des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests) der gesamten Verlaufsstichprobe	68
Tabelle 6. Ergebnisse der allgemeinen linearen Modelle mit Messwiederholung zur Berechnung von Interaktionseffekten von Zeit und Erkrankungsgruppe: COGPACK	73
Tabelle 7. Korrelationen der Unterskalen des Therapiezufriedenheitsfragebogens mit den Mittelwerten von BDI, STAI, WHOQOL-BREF und SCL-90-R (GSI) bei Entlassung (Spearman-Rho).....	76

Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wurde die therapeutische Arbeit der psychiatrischen Tagklinik des LMU Klinikums evaluiert. Es sollten die Fragen beantwortet werden, wer in die Tagklinik aufgenommen wird, wie sich die therapeutische Arbeit der Tagklinik auf unterschiedliche Aspekte von Symptomatik und daraus resultierenden Faktoren (z.B. Lebenszufriedenheit) auswirkt und welche Rollen bestimmte Parameter (Diagnose, Aufenthaltsdauer, Alter, Geschlecht) hinsichtlich der Veränderungen im Therapieverlauf spielen. Im Rahmen eines quasiexperimentellen Settings wurden dazu die von Januar 2015 bis März 2020 aufgenommenen Patienten bei Aufnahme ($n = 470$) und Entlassung ($n = 255$) hinsichtlich der Ausprägung depressiver Symptome, Angst, allgemeiner Symptombelastung, Lebenszufriedenheit, kognitiver Leistungsfähigkeit, emotionaler Kompetenzen und der Betätigungsperformanz untersucht. Zudem wurde die Zufriedenheit mit der Behandlung erhoben. Es nahmen mehr Männer als Frauen an der Evaluation teil und die meisten der Patienten litten unter einer affektiven Störung oder einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Es zeigte sich, dass die Patienten zu Beginn des Aufenthalts klinisch relevante Symptome beschrieben und ihre Lebenszufriedenheit sowie Betätigungsperformanz niedrig ausgeprägt waren, sodass Behandlungsbedarf bestand. Im Therapieverlauf reduzierten sich die Depressivität, die Angst und die allgemeine Symptombelastung signifikant; die Lebenszufriedenheit und die Betätigungsperformanz nahmen signifikant zu. Die erwarteten Veränderungen von kognitiver Leistungsfähigkeit und emotionalen Kompetenzen ließen sich nur teilweise finden. Die Zufriedenheit mit der Behandlung korrelierte mit dem Ausmaß der noch bestehenden Symptome bei Therapieende. Bei der Analyse von Gruppenunterschieden ließen sich bei Patienten mit affektiven Störungen hinsichtlich der Ausprägung der depressiven Symptomatik, der allgemeinen Symptombelastung und der Lebenszufriedenheit deutlichere Veränderungen feststellen als bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Zudem spielte das Geschlecht eine Rolle, da Frauen bei einigen Variablen signifikant größere Verbesserungen erzielten als Männer. Das Alter der Patienten sowie ihre Verweildauer in der Tagklinik nahmen kaum Einfluss auf das Ausmaß der Veränderungen durch den tagklinischen Aufenthalt.

Abstract

In the present study, the therapeutic work of the psychiatric day clinic of the LMU hospital was evaluated. The aims were to answer the questions of who is admitted to the day clinic, how the therapeutic work of the day clinic affects different aspects of symptomatology and resulting factors (e.g., satisfaction with life), and what roles certain factors (diagnosis, length of stay, age, gender) play with regard to changes in the course of therapy. In a quasi-experimental setting, patients admitted from January 2015 to March 2020 were examined at admission ($n = 470$) and discharge ($n = 255$) with regard to the expression of depressive symptoms, anxiety, general symptom burden, life satisfaction, cognitive performance, emotional competencies, and occupational performance. In addition, satisfaction with treatment was surveyed. More men than women participated in the evaluation and most of the patients suffered from an affective disorder or a schizophrenic disorder. At the beginning of the stay, the patients described clinically relevant symptoms, and their life satisfaction and occupational performance were low, indicating a need for treatment. In the course of therapy, depressiveness, anxiety and general symptom burden decreased significantly; life satisfaction and occupational performance increased significantly. The expected changes in cognitive performance and emotional competencies were only partially found. Satisfaction with treatment correlated with the extent of remaining symptoms at the end of the stay. In the analysis of group differences, patients with affective disorders showed greater changes in the level of depressive symptoms, general symptom burden and life satisfaction than patients with schizophrenic disorders. In addition, gender was a relevant factor, as women achieved significantly greater improvements in some variables than men. The age of the patients and their length of stay in the day clinic had little influence on the extent of the changes resulting from the day clinic stay.

Vorwort

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung wie z.B. Patient*innen und Therapeut*innen verzichtet, stattdessen wird das generische Maskulinum verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter (männlich, weiblich, divers). Die Autorin bittet um Nachsicht.

Eine weitere Anmerkung: Die psychiatrische Tagesklinik des LMU Klinikums wird im Folgenden als Tagklinik bezeichnet, entsprechend der offiziellen Bezeichnung auf der Homepage (LMU Klinikum, 2021). Tageskliniken anderer Standorte werden als Tagesklinik benannt.

1. Theoretischer und empirischer Hintergrund

1.1 Versorgung psychisch Kranker in Deutschland

Im Report der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPTV) wird die 12-Monats-Prävalenz in Deutschland bei Erwachsenen für die Entwicklung irgendeiner psychischen Erkrankung mit 27.8 % angegeben (2020). Damit erleiden jedes Jahr etwa 17.8 Millionen erwachsene Menschen innerhalb Deutschlands eine Erkrankung, welche psychiatrische und / oder psychotherapeutische Behandlung erfordert (DGPPN, 2020). Hinzu kommen etwa 17 % (= ca. 2.3 Millionen) der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen, die laut Angaben ihrer Eltern psychische Auffälligkeiten aufweisen (Klipker et al., 2018). Erste Untersuchungen zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zeigen, dass die psychische Belastung der Menschen in vielen Teilen der Welt zugenommen hat und sich bereits bestehende psychische Erkrankungen zu verstärken scheinen (Liu et al., 2021). Es ist demnach anzunehmen, dass die genannten Zahlen gegenwärtig tatsächlich höher liegen und die angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen damit noch wichtiger geworden ist. Dies gilt wahrscheinlich für alle Altersgruppen, so dass zu vermuten ist, dass sich die im letzten Jahr festgestellte Tendenz des Rückgangs psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Müller, 2020) inzwischen umgekehrt hat. Zwischen der Anzahl insgesamt Betroffener und jenen, die tatsächlich fachspezifische Hilfe in Anspruch nehmen, klafft eine deutliche Lücke: Der Anteil der behandelten Betroffenen variiert in verschiedenen Veröffentlichungen (18.9 % bei Mack et al. (2014); zwischen 25 und 30 % bei Nübling et al. (2014); 31 % der Männer und 35 % der Frauen mit depressiven Erkrankungen bei Rommel et al. (2017)); er liegt aber immer deutlich unter 50 % aller Erkrankten. Die Ursachen für die geringe Inanspruchnahme professioneller Unterstützung liegen einerseits in der Versorgungsdichte, welche je nach Wohnort deutlich variiert, andererseits sind auch individuelle Lebensumstände der Betroffenen wie das Bestehen einer Partnerschaft und das Erleben sozialer Unterstützung entscheidende Faktoren dafür, ob jemand Kontakt mit entsprechenden Leistungsanbietern aufnimmt oder nicht (Rommel et al., 2017).

Die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kann in Deutschland im stationären, ambulanten oder teilstationären Setting erfolgen, wobei ein „dicht ausgebautes System der Versorgung“ (Schulz et al., 2011, S.365) zur Verfügung steht. Für die psychisch erkrankten Erwachsenen, die Hilfe aufsuchen, standen laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) im Jahr 2018 56.617 stationäre Behandlungsplätze in Deutschland zur Verfügung und es wurden mehr als 800.000 stationäre Behandlungen innerhalb eines Jahres durchgeführt (DGPPN, 2020). (Voll-)stationäre Behandlungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen finden in Deutschland in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie (Psychiatrie), in Krankenhäusern für Psychosomatik

und Psychotherapie (Akutpsychosomatik), in Allgemeinkrankenhäusern mit entsprechenden Fachabteilungen und in Rehabilitationseinrichtungen statt (Schulz et al., 2011). Die ambulante Versorgung erfolgt durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in kassenzugelassenen und privaten Praxen. Zudem bieten psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen, Hochschulambulanzen und Ambulanzen der Ausbildungsinstitute für Psychotherapeuten ebenso wie Beratungsstellen Möglichkeiten zur ambulanten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung (Nübling et al., 2014). Den Großteil der ambulanten Versorgung stellen die niedergelassenen Psychotherapeuten sicher (Nübling et al., 2014); deren Anzahl betrug im Jahr 2019 etwa 28.000 in ganz Deutschland (DGPPN, 2020). Das dritte Standbein der Versorgung psychisch Kranker Menschen in Deutschland ist das Bindeglied zwischen den ersten beiden Möglichkeiten: Die teilstationäre Behandlung, die im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht. Die Anzahl an tages- und nachtklinischen Behandlungsplätzen beläuft sich mit 14.639 auf etwas mehr als ein Viertel der Anzahl der stationären Behandlungsplätze (DGPPN, 2020). Damit ist die Zahl der teilstationären Behandlungsangebote in den letzten Jahren angestiegen. In einem Bericht der Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007 lag der Anteil tagesklinischer Behandlungsplätze noch bei etwa einem Fünftel der Anzahl stationärer Plätze. Binnen eines Jahres (2018) wurden etwa 160.000 teilstationäre Behandlungen in 411 Einrichtungen in Deutschland bei erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt (DGPPN, 2020). Für das Bundesland Bayern finden sich auf der Homepage der deutschen Arbeitsgemeinschaft für Tageskliniken e.V. (DATPPP) in einer laut eigenen Angaben inoffiziellen Auflistung der psychiatrischen und psychosomatischen Tageskliniken 72 Einrichtungen (DATPPP, 2021a). Für die Stadt und den Landkreis München werden 18 Tageskliniken aufgelistet (DATPPP, 2021b). Eine der dort genannten Einrichtungen ist die Tagklinik des LMU Klinikums, deren Evaluation im Zentrum der vorliegenden Dissertation steht.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen erfolgt in Deutschland ebenso im stationären, ambulanten und teilstationären Setting. Im Jahr 2017 wurden 61.091 vollstationäre Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt (Boege et al., 2020) und im europäischen Vergleich stellt Deutschland die meisten stationären Behandlungsplätze für Erkrankte unter 18 Jahren bereit (Signorini et al., 2017). In den letzten Jahren ist, äquivalent zu der Entwicklung bei Erwachsenen, eine Zunahme tagesklinischer Behandlungsmöglichkeiten festzustellen (Boege et al., 2020). Die Angaben zu Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche wurden der Vollständigkeit halber erwähnt. Da die vorliegende Arbeit jedoch die Behandlung Erwachsener zum Thema hat, wird im Folgenden die kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische (tagesklinische) Behandlung nicht weiter ausgeführt.

Bevor auf die Vielfalt teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten eingegangen wird, folgt zunächst ein Blick in die Geschichte der Tageskliniken als wichtigsten Vertreter teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten.

1.2 Historische Entwicklung der Tageskliniken

Teilstationäre psychiatrische Behandlungen sind ein vergleichsweise junger Bestandteil der Versorgungslandschaft für psychisch erkrankte Menschen. Im Jahr 1933 wurde in Moskau das erste Krankenhaus ohne Bett eröffnet (Eikermann, 2004a). Es folgten 1946 die Eröffnung der ersten Tagesklinik Nordamerikas in Montreal, welche als Alternative zur vollstationären Behandlung konzipiert war, und 1948 die erste Tagesklinik in der Nähe von London, welche eine „Intensivierung der ambulanten Behandlung“ (Eikermann, 2004a, S.1) zum Ziel hatte. Mit der Eröffnung der Tagesklinik in Boston Anfang der 1950er Jahre wurde die Gründung weiterer Tageskliniken in Nordamerika angeregt, da die sogenannte Boston Inn vielerorts als Vorbild diente (Eikermann, 2004a). Die Eröffnungen der ersten psychiatrischen Tageskliniken in Deutschland folgten in den 1960er Jahren in Frankfurt und München (Eikermann, 2004a; Schultze-Venrath, 2011). Als eine Ursache für die im internationalen Vergleich verzögerte Entwicklung in Deutschland nennt Eikermann (2004a) den Umgang mit psychisch Kranken während des Nationalsozialismus. Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden in riesigen, abgelegenen und oft überfüllten Anstalten unter teils menschenunwürdigen Verhältnissen mehr „verwahrt“ als tatsächlich behandelt (Kulenkampff, 1992). Die bereits zuvor häufig nur mangelhafte Behandlung verschlechterte sich ab den 1930er Jahren zunehmend, da die „Kombination aus rassenhygienischer Propaganda und rigorosen Sparmaßnahmen“ (Wilmanns und Hohendorf, 2012, S.244) dazu führte, dass für einzelne Patienten kaum mehr Zeit blieb. Die Massenvernichtung psychisch Kranker im Rahmen der sogenannten „Euthanasie“-Programme, die mit der Einordnung des Lebens von Menschen mit psychischen Erkrankungen als „lebensunwert“ gerechtfertigt wurde, sei dabei als schrecklicher „Höhepunkt“ genannt (Hohendorf et al., 2002). Im Bewusstsein der Gesellschaft, aber auch in der Wahrnehmung vieler Psychiater, gab es lange Zeit keine chronisch psychisch Kranken (Eikermann, 2004a). Erst ab den 1970er Jahren wurden zunehmend mehr Tageskliniken in Deutschland eröffnet, da der Bedarf an adäquater Versorgung durch eine „Welle chronisch Kranke[r]“ (Eikermann, 2004a, S.2) deutlich stieg. Zudem wurden mit der Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 auch die politischen Voraussetzungen für die Gründung weiterer Tageskliniken in Deutschland geschaffen (Baumeister, 2007). Die Ziele dieses Sachverständigen-Berichts waren einerseits die Sicherstellung menschenwürdiger Verhältnisse in der psychiatrischen Versorgung – was in der Vergangenheit, wie erwähnt, nicht gewährleistet war (Roelcke, 2010) – und andererseits eine Neustrukturierung der psychiatrischen Versorgungslandschaft (Finzen, 2015). Das Versorgungssystem sollte dezentralisiert und das Prinzip der Gemeindenähe umgesetzt werden (Eikermann, 2004a). Diese Vorhaben sollten durch die Festlegung bestimmter Pflichteinzugsgebiete sowie die

Fortführung der Behandlung nach einem stationären Aufenthalt erreicht werden, wozu die Gründung teilstationärer und ambulanter Einrichtungen vorgesehen war (Finzen, 2015). In den Folgejahren wurden zunehmend neue Tageskliniken in Deutschland eröffnet, wobei es sich zunächst v.a. um allgemeine psychiatrische Tageskliniken handelte (Schultze-Venrath, 2011). Im Jahr 1995 verfügten fast alle psychiatrischen Kliniken in Deutschland über eine Tagesklinik (Eikelmann, 2004a). Zunehmend folgten psychotherapeutische und psychosomatische Tageskliniken und zuletzt störungsspezifische tagesklinische Einrichtungen (Evans et al., 2016; Schultze-Venrath, 2011). Obwohl Tageskliniken heutzutage in Deutschland „sehr weit verbreitet“ sind (Lang et al., 2015, S.616), ist ein 1990 von der Bundesregierung geäußerter Anspruch, nämlich dass pro 100.000 bis 150.000 Einwohner 20 Tagesklinikplätze zur Verfügung stehen sollten, noch nicht erreicht. Zur Erfüllung dessen müssten in etwa 500 – 600 Tageskliniken in Deutschland bestehen (Schultze-Venrath, 2011) – es fehlen damit etwa 100 tagesklinische Einrichtungen.

Nach diesem Blick in die Historie tagesklinischer Behandlung soll nun auf die Vielfalt teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten eingegangen werden.

1.3 Überblick über teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten

Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt, waren allgemeinpsychiatrische Tageskliniken der Vorreiter teilstationärer Behandlungen in Deutschland. Im Jahr 1982, in dem bereits 60 allgemeinpsychiatrische Tageskliniken in Deutschland existierten, wurde in Düsseldorf die erste spezifisch psychotherapeutische Tagesklinik mit einem psychodynamischen Krankheitsverständnis gegründet (Ortmann, 2006). Doch erst seit den 1990er Jahren besteht ein größeres Interesse an psychosomatischen Tageskliniken und seitdem ist ein deutlicher Anstieg dieser Behandlungsstätten zu verzeichnen (Baumeister, 2007; von Wietersheim et al., 2005). Die Gründung der ersten psychosomatischen Tageskliniken bedeutete die Integration der Psychotherapie in ein zuvor konventionelles psychiatrisches Behandlungskonzept mit dem Fokus auf medikamentöser, sozio- und milieu-therapeutischer Behandlung (Eikelmann, 2004b). Die Definition psychosomatischer und psychotherapeutischer Tageskliniken sowie deren Abgrenzung voneinander und gegenüber psychiatrischen Tageskliniken wird in Deutschland uneinheitlich gehandhabt. Ortmann (2006) definiert psychosomatische Tageskliniken als solche, die unmittelbar an eine psychosomatische Rehabilitationsklinik angegliedert sind. Er beschreibt aber auch das Bestehen psychosomatischer Tageskliniken ohne Angliederung an psychiatrische Abteilungen in privater Trägerschaft. Von Wietersheim et al. (2005) bezeichnen psychosomatische in Abgrenzung zu psychiatrischen Tageskliniken als Einrichtungen, in denen primär psychotherapeutisch gearbeitet wird und in denen die Patienten v.a. neurotische und Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Evans et al. (2016) definieren psychiatrische Tageskliniken eher im Sinne einer „tagesstrukturierenden Einrichtung“ und psychosomatische Tageskliniken als „alternative psychotherapeutische Einrichtung“. Gleichwohl schreiben Evans et al. (2016) beiden Behandlungsstätten einen deutlichen psychotherapeutischen

Schwerpunkt zu und stellen eine große Ähnlichkeit hinsichtlich der vergebenen Diagnosen fest, womit die Autoren den Unterscheidungsmerkmalen von von Wietersheim et al. (2005) widersprechen. In einem bei Ortmann (2006) zitierten Workshop-Vortrag von Seidler (2002) findet sich eine Dreiteilung innerhalb der psychiatrischen Tageskliniken: Etwa ein Drittel der Tageskliniken verstehe sich als Behandlungsmöglichkeit für akut psychisch Kranke im Sinne einer Alternative zur vollstationären Behandlung, ein weiteres Drittel fokussiere sich auf die Rehabilitation und das letzte Drittel verstehe sich als explizite psychotherapeutische Behandlungsstätte. Damit werden psychotherapeutische Tageskliniken als den psychiatrischen Tageskliniken zugehörig definiert. Unterschiedliche Tageskliniken können ebenso anhand ihrer konzeptionellen Ausrichtungen voneinander abgegrenzt werden, wie bei Ortmann (2006) zu finden. Dabei unterscheidet er zunächst zwischen einer sozialpsychiatrischen Ausrichtung mit dem Fokus auf sozio- und medikamentöser Therapie ohne Vorherrschen psychotherapieschulenspezifischer Inhalte oder indikativer Gruppenaktivitäten versus der an einer psychotherapeutischen Schule orientierten Behandlung. Ortmann (2006) führt diese Differenzierung auf, ohne den beiden Konzeptionen Namen zuzuordnen (im Sinne von psychiatrisch / psychosomatisch / psychotherapeutisch). Eine weitere Unterscheidung trifft der Autor zwischen der an einer Psychotherapieschule orientierten Behandlung versus der Integration verschiedener Therapierichtungen. Zudem kann eine tagesklinische Behandlung einen vermehrt somatischen Behandlungsfokus innehaben, z.B. bei Patienten mit Schmerzerkrankungen, bei denen die Psychotherapie weniger im Zentrum steht als bei einer psychiatrischen Tagesklinik.

Es lässt sich festhalten, dass die Unterteilung in psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Tageskliniken in Deutschland keinen klaren Vorgaben folgt und uneinheitlich gehandhabt wird. Dies zeigt sich auch daran, dass sechs Bundesländer keine psychotherapeutischen Tagesklinikplätze aufweisen, sondern diese der psychiatrischen Versorgung zuordnen (von Wietersheim et al., 2005). Die in den 1980er Jahren anhand der Behandlungsform (konventionell psychiatrisch vs. psychotherapeutisch) sinnvoll erscheinende Einteilung hat an Bedeutung verloren, da die tagesklinische Behandlung heutzutage i.d.R. durch ein multimodales Konzept gekennzeichnet ist, in dem die psychotherapeutische Therapie der Patienten das „entscheidende Basiselement der Behandlung“ (Eikelmann, 2004b, S.39) darstellt.

Klarer als die Trennung zwischen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Tageskliniken ist die Unterteilung in allgemeinpsychiatrische und diagnose-spezifische Tageskliniken. Diese findet sich im deutschsprachigen Raum zunehmend und grenzt sich damit vom angloamerikanischen Raum ab, in dem unterschiedliche Begriffe für tagesklinische psychiatrische Behandlungen mit unterschiedlichen Behandlungsfoki einhergehen (z.B. „day care“, „acute psychiatric day hospital“, „day treatment programs“) (Brüggemann, 2010). Wichtige Vertreter spezialisierter Tageskliniken im deutschsprachigen Raum sind gerontopsychiatrische Tageskliniken und Tageskliniken für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die

wichtige Rolle dieser beiden spezialisierten Tageskliniken lässt sich zum einen zahlenmäßig untermauern: Im Jahr 2018 gab es in Deutschland 49 Tageskliniken für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen (Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V., 2020) und auf der Homepage des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. lassen sich 35 teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit Suchterkrankungen zählen (2021). Zum anderen sind gerontopsychiatrische Tageskliniken und Tageskliniken für Suchtkranke auch die beiden einzigen klientelspezifischen Tagesklinikformen, die in dem umfassenden Buch von Eikermann und Reker (2004) Erwähnung in separaten Kapiteln finden.

Zu den teilstationären Einrichtungen zählen neben den Tageskliniken auch die Abend- und Nachtkliniken. Mit der Abendklinik auf der einen und der Nachtklinik auf der anderen Seite treffen ein sehr neues und ein inzwischen zur Rarität gewordenes „Dinosaurier“-Konzept (Hofecker-Fallahpour et al., 2001) aufeinander. Im Lexikon der Psychiatrie aus dem Jahre 1986 wird die Nachtklinik als das „logische Gegenstück zur Tagesklinik“ (Schindler, S.458) bezeichnet. Die Patienten verbringen den Abend und die Nacht in der Klinik und verlassen diese nach dem Frühstück. Ein Aufenthalt in einer Nachtklinik sei insbesondere dann indiziert, wenn Schwierigkeiten beim Übergang in das eigene Wohnumfeld bestünden (Schindler, 1986). Von den meist in den 1970er Jahren im Rahmen der Enthospitalisierung geöffneten Nachtkliniken sind heute viele Einrichtungen wieder geschlossen (Hofecker-Fallahpour et al., 2001). Eine der wenigen noch bestehenden Einrichtungen ist die Nachtklinik des Universitätsklinikums Zürich, die in der Arbeit von Stutz und Kollegen (2017) Beachtung findet. Die Autoren beschreiben die nachtklinische Behandlung als Alternative zu einem stationären Aufenthalt für Berufstätige sowie für wohnungslose Menschen mit vorwiegend psychotischen Erkrankungen, bei welchen dem nachtklinischen Aufenthalt eine rehabilitative Funktion zukommt (Stutz et al., 2017). Hofecker-Fallahpour und Kollegen (2001) untersuchten Prädiktoren für eine erfolgreiche Inanspruchnahme der Behandlung in der Nachtklinik Winterthur (Schweiz) und stellten fest, dass ausreichend viele Beschäftigungsmöglichkeiten in räumlicher Nähe zur Nachtklinik den wichtigsten Faktor für eine erfolgreiche Behandlung darstellen. Sie benennen die Nachtkliniken jedoch bereits 2001 als „Rarität“ und treffen keine klare Aussage, ob der „Dinosaurier“ Nachtklinik weitergeführt werden sollte oder nicht. Für Deutschland kommt Matakas im selben Jahr (2001) zu dem Urteil, im Rahmen seiner ausführlichen Einordnung des Stellenwertes von Tageskliniken nicht auf Nachtkliniken einzugehen, da „sie kaum Bedeutung haben“ (S.1). Tatsächlich findet sich diese Aussage auch nur in einer Fußnote.

Im Gegensatz zum „Dinosaurier“ Nachtklinik sind Abendkliniken eine relativ neue Versorgungsform psychisch Kranker, welche ihren Ursprung in Kanada hat (Dinger et al., 2016). Vorrangiges Ziel dieser Behandlungsform ist die Fortführung der Berufstätigkeit und damit die Verhinderung einer Krankschreibung bei gleichzeitiger intensiver vorwiegend psychotherapeutischer Behandlung. Die konkrete Umsetzung unterscheidet sich je nach Standort: So erhalten Patienten

in den Abendkliniken der Universitätskliniken in Heidelberg und Mainz an drei Abenden pro Woche drei Stunden Therapie (Brunner et al., 2019; Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, 2021) und in einer Abendklinik in München an einem Abend pro Woche 100 Minuten Therapie (MVZ Psychotherapie Westend, 2021). Brunner und Kollegen (2019) konnten in ersten Untersuchungen feststellen, dass Patienten ein hinreichend hohes Funktionsniveau sowie ausreichend ausgebildete Coping Strategien mitbringen sollten, um von einem abendklinischen Aufenthalt zu profitieren, da dieser auch mit erhöhtem Stress und Schwierigkeiten hinsichtlich der zeitlichen Organisation einhergehen kann. Die Effektivität und Effizienz von Abendkliniken muss noch weiter untersucht werden, um zu entscheiden, ob diese Behandlungsform sich in Deutschland etablieren kann. Dies geschieht aktuell im Rahmen eines vom Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projekts (Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss, 2021).

Nachdem nun ein Überblick über die Vielfalt teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten präsentiert wurde, soll im nächsten Kapitel auf die Besonderheiten tagesklinischer Behandlungen eingegangen werden. Dabei erfolgt aufgrund der uneinheitlichen Definitionen keine Unterteilung in psychiatrische / psychosomatische / psychotherapeutische tagesklinische Einrichtungen.

1.4 Besonderheiten und spezifische Wirkfaktoren tagesklinischer psychiatrischer Behandlung

Die Besonderheiten tagesklinischer Behandlung werden im Folgenden im Vergleich einerseits zum ambulanten und andererseits zum vollstationären Setting dargestellt. Die sich aus den Besonderheiten ergebenden spezifischen Wirkfaktoren werden nach der Darstellung des Vergleichs aufgeführt.

Äußere Rahmenbedingungen. Ambulante Patienten verbringen nur zu den vereinbarten Terminen Zeit in der Praxis oder Klinikambulanz, wobei die Dauer der einzelnen Termine und auch die der gesamten Therapie dabei interindividuell deutlich variieren können. Psychotherapie-Termine finden i.d.R. einmal pro Woche statt und dauern 50 Minuten, bei einer rein psychiatrischen ambulanten Behandlung finden häufig in größerem Abstand Termine von kürzerer Dauer statt. Stationäre Patienten erleben hingegen 100 % ihrer Zeit in der Klinik, in der sie untergebracht sind. Patienten in tagesklinischer Behandlung verbringen für gewöhnlich Montag bis Freitag tagsüber in der jeweiligen Einrichtung. Die Patienten übernachten zu Hause und verbringen dort auch die Wochenenden und Feiertage. Aus dem Ausmaß der vor Ort verbrachten Zeit ergibt sich mit dem Raumbedarf ein weiteres Unterscheidungskriterium zwischen den drei Behandlungssettings. Bei ambulanten Therapien genügt das Vorhandensein eines geeigneten Zimmers zu den vereinbarten Terminen. Der Raumbedarf für eine Tagesklinik besteht nach Zeeck et al. (2003) aus folgenden Zimmern: Essens- und Aufenthaltsraum, Therapieräume

für Gruppen- und Einzelbehandlungen, Pflegestützpunkt, ein oder mehrere Ruheräume für die Patienten sowie im besten Fall eine Küche und ein Untersuchungszimmer. Bei einer stationären Behandlung werden zusätzlich zu den genannten Räumlichkeiten ausreichend viele Schlafzimmer mit entsprechender Ausstattung benötigt. Auch hinsichtlich des eingebundenen professionellen Personals bestehen deutliche Differenzen. Im ambulanten Setting wird die Therapie von einer einzelnen spezifisch ausgebildeten Person erbracht. Im teil- und vollstationären Setting steht dem Patienten hingegen mit dem multiprofessionellen Behandlungsteam ein „multipersonales Beziehungsfeld“ (Baumeister, 2007) zur Seite. Damit verliert die einzeltherapeutische Beziehung, welche als bedeutsames Erfolgskriterium für eine Therapie gilt (Sammet et al., 2004), aufgrund der Multipersonalität im (teil-)stationären Kontext im Gegensatz zur ambulanten Therapie an Relevanz (Baumeister, 2007). Stattdessen kann ein „Summationseffekt“ aus der gemeinsamen Arbeit verschiedener Behandler entstehen (Küchenhoff, 2010, S.406). Neben einzeltherapeutischen Gesprächen finden im teil- und vollstationären Setting in aller Regel auch Gruppenpsychotherapien statt. Im ambulanten Setting stellen Gruppenpsychotherapien eher eine Seltenheit dar. Die Gruppenprozesse im tagesklinischen und vollstationären Setting unterscheiden sich, auch wenn die äußeren Rahmenbedingungen häufig ähnlich sind. Bei der tagesklinischen Gruppe besteht in der Regel eine höhere Gruppenkohäsion als im stationären Setting (Mattke et al., 2012). Diese ergibt sich zum einen aus einem im Vergleich zum stationären Aufenthalt geringeren Gefühl der Einengung, da die Vorgaben der Klinik (z.B. festgelegte Essens-, Ausgangs- und Schlafenszeiten) für tagesklinische Patienten oft weniger strikt sind. Zum anderen ist für die Patienten eine selbstbestimmte Nähe-Distanz-Regulierung (z.B. durch Fehltag) einfacher als bei einem vollstationären Aufenthalt (Mattke et al., 2012). Der Personalbedarf zwischen teil – und vollstationärem Setting unterscheidet sich hinsichtlich des Stellenschlüssels für die Pflege, da an den Abenden, über Nacht und am Wochenende keine Fachkräfte vor Ort sein müssen. Hinsichtlich des Bedarfs an therapeutischem Personal gibt es, bei Angebot eines ähnlichen Therapieprogramms, keine wesentlichen Unterschiede zwischen teil – und vollstationärem Setting (Zeeck et al., 2003).

Behandlungskosten. Die Behandlungskosten für ambulante Psychotherapie werden bei Nübling et al. (2014) mit etwa 1.5 Milliarden € pro Jahr in Deutschland angegeben. Im Vergleich dazu werden für die stationäre sowie psychopharmakologische Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen etwa das Doppelte bzw. Dreifache ausgegeben (Nübling et al., 2014). Eikelmann (2010) gibt die Kostenvorteile von teilstationärer Therapie im Vergleich zu vollstationärer Therapie mit etwa 20 – 30 % an. Kielstein (1997) bezeichnet die Behandlung in Tageskliniken als kostengünstig und gibt gar an, dass bei einer teilstationären Behandlung nur etwa 40 % der vollstationären Kosten auftreten. Zeeck et al. (2020) berichten, dass die Kosten für tagesklinische Behandlungen oft mit einem Drittel weniger als die Kosten für stationäre Behandlungen angegeben werden. Bei einem retrospektiven Vergleich zwischen der akut-

tagesklinischen Behandlung und der stationären Behandlung in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich konnte festgestellt werden, dass die Behandlung in der Akut-Tagesklinik um das 2.68-fache günstiger war als die stationäre Behandlung (Pausch et al., 2017). Die Zahlen beziehen sich dabei auf die direkten Behandlungskosten. Unabhängig von der exakten Kostenersparnis zeigt sich, dass die teilstationäre Behandlung zwar teurer ist als eine Therapie im ambulanten Setting, im Vergleich zum vollstationären Konzept jedoch deutlich weniger Kosten entstehen.

Einbindung in das soziale Netzwerk. Die Einbindung in das soziale Netz, definiert als die Gesamtheit der natürlichen Lebensbeziehungen eines Menschen (Geiselman und Linden, 2001), stellt ein weiteres Unterscheidungsmerkmal dar: Bei ambulanten Patienten gibt es keine Veränderung dieser Einbindung, der Patient verbleibt in seiner gewohnten Umgebung und ist in seinen sozialen Kontakten weiterhin frei (Matakas, 2001). Das Gegenteil stellt der stationäre Aufenthalt dar: Die Patienten befinden sich in einer „künstlichen Situation“ (Zeeck et al., 2003, S.420), die u.a. durch eine Distanz zum Alltag gekennzeichnet ist. Die Einbindung in das normale soziale Netz wird im Rahmen eines stationären Aufenthaltes entweder gänzlich unterbrochen oder zumindest auf ein Minimum reduziert, da die Patienten völlig aus ihrem normalen Alltag herausgenommen werden. Die tagesklinische Behandlung nimmt in Bezug auf die Einbindung in das soziale Netz eine Mittelstellung ein: Da sie sich zum Leben des Patienten wie eine Arbeitsstelle verhält (Matakas, 2001), kann der Patient weiterhin an sozialen Aktivitäten außerhalb der Therapiezeiten teilnehmen. Damit ist die Einbindung in sein soziales Netz nur peripher bzw. überhaupt nicht betroffen. Eikelman bezeichnet die Tagesklinik daher als „familiennächste Form einer psychiatrischen Institution“ (Eikelman, 2004b, S.41).

Grad der Regression. Der aus der psychoanalytischen Krankheitslehre stammende Begriff der „Regression“ bezeichnet das „Zurückschreiten von einer höheren auf eine frühere, ältere, niedrigere Entwicklungsstufe. [Regression ist eine Bezeichnung für das] Wiederauftreten von entwicklungsmäßig früheren (kindlichen) Verhaltensweisen.“ (Möller et al., 2009, S.593). Der Grad regressiver Entwicklungen differiert zwischen ambulanter, tagesklinischer und stationärer Behandlung. Im ambulanten Therapiesetting wird nur eine begrenzte Regressionserfahrung möglich, u.a. da die Patienten im Anschluss an die Therapiestunde wieder in ihren regulären Alltag zurückkehren müssen. Regressive Prozesse werden demnach nicht durch die Rahmenbedingungen gefördert. Den Gegenpol stellt die stationäre Behandlung dar. Die Patienten erleben laut Matakas eine „extrem regressive Situation“ (Matakas, 2001, S.86), einhergehend mit einem nahezu vollständigen Verlust ihrer Autonomie. Zeeck und Kollegen (2003) formulieren die Ausprägung der Regression in einer stationären Behandlung etwas weniger drastisch und sprechen von einer Förderung regressiver Prozesse im stationären Setting. Auch hierbei findet sich das teilstationäre Setting in der Mitte: Baumeister (2007) bezeichnet den Grad der Regression in tagesklinischer Behandlung als „optimal“, bei Dinger et al. (2015) findet

sich die Bezeichnung des im Vergleich zum vollstationären Setting „stärker antiregressive[n] und aktivierende[n] Konzept[s]“, welches besondere Entwicklungschancen biete. Auch Küchenhoff (2010) beschreibt die Begrenzung der Regression im Vergleich zum vollstationären Setting als therapiefördernden Aspekt, da nur kontrollierbare bzw. einzugrenzende regressive Erfahrungen in der Therapie bearbeitet werden können.

Einbindung in das therapeutische Milieu. Unter therapeutischem Milieu versteht man das konstruierte vorübergehende Lebensumfeld, das dahingehend gestaltet ist, dass es einen therapeutischen Einfluss auf den gegenwärtigen Erkrankungszustand hat (Heim, 1985). Der Grad der Einbindung in das therapeutische Milieu ist bei der ambulanten Behandlung am niedrigsten. Das bedeutet, dass der Patient über die beispielsweise wöchentlichen Sitzungen hinaus keine weitere Unterstützung bei der Bewältigung seines Lebensalltags erhält, was in manchen Situationen eine Überforderung darstellen kann (Geiselman und Linden, 2001). Bei einem stationären Aufenthalt ist das therapeutische Milieu sehr dicht und geht unter anderem mit der Distanzierung von häuslichen Problemen, einer Tagesstrukturierung, sozialer Stimulierung und therapeutisch geplanten Verhaltensanforderungen einher (Heim, 1985). Dieses sehr dichte therapeutische Milieu nimmt eine Schutzfunktion für die Patienten in stationärer Behandlung ein. Zu beachten ist jedoch, dass für viele Patienten der Übergang von dem stationären, geschützten Umfeld, in dem sie eine Art „Rundum-Versorgung“ (Empfehlung des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz, 2009, S.2) erleben, zurück in den Alltag einen zu großen Schritt darstellt, so dass in vielen Fällen eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufes nach der Entlassung zu beobachten ist (Geiselman und Linden, 2001). Die tagesklinische Behandlung stellt bezogen auf das therapeutische Milieu eine Kombination dar: Tagsüber ist das therapeutische Milieu dicht, so dass die Patienten vielfältige Möglichkeiten zu Veränderungen ihrer Verhaltens- und Gedankenmuster sowie ihres Erlebens bekommen. Diese Veränderungen oder Einsichten können sie dann unmittelbar in ihr gewohntes soziales Netz hineinragen und umsetzen (Matakas, 2001). Dieses Probehandeln wird ermöglicht, da sich die Patienten durch das dichte therapeutische Milieu im tagesklinischen Setting geschützt fühlen und somit im Falle eines Nicht-Erreichens des Geplanten danach rasch im Realitätskontakt unterstützt werden können (Assmann, 2003). „Konflikte der Alltagsrealität“ können demnach unmittelbar im therapeutischen Setting bearbeitet und bestehende Alltagsressourcen genutzt werden (Evans et al., 2016). Zudem kann durch die direkte Anwendung des in der Therapie neu Erlernten eine bessere Generalisierung dessen stattfinden (Zipfel et al., 2002).

Bei der tagesklinischen Behandlung lässt sich also eine einzigartige Gleichzeitigkeit von Lebensalltag und sozialem Netz der Patienten sowie der Behandlung und Pflege in der Einrichtung, dem therapeutischen Milieu, finden. Eine intensive therapeutische Behandlung und der Alltag der Patienten sind „eng miteinander verzahnt“ (Zeeck et al., 2003, S.420). Wie keine andere Behandlungsform führt die tagesklinische Behandlung zu einer „Widerspiegelung

familiärer, beruflicher und anderer sozialer Probleme.[...] Die Therapie in der Tagesklinik stellt deswegen von ihren Möglichkeiten und auch Leistungen her gesehen etwas Eigenes und Besonderes dar.“ (Eikelmann, 2004a, S.5).

Aus diesen Besonderheiten und der Einzigartigkeit ergeben sich spezifische Wirkfaktoren. Diese sind hier der Definition von Knab (2007) folgend als „...speziell in diesem Setting zu findende Merkmale, die sich durch das therapeutische, zeitliche und räumliche Konzept einer solchen Einrichtung ergeben und die Einfluss auf den Therapieprozess des Patienten nehmen.“ (Knab, 2007, S.20) zu verstehen. Assmann (2003) nennt primär die spezifische Therapiemotivation als Wirkfaktor. Dabei bezieht er sich auf den Umstand, dass die Patienten durch die Möglichkeit des Probehandelns ein unmittelbares Selbstwirksamkeitserlebnis erfahren, das in dieser Form nur im tagesklinischen Setting aufgrund des besonderen Rahmens möglich ist. Passend hierzu nennt Kielstein (1997) das Erleben „narzisstischer Gratifikation“ auf Seiten der Patienten als relevanten Faktor, da die Patienten nicht (mehr) so krank sind, dass eine stationäre Behandlung erforderlich wäre. Matakas (2001) hebt die Rolle der Gruppe, in der die Patienten während ihres Aufenthalts in der Tagesklinik sind, hervor. Sie kann als spezifischer Wirkfaktor gesehen werden, da sie einen für die Patienten neuen sozialen Kontext darstellt. In diesem müssen gemeinschaftlich Entscheidungen getroffen werden und ein als Gruppe gemeinsames Handeln erfolgen. Dadurch wird auch direkt in der Tagesklinik den Patienten die Möglichkeit gegeben, ihre Rolle in einem sozialen Kontext neu zu definieren und in der Therapie Erlerntes zu üben. Dabei sollte im Hinterkopf behalten werden, dass es sich bei der Patientengruppe in einer Tagesklinik i.d.R. um eine äußerst heterogene Zusammenstellung von Patienten handelt, wodurch eine besondere Gruppendynamik mit hoher Kohäsion entstehen kann. In jedem Fall stellt die Patientengruppe für jedes Mitglied einen neuen sozialen Kontext mit eigenem sozialen Leben dar (Matakas, 2001). Zeeck und Kollegen (2003; 2015) definieren als spezifischen Faktor tagesklinischer Behandlung den Fokus der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Auch Küchenhoff (2010) nennt die Förderung von Selbstständigkeit und Selbstverantwortung bei gleichzeitiger Rücksichtnahme auf Andere (Mitpatienten, Behandler) als spezifischen Vorteil tagesklinischer Behandlung. Ein weiterer Wirkfaktor der tagesklinischen Therapie ist die tägliche Trennung. Dabei bezeichnet Küchenhoff (2010) die Schwierigkeit, sich täglich von der Tagesklinik verabschieden zu müssen, gleichzeitig als Chance, Trennungserfahrungen bewusst zu erleben und sich im Rahmen der therapeutischen Behandlung damit auseinandersetzen zu können. Der tägliche Abschied kann wesentlich dazu beitragen, die Bindungsfähigkeit der Patienten im Rahmen der tagesklinischen Behandlung zu reaktivieren (Küchenhoff, 2010). Auch Zeeck et al. (2003, S.420) nennen die tägliche „Ankunfts- und Trennungssituation“ als besonderen Faktor. Der Patient ist permanent gefordert, mit der Distanzierung und Wiederannäherung an den „Partner Tagesklinik“ (Assmann, 2003, S.7) zurecht zu kommen, da auch „Zeiten ohne professionellen Ansprechpartner“ (Zeeck et al., 2003, S.420) überstanden

werden müssen. Dies führt laut Assmann (2003) zu einer „geschützten Mangelersahrung“ (Assmann, 2003, S.8) und einer begrenzten Idealisierung der Einrichtung, was sich positiv auf den Behandlungsverlauf auswirkt. Ein weiterer spezifischer Wirkfaktor tagesklinischer Behandlung ist die Nähe zum Alltag der Patienten, die eine besondere Verknüpfung von Psychotherapie und sozialer Wiedereingliederung ermöglicht (Küchenhoff, 2010). Evans und Kollegen (2016) identifizierten bei ihrer Studie zu Tageskliniken in Österreich als spezifische Wirkfaktoren die Tagesstrukturierung, die Kontinuität der Behandlung sowie die Besonderheiten des tagesklinischen Settings an sich, wobei die Autoren sich auf das Bestehen eines intensiven Therapieprogramms bei gleichzeitigem Verbleib in der gewohnten Umgebung beziehen.

1.5 Aufgaben und Ziele tagesklinischer psychiatrischer Behandlung

Nachdem im vorherigen Abschnitt die Einzigartigkeit tagesklinischer Behandlung verdeutlicht wurde, soll nun auf die Aufgaben und Ziele dieser Behandlungsform eingegangen werden.

Eikermann (2010) nennt die Behandlung akut psychisch kranker Menschen als – auch international – übergreifende Aufgabe tagesklinischer Behandlung und bleibt damit zunächst sehr allgemein. Bei einem Blick in die Vergangenheit der Tageskliniken findet sich bei Kanowski (1982) die Nennung dreier grundlegender Ziele tagesklinischer psychiatrischer Behandlung. Dabei handelt es sich um die Stabilisierung eines erreichten Behandlungseffektes, die Rehabilitation sowie die Substitution stationärer Behandlung. Eikermann nennt die Begleitung von Patienten nach einem stationären Aufenthalt zurück in das selbstständige Leben den „klassischen [...] Auftrag vieler Tageskliniken“ (Eikermann, 2010, S.357). Oft handelte es sich bei den Patienten um Schizophrene, denen nach langer Hospitalisierung der Weg zurück in den Alltag außerhalb einer stationären Einrichtung vereinfacht werden sollte. Mit der Wandlung der Tageskliniken und dem Zugewinn an Bedeutung als eigenständige Behandlungsstätte erweiterten sich auch die Aufgaben und Ziele. In einer aktuellen Arbeit finden sich vier Hauptaufgaben psychiatrischer Tageskliniken (Heekeren et al., 2020). Neben den auch von Kanowski (1982) aufgeführten Aufgaben der Bereitstellung einer Alternative zur vollstationären Behandlung und der Definition als Rehabilitationseinrichtung werden zudem die Nachfolgebehandlung im Anschluss an eine vollstationäre Therapie sowie die Intensivierung einer zuvor ambulant erfolgten Behandlung genannt. Dabei ähnelt die Aufgabe der Folgebehandlung nach einer stationären Therapie jener der Stabilisierung eines Behandlungseffektes bei Kanowski (1982). Laut den Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz (2009) ist das im Fokus stehende Ziel tagesklinischer psychiatrischer Behandlung heute, psychisch kranke Menschen erfolgreich zu behandeln, im Sinne einer Heilung oder Verringerung der Symptome, mit dem Ziel der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der krankheitsbedingt gestörten sozialen Integration des Patienten. Die bei Eikermann et al. (2005) genannte Inklusion psychisch Kranker in die Gesellschaft ist heutzutage ein Ziel des gesamten psychiatrischen Behandlungsspektrums.

Den psychiatrischen Tageskliniken kommt aufgrund ihrer Rahmenbedingungen jedoch eine besonders wichtige Rolle bei der Erreichung dieses Ziels zu. Die Unterstützung bei der (Re-) Integration in das soziale, insbesondere aber das Arbeitsleben, gilt als eines der Hauptziele tagesklinischer psychiatrischer Behandlung (Eikelmann, 2010). Weiterhin erachtet Eikelmann (2010) die Beteiligung der Familie an der Behandlung des Patienten als wichtige Aufgabe.

Bevor auf die Behandlungsziele der Tagklinik des LMU Klinikums eingegangen wird (Kapitel 1.8), widmet sich der folgende Abschnitt zunächst der Frage, für wen eine tagesklinische psychiatrische Behandlung in Frage kommt und welche Patientengruppen weniger dafür geeignet scheinen.

1.6 Indikation und Kontraindikationen für eine tagesklinische psychiatrische Behandlung

Reker (2004) kommt zu dem Schluss, dass „jeder Patient in der Tagesklinik behandelt werden [kann], der nicht eines „Bettes“ bzw. einer intensiven 24stündigen Betreuung oder Überwachung bedarf.“ (Reker, 2004, S.13). Etwas genauer wird die Indikation für einen tagesklinischen Aufenthalt in der Empfehlung des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz (2009) beschrieben: Eine tagesklinische psychiatrische Behandlung ist dann indiziert, wenn das Behandlungsziel nicht allein durch eine ambulante Therapie erreicht werden kann, ein stationärer Aufenthalt aber nicht mehr oder noch nicht nötig bzw. hilfreich ist. Ein tagesklinischer Aufenthalt kann also eine Vorstufe zu einem stationären Aufenthalt sein, wenn ein Patient beispielsweise zunächst noch nicht in der Lage ist, sich auf die Intensität eines vollstationären Settings einzulassen (Geiselmann und Linden, 2001). Umgekehrt kann ein tagesklinischer Aufenthalt auch einen Schritt von der stationären Behandlung in Richtung Entlassung darstellen (Geiselmann und Linden, 2001). Reker (2004) führt an, dass die Indikation für eine tagesklinische psychiatrische Behandlung anhand der Betrachtung klinischer Merkmale zu entscheiden sei. Dabei sind die Motivation der Patienten sowie ein Schweregrad der Symptomatik, der es den Patienten erlaubt, weiterhin in ihrem sozialen Umfeld zu verbleiben und unter der Woche täglich in die Tagesklinik zu kommen, wichtige Faktoren. Hinzu kommt laut Reker (2004), dass sich der Wohnsitz in „realistischer Entfernung“ (bei Reker, 2004, S.13 mit max. 45 Minuten pro Weg angegeben) zur Tagesklinik befinden sollte.

Nach Matakas (2001) besteht eine spezielle Indikation für eine tagesklinische Behandlung bei Patienten mit ausgeprägten sozialen Defiziten, welche häufig bei Patienten mit einer psychotischen Störung und Menschen mit Persönlichkeitsstörungen auftreten (Matakas, 2001). Auch Mattke und Kollegen (2012) betonen, dass die Besonderheiten der Tagesklinik v.a. für Patienten mit „schweren Persönlichkeitsstörungen“ (S.413) förderlich sein können. Unter den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen scheinen besonders diejenigen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung von einer tagesklinischen Behandlung zu profitieren (Bateman und Fonagy,

1999; Matakas, 2001). Zudem scheint für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, gerontopsychiatrisch depressiv Erkrankte, Kinder und Jugendliche und auch Menschen mit Suchterkrankungen das tagesklinische Behandlungssetting besonders hilfreich zu sein (Garlipp et al., 2007; Matakas, 2001). Aber auch bei Patienten mit Depression und Angsterkrankungen konnte eine signifikante klinische Verbesserung auf Symptomebene durch den Aufenthalt in einer Tagesklinik gefunden werden (z.B. Ortman, 2006; Russell et al., 1996). Außerdem konnte die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung bei Patienten mit Essstörungen festgestellt werden (Lázaro et al., 2011; Olmsted et al., 2013). Passend dazu nennen Dinger et al. (2020) drei Diagnosegruppen, für welche es empirische Hinweise gebe, dass die tagesklinische Behandlung wirksam ist: Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und Depressionen.

Entgegen den genannten diagnosespezifischen Indikationen für einen tagesklinischen Aufenthalt kommen Haas und Kollegen zu der Feststellung, dass nur wenige empirische Belege der differenziellen Indikation zu teilstationärer Psychotherapie vorliegen (Haas et al., 2010). Ähnliches findet sich in einer aktuellen Übersichtsarbeit deutscher Studien zur differentiellen Indikation in der Versorgung psychisch Kranker. Auch hier kommen die Autoren zu dem Schluss, dass nur wenige Kriterien eindeutig für oder eindeutig gegen ein spezifisches Behandlungssetting sprechen (Dorr et al., 2020). Als eindeutige Indikationskriterien für eine tagesklinische Behandlung werden die Notwendigkeit der Übertragung der Therapieerfahrungen in den Alltag und die ausreichend hohe Therapiemotivation identifiziert (Dorr et al., 2020). Hinsichtlich der Diagnoseverteilung finden sich laut Dorr et al. in den meisten Studien keine Unterschiede zwischen dem teil- und vollstationären Setting.

Hinsichtlich der Kontraindikationen für einen tagesklinischen Aufenthalt unterscheidet Reker (2004) zwischen absoluten und relativen Kontraindikationen. Akute Suizidalität, akute manische Zustände sowie eine psychotische Desorganisiertheit gehören zu den strikten Kontraindikationen. Zeeck et al. (2020) nennen das Bestehen einer so kritischen körperlichen Verfassung, dass eine ständige medizinische Überwachung unumgänglich ist (wie es z.B. bei anorektischen Patienten der Fall sein kann) als absolute Kontraindikation. Als relative Gegenanzeigen bezeichnet Reker (2004) eine schwer ausgeprägte Depressivität sowie einen im ambulanten Setting nicht kontrollierbaren missbräuchlichen Umgang oder eine Abhängigkeit von Alkohol oder anderen bewusstseinsverändernden Substanzen. Dazu passen die bei Matakas (2001) genannten möglichen Kontraindikationen einer schweren Depression, einer Manie oder einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung, die ein selbstständiges Leben vorübergehend nicht möglich machen. Priebe et al. (2011) konnten mit Hilfe einer Prädiktorenanalyse feststellen, dass Patienten mit größerer Symptombelastung zu Beginn des Aufenthalts mehr von einer stationären Therapie als von einer tagesklinischen Behandlung profitierten. Dieses Ergebnis findet sich auch bei Pausch et al. (2017). Demnach scheint eine deutlich ausgeprägte allgemeine Belastung eine relative Kontraindikation für einen tagesklinischen Aufenthalt zu sein. Limitierend ist zu erwähnen, dass die

Autoren (Pausch et al., 2017; Priebe et al., 2011) keinen absoluten Wert der größeren Belastung angeben, sondern diese nur im Vergleich zu den anderen Patienten innerhalb der Stichprobe definieren. Reker (2004) nennt darüber hinaus als mögliche Kontraindikation für einen tagesklinischen Aufenthalt erhebliche Schwierigkeiten im sozialen Umfeld des Patienten, die einen erhöhten Schutz des Erkrankten fordern. Auch Eikelmann (2010) nennt schwierige soziale oder familiäre Bedingungen, wie etwa Obdachlosigkeit oder ein von sehr häufigen Konflikten geprägtes Familienklima, als Ausschlussgründe für die Behandlung in einer Tagesklinik. Garlipp et al. (2007) führen zusätzlich die Notwendigkeit einer komplexen Umstellung der (psycho-)pharmakologischen Behandlung als mögliche Kontraindikation für eine tagesklinische Behandlung an. Zeeck et al. (2020) beschreiben ergänzend das Vorliegen einer chronifizierten Symptomatik, eine ambivalente Haltung gegenüber der Behandlung sowie ein unzureichendes Krankheitsverständnis als mögliche Gründe, eine stationäre Behandlung einer tagesklinischen vorzuziehen. Auch das Vorhandensein extremer Erschöpfung kann gegen eine tagesklinische Behandlung sprechen, da die Patienten durch das intensive Programm bei gleichzeitig fehlenden Rückzugsmöglichkeiten überfordert sein können (Zeeck et al., 2020). Zudem scheint eine tagesklinische Behandlung auch im Falle einer Krisenintervention kontraindiziert zu sein, da kein ausreichend schützender Rahmen gegeben ist und die Integration der Patienten in die Gruppe ein Prozess ist, welcher eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt und mit den Zielen einer kurzzeitigen Krisenintervention nur schwierig zu vereinbaren ist (Matakas, 2001). Im Gegensatz zu diesen Überlegungen steht jedoch eine Studie mit suizidalen Patienten, die zeigen konnte, dass diese während des Aufenthalts in einer psychiatrischen Tagesklinik eine größere Symptomreduktion als suizidale Patienten in vollstationärem Setting aufwiesen (Jones et al., 2008). Die Autoren weisen darauf hin, dass ein flexiblerer Umgang mit suizidgefährdeten Patienten in Bezug auf das Behandlungssetting von Nöten sei.

Nachdem in den vorherigen Kapiteln u.a. auf die Besonderheiten und spezifischen Wirkfaktoren sowie die Eignung der Tagesklinik für bestimmte Patienten eingegangen wurde, soll im Folgenden der Stand der Forschung zur Wirksamkeit tagesklinischer psychiatrischer Behandlung näher beleuchtet werden.

1.7 Evidenzlage zur Wirksamkeit tagesklinischer psychiatrischer Behandlung

1.7.1 Wirksamkeit teilstationärer Behandlung im Vergleich zum vollstationären Setting

Die Aussagen zur Wirksamkeit tagesklinischer psychiatrischer Versorgung im Vergleich zum vollstationären Setting sind heterogen. In einzelnen Studien finden sich Vorteile für die tagesklinische Behandlung, wie z.B. bei Bateman und Fonagy (1999). Sie konnten in ihrer

Untersuchung feststellen, dass tagesklinisch behandelte Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einen Rückgang von depressiver Symptomatik und eine Reduktion von suizidalen und selbstverletzenden Verhaltensweisen aufwiesen. Zudem konnte ein besseres soziales und interpersonelles Funktionsniveau festgestellt werden, was auch in einer Katamnese-Untersuchung erhalten blieb. Hingegen wurden bei Borderline-Patienten, die in einem herkömmlichen stationären Setting behandelt wurden, kaum Veränderungen erzielt (Bateman und Fonagy, 1999). Auch Priebe et al. (2006) stellten eine größere Reduktion der psychopathologischen Symptomatik und eine tendenziell größere Lebenszufriedenheit bei den Patienten im tagesklinischen Setting versus den Patienten im vollstationären Setting fest. In einer multizentrisch randomisierten Untersuchung in Deutschland, in der es um den Vergleich von tagesklinischer und vollstationärer Behandlung anhand von Patientenbewertungen ging, konnte eine generelle Tendenz, die Behandlung in der Tagesklinik der stationären vorzuziehen, gefunden werden (Eichler et al., 2006). Kallert und Schützwahl (2004) geben an, dass bei allen von ihnen betrachteten Übersichtsarbeiten die Zufriedenheit mit der Behandlung bei den tagesklinischen Patienten größer war als bei den vollstationär behandelten Patienten. Dies betrifft sowohl die Patienten selbst als auch deren Familienangehörige.

Lang und Kollegen (2015) befassten sich in ihrem systematischen Review mit der Wirksamkeit und Kosteneffektivität tagesklinischer Behandlung im Vergleich zum stationären Setting. Sie bezogen letztlich fünf internationale Studien in ihre Untersuchung ein und stellten dabei eine heterogene und „unzureichende Evidenzlage“ (S.616) fest. Die Autoren konnten im Vergleich der beiden Settings keinen Vorteil für eines der beiden feststellen, wobei sie einschränkend erwähnen, dass die Generalisierbarkeit der Daten aus verschiedenen Gründen limitiert sei. Lang et al. (2015) schlussfolgern, dass aus dem Mangel an empirischen Belegen nicht auf eine geringe Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung geschlossen werden dürfe, da sich aus „klinisch-praktischer Sicht eindeutige Hinweise auf die Nützlichkeit des TK-Konzepts“ (S.620) ergeben. Auch bei Dinger und Kollegen (2015), die im Rahmen eines Pilotprojekts die Ergebnisse stationär und tagesklinisch behandelter Depressiver miteinander verglichen, zeigten sich keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungssettings. In einem systematischen Review aus dem Jahr 2011 wurden ebenfalls die Ergebnisse tagesklinischer und stationärer psychiatrischer Behandlung miteinander verglichen. Dabei stellten die Autoren fest, dass sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung, der Veränderung der subjektiven Lebensqualität und der Wahrscheinlichkeit, nach der Behandlung beschäftigungslos zu sein, keine Unterschiede zwischen den stationär und den tagesklinisch behandelten Patienten zeigten (Marshall et al., 2011). Auch Kallert und Schützwahl (2004) berichten, dass sich bei Betrachtung der Übersichtsarbeiten keine Unterschiede bezüglich des Ausmaßes der Symptomreduktion zwischen teil- und vollstationär behandelten Patienten finden ließen. Zudem unterschied sich das soziale Funktionsniveau bei Behandlungsende zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant.

Die Heterogenität der Studienergebnisse bezieht sich demnach darauf, dass nur teilweise Vorteile der tagesklinischen gegenüber der stationären Behandlung zu verzeichnen sind. In keiner der Autorin bekannten Untersuchung finden sich – bei Beachtung der Indikationskriterien für einen tagesklinischen Aufenthalt – Belege, dass die Veränderungen durch eine tagesklinische Behandlung geringer ausfallen als die Veränderungen durch einen stationären Aufenthalt. Auch Küchenhoff (2010) beschreibt die tagesklinische psychiatrische Behandlung als effizient und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit gleichwertig zu einer vollstationären Behandlung. Die Aussage von Zeeck und Kollegen (2020) scheint demnach zuzutreffen: „Tagesklinische Behandlung ist wirksam.“ (Zeeck et al., 2020, S.218).

1.7.2 Evaluationen der therapeutischen Arbeit von Tageskliniken

Bevor die Ergebnisse von Tagesklinik-Evaluationen – ohne den Vergleich zu einem anderen Setting – dargestellt werden, soll zunächst geklärt werden, was sich hinter dem Begriff der Evaluation verbirgt.

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird unter dem Ausdruck „Evaluation“ häufig verstanden, dass „irgendetwas von irgendjemandem in irgendeiner Weise nach irgendwelchen Kriterien bewertet wird“ (Kromrey, 2001, S.108). Im wissenschaftlichen Kontext bedeutet Evaluation, dass „Programme, Maßnahmen, Organisationen etc. durch zur Bewertung besonders befähigte Personen in einem objektivierten Verfahren nach explizit auf den Sachverhalt bezogenen und begründeten Kriterien“ bewertet werden (Kromrey, 2001, S.108). Der Begriff der *Evaluationsforschung* verdeutlicht, dass Evaluationen wissenschaftliche Standards erfüllen müssen (Bortz und Döring, 2003). Evaluationen lassen sich anhand verschiedenster Gesichtspunkte charakterisieren, wie etwa der Rahmenbedingungen (Feld, Labor), dem zugrundeliegenden Evaluationsmodell (praxisorientiert, entwicklungsorientiert, theorieorientiert), der Ausrichtung (Mikro- / Makroevaluation), dem Zeitpunkt (prognostische, Prozess- oder Ergebnisevaluation) und der Durchführungsform (intrinsisch, extrinsisch; intern, extern; summativ, formativ; vergleichend, nicht-vergleichend) (Balzer et al., 1999). Dabei ist das Ziel von Evaluationsforschung nicht nur der reine Erkenntnisgewinn. Sie soll vielmehr dabei helfen, „Prozesse transparent zu machen, Wirkungen zu dokumentieren und Zusammenhänge aufzuzeigen“ (Stockmann, 2004, S.2) mit dem letztlichen Ziel der Qualitätsverbesserung. Auch Kallert und Schützwohl (2004) nennen als Zweck von Evaluationen die Verbesserung der Patientenversorgung, welche in ihren Auswirkungen kaum zu unterschätzen sei. Im Kontext psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung geht es im Rahmen von Evaluationen häufig um die Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte. Dabei können Evaluationen als empirisch zuverlässige Wirknachweise dienen und somit auch die Akzeptanz neuer Ansätze fördern (Metzler und Krause, 1997). Generell gestaltet sich das Qualitätsmanagement in der Psychiatrie und Psychotherapie jedoch aus diversen Gründen schwierig. Zum einen nehmen mannigfaltige Faktoren Einfluss auf eine psychische Störung, wie etwa der natürliche

Verlauf der Erkrankung (Garlipp, 2008), und somit ist es schwierig, Aussagen über Wirkfaktoren zu treffen. Zum anderen gibt es keine einheitlichen Standards für die Durchführung von Qualitätsüberprüfungsmaßnahmen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie (Schöps, 2007). Ein weiterer Punkt, der das Qualitätsmanagement insbesondere im Hinblick auf Tageskliniken erschwert, ist die geringe Übertragbarkeit von Ergebnissen zwischen einzelnen Kliniken. Liest man bei Eikelmann nach, findet sich dort die Aussage, dass das einzig gemeinsame verschiedener Tageskliniken in deren Unterschiedlichkeit bestehe. Auch Schultz-Venrath (2011) beschreibt, bezogen auf die Geschichte der Tageskliniken, ein „sehr bunt[es]“ Bild, da keine Tagesklinik einer anderen gleiche. Ähnlich sieht dies Ortmann (2006), der klarstellt, dass es nicht *die eine* teilstationäre Behandlung gibt. Die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse, die eine Auswahl von Evaluationen einzelner Tageskliniken repräsentieren, sind damit in ihrer Generalisierbarkeit eingeschränkt.

Reisch und Kollegen (2002) beschäftigten sich mit der kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Psychotherapie-Tagesklinik in Bern. Bei den in die Studie eingeschlossenen Patienten, welche unter depressiven, Angst-, Zwangs-, Ess- oder Persönlichkeitsstörungen litten, konnten signifikante Verringerungen der depressiven Symptomatik und der allgemeinen Symptombelastung bei Therapieende festgestellt werden. Assmann (2003) evaluierte in seiner Dissertation die Tagesklinik in Esslingen und Nürtingen. Dabei konnte er eine signifikante Reduktion der allgemeinen psychopathologischen Symptomatik und einen Rückgang interpersoneller Probleme feststellen. Zudem wiesen die Patienten nach dem Aufenthalt in der Tagesklinik ein verbessertes globales psychosoziales Funktionsniveau auf. Ortmann (2006) evaluierte die therapeutische Arbeit einer spezifischen Verhaltenstherapie-Tagesklinik in Hamburg. Als Hauptresultate benannte er den Rückgang allgemeiner und depressiver Symptombelastung, wobei insbesondere depressive Patienten sowie jene mit einer primären Angsterkrankung von der tagesklinischen Behandlung zu profitieren schienen. Schöps (2007) konnte bei der Evaluation der Tagesklinik Ulm eine Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, der Lebensqualität und der körperlichen Symptome der Patienten nach der tagesklinischen Behandlung finden. Brüggemann et al. (2007) konnten im Rahmen ihrer Untersuchung der Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover bei den Patienten eine Reduktion der allgemeinen Symptombelastung und einen Anstieg der Lebenszufriedenheit bei Behandlungsende verzeichnen. Bei der Evaluation der psychiatrischen Tagesklinik Trier konnte Thielen (2010) in ihrer Dissertation eine deutliche Reduktion der allgemeinen Symptombelastung der Patienten durch den tagesklinischen Aufenthalt erfassen. Bei der retrospektiven Analyse der therapeutischen Arbeit der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Tulln (Österreich) konnten Kremminger und Kollegen (2018) eine signifikante Verbesserung hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus bei den meisten Patienten feststellen. Eine Ausnahme bildeten die Patienten mit einer Diagnose aus dem Kapitel F1 der ICD-10 (psychische und

Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2014). Dinger et al. (2016) fassen zusammen, dass die Reduktion von Symptomatik und interpersonellen Schwierigkeiten sowie eine Steigerung von Lebensqualität durch tagesklinische Behandlung im Rahmen der Therapieforschung belegt sei.

Betrachtet man die aufgeführten Ergebnisse, so ergibt sich ein recht eindeutiges Bild: Den Patienten geht es bei Entlassung aus einer Tagesklinik besser als zum Aufnahmezeitpunkt. Benötigt es also eine weitere ausführliche Evaluation der therapeutischen Arbeit einer Tagesklinik? Ja! Denn wie erwähnt ist der Transfer der Ergebnisse einer Tagesklinik auf eine andere aufgrund deren Unterschiedlichkeit nur in sehr geringem Umfang möglich. Für die Tagklinik des LMU Klinikums existiert bisher keine ausführliche Evaluation, sodass die Notwendigkeit dieses Forschungsvorhabens – auch im Hinblick auf die möglichen Folgen im Sinne einer Qualitätsverbesserung – als gegeben angesehen werden kann.

1.8 Die Tagklinik des LMU Klinikums

Nachdem die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlungen ebenso wie die Notwendigkeit des Nachweises dieser für die Tagklinik des LMU Klinikums erläutert wurden, wird die im Zentrum dieser Arbeit stehende Tagesklinik im Folgenden vorgestellt.

Die Tagklinik des LMU Klinikums ist Bestandteil der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LMU Klinikums München und befindet sich im selben Gebäude wie die weiteren Stationen der Klinik. Die Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums kommen montags bis freitags gegen 8:00 Uhr in die Klinik und verlassen diese am Nachmittag, zwischen 14 Uhr und 16:30 Uhr. In der Tagklinik des LMU Klinikums stehen 26 Behandlungsplätze zur Verfügung. Versorgt werden die Patienten von zwei Ärzten, zwei Psychologen, vier Pflegekräften, einer Sozialpädagogin und mehreren Ergo-, Physio- und Musiktherapeuten. Damit werden die Ende 2019 vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestanforderungen bezüglich der Personalausstattung für Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik erfüllt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019). Das Behandlungsangebot richtet sich insbesondere an Menschen mit depressiven, schizophrenen, Angst- oder Zwangserkrankungen.

Die folgenden Punkte sind der Homepage des LMU Klinikums entnommen (LMU Klinikum, 2021): Im Fokus des Behandlungskonzepts der psychiatrischen Tagklinik des LMU Klinikums stehen sowohl der Ausbau der Alltagskompetenz als auch die erfolgreiche Reintegration der Patienten in den Alltag. Den Patienten in der Tagklinik des LMU Klinikums wird ein interdisziplinäres Behandlungsangebot gemacht, bestehend aus psychopharmakologischer, ergo-, musik-, kunst- und physiotherapeutischer Therapie. Das psychotherapeutische Konzept ist verhaltenstherapeutisch geprägt. Den Patienten werden Gruppen- und Einzelpsychotherapien angeboten. Zu Beginn des Aufenthalts werden mit den

Patienten Ziele für ihren Aufenthalt in der Tagklinik vereinbart und ein individueller Behandlungsplan erarbeitet. Dieser umfasst sowohl feste Programmelemente (z.B. gemeinsames Frühstück und Mittagessen, Einzel- und Gruppenvisiten) als auch individuell gestaltete Elemente (z.B. Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Ergo- und Physiotherapie). Inhaltlich werden als Ansatzpunkte der Behandlung unter anderem der Aufbau einer Tagesstruktur, die Verbesserung der sozialen Kompetenz und sozialen Integration sowie der Ausbau von Selbsthilfekompetenzen genannt. Die Rückkehr in den Alltag unter dem Slogan „Mit Schwung zurück in den Alltag“ beinhaltet ein ambulantes Behandlungskonzept und die Erarbeitung einer (sinnvollen) Zukunftsperspektive, wobei die Tätigkeiten im beruflichen Umfeld konkret geplant werden. Themen wie anschließende Rehabilitationsmaßnahmen und die berufliche Reintegration, oft beginnend mit einer stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung, können in Zusammenarbeit mit der Sozialpädagogin bearbeitet werden. Es wird darauf Wert gelegt, dass die Patienten eine kontinuierliche und individuelle Betreuung durch das Tagklinikteam erhalten, was auch eine individuelle Anpassung des Programms bei Bedarf beinhaltet. Ein wichtiger Baustein in der Behandlung ist zudem das Konzept der Bezugspflege. Die Pflegekräfte des LMU Klinikums verfügen über spezifische Kenntnisse bei der Versorgung psychisch kranker Menschen und / oder eine Weiterbildung im Fach Psychiatrie. Dadurch wird ein „bindungs- und beziehungsorientiertes Arbeiten“ (LMU Klinikum, 2021, Absatz „Pflege“) möglich und es können individuell an die Bedürfnisse der Patienten angepasste Maßnahmen zum Einsatz kommen. Die Pflegemaßnahmen werden zur Qualitätssicherung regelmäßig evaluiert und gegebenenfalls angepasst. Sie bestehen aus Einzelgesprächen und Gruppenangeboten, wie einer Achtsamkeitsgruppe, der Zeitungsgruppe sowie einer Gruppe zum Erlernen der progressiven Muskelrelaxation. Darüberhinaus werden von den Pflegenden in der Tagklinik des LMU Klinikums Freizeitaktivitäten angeboten. Als Ziele der pflegerischen Arbeit werden auf der Homepage des LMU Klinikums (2021) die Stärkung der eigenen Entscheidungsfähigkeit sowie die Rückgewinnung der Autonomie und Selbstwirksamkeit genannt. Einen weiteren wichtigen Faktor in der Behandlung der tagklinischen Patienten der LMU stellt die Ergotherapie dar. Die Patienten können sowohl an einzel- als auch an gruppenergotherapeutischen Angeboten teilnehmen, wobei das Ziel im Ausbau der sogenannten Betätigungsperformanz besteht. Darunter wird die Befähigung zur Ausführung wichtiger Tätigkeiten sowie die Zufriedenheit mit dieser verstanden (Law et al., 2015). Zuletzt sei noch ein weiterer Punkt im Rahmen der Behandlung in der Tagklinik des LMU Klinikums genannt: Die Vorbereitung der Entlassung und die Planung der anschließenden Betreuung. Diese beinhaltet u.a. eine frühzeitige und konkrete Planung der Zeit nach der Entlassung, ein Medikamententraining, die Organisation ambulanter Weiterbehandlung, die Planung weiterer Beschäftigung (u.a. Rehabilitationsmaßnahmen, Ergotherapie) sowie den Beginn einer stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung.

Insgesamt bietet die Tagklinik des LMU Klinikums ihren Patienten ein sehr umfassendes Behandlungskonzept mit einem großen Spektrum an Therapieangeboten. Die Überlegungen dazu, wie dieses spezielle therapeutische Angebot sich auf die Patienten in der Tagesklinik auswirkt, finden sich im folgenden Kapitel im Rahmen der konkret formulierten Fragestellungen und Hypothesen.

1.9 Fragestellungen und Hypothesen

Die Fragestellungen sowie die dazu formulierten Hypothesen gliedern diese Arbeit inhaltlich in zwei Hälften. Dabei soll im ersten Teil zunächst im Sinne einer Statusbestimmung geklärt werden, durch welche (klinischen) Merkmale sich die Patienten, die zur Behandlung in die Tagklinik des LMU Klinikums kommen, charakterisieren lassen. Der zweite Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit den Veränderungen im Therapieverlauf. Der Übersicht halber sind die zum ersten Teil aufgestellten Hypothesen nummeriert und jene zum zweiten Teil alphabetisch sortiert.

Die zunächst zu beantwortende Fragestellung lautet:

Wer kommt in die Tagklinik des LMU Klinikums? Folgende Hypothesen wurden dazu formuliert:

Hypothese 1: Es werden mehr Frauen als Männer in die Tagklinik des LMU Klinikums zur Behandlung aufgenommen.

Hypothese 2: Bezüglich der Diagnoseverteilung zeigt sich eine Unterteilung in Patienten mit affektiven Störungen und schizophrenen Erkrankungen, wobei der Anteil der affektiv Erkrankten größer als jener der Schizophrenen ist.

Die erwartete Geschlechterverteilung wurde dabei in Bezug zu der erwarteten Verteilung der Erkrankungen gesetzt: Hierbei wurde vermutet, dass sich entsprechend der seit Beginn dieser Evaluation regelmäßig erfassten Daten (z.B. Neustädter et al., 2018) erneut eine Aufteilung in die beiden Gruppen „Affektive Störungen“ und „Schizophrene Erkrankungen“ zeigen wird. Dabei war davon auszugehen, dass die Gruppe der Patienten mit affektiven Erkrankungen wie zuvor die größere Gruppe darstellen wird, mit depressiven Störungen als häufigste Erkrankung innerhalb der affektiven Störungen. Die 12-Monats-Prävalenz für die Entwicklung irgendeiner affektiven Störung für Frauen in Deutschland liegt etwa doppelt so hoch wie für Männer (Wittchen und Jacobi, 2011) und die höhere Rate von Frauen mit depressiven Erkrankungen im Vergleich zu Männern ist eines der stabilsten Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen (Teuber, 2012). Hinsichtlich der weiteren deskriptiven Merkmalen der Patientenstichprobe, wie etwa dem Bildungsgrad der Patienten, wurden keine in eine bestimmte Richtung weisenden Hypothesen formuliert.

Die weiteren Fragestellungen und Hypothesen beziehen sich auf die Veränderungen im Therapieverlauf. Dabei ist die zentrale Frage: *Wie wirkt sich die therapeutische Arbeit der*

Tagklinik des LMU Klinikums auf unterschiedliche Aspekte der Symptomatik und daraus resultierende Faktoren aus? Die Outcome-Variablen waren dabei die folgenden: Depressive Symptomatik, gegenwärtige und habituelle Angst, allgemeine Symptombelastung, Lebenszufriedenheit, kognitive Leistungsfähigkeit, emotionale Kompetenzen, Betätigungsperformanz und die Therapiezufriedenheit. Damit wurden einerseits Variablen erfasst, die sich häufig auch in anderen Evaluationen finden (v.a. depressive Symptomatik und allgemeine Belastung, z.B. bei Assmann, 2003; Metaanalyse von Lang et al., 2015; Ortmann, 2006; Reisch, 2002; Thielen, 2010). Zu den häufig erfassten Outcome-Variablen gehört auch die Lebensqualität, welche als wichtiges und anerkanntes Kriterium für den Erfolg gesundheitsbezogener Maßnahmen gilt (Brüggemann, 2007; Radoschweski, 2000). Zudem werden die genannten Erfolgskriterien den Forderungen von Kallert und Schützwahl (2004) gerecht: Die Autoren schlagen für zukünftige Evaluationsforschung „die Erfassung der psychopathologischen Symptomatik, des sozialen Funktionsniveaus sowie subjektive[r] Evaluationskriterien wie zum Beispiel Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit.“ (Kallert und Schützwahl, 2004, S.72) vor. Andererseits wurde mit der Erfassung der Betätigungsperformanz eine ergotherapeutische Outcome-Variable erhoben. Dadurch wurde es im Rahmen dieser Evaluation möglich, neben Veränderungen auf der Ebene psychologisch / psychiatrischer Aspekte zusätzlich Veränderungen der konkreten Betätigung – und damit der Folgen der Erkrankung für den Alltag der Patienten – zu erfassen. Die Erhebung der Betätigungsperformanz ergab sich aus der besonderen Rolle der Ergotherapie am LMU Klinikum und stellt somit ein individuell für diese Evaluation relevantes Kriterium dar.

Folgende Hypothesen beziehen sich zunächst auf die Gesamtheit der Patienten, unabhängig von der vergebenen Diagnose:

Hypothesen:

- a) Die therapeutischen Angebote der Tagklinik führen zu einer Abnahme der psychischen Symptomatik (Depression, Angst, allgemeine Symptombelastung)
- b) sowie zu einer größeren Lebenszufriedenheit.
- c) Die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten ist zum Zeitpunkt der Entlassung größer als zum Zeitpunkt der Aufnahme.
- d) Die emotionalen Kompetenzen nehmen durch den tagklinischen Aufenthalt zu.
- e) Die subjektive Betätigungsperformanz steigert sich durch den tagklinischen Aufenthalt.

Gelten die angenommenen positiven Veränderungen durch den tagklinischen Aufenthalt sowohl für Patienten mit affektiven Störungen als auch für jene mit schizophrenen Erkrankungen? Es wird angenommen, dass die therapeutischen Angebote der Tagklinik ein breites, diagnoseunabhängiges Wirkungsspektrum haben und sich damit Veränderungen sowohl bei

Patienten mit affektiven Störungen als auch bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigen. Demnach sollten die unter a) bis e) aufgeführten Hypothesen auch für die beiden Erkrankungsgruppen separat zutreffen. Daraus ergibt sich:

f) Es zeigen sich positive Veränderungen der Symptomatik, der Lebenszufriedenheit, der kognitiven Leistungsfähigkeit, der emotionalen Kompetenzen und der Betätigungsperformanz bei Patienten mit affektiven Erkrankungen und bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Schließlich soll diese Arbeit die Frage klären, ob es Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen hinsichtlich der Veränderungen durch den tagklinischen Aufenthalt gibt. Die konkreten Fragestellungen lauten: *Welche Rollen spielen die Diagnose, die Aufenthaltsdauer, das Alter und das Geschlecht in Bezug auf den Erfolg der Behandlung in der Tagesklinik? Wer profitiert besonders von dem Aufenthalt in der Tagklinik?* Eine „erfolgreiche Behandlung“ wird dabei operationalisiert über einen Rückgang der Symptomatik, einen Anstieg der Lebenszufriedenheit sowie Zunahmen von kognitiver Leistungsfähigkeit, emotionaler Kompetenzen und der Betätigungsperformanz.

Hypothese:

g) Es gibt signifikante Gruppenunterschiede bezogen auf die Diagnose (affektive Störungen / schizophrene Erkrankungen), die Aufenthaltsdauer (kurz / lang), das Alter (jünger / älter) und das Geschlecht (männlich / weiblich) im Grad der Ausprägung der Veränderungen von Symptomatik, kognitiver Leistungsfähigkeit, Lebenszufriedenheit, emotionaler Kompetenzen und Betätigungsperformanz im Therapieverlauf. Es lässt sich feststellen, welche Gruppe(n) besonders deutliche Veränderungen im Therapieverlauf erzielen können.

Zuletzt soll geklärt werden: *Welche Rolle spielt die Therapiezufriedenheit?*

h) Die Zufriedenheit mit der tagklinischen Behandlung korreliert mit der Verbesserung des Befindens (Rückgang der Symptomatik) und dem Ausmaß der berichteten Lebenszufriedenheit.

2. Material und Methodik

2.1 Untersuchungsdesign

Den Kriterien von Balzer und Kollegen (1999) folgend, handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine praxisorientierte Feldevaluation, welche inhaltlich eine Ergebnisevaluation darstellt. Betrachtet wurde dabei primär die Makroebene und die Evaluation wurde extrinsisch, extern, summativ und (überwiegend) nicht-vergleichend durchgeführt. Zur Beantwortung der Fragestellungen und Überprüfung der Hypothesen kamen dabei quantitative Methoden zum Einsatz. Die Darstellung der Stichprobencharakteristika zur Klärung der Frage, wer in die Tagklinik des LMU Klinikums aufgenommen wird, stellt eine deskriptive Status-Erhebung dar. Bei der Darstellung der Ergebnisse im Therapieverlauf handelt es sich zunächst um eine naturalistische Eingruppen-Längsschnittstudie bei Betrachtung der gesamten Verlaufsstichprobe. Da die Ergebnisse für beide Hauptdiagnosegruppen (Patienten mit affektiven Störungen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis) zudem separat präsentiert werden, ließe sich dies als Zweigruppen-Längsschnittstudie bezeichnen. Es folgen Gruppenvergleiche verschiedener voneinander unabhängiger Stichproben, um identifizieren zu können, wer besonders deutliche Verbesserungen im Therapieverlauf erzielt. Dabei fungiert die Behandlung in der psychiatrischen Tagklinik jeweils als unabhängige Variable. Abhängige Variablen sind u.a. die Symptomausprägung, die kognitive Leistungsfähigkeit, die emotionalen Kompetenzen, die Lebensqualität und die Betätigungsperformanz. Das Design der vorliegenden Untersuchung ist als quasi-experimentell zu bezeichnen, da keine Kontrollgruppe implementiert wurde. Aufgrund des Fehlens einheitlicher Vorgaben zur Durchführung von Evaluationen (Schöps, 2007) folgte die Zusammenstellung der Erhebungsinstrumente und die Durchführung der Messungen inhaltlichen Überlegungen, um eine individuell an das Behandlungskonzept und die Strukturen der Tagklinik angepasste Überprüfung durchführen zu können. So wurde beispielsweise durch den Einsatz ergotherapeutischer Verfahren versucht, der besonderen Bedeutung dieser Therapie für die Tagklinik des LMU Klinikums gerecht zu werden.

Der Ethikantrag zur Durchführung der vorliegenden Evaluation wurde im September 2014 unter der Projektnummer 417-14 der Ethikkommission der LMU München zur Prüfung vorgelegt und erhielt die Zustimmung der Kommission.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Evaluation lauteten wie folgt: Erstens musste die Unterzeichnung einer Einverständniserklärung nach schriftlicher und individueller Aufklärung durch den Arzt oder Studienleiter über Ziel, Durchführung, Risiken, Freiwilligkeit, Widerrufsrecht und Versicherungsschutz der Studie vorliegen (s. Anhang). Zweitens mussten die

Patienten im Alter zwischen 18 und 70 Jahren sein und drittens mussten sowohl Einwilligungsfähigkeit als auch die Fähigkeit, die Probandeninformation zu verstehen und die erforderlichen Untersuchungen und Termine durchführen bzw. einhalten zu können, bestehen.

Als Ausschlusskriterien galten das Bestehen einer gesetzlichen Betreuung, akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung oder andere Umstände, die nach Meinung des Prüfarztes bzw. Studienleiters gegen eine Teilnahme an dieser Studie sprachen (z.B. keine ausreichend guten Deutschkenntnisse).

2.3 Messzeitpunkte

Die Messungen fanden bei Aufnahme in die Tagklinik (prä) und kurz vor Entlassung aus der Tagklinik (post) statt. Meist fand die Postmessung am Tag vor der Entlassung aus der Tagklinik statt, manchmal auch am Entlasstag selbst. Daneben wurden auch Katamnesedaten erhoben, welche in der vorliegenden Arbeit nicht dargestellt werden. Die Katamnesedaten wurden telefonisch im Rahmen eines strukturierten Interviews erfasst, welches drei und sechs Monate nach Entlassung aus der Tagklinik stattfinden sollte. Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit lagen $n = 15$ Datensätze von Patienten vor, die drei Monate nach ihrer Entlassung befragt wurden, und $n = 20$ Datensätze von Patienten, bei denen die Entlassung sechs Monate zurücklag. Damit war die Datenmenge insgesamt sehr klein und inkohärent, da einige Patienten nur an der Erhebung nach sechs Monaten teilnahmen. Ein weiterer Grund, warum diese Daten im Rahmen dieser Dissertation nicht weiter dargestellt werden, ist die Tatsache, dass auch die Informationen aus den durchgeführten Interviews teilweise nur unvollständig erhoben werden konnten. Letztlich war die Anzahl der erhobenen Daten deutlich kleiner als die Anzahl der Patienten, die die Einverständniserklärung für die Katamneseerhebung unterzeichnet hatten. Die Gründe für die hohe Anzahl an Dropouts an dieser Stelle sind vielfältig: So änderten manche Patienten ihre Meinung und wollten nicht mehr teilnehmen, andere waren nicht erreichbar oder meldeten sich zu vereinbarten Terminen nicht zurück.

2.4 Erhebungsinstrumente

2.4.1 Erfassung demografischer Daten

Die demografischen Daten wurden mit Hilfe eines Anamnese-Fragebogens und im Aufnahmegespräch mit dem Ergotherapeuten erfasst. Dabei wurden neben persönlichen auch krankheitsbezogene Aspekte abgefragt. Die Variable „Geschlecht“ wurde dichotom erfasst (männlich / weiblich).

2.4.2 Erfassung der affektiven Symptomatik

Zur Erfassung der affektiven Symptomatik wurden zwei erkrankungsspezifische Inventare (Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1995), State-Trait-Angst-Inventar (Laux et al., 1981)) sowie ein Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen psychischen Belastung (Symptomcheckliste-90-R (Franke, 2002)) eingesetzt.

2.4.2.1 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1995) ist das weltweit am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Erfassung der subjektiven Ausprägung der Schwere depressiver Symptomatik bei Jugendlichen und Erwachsenen (Lambert und Stephenson, 2000). Der Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen zu affektiven, behavioralen, somatischen und kognitiven Symptomen, deren Auftreten für den Zeitraum der letzten Woche bewertet werden muss. Die Items können jeweils auf einer vierstufigen Likert-Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 3 (starke Ausprägung) beantwortet werden. Zur Auswertung wird ein Summenwert aus den einzelnen Itemantworten gebildet. Das Instrument erlaubt es nicht, eine Diagnose zu stellen; das BDI ist ein Screening-Verfahren und kann somit das Vorhandensein depressiver Symptome aufdecken. Die Testgütekriterien werden bei Lambert und Stephenson (2000) wie folgt angegeben: Die Retestreliabilität liegt zwischen .48 und .90 abhängig vom Zeitintervall zwischen den Messungen, die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) ist mit .86 bzw. .93 angegeben, die konvergente und diskriminante Validität können ebenso als gegeben angesehen werden.

2.4.2.2 State-Trait-Angst-Inventar (STAI)

Das State-Trait-Angst-Inventar (STAI) von Laux und Kollegen (1981) ist ein Fragebogen, der die Ausprägung von Angst bzw. Ängstlichkeit erhebt. Das STAI ist in zwei Teile gegliedert. Der erste misst die Ausprägung der gegenwärtigen Angst (State) und erfasst das „Konstrukt“ Angst damit als vorübergehenden emotionalen Zustand. Der Wert auf dieser Skala ist ein Maß für die Intensität dieses Zustandes, welcher durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen gekennzeichnet ist. Der zweite Teil des STAI misst die Ausprägung habitueller Angst (Trait) und damit Ängstlichkeit als Eigenschaft. Es wird davon ausgegangen, dass damit relativ stabile interindividuelle Unterschiede in der Neigung, Situationen als bedrohlich zu bewerten und hierauf mit einem Anstieg der Zustandsangst zu reagieren, erhoben werden. Die beiden Skalen werden anhand von je 20 Aussagen bewertet. Die Patienten können diese auf einer vierstufigen Likert-Skala raten. Bei der State-Skala geben diese Werte Intensitätsabstufungen wieder, von 1 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr“), bei der Trait-Skala Häufigkeitsangaben, von 1 („fast nie“) bis 4 („fast immer“). Für beide Teile des STAI lassen sich unabhängige Summenwerte durch die Addition der Einzelwerte bilden.

Nach Laux et al. (1981) beträgt die interne Konsistenz $\alpha = .90$ für beide Skalen. Die Retestrelia- bilitäten liegen bei der Trait-Angstskala (nach 63 Tagen) bei .77 bis .90, die Retestrelia- bilitäten für die State-Angstskala fallen niedriger aus (.22 bis .53), was sich durch die Erhebung des aktu- ellen Zustands erklären lässt. Die Werte für die konvergente Validität liegen zwischen $r = .73$ und $r = .90$. Insgesamt können die Testgütekriterien als gegeben beurteilt werden. Durch seine kurze Bearbeitungs- dauer und schnelle Bewertung ist das STAI geeignet für Forschungsvorhaben und es zählt zu einem der am häufigsten eingesetzten Verfahren zur Erhebung von Angst (Marteu und Bekker, 1992).

2.4.2.3 Symptomcheckliste (SCL-90-R)

Die Symptomcheckliste SCL-90-R, verwendet in der deutschen Version von Franke (2002), er- fasst die subjektiv empfundenen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen innerhalb der letzten sieben Tage. Die 90 Items der SCL-90-R können anhand einer fünfstufigen Antwortskala von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“) beurteilt werden. Die Items lassen sich den neun Dimensionen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychoti- zismus zuordnen. Es gibt darüber hinaus noch Zusatzitems, die zu keiner der genannten Skalen gehören, aber in die drei globalen Kennwerte, die man bei der Auswertung erhält, miteinberechnet werden. Diese drei globalen Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items hinweg. Der Global Severity Index (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung und gilt als bester Wert für das gegenwärtige Ausmaß der insgesamt vorhandenen psychischen Belastung, da er die meisten Einzelitems miteinbezieht (Franke, 2007/2008). Die beiden anderen globalen Kennwerte sind der Positive Symptom Distress Index (PSDI), der die Intensität der Ant- worten misst, und der Positive Symptom Total (PST), der Auskunft über die Anzahl der Symp- tome, bei denen eine Belastung vorliegt, gibt. Franke (2007/2008) gibt für die SCL-90-R folgende Gütekriterien an: Die interne Konsistenz liegt für die Unterskalen zwischen $\alpha = .60$ und $\alpha = .89$, für den GSI zwischen $\alpha = .96$ und $\alpha = .98$ und kann damit, zumindest für den globalen Wert, als hoch beurteilt werden (Bühner, 2011). Die Retestrelia- bilität liegt nach einer Woche zwischen .69 und .92. Dieses Gütekriterium ist aber, ähnlich wie die Unterskala State des STAI, aufgrund der Erfassung des momentanen Zustands, wenig aussagekräftig. Die Inhaltsvalidität wird als gegeben bezeichnet. Nach Franke (2007/2008) ist die SCL-90-R zur Erhebung von Prä- / Post-Messungen geeignet und wird im Bereich der Evaluation ambulanter und stationärer Psychotherapie erfolg- reich eingesetzt.

2.4.3 Erfassung der Lebenszufriedenheit: WHOQOL-BREF

Die subjektive Lebenszufriedenheit wurde mittels der gekürzten Variante des WHOQOL-100, dem World Health Organization Quality of Life, Kurzversion (WHOQOL-BREF), von

Angermeyer, Kilian und Matschinger (2000) erfasst. Die Kurzversion wurde aus ökonomischen Gründen gewählt; sie wird empfohlen, wenn die Erfassung der Lebenszufriedenheit nur eine von mehreren Outcome-Variablen darstellt. Der WHOQOL-BREF umfasst 26 Items, welche auf einer Skala von 1 („sehr schlecht“/ „überhaupt nicht“/ „sehr unzufrieden“/ „niemals“) bis 5 („sehr gut“/ „sehr zufrieden“/ „äußerst“/ „völlig“/ „immer“) zu beantworten sind. Der Fragebogen umfasst die Dimensionen physisches und psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt und erlaubt zusätzlich die Berechnung eines Gesamtwertes. Das physische Wohlbefinden umfasst die Wahrnehmung unangenehmer körperlicher Empfindungen sowie die Einschätzung der dadurch verursachten Beeinträchtigung, das Maß an Energie und Ausdauer, mit dem tägliche Aufgaben bewältigt werden können und die Fähigkeit, sich durch Schlaf und Entspannung ausreichend erholen zu können. Das psychische Wohlbefinden als zweite Domäne beinhaltet das Ausmaß an erlebten positiven Gefühlen, die Denk- und Lernfähigkeit, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, Zufriedenheit mit der eigenen Erscheinung sowie die Beeinträchtigung durch negative Gefühle. Der Bereich soziale Beziehungen ist definiert durch das Ausmaß an Freundschaft, Liebe und Unterstützung, das in persönlichen Beziehungen erlebt wird, das Empfinden von Anerkennung und die Verfügbarkeit praktischer sozialer Unterstützung sowie die Zufriedenheit mit dem Sexualleben. Die Facette Umwelt umfasst schließlich die erlebte physische Sicherheit und den Schutz im Lebensumfeld, die Qualität der Wohnsituation, die finanzielle Situation, die Verfügbarkeit von Gesundheits- und Sozialversorgung, die Möglichkeit, an Informationen heranzukommen und an Weiterbildungen teilzunehmen, die Freizeitgestaltung, die Qualität der physikalischen und natürlichen Umwelt sowie die Verfügbarkeit von Verkehrsmitteln.

Die Reliabilität des WHOQOL-BREF liegt mit Werten für Cronbachs Alpha zwischen .76 und .88 für die einzelnen Dimensionen im niedrigen bis mittleren Bereich (Bühner, 2011). Die inhaltliche Validität des Fragebogens kann als gewährleistet und die Konstruktvalidität als sehr gut angesehen werden (Angermeyer et al., 2000). Der Fragebogen ist laut Handbuch zu Forschungszwecken und zur Qualitätssicherung in ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsformen geeignet und bot sich daher für die vorliegende Evaluation an.

2.4.4 Erfassung der emotionalen Kompetenz: Reading the Mind in Films-Test

Der Reading the Mind in Films-Test, welcher von Golan, Baron-Cohen, Hill und Golan (2006) entwickelt wurde und in deutscher Übersetzung von Dr. Susanne Kristen vorlag (Antwortbogen s. Anhang B), ist ein Test zur Beurteilung des Erkennens komplexer Emotionen und mentaler Zustände bei anderen Menschen. Damit erfasst der Test einen Teilbereich der Theory of Mind (ToM), welche zusätzlich die Fähigkeit, sich selbst mentale Zustände zuschreiben zu können, beinhaltet (Fleck, 2007). In dieser Arbeit ist die benötigte Fähigkeit als zu den emotionalen Kompetenzen zugehörig definiert. Der Test wurde im Rahmen der Autismusforschung entwickelt zur Erhebung des für diese Patientengruppe typischen ToM-Defizits, womit sich ausgehend von den

Überlegungen von Baron-Cohen, Leslie und Frith (1985) bis heute vielfältige Forschungsvorhaben beschäftigt. Im Reading the Mind in Films-Test werden dem Patienten einmalig 22 kurze Filmszenen (zwischen 3 und 37 Sek.; $M = 14.8$, $SD = 9.2$) ohne Ton gezeigt. Der Patient muss anhand der Mimik, Gestik, Körpersprache und der Handlung des Protagonisten dessen emotionalen Zustand durch die Auswahl eines von vier vorgegebenen Adjektiven beurteilen. Die Aufgabe ist ökologisch valider als bei anderen Verfahren, da nicht nur der Gesichtsausdruck in die Bewertung miteinbezogen werden kann (Golan et al., 2006). Die gezeigten Emotionen und mentalen Zustände variieren bezogen auf Valenz, Intensität und Komplexität. Vor dem Abspielen jeder Filmsequenz sollte darauf geachtet werden, dass der Patient weiß, auf welche Person er seine Aufmerksamkeit primär richten muss, denn es sind bis zu vier Charaktere in einer Szene zu sehen. Zu Beginn der Aufgabe gibt es eine Übungsszene um den Patienten mit dem Ablauf vertraut zu machen, insgesamt dauert die Durchführung etwa 20 bis 30 Minuten. Zur Auswertung wird ein Summenscore aus allen korrekt beantworteten Items gebildet.

2.4.5 Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit: COGPACK

Das COGPACK (Marker Software, 2015) ist ein computergestütztes Programm, welches eine Vielzahl von kognitiven Trainings für die Bereiche Aufmerksamkeit, Konzentration, psychomotorische Geschwindigkeit, Lernen, Gedächtnis und exekutive Funktionen bereitstellt. In der vorliegenden Arbeit wurden Aufgaben zur Erfassung der visuellen Analysefähigkeit („Vergleiche“), der Reaktionsgeschwindigkeit („Reaktion“) und der Aufnahme und passiven Reproduktion vielfältiger Reize („Augenzeuge“) eingesetzt. Bei der Aufgabe „Vergleiche“ muss der Patient zwei simultan gezeigte Zeichenketten auf Gleichheit prüfen und sich möglichst schnell entscheiden. Diese Aufgabe ist formal einfach, erzeugt jedoch Stress durch den Zeitdruck und die Pausenlosigkeit der Aufgabenfolge. Insgesamt muss der Patient 40 Zeichenketten-Paare miteinander vergleichen. Bei der Aufgabe „Reaktion“ handelt es sich um eine Reaktionszeitaufgabe, bei der es darum geht, innerhalb einer 4x4-Matrix so schnell wie möglich in ein vorgegebenes Feld mit der Maus zu klicken. Das Feld muss jedoch zunächst innerhalb der Matrix gefunden werden, da nur die Felder A1, A4, D1 und D4 gekennzeichnet sind. Auch hier muss der Patient 40 Aufgaben lösen, allerdings folgen diese nicht unmittelbar aufeinander. In der dritten Aufgabe „Augenzeuge“ sieht der Patient insgesamt acht kurze Straßenszenen (für jeweils 10 Sek.) mit Zufallskombinationen aus Bild-, Text- und Bewegungselementen. Aufgabe ist es, diese im Anschluss an die Szenen durch Beantwortung von jeweils neun Fragen passiv zu reproduzieren. Die Durchführungsdauer aller drei Aufgaben beträgt zwischen 20 und 30 Minuten. Die Auswertung der Aufgaben erfolgt computerbasiert. Bei den ersten beiden genannten Aufgaben werden die benötigte Zeit sowie die Fehler berechnet, bei der Aufgabe „Augenzeuge“ wird die Anzahl korrekt beantworteter Fragen in Prozent angegeben.

2.4.6 Erfassung der Betätigungsperformanz

„Die Betätigungsperformanz eines Menschen wird durch seine eigenen Aussagen bestimmt, und nicht durch objektive Beobachtung. Betätigungsperformanz wird sowohl durch die Fähigkeit eines Menschen, wichtige Betätigungen auszuführen, definiert, als auch durch seine Zufriedenheit mit dieser Ausführung.“ (Law et al., 2015, S.15). Das Konzept der Betätigungsperformanz gehört der ergotherapeutischen Therapie an, deren „ureigenstes Mittel [...] Betätigung (ist)“ (Law et al., 2015, S.9). Es gibt verschiedene konzeptionelle Modelle der Betätigungsperformanz; in dieser Arbeit liegt ihr das Kanadische Modell zu Grunde, welches im Jahr 1983 als Canadian Model of Occupational Performance veröffentlicht wurde (Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists). Das Modell ist stark beeinflusst von der von Reed und Sanderson 1980 veröffentlichten Sichtweise der Betätigungsperformanz: Sie wird als Balance zwischen Produktivität, Freizeit und Selbstversorgung gesehen. Das Erreichen dieser Balance wird von geistigen, physischen, soziokulturellen und spirituellen Eigenschaften des Individuums sowie Umweltfaktoren (unterteilt in physische, institutionelle, kulturelle und soziale Umwelt) beeinflusst. Der Zusammenhang zwischen sinnvoller Betätigung und Gesundheit wird dabei betont. Die Betätigungsperformanz ist demnach ein eher subjektiv empfundenes als objektiv beobachtbares Phänomen. Sowohl die Ausführung der Tätigkeiten als auch die Zufriedenheit mit dieser sind Bestandteil der Betätigungsperformanz, welche ein Merkmal jedes Menschen, ungeachtet seines Alters, Geschlechts und möglicherweise bestehender Einschränkungen ist (Reed und Sanderson, 1980). Der Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (2006) erklärt die Sicht des Modells auf die Problemursache als ein Ungleichgewicht zwischen den geistigen, physischen, sozialen und spirituellen Charakteristika der betroffenen Person, was Performanzschwierigkeiten zur Folge hat. Dabei liegt der Fokus des Modells jedoch weniger auf der Bearbeitung der Ursache der Probleme als auf den Abläufen, die zu einer Besserung führen können. Der Betätigungsperformanz als ergotherapeutisches und damit fachfremdes Konstrukt wurde in dieser Dissertation Beachtung geschenkt, da die Ergotherapie bei der Behandlung der Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums eine wichtige Stellung innehat.

2.4.6.1 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM), vorliegend in der 3. Auflage (Law et al., 2015), ist die Operationalisierung des Kanadischen Modells der Betätigungsperformanz in ein Messinstrument, dessen Ziel primär die Förderung der Qualitätssicherung ist. Es befasst sich mit den individuellen Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten. Das COPM soll Veränderungen in der Selbsteinschätzung der Betätigungsperformanz im Zeitverlauf erfassen, weshalb es für die vorliegende Evaluation besonders geeignet ist. Vorgesehen ist, dass der Patient zu Beginn der Therapie gemeinsam mit dem Ergotherapeuten bis zu fünf Problembereiche identifiziert. Diese sollen sich als Schwierigkeiten in der Ausübung bestimmter Tätigkeiten äußern. Nach der

Identifizierung der Anliegen bewertet der Patient diese in Bezug auf Wichtigkeit, derzeitige Performanz und Zufriedenheit mit der Performanz jeweils von 1 bis 10, wobei 10 die größte mögliche Wichtigkeit/Performanz/Zufriedenheit bedeutet. Verbale Verankerungen gibt es nur jeweils für den Wert 1 („überhaupt nicht wichtig“/ „überhaupt nicht“/ „überhaupt nicht zufrieden“) und den Wert 10 („besonders wichtig“/ „besonders gut“/ „hoch zufrieden“). Am Ende der Therapie vergibt der Patient erneut Punktwerte in den drei genannten Bereichen zu jedem Anliegen. Das COPM bietet den Vorteil, dass Patient und Therapeut bei der zweiten Erhebung sofort die subjektive Veränderung der Betätigungsperformanz sehen können. Die Auswertung erfolgt durch die Bildung eines Summenwertes, getrennt für die Bereiche Wichtigkeit, Performanz und Zufriedenheit, der im Anschluss durch die Anzahl der angegebenen Anliegen dividiert wird. Im Rahmen der vorliegenden Evaluation fand eine Beschränkung auf die Faktoren „Performanz“ und „Zufriedenheit“ statt, da diese als wesentliche Kriterien der Betätigungsperformanz angesehen wurden. Die Testgütekriterien des COPM werden im Handbuch (Law et al., 2015) wie folgt angegeben: Die Retestreliabilität lag in verschiedenen Studien zwischen .84 und .92 und befindet sich damit im mittleren bis hohen Bereich (Bühner, 2011). Inhalts-, Kriteriums- und Konstruktvalidität können als gegeben angesehen werden. Zusätzlich wurde die Praktikabilität des Instruments bezogen auf Sensitivität für Veränderungen, Handhabbarkeit, zeitlichen Aufwand und die Fähigkeit, Betätigungs-Aspekte transparent zu machen, beurteilt. Sie kann als positiv bewertet werden.

2.4.6.2 Occupational Self Assessment (OSA)

Das Occupational Self Assessment (OSA) (Baron et al., 2011) erfasst die subjektive Betätigungsperformanz durch die Beurteilung der Antworten des Patienten von 21 Aussagen. Diese Aussagen beurteilt der Patient in den zwei Kategorien Kompetenz und Wichtigkeit, welche jeweils vier Antwortmöglichkeiten bieten („Das fällt mir sehr schwer“/ „Das fällt mir schwer“/ „Das kann ich gut“/ „Das kann ich sehr gut“; „Das ist nicht so wichtig für mich“/ „Das ist wichtig für mich“/ „Das ist wichtiger für mich“/ „Das ist mir sehr wichtig“). Die Aussagen lassen sich in die drei Kategorien Fähigkeiten/Betätigungsperformanz, Habituation (Gewohnheiten, Rollen) und Volition (Selbstbild, Werte, Interessen) unterteilen. In einem weiteren Schritt der Bearbeitung können dann zu Tage gekommene Veränderungswünsche mit dem Ergotherapeuten besprochen werden. Zur Auswertung werden die angegebenen Antworten in Punktwerte gewandelt und es wird jeweils ein Summenscore für die Kompetenz und die Wichtigkeit gebildet. Auch das OSA ist so konzipiert, dass es sich für eine Prä- / Post-Messung besonders gut eignet.

2.4.7 Erfassung der Therapiezufriedenheit

Die Therapiezufriedenheit wurde mittels eines Fragebogens des LMU Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie kurz vor der Entlassung aus der Tagklinik erhoben (s. Anhang C). Darin wurde zunächst die Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot einzeln für die Bereiche

Gruppensitzungen, Einzelsitzungen, Physiotherapie, Ergotherapie, Ausflüge, Freizeitaktivitäten und ärztliche Leistung abgefragt sowie die Frage gestellt, ob das therapeutische Angebot als ausreichend erlebt wurde. Diese Fragen konnten auf einer sechsstufigen Likert-Skala beantwortet werden mit den folgenden verbalen Verankerungen: 0 = nicht vorhanden, 1 = nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich und 5 = sehr. Es folgten 16 Fragen, welche jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden sollten (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft eher nicht zu, 2 = teils – teils, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft zu). Darin wurde u.a. erfasst, ob der vorgegebene Tagesplan Struktur gab, inwiefern Hilfestellungen zu Veränderungen gegeben wurden und ob die Patienten den Aufenthalt in der Tagklinik weiterempfehlen würden. Die Auflistung aller Fragen findet sich im Anhang dieser Arbeit. Am Ende des Fragebogens wurde den Patienten die Möglichkeit gegeben, frei zu berichten, was ihnen besonders und überhaupt nicht gefallen hat, an welchen Stellen Verbesserungspotenzial besteht und was der Grund für die Entlassung war.

Der Fragebogen wurde in die vier Kategorien „Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot“, „Zufriedenheit mit den behandelten Inhalten in den Gruppensitzungen“, „Allgemeine Erwartungen“ und „Persönliche Bedeutung für den Alltag“ unterteilt. Bei der Auswertung wurden jeweils die Mittelwerte der Summenscores berechnet. Ein Gesamtwert konnte aufgrund der unterschiedlichen Anzahl an vorgegebenen Antworten und damit der unterschiedlichen Bedeutungen der Zahlenwerte nicht berechnet werden. Ebenso fand im Rahmen dieser Arbeit keine qualitative Auswertung der Freitextantworten statt.

2.5 Ablauf der Erhebung

Das Evaluationsprojekt wurde den Patienten durch die behandelnden Ärzte im Aufnahmegespräch erläutert. Die Patienten wurden mündlich und schriftlich über Ziel, Ablauf und Risiken der Studie sowie über Freiwilligkeit, Widerrufsrecht und Versicherungsschutz informiert. Nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung (s. Anhang A) wurden den Patienten die Fragebögen ausgehändigt mit der Bitte, diese möglichst zeitnah auszufüllen. Am Aufnahmetag fand in der Regel auch das Gespräch mit dem Ergotherapeuten statt, in dessen Verlauf die Patienten das COPM und das OSA bearbeiteten. Zusätzlich wurden am ersten Tag des Tagklinikaufenthaltes die Aufgaben des COGPACK-Programms und der Reading the Mind in Films-Test unter Anleitung von Mitarbeitern der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychophysiologie des LMU Klinikums durchgeführt. Die Postuntersuchungen fanden i.d.R. am Tag vor der Entlassung oder am Entlasstag selbst statt. Die den Patienten ausgehändigten Fragebögen wurden bei der Abschlussmessung direkt im Anschluss an die Erfassung der kognitiven und emotionalen Fähigkeiten ausgefüllt.

2.6 Umgang mit fehlenden Daten

Aufgrund der großen Anzahl der eingesetzten Verfahren und damit auch der Vielzahl der möglichen Stellen, an denen Daten fehlen konnten, war es keine Voraussetzung zur Aufnahme in die Analyse, dass alle Daten vollständig vorlagen. Es erfolgte demnach keine Fallreduktion im Sinne einer „complete case analysis“ (Göthlich, 2009). Stattdessen waren inhaltliche Überlegungen bei der Entscheidung für die Weiterverwendung der Daten relevant. So wurden z.B. Patienten, von welchen nur Daten der ergotherapeutischen Verfahren vorlagen, nicht weiter berücksichtigt, da der Fokus auf die Methoden der Psychologie bzw. Psychiatrie gelegt wurde.

Für zwei der eingesetzten Messinstrumente (SCL-90-R und WHOQOL-BREF) fanden sich in den Handbüchern Anweisungen zum Umgang mit unvollständig ausgefüllten Bögen. Bei der SCL-90-R wurde der Umgang mit fehlenden Antworten (Item-Nonresponses) folgendermaßen gehandhabt: Die einzelnen Summenwerte wurden durch Addition der tatsächlich beantworteten und nicht der vorgegebenen Items berechnet, wie im Handbuch von Franke (2002) empfohlen. Ebenso wurde zur Berechnung des GSI die Summe nicht durch 90, sondern durch die Anzahl der tatsächlich beantworteten Fragen dividiert, sofern die bei Franke vorgegebenen Maximalgrenzen fehlender Werte unterschritten waren. Die Auswertung des WHOQOL-BREF wird laut Handbuch nicht empfohlen, wenn insgesamt mehr als 20 % der Antworten fehlen. Pro Domäne dürfen maximal zwei Fragen unbeantwortet bleiben. In solch einem Fall wird der Mittelwert der restlichen Fragen dieser Domäne ermittelt und die fehlenden Fragen werden jeweils mit dem Durchschnittswert ersetzt, sodass eine Auswertung durchgeführt werden kann. Eine Ausnahme ist die Domäne „Soziale Beziehungen“, in der maximal eine Frage unbeantwortet sein darf. Diese Einstellungen wurden in die Syntax bei der Datenanalyse integriert. Bei den übrigen Verfahren wurden nur diejenigen Datensätze analysiert, bei jenen die Angaben der Patienten vollständig vorlagen, womit an dieser Stelle die complete case analysis zum Tragen kam.

2.7 Zuordnung zu den Erkrankungsgruppen

Als Maßstab für die Diagnose galt die bei der Entlassung im Arztbrief vergebene ICD-10-Diagnose (DIMDI, 2014), die aus dem klinikinternen Dokumentationssystem abgefragt wurde. Dabei wurden die psychiatrischen Hauptdiagnosen ohne Nebendiagnosen erfasst. Die Gründe sowie Vor- und Nachteile dieser Entscheidung werden in Kapitel 4.2.3 diskutiert.

Bei mehreren aufgeführten Hauptdiagnosen wurden diese entsprechend übernommen, differenzialdiagnostische Überlegungen wurden nicht in die Datenanalyse integriert. Das bedeutet, dass bei mehreren, durch ein DD (für Differenzialdiagnose) genannten Erkrankungen jeweils die zuerst aufgeführte als Diagnose eingetragen wurde. Hinsichtlich der Reihenfolge der Diagnosen wurde wie folgt vorgegangen: Sofern ein Patient eine Diagnose aus den Kapiteln F2 oder F3 der ICD-10 (DIMDI, 2014) erhalten hatte, wurde er in eine der beiden Hauptgruppen eingeteilt

(F2: Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, F3: Affektive Störungen), unabhängig von der Position innerhalb der Hauptdiagnosen, an der eine der beiden genannten Diagnosen stand. Für den Fall, dass bei einem Patienten sowohl eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis als auch eine affektive Erkrankung vergeben worden waren, wurde er anhand der zuerst genannten Diagnose in die entsprechende Gruppe eingeteilt. In solchen Fällen wurde die zweite Hauptdiagnose dann als Komorbidität erfasst. Ebenso wurde bei mehreren Diagnosen aus einer der beiden Hauptgruppen verfahren. Es wurde jeweils die zuerst genannte als Subdiagnosegruppe definiert und jede weitere Erkrankung wurde als Komorbidität erfasst.

2.8 Statistische Analyse

Alle Berechnungen erfolgten mit IBM SPSS Statistics 26. Es wurden mit Hilfe von Mittelwerts- und Häufigkeitsberechnungen Merkmale der Patientenstichprobe zum Aufnahmezeitpunkt genauer betrachtet. Dabei wurden die deskriptiven Maße drei Mal berechnet: Einmal für die gesamte Patientengruppe bei Aufnahme, ein zweites Mal für die Patienten, die sowohl an den Prä- als auch an den Post-Messungen teilnahmen und ein drittes Mal für die Patienten, die nur zur Aufnahmezeitung erschienen. Bevor die Hypothesen *a)* bis *f)*, welche sich auf die Veränderungen zwischen Prä- und Post-Messung beziehen, überprüft wurden, fanden zunächst Testungen bezüglich der Normalverteilung der Daten statt, da diese als Voraussetzung für den Einsatz parametrischer Verfahren gilt. Zur Prüfung der Normalverteilung wurde eine explorative Datenanalyse durchgeführt. Nach Betrachtung von Schiefe und Kurtosis wurde der Shapiro-Wilk-Test herangezogen, da dieser im Vergleich zum Kolmogorov-Smirnov-Test den Vorteil einer größeren Teststärke hat (Razali und Wah, 2011). Bei den Daten, die sich als normalverteilt erwiesen, wurden t-Tests für verbundene Stichproben berechnet, um die Unterschiede zwischen beiden Messzeitpunkten empirisch zu überprüfen. Bei jenen Daten, bei denen die Nullhypothese der Normalverteilung verworfen werden musste, wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test als nonparametrisches Verfahren zur Überprüfung von Medianunterschieden eingesetzt.

Da es sich bei den sechs Hypothesen *a)* bis *f)* um gerichtet formulierte Annahmen handelt, wurde jeweils einseitig auf bestehende Signifikanz getestet und dementsprechend werden auch einseitige Überschreitungswahrscheinlichkeiten angegeben. Um die praktische Bedeutsamkeit der gefundenen Unterschiede abschätzen zu können, wurde jeweils die Effektstärke für abhängige Stichproben, Hedges *g* als eine Variante von Cohen's *d*, berechnet (Bühner, 2011). Die Formel entspricht der zur Berechnung von Effektstärken für abhängige Stichproben von Cohen; im Folgenden wird der Einfachheit halber nur von Hedges *g* (*g*) gesprochen. Zur Ermittlung dieser Größe wird die mittlere Differenz durch die Standardabweichung der mittleren Differenz dividiert. Die Berechnung der Effektstärken wurde durchgeführt, falls zuvor mittels eines t-Tests die Mittelwertsunterschiede empirisch überprüft wurden. Für den Fall, dass keine Normalverteilung der Daten angenommen werden konnte und entsprechend der nonparametrische Wilcoxon-

Vorzeichen-Rang-Test zum Einsatz kam, wurde die Effektstärke r berechnet. Diese bestimmt die Größe bestehender Medianunterschiede. Sie ergibt sich aus der Division des Ergebnisses des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests (Z-Wert) durch die Wurzel der Stichprobengröße, wobei die Stichprobengröße der doppelten Teilnehmergröße bei einer Messung entspricht (Prä- und Post-Messung addiert ergeben die Stichprobengröße). Neben der Einschätzung der praktischen Bedeutsamkeit gefundener Unterschiede erlaubt die Berechnung der Effektstärken zudem, Unterschiede gefundener Effekte zwischen Gruppen (z.B. den beiden Erkrankungsgruppen) einordnen zu können.

Bevor Unterschiede zwischen verschiedenen unabhängigen Stichproben (aufgeteilt nach Erkrankung, Aufenthaltsdauer, Alter, Geschlecht) berechnet werden konnten, wurden die Variablen zunächst erneut separat auf ihre Normalverteilung mittels Shapiro-Wilk-Test geprüft. Da nicht bei allen abhängigen Variablen die Normalverteilung angenommen werden konnte, mussten die Daten zunächst logarithmisch transformiert werden, um trotzdem parametrische Verfahren einsetzen zu können. Dazu wurde der Logarithmus zur Basis 10 (dekadischer Logarithmus) eingesetzt. Allgemeine lineare Modelle mit Messwiederholung wurden im Anschluss berechnet, um Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen wiedergeben zu können. War die Gruppeneinteilung nicht bereits vorgegeben bzw. gab es keine vorgegebene dichotome Unterteilung (Variablen Alter und Aufenthaltsdauer), so erfolgte diese am arithmetischen Mittel. Bei den linearen Modellen mit Messwiederholung diente die Zeit (zweistufig (prä / post)) als Innersubjektfaktor und die jeweilig untersuchte Gruppe als Zwischensubjektfaktor, z.B. die Erkrankung (zweistufig (affektive Störungen / schizophrene Erkrankungen)).

Um die Therapiezufriedenheit zu bestimmen, wurden zunächst deskriptive Statistiken mit allen Datensätzen berechnet. Die Überprüfung der Zusammenhangshypothese h) erfolgte mittels der Spearman-Rangkorrelation. Dieses non-parametrische Verfahren wurde verwendet, da es im Gegensatz zur Produkt-Moment-Korrelation von Pearson verteilungsunabhängig ist und sich daher für die Analyse der vorliegenden Daten besser eignete. Die Korrelation kam zum Einsatz, um Zusammenhänge mit der Ausprägung von Symptombelastung und Lebenszufriedenheit mit der Therapiezufriedenheit zu bestimmen. Um mögliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in Bezug auf die Therapiezufriedenheit festzustellen, wurde der Mann-Whitney- U -Test herangezogen. Dieser ist ein nonparametrisches Verfahren, welches keine Normalverteilung der Daten voraussetzt und sich für die Analyse zweier unabhängiger Stichproben zu einem Zeitpunkt (Erkrankungsgruppen bei Entlassung) eignet. Die Normalverteilung wurde zuvor mittels Shapiro-Wilk-Test überprüft.

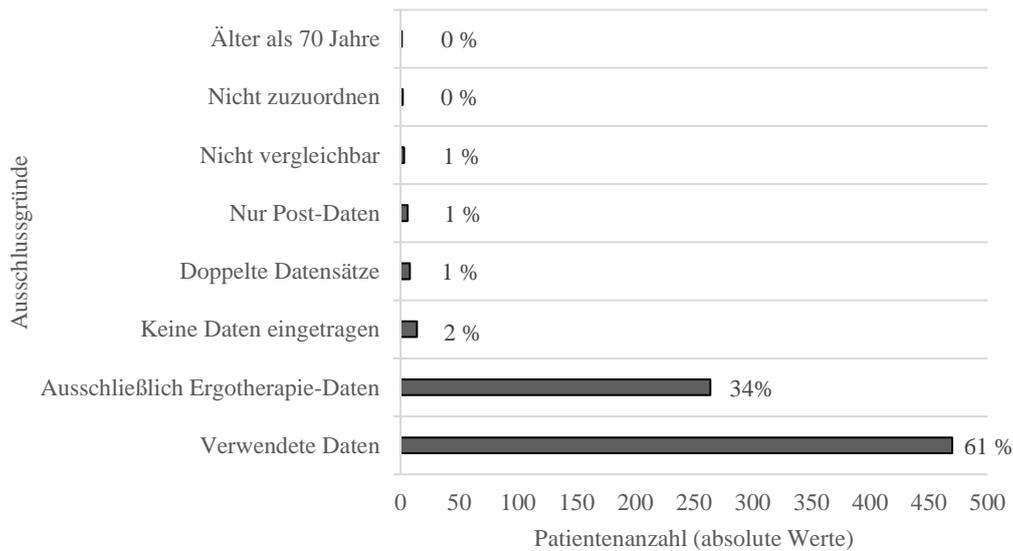
2.9 Die Stichprobe

Im Folgenden wird zunächst auf die Zusammensetzung der Gesamtstichprobe eingegangen. Es folgen die Darstellungen der Eigenschaften der Stichprobe zu Beginn des Aufenthaltes in der Tagklinik (Prä-Daten) und jene der Verlaufsstichprobe.

2.9.1 Gesamtstichprobe

Im Zeitraum von Anfang Januar 2015 bis Anfang März 2020 nahmen insgesamt 768 Patienten an mindestens einem Zeitpunkt an der Evaluationsstudie teil bzw. es wurden 768 anonymisierte Codes vergeben. Abbildung 1 verdeutlicht die Aufteilung der Gesamtstichprobe und zeigt, dass 61 % der Daten weiter betrachtet wurden. Der Großteil der nicht berücksichtigten Daten (34 %, $n = 264$) besteht aus Datensätzen, bei denen ausschließlich Ergotherapie-Daten erhoben worden sind. Diese Patienten erschienen nicht zu den Terminen in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychophysiologie zur Durchführung der weiteren Verfahren. Die anderen nicht weiter verwendeten Datensätze bilden zusammen lediglich 5 % der Gesamtstichprobe. Im Folgenden werden die Gründe aufgeführt, warum diese Daten von der weiteren Analyse ausgeschlossen wurden: Keine Daten eingetragen ($n = 14$), doppelte Datensätze bzw. Patienten, die zwei Mal an der Evaluation teilnahmen ($n = 8$) (gelöscht wurde jeweils der zweite Datensatz, um Übungseffekte zu eliminieren), nur Post-Daten ($n = 6$), nicht vergleichbare Daten ($n = 3$), nicht zuzuordnen ($n = 2$), älter als 70 Jahre ($n = 1$). Damit musste ein Datensatz ausgeschlossen werden, da der Patient nicht die Eingangskriterien der Studie erfüllte. Die weiteren genannten Dropout-Gründe sind v.a. als qualitative Mängel bei der Datenverarbeitung einzuordnen.

Abbildung 1. Dropoutanalyse Gesamtstichprobe ($n = 768$)



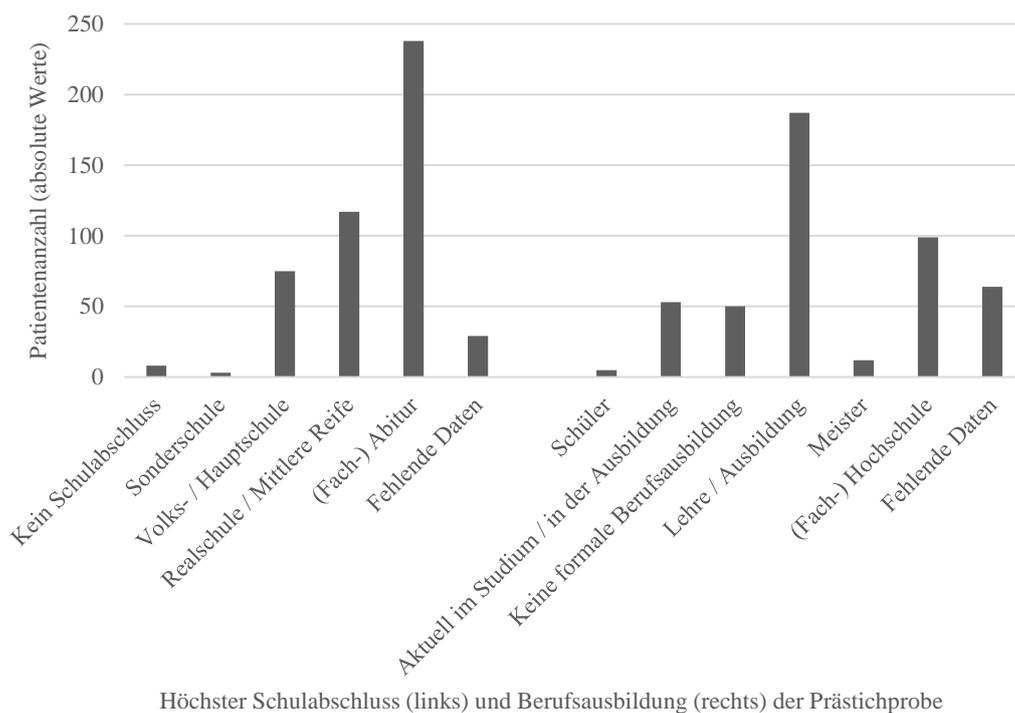
2.9.2 Prä-Daten

Im Folgenden werden die Daten der 470 Patienten, welche zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagklinik an zumindest einem Teil der Untersuchung teilgenommen haben, dargestellt. Dabei werden zunächst demografische Daten sowie Informationen zu den Erkrankungen und der Aufenthaltsdauer in der Tagklinik gegeben. Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, werden aus der Gesamtstichprobe ($n = 768$) 470 Datensätze („Verwendete Daten“, 61 %) zum Zeitpunkt der Aufnahme beschrieben.

2.9.2.1 Demografische Charakteristika

Von den Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagklinik an der Erhebung teilnahmen, waren 244 Patienten männlich (52 %) und 226 weiblich (48 %). Die Patienten waren im Mittel 37.1 Jahre alt ($SD = 12.19$), wobei der jüngste Patient 18 Jahre und der älteste Patient 70 Jahre alt war. Demografische Informationen bezüglich des höchsten Schulabschlusses und der Berufsausbildung der Patienten können Abbildung 2 entnommen werden. Darin ist abzulesen, dass hinsichtlich des höchsten Schulabschlusses die meisten Patienten ein (Fach-)Abitur besitzen. Es folgen die abgeschlossene Realschule und Hauptschule. Bezüglich der Berufsausbildung gaben etwa 40 % der Patienten an, eine Lehre oder Ausbildung abgeschlossen zu haben. Am zeit häufigsten bestand die Berufsausbildung im Besuch einer (Fach-)Hochschule.

Abbildung 2. Schul- und Berufsbildung der Prä-Stichprobe ($n = 470$)

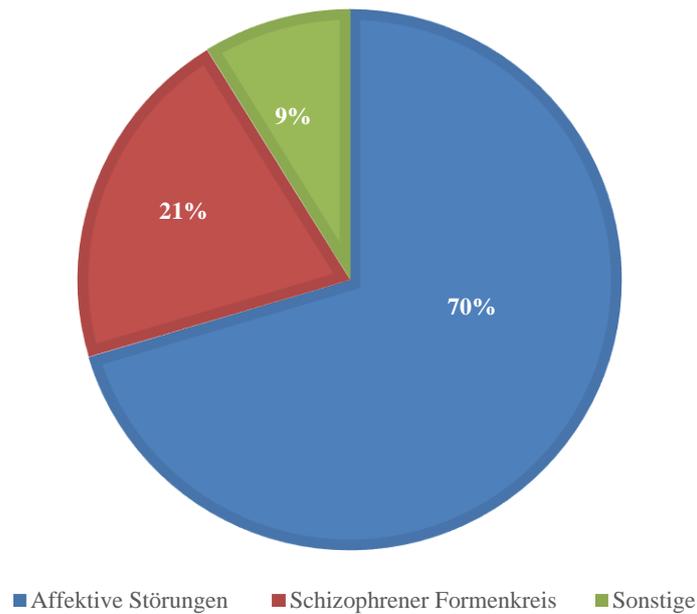


2.9.2.2 Erkrankungen

Es wird zunächst eine Übersicht über die Erkrankungsgruppen dargestellt. Im Weiteren findet sich eine genauere Betrachtung der vergebenen Diagnosen innerhalb der Erkrankungsgruppen sowie eine Darstellung der komorbiden Erkrankungen.

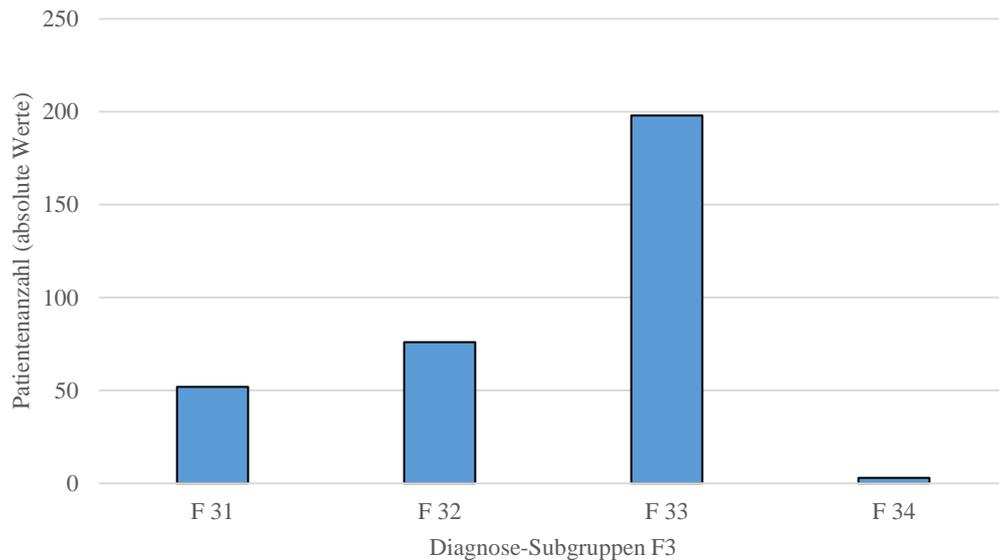
Die meisten Patienten litten unter einer affektiven Störung, kodiert mit einer Kennziffer aus dem Kapitel F3 der ICD-10 (DIMDI, 2014) ($n = 329$). Die zweite große Gruppe bestand aus Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, dem Kapitel F2 der ICD-10 ($n = 99$). Unter „Sonstige“ wurden all jene Patienten eingeordnet, welchen weder eine Diagnose aus dem Kapitel F3 noch aus dem Kapitel F2 vergeben wurde ($n = 42$). Abbildung 3 zeigt eine Übersicht über die Verteilung der Diagnosegruppen.

Abbildung 3. Verteilung der Diagnosegruppen der Prä-Daten ($n = 470$)



Wie in Abbildung 4 zu erkennen ist, bildet die Gruppe der Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen (F33) die größte Subgruppe innerhalb der affektiven Erkrankungen. Dabei ist die Diagnose F33.2 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) die mit 111 Patienten (23.6 %) am häufigsten vergebene Diagnose. Es folgen die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägte Episode (F33.1; n = 62, 13.2 %), die einzelne schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2, n = 35, 7.4 %), die einzelne mittelgradige depressive Episode (F32.1, n = 31, 6.6 %) und die bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F31.4, n = 19, 4.0 %).

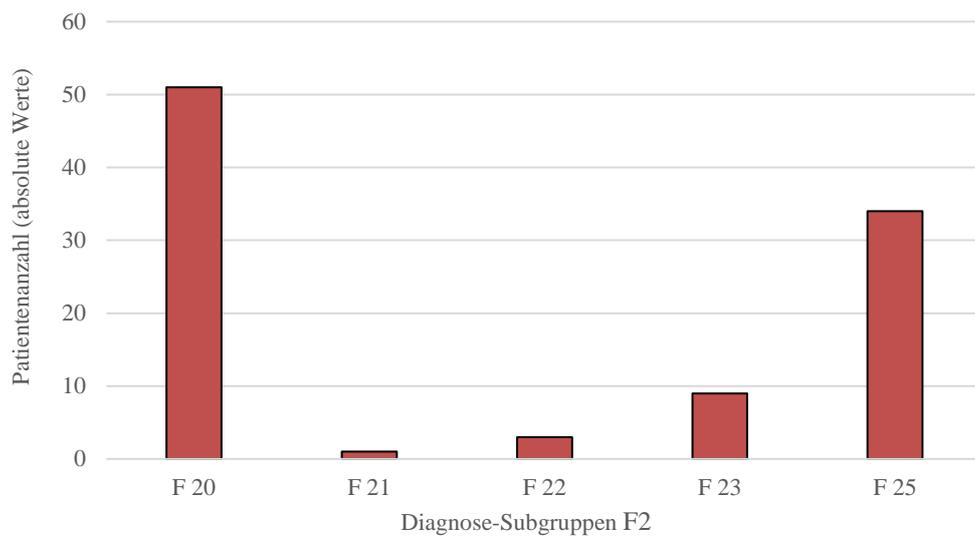
Abbildung 4. Verteilung der Diagnosen innerhalb der Patientengruppe mit affektiven Störungen bei Aufnahme (n = 329)



Anmerkung. F31 = Bipolare affektive Störung; F32 = Einzelne depressive Episode; F33 = Rezidivierende depressive Störung; F34 = Anhaltende affektive Störung.

Mit 45 Patienten (9.6 %) ist die Diagnose der paranoiden Schizophrenie (F20.0) die innerhalb des Kapitels F2 der ICD-10 (DIMDI, 2014) am häufigsten vergebene Diagnose bei den eingeschlossenen Studienpatienten. Abbildung 5 zeigt, dass die Diagnose F25 (schizoaffektive Störungen) am zweithäufigsten vergeben wurde, wobei die genauer definierte Diagnose „schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv“ (F25.1) mit 20 Patienten (4.3 %) die größte Subgruppe darstellt. Die gemischte schizoaffektive Störung (F25.2) stellt mit zehn Patienten (2.1 %) die drittgrößte Subgruppe innerhalb der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis dar.

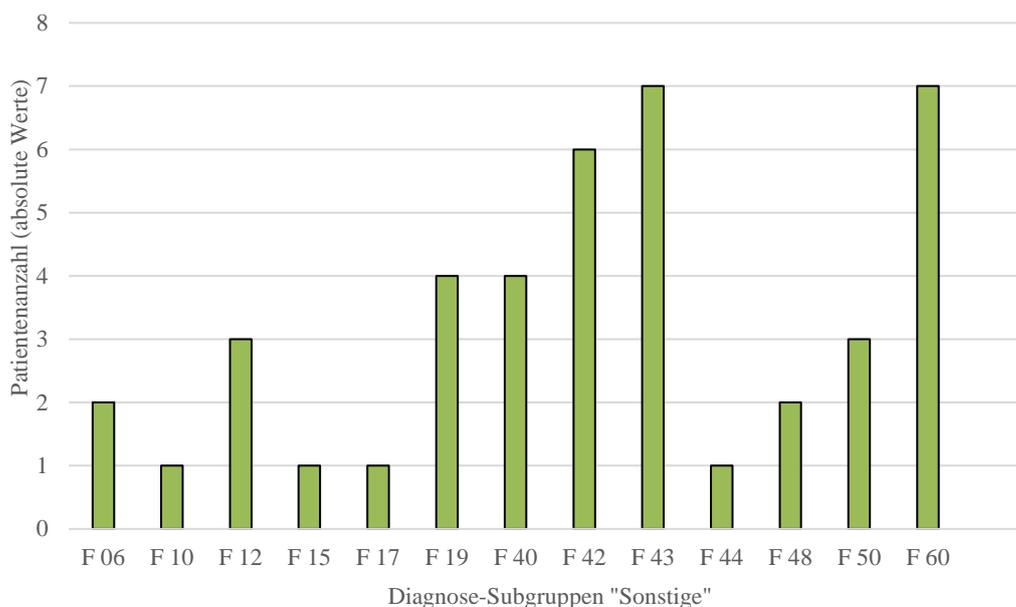
Abbildung 5. Verteilung der Diagnosen innerhalb der Patientengruppe mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis bei Aufnahme ($n = 99$)



Anmerkung. F20 = Paranoide Schizophrenie; F21 = Schizotype Störung; F22 = Wahnhafte Störung; F25 = Schizoaffective Störung.

Wie in Abbildung 3 abzulesen ist, bildet die Gruppe der Patienten mit allen weiteren Diagnosen des Kapitels F der ICD-10 (DIMDI, 2014) die kleinste der drei Gruppen. Daneben ist diese Gruppe auch jene mit der heterogensten Zusammensetzung (s. Abbildung 6). In keiner der Subdiagnosegruppen fanden sich mehr als zehn Patienten, sodass eine weitere Unterteilung bzw. separate Analyse der Daten wenig sinnvoll erschien.

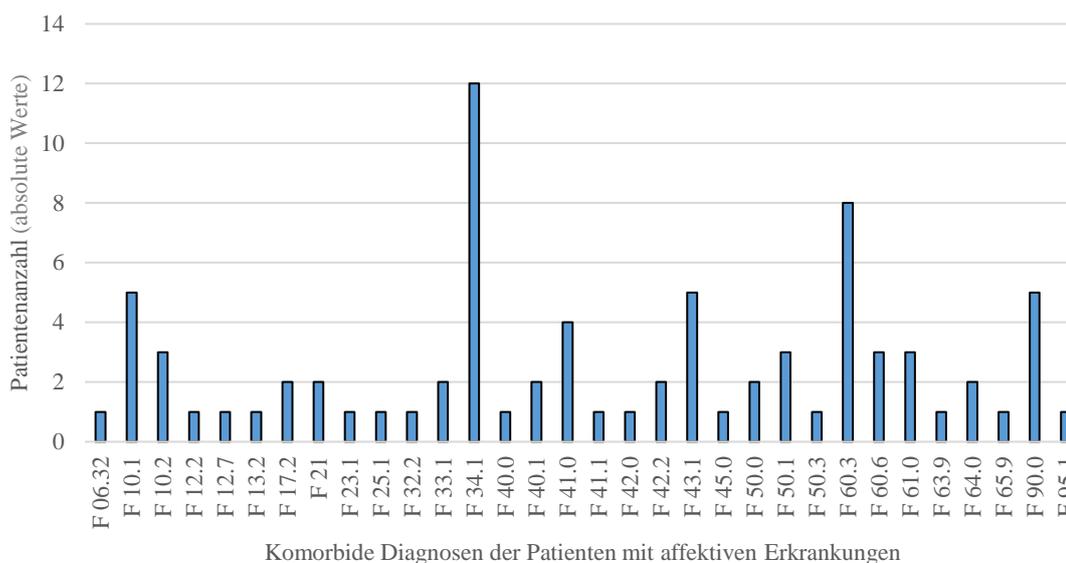
Abbildung 6. Verteilung der Diagnosen innerhalb der Patientengruppe mit sonstigen Diagnosen bei Aufnahme ($n = 42$)



Anmerkung. F 06 = Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit; F 10 = Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F 12 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide; F 15 = Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien; F 17 = Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak; F 19 = Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen; F 40 = Phobische Störungen; F 42 = Zwangsstörung; F 44 = Dissoziative Störungen; F 48 = Neurasthenie; F 50 = Essstörungen; F 60 = Persönlichkeitsstörungen.

Komorbiditäten. Unter allen 470 Patienten gab es 74 Patienten mit mehr als einer psychiatrischen Hauptdiagnose (15.7 %). Dabei wurden insgesamt 88 komorbide Störungen erfasst, da einige Patienten mehr als zwei Diagnosen aufwiesen. Es zeigte sich, dass innerhalb der Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen die meisten komorbiden Diagnosen vergeben wurden: Fast ein Viertel dieser Patienten wies neben der affektiven Diagnose noch mindestens eine weitere psychiatrische Hauptdiagnose auf ($n = 80$; 24.3 %). Bei den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurden nur bei drei Patienten zusätzliche Hauptdiagnosen gestellt (3.0 %). Innerhalb der dritten Gruppe mit gemischten Diagnosen wurde bei knapp 12 % der Patienten mehrere Erkrankungen diagnostiziert ($n = 5$). Abbildung 7 zeigt die komorbiden Diagnosen der Patienten aus der größten Erkrankungsgruppe (affektive Störungen).

Abbildung 7. Komorbide Erkrankungen der Patienten mit affektiven Störungen ($n = 80$)

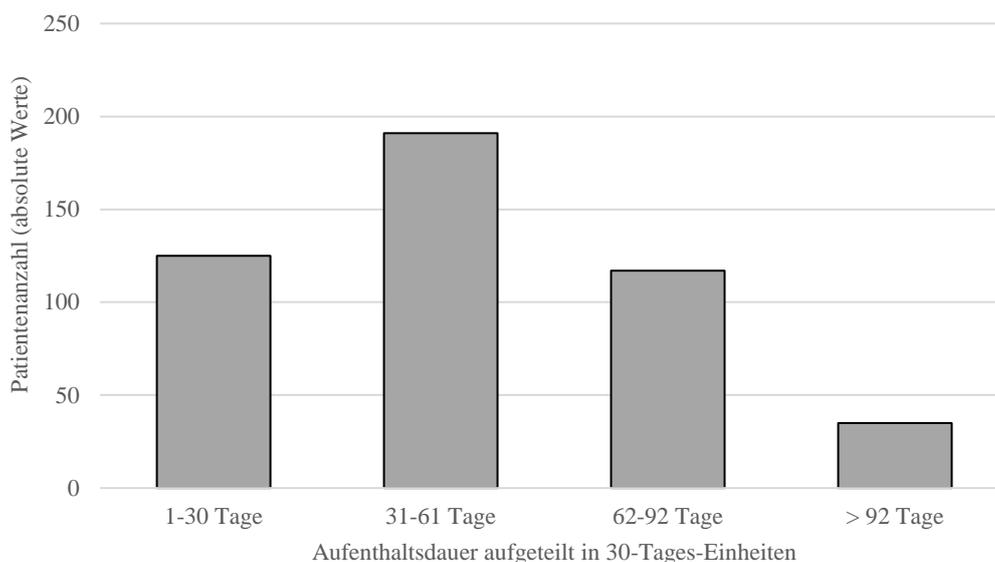


Anmerkung. F XY.Z = Diagnosecode laut ICD-10 (DIMDI, 2014)

Wie in Abbildung 7 abzulesen ist, wurde den meisten Patienten innerhalb der Gruppe der affektiven Erkrankungen zusätzlich eine anhaltende affektive Störung (Dysthymia) diagnostiziert und damit eine weitere Störung aus dem Kapitel F3 der ICD-10 (DIMDI, 2014). Am zweithäufigsten wurde den Patienten komorbid eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, gefolgt von dem schädlichen Gebrauch von Alkohol, der posttraumatischen Belastungsstörung und der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, wobei die zuletzt genannten drei Diagnosen jeweils gleich häufig vergeben wurden. Bei den Patienten mit der ersten Hauptdiagnose aus dem Kapitel F2 der ICD-10 (DIMDI, 2014) wurden folgende weitere Hauptdiagnosen vergeben: F19.5: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen; Psychotische Störung; F20.4: Postschizophrene Depression und F32.2: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Dabei wurde jede der drei genannten Diagnosen einmal vergeben. Bei der dritten Gruppe („Sonstige“) fanden sich folgende komorbide Hauptdiagnosen: F10.1: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch; F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen; F41.0: Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] sowie zwei Mal die Diagnose F60.3: Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung.

2.9.2.3 Aufenthaltsdauer

Die Verteilung der Aufenthaltsdauer der Patienten in der Tagklinik ist in Abbildung 8 dargestellt. Die Patienten blieben im Mittel 50.3 Tage in tagklinischer Behandlung ($SD = 28.57$), was in etwa sieben Wochen entspricht. Die kürzeste Verweildauer betrug einen Tag, die längste Behandlungsdauer 170 Tage und damit fast ein halbes Jahr. Von zwei Patienten fehlten die Angaben.

Abbildung 8. Aufenthaltsdauer in der Tagklinik, aufgeteilt in 30-Tages-Einheiten ($n = 468$)

Anmerkung. 1-30 Tage Aufenthaltsdauer ($n = 125$; 26.71 %); 31- 61 Tage Aufenthaltsdauer ($n = 191$; 40.81 %); 62 – 92 Tage Aufenthaltsdauer ($n = 117$; 25 %); > 92 Tage Aufenthaltsdauer ($n = 35$; 7.48 %)

2.9.3 Verlaufsstichprobe

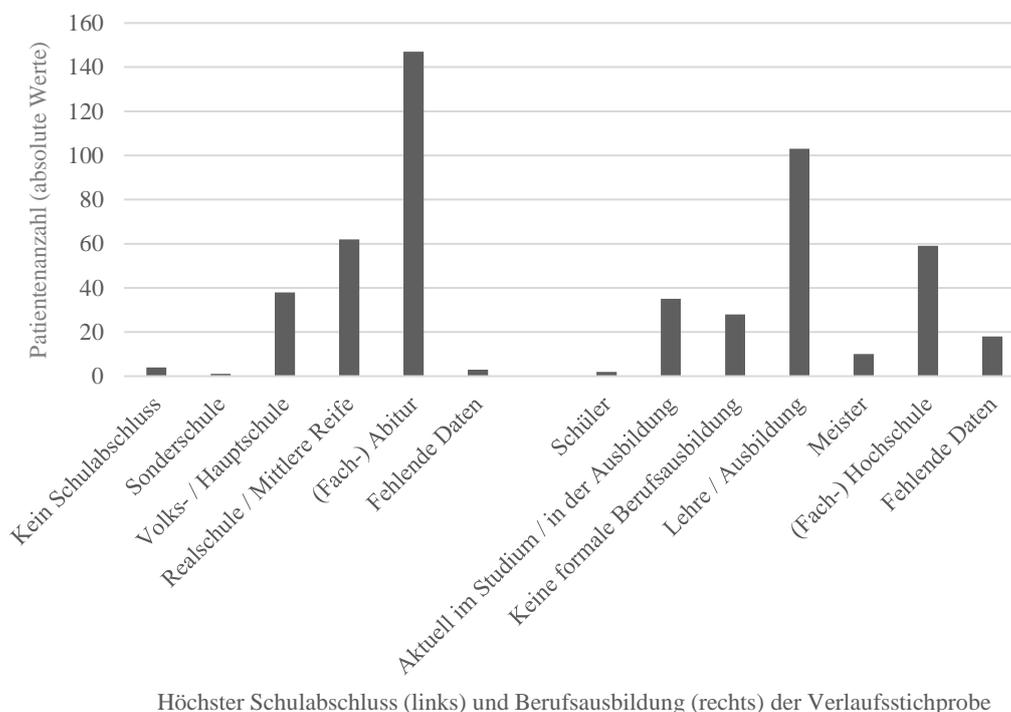
Im folgenden Abschnitt werden die demografischen Daten, die Erkrankungen sowie die Aufenthaltsdauer in der Tagklinik von denjenigen Patienten dargestellt, von jenen sowohl Daten zum Zeitpunkt der Aufnahme als auch kurz vor Entlassung erhoben werden konnten.

Von den 470 Patienten, welche an zumindest einem Verfahren bei Aufnahme in die Tagklinik teilnahmen, lagen von 255 Patienten Daten zum Therapieverlauf vor. Es konnten damit 215 Datensätze nicht berücksichtigt werden. Bei der Datenanalyse wurden zunächst die Daten von denjenigen Patienten herausgefiltert, welche kürzer als 21 Tage in der Tagklinik geblieben waren ($n = 69$), da ein Aufenthalt von drei Wochen als Mindestdauer festgelegt wurde. Im nächsten Schritt wurden alle Datensätze von der Analyse ausgeschlossen, bei denen lediglich Daten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagklinik vorlagen ($n = 146$). Mögliche Gründe für die hohe Dropout-Rate werden in Kapitel 4.2.2 diskutiert. Anzumerken bei der folgenden Betrachtung der Daten ist, dass die 255 Patienten in der Verlaufsstichprobe der im vorherigen Kapitel beschriebenen Stichprobe (Prä-Daten) entstammen. Daraus ergeben sich unmittelbar Ähnlichkeiten der beiden Stichproben. Da die Veränderungen durch den tagklinischen Aufenthalt mit der Verlaufsstichprobe berechnet wurden, scheint deren ausführliche Darstellung trotzdem relevant zu sein. In Kapitel 3.3 werden die Ergebnisse des Vergleichs der „reinen“ Prä-Stichprobe ($n = 200$) mit der Verlaufsstichprobe ($n = 255$) kurz aufgezeigt.

2.9.3.1 Demografische Charakteristika

Unter den 255 Patienten, die ausreichend lange in der Tagklinik blieben und an den Verlaufsmessungen teilnahmen, befanden sich 146 Männer (57.3 %) und 109 Frauen (42.7 %). Die Patienten waren im Durchschnitt 37.34 Jahre alt ($SD = 12.32$) mit einem Minimum von 18 Jahren und einem Maximum von 70 Jahren. Abbildung 9 liefert Informationen zu Schul- und Berufsbildung der Stichprobe. Darin ist zu erkennen, dass mehr als die Hälfte der Patienten der Verlaufsstichprobe ein (Fach-)Abitur absolviert hat. Patienten mit einer mittleren Reife und einem Hauptschulabschluss stellen die beiden weiteren größeren Untergruppen dar. Bezüglich der Berufsausbildung stellte die größte Gruppe die der Patienten mit einer abgeschlossenen Lehre / Ausbildung dar, gefolgt von der Patientengruppe mit abgeschlossenem (Fach-)Hochschulstudium. Damit sind die demografischen Merkmale von Prä- und Verlaufsstichprobe sehr ähnlich.

Abbildung 9. Schul- und Berufsbildung der Verlaufsstichprobe ($n = 255$)



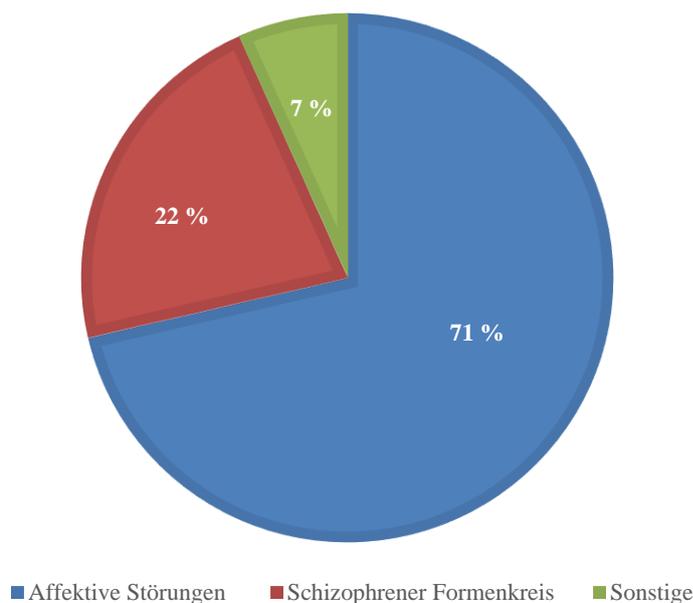
2.9.3.2 Erkrankungen

Analog zu den Prä-Daten wird zunächst eine Übersicht über die Diagnosegruppen geliefert, bevor die drei Diagnose-Untergruppen dargestellt werden. Auch bei dieser Patientengruppe werden die komorbid diagnostizierten Erkrankungen berichtet.

Wie aus Abbildung 10 abzulesen ist, bildet auch bei den Verlaufsdaten die Gruppe der Patienten mit affektiven Erkrankungen mit einer Größe von 182 Patienten die patientenreichste

Einheit. Erneut findet sich mit den Erkrankungen aus dem Kapitel F2 der ICD-10 (DIMDI, 2014) eine gut davon abgrenzbare zweite Gruppe ($n = 56$). Die dritte Gruppe bilden unverändert jene Patienten, welchen weder eine Diagnose aus Kapitel F3 noch aus Kapitel 2 der ICD-10 (DIMDI, 2014) vergeben wurde ($n = 17$). Die prozentualen Größen der drei Diagnosegruppen sind jenen der Prä-Stichprobe sehr ähnlich (s. Abbildung 2).

Abbildung 10. Verteilung der Diagnosegruppen der Verlaufsstichprobe ($n = 255$)



Wie die Aufteilung der drei Diagnosegruppen sind auch die Verteilungen innerhalb der Subgruppen jenen innerhalb der Prä-Stichprobe sehr ähnlich, weshalb auf die grafischen Darstellungen dieser verzichtet wird.

Innerhalb der größten Patientengruppe, also jener mit affektiven Erkrankungen, finden sich 104 männliche und 78 weibliche Patienten. Im Schnitt waren die Patienten 38.9 Jahre alt und sie blieben durchschnittlich 60 Tage in der Tagklinik. Wie bei der Prä-Stichprobe bildet innerhalb der Patientengruppe „Affektive Erkrankungen“ diejenige mit einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) die größte Subgruppe. Dabei ist die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) mit 65 Patienten (25.49 %) die am häufigsten vergebene spezifischere Diagnose. Es folgt wie bei der Prä-Stichprobe die Diagnose F33.1 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägte Episode; $n = 37$; 14.5 %) als zweithäufigste Erkrankung. Die einzelne mittelgradige depressive Episode (F32.1) kommt am dritthäufigsten vor ($n = 18$; 7.1 %) und wurde damit häufiger vergeben als die einzelne schwere depressive Episode (F32.2, $n = 14$; 5.5 %). Damit zeigt sich im Vergleich zur Prä-Stichprobe ein Tausch der dritt- und vierthäufigsten Diagnose. An fünfter Stelle folgt wie bei den Aufnahmedaten die Diagnose „bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“ (F31.4, $n = 9$; 3.5 %).

Zur zweiten Erkrankungsgruppe (Kapitel F2 der ICD-10) gehören 35 Männer und 21 Frauen. Das mittlere Alter betrug 35 Jahre und die Patienten blieben im Schnitt 53 Tage in der Tagklinik. Damit war die Aufenthaltsdauer der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen signifikant kürzer als jene der Patienten mit affektiven Erkrankungen ($U = 3906.00$, $Z = -2.642$, $p < .01$). Der Unterschied des Altersdurchschnitts zwischen beiden Gruppen zeigte eine Tendenz, wurde jedoch nicht signifikant ($U = 4265.50$, $Z = -1.844$, $p = .065$, n.s.). Zur Unterschiedsprüfung zwischen beiden Gruppen wurde an dieser Stelle der Mann-Whitney- U -Test eingesetzt, da die Variablen „Alter“ und „Aufenthaltsdauer“ nicht normalverteilt waren. Die am häufigsten vergebene Diagnose innerhalb der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ist jene der paranoiden Schizophrenie (F20.0) mit 27 Patienten, was 10.6 % der gesamten Verlaufsstichprobe entspricht. Am zweithäufigsten ist die Diagnose „schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv“ (F25.1, $n = 13$; 5.1 %) vertreten. An dritter Stelle folgt die gemischte schizoaffektive Störung (F25.2, $n = 7$; 2.7 %). Die Reihenfolge der am meisten vertretenen Diagnosen entspricht jener der Prä-Stichprobe und die prozentualen Anteile innerhalb der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis beider Stichproben sind sich sehr ähnlich.

Wie bei der etwa doppelt so großen Prä-Stichprobe ist auch bei der Verlaufsstichprobe die Gruppe der Patienten, die weder eine Diagnose aus dem Kapitel F2 noch aus dem Kapitel F3 der ICD-10 (DIMDI, 2014) erhielten, die kleinste und heterogenste. Lediglich die Diagnosen F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung) und F42.0 (Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang) kamen mit den Häufigkeiten vier und zwei mehr als einmal vor. Die weiteren zehn Diagnosen waren jeweils nur einmal vertreten und entstammten den Kapiteln F06, F10, F12, F40, F48, F50 und F60 der ICD-10.

Die Anzahl der psychiatrischen Komorbiditäten belief sich auf insgesamt 43 Diagnosen bei 39 Patienten. Damit wurde wie in der Prä-Stichprobe bei 15 % der Patienten mehr als eine psychiatrische Hauptdiagnose vergeben. Erneut findet sich innerhalb der Patientengruppe mit affektiven Störungen der prozentual größte Anteil an Patienten mit Mehrfachdiagnosen ($n = 40$; 21.9%). Der Anteil der Patienten mit komorbiden Erkrankungen innerhalb der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen liegt wie bei der Prä-Stichprobe bei 3 %; bei den Patienten mit anderen Diagnosen findet sich mit 17 % (3 Patienten) ein etwas größerer Anteil an Patienten mit mehreren Diagnosen als in der Prä-Stichprobe.

2.9.3.3 Aufenthaltsdauer

Um in die Verlaufsstichprobe aufgenommen zu werden, mussten die Patienten mindestens 21 Tage in der Tagklinik des LMU Klinikums behandelt worden sein. Damit entspricht die Aufenthaltsdauer von 21 Tagen dem Minimum, das Maximum lag bei 149 Tagen, was in etwa fünf Monaten entspricht. Im Durchschnitt blieben die Patienten 57.75 Tage in der Tagklinik ($SD = 24.56$) und damit im Mittel eine Woche länger als alle Patienten der Prä-Stichprobe.

3. Ergebnisse

3.1 Statuserhebung zu Beginn des Aufenthalts

Entgegen der aufgestellten *Hypothese 1* (Es werden mehr Frauen als Männer in die Tagklinik des LMU Klinikums zur Behandlung aufgenommen.) war der Anteil der männlichen Patienten bei allen in die Tagklinik aufgenommenen Patienten ($n = 470$) mit 244 Patienten (52 %) größer als jener der Frauen ($n = 226$, 48 %). Bei der Verlaufsstichprobe vergrößert sich der Anteil männlicher Patienten noch ($n = 255$, davon 146 männlich (57.3 %), 109 weiblich (42.7 %)). Die Hypothese muss damit verworfen werden. Hinsichtlich der Verteilung der Erkrankungen innerhalb der Patientengruppe finden sich am häufigsten affektive Störungen ($n = 329$ affektiv Erkrankte (70 %)) und am zweithäufigsten Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ($n = 99$; 21 %). *Hypothese 2* kann damit bestätigt werden.

3.2 Klinische Charakteristika der tagklinischen Patientenpopulation bei Aufnahme

Es folgt die Ergebnisdarstellung der Verfahren zur Erfassung der affektiven Symptomatik, der Angst, der allgemeinen Symptombelastung, der Lebenszufriedenheit, der emotionalen Kompetenzen, der kognitiven Fähigkeiten und der Betätigungsperformanz. Dabei ist zu beachten, dass das jeweilige n zwischen den verschiedenen Erhebungsinstrumenten schwankt, da nicht alle Patienten an allen Verfahren teilnahmen.

Ausprägung von depressiver Symptomatik, Angst und allgemeiner Symptombelastung. Im BDI lagen die Werte bei $n = 408$ teilnehmenden Patienten zwischen 0 und 47 Punkten mit einem Mittelwert von 19.58 und einer Streuung von 10.8 Punkten. Die Angaben reichen damit vom Bereich „unauffällig“ bis zum Bereich „klinisch relevant“ und der Mittelwert liegt etwa 1.5 Punkte oberhalb der Grenze, ab der der Wert als klinisch auffällig einzustufen ist (Hautzinger et al., 1995). In der State-Angstskala des STAI, welche die gegenwärtige Ausprägung der Angst erfasst, erzielten die Patienten Werte zwischen 23 und 78 Punkten. Durchschnittlich lag der Summenwert der State-Skala bei 50.18 Punkten mit einer Standardabweichung von 10.45 Punkten ($n = 408$). Die Interpretation des State-Wertes ist laut Autoren nur im Rahmen einer Vergleichs- bzw. Verlaufsmessung sinnvoll, weshalb an dieser Stelle keine Einordnung erfolgen kann (Laux et al., 1981). Die Spannweite war bei der Trait-Skala des STAI mit 16 bis 80 Punkten etwas größer und der Mittelwert lag mit 53.86 Punkten ($SD = 11.97$) ebenfalls etwas höher als jener der State-Skala ($n = 408$). Zur Interpretation der Trait-Skala erfolgte zunächst die Datenaufteilung nach Geschlechtern. Für den Mittelwert der männlichen Patienten ($n = 211$; $M_{\text{männlich}} = 51.57$) ergibt sich ein t -Wert von 66 ($PR = 94$; $Stanine = 8$), der Mittelwert der Patientinnen ($n = 197$; $M_{\text{weiblich}} = 56.31$) entspricht einem t -Wert von 68 ($PR = 96$; $Stanine = 9$). Ein t -Test für unabhängige

Stichproben liefert eine signifikante Differenz zwischen Männern und Frauen ($t(408) = -4.09, p < .05$).

Die Ergebnisse der SCL-90-R sind in Tabelle 1 abgetragen.

Tabelle 1. Ergebnisse der Unterskalen und des Gesamtwertes der SCL-90-R bei Aufnahme in die Tagklinik

Skala	N	Min.	Max.	M	SD	T-Werte
Somatisierung	386	.00	3.67	.84	.71	59
Zwanghaftigkeit	385	.00	3.80	1.56	.84	67
Unsicherheit im Sozialkontakt	386	.00	3.89	1.25	.87	64
Depressivität	390	.00	3.77	1.65	.90	67
Ängstlichkeit	390	.00	3.50	1.07	.79	65
Aggressivität / Feindseligkeit	387	.00	3.17	.77	.70	62
Phobische Angst	389	.00	4.00	.85	.84	65
Paranoides Denken	384	.00	7.17	.95	.88	61
Psychotizismus	389	.00	3.25	.74	.61	64
GSI	382	.00	2.97	1.08	.64	65

Anmerkung. Min. = Minimum; Max. = Maximum, M = Mittelwert; SD = Standardabweichung. Die T-Werte sind als Annäherungswerte zu verstehen, da nicht für jeden Rohwert ein T-Wert im Handbuch (Franke, 2002) angegeben ist.

Eine auffällige psychische Belastung wird angenommen, wenn der T-Wert einer Skala ≥ 60 und/oder der T-Wert des GSI ≥ 63 ist (Franke, 2002). Entsprechend sind bei Aufnahme in die Tagklinik die Werte aller Unterskalen – mit Ausnahme der Skala „Somatisierung“ – und der GSI erhöht.

Lebenszufriedenheit. Es ergaben sich für die Unterskalen des WHOQOL-BREF zum Aufnahmezeitpunkt in die Tagklinik folgende Werte: Physisches Wohlbefinden: $M = 12.35, SD = 2.59$; Psychisches Wohlbefinden: $M = 10.81, SD = 3.03$; Soziale Beziehungen: $M = 12.03, SD = 3.21$; Umwelt: $M = 14.23, SD = 2.34$. Die Werte können jeweils zwischen 4 und 20 Punkten liegen. Die genannten Zahlen wurden anschließend transformiert, sodass sich der Wertebereich von 0 bis 100 Punkten erstreckt. Dabei entspricht eine höhere Ausprägung einer größeren Lebenszufriedenheit. Der Gesamtwert aller Patienten ($n = 402$) im WHOQOL-BREF zum Aufnahmezeitpunkt lag im Mittel bei 40.12 ($SD = 19.50$). Dabei reichten die Werte von 0 bis 100 und umfassten damit den gesamten möglichen Wertebereich. Für die Unterskalen ergaben sich folgende Werte: Physisches

Wohlbefinden: $M = 52.17$ $SD = 16.17$; Psychisches Wohlbefinden: $M = 42.54$ $SD = 18.93$; Soziale Beziehungen: $M = 50.17$, $SD = 20.08$; Umwelt: $M = 63.94$, $SD = 14.60$. Für die Skala „Physisches Wohlbefinden“ lag die Datenanzahl bei 405, bei den weiteren Unterskalen bei 406.

Emotionale Kompetenzen. Im Mittel betrug der Summenwert des Reading the Mind in Films-Tests 10.5 Punkte mit einer Streuung von 2.64 Punkten ($n = 455$). Die Werte lagen im Bereich von 2 bis 17 Punkten bei maximal 22 möglichen Punkten.

Kognitive Leistungsfähigkeit. Die Ergebnisse der COGPACK-Aufgaben zur Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit sind in Tabelle 2 zu finden. Für die Aufgaben „Vergleiche“ und „Reaktion“ sind jeweils die beiden Kriterien „benötigte Zeit“ sowie „Fehleranzahl“ dargestellt. Bei der dritten Aufgabe „Augenzeuge“ wurden die korrekten Antworten in Prozentwerten ausgegeben.

Tabelle 2. Ergebnisse der COGPACK-Aufgaben bei Aufnahme in die Tagklinik

Aufgabe	N	Min.	Max.	M	SD
Vergleiche: Zeit (sec)	450	2.28	19.68	6.35	2.21
Vergleiche: Fehler	448	0	33	4.68	3.88
Reaktion: Zeit (sec)	458	1,00	19.87	2.94	1.70
Reaktion: Fehler	458	0	37	2.19	2.94
Augenzeuge (%)	451	20.83	88.89	55.89	12.31

Anmerkung. Min. = Minimum; Max. = Maximum; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Betätigungsperformanz. Die Werte des COPM lagen bei Aufnahme für den Bereich „Performanz“ von $n = 335$, für den Bereich „Zufriedenheit“ von $n = 334$ Patienten vor. Der Performanz-Mittelwert über alle Anliegen hinweg lag bei 3.65 ($SD = 1.50$) und die Zufriedenheit mit dieser wurde im Mittel mit 3.10 bewertet ($SD = 1.73$). Die Spannweite für diese beiden Ergebnismaße reichte von 1 bis 9 (Performanz) bzw. von 1 bis 10 (Zufriedenheit). Bei der Auswertung der Ergebnisse des OSA ergaben sich folgende Werte: Der Gesamtwert lag im Mittel bei 2.57 Punkten ($SD = 0.59$) mit einer Spannweite von 1.29 bis 4.13 ($n = 188$). Für die Unterskala „Occupational Performance“ ergab sich ein Mittelwert von 2.71 ($SD = 0.5$) ($n = 215$), für die Skala „Habituatation“ im Mittel ein Wert von 2.49 ($SD = 0.57$) ($n = 221$) und für die Skala „Volition“ ein Mittelwert von 2.41 ($SD = 0.60$) ($n = 240$).

3.3 Unterschiede zwischen „reinen“ Prä-Daten und Verlaufsdaten

Im folgenden Abschnitt werden die Daten der Patienten, die nur zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Tagklinik an den Erhebungen teilnahmen („reine“ Prä-Daten), mit jenen, die zur Prä- und Post-Messung erschienen, verglichen.

Tabelle 3. Demografische Charakteristika der „reinen“ Prä-Stichprobe und der Verlaufsstichprobe

Kriterium	"Reine" Prä-Daten (n=200)	Verlaufsdaten (n=255)
Geschlecht	44 % ♂	57.3 % ♂
Alter (in Jahren)	<i>M</i> : 36.79; <i>SD</i> : 12.1 (n=198)	<i>M</i> : 37.34; <i>SD</i> : 12.32
<u>Schulabschluss (in %)</u>		
Kein Abschluss	4	1.6
Sonderschule	0	4.0
Volks-/ Hauptschule:	18	14.9
Realschule / Mittlere Reife	26	24.3
(Fach-) Abitur	42	57.6
Fehlend	12.5	1.2
<u>Berufsausbildung (in %)</u>		
Schüler/in	0.5	0
im Studium	3.5	10.2
in der Ausbildung	3	2.4
Keine formale Berufsausbildung	7.5	11.4
Lehre / Ausbildung	27.5	35.3
Meister	1	3.9
(Fach-) Hochschule	15.5	22.7
Fehlend	40.5	12.9

Anmerkung. ♂ = männlich; *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung.

Wie aus Tabelle 3 abzulesen ist, unterscheiden sich beide Stichproben hinsichtlich der Geschlechterverteilung, wobei mehr Männer zur Prä- und Post-Messung erschienen. Die Altersverteilung ist in beiden Gruppen in etwa gleich. Bei Schul- und Berufsbildung zeigt sich, dass prozentual mehr Patienten der Verlaufsstichprobe (Fach-)Abitur erworben haben und auch anteilig

mehr Patienten eine (Fach-)Hochschule besucht haben als in der Stichprobe jener Patienten, die nur bei der Ersterhebung teilnahmen. Zudem zeigt sich ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der fehlenden Daten: Bei der „reinen“ Prä-Stichprobe ist die Menge fehlender Daten deutlich größer als bei den Patienten, die auch zur Verlaufsmessung erschienen.

Bezüglich der drei Erkrankungsgruppen zeigen sich folgende Unterschiede zwischen beiden Gruppen: Bei den „reinen“ Prä-Daten ist der prozentuale Anteil der Patienten mit sonstigen Erkrankungen (außerhalb von F2 und F3 der ICD-10) etwa doppelt so groß wie in der Verlaufsstichprobe (12 % vs. 6.7 %). Die Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen und jene mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind bei der „reinen“ Prä-Stichprobe hingegen kleiner als in der Verlaufsstichprobe (67.5 % vs. 71.4 %; 20.5 % vs. 22 %). Aufgrund inhaltlicher Schwierigkeiten bei der Interpretation der Unterschiede der beiden beschriebenen Stichproben wird an dieser Stelle auf eine Darstellung weiterer Merkmale verzichtet. Eine (kurze) kritische Auseinandersetzung mit den in Tabelle 3 dargestellten Charakteristika findet sich in der Diskussion (Kapitel 4.1).

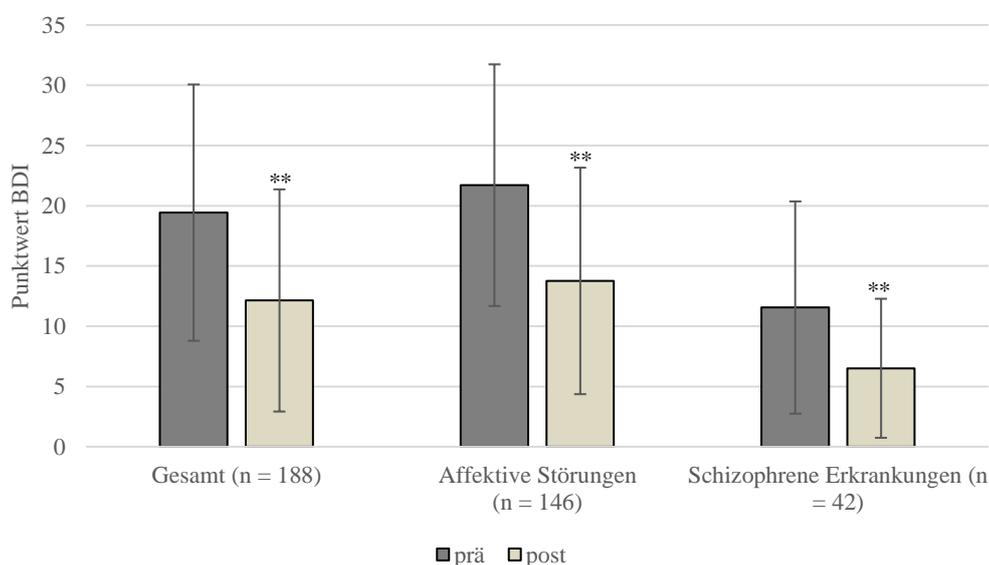
3.4 Veränderungen im Therapieverlauf

Im folgenden Abschnitt werden nun die Ergebnisse der Verfahren zur Erfassung der Depressivität, der Angst, der allgemeinen Symptombelastung, der Lebenszufriedenheit, der emotionalen Kompetenzen, der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Betätigungsperformanz jener Patienten dargestellt, die an der Prä- und der Post-Messung teilnahmen. Dabei werden die Ergebnisse zunächst unabhängig von der jeweils vergebenen Diagnose und anschließend getrennt nach Erkrankungsgruppen präsentiert. Es finden nur die beiden Hauptgruppen (affektive Störungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis) Beachtung, da die dritte Gruppe mit $n = 17$ Patienten sehr klein ist und zudem hinsichtlich der vergebenen Diagnosen eine so große Heterogenität aufweist, dass eine Interpretation der Daten wenig aussagekräftig erschien. Es werden für jedes Verfahren die Veränderungen durch den tagklinischen Aufenthalt sowie teilweise die Eingangswerte aufgeführt. Jeweils sind diejenigen statistischen Kennwerte der Prä-Daten dargestellt, die für den Vergleich relevant sind. Zur Berechnung bestehender Unterschiede zwischen Prä- und Post-Messung kamen t-Tests für verbundene Stichproben zum Einsatz, wenn eine Normalverteilung der Daten angenommen werden konnte. Dies wurde mittels des Shapiro-Wilk-Tests getestet. Lagen die Daten nicht normalverteilt vor, wurde der nonparametrische Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test eingesetzt, um Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten hinsichtlich der Mediane empirisch zu prüfen.

3.4.1 Depressive Symptomatik, Angst und allgemeine Symptombelastung

Das BDI ergab einen Mittelwert von 19.59 Punkten ($SD = 10.80$) bei $n = 200$ Patienten zum Aufnahmezeitpunkt. Die Punktzahlen reichen damit vom Bereich „unauffällig“ bis zum „klinisch relevant[en]“ Bereich. Am Ende des tagklinischen Aufenthalts lag der Mittelwert im BDI bei 11.7 Punkten, was einer milden Ausprägung depressiver Symptome entspricht (Hautzinger et al., 1995). Im Vergleich zwischen Prä- und Post-Erhebung zeigt sich ein signifikanter Rückgang der Ausprägung der depressiven Symptomatik im BDI: $Z(N = 188) = -10.27, p < .01$. Bei den Patienten mit affektiven Störungen zeigt sich im Therapieverlauf eine signifikante Verringerung der berichteten depressiven Symptomatik ($t(145) = 12.76, p < .01$). Dabei veränderte sich der Mittelwert von 22.3 Punkten bei Aufnahme zu 13.48 Punkten kurz vor Entlassung, womit neben der statistisch signifikanten Änderung auch ein klinisch signifikanter Rückgang der Symptomatik angenommen werden kann. Auch bei den Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich eine signifikante Veränderung zwischen Prä- und Postmessung: Der Mittelwert lag zu Beginn bei 11.17 Punkten im BDI und am Ende des tagklinischen Aufenthalts bei 6.52 Punkten bei $n = 42$ Patienten ($t(41) = 4.91, p < .01$).

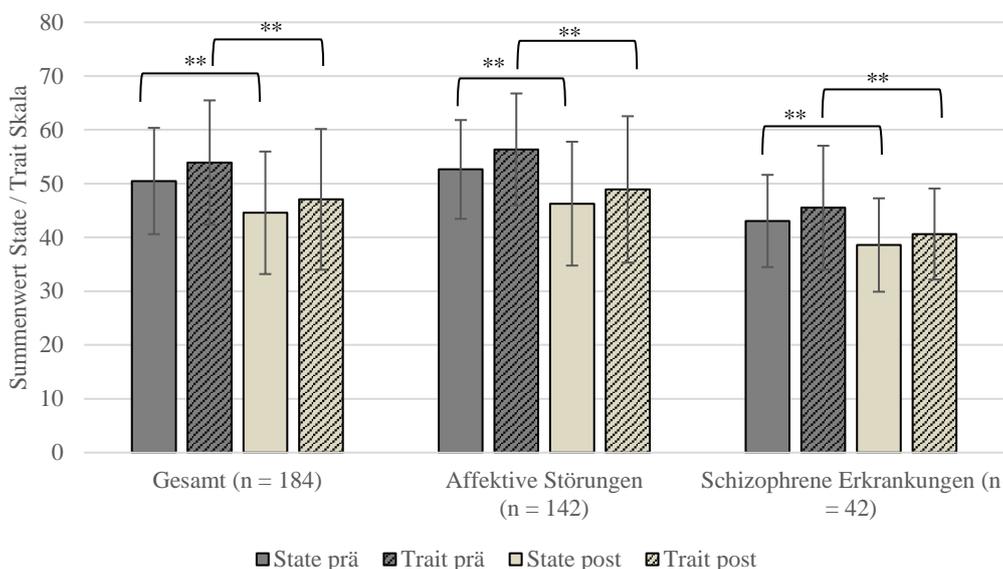
Abbildung 11. Ausprägung depressiver Symptomatik (erfasst mittels BDI) bei Prä- und Post-Messung in der Gesamtstichprobe sowie den beiden Haupterkrankungsgruppen



Anmerkung. $**p < .01$

Für beide Unterskalen des STAI zeigen sich signifikante Verringerungen der Angst-Ausprägung: State: $t(197) = 8.57, p < .01$; Trait: $t(195) = 8.44, p < .01$ bei der Gesamtstichprobe. Diese Veränderungen finden sich ebenso für die Patienten mit affektiven Störungen: State: $t(143) = 8.06, p < .01$; Trait: $t(141) = 7.65, p < .01$ und auch für Patienten mit schizophrenen Erkrankungen: State: $t(41) = 3.52, p < .01$; Trait: $t(41) = 3.41, p < .01$ (s. Abbildung 12).

Abbildung 12. Ausprägung gegenwärtiger und habitueller Angst (erfasst mittels STAI) bei Prä- und Post-Messung in der Gesamtstichprobe sowie den beiden Haupterkrankungsgruppen



Anmerkung. ** $p < .01$

Tabelle 4 zeigt, dass sich die Werte der SCL-90-R signifikant zwischen Aufnahme- und Entlasszeitpunkt verändern. Für alle neun Unterskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) geben die Patienten (Gesamtstichprobe) hypothesenkonform am Ende ihrer tagklinischen Behandlung niedrigere Werte an als zu Beginn und auch der Gesamtwert der psychischen Belastung (GSI) ist zum Zeitpunkt der Entlassung deutlich niedriger als bei Aufnahme.

Tabelle 4. Medianunterschiede und deren Effektstärken der SCL-90-R von Prä- zu Post-Messung (Ergebnisse des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests) der gesamten Verlaufsstichprobe

Skala	Prä		Post		N	Z	Sig.	r
	Med	SD	Med	SD				
Somatisierung	.67	.68	.42	.61	195	-6.014	.00**	.30
Zwanghaftigkeit	1.50	.77	1.00	.74	194	-9.421	.00**	.48
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.11	.80	.67	.70	194	-7.589	.00**	.39

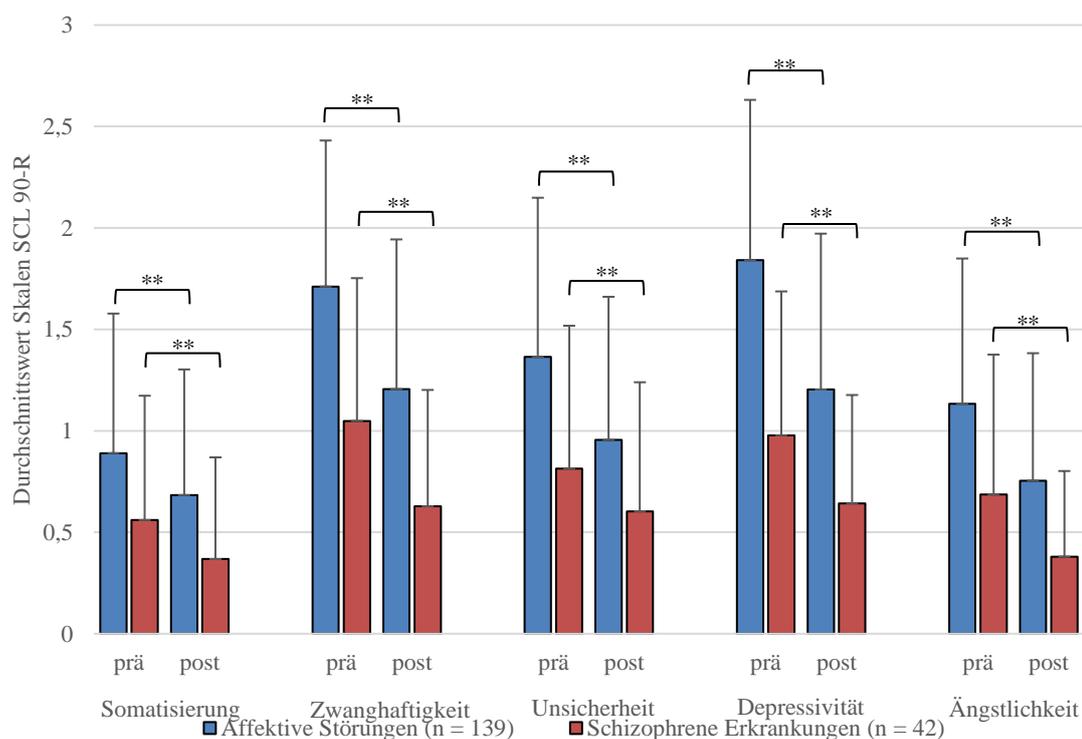
Depressivität	1.61	.85	.92	.76	194	-9.489	.00**	.48
Ängstlichkeit	.90	.73	.50	.61	194	-8.511	.00**	.43
Aggressivität / Feindseligkeit	.67	.63	.33	.56	192	-5.271	.00**	.27
Phobische Angst	.57	.80	.29	.61	194	-8.040	.00**	.43
Paranoides Denken	.83	.77	.50	.70	191	-6.221	.00**	.32
Psychotizismus	.70	.59	.30	.54	194	-7.030	.00**	.36
GSI	1.01	.58	.59	.52	191	-9.911	.00**	.51

Anmerkung. Med = Median; SD = Standardabweichung; N = Stichprobengröße; Sig. = Signifikanz ** $p < .01$., einseitig; r = Effektstärke r

Die Veränderungen zwischen Prä- und Post-Messung der SCL-90-R auf Gruppenebene sind in den Abbildungen 13a und 13b dargestellt. Bei alleiniger Betrachtung der Veränderungen in der Gruppe der Patienten mit affektiven Erkrankungen zeigen sich analog zu den Ergebnissen der gesamten Verlaufsstichprobe signifikante Ergebnisse für alle Unterskalen und den Gesamtwert (Somatisierung: $Z (N = 142) = -5.15, p < .01$; Zwanghaftigkeit: $Z (N = 141) = -8.26, p < .01$; Unsicherheit im Sozialkontakt: $Z (N = 142) = -7.03, p < .01$; Depressivität: $Z (N = 141) = -8.78, p < .01$; Ängstlichkeit: $Z (N = 140) = -7.39, p < .01$; Aggressivität / Feindseligkeit: $Z (N = 140) = -4.85, p < .01$; Phobische Angst: $Z (N = 141) = -6.96, p < .01$; Paranoides Denken: $Z (N = 140) = -5.71, p < .01$; Psychotizismus: $Z (N = 141) = -6.28, p < .01$; GSI: $Z (N = 139) = -8.85, p < .01$). Bei den Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis veränderten sich fast alle Unterskalen und der Gesamtwert signifikant hin zu einer geringeren Belastung am Ende des tagklinischen Aufenthaltes: Somatisierung: $Z (N = 42) = -2.71, p < .01$; Zwanghaftigkeit: $Z (N = 42) = -4.39, p < .01$; Unsicherheit im Sozialkontakt: $Z (N = 42) = -2.73, p < .01$; Depressivität: $Z (N = 42) = -3.47, p < .01$; Ängstlichkeit: $Z (N = 42) = -4.68, p < .01$; Phobische Angst: $Z (N = 42) = -3.45, p < .01$; Paranoides Denken: $Z (N = 41) = -2.76, p < .01$; Psychotizismus: $Z (N = 42) = -3.01, p < .01$; GSI: $Z (N = 42) = -4.28, p < .01$. Eine Ausnahme bildet die Skala „Aggressivität / Feindseligkeit“ ($Z (N = 42) = -1.87, p = .061, n.s.$). Es ist zwar deskriptiv eine Veränderung feststellbar, diese wird jedoch nicht statistisch signifikant. Damit kann die Hypothese der Verminderung der allgemeinen Symptombelastung zu großen Teilen bestätigt werden.

Abbildung 13. Ausprägung der Skalen und des Gesamtwertes der SCL-90-R bei Prä- und Post-Messung bei Patienten mit affektiven Störungen und bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen

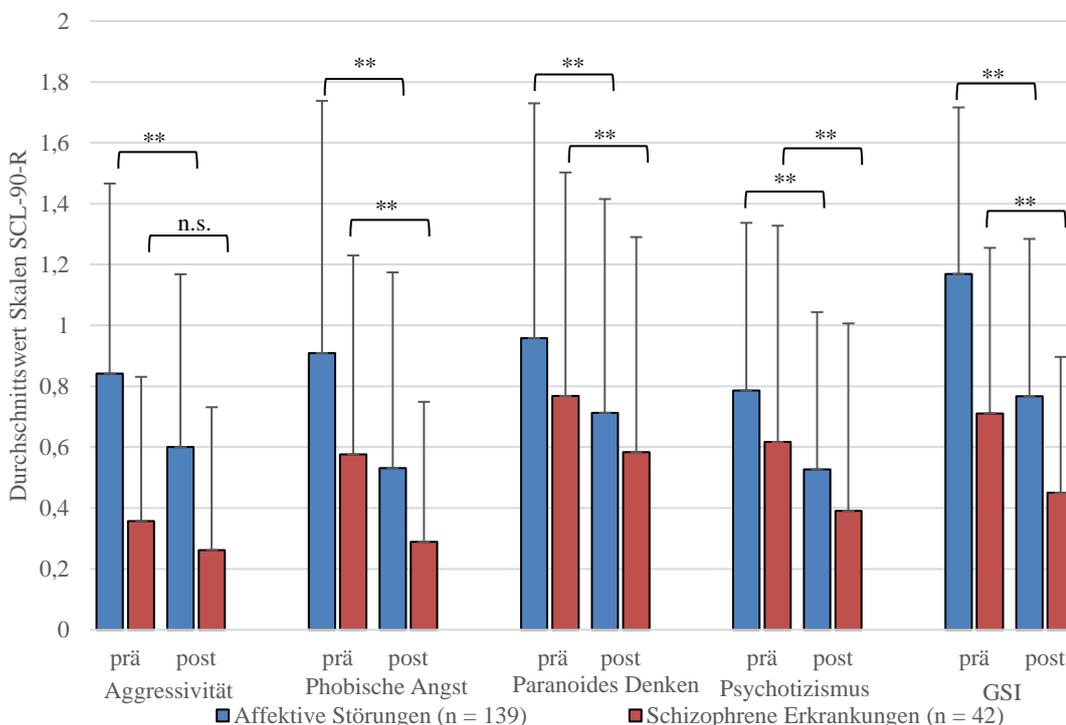
a) Ausprägung der Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität und Ängstlichkeit der SCL-90-R



Anmer-

kung. ** = $p < .01$. Die Standardabweichungen sind in positiver Richtung abgetragen.

b) Ausprägung der Skalen Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus und des Gesamtwertes (GSI) der SCL-90-R



Anmerkung. ** = $p < .01$, n.s. = nicht signifikant. Die Standardabweichungen sind in positiver Richtung abgetragen.

Um die Größe der gefundenen Unterschiede (Mittelwerte bzw. Mediane) einschätzen zu können, wurden die Effektstärken von BDI, STAI und SCL-90-R berechnet. Für das BDI ergibt sich ein Wert von $r = .50$ für die gesamte Verlaufsstichprobe. Der Klassifikation von Cohen (1988) zufolge kann demnach von einem starken Effekt gesprochen werden. Innerhalb der Patientengruppe mit affektiven Erkrankungen lässt sich für die Veränderungen des BDI ein sehr starker Effekt finden ($g = 1.06$). Bei den Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ist die Größe des Effekts als moderat einzustufen ($g = .76$). Für die beiden Skalen des STAI ergeben sich die Werte $g(\text{State}) = .61$ und $g(\text{Trait}) = .60$. Damit sind die Mittelwertunterschiede des STAI für die gesamte Verlaufsstichprobe als moderat zu bezeichnen. Betrachtet man die Effektgrößen getrennt nach Erkrankungsgruppen finden sich ebenfalls moderate Effekte, wobei jene bei den Patienten mit affektiven Störungen etwas höher ausfallen als die Effekte bei den Patienten mit schizophrenen Erkrankungen (Affektiv Erkrankte: $g(\text{State}) = .67$, $g(\text{Trait}) = .64$; Schizophrene: $g(\text{State}) = .55$, $g(\text{Trait}) = .53$). Die Effektstärken der SCL-90-R-Skalen für alle Patienten, die an den Prä- und Post-Messungen teilnahmen, sind in Tabelle 3 zu finden. Ein starker Effekt findet sich hier für den Gesamtwert GSI. Im moderaten Bereich liegen die Effektstärken für die Skalen „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“. Schwache Effektstärken finden sich bei den Skalen

„Somatisierung“ und „Aggressivität / Feindseligkeit“. Bei den Patienten mit affektiven Störungen finden sich große Effekte für die Veränderungen der Skalen „Depressivität“ ($r = .52$) und für den Gesamtwert ($r = .53$). Die Effektstärken der weiteren Skalen liegen im mittleren Bereich. Bei den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zeigt sich ein großer Effekt bei der Skala „Ängstlichkeit“ ($r = .51$). Bei den weiteren Skalen und dem Gesamtwert finden sich jeweils moderate Effektgrößen für die Veränderungen zwischen Prä- und Post-Messung. *Hypothese a* (Die therapeutischen Angebote der Tagklinik führen zu einer Abnahme der psychischen Symptomatik (Depression, Angst, allgemeine Symptombelastung)) kann damit bestätigt werden.

3.4.2 Lebenszufriedenheit

Entsprechend der formulierten Hypothese findet sich eine signifikante Steigerung der Lebenszufriedenheit in Bezug auf die vier Skalen des WHOQOL-BREF „Physisches Wohlbefinden“, „Psychisches Wohlbefinden“, „Soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ sowie in Bezug auf den Gesamtwert bei Betrachtung aller Patienten der Verlaufsstichprobe (s. Tabelle 5). Die Effektstärken aller Skalen und auch des Gesamtwertes sind als moderat einzustufen, wobei sich der höchste Wert bei der Skala „Psychisches Wohlbefinden“ zeigt.

Tabelle 5. Medianunterschiede und deren Effektstärken des WHOQOL-BREF von Prä- zu Post-Messung (Ergebnisse des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests) der gesamten Verlaufsstichprobe

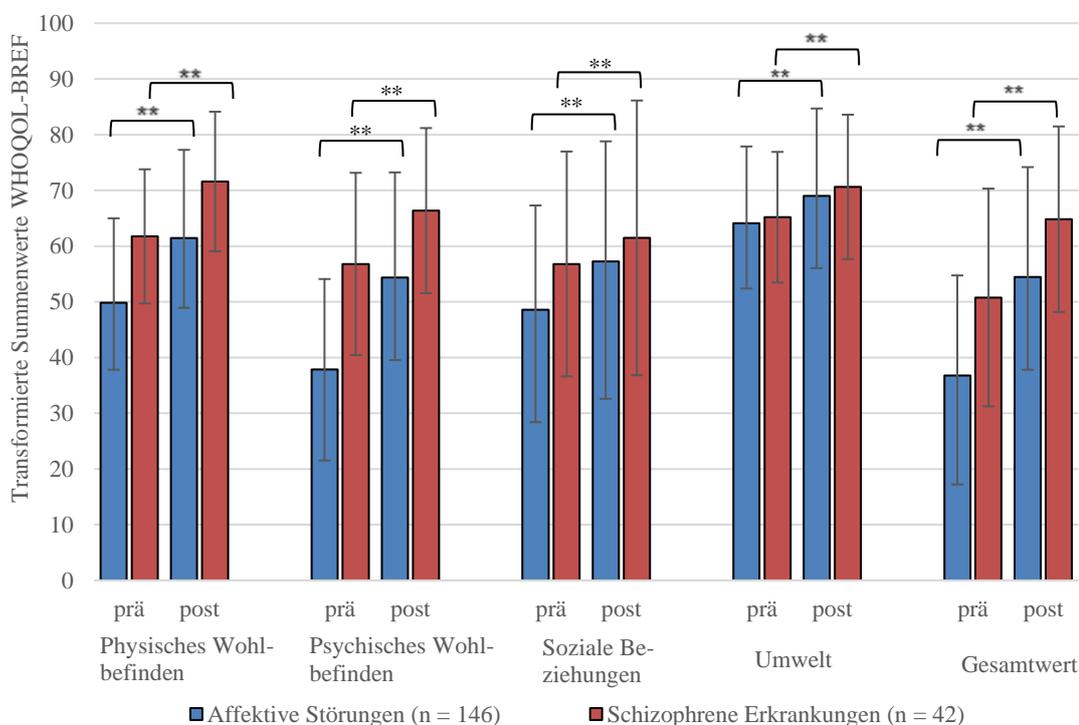
Skala	Prä		Post		N	Z	Sig.	r
	Med	SD	Med	SD				
Physisches Wohlbefinden	53.57	15.31	64.29	15.71	199	-9.252	.00**	.46
Psychisches Wohlbefinden	41.67	18.05	58.33	18.70	200	-9.602	.00**	.48
Soziale Beziehungen	50.00	19.33	58.33	22.29	199	-6.424	.00**	.32
Umwelt	65.63	13.30	68.75	15.11	200	-6.443	.00**	.32
Gesamt	37.50	19.20	62.50	19.53	198	-9.104	.00**	.46

Anmerkung. Med = Median; SD = Standardabweichung; N = Stichprobengröße; Sig. = Signifikanz ** $p < .01$; r = Effektstärke

Ebenso wie für die Gesamtgruppe finden sich auch für die beiden Untergruppen signifikant höhere Werte der Lebenszufriedenheit am Ende im Vergleich zum Beginn des Aufenthaltes in der Tagklinik (s. Abbildung 14). Die statistischen Werte sind im Folgenden aufgeführt: Patienten mit affektiven Störungen: Physisches Wohlbefinden: $Z (N = 145) = -8.01, p < .01$;

psychisches Wohlbefinden: $Z (N = 146) = -8.77, p < .01$; soziale Beziehungen: $Z (N = 146) = -5.34, p < .01$; Umwelt: $Z (N = 146) = -8.16; p < .01$; Gesamtwert Lebenszufriedenheit: $Z (N = 146) = -8.16, p < .01$. Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophränen Formenkreis: Physisches Wohlbefinden: $Z (N = 42) = -4.43, p < .01$; psychisches Wohlbefinden: $Z (N = 42) = -3.61, p < .01$; soziale Beziehungen: $Z (N = 42) = -2.52, p < .01$; Umwelt: $Z (N = 42) = -2.37, p < .01$; Gesamtwert Lebenszufriedenheit: $Z (N = 40) = -3.66, p < .01$. Bei der Betrachtung der Effektstärken finden sich höhere Werte bei den Patienten mit affektiven Störungen im Vergleich zu den Patienten mit schizophränen Erkrankungen, mit Ausnahme des Bereichs „Physisches Wohlbefinden“. Es zeigt sich bei den Patienten mit affektiven Störungen ein großer Effekt bei der Veränderung des psychischen Wohlbefindens ($r = .51$). Für die drei weiteren Unterskalen und den Gesamtwert der Lebenszufriedenheit sind die Effektstärken jeweils als moderat einzustufen. Bei den Patienten mit schizophränen Erkrankungen zeigen sich schwache Effekte für die Veränderungen im Bereich der sozialen Beziehungen und der Umwelt. Die weiteren Effektstärken liegen im moderaten Bereich, wobei jene beim physischen Wohlbefinden mit $r = .48$ am größten ausfällt.

Abbildung 14. Ausprägung der Lebenszufriedenheit (erfasst mittels WHOQOL-BREF) bei Prä- und Post-Messung bei Patienten mit affektiven Störungen und bei Patienten mit schizophränen Erkrankungen



Anmerkung. ****** $p < .01$

3.4.3 Kognitive Leistungsfähigkeit

Bei der Aufgabe „Vergleiche“ reagierten die Patienten zum Zeitpunkt der zweiten Messung schneller als bei der ersten Erhebung ($t(240) = 4,09, p < .01$). Die Größe des gefundenen Unterschieds ist mit $g = .27$ als klein einzustufen. Die Fehleranzahl unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den beiden Messzeitpunkten ($Z(N = 235) = -1.927, p = .054, n.s.$). Bei der Prüfung der Aufgabe „Reaktion“ auf Medianunterschiede zwischen den beiden Messungen ergeben sich folgende Werte: Reaktionszeit: $Z(N = 249) = -3.772, p < .01$ und Fehleranzahl: $Z(N = 246) = -2.029, p < .05$. Damit arbeiteten die Patienten bei dieser Aufgabe bei der Post-Messung schneller und sie machten weniger Fehler als bei der ersten Erhebung. Allerdings handelt es sich jeweils um schwache bis sehr schwache Effekte mit r (Reaktionszeit „Reaktion“) = $.17$ und r (Fehler „Reaktion“) = $.09$. Bei der dritten Aufgabe „Augenzeuge“ findet sich eine signifikante Verbesserung nach dem tagklinischen Aufenthalt ($t(242) = -2.31, p < .05$). Die Größe des statistisch signifikant gewordenen Unterschieds ist mit $g = .18$ als sehr klein einzustufen.

Bei Betrachtung der Ergebnisse des COGPACK auf Gruppenebene finden sich bei den Patienten mit affektiven Störungen signifikante Veränderungen im Therapieverlauf bei den Reaktionszeiten der Aufgaben „Vergleiche“ ($Z(N = 171) = -4.01, p < .01$) und „Reaktion“ ($Z(N = 177) = -2.59, p < .05$) sowie bei der Aufgabe „Augenzeuge“ ($Z(N = 173) = -3.07, p < .01$). Dabei sind alle gefunden Unterschiede als gering einzustufen (r (Reaktionszeit „Vergleiche“) = $.22$; r (Reaktionszeit „Reaktion“) = $.14$; r („Augenzeuge“) = $.14$). Keine signifikanten Veränderungen finden sich bei der Fehleranzahl („Vergleiche“: $Z(N = -1.58, p = .11, n.s.$; „Reaktion“: $Z(N = -.93, p = .35, n.s.)$). Die Patienten mit schizophrenen Erkrankungen erreichen signifikante Veränderungen bei der Aufgabe „Reaktion“: Sie arbeiten schneller ($Z(N = 55) = -2.74, p < .01$) und machen weniger Fehler ($Z(N = 55) = -2.54, p < .05$) am Ende ihres Aufenthaltes im Vergleich zur Aufnahme. Dabei sind die Unterschiede beider Kriterien als gering einzustufen (r (Reaktionszeit „Reaktion“) = $.26$; r (Fehler „Reaktion“) = $.24$). Keine signifikanten Veränderungen zeigen sich bei den Aufgaben „Vergleiche“ (Reaktionszeit: $Z(N = 53) = -1.75, p = .08, n.s.$; Fehler: $Z(N = 49) = -.81, p = .42, n.s.$) und „Augenzeuge“ ($Z(N = 54) = .81, p = .42, n.s.$). *Hypothese c* der verbesserten kognitiven Leistungsfähigkeit am Ende der tagklinischen Behandlung lässt sich demnach nur teilweise bestätigen.

3.4.4 Emotionale Kompetenzen

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied beim Reading the Mind in Films-Test zwischen Prä- und Post-Messung ($Z(N = 240) = -1.678, p = .093, n.s.$) bei Betrachtung der gesamten Verlaufsstichprobe. Hingegen findet sich eine signifikante Leistungssteigerung in der Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen: $Z(N = 173) = -2.21, p < .05$. Die Effektstärke dieser Differenz fällt mit $r = .12$ schwach aus. In der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Prä- und Post-Messung ($Z(N = 50) = -.04, p = .97, n.s.$).

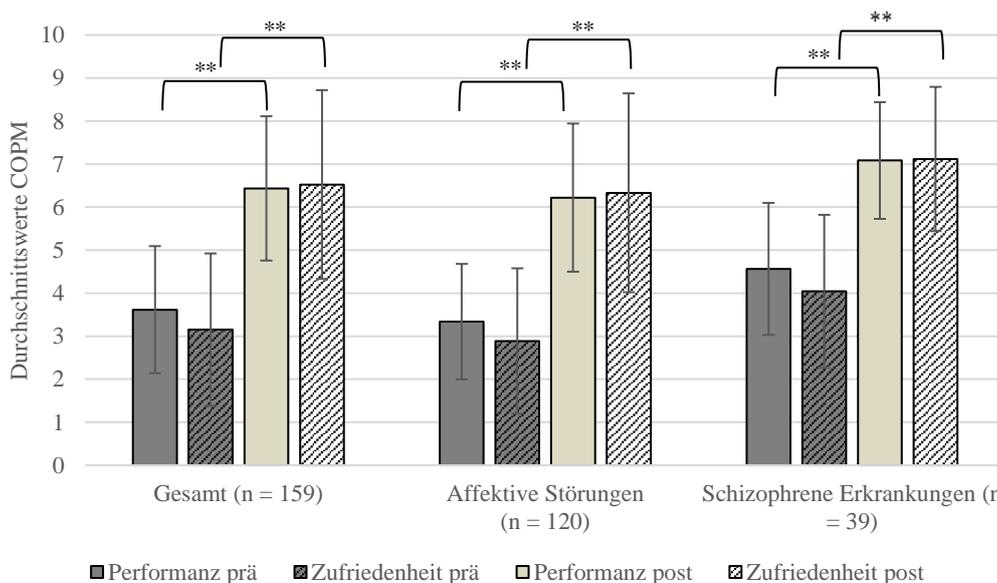
Damit trifft die Hypothese der Verbesserung der emotionalen Kompetenzen durch den tagklinischen Aufenthalt nur für Patienten mit affektiven Störungen zu.

3.4.5 Betätigungsperformanz

Hypothesenkonform ergeben sich für die subjektive Betätigungsperformanz und die Zufriedenheit damit, erhoben mit dem COPM, signifikante Verbesserungen: Performanz: $t(172) = -19.36, p < .01$, Zufriedenheit mit der Betätigungsperformanz: $t(170) = -17.74, p < .01$. Die Effektstärken von $g = -1.47$ für die Performanz und $g = -1.36$ für die Zufriedenheit sprechen für einen sehr großen Effekt. Bei deskriptiver Betrachtung der Mittelwerte lässt sich erkennen, dass sich die Werte der Performanz nahezu und jene der Zufriedenheit tatsächlich verdoppelt haben von Prä- zu Post-Messung.

Bei den Patienten mit affektiven Störungen ergeben sich folgende Werte: Performanz: $t(120) = -16.76, p < .01$; Zufriedenheit mit der Betätigungsperformanz: $Z(N = 120) = -9.19, p < .01$. Dabei liegen die Effektstärken mit $g = -1.53$ und $r = .59$ im Bereich starker Effekte. Für die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lauten die statistischen Kennwerte: Performanz: $t(39) = -1.95, p < .01$; Zufriedenheit mit der Betätigungsperformanz: $Z(N = 39) = -5.12, p < .01$. Auch hier lassen sich starke Effekte für die gefundenen Unterschiede feststellen: Performanz: $g = -1.49$ und Zufriedenheit: $r = .58$. Die Ergebnisse sind in Abbildung 15 grafisch dargestellt.

Abbildung 15. Ausprägung von Betätigungsperformanz und Zufriedenheit mit dieser (erfasst mittels COPM) bei Prä- und Post-Messung bei der Gesamtstichprobe und den beiden Haupterkrankungsgruppen



Anmerkung. ** $p < .01$

Auch für die Messungen mit dem OSA sind signifikante Verbesserungen der Betätigungsperformanz feststellbar. Für die Skala Fähigkeiten / Betätigungsperformanz ergeben sich die Werte $t(77) = -9.32, p < .01, g = -1.05$; für die Skala Habituation die Werte $t(84) = -7.72, p < .01, g = -0.84$ und für die Skala Volition die Werte $t(96) = -7.28, p < .01, g = -0.74$. Der Gesamtwert über alle Items hinweg ergibt ebenso eine signifikante Verbesserung: $t(65) = -8.46, p < .01, g = -1.04$. Die Werte der Patienten mit affektiven Störungen lauten im Einzelnen: Fähigkeiten / Betätigungsperformanz: $t(52) = -8.61, p < .01, g = -1.18$; Habituation: $t(57) = -6.92, p < .01, g = -.91$; Volition: $t(68) = -6.28, p < .01, g = -.76$ und für den Gesamtwert: $t(42) = -7.62, p < .01, g = -1.16$. Damit zeigen sich mit Ausnahme des mittleren Effekts bei der Skala Volition starke Effekte bei den Patienten mit affektiven Störungen. Die statistischen Kennwerte für die Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis lauten: Fähigkeiten / Betätigungsperformanz: $t(39) = -9.42, p < .01, g = -.80$; Habituation: $t(22) = -3.83, p < .01, g = -.75$; Volition: $t(24) = -3.28, p < .01, g = -.66$ und für die Summe: $t(20) = -3.62, p < .01, g = -.79$. Bis auf den starken Effekt bei der Skala Fähigkeiten / Betätigungsperformanz liegen die gefundenen Unterschiede zwischen Prä- und Post-Messung bei den Patienten mit schizophrenen Erkrankungen damit im mittleren Bereich. Die Hypothese der gesteigerten Betätigungsperformanz lässt sich demnach eindeutig bestätigen.

3.5 Welche Faktoren gehen mit einer besonders deutlichen Verbesserung im Therapieverlauf einher?

Im Folgenden werden Interaktionseffekte zwischen den Faktoren Erkrankung, Aufenthaltsdauer, Alter und Geschlecht der Patienten und der Veränderungen über den Therapieverlauf dargestellt. Dabei werden für die Variable „Erkrankung“ alle Ergebnisse berichtet, bei den weiteren Faktoren fand u.a. aus Gründen der Übersichtlichkeit eine Limitation auf die Darstellung signifikanter Interaktionseffekte statt.

3.5.1 Erkrankung

Die Ergebnisse der allgemeinen linearen Modelle mit Messwiederholung werden im Folgenden präsentiert. Da der Faktor „Zeit“, also die Veränderungen zwischen Prä- und Post-Messung, bereits im vorherigen Kapitel ausführlich dargelegt wurde, beschränkt sich die Ergebnisdarstellung im Folgenden auf den Interaktionseffekt von Zeit und Erkrankung.

Bei der Erfassung der depressiven Symptomatik mittels BDI findet sich ein signifikanter Interaktionseffekt: $F(1; 186) = 9.14, p < .01$ zwischen Zeit und Erkrankung. Damit unterscheiden sich die beiden Gruppen im Therapieverlauf signifikant voneinander bezogen auf die subjektiv berichtete Depressivität, wobei sich größere Veränderungen bei den affektiv Erkrankten zeigen. Die absoluten Werte der schizophrenen Patienten liegen niedriger als jene der Patienten mit

affektiven Erkrankungen. Keine signifikanten Unterschiede finden sich beim STAI (State: $F(1; 184) = 2.67, p = .104, n.s.$; Trait: $F(1; 182) = 2.17, p = .143, n.s.$). Bei der SCL-90-R finden sich signifikante Interaktionseffekte zwischen Zeit und Erkrankung bei der Subskala „Depressivität“ ($F(1; 179) = 8.04, p < .01$) und beim Gesamtwert ($F(1; 177) = 4.48, p < .05$). Für die weiteren Unterskalen finden sich keine signifikanten Interaktionseffekte (Somatisierung: $F(1; 143) = .56, p = .46, n.s.$; Zwanghaftigkeit: $F(1; 166) = .92, p = .76, n.s.$; Unsicherheit im Sozialkontakt: $F(1; 160) = .41, p = .52, n.s.$; Ängstlichkeit: $F(1; 152) = 1.40, p = .24, n.s.$; Aggressivität / Feindseligkeit: $F(1; 118) = .03, p = .88, n.s.$; Phobische Angst: $F(1; 115) = .09, p = .77, n.s.$; Paranoides Denken: $F(1; 134) = .35, p = .55, n.s.$; Psychotizismus: $F(1; 137) = .18, p = .67, n.s.$). Patienten mit affektiven Störungen berichten von höherer Depressivität sowie einer insgesamt höheren Symptombelastung als Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Bei der Lebenszufriedenheit finden sich signifikante Interaktionseffekte bei der Skala „Psychisches Wohlbefinden“ ($F(1; 184) = 4.73, p < .05$) und für den Gesamtwert der Lebenszufriedenheit ($F(1; 174) = 6.37, p < .05$). Hier fallen die Unterschiede derart aus, dass die Patienten mit affektiven Störungen von niedrigerem psychischem Wohlbefinden und einer insgesamt niedrigeren Lebenszufriedenheit berichten als die Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Bei den weiteren Skalen finden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (physisches Wohlbefinden: $F(1; 183) = 2.49, p = .12, n.s.$; soziale Beziehungen: $F(1; 184) = .73, p = .39, n.s.$; Umwelt: $F(1; 184) = .05, p = .82$). Für alle berichteten signifikanten Interaktionseffekte gilt, dass die Veränderungen bei den Patienten mit affektiven Störungen jeweils größer ausfallen als jene bei den Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Bei der kognitiven Leistungsfähigkeit zeigen sich keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen der Zeit und der Erkrankungsgruppe (s. Tabelle 6).

Tabelle 6. Ergebnisse der allgemeinen linearen Modelle mit Messwiederholung zur Berechnung von Interaktionseffekten von Zeit und Erkrankungsgruppe: COGPACK

Aufgabe	df	F	Sig.
Vergleiche: Zeit	1;220	.19	.67
Vergleiche: Fehler	1;186	.36	.55
Reaktion: Zeit	1;228	2.47	.12
Reaktion: Fehler	1;131	2.15	.15
Augenzeuge	1;223	.06	.80

Anmerkung. df = Freiheitsgrade; Sig. = Signifikanz

Bei den emotionalen Kompetenzen findet sich kein signifikanter Effekt für die Gruppenzugehörigkeit ($F(1; 219) = 2.07, p = .15, n.s.$). Bezüglich der Betätigungsperformanz, erfasst mit dem COPM, findet sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied bei der Performanz ($F(1; 157) = .82, p = .37, n.s.$). Bei der Zufriedenheit mit der Performanz findet sich eine deutliche Tendenz, welche mit $p = .05$ jedoch nicht signifikant wird ($F(1; 155) = 3.90$).

3.5.2 Aufenthaltsdauer

Zur Beantwortung der Frage, ob die Aufenthaltsdauer einen signifikanten Einfluss auf Veränderungen im Therapieverlauf hat, wurden zunächst zwei Gruppen gebildet. Die Patienten wurden am arithmetischen Mittel (58.42 Tage Aufenthaltsdauer bei $n = 238$ Patienten) in zwei Gruppen aufgeteilt, wobei die erste Gruppe (kurze Aufenthaltsdauer: 21 – 58 Tage) aus $n = 125$ Patienten und die zweite Gruppe (lange Aufenthaltsdauer: 59 – 149 Tage) aus $n = 113$ Patienten bestand. Nur bei zwei der 25 überprüften abhängigen Variablen zeigen sich Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Dies betrifft zum Einen die Aufgabe „Augenzeuge“ aus dem COGPACK ($F(1; 233) = 4.84, p < .05$) und zum Anderen die Unterskala „Soziale Beziehungen“ des Lebenszufriedenheitsfragebogens ($F(1; 184) = 4.08, p < .05$). Dabei können sich die Patienten, die eine kürzere Verweildauer in der Tagklinik hatten, bei der Aufgabe „Augenzeuge“ verbessern (55.49 % vs. 59.6 % korrekte Antworten) und jene Patienten, die länger in der Tagklinik behandelt wurden, erzielten keine Verbesserung (57.8% vs. 57.53%). Hinsichtlich der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen berichten die Patienten, die länger tagklinisch behandelt wurden, von einer größeren Zunahme (49.59 vs. 60.9) im Vergleich zu jenen Patienten, die kürzer in der Tagklinik blieben (51.14 vs. 55.58). Die Werte sind transformierte Werte, die im Bereich zwischen 0 und 100 liegen können.

3.5.3 Alter

Zur Bildung zweier Gruppen wurden die Patienten am arithmetischen Mittel (38 Jahre) in zwei Gruppen aufgeteilt. Es resultierte eine Gruppe mit $n = 138$ Patienten, in der das Minimum 18 Jahre und das Maximum 38 Jahre betrug und eine weitere Gruppe mit $n = 100$ Patienten, in welcher die Patienten zwischen 39 und 70 Jahre alt waren. Die Berechnungen mittels allgemeiner linearer Modelle ergaben bei drei der abhängigen Variablen signifikante Interaktionseffekte zwischen der Zeit und dem Alter. Diese finden sich bei der State-Skala des STAI ($F(1; 182) = 5.17, p < .05$), der Reaktionszeit bei der Aufgabe „Vergleiche“ des COGPACK-Programms ($F(1; 220) = 4.73, p < .05$) und bei der Unterskala „physisches Wohlbefinden“ des WHOQOL-BREF ($F(1; 183) = 4.42, p < .05$). Bei der gegenwärtigen Angst ist die Reduktion durch den tagklinischen Aufenthalt bei den jüngeren Patienten geringer als bei den älteren Patienten (jung: 48.72 vs. 44.05; älter: 52.78 vs. 45.31). Bei der Reaktionszeit der Aufgabe „Vergleiche“ findet sich bei den

jüngeren Patienten eine deutlichere Verbesserung als bei den älteren Patienten ((angegeben werden Mittelwerte in s) jung: 5.48 vs. 4.85; älter: 7.16 vs. 6.89). Bei der Angabe der Zufriedenheit mit dem physischen Wohlbefinden hingegen geben ältere Patienten eine deutlichere Verbesserung als jüngere Patienten an (jung: 55.47 vs. 65.89; älter: 48.76 vs. 60.65 (standardisierte Werte im Bereich 0 bis 100)).

3.5.4 Geschlecht

Es zeigen sich signifikante Interaktionseffekte zwischen der Zeit und dem Geschlecht (dichotom erfasst) beim BDI ($F(1; 186) = 9.49, p < .01$), der Skala „Psychisches Wohlbefinden“ des WHOQOL-BREF ($F(1; 184) = 4.70, p < .05$), der Anzahl der Fehler bei der Aufgabe „Vergleiche“ des COGPACK-Programms ($F(1; 186) = 5.38, p < .05$) und bei der Betätigungsperformanz, und zwar sowohl für die Performanz ($F(1; 157) = 5.34, p < .05$) als auch für die Zufriedenheit mit dieser ($F(1; 155) = 5.04, p < .05$). Bei allen weiteren Variablen finden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede zwischen Prä- und Post-Messung. Dabei fallen die Unterschiede im Therapieverlauf bei den genannten Erhebungsinstrumenten bei Frauen durchweg höher aus als bei Männern. Beim BDI verringert sich die berichtete Belastung bei Frauen um nahezu zehn Punkte (22.12 prä vs. 12.44 post), bei Männern um etwas weniger als sechs Punkte (17.53 vs. 11.92). Bei der Skala „Psychisches Wohlbefinden“ steigert sich der transformierte Wert um mehr als 17 Punkte bei Patientinnen (40 vs. 57.85) und um etwa 13 Punkte bei Patienten (43.66 vs. 56.41). Bei der Fehleranzahl der Aufgabe „Vergleiche“ findet sich nur bei Frauen eine positive Veränderung (4.53 vs. 3.82), bei den Männern nimmt die Fehleranzahl bei deskriptiver Betrachtung geringfügig zu (3.93 vs. 4.06). Die Betätigungsperformanz steigert sich unabhängig vom Geschlecht; Veränderungen größeren Ausmaßes berichten jedoch Frauen (Betätigungsperformanz: Frauen: 2.65 vs. 6.66; Männer: 3.5 vs. 6.42; Zufriedenheit mit der Betätigungsperformanz: Frauen: 3.33 vs. 6.63; Männer: 3.83 vs. 6.29).

3.6 Therapiezufriedenheit

Im Folgenden werden die Resultate des Fragebogens zur Therapiezufriedenheit über die Diagnosegruppen hinweg darstellt.

Bei der Unterskala „Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot“ ergibt sich bei einem Minimum von 0 und einem Maximum von 5 ein Mittelwert von 3.56 ($n = 198, SD = 0.76$). Damit liegt der Wert zwischen den beiden Bewertungskategorien „mittelmäßig“ und „ziemlich“. Die Unterskala „Zufriedenheit mit den behandelten Inhalten in den Gruppensitzungen“ liefert einen Mittelwert von 2.94 ($Min. = 0; Max. = 4; SD = 0.70; n = 209$). Inhaltlich ist der Wert 3 bei dieser Skala mit „trifft eher zu“ verankert. Bei der Skala „Allgemeine Erwartungen“ ergibt sich bei $n = 215$ Patienten ein mittlerer Summenscore von 3.17 ($Min. = 0; Max. = 4; SD = 0.75$),

welcher damit zwischen den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft zu“ liegt. Bei der Kategorie „Persönliche Bedeutung für den Alltag“ ergibt sich bei $n = 205$ Datensätzen ein Mittelwert von 2.96 ($Min. = 0$; $Max. = 4$; $SD = 0.69$) und somit fast ein Wert von 3, welcher erneut mit der verbalen Verankerung „trifft eher zu“ versehen ist. Damit geben die Patienten bei der Befragung nach ihren allgemeinen Erwartungen bzw. deren Erfüllung die höchsten Werte an.

Um die Bedeutung der Angaben im Therapiezufriedenheitsfragebogen besser einordnen zu können, wurden Zusammenhänge mit den Outcome-Variablen depressive Symptomatik (BDI), Angst (STAI), allgemeine Symptombelastung (GSI) und der Lebenszufriedenheit (Gesamtwert WHOQOL-BREF) berechnet. Dabei zeigt sich zunächst, dass alle vier Unterskalen des Fragebogens signifikant positiv miteinander korrelieren. In Tabelle 7 sind die Korrelationen der vier Unterskalen der Therapiezufriedenheit mit der Ausprägung der Symptomatik und dem Ausmaß der Lebenszufriedenheit abgetragen. Darin lässt sich ablesen, dass alle untersuchten Zusammenhänge signifikant sind.

Tabelle 7. Korrelationen der Unterskalen des Therapiezufriedenheitsfragebogens mit den Mittelwerten von BDI, STAI, WHOQOL-BREF und SCL-90-R (GSI) bei Entlassung (Spearman-Rho)

	Zufriedenheit therapeutisches Angebot		Zufriedenheit Inhalte Gruppen- sitzungen		Allgemeine Erwartungen		Persönliche Be- deutung für den Alltag	
	N	<i>p</i> -Wert	N	<i>p</i> -Wert	N	<i>p</i> -Wert	N	<i>p</i> -Wert
BDI	182	-.22**	196	-.30**	200	-.26**	192	-.40**
STAI (State)	180	-.23**	193	-.30**	197	-.33**	189	-.41**
STAI (Trait)	179	-.21**	191	-.28**	195	-.30**	187	-.38**
GSI	179	-.16*	192	-.17*	196	-.21**	188	-.27**
WHOQOL- BREF	180	.28**	194	.35**	198	.32**	190	.45**

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$

Das Ausmaß der Korrelationen liegt bei keinem der aufgeführten Bereiche im geringen Bereich und es finden sich auch keine starken Zusammenhänge der Einteilung von Cohen (1988) folgend. Stattdessen zeigen sich geringe bis moderate, moderate sowie moderate bis starke Zusammenhänge.

Um zu überprüfen, ob die in Tabelle 7 dargestellten Zusammenhänge abhängig von der vergebenen Diagnose und damit der Erkrankungsgruppe sind, wurden die deskriptiven Werte und die Korrelationen erneut für die beiden Haupterkrankungsgruppen berechnet. Zunächst werden

die Werte für die Gruppe der Patienten mit affektiven Störungen berichtet. Bei der Unterskala „Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot“ ergibt sich ein Mittelwert von 3.51 ($n = 141$, $SD = 0.76$). Die Unterskala „Zufriedenheit mit den behandelten Inhalten in den Gruppensitzungen“ zeigt im Mittel einen Wert von 2.92 ($n = 150$, $SD = 0.71$). Bei der Skala „Allgemeine Erwartungen“ liegt der Mittelwert bei $n = 153$ Patienten bei 3.15 ($SD = 0.74$). Bei den Fragen der Kategorie „Persönliche Bedeutung für den Alltag“ kreuzten die $n = 147$ Patienten im Mittel einen Wert von 2.97 an ($SD = 0.67$). Es folgen die Werte der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Der Mittelwert der Skala „Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot“ liegt bei $n = 46$ Patienten bei 3.68 ($SD = 0.76$), jener für die Kategorie „Zufriedenheit mit den behandelten Inhalten in den Gruppensitzungen“ bei 2.98 ($n = 45$; $SD = 0.65$). Der Mittelwert der Skala „Allgemeine Erwartungen“ beträgt 3.26 ($n = 48$; $SD = 0.67$). Bei der Skala „Persönliche Bedeutung für den Alltag“ ergibt sich im Mittel bei $n = 47$ Patienten ein Wert von 2.93 mit einer Standardabweichung von 0.71 Punkten.

Damit ähneln sich die Mittelwerte sowie die Streuungen der Werte für beide Gruppen bei rein deskriptiver Betrachtung sehr. Um statistisch zu überprüfen, ob dennoch ein signifikanter Unterschied besteht, wurde zunächst eine Prüfung auf Normalverteilung der Daten durchgeführt. Der Shapiro-Wilk-Test ergab nur bei den Patienten mit schizophrener Erkrankung für die ersten beiden Variablen (Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot, Zufriedenheit mit den behandelten Inhalten in den Gruppensitzungen) keine signifikanten Resultate und damit die Normalverteilung dieser Daten. Da für die weiteren Daten keine Normalverteilung angenommen werden konnte, wurde der Mann-Whitney-*U*-Test zur Unterschiedsprüfung eingesetzt. Dieser ergab keine Unterschiede bei der Therapiezufriedenheit zwischen den beiden Erkrankungsgruppen (Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot: $U = 2919.00$, $Z = -1.018$, $p = .309$, n.s.; Zufriedenheit mit den behandelten Inhalten in den Gruppensitzungen: $U = 3306.50$, $Z = -.207$, $p = .836$, n.s.; Allgemeine Erwartungen: $U = 3388.50$, $Z = -.811$, $p = .417$, n.s.; Persönliche Bedeutung für den Alltag: $U = 3370.50$, $Z = -.252$, $p = .801$, n.s. Die *p*-Werte geben jeweils die zweiseitige asymptotische Signifikanz an). Damit zeigen sich keine Unterschiede bezüglich der Therapiezufriedenheit zwischen Patienten mit affektiven Störungen und jenen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Da es an dieser Stelle keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt, wird auf die Darstellung der Korrelationen mit der Ausprägung der Symptomatik und der Lebenszufriedenheit (wie in Tabelle 7 für alle Patienten dargestellt) verzichtet.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die im vorherigen Kapitel dargestellten Resultate zusammengefasst, in den Kontext bisheriger Forschung eingeordnet und mögliche Interpretationen geliefert. Analog zur Präsentation der Ergebnisse folgt zunächst die Diskussion zu den Resultaten bei Aufnahme in die Tagklinik und im Anschluss werden die Ergebnisse im Therapieverlauf näher beleuchtet.

4.1.1 Diskussion der Ergebnisse bei Aufnahme in die Tagklinik

Geschlechter- und Diagnoseverteilung. Bei der Auswertung der demografischen Daten zu Beginn des Aufenthalts in der Tagklinik zeigte sich entgegen der aufgestellten Hypothese, dass mehr Männer als Frauen aufgenommen wurden. Dies widerspricht den Befunden aus den meisten anderen Tageskliniken (z.B. Assmann, 2003; Brüggemann et al., 2007; Garlipp, 2008; Kremminger et al., 2018; Ortmann, 2006). Brüggemann und Kollegen (2007) äußerten gar die Vermutung, dass das tagesklinische Konzept insbesondere Frauen anspreche, da dieses durch z.B. den Fokus auf verbale und kreative Gruppen typischerweise weibliche Stärken in den Vordergrund stelle. Diese Aussage scheint – zumindest für die Tagklinik des LMU Klinikums – nicht zuzutreffen. Spannenderweise findet sich auch in der vergleichenden Untersuchung von fünf Tageskliniken in Deutschland von Krüger et al. (2016) einzig in der Tagesklinik in München (unter Trägerschaft des Bayerischen Roten Kreuzes) ein höherer Männer- als Frauenanteil unter den Patienten. Dieses Ergebnis kann nicht auf die allgemeine Geschlechterverteilung in der bayerischen Landeshauptstadt zurückgeführt werden, da in München der prozentuale Anteil weiblicher Einwohner mit 50.6 % exakt jenem in der gesamten deutschen Bevölkerung entspricht (Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat, 2020; Statistisches Bundesamt, 2021). Es ist wohl von einer zufälligen Häufung männlicher psychiatrischer Patienten in Münchner Tageskliniken auszugehen. Auch in anderen Tageskliniken findet sich vereinzelt ein größerer Männer- als Frauenanteil: In der Untersuchung der Tagesklinik in Friedrichshafen von Krüger (2015) lag der Männeranteil mit 65 % beispielsweise noch deutlich höher als in der Tagklinik des LMU Klinikums.

Bei der Aufstellung der Hypothese zur Geschlechterverteilung wurde diese mit der erwarteten Verteilung der Diagnosen in Verbindung gebracht. Die vergebenen Diagnosen mit der Mehrzahl von Patienten mit affektiven Erkrankungen passt wie erwartet zu den im früheren Verlauf der Evaluation des LMU Klinikums erfassten Daten (Neustädter et al., 2018). Allerdings finden sich auch innerhalb der Gruppe der Patienten mit affektiven Erkrankungen mehr Männer (n = 169) als Frauen (n = 160), sodass die häufig beschriebene höhere Rate weiblicher Patienten mit diesen Störungsbildern (z.B. Teuber, 2012) sich in der Population der Tagklinik des LMU

Klinikums nicht bestätigen lässt. Ähnliches zeigte sich in der Untersuchung von Buxton et al. (2020). Trotz einer rein depressiven Patientengruppe nahmen an dem Pilotprojekt der Autoren zur Überprüfung einer achtsamkeitsbasierten Behandlung in einer Tagesklinik in Hamburg mehr Männer (55 %) als Frauen (45 %) teil. Bei den Evaluationen anderer Tageskliniken finden sich teils ähnliche Diagnoseverteilungen wie in der LMU, so z.B. bei Liebherz et al. (2012) in Hamburg-Eppendorf, bei denen die Patienten mit einer Diagnose aus dem Kapitel F3 der ICD-10 (DMDI, 2014) vor den Patienten mit einer Diagnose aus dem Kapitel F2 der ICD-10 die größte Gruppe bildeten. Auch in der Tagesklinik in Offenbach (Engfer, 2004) stellten Patienten mit affektiven und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen die beiden größten Gruppen dar, allerdings war das Verhältnis mit 66 % F2-Patienten gegenüber 16 % F3-Patienten konträr zu der Verteilung der Diagnosen im LMU Klinikum. Bei Thielen (2010) in Trier sind depressive Störungen am häufigsten vertreten. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis folgen nach Persönlichkeitsstörungen und Belastungsreaktionen / Anpassungsstörungen. Bei Assmann (2003) in Esslingen bilden die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von schizophrenen und depressiven Störungen, die größte Gruppe. Auch wenn sich die Diagnosegruppen in verschiedenen Tageskliniken demnach wiederholen, zeigen sich doch individuelle Verteilungsmuster. Damit ist die Diagnoseverteilung ein weiteres Argument dafür, dass Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit zwischen verschiedenen Tageskliniken nur eingeschränkt miteinander verglichen werden können.

Aufenthaltsdauer. Mit durchschnittlich 50 Tagen (etwa sieben Wochen) liegt die Behandlungsdauer in der Mitte der auf der Homepage des LMU Klinikums angegebenen sechs bis acht Wochen (LMU Klinikum, 2021). Dieser Zeitraum entspricht in etwa jenem in vielen anderen Tageskliniken (z.B. 46 Tage in Friedrichshafen (Krüger, 2015), ca. 47 Tage in Hamburg (Ortmann, 2003), ca. 48 Tage in Trier (Thielen, 2010)). Erneut kann jedoch keine durchgehende Konformität festgestellt werden: Mit einer Tagesklinik in Berlin, bei der eine Behandlungsdauer von vier bis sechs Wochen berichtet wird (Scherg et al., 2017), und der Berner Tagesklinik, in welcher die Patienten 12 bis 20 Wochen verbringen (Reisch et al., 2001), seien zwei Behandlungsstätten mit deutlich von der Tagklinik des LMU Klinikums abweichenden Behandlungszeiträumen genannt. Festzuhalten ist, dass die Dauer von etwa sieben Wochen auszureichen scheint, um deutliche Verbesserungen erzielen zu können.

Klinische Merkmale. An dieser Stelle sollen die Ergebnisse der eingesetzten Verfahren zur Erfassung des Status‘ zu Beginn des Aufenthalts in der Tagklinik diskutiert werden. Bezugspunkt sind dabei die Daten aller Patienten (diagnoseunabhängig), da die Aussagen über die Gesamtheit der Patienten diskutiert werden sollen.

Die Patienten berichten von einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik. Im Vergleich zu anderen Tageskliniken lag der mittlere Wert im LMU Klinikum mit 19.58 Punkten im BDI in einem ähnlichen Bereich (z.B. Berner Tagesklinik: 25.5 Punkte diagnoseunabhängig

(Reisch et al., 2001); Heidelberger Tagesklinik: 26.8 bzw. 27.5 Punkte im BDI-II bei depressiven Patienten (Dinger et al., 2015)). Auch bei der Untersuchung der achtsamkeitsbasierten Therapie in Hamburg wiesen die (depressiven) Patienten mit Mittelwerten im BDI-II von 25.3 bzw. 26.7 Punkten ähnlich hohe Werte auf wie im LMU Klinikum (Buxton et al., 2020). Anzumerken ist an dieser Stelle, dass das in der vorliegenden Arbeit zum Einsatz kommende BDI und dessen Weiterentwicklung, das BDI-II, sehr hoch miteinander korrelieren und daher vergleichbar scheinen - auch wenn sich die Korrelationen auf die amerikanischen Originalversionen beziehen (Fischer, 2012).

Die gegenwärtige und habituelle Angst, erfasst mit dem STAI, wird in vergleichbaren Evaluationen nur selten erfasst. In der Dissertation von Leber (2001), in der die Effektivität eines Angstbewältigungsprogramms an der Tagesklinik in Gießen untersucht wurde, lag der Wert für das Ausmaß aktuell empfundener Angst bei den dort untersuchten Patienten mit Angststörungen ähnlich hoch wie bei den Patienten des LMU Klinikums bei Beginn der Behandlung (Gießen: 57.89 vs. München: 50.18 Punkte). Der Mittelwert auf der Trait-Skala fiel hingegen mit 72.44 Punkten bei den angstgestörten Patienten höher aus als bei den Patienten der Tagklinik der LMU (53.86).

Die Patienten gaben bei Aufnahme in die Tagklinik des LMU Klinikums klinisch auffällige Werte bei der allgemeinen Symptombelastung an. Bei der Evaluation der Tagesklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf konnten Liebherz und Kollegen (2012) hinsichtlich der Ausprägung der allgemeinen psychischen Belastung, erfasst mit einer verkürzten Version der SCL-90-R (SCL-14; Harfst et al., 2002), eine ähnlich hohe Ausprägung des GSI wie in den vorliegenden Daten bei Aufnahme feststellen (GSI LMU: $M = 1.08$; GSI Hamburg: $M = 1.27$). Die Patienten mit affektiven, schizophrenen und Persönlichkeitsstörungen wurden dabei nicht nach Diagnosen getrennt erfasst. Bei depressiven Patienten in Heidelberg wurde das Ausmaß der allgemeinen Belastung mit 1.16 bzw. 1.18 ebenfalls vergleichbar hoch angegeben wie im LMU Klinikum (Dinger et al., 2015). Garlipp (2008) evaluierte die Arbeit der sozialpsychiatrischen Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover und konnte bei Aufnahme bezüglich der allgemeinen psychischen Belastung ebenso einen vergleichbaren Wert wie in der vorliegenden Studie feststellen (GSI Hannover: $M = 1.19$). In Bern lag der GSI der SCL-90-R aller Patienten zu Beginn mit 1.48 etwas höher (Reisch et al., 2001). Es lässt sich festhalten, dass die Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums zu Beginn ihres Aufenthalts eine klinisch relevante Symptomatik beschreiben. Das Ausmaß dieser Beeinträchtigungen ist überwiegend vergleichbar mit dem Ausmaß der Belastung von Patienten anderer Tageskliniken.

Zur Einordnung der Angaben zur Lebenszufriedenheit werden diese zunächst mit einer Stichprobe von 2408 gesunden Probanden aus Deutschland (Skevington et al., 2004) verglichen. Die Werte für die Domänen physisches und psychisches Wohlbefinden liegen in der Tagklinik-Patientengruppe zu Beginn der Behandlung etwas niedriger als bei den Gesunden (12.35 vs. 16.8;

10.81 vs. 15.7). Bei den Skalen „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ zeigen sich nur sehr geringe Unterschiede zwischen den Patienten des LMU Klinikums und den Kontrollprobanden (12.03 vs. 14.4; 14.23 vs. 13.0). Die geringen Differenzen überraschen vor dem Hintergrund zahlreicher Untersuchungen, die negative Zusammenhänge zwischen einerseits affektiver Symptomatik (z.B. Krannich et al., 2013) und schizophrenen Erkrankungen (z.B. Dong et al., 2019; Hinz et al., 2010) und andererseits der Lebenszufriedenheit berichten. In einer Studie aus dem Jahr 2011 wurde die Lebenszufriedenheit von insgesamt 4669 Erwachsenen aus dem angelsächsischen Raum erfasst (Skevington und McCrate, 2011). Vergleicht man die Werte Depressiver und chronisch Schizophrener der Untersuchung von Skevington und McCrate (2011) mit den Werten der Tagklinik-Patienten, so lässt sich eine relativ große Ähnlichkeit der Zahlen erkennen. Zudem fallen sowohl bei den Teilnehmern von Skevington und McCrate (2011) als auch bei der Stichprobe der vorliegenden Arbeit die großen Standardabweichungen auf. Es handelt sich demnach bei den Patienten der Tagklinik der LMU bezogen auf die Angaben zur Lebenszufriedenheit um eine heterogene Gruppe, ähnlich wie sich dies in der großen Untersuchung in Großbritannien zeigte.

Bei der Erfassung der emotionalen Kompetenzen lagen die Mittelwerte der tagklinischen Patienten ($M = 10.5$) niedriger als die Werte der Stichprobe von Autismusspektrumspatienten ($M = 14.96$) und der gesunden Kontrollgruppe ($M = 18.77$) von Golan et al. (2006). In einer aktuelleren Untersuchung (Tang et al., 2019), in der ebenfalls der Reading the mind in films-Test zum Einsatz kam, zeigten sich keine Unterschiede in der Rate der korrekt zugeordneten Emotionen zwischen Teilnehmern mit Erkrankungen aus dem autistischen Spektrum und gesunden Kontrollprobanden. Vergleicht man die bei Tang et al. (2019) präsentierte Quote der richtigen Antworten mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, so lässt sich (auch aufgrund der großen Streuung bei Tang et al., 2019) kein Unterschied feststellen. Aufgrund der kleinen Stichproben bei beiden zur Einordnung der Ergebnisse herangezogenen Studien ist die Aussagekraft dieser eingeschränkt. Es ist jedoch zu vermuten, dass bei den Tagklinik-Patienten kein spezifisches Defizit im Bereich der Emotionserkennung und -zuordnung besteht. Ein Vergleich mit den Werten von Patienten anderer Tageskliniken ist nicht möglich, da diese Variable laut Kenntnisstand der Autorin bei keiner anderen Tagesklinik-Evaluation erhoben wurde.

Bei Betrachtung der Tabelle 2 im Ergebnisteil (S.60) fällt unmittelbar auf, welche große Spannweiten die einzelnen Werte der kognitiven Leistungsfähigkeit aufweisen. Demnach ist das Ausgangsniveau der kognitiven Leistungen der Patienten aus der Tagklinik bei Aufnahme sehr heterogen. Ein Vergleich mit anderen Patienten zu Beginn eines tagesklinischen Aufenthalts ist an dieser Stelle nicht möglich, da das COGPACK zwar in anderen Studien eingesetzt wurde (z.B. Lindenmeyer et al., 2013; Pitschel-Walz et al., 2013), diese Untersuchungen jedoch nicht in Tageskliniken durchgeführt wurden und zudem andere COGPACK-Aufgaben zum Einsatz kamen. Erkennbar ist dennoch auch bei Lindenmeyer et al. (2013), die sich die Verbesserung des kognitiven Niveaus bei Schizophrenen zum Ziel gesetzt hatten, dass die Leistungen zu Beginn der

Untersuchung stark variierten, obwohl sich die Patienten hinsichtlich ihrer Diagnosen nicht voneinander unterschieden.

Die Suche nach zum Vergleich geeigneten Werten der Betätigungsperformanz im tagesklinischen Setting ergab eine Studie aus Schweden (Wressle et al., 2003), in der allerdings keine psychiatrischen, sondern Schmerz-Patienten (rheumatische Arthritis) untersucht wurden. Die in dieser Arbeit präsentierten Ausgangswerte des COPM (Performanz und Zufriedenheit) liegen im gleichen, niedrigen Bereich wie die Werte der Patienten des LMU Klinikums zu Beginn der Behandlung.

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass bei Aufnahme in die Tagklinik klinisch relevante Beschwerden von den Patienten berichtet wurden. Zudem waren die Lebenszufriedenheit, die emotionalen Kompetenzen und die Betätigungsperformanz niedrig ausgeprägt. Der Behandlungsbedarf kann demnach als gegeben eingeschätzt werden. Es ist anzunehmen, dass sich die Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums nicht wesentlich bzw. nicht mehr als die Patienten anderer Tageskliniken voneinander unterscheiden.

Unterschiede zwischen „reinen“ Prä-Daten und den Prä-Daten der Verlaufsstichprobe. Beim Vergleich zwischen den Patienten, die nur an der Aufnahmetestung teilnahmen und jenen, die am Ende ihres Aufenthaltes erneut zur vereinbarten Messung erschienen, lassen sich Unterschiede z.B. bezüglich der Geschlechterverteilung, der Schul- und Berufsbildung und der Menge fehlender Daten zum ersten Messzeitpunkt deskriptiv feststellen (s. Tabelle 3, S.61). Es lässt sich u.a. erkennen, dass mehr Frauen als Männer nur zur ersten Untersuchung erschienen und der Bildungsgrad bei den Patienten, die zu beiden Messungen erschienen, im Schnitt höher war als bei jenen, die nur an der Prä-Messung teilnahmen. Um diese Unterschiede und auch weitere Analysen inhaltlich sinnvoll interpretieren zu können, wäre vor allem das Wissen um die Gründe des Nicht-Erscheinens zum zweiten Termin unverzichtbar. Dabei ist zu bedenken, dass das Fehlen der Daten zum Entlasszeitpunkt nicht mit einem vorzeitigen Behandlungsabbruch gleichzusetzen ist. Denkbar wäre z.B., dass die Patienten am Ende ihres Aufenthaltes so gesund waren, dass sie sich um häusliche oder berufliche Angelegenheiten kümmern wollten und der erneuten Testung eine geringere Priorität zuschrieben. Gleichfalls denkbar wäre das inhaltliche Gegenteil, nämlich, dass die Patienten wieder in das stationäre Setting aufgenommen werden mussten. Auch organisatorische Gründe sind anzuführen, wie etwa sehr kurzfristige Entlassungen (ohne dass Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Patienten gezogen werden können) oder die Patienten befanden sich zum Zeitpunkt des Endes der Datenerhebung noch in Behandlung. Einige Male wurde ein Termin festgelegt, zudem die Patienten ohne Angabe von Gründen nicht mehr erschienen. Insgesamt sind die Gründe, warum die Patienten nicht zur Abschlusserhebung auftauchten, vielfältig und inhaltlich teils so kontrovers, dass eine Interpretation der aufgeführten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben wenig sinnvoll erscheint. Für den weiteren Verlauf der Evaluation wäre eine Erfassung der Ursachen für das Fehlen der Post-Daten wünschenswert, um möglicherweise

bestehende Unterschiede zuverlässig beurteilen zu können. Weitere Ausführungen zu Dropouts im Verlauf der Erhebungen finden sich in Kapitel 4.2.2.

4.1.2 Diskussion der Ergebnisse im Therapieverlauf

Nach der Auseinandersetzung mit den (klinischen) Charakteristika der Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums zu Beginn der Behandlung folgt nun die Diskussion der Veränderungen durch den tagklinischen Aufenthalt.

4.1.2.1 Depressivität, Angst und allgemeine Symptombelastung

Eines der Hauptziele der therapeutischen Arbeit der Tagklinik des LMU Klinikums kann als erreicht angesehen werden, da die depressive Symptomatik, die Angst und die allgemeine Symptombelastung bei Entlassung signifikant niedriger waren als bei Aufnahme. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit früheren Untersuchungen anderer Kliniken, die ebenso einen Rückgang unterschiedlicher klinischer Symptomatiken verzeichnen konnten. Als Beispiele hierfür seien an dieser Stelle die Erhebungen in Hannover von Brüggemann et al. (2007), in Hamburg-Eppendorf von Liebherz und Kollegen (2012) und in Friedrichshafen von Krüger (2015) genannt. Die signifikanten Veränderungen im Prä-Post-Vergleich konnten dabei jeweils bei heterogenen Stichproben, ähnlich den Patienten der vorliegenden Arbeit, gefunden werden.

Betrachtet man die Ergebnisse genauer, so wird deutlich, dass sich die Veränderungen diagnoseunabhängig feststellen lassen. Auch bei den Patienten mit schizophrenen Erkrankungen konnte damit eine zu Beginn bereits milde Ausprägung depressiver Symptome in eine noch geringere verändert werden. Alle Patienten können demnach von dem Angebot profitieren. Dieses Ergebnis passt z.B. zu einer Studie von McFarlane et al. aus dem Jahr 2015. Die Autoren berichten von einem signifikanten Rückgang depressiver Symptome nach einem tagesklinischen Aufenthalt, obwohl in ihre Untersuchung ausschließlich Patienten mit einer Essstörung eingeschlossen wurden. Bei der Evaluation der Berner Tagesklinik (Reisch et al., 2001) zeigte sich, dass es zu Beginn der Behandlung kaum Unterschiede in der Ausprägung depressiver Symptome zwischen Patienten mit einer diagnostizierten Depression und Patienten ohne affektive Erkrankung gab. Nach der 12 bis 20-wöchigen Behandlung mit Fokus auf kognitiv-behavioraler Psychotherapie zeigten sich für alle Gruppen deutlich niedrigere, subklinische Werte. Demnach konnten auch Reisch und Kollegen (2001) zeigen, dass depressive Symptome einerseits diagnoseübergreifend bestehen, andererseits auch diagnoseübergreifend erfolgreich behandelt werden können. Anzumerken ist, dass bei beiden genannten Studien die nicht-depressiven Patienten bei Aufnahme klinisch relevante Werte im BDI bzw. BDI-II angaben (im Gegensatz zu den schizophrenen Patienten des LMU Klinikums). Die schon etwas ältere Untersuchung von Bateman und Fonagy (1999), die mittels der gleichen Erhebungsinstrumente wie in der vorliegenden Arbeit (BDI, STAI, SCL-90-R) einen signifikanten Rückgang der Symptome bei tagesklinisch behandelten Patienten mit

einer Borderline-Persönlichkeitsstörung feststellen konnten, bestätigt ebenfalls die diagnoseübergreifende Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung. Bei Patienten mit depressiven Erkrankungen finden sich in anderen Tageskliniken ähnliche Resultate am Ende der Behandlung, z.B. bei der fragebogenbasierten Untersuchung einer Tagesklinik in Berlin mit Patienten mit affektiven und Angststörungen (Scherg et al., 2017). Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation decken sich auch mit jenen von Dinger et al. (2015), die bei ihrer Untersuchung depressiver Patienten nach einer achtwöchigen tagesklinischen Behandlung eine signifikante Reduktion von Depressivität, allgemeiner Symptombelastung und interpersonellen Problemen im Selbstbericht feststellten. Die Abnahme der depressiven Symptomatik in der vorliegenden Untersuchung im Rahmen eines störungsunspezifischen Settings steht im Einklang mit der Untersuchung von Bernard (2012), der im stationären Kontext keinen Vorteil für eine störungsspezifische gegenüber einer störungsunspezifischen Behandlung depressiver Patienten feststellen konnte. Sowohl durch die spezialisierte als auch durch die weniger spezialisierte Behandlung nahmen die Depressionswerte bei Bernard (2012) signifikant ab. Die Reduktion der depressiven Symptomatik ist somit ein Ergebnis, das sich bei allen der Autorin bekannten Evaluationsuntersuchungen von Tageskliniken replizieren ließ. Es ist zu betonen, dass diese Abnahme in der vorliegenden Untersuchung nicht nur statistisch signifikant, sondern insbesondere auch von klinischer Relevanz ist: Bei Entlassung erreichen die Patienten im Mittel nicht mehr den Punktwert einer klinisch relevanten ausgeprägten depressiven Symptomatik.

Das Ausmaß der erlebten Angst nimmt durch den tagklinischen Aufenthalt signifikant ab, obwohl in der Stichprobe keine Patienten mit einer diagnostizierten Angsterkrankung inbegriffen waren. Auch bei der bereits erwähnten Untersuchung von Bateman und Fonagy (1999) zeigten sich bei Borderline-Patienten im tagesklinischen Setting signifikante Rückgänge der im STAI angegebenen Werte. Vor diesem Hintergrund überrascht das Ergebnis von Leber (2001), der ein spezifisches Programm zur Angstbewältigung bei Patienten mit Angststörungen in einer Tagesklinik untersuchte. Er konnte nur einen deskriptiven Rückgang von gegenwärtiger und habitueller Angst, ebenfalls erfasst mit dem STAI, beschreiben. Diese Unterschiede wurden statistisch jedoch nicht signifikant.

Es ist festzuhalten, dass sich im Rahmen der Evaluation der therapeutischen Arbeit der Tagklinik des LMU Klinikums auch Veränderungen in zunächst diagnosefremd erscheinenden Symptombereichen zeigen. Eine Ursache dafür dürfte die Ähnlichkeit zwischen depressiven und schizophrenen Erkrankungen sein, wie bei Maurer et al. (2006) für den Frühverlauf beider Erkrankungen beschrieben. So zeigten sich u.a. hinsichtlich des Ausmaßes an Sorgen, Beschwerden / Schmerzen, Denk- / Konzentrationsstörungen, Verlust von Selbstvertrauen, sozialem Rückzug und Energielosigkeit keine Unterschiede zwischen Patienten mit depressiven Erkrankungen und Patienten mit schizophrenen Störungen. Zudem können körperliche Symptome wie sexuelle Funktionsstörungen (Baggaley, 2008) und Schlafstörungen (Staedt et al., 2010) sowohl bei

Patienten mit schizophrenen als auch bei Patienten mit depressiven Störungen auftreten. Häfner bezeichnet die Depression gar als „integrale Komponente“ (Häfner, 2010, S.21) der Schizophrenie. DeRosse und Kollegen (2018) identifizierten bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ebenso wie bei Gesunden) das Ausmaß depressiver Symptomatik und motivationaler Schwierigkeiten als wesentliche Prädiktoren für die subjektive Lebensqualität. Die Autoren schlossen daraus, dass die Beachtung depressiver und amotivationaler Symptome bei Schizophrenen wesentlich sei, da deren Reduktion zu einer größeren Lebenszufriedenheit, die als wesentliches Erfolgskriterium gilt, führt.

Die Gemeinsamkeiten beider Erkrankungen können vermutlich zum Teil erklären, warum Schizophrene am Ende der Behandlung weniger depressive Symptome angaben als zu Beginn. Dadurch ließe sich z.B. verstehen, dass auch schizophrene Patienten von beispielweise psychoedukativen Inhalten zu Depressionen profitieren können. Allerdings ist zu bedenken, dass bereits bei der Prä-Messung nur geringe depressive Symptome von den Patienten mit schizophrenen Erkrankungen angegeben wurden. Dieses Ergebnis passt zu der Untersuchung von Richter et al. (2019), bei welcher das BDI erfolgreich zwischen beiden Erkrankungsgruppen diskriminierte. Eine weitere mögliche Erklärung für die Reduktion auch diagnosefremd (scheinender) Symptome sind vermutlich die (unspezifischeren) therapeutischen Angebote der Tagklinik des LMU Klinikums, die zu einer Abnahme eines breiten Beschwerdespektrums und einer Besserung des allgemeinen Befindens führen.

4.1.2.2 Lebenszufriedenheit

Der deutliche Anstieg der Lebenszufriedenheit durch den Aufenthalt in der Tagklinik ist ein weiteres Ergebnis, das für die Wirksamkeit der tagklinischen Behandlung spricht. Dieser Befund ist konsistent mit den Resultaten verschiedener anderer Studien (z.B. Brüggemann et al., 2007; Lieberherz et al., 2012; Priebe et al., 2006; Schöps, 2007) und deutet auf einen starken Einfluss tagesklinischer Behandlung auf die Lebenszufriedenheit hin. Auch bei älteren Patienten konnte eine signifikante Zunahme der Lebensqualität durch eine tagesklinische Behandlung gemessen werden (Wunner et al., 2018). Zeeck et al. (2015) konnten signifikante Effekte nach einer tagesklinischen Behandlung depressiver Patienten auf die Lebenszufriedenheit feststellen. Bei der Evaluation eines neunmonatigen psychodynamischen tagesklinischen Behandlungsprogramms für schizophrene Patienten konnten ebenso signifikante Verbesserungen aller Skalen des WHOQOL-BREF am Ende der Behandlung verzeichnet werden (Pec et al., 2018). Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation sind damit konsistent mit den Ergebnissen anderer Studien, da sich diagnoseübergreifend am Ende der Behandlung eine größere Lebenszufriedenheit zeigt.

4.1.2.3 Kognitive Leistungsfähigkeit

Die Patienten konnten die Teilbereiche der kognitiven Leistungsfähigkeit, die mit den beschriebenen Verfahren erfasst wurden, überwiegend verbessern: Die Arbeitsgeschwindigkeit war höher, die Patienten machten (teilweise) weniger Fehler und steigerten ihre Leistungen hinsichtlich geteilter Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtniskapazität im Vergleich von Prä- zu Post-Messung. Einschränkend ist zu erwähnen, dass die gefundenen Veränderungen durchweg als gering zu bewerten sind. Bei getrennter Betrachtung der beiden Diagnosegruppen verbesserten sich bei den Patienten mit affektiven Störungen drei Teilbereiche, bei den schizophrenen Patienten zwei. Das Ausmaß der Verbesserungen unterschied sich jedoch nicht signifikant zwischen beiden Gruppen.

Auf der Suche nach vergleichbaren Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit durch einen tagesklinischen Aufenthalt stößt man primär auf Untersuchungen in geriatrischen Einrichtungen. Dort konnten ebenfalls Verbesserungen der kognitiven Leistungsfähigkeit gefunden werden, z.B. bei Bramesfeld et al. (2001), Glaesmer et al. (2003) sowie bei Luk und Kollegen (2011). In den drei genannten Studien wurde die kognitive Leistungsfähigkeit mittels der Mini Mental Status Examination (MMSE) erhoben. Diese ist allerdings nicht für die Erfassung kurzfristiger Effekte geeignet, sodass die Interpretation der Ergebnisse schwierig ist, da es sich bei den gefundenen Verbesserungen ebenso um Übungs- statt Therapieeffekte handeln könnte (Glaesmer et al., 2003). Damit sind die Steigerungen der kognitiven Leistungsfähigkeit von geriatrischen Tagesklinik-Patienten unter Vorbehalt zu interpretieren, wenn die MMSE eingesetzt wurde. Eine weitere Untersuchung zur kognitiven Leistungsfähigkeit bei Älteren fand in Nürnberg statt: Nach einem fünfwöchigen Aufenthalt in der dortigen Tagesklinik konnte eine signifikante Steigerung der Verarbeitungsgeschwindigkeit – erfasst mit dem Zahlenverbindungstest (ZVT-G) – gemessen werden (Wunner et al., 2018). Diese Ergebnisse blieben auch bei der Follow-up-Untersuchung acht Monate nach Ende der Behandlung stabil. Die Planungsfähigkeit und die Gedächtnisleistung wiesen hingegen keine überdauernden positiven Veränderungen auf (Wunner et al., 2018). Die Zunahme der kognitiven Leistungsfähigkeit (älterer) tagesklinischer Patienten scheint somit kein stabiles und einfach zu replizierendes Ergebnis zu sein – im Gegensatz zur Symptomreduktion und Steigerung der Lebensqualität – und die nur geringen Veränderungen in der vorliegenden Studie stimmen damit überein.

Wichtig für Verbesserungen der kognitiven Leistungsfähigkeit scheint das allgemeine Leistungsvermögen zu Beginn einer Behandlung zu sein. Die große Variabilität der Leistungsfähigkeit bei Aufnahme in die Tagklinik ist vermutlich ein Grund für die nur geringen Veränderungen bei den Patienten des LMU Klinikums. Pitschel-Walz et al. (2013) untersuchten stationäre schizophrene Patienten, die an zehn Trainingssessions mit dem COGPACK-Programm teilnahmen, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die nur zur Prä- und Post-Messung COGPACK-Aufgaben löste. Die Outcome-Variable war dabei das Wissen der Patienten über ihre Erkrankung. Es

resultierte, dass die Patienten mit einem höheren kognitiven Niveau vor Beginn der psychoedukativen Gruppe mehr Wissen gewinnen konnten als die Patienten mit größeren kognitiven Beeinträchtigungen. Dabei überraschte, dass das kognitive Training keine Effekte erbrachte: Weder die Leistungen in den COGPACK-Aufgaben selbst, noch die Leistungen in einer neuropsychologischen Testung oder der Zuwachs an Wissen in der im Anschluss an das Training durchgeführten Psychoedukationsgruppe unterschieden sich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe (Pitschel-Walz et al., 2013). Der fehlende positive Effekt des COGPACK-Trainings steht im Widerspruch zu Studien, in denen durch das Computerprogramm die kognitive Leistungsfähigkeit gesteigert werden konnte. Pitschel-Walz und Kollegen (2013) nennen als einen möglichen Grund dafür motivationale Schwierigkeiten der Patienten. Als Beispiele für positive Veränderungen durch ein kognitives Training mittels COGPACK seien an dieser Stelle Untersuchungen aus Japan und Italien erwähnt. Bei Sato et al. (2014) durchliefen die untersuchten schizophrenen Patienten ein regelmäßiges und intensives COGPACK-Training, das über zwölf Wochen hinweg jeweils zweimal pro Woche für eine Dauer von 60 Minuten stattfand. Es konnten nach diesem Training deutliche Verbesserungen bezüglich des verbalen Gedächtnisses, des Arbeitsgedächtnisses, der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit und des allgemeinen kognitiven Funktionsniveaus festgestellt werden. In einer weiteren Studie aus Japan zeigten sich nach ebenfalls 24 Trainingseinheiten mit dem COGPACK-Programm bei schizophrenen Patienten, die an einem tagesklinischen Programm teilnahmen, u.a. signifikante Verbesserungen der Arbeitsgeschwindigkeit und der exekutiven Funktionen (Iwata et al., 2017). Auch in einer italienischen Studie (Caponnetto et al., 2018) konnten durch ein kognitives Training in einem Rehabilitationszentrum, bei dem das COGPACK zum Einsatz kam, signifikante Verbesserungen der Leistungsfähigkeit bei schizophrenen Patienten erreicht werden.

Im Gegensatz zu den erwähnten Studien fand im Rahmen der vorliegenden Evaluation kein spezifisches Training kognitiver Funktionen statt, da die erhofften Verbesserungen der kognitiven Leistungsfähigkeit durch das therapeutische Angebot der Tagklinik des LMU Klinikums erreicht werden sollten. Dies ist für Teilbereiche gelungen, auch wenn die geringe Größe der Effekte einschränkend zu erwähnen ist. Für deutlichere Verbesserungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, welche insbesondere für Patienten mit niedrigerem Ausgangsniveau relevant scheinen, ist vermutlich ein spezifisches kognitives Training von Nöten.

4.1.2.4 Emotionale Kompetenzen

Der Vergleich von Prä- zu Post-Messung der emotionalen Kompetenzen mittels des Reading the Mind in Films-Tests lieferte für die Gesamtheit der Patienten keine signifikanten Unterschiede. Auf Gruppenebene zeigte sich eine signifikante Verbesserung bei den Patienten mit affektiven Störungen, welche jedoch geringen Ausmaßes war: Die absoluten Werte veränderten sich im Mittel um weniger als einen Punkt. Bei den Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ergaben sich

keine relevanten Verbesserungen. Wie bei der kognitiven Leistungsfähigkeit stellte die Gruppenzugehörigkeit bei Berechnung der allgemeinen linearen Modelle kein Unterscheidungsmerkmal hinsichtlich der Leistung im Reading the Mind in Films-Tests dar. Demnach verbesserten sich die emotionalen Kompetenzen durch den tagklinischen Aufenthalt nicht wesentlich.

Ausgehend von der Annahme, dass die Gruppe, in der sich die tagesklinischen Patienten wiederfinden, einen neuen sozialen Kontext darstellt (Matakas, 2001), ist zu vermuten, dass allein durch diesen Umstand die emotionalen Kompetenzen der Patienten herausgefordert werden. Muñoz und Kollegen (2000) stellten fest, dass das Bestehen einer Gruppe für demente Patienten in einem tagesklinischen Setting sich im positiven Sinne wesentlich auf die verhaltensbasierten und psychologischen Symptome der Demenz auswirkt. Anzunehmen ist, dass zu den genannten Faktoren auch ein verbesserter Umgang mit Emotionen gehört, auch wenn dieser Begriff bei Muñoz et al. (2000) nicht auftaucht. Der explizite Zusammenhang von tagesklinischer psychiatrischer Behandlung und emotionalen Kompetenzen wurde bisher nur in wenigen Studien untersucht. Abbate-Daga und Kollegen (2012) konnten in ihrer Untersuchung bei Patienten mit Essstörungen, welche eine spezifische emotionsfokussierte tagesklinische Behandlung erhalten hatten, eine positive Veränderung hinsichtlich der Kontrolle von Ärger feststellen. In einer aktuellen Studie von Brown et al. (2020) wurden die Effekte eines gestuften, an der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan orientierten, tagesklinischen Programms für Patienten mit Essstörungen erfasst. Die Autoren stellten (subjektiv empfundene) signifikante Verbesserungen hinsichtlich des Umgangs mit Emotionen dar, wobei die Verbesserungen zwischen Patienten unterschiedlicher Diagnosen variierten. Bulimia Nervosa-Patienten berichteten die größten und stabilsten Veränderungen. Milin und Kollegen (2000) evaluierten ein tagesklinisches Behandlungsprogramm für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und stellten eine Verbesserung u.a. bezogen auf externalisierende und internalisierende Verhaltensweisen fest, was sie als eine positive Veränderung auf emotional-behavioraler Ebene bezeichneten. In einer Studie aus Harvard wurde die Interaktion zwischen impliziten Annahmen über Emotionen („Mindsets“) und den symptombezogenen Veränderungen durch einen tagesklinischen Aufenthalt empirisch überprüft (Schroder et al., 2019). Es stellte sich heraus, dass flexiblere Mindsets bezogen auf das Empfinden von Angst zu Beginn des Aufenthalts – also die Überzeugung, dass das Level erlebter Angst veränderbar ist – negativ mit dem Ausmaß angstbezogener Symptome bei Entlassung korreliert war. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Mindsets der Patienten mit den Outcomes (tagesklinischer) Behandlung assoziiert sind und dass die Überzeugung, dass Annahmen bezüglich eigener Emotionen veränderbar sind, das Erlernen funktionaler Emotionsregulationsstrategien begünstigen kann (Schroder et al., 2019). Demnach könnte der therapeutische Fokus hin zu einer Veränderbarkeit von emotionsbezogenen Mindsets im tagesklinischen Setting zu einer Steigerung emotionaler Kompetenzen führen. Den Ergebnissen der aufgeführten Studien folgend, ist davon

auszugehen, dass sich im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung die emotionalen Kompetenzen der Patienten verbessern können.

Dass es in der vorliegenden Arbeit zu keiner (deutlichen) Veränderung kam, könnte möglicherweise in der Wahl des Erhebungsinstrumentes begründet sein. Der Reading the Mind in Films-Test scheint zwar durch den Einbezug von Körpersprache, Mimik, Gestik und Verhalten des Protagonisten in die eigene Bewertung ökologisch valider als andere Verfahren zu sein, aber möglicherweise erfasst er ein eher überdauerndes Konstrukt, was sich durch eine verhältnismäßig kurze therapeutische Intervention nur wenig beeinflussen lässt. Dieses Konstrukt könnte als ein Teilbereich emotionaler Intelligenz gesehen werden. Diese wird in zahlreichen Arbeiten als Trait, also als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal, beschrieben (z.B. Di Fabio et al., 2014; Matthews et al., 2015). Entgegen diesen Überlegungen steht die Idee von Cherniss und Goleman (2001), die emotionale Intelligenz als ein Konstrukt definieren, das durchaus die Möglichkeit der Verbesserung beinhaltet. Es erscheint sinnvoll, dass in zukünftigen Untersuchungen die Gütekriterien des Reading the Mind in Films-Tests untersucht werden. Dies würde es auch ermöglichen, dass anhand von Vergleichsnormen – die nach Kenntnisstand der Autorin derzeit nicht existieren – die erzielten Rohwerte der Patienten besser eingeordnet werden können. Ein weiterer möglicher Grund für das Ausbleiben einer deutlichen Veränderung ist vermutlich, ähnlich wie bei der kognitiven Leistungsfähigkeit, das Fehlen spezifischer Trainings für alle Patienten.

4.1.2.5 Betätigungsperformanz

Die Hypothese der Verbesserung der Betätigungsperformanz konnte eindeutig bestätigt werden: Bei beiden Erhebungsinstrumenten (COPM und OSA) zeigen sich durchweg signifikante Steigerungen der Betätigungsperformanz und der Zufriedenheit mit dieser. Die Effektstärken liegen dabei im mittleren bis hohen Bereich. Ähnlich positive Veränderungen konnten bereits in allen drei Versorgungssettings (stationär, ambulant, teilstationär) gefunden werden, auch wenn die insgesamt Anzahl der Studien eher gering ist. So stellten Speicher et al. (2014) nach einer achtwöchigen stationären Therapie für Kriegsveteranen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung eine deutliche Verbesserung der Betätigungsperformanz und der Zufriedenheit damit fest (erfasst mit dem COPM). In einer weiteren Studie wurden Studenten mit der Diagnose eines Asperger-Syndroms ambulant durch ein ergotherapeutisches Programm unterstützt, um den Übergang auf eine Hochschule zu meistern. Anhand des COPM konnte eine signifikante Verbesserung der Betätigungsperformanz und der Zufriedenheit mit dieser gefunden werden (Schindler et al., 2015). Im tagesklinischen psychiatrischen Setting kommt das COPM in der Universitätsklinik Tulln (Österreich) zum Einsatz (Baier et al., 2016). Baier und Kollegen (2016) stellen in ihrer Veröffentlichung das Erhebungsinstrument zur Erfassung der Betätigungsperformanz sowie eine Fallvignette einer Angstpatientin vor. Bei dem dargestellten Einzelfall wird eine deutliche, positive Veränderung hinsichtlich der Performanz und Zufriedenheit skizziert (Baier et al., 2016). Obwohl die

Autoren beschreiben, dass das COPM bei allen Patienten der Tagesklinik zum Einsatz kommt, wird eine Auswertung dieser Daten in dem Artikel nicht berichtet. In der bereits erwähnten Studie aus Schweden (Wressle et al., 2003) zeigten sich bei den tagesklinisch behandelten Schmerzpatienten ebenfalls signifikante Verbesserungen hinsichtlich Performanz und Zufriedenheit (COPM). Allerdings fallen diese Veränderungen niedriger aus als in der vorliegenden Arbeit.

Die Steigerung der Betätigungsperformanz scheint demnach durch unterschiedliche Behandlungsstrategien erreichbar zu sein. Bei der Literaturrecherche fiel auf, dass fast immer das COPM zum Einsatz kam. Dessen klientenzentrierter Aufbau bringt unmittelbare Vorteile mit sich: Die Wahl der Interventionen wird durch die patientenseitige Problemidentifizierung erleichtert (Baier et al., 2016). Zudem kann es durch den Einbezug der Patienten bzw. der Verantwortungsabgabe an diese hinsichtlich ihrer Therapieziele zu einer Steigerung der Motivation kommen, welche wiederum mit größerem Therapieerfolg einhergehen kann (George, 2002). Wressle et al. (2003) kommen zu einem ähnlichen Schluss: Durch den Einsatz des COPM ist die Teilhabe der Patienten im Rehabilitationsprozess deutlich gestiegen. Damit trägt der Aufbau des Erhebungsinstruments selbst zu einer aktiveren Haltung der Patienten bei.

Die Verbesserung der Betätigungsperformanz resultiert der Definition dieses Konstrukts nach aus der Wiederherstellung der Balance von u.a. geistigen und sozialen Eigenschaften (Law et al., 2015), was durch die therapeutische Arbeit der Tagklinik erreicht wird. Diese gesteigerte Betätigungsperformanz sollte sich unmittelbar auf den Alltag der Patienten auswirken: Sie sind nun wieder in der Lage, für sie bedeutungsvolle Betätigungen bzw. Tätigkeiten zufriedenstellend auszuführen. Damit ist ein wichtiger Schritt getan, um den eigenen Alltag (erneut) erfolgreich meistern zu können.

4.1.3 Diskussion der Ergebnisse zu Gruppenunterschieden

Im Folgenden soll die Rolle der Faktoren Diagnose, Aufenthaltsdauer, Alter und Geschlecht auf das Therapieergebnis diskutiert werden.

4.1.3.1 Diagnose

Die Erkrankungsgruppe (affektiv / schizophren) ist in der vorliegenden Evaluation relevant für das Ausmaß der Veränderungen der depressiven Symptomatik (BDI und Subskala „Depressivität“ der SCL-90-R), der allgemeinen Symptombelastung (Gesamtwert der SCL-90-R) sowie der Lebenszufriedenheit (Subskala „psychisches Wohlbefinden“ und Gesamtwert des WHOQOL-BREF). Dabei nehmen die Symptome stärker ab und die Lebensqualität steigert sich deutlicher bei den Patienten mit affektiven Störungen im Vergleich zu jenen mit schizophrenen Erkrankungen. Demnach kann man davon ausgehen, dass affektiv Erkrankte (hinsichtlich einiger Aspekte) deutlicher vom Tagklinik-Aufenthalt profitierten als Schizophrene. Dieses Ergebnis deckt sich mit jenem der Evaluation der Tagesklinik in Tulln, da auch hier Patienten mit Erkrankungen aus

dem Kapitel F3 der ICD-10 größere Verbesserungen durch den tagesklinischen Aufenthalt erzielten als Patienten mit Diagnosen aus dem Kapitel F2 der ICD-10 (Kremminger et al., 2018). Ähnlich hohe Effektstärken wie in der vorliegenden Arbeit für die Reduktion der depressiven Symptome konnte Ortmann (2006) bei Depressiven im tagesklinischen Setting feststellen. In seine Studie wurden jedoch keine Patienten mit schizophrenen Erkrankungen einbezogen. Krüger et al. (2016) stellten fest, dass die vergebene Diagnose (unterteilt in die Kategorien F2, F3, F4 und F6 der ICD-10) mit dem Ausmaß an Behandlungszufriedenheit sowie der subjektiv erlebten Wirksamkeit der Behandlung signifikant zusammenhing. Nicht signifikant wurde hingegen der Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Diagnosegruppe und dem angegebenen Ausmaß an Symptombelastung. Damit zeigten sich bei Krüger et al. (2016) zwar Effekte der Erkrankungen, jedoch in anderen Bereichen als bei den Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums. Bei der Untersuchung der Tagesklinik in Friedrichshafen konnte Krüger (2015) keine Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Reduktion der Symptombelastung und der gestellten Diagnose feststellen. Der höhere Profit affektiv Erkrankter im Vergleich zu Schizophrenen von einer tagesklinischen Behandlung lässt sich demnach nicht flächendeckend wiederfinden.

Wie lassen sich die Befunde der vorliegenden Evaluation erklären? Zum einen verändern sich die depressiven Symptome bei den Patienten mit affektiven Störungen deutlicher als bei den Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Diese Symptome sind i.d.R. der Grund für die teilstationäre Aufnahme und stehen bei depressiven Patienten im Fokus der Behandlung, sodass die durchgeführten Interventionen auf deren Reduktion abgestimmt sind. Zum zweiten verringert sich die allgemeine Symptombelastung, erfasst mit der SCL-90-R, bei den affektiv Erkrankten deutlicher. Eine Untersuchung von Prinz et al. (2008) ergab eine „nicht zufriedenstellend[e]“ diskriminante Validität dieses Verfahrens gegenüber dem Gesamtwert des BDI. Damit ist anzunehmen, dass die depressiven Patienten bereits aufgrund der Abnahme der depressiven Symptome niedrigere Werte in der SCL-90-R erreichten. Aussagen über die Veränderungen depressionsferner Symptome können anhand des Gesamtwertes der SCL-90-R scheinbar nicht zuverlässig getroffen werden. Der dritte Punkt ist die deutlichere Veränderung der Lebenszufriedenheit bei affektiv Erkrankten, was sowohl für den Gesamtwert als auch die Subskala „psychisches Wohlbefinden“ gilt. Aigner und Kollegen (2006) konnten hohe Korrelationen zwischen insbesondere den Domänen „physisches Wohlbefinden“ und „psychisches Wohlbefinden“ des WHOQOL-BREF und depressiver Symptomatik (erfasst mit dem BDI) bei chronischen Schmerzpatienten finden. Die Autoren sprechen von einer sich überschneidenden Erfassung beider Konstrukte, wobei das Maß der negativen Korrelation depressiver Symptomatik und Lebenszufriedenheit gegenüber anderen chronischen medizinischen Einschränkungen besonders hoch sei (Aigner et al., 2006). Demzufolge scheinen sowohl die SCL-90-R als auch der WHOQOL-BREF zusätzlich zu ihren „Zielvariablen“ auch die depressive Symptomatik zu erfassen, die sich bei den darunter leidenden Patienten mit affektiven Störungen deutlicher verringerte als bei den Schizophrenen, die bereits zu

Beginn von keiner klinisch relevanten depressiven Symptomatik berichteten. Für die Depressions-Werte der schizophrenen Patienten (BDI) lässt sich demnach ein Deckeneffekt feststellen, welcher die Abbildung weiterer Verbesserungen erschwert (Schäfer und Schöttker-Königer, 2015). Für alle drei aufgeführten Aspekte (Depressivität, Gesamtbelastung, Lebenszufriedenheit) lässt sich ein weiterer Grund für die größere Verbesserung bei affektiv Erkrankten aufführen: Die Ausgangswerte waren jeweils deutlich niedriger, sodass der Raum für Verbesserungen entsprechend größer war als bei den Schizophrenen. Ähnliches konnte Assmann (2003) bei der Evaluation der Tagesklinik in Tübingen feststellen: Die Patienten mit einer höheren Gesamtbelastung hinsichtlich interpersoneller Probleme zu Beginn (diagnoseunabhängig) erlebten deutlichere Verbesserungen durch die therapeutische Arbeit als Patienten, die bei Aufnahme in die Tagesklinik von geringer ausgeprägten interpersonellen Problemen berichteten (Assmann, 2003).

Wie erwähnt, unterschieden sich die Patienten mit affektiven Störungen in der vorliegenden Untersuchung neben dem Ausmaß der Veränderungen in einem weiteren wesentlichen Aspekt von den Patienten mit schizophrenen Erkrankungen: Sie berichteten von stärker ausgeprägter Symptomatik und niedrigeren Werten hinsichtlich der Lebenszufriedenheit zu Beginn. Ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit stellten auch Maurer und Kollegen (2006) fest, dass depressiv Erkrankte subjektiv größere Beeinträchtigungen angaben als Schizophrene. Die vorliegenden Ergebnisse passen auch zu den Daten der Untersuchung von Skevington und McCrate (2011), in der die depressiven bei allen vier Domänen des WHOQOL-BREF niedrigere Werte erreichten als die chronisch schizophrenen Patienten. Auch Tan et al. (2019) konnten in einer aktuelleren Untersuchung feststellen, dass Patienten mit schizophrenen Erkrankungen höhere Werte bezüglich der empfundenen Lebensqualität berichteten als Patienten mit depressiven Störungen. Ein gegenteiliges Ergebnis findet sich in der Dissertation von Feicht (2007) bei stationären Patienten: Sie berichtet durchweg von höheren Werten der subjektiven Lebensqualität bei Patienten mit affektiven Störungen im Vergleich zu jenen mit schizophrenen Erkrankungen. Bei näherer Betrachtung der Subgruppen findet sich bei Feicht (2007) folgende Differenzierung: Innerhalb der Patientengruppe mit affektiven Störungen wurden zwei Untergruppen – eine mit psychotischen Symptomen und eine ohne psychotische Symptome – gebildet. Dabei zeigte sich hinsichtlich des Gesamtwertes der Lebensqualität, dass die Patienten mit psychotischer Symptomatik signifikant höhere Werte angaben als jene ohne eine solche Symptomatik (Feicht, 2007). Zählt man die Patienten mit psychotischer Symptomatik zur Gruppe der Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis, so bestätigt sich damit erneut das Ergebnis der vorliegenden Studie. Die subjektiv höhere Lebenszufriedenheit Schizophrener mag vor dem Hintergrund überraschen, dass die objektive Lebensqualität, zu der z.B. Faktoren wie Wohn- und Arbeitsverhältnisse sowie die Einbindung in ein soziales Netzwerk zählen, bei Schizophrenen häufig niedriger beurteilt wird als dies bei Menschen mit affektiven Störungen der Fall ist (Feicht, 2007). Es stellt sich demnach die Frage, wie sich die subjektiv höhere Symptombelastung und niedrigere Lebensqualität affektiv Erkrankter

erklären lassen. Die wahrscheinlichste Ursache sind unterschiedliche kognitive Bewertungsprozesse zwischen beiden Erkrankungsgruppen (Maurer et al., 2006). Dysfunktionale Kognitionen, die als sogenannte kognitive Verzerrungen bei depressiven Menschen auftreten und den Umstand beschreiben, negative Informationen bevorzugt zu verarbeiten, gehören zu den Kernsymptomen depressiver Störungen (z.B. Tendolkar et al., 2019). Dazu gehören negative Vorstellungen über sich selbst, die Umwelt und die Zukunft; zusammengefasst werden diese bezeichnet als kognitive Trias oder Triade nach A. T. Beck (z.B. Schöpf, 2001). Demnach werden die Symptombelastung und die Lebensqualität von Patienten mit depressiven Erkrankungen subjektiv negativ verzerrt wahrgenommen. Dazu passen auch die Ergebnisse von Mondadori (2013), die in ihrer Dissertation feststellte, dass Depressive selbst die Beeinträchtigungen durch ihre Symptomatik als signifikant gravierender einschätzten als ihre Behandler. Die patientenseitigen Einschätzungen der Negativsymptomatik von schizophrenen Patienten entsprachen hingegen überwiegend den Beurteilungen der behandelnden Ärzte und einer Bezugsperson.

4.1.3.2 Aufenthaltsdauer

Die Verweildauer in der Tagklinik war nur hinsichtlich des Ausmaßes der Veränderung zweier Maße relevant: Zum einen konnten Patienten, die kürzer in der Tagklinik waren, in der Aufgabe „Augenzeuge“ des COGPACK-Programms größere Verbesserungen erzielen als die Patienten, die eine längere Behandlungsdauer aufwiesen. Dieser Umstand geht vermutlich zum Großteil auf Übungseffekte zurück. Die „Augenzeuge“-Szenarien unterscheiden sich zwar voneinander, die Art der gestellten Fragen ist jedoch sehr ähnlich und die Patienten können sich während der Präsentation der Szene schon auf bestimmte Aspekte, die vermutlich nach der Darstellung der Szene erfragt werden, konzentrieren. Zum anderen gaben Patienten mit einer längeren Verweildauer in der Tagklinik des LMU Klinikums eine höhere Zufriedenheit mit ihren sozialen Beziehungen an als die Patienten, die kürzer behandelt wurden. Dazu ließe sich vermuten, dass die Patienten durch den längeren Aufenthalt mehr Abstand zu vorher konfliktreichen Beziehungen gewinnen konnten und so eine größere Zufriedenheit erlebten. Da diese beiden Veränderungen die einzig signifikanten waren, ist festzuhalten, dass die Aufenthaltsdauer als alleinige Variable hinsichtlich des Ausmaßes der Veränderungen eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Diese Erkenntnis passt zu der von Jans (2014) in ihrer Dissertation getroffenen Aussage: Die Effekte der Behandlungsdauer alleine seien kaum erfassbar, da diese „immer ein Bündel aus Zeit, therapeutischen Interventionen und Patientenmerkmalen“ (Jans, 2014, S.89) umfassen. Betrachtet man die Behandlungsdauer separat, so finden sich in der Literatur Hinweise auf Ober- und Untergrenzen der Verweildauer in psychiatrischen Einrichtungen. Helmchen (2007) beschreibt als Folgen einer zu kurzen (vollstationären) Behandlung einerseits die Verschlechterung der Behandlungsbedingungen und andererseits bzw. als mittelbare Folge dessen, eine deutliche Steigerung der Wiederaufnahmeraten. Auf der anderen Seite scheint auch eine zu lange Behandlungsdauer nicht sinnvoll zu sein. Kopta (2003) würdigt in seinem Artikel die Arbeit von Howard und Kollegen, welche mit

dem Aufwands-Wirkungsmodell (dose-effect relationship) einen wesentlichen Beitrag zur Psychotherapieforschung leisteten. Das Modell besagt, dass sich zu Beginn einer psychotherapeutischen Intervention zügig deutliche Verbesserungen einstellen. Mit zunehmender Dauer der Behandlung benötigt es jedoch sehr viel mehr Aufwand, um noch weitere (kleinere) Verbesserungen erzielen zu können (Kopta, 2003). In der Mitte der beiden Extreme findet sich vermutlich eine *optimale* Behandlungsdauer, welche von vielen Faktoren abhängen wird und weiterer Forschung bedarf (Jans, 2014).

4.1.3.3 Alter

Ältere Patienten erlebten einen deutlicheren Rückgang der gegenwärtigen Angst als jüngere Patienten. Dabei lag der Wert der erlebten Angst zu Beginn der Behandlung bei Älteren höher und nahm im Verlauf der Behandlung in einem Ausmaß ab, dass beide Altersgruppen am Ende des Aufenthalts sehr ähnliche Werte im State-Teil des STAI aufwiesen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass die älteren Patienten durch die neue Situation in der Tagklinik eine größere Verunsicherung zu Beginn erlebten als die jüngeren Patienten. Denkbar ist auch, dass die älteren von den Interaktionen mit den jüngeren Patienten profitieren konnten und sich so ihr Ausmaß erlebter Angst an das der jüngeren Patienten anpasste. Dazu passen die Hinweise, dass die Separierung älterer psychisch Kranker nicht sinnvoll ist und das Zusammenleben von Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen – also z.B. auch dementer Patienten – zu einem positiven Stationsklima beiträgt (Stoppe und Kipp, 2006).

Ältere Patienten gaben zudem eine größere Zunahme des körperlichen Wohlbefindens durch den tagesklinischen Aufenthalt an als jüngere Patienten. Dies könnte damit zusammenhängen, dass ältere Patienten sich in ihrem häuslichen Umfeld weniger körperlich betätigen als sie dies in der Tagklinik tun. Neben den physiotherapeutischen Angeboten sind die Patienten auch bereits durch den täglichen Hin- und Rückweg zur Klinik sowie das Wahrnehmen der unterschiedlichen Therapien in verschiedenen Räumlichkeiten viel in Bewegung. Die Verbesserung des körperlichen Zustands älterer Patienten ist wesentlicher Bestandteil geriatrischer Tageskliniken und hilft u.a. bei der (Wiederherstellung und) Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und Selbsthilfefähigkeit dieser Patienten (Platt et al., 1990). Für jüngere Patienten ändert sich hingegen mutmaßlich weniger hinsichtlich ihrer körperlichen Aktivität, sodass der Unterschied für diese Patientengruppe geringer ausfällt.

Der dritte Unterschied zwischen den beiden Altersgruppen bestand darin, dass jüngere Patienten eine deutlichere Steigerung der Reaktionsgeschwindigkeit als ältere Patienten bei einer Aufgabe aus dem COGPACK-Programm erzielen konnten. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Resultaten von Handschuh (2020), der in seiner Dissertation untersuchte, inwiefern sich durch erfolgreiches Abrufen ein Lerneffekt (Testeffekt) einstellt und wie sich dieser zwischen Älteren und Jüngeren unterscheidet. Handschuh (2020) konnte aufzeigen, dass ältere

Studienteilnehmer weniger von dem sogenannten Testeffekt profitieren als jüngere – zumindest bei Aufgaben zur Prüfung des Gedächtnisses und der verbalen Abstraktionsfähigkeit. Bei anderen Aufgaben zeigte sich kein Alterseffekt. Somit könnte bei den vorliegenden Daten der größere Testeffekt bei jüngeren zu einer stärkeren Verbesserung im Vergleich zu den älteren Patienten beigetragen haben. Bei genauer Betrachtung der absoluten Werte fällt jedoch auf, dass die Veränderung bei den jüngeren Patienten geringen Ausmaßes ist (im Mittel 0.63 Sekunden) und sich nur bei einer Aufgabe nachweisen lässt.

Das Alter scheint demnach insgesamt kein entscheidendes Unterscheidungskriterium hinsichtlich der Größe der Veränderungen zu sein, da sich über die genannten Variablen hinaus keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen jüngeren und älteren Patienten zeigten. Dies passt zu den Ergebnissen von Krüger (2015), der bei der Evaluation der Tagesklinik in Friedrichshafen keine Korrelation zwischen dem Ausmaß der Reduktion der Symptombelastung und der Variable Alter feststellen konnte. Ortmann (2006) berichtete hingegen, dass depressive ältere Patienten weniger von der Behandlung profitierten als depressive jüngere Patienten (Gesamt-Pathologie SCL-90-R). Weitere Befunde zum Einfluss des Alters auf Veränderungsprozesse im tagesklinischen Setting ließen sich nicht finden.

4.1.3.4 Geschlecht

Bevor Inhaltliches zur Rolle des Geschlechts diskutiert wird, folgt zunächst eine wichtige Anmerkung bezüglich der dichotomen Erfassung der Variable Geschlecht (männlich / weiblich). In Anbetracht der Gleichbehandlung sollte die dritte Option „divers“ bei Fortführung der Evaluation ergänzt werden, da die Existenz von mehr als zwei Geschlechtern und damit die Aufgabe des binären Geschlechtermodells in Deutschland anerkannt ist (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2021). Durch die Ergänzung um die Möglichkeit „divers“ sollte auch intersexuellen Menschen die Möglichkeit gegeben werden, eine für sie passende Kategorie der Variable Geschlecht ankreuzen zu können.

Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmern bei der Ausprägung der depressiven Symptomatik (BDI), der Zufriedenheit mit dem psychischen Wohlbefinden, der Fehleranzahl bei einer COGPACK-Aufgabe („Vergleiche“) und der Betätigungsperformanz, und zwar sowohl hinsichtlich der Performanz als auch der Zufriedenheit mit dieser. Das Geschlecht spielt damit bei einigen Faktoren eine entscheidende Rolle bezogen auf das Ausmaß der Veränderungen, wobei bei der vorliegenden Untersuchung Patientinnen jeweils die größeren Veränderungen erlebten. Auch bei Brüggemann (2010) war das Ausmaß der Veränderungen bei der Symptombelastung (Gesamtwert und Unterskalen der SCL-90-R) bei Frauen größer als bei Männern und die Frauen gaben zu Beginn höhere Werte an als die Männer, was ebenfalls den Ergebnissen dieser Dissertation entspricht. In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse einer Vergleichsstudie zwischen fünf deutschen Tageskliniken. Die Autoren

konnten zeigen, dass bei Frauen der Unterschied zwischen Prä- und Post-Messung bezogen auf die allgemeine Symptombelastung tendenziell größer ausfiel als bei Männern. Dieser Unterschied wurde jedoch nicht statistisch signifikant (Krüger et al., 2016). Pausch et al. (2017) konnten in ihrem Vergleich zwischen tagesklinischem und vollstationärem Setting zeigen, dass Frauen am Ende der tagesklinischen Behandlung eine größere Steigerung des sozialen Funktionsniveaus als nach stationärer Behandlung erreichten. Bei Männern ließ sich diesbezüglich kein Unterschied zwischen den Behandlungsformen finden. Auch Priebe et al. (2011) führen das weibliche Geschlecht als einen Entscheidungsgrund für einen tagesklinischen Aufenthalt an, da Frauen stärker davon zu profitieren scheinen als von einem stationären Aufenthalt. Riecher-Rössler (2001) beschäftigt sich in ihrem Buchbeitrag mit Geschlechtsunterschieden bei Schizophrenen und berichtet von tendenziell besseren Verläufen bei Frauen. Doch nicht durchgängig zeigen sich Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten: Was bereits bei den Variablen Diagnose und Alter beschrieben wurde, wiederholt sich auch für die Variable Geschlecht bei der Evaluation der Tagesklinik in Friedrichshafen. Krüger (2015) fand keine Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Reduktion der Symptombelastung und dem Geschlecht der Patienten. Auch bei Kremminger et al. (2018) zeigten sich keine Geschlechtereffekte bezogen auf das Ausmaß der Veränderungen durch einen tagesklinischen Aufenthalt.

Auf der Suche nach Ursachen für die in der vorliegenden Evaluation festgestellten Geschlechterunterschiede finden sich bei Riecher-Rössler (2001) gleich drei Möglichkeiten: Ein besseres Ansprechen (v.a. junger) Frauen auf Neuroleptika, eine höhere Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme sowie eine bessere soziale Integration von Frauen im Vergleich zu Männern. Dabei beziehen sich die genannten Punkte auf schizophrene Patienten. Diagnoseunabhängig stellten Zavorotnyy et al. (2020) in ihrer Studie übereinstimmend mit den Erklärungen von Riecher-Rössler (2001) fest, dass Frauen signifikant höhere Werte hinsichtlich des Einhaltens der medikamentösen Empfehlungen erreichten. Eine weitere Ursache für die größeren Veränderungen durch den therapeutischen Aufenthalt bei Frauen im Vergleich zu Männern könnte in Zusammenhang mit der Verarbeitung der Therapiesitzungen in der therapiefreien Zeit stehen. Die sogenannten Inter-Session-Prozesse können als innere Repräsentationen des Therapeuten oder der Therapieinhalte verstanden werden, welche vermutlich u.a. dabei unterstützen können, erlebte Affekte außerhalb der Sitzungen besser regulieren zu können (Zeeck et al., 2004). Bei einer zu Inter-Session-Prozessen durchgeführten Studie konnte festgestellt werden, dass Frauen höhere Werte bei der Skala „Wiederaufleben lassen der Therapie“ angaben als Männer (Pomnitz und Strauß, 2016). Zudem erlebten Frauen die Pausen zwischen den Therapien in einem vollstationären Setting insgesamt negativer als Männer. Dies könnte als Hinweis dafür interpretiert werden, dass Frauen sich insgesamt mehr mit den therapeutischen Themen beschäftigen, was mit der Möglichkeit zu größeren Fortschritten einhergehen kann. Diese bleiben Männern möglicherweise verwehrt, da sie in den therapiefreien Zeiten die Therapiethemen weniger bearbeiten.

4.1.4 Diskussion der Ergebnisse zur Therapiezufriedenheit

Die Behandlung in der Tagklinik des LMU Klinikums wurde von den Patienten diagnose- und bereichsübergreifend (Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot, Zufriedenheit mit den Inhalten der Gruppensitzungen, Allgemeine Erwartungen, persönliche Bedeutung für den Alltag) im oberen Durchschnittsbereich der eingesetzten Skala bewertet. Zieht man die Ergebnisse anderer Tageskliniken zum Vergleich heran, so findet sich dort meist eine etwas größere Zufriedenheit. Bei der Evaluation der Belgrader Tagesklinik, in der 15- bis 25-jährige Patienten behandelt werden, lag die Behandlungszufriedenheit beispielweise im 72.-100. Perzentil (Bradic et al., 2016). Auch bei der Evaluation eines tagesklinischen Behandlungsprogramms für Patienten mit Essstörungen in Melbourne wurde in einem von den Autoren entworfenen Fragebogen überwiegend der Maximalwert der Skala zur Behandlungszufriedenheit erreicht (Nowoweiski et al., 2011). Und auch bei der Evaluation eines tagesklinischen Behandlungsprogramms in Ohio gaben die Patienten mit einem Wert von 26.4 von insgesamt 32 möglichen Punkten eine im Vergleich höhere Zufriedenheit an (Granello et al., 1999).

Zur Therapiezufriedenheit im LMU Klinikum konnte folgender Zusammenhang festgestellt werden: Je geringer die Werte im BDI, STAI und der SCL-90-R ausfielen – also je geringer die depressive Symptomatik, die Angst und die gesamte psychische Belastung am Ende des Aufenthalts erlebt wurden – desto größer war die Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Tagklinik bzw. umgekehrt: Je höher die Werte im Fragebogen zur Therapiezufriedenheit ausfielen, desto geringer waren die Ausprägungen von depressiver Symptomatik, Angst und allgemeiner psychischer Belastung. Für die Lebenszufriedenheit fanden sich signifikant positive Korrelationen. Dies bedeutet, je höher die Werte bei den Unterskalen der Therapiezufriedenheit ausfielen, desto höher war auch die Lebenszufriedenheit bzw. je größer das Ausmaß der Lebenszufriedenheit, desto größer die Zufriedenheit mit der Behandlung in der Tagklinik. Dieses Ergebnis ist intuitiv einleuchtend und steht zum Beispiel im Einklang mit den Resultaten von Bradic et al. (2016), die bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine negative Korrelation zwischen der Therapiezufriedenheit und dem Ausmaß depressiver Symptome am Ende der tagesklinischen Behandlung berichteten.

Demnach scheint das Ausmaß der noch vorhandenen Symptomatik bei Entlassung aus der Tagklinik eine wesentliche Rolle hinsichtlich der Therapiezufriedenheit zu spielen. Welche Faktoren sind darüber hinaus wichtig? Ein Patient aus der sozialpsychiatrischen Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover äußerte sich folgendermaßen: „Ich bin überzeugt, dass das Ausfüllen von Fragebögen nichts zu meiner tatsächlichen Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis beigetragen hat.“ (35-jähriger Tagesklinik-Patient mit bipolarer Störung, Garlipp, 2008, S.60). Die Teilnahme an einer Evaluationsstudie ist für diesen Patienten hinsichtlich der Zufriedenheit also eher abträglich; denkt man an das Konzept der sozialen Erwünschtheit gilt dies aber vermutlich nicht für alle Studienteilnehmer. Krüger und Schmidt-Michel (2005) identifizierten

bei ihrer Untersuchung der Zufriedenheit mit den Gruppenangeboten der Tagesklinik in Friedrichshafen als wesentlichen Faktor die intrinsische Motivation der Patienten zur Gruppenteilnahme. Entsprechend ist zu vermuten, dass eine Steigerung der Therapiezufriedenheit durch eine Steigerung des patientenseitigen Commitments erreicht werden kann (Krüger und Schmidt-Michel, 2005). Karterud und Kollegen (1998) stellten ein computerbasiertes Programm vor, welches speziell für die tagesklinische psychiatrische Behandlung (in Norwegen) entwickelt wurde. Darin inbegriffen sind u.a. die Erfassung von Wartezeiten, Patientencharakteristika und Zufriedenheit der Patienten. Das System scheint jedoch (wenn überhaupt) nur für die norwegische Versorgung geeignet zu sein, da trotz der Veröffentlichung bereits im Jahr 1998 aktuell keine weiteren Studien zu finden sind, in denen das Computersystem zum Einsatz kam.

Die qualitative Auswertung der im Rahmen der Erfassung der Therapiezufriedenheit gegebenen Antworten auf die im Zufriedenheitsfragebogen des LMU Klinikums offenen Fragen „Was hat Ihnen besonders gut gefallen?“, „Was hat Ihnen überhaupt nicht gefallen?“ und „Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?“ könnte vermutlich Hinweise auf spezifische Verbesserungsmöglichkeiten am LMU Klinikum liefern. Möglich wären ähnliche Erkenntnisse wie bei der Untersuchung von Kaiser und Sibitz (2008) in Wien: Die Patienten mit psychotischen Erkrankungen meldeten zurück, dass sich vor allem der Umgang mit der Erkrankung, die Tagesstruktur sowie die soziale Integration verbesserten und sie mehr Lebensfreude verspürten. Als negative Erfahrungen wurden u.a. die Zunahme der Symptomatik sowie die durch Exposition mit den eigenen Beeinträchtigungen erlebte Unzufriedenheit berichtet (Kaiser und Sibitz, 2008). In der Dissertation von Klosterhuis (2008), welche die Untersuchung der Patientenzufriedenheit in einer Berliner Tagesklinik zum Thema hatte, wurden von den Patienten Änderungsvorschläge zum therapeutischen Programm verbunden mit dem Wunsch nach mehr Einzelgesprächen formuliert. Kritisch wurden die Pausenzeiten im tagesklinischen Programm bewertet (Klosterhuis, 2008). Möglich wären für das LMU Klinikum aber – aufgrund der an mehrfacher Stelle benannter Unterschiedlichkeit verschiedener Tageskliniken – auch gänzlich andere Erkenntnisse.

4.2 Diskussion von Material und Methodik

Nachdem sich die vorangehenden Kapitel mit der Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse dieser Evaluation befasst haben, folgt nun die kritische Auseinandersetzung mit den eingesetzten Materialien und der Methodik.

4.2.1 Erhebungsinstrumente

BDI. Der Einsatz des Beck-Depressions-Inventars in der ersten Version (BDI) ist kritisch zu sehen. Bereits seit 2006 existiert die deutsche Nachfolgeversion, das BDI-II, welches von Hautzinger, Keller und Kühner entwickelt wurde (Schlarb und Hautzinger, 2011). Die Gütekriterien

werden als gegeben beurteilt (Herzberg et al., 2008; Schlarb und Hautzinger, 2011) und die Vergleichbarkeit mit anderen Studien würde sich durch die Verwendung des BDI-II steigern, da dieses in vielen anderen Evaluationsuntersuchungen bereits zum Einsatz kommt. Vorteile gegenüber der Vorgängerversion bietet das BDI-II insbesondere, da nun Items einbezogen wurden, die Hinweise auf eine schwere Depression liefern können (Herzberg et al., 2008). Die Evaluation der therapeutischen Arbeit der Tagklinik des LMU Klinikums wurde seit März 2020 im Rahmen der COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden Änderungen im Tagesablauf und therapeutischen Programm pausiert, sodass der Wiedereinstieg ein guter Zeitpunkt zur Änderung bzw. Aktualisierung des Erhebungsinventars depressiver Symptome wäre.

SCL-90-R. Die in Kapitel 4.1.3.1 erwähnte niedrige diskriminante Validität der SCL-90-R gegenüber dem Gesamtwert des BDI (Prinz et al., 2008) ist Grund dafür, die Verwendung der SCL-90-R zu hinterfragen. Da hinsichtlich der Änderungssensitivität keine Unterschiede zwischen der SCL-90-R und einer ihrer Kurzversionen, der SCL-14, festgestellt werden konnten, spricht aus testtheoretischer Sicht nichts gegen eine Ablösung der SCL-90-R durch die SCL-14. Zudem kann die SCL-14 deutlich schneller bearbeitet werden und bietet damit auch ökonomische Vorteile. Einzig die Einschränkung der Vergleichbarkeit mit anderen Studien wäre ein Nachteil, wenn eine Entscheidung gegen die weitere Verwendung der SCL-90-R fiele.

COPM und OSA. Aufgrund der hohen inhaltlichen Überschneidung der beiden ergotherapeutischen Instrumente wäre es eine Überlegung wert, auf eines der beiden zu verzichten. Dadurch würde sich der Zeitaufwand für die Datenerhebung und –auswertung reduzieren und verhältnismäßig wenig Information ginge verloren. Nach Meinung der Autorin bietet das COPM durch seinen klientenzentrierten und damit sehr individuellen Aufbau einen deutlicheren Kontrast zu den weiteren verwendeten Verfahren als das OSA. Damit kann der gesamten Evaluation ein Aspekt hinzugefügt werden, der sich so in anderen Untersuchungen kaum finden lässt. Zudem wird durch die Erfassung der Zufriedenheit mit der Betätigungsperformanz eines ihrer Kernelemente explizit miterfasst. Das COPM hat außerdem den Vorteil, dass die Patienten bei der zweiten Erhebung unmittelbar ihre Veränderungen bzw. im günstigen Falle Verbesserungen vor Augen haben und sich somit auch über den eigenen Erfolg bewusst werden können. All dies kann das OSA nicht leisten.

4.2.2 Dropouts

Bei der vorliegenden Untersuchung kam es an mehreren Stellen zu Dropouts. Bereits bei Darstellung der Gesamtstichprobe (Kapitel 2.9.1) ist zu erkennen, dass ein Teil der vorliegenden Daten nicht weiterverwendet werden konnte. Dabei war die Hauptursache, dass von 34 % der Studienteilnehmer ($n = 264$) nur ergotherapeutische, aber keine psychologisch / psychiatrischen Daten vorlagen. Die Gründe für die große Differenz der Patienten, die zwar an den ergotherapeutischen, nicht aber an den neuropsychologischen Verfahren teilnahmen, sind vielfältig. Einerseits

ist die Ergotherapie fester Bestandteil des therapeutischen Konzepts der Tagklinik, sodass die Patienten in den ersten Tagen nach Aufnahme in die Klinik unabhängig von der Studienteilnahme in die ergotherapeutische Abteilung kommen. Dadurch ist der Zugriff auf die Patienten besser, evtl. notwendig werdende Alternativtermine (falls der erste, vorab festgelegte Termin nicht stattfinden konnte) können leichter gefunden werden gegebenenfalls aufgetretene Fragen oder Unklarheiten die Evaluation betreffend können unmittelbar geklärt werden. Zudem befinden sich die tagklinische und die ergotherapeutische Abteilung im LMU Klinikum in räumlicher Nähe zueinander, wohingegen die Patienten zur neuropsychologischen Abteilung einen weiteren Weg zurücklegen müssen. Dies führte möglicherweise dazu, dass bereits vereinbarte neuropsychologische Termine von den Patienten nicht eingehalten wurden. Eine weitere mögliche Ursache für die beschriebene Diskrepanz könnte der Zeitpunkt der Testung sein: In die Abteilung für Klinische Psychologie und Psychophysiologie kamen die Patienten bei Aufnahme jeweils um 13 Uhr, nachdem sie das Aufnahmeverfahren der Tagklinik durchlaufen hatten und keine weiteren Termine für diesen Tag anstanden. Die ergotherapeutischen Termine waren hingegen i.d.R. am zweiten Tag des Aufenthalts am Vormittag, an dem die Patienten sowieso in der Tagklinik waren. Damit werden für die hohe Anzahl an Dropouts an dieser Stelle v.a. strukturelle Gründe vermutet.

Es zeigt sich auch bei der weiteren Datenverarbeitung eine hohe Dropouttrate: Von den Patienten, die an den Testungen zum Aufnahme-Zeitpunkt teilnahmen, liegen nur von etwas mehr als der Hälfte auch Daten zum Zeitpunkt der Entlassung vor (54 %). Einen ähnlichen Wert berichten Brown et al. (2020), die Patienten mit einer Essstörung in einem tagesklinischen Programm untersuchten: 59 % der Patienten, die bei der ersten Erhebung mitgemacht hatten, nahmen an der Post-Messung teil. Diese Zahl passt auch zu den Untersuchungen von Garlipp und Kollegen (2001). Die Autoren stellten bei der Analyse der innerhalb eines Jahres in eine psychiatrische Tagesklinik aufgenommenen Patienten fest, dass bei 52.3 % die Behandlung zu einem vorzeitigen Ende kam. Entsprechend beendeten weniger als die Hälfte der Patienten den Aufenthalt wie geplant. Auch bei Liebherz et al. (2012) überstieg die Anzahl der Dropouts mit 60.8 % die Anzahl der Patienten, die die tagesklinische Behandlung regulär beendeten (39.2 %). Bei der Evaluation von fünf Tageskliniken in Deutschland von Krüger und Kollegen (2016) zeigten sich schwankende Dropoutraten, wobei bei einer Tagesklinik ein Datenverlust von fast 67 % berichtet wird. Demnach zeigt sich in unterschiedlichen Kliniken, dass zum Entlasszeitpunkt weniger Daten vorliegen als bei Beginn der Behandlung. Granello und Kollegen (1999) benennen den Datenverlust bei einem Prä-Post- (und evtl. Follow-up-) Design als bekanntes und anhaltendes Problem. Auch Garlipp et al. (2001) kommen zu dem Schluss, dass der hohe Anteil an vorzeitigen Therapiebeendigungen wohl etwas sei, womit Tageskliniken „leben“ müssten (Garlipp et al., 2001, S.266). Die Autoren beschäftigten sich mit den Ursachen für das vorzeitige Beenden einer tagesklinischen Behandlung – als einen Grund für fehlende Daten zum Entlasszeitpunkt – und plädierten dabei für eine differenzierte Betrachtungsweise. Sie schlagen eine Einteilung in verschiedene

Kategorien vor. Dabei steht Kategorie A für einen Behandlungsabbruch des Patienten ohne Rücksprache mit den Behandlern, Kategorie B für einen Behandlungsabbruch des Patienten gegen die professionelle Empfehlung, jedoch mit einem Entlassgespräch. Zu Kategorie C gehört das vorzeitige Behandlungsende auf Wunsch des Behandlers und zu Kategorie D die vorzeitige Beendigung der Therapie in beiderseitigem Einverständnis. Zudem führen Garlipp et al. (2001) mögliche Gründe für den Behandlungsabbruch auf Seiten des Patienten auf, wie etwa Überforderung, andere Erwartungen und Konflikte mit Mitpatienten oder Behandelnden. Insgesamt scheint die vorgeschlagene Einteilung sinnvoll zur Erfassung vorzeitiger Entlassungen. Für die Evaluation der Tagklinik des LMU Klinikums sollte zusätzlich erhoben werden, warum Patienten (trotz regulärem Beenden der Therapie) nicht zur Post-Messung erscheinen.

4.2.3 Einteilung in die Erkrankungsgruppen

Wie in Kapitel 2.7 beschrieben, wurden lediglich die psychiatrischen Hauptdiagnosen und keine Nebendiagnosen erfasst. Diese Beschränkung erlaubte die klare Einteilung in zwei Erkrankungsgruppen und bot eine bessere Übersichtlichkeit. Auf der anderen Seite entstand durch diese Entscheidung ein Informationsverlust. Der Hauptgrund für den Verzicht auf die Kodierung von Nebendiagnosen war die nicht standardisierte Diagnosestellung. Die Kodierung einer bestimmten Diagnose bedeutet daher nicht unbedingt, dass keine weiteren Symptome vorhanden waren. Zudem folgte die Entscheidung für die Vergabe mehrerer Hauptdiagnosen gegenüber der Entscheidung, eine Hauptdiagnose und zusätzliche Nebendiagnosen zu stellen, keiner einheitlichen Regelung. Bei manchen Patienten konnte die Diagnostik auch nicht vollständig abgeschlossen werden, sodass neben der zuerst aufgeführten Diagnose gelegentlich auch eine mögliche Differentialdiagnose im Entlassbrief, der zur Kodierung der Diagnosen im Rahmen dieser Evaluation herangezogen wurde, genannt war. Letztlich erschien die Beschränkung auf die Hauptdiagnose(n) sinnvoll und praktikabel.

Bereits bei Betrachtung der Darstellung der Diagnosen (Kapitel 2.9.2.2, Kapitel 2.9.3.2) inklusive der Komorbiditäten fallen Überschneidungen zwischen den beiden Haupterkrankungsgruppen auf: Einige der Patienten, die der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen zugeordnet wurden, hatten komorbid eine affektive Erkrankung (postschizophrene Depression, depressive Episode). Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei einigen Patienten der beiden Hauptgruppen Nebendiagnosen kodiert wurden, die zur jeweils anderen Gruppe gehört hätten. Dies scheint insbesondere für die Gruppe der Schizophrenen nicht unwahrscheinlich, da z.B. Upthegrove et al. (2017) angeben, dass die Prävalenz einer depressiven Erkrankung bei Schizophrenen bei etwa 40 % liegt. Die von Kraepelin formulierte Dichotomie psychischer Erkrankungen in die *Dementia praecox* und das „manisch-depressive[s] Irresein“ (Häfner, 2010, S.4) ging ihrer Definition zufolge mit einem gegenseitigen Ausschluss bestehender Symptome einher. Depressive Erkrankungen im Rahmen schizophrener Störungen stellen demnach das von

Kraepelin geprägte kategoriale Krankheitsverständnis vor Herausforderungen (Upthegrove et al., 2017). Um das gleichzeitige Bestehen beider Störungsbilder zu erfassen, wurden zunehmend „Zwischendiagnosen“ benannt, wie etwa schizoaffektive Störungen (Häfner, 2010). Ausgehend von den beschriebenen Überschneidungen (s. auch Kapitel 4.1.2.1) zwischen depressiven und schizophrenen Erkrankungen stellen Maurer und Kollegen (2006) die Frage, ob beide Störungen den gleichen Ursprung haben könnten. Für diese These sprechen u.a. gemeinsame neurobiologische Risikofaktoren (Maurer et al., 2006). Die Depression könnte laut den Autoren die mildere Ausprägung der Schizophrenie darstellen und die Schizophrenie die Reaktion des Gehirns auf fortgeschrittene schwere Dysfunktionen (Maurer et al., 2006). Schizophrene und affektive Störungen werden heutzutage laut Häfner als „hierarchisch strukturierte[r] psychopathologische[r] Reaktionsmodule des menschlichen Gehirns“ (Häfner, 2010, S.21) verstanden. Demnach wird das kategoriale Krankheitsverständnis mehr und mehr von einer dimensionalen Vorstellung abgelöst. Damit wird sich die Einteilung in einerseits affektive und andererseits schizophrene Diagnosen in dieser Form vermutlich in Zukunft verändern. Die Aussagen dieser Evaluationsstudie, die sich an dem gegenwärtig gültigen Ordnungssystem orientieren, bleiben jedoch weiterhin gültig.

4.3 Limitationen

Bevor sich am Ende dieser Arbeit ein Fazit findet, werden zunächst noch einige Punkte diskutiert, die die Aussagekraft der vorgestellten Ergebnisse möglicherweise einschränken.

Quasiexperimentelles Design. Das Fehlen einer Kontrollgruppe, welches ein Hauptkriterium eines quasiexperimentellen Versuchsaufbaus ist (Bierhoff und Rudinger, 1996), stellt wohl die zentrale Einschränkung der vorliegenden Evaluationsstudie dar. Die fehlende Kontrollgruppe ist bei der Evaluationsforschung in der Praxis (leider) ein häufiges Problem, da finanzielle, personelle oder zeitliche Rahmenbedingungen die Implementierung einer Kontrollgruppe erschweren (Bortz und Döring, 2003). Hinzu kommen oft ethische Bedenken – verbunden mit der Frage, ob man bereit ist, jemandem, der auf Hilfe angewiesen ist, diese nicht in der bestmöglichen Form zu gewähren. Thielen (2010) führt zur Begründung der fehlenden Kontrollgruppe in ihrer Arbeit an, dass im Rahmen von Evaluationen tagesklinischer Behandlungen die Umsetzung von (Warte-)Kontrollgruppen aus ethischen Gründen und der Versorgungspflicht unmöglich sei. Wunner et al. (2018) operationalisierten eine Kontrollgruppe über eine Wartezeit von fünf Wochen vor Beginn der Behandlung, welche dann auch dem Zeitraum der Behandlung entsprach, und zeigten damit, dass auch im Rahmen der Evaluationen tagesklinischer Therapien die Umsetzung von Kontrollgruppen möglich ist. Dies steht entgegen der Meinung von Rüger und Senf (1994), die betonen, dass „Echte Kontrollgruppenbedingungen für wirklich behandlungsbedürftige Patienten [...] heute nicht mehr herstellbar...“ seien (Rüger und Senf, 1994, S.107). Die praktische Umsetzbarkeit eines Untersuchungsdesigns angelehnt an Wunner et al. (2018) in der Tagklinik des

LMU Klinikums wäre schwierig bis unmöglich, v.a., da es keinen fest definierten Behandlungszeitraum gibt, sondern dieser sich individuell an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Durch das Fehlen einer Kontrollgruppe kann nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten ohne Behandlung ähnliche Verläufe aufweisen könnten, womit eindeutige kausale Rückschlüsse nicht gezogen werden dürfen (Döring, 2014). Insbesondere die interne Validität ist demnach beeinträchtigt (Reichardt, 2009). Der Umstand, dass nur eine einzelne Gruppe untersucht wurde, kann auch dazu führen, dass die Effektstärken größer ausfallen als dies bei kontrollierten Studien der Fall ist, u.a., da Veränderungen einer Kontrollgruppe (z.B. Spontanremission) nicht miteinbezogen werden können (Maier-Riehle und Zwingmann, 2000). Der Umstand der höheren Effektstärken ist auch für die vorliegende Arbeit nicht sicher auszuschließen. Campbell (1968) betont jedoch, dass auch quasiexperimentelle Designs einen wertvollen Beitrag zum wissenschaftlichen Fortschritt leisten können, wenn auf die Besonderheiten geachtet werde. Zudem gibt er zu bedenken, dass in der Praxis kein experimentelles Vorgehen perfekt ausgeführt werde, selbst wenn die Rahmenbedingungen höheren methodischen Standards entsprechen (Campbell, 1968). Ein Vorteil des quasiexperimentellen Designs ist die Sicherstellung der externen Validität (Bortz und Döring, 2003). Durch das Bestehen auf eine Kontrollgruppe kann diese eingeschränkt werden, da die Evaluation in einem weniger natürlichen Umfeld durchgeführt wird (Bortz und Döring, 2003). Die Autorin folgt der Einschätzung Campbells (1968), der hervorhebt, dass auch anhand eines quasiexperimentellen Designs plausible Annahmen getroffen werden können. Schließlich führt auch die korrekte Operationalisierung einer quasiexperimentellen Untersuchung zu vielen Herausforderungen, wie Vogel (1999) zur Evaluation tagesklinischer Therapien aufzeigt: „Unterschiedliche TherapeutInnen arbeiten mit unterschiedlichen therapeutischen Methoden mit einer äußerst heterogenen PatientInnengruppe, die zusätzlich miteinander, mit Pflegekräften und sonstigem Klinikpersonal interagiert und gleichzeitig pharmakologisch behandelt wird: Ein sauberes, quasiexperimentelles Design scheint unmöglich.“ (Vogel, 1999, S.328).

Spezifisches Instrument zur Erfassung schizophrener Symptome. Obwohl viele Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis an der Evaluation teilnahmen und dies auch zu erwarten war, wurde kein spezifisches Instrument zur Erfassung schizophrener Symptomatik eingesetzt. Die Erfassung schizophrener Symptome scheint schwieriger umsetzbar als dies bei anderen psychischen Symptomen der Fall ist (Müller et al., 2000). Maß et al. (1997) beschäftigten sich mit der Validität verschiedener Erhebungsinstrumente zur Erfassung sogenannter schizophrener Basissymptome. Diese Basissymptome werden bei Maß et al. (1997) uneindeutig definiert, da sie einerseits mit schizophrener Negativ-, aber auch mit schizophrener Positivsymptomatik assoziiert werden. Als Erhebungsinstrumente werden der von Süllwold (1986) entwickelte Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF) und die Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) von Gross et al. (1987) vorgestellt. Der FBF wird dabei als teilweise diagnostisch unspezifisch eingeordnet, was sich in ähnlicher Form auch in der kritischen Auseinandersetzung

von Teusch (1984) zeigt. Dort wird der FBF als Instrument bezeichnet, mit dessen Hilfe sich anhand uncharakteristischer Beschwerden das „Ausmaß der psychophysischen Gestörtheit“ (Teusch, 1984, S.310) erfassen ließe. Damit scheint der FBF ungeeignet, um spezifische schizophrene Symptome messen zu können. Für die BSABS, die in Interviewform durchgeführt wird, wird als negativer Aspekt ein sehr großer zeitlicher Aufwand angeführt (Maß et al., 1997), womit auch sie für die Verwendung im Rahmen der vorliegenden Evaluation unbrauchbar erscheint. Die Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), die von Kay und Kollegen im Jahr 1987 erstveröffentlicht wurde, ist eines der weltweit am häufigsten eingesetzten Erhebungsinstrumente bei Schizophrenen (Müller et al., 2000). Sie ist ein Fremdbeurteilungsverfahren, welches für erfahrene Kliniker konzipiert wurde (Bunk, 2011). Zur Durchführung werden in etwa 60 Minuten benötigt und das Fehlen deutscher Normen schränkt die Gültigkeit ein (Bunk, 2011). Damit scheidet auch die PANSS für die vorliegende Evaluation aus. Auch im Rahmen anderer Therapieevaluations kommen spezifische Verfahren zur Erfassung der schizophrenen Symptomatik kaum zum Einsatz. Selbst bei einer Untersuchung an der nur (chronisch) Schizophrene teilnahmen, wurde zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik mit der Brief Psychiatric Rating Scale kein spezifisches Verfahren zur Erfassung schizophrener Symptomatik eingesetzt (Kaiser und Priebe, 1998). Letztlich entstand aus der Literatur der Eindruck, dass ein den Gütekriterien entsprechendes und für die vorliegende Evaluation angemessenes Erhebungsinstrument für die schizophrene Symptomatik schwierig zu finden ist.

Änderung von Medikation und Erfassung von Lebensereignissen. Die Änderung der medikamentösen Behandlung und besondere Ereignisse im Leben der Patienten wurden nicht erfasst, obwohl auch diese Faktoren Einfluss auf die Ergebnisse haben könnten. Die psychopharmakologische Therapie wurde im Rahmen dieser Evaluation nicht erhoben, da sie nicht im Zentrum des Forschungsinteresses stand. Damit wurden auch Änderungen der Medikation zwischen Prä- und Post-Messung nicht gemessen, obwohl denkbar ist, dass diese sich z.B. auf die kognitive Leistungsfähigkeit ausgewirkt haben könnten. Ebenso wurde kritischen Lebensereignissen der Patienten keine Beachtung im Rahmen dieser Studie geschenkt. Diese Entscheidung fiel primär aus ökonomischen Gründen, da die Erfassung beider Faktoren extrem viele Zusatzvariablen bedeutet hätte und der Verzicht darauf inhaltlich vertretbar schien und scheint. Die Erfassung aller denkbaren Variablen war nicht das Ziel dieser Evaluation.

Subjektive Erfassung der affektiven Symptomatik. Eine weitere Einschränkung ist die Erfassung der affektiven Symptomatik ausschließlich mittels Selbsteinschätzungsinstrumenten. Dies bringt zum einen den Aspekt der Veränderung der Antworten in Richtung sozialer Erwünschtheit mit sich, zum anderen ist das Ausfüllen von Fragebögen für psychiatrische Patienten häufig eine ungeliebte Aufgabe (s. Zitat des Tagesklinik-Patienten aus Hannover in Kapitel 4.1.4 zur Therapiezufriedenheit). Das kann darin begründet sein, dass das Beantworten der Fragen bzw. Einschätzen der Aussagen an sich als sehr anstrengend erlebt wird (z.B. durch

Konzentrationsschwierigkeiten), aber auch daran, dass einige Patienten Vorbehalte demgegenüber haben, was mit ihren Angaben geschehen könnte (Garlipp, 2008). Beides kann zur Folge haben, dass die Fragebögen nicht so sorgfältig ausgefüllt werden, wie es im besten Falle sein könnte. Die subjektiven Informationen sind trotzdem unverzichtbar, da das eigene Erleben zunehmend den Ausschlag dahingehend gibt, ob eine therapeutische Intervention als wirksam beurteilt wird oder nicht (z.B. Neustädter et al., 2018). Möglich wäre die Ergänzung um eine standardisierte Erfassung der Einschätzung der Fachspezialisten.

4.4 Fazit

Mit der Gründung der ersten psychiatrischen Tageskliniken in Deutschland in den 1960er Jahren wurde hierzulande der Grundstein für ein Behandlungssetting gelegt, welches heutzutage aus der Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen nicht mehr wegzudenken ist. Tageskliniken sind die wichtigsten Vertreter teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten. Es lassen sich besondere Rahmenbedingungen feststellen, welche mit spezifischen Wirkfaktoren einhergehen. Wesentlich scheint dabei v.a. das gleichzeitige Bestehen eines einerseits dichten therapeutischen Milieus und andererseits der Verbleib im sozialen Netz, wodurch u.a. die Übertragung des in der Therapie Erlernten nahezu unmittelbar geschehen kann. Die Ziele tagesklinischer psychiatrischer Behandlung sind vielseitig; die (Re-)Integration in das Arbeitsleben wird in Abgrenzung zu anderen Behandlungssettings häufig als besondere Aufgabe tagesklinischer Behandlung bezeichnet. Ein tagesklinischer Aufenthalt kann für Patienten unterschiedlicher Diagnosen hilfreich sein, sofern einige „Grundvoraussetzungen“ (u.a. ausreichende Motivation, ausreichende Steuerungsfähigkeit) erfüllt sind. Die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung konnte in zahlreichen Untersuchungen belegt werden, aufgrund der Einzigartigkeit jeder Tagesklinik lassen sich Wirksamkeitsnachweise zwischen unterschiedlichen Einrichtungen jedoch nur in sehr begrenztem Umfang übertragen.

Für die therapeutische Arbeit der Tagklinik des LMU Klinikums lag bisher noch keine ausführliche Evaluation vor; die vorliegende Dissertation schließt diese Lücke. Die Ziele dieser Arbeit waren die Beantwortung der Fragen, wer in die Tagklinik aufgenommen wird, wie sich die therapeutische Arbeit der Tagklinik auf Symptomatik und damit verbundene Faktoren auswirkt und ob bestimmte Parameter (Erkrankung, Aufenthaltsdauer, Alter, Geschlecht) mit besonders deutlichen Verbesserungen im Therapieverlauf einhergehen. Zudem wurde die Rolle der Therapiezufriedenheit untersucht. Es wurde vermutet, dass mehr Frauen als Männer in die Tagklinik aufgenommen werden und affektive Störungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die beiden am häufigsten vergebenen Diagnosen sein werden. Bezogen auf den Therapieverlauf wurde angenommen, dass durch die therapeutische Arbeit der Tagklinik eine Reduktion von depressiver Symptomatik, Angst und allgemeiner Symptombelastung sowie eine Zunahme von Lebenszufriedenheit, kognitiver Leistungsfähigkeit, emotionalen Kompetenzen und

der Betätigungsperformanz erzielt werden kann. Diese Verbesserungen sollten für alle Patienten – unabhängig von ihrer Diagnose – eintreten. Hinsichtlich der Therapiezufriedenheit wurde vermutet, dass diese mit der Besserung von Symptomatik und Lebenszufriedenheit in Zusammenhang steht.

Zur Beantwortung der gestellten Fragen und Überprüfung der Hypothesen wurden die Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums aus den Jahren 2015 bis 2020 bei Aufnahme und kurz vor Entlassung untersucht. In diesem Zeitraum wurden mehr Männer als Frauen behandelt und die meisten der Patienten litten unter affektiven Störungen oder Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Bei Aufnahme in die Tagklinik waren die depressive Symptomatik, die Angst und die Gesamtbelastung hoch ausgeprägt. Zudem lagen die Lebenszufriedenheit und die Betätigungsperformanz der Patienten im niedrigen Bereich, sodass von einem bestehenden Behandlungsbedarf ausgegangen werden konnte. Nachdem die Patienten im Mittel etwa sieben Wochen in der Tagklinik behandelt wurden, konnten signifikante Rückgänge von depressiver Symptomatik, Angst und allgemeiner Symptombelastung festgestellt werden. Zudem stieg die Lebenszufriedenheit aller Patienten signifikant an, ebenso wie die Betätigungsperformanz, die in Zusammenhang mit einem erfolgreichen Meistern des Alltags steht. Die kognitive Leistungsfähigkeit verbesserte sich in Teilbereichen. Die emotionalen Kompetenzen, erfasst mit einem filmischen Verfahren, veränderten sich nicht signifikant zwischen beiden Messzeitpunkten.

Neben der Auswertung der Gesamtstichprobe der Patienten wurden auch Subgruppen untersucht, um festzustellen, ob es Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes an Veränderungen gibt. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Patienten mit affektiven Störungen deutlichere Verbesserungen der depressiven Symptomatik, der allgemeinen Symptombelastung und der Lebenszufriedenheit berichteten als die Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. Es fiel auf, dass affektiv Erkrankte in jedem der genannten Bereiche eine höhere Belastung sowohl zu Beginn als auch am Ende der Behandlung angaben, was vermutlich durch unterschiedliche Bewertungsprozesse beider Erkrankungsgruppen zu erklären ist. Die Aufenthaltsdauer und das Alter der Patienten hatten nur wenig Einfluss auf Veränderungen im Therapieverlauf. Das Geschlecht hingegen stellte bei einigen Faktoren ein Differenzierungsmerkmal dar, wobei Frauen durchgehend deutlichere Veränderungen berichteten. Mögliche Ursachen dafür könnten ein unterschiedliches Ansprechen auf die Medikation oder auch unterschiedlich ablaufende Inter-Session-Prozesse zwischen beiden Geschlechtern sein.

Die eingesetzten Erhebungsinstrumente sind im Rahmen von Evaluationsprojekten in ihrer Zusammenstellung einzigartig und sie erlauben neben den „üblichen“ Outcome-Maßen auch die Erfassung von Veränderungen der emotionalen Kompetenzen und der Betätigungsperformanz, was eine Stärke dieser Evaluation ist. Anpassungen der Erhebungsinstrumente, wie der Einsatz einer verkürzten Form der SCL-90-R und die Beschränkung auf ein Verfahren zur Messung der Betätigungsperformanz, werden diskutiert. Die hohe Anzahl an Dropouts, die auch in anderen

Evaluationen ein häufiges Problem zu sein scheint, ist zum Teil auf strukturelle Ursachen zurückzuführen. Hinsichtlich der Einteilung in die Erkrankungsgruppen ergeben sich Fragen bezüglich der Differenzierungsfähigkeit der Kategorien „affektive Störung“ und „Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis“. Im Rahmen dieser Arbeit sollen diese Überlegungen dargestellt werden ohne den Anspruch, eine Antwort oder Lösung bezüglich des Umgangs mit sich überlappenden Störungsbildern zu liefern.

Das quasiexperimentelle Design dieser Studie ohne Kontrollgruppe stellt eine Limitation dar, da dadurch die Wirksamkeit der tagesklinischen Behandlung nicht uneingeschränkt als gegeben beurteilt werden kann. Trotzdem lassen sich plausible Annahmen hinsichtlich der Effektivität eines Aufenthalts in der Tagklinik des LMU Klinikums treffen. Die Vergleichbarkeit mit den Resultaten anderer Tageskliniken ist aus vielerlei Gründen begrenzt und es lassen sich aus dieser Untersuchung auch keine generellen Schlüsse auf die Wirksamkeit tagesklinischer psychiatrischer Behandlung ziehen. Dies war auch nicht der Anspruch dieser Arbeit.

Für die Fortführung der Evaluation der Tagklinik des LMU Klinikums wäre die weitere Erhebung von Katamnesedaten wichtig, um die klinische Aussagekraft der hier vorgestellten Ergebnisse zu steigern. Zudem könnte die qualitative Auswertung der offenen Fragen am Ende des Aufenthalts relevante Informationen hinsichtlich möglicher Verbesserungen liefern. Die Analyse der Dropouts könnte zudem dazu beitragen, mehr Patienten eine angemessene Behandlung zukommen zu lassen.

Letztlich ist festzuhalten, dass die therapeutische Arbeit der Tagklinik des LMU Klinikums diagnoseübergreifend zu deutlichen Verbesserungen in den Bereichen Symptomatik, Lebenszufriedenheit und Betätigungsperformanz führt. Dank dieser Dissertation gelingt es, das Vorhaben der Tagklinik nicht bloß als dahin gesagten Slogan, sondern als wissenschaftlich fundierte Aussage zu bewerten: Die Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums kehren „Mit Schwung zurück in den Alltag“!

Literaturverzeichnis

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., Gramaglia, C., Brustolin, A., Campisi, S., De-Bacco, C., Amianto, F. & Fassino, S. (2012). Emotions in Eating Disorders: Changes of Anger Control After an Emotion-focused Day Hospital Treatment. *European Eating Disorders Review*, 20, 496-501.
- Aigner, M., Förster-Streffleur, S., Prause, W., Freidl, M., Weiss, M. & Bach, M. (2006). What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 81-86.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021). *Frau – Mann - Divers: Die „Dritte Option“ und das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz*. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ThemenUndForschung/Geschlecht/Dritte_Option/Dritte_Option_node.html
- Assmann, J. (2003). *Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen*. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Baggaley, M. (2008). Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23, 201-209.
- Baier, D., Mader, J., Grundschober, G. & Aigner, M. (2016). Angstbewältigung. Erhebungs- und Interventionsmöglichkeiten bei Alltagsproblemen an einer psychiatrischen Tagesklinik. *psychopraxis. neuropraxis*, 19, 118-121.
- Balzer, L., Frey, A. & Nenninger, P. (1999). Was ist und wie funktioniert Evaluation? *Empirische Pädagogik*, 13 (4), 393-413.
- Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammer, V. & Wolenski, J. (2011). Benutzerhandbuch für das Occupational Self Assessment (OSA): Ein Selbsteinschätzungsinstrument. (Version 2.2). In U. Marotzki, C. Mentrup & P. Weber (Hrsg.), *Wissenschaftliche Reihe: Assessments*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21, 37– 46.
- Baumeister, V. (2007). *Wie erleben Patienten das Stationsklima? Ein Vergleich tagesklinischer und stationärer Psychotherapie*. Dissertation. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Abgerufen von: freidok.uni-freiburg.de
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bernard, F. (2012). *Vergleich der Behandlungs-Effektivität störungsspezifischer und störungsunspezifischer Stationen bei depressiver Erkrankung*. Dissertation. Freie Universität Berlin. Abgerufen von: https://refubium.fu-ber-lin.de/bitstream/handle/fub188/7912/Dissertation_Bernard.pdf?sequence=2&isAllowe
- Bierhoff, H.W. & Rudinger, G. (1996). *Quasi-experimentelle Untersuchungsmethoden*. Abgerufen von: <https://doi.org/10.25521/HQM04>

- Boege, I., Schepker, R., Grupp, D. & Fegert, J.M. (2020). Kinder- und jugendpsychiatrische stationsäquivalente Behandlung (StäB): Therapieoption – für alle oder für wenige? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48 (5), 348-357. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000711>
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3., überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Bradic, Z., Kosutic, Z., Mitkovic Voncina, M., Jahovic, S., Todorovic, D., Mandic Maravic, V., Peulic, A., Rakovic Dobroslavic, I., Milosavljevic, M., Aleksic, M. & Lecic Tosevski, D. (2016). Multicomponent Treatment in a Day Hospital for Adolescents: A Case of Good Practice. *Psychiatric Services*, 67, 943-945.
- Bramesfeld, A., Adler, G., Brassens, S. & Schnitzler, M. (2001). Day-Clinic Treatment Of Late-Life Depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 82-87.
- Brown, T.A., Cusack, A., Berner, L.A., Anderson, L., Nakamura, T., Gomez, L., Trim, J., Chen, J.Y. & Kaye, W.H. (2020). Emotion Regulation Difficulties During and After Partial Hospitalization Treatment Across Eating Disorders. *Behavior Therapy*, 51 (3), 401-412. doi: 10.1016/j.beth.2019.07.002
- Brüggemann, B.R. (2010). *Frauen und Männer in der psychiatrischen Tagesklinik*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. DOI: 10.1486/9783884145159.
- Brüggemann, B.R., Garlipp, P., Haltenhof, H. & Seidler, K.-P. (2007). Quality of life and social support as outcome characteristics of a psychiatric day hospital. *German Journal of Psychiatry*, 10 (3), 58-68.
- Brunner, F., Dinger, U., Komo-Lang, M., Friederich, H.C., Schauenburg, H., Herzog, W. & Nikendei, C. (2019). Psychosomatic-psychotherapeutic treatment in an evening clinic: a qualitative examination of patients' expectations and experiences. *International Journal of Mental Health Systems*, 13 (69), 1-17. DOI: 10.1186/s13033-019-0326-3.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (3., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (2006). *CMOP – Kanadisches Modell der Betätigungs-Performanz (Canadian Model of Occupational Performance)*. <http://www.bed-ev.de/artikel/artikel.aspx?id=188>
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2021). *Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.* https://www.therapieplaetze.de/einrichtungen/page/4/?dosrch=1&q&wpbdp_view=search&listingfields%5B16%5D%5B0%5D&listingfields%5B15%5D%5B0%5D&listingfields%5B17%5D%5B0%5D&listingfields%5B2%5D%5B0%5D&listingfields%5B2%5D%5B1%5D=Tagesklinik&listingfields%5B14%5D%5B0%5D&listingfields%5B18%5D%5B0%5D&listingfields%5B19%5D%5B0%5D&listingfields%5B20%5D%5B0%5D&listingfields%5B21%5D%5B0%5D&listingfields%5B22%5D%5B0%5D&listingfields%5B23%5D%5B0%5D&listingfields%5B41%5D%5B0%5D&listingfields%5B24%5D%5B0%5D
- Bunk, D. (2011). PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale. In: C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

- Buxton, A.E., Remmers, C., Unger, H.-P., Plinz, N. & Michalak, J. (2020). Treating Depression Mindfully in a Day Hospital: a Randomised Controlled Pilot Study. *Mindfulness*, 11, 384-400. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01233-4>
- Campbell, D.T. (1968). *Quasi-Experimental Design*. Abgerufen von: <http://www.asasrms.org/Proceedings/y1965/Quasi-Experimental%20Design.pdf>
- Caponnetto, P., Maglia, M., Auditore, R., Bocchieri, M., Caruso, A., DiPiazza, J. & Polosa, R. (2018). Improving neurocognitive functioning in schizophrenia by addition of cognitive remediation therapy to a standard treatment of metacognitive training. *Mental Illness Journal*, 10 (2), 53-61. doi: 10.4081/mi.2018.7812
- Cherniss, C. & Goleman, D. (Hrsg.). (2001). The Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations. *The Emotionally Intelligent Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- COGPACK. *Handbuch zum Programmpaket COGPACK. Version 8.9, April 2015*. (2015). Heidelberg & Ladenburg: Marker Software.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- DeRosse, P., Nitzburg, G.C., Blair, M. & Malhotra, A.K. (2018). Dimensional symptom severity and global cognitive function predict subject quality of life in patients with schizophrenia and healthy adults. *Schizophrenia Results*, 195, 385-390.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken e.V. DATPPP. (2021a). *Tagesklinik-Liste*. <https://www.datppp.de/tagesklinik-liste/>
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken e.V. DATPPP. (2021b). *Muenchner_Tagesklinien_-_Psychiatrie_18_02_19.docx*. <https://www.datppp.de/aus-den-bundeslaendern/landesverband-bayern/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. DGPPN. (2020). *Basisdaten psychische Erkrankungen*. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/a2e357dac62be19b5050a1d89ffd8603cfdb8ef9/20201008_Factsheet.pdf
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPTV. (2020). *Report Psychotherapie 2020*. <https://www.presseportal.de/download/document/658807-dptv-report-psychotherapie-2020.pdf>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (Hrsg.). (2014). *ICD-10-GM. Version 2014. Systematisches Verzeichnis*.
- Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists. (1983). *Guidelines for the Client-centered Practice of Occupational Therapy*. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- Di Fabio, A., Bernaud, J.-L. & Loarer, E. (2014). Emotional Intelligence or Personality in Resistance to change? Empirical Results in an Italian Health Care Context. *Journal of Employment Counseling*, 51 (4), 146-157.
- Dinger, U., Köhling, J., Klipsch, O., Ehrental, J.C., Nikendei, C., Herzog, W. & Schauenburg, H. (2015). Tagesklinische und stationäre Psychotherapie der Depression (DIP-D) – Sekundäre Erfolgsmaße und Katamneseergebnis einer randomisiert-kontrollierten Pilotstudie.

- Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 65 (7), 261-267. DOI: 10.1055/s-0035-1545306
- Dinger, U., Komo-Lang, M., Brunner, F., Herzog, W., Schauenburg, H. & Nikendei, C. (2016). Neue Behandlungsformen. Psychosomatisch-psychotherapeutische Abendklinik als innovatives Versorgungsmodell. *Psychotherapeut*, 2 (61), 141-147. DOI: 10.1007/s00278-016-0091-6
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y.-S., Ng, C.H., Ungvari, G.S., Li, G., Meng, X., Wang, G. & Xiang, Y.-T. (2019). Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatric Quarterly*, 90, 519-532.
- Döring, N. (2014). Evaluationsforschung. In: N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer.
- Dorr, F., Lahmann, C. & Bengel, J. (2020). Differentielle Indikation in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 70, 221-228.
- Eichler, T., Schützwohl, M., Glöckner, M., Matthes, C. & Kallert, T.W. (2006). Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akupsychotherapeutischer Behandlung im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Untersuchung. *Psychiatrische Praxis*, 33, 184-190.
- Eikelmann, B. (2004a). „A slow train coming“ – Die tagesklinische Behandlung als Beispiel moderner psychiatrischer Therapie. In: B. Eikelmann & T. Reker (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Eikelmann, B. (2004b). Psychotherapie in der Tagesklinik. In: B. Eikelmann & T. Reker (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Eikelmann, B. (2010). Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 81, 355 – 365.
- Eikelmann, B. & Reker, T. (Hrsg.) (2004). *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Eikelmann, B., Zacharias-Eikelmann, B., Richter, D. & Reker, T. (2005). Integration psychisch Kranker. Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (16), 1104-1110.
- Empfehlung des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz für die Arbeit der Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Rheinland-Pfalz* (2009). Abgerufen von <http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Empfehlung%20des%20Landespsychiatrie-beirates%20Rheinland-Pfalz%20%20.pdf>
- Engfer, R. (2004). *Die psychiatrische Tagesklinik: Kontinuität und Wandel*. Bonn: Psychiatrie-Verlag. DOI: 10.1486/9783884143810
- Evans, J., Dummer, V. & Kinzl, J. (2016). Psychiatrische und psychosomatische Tageskliniken in Österreich. *Neuropsychiatrie*, 3, 216-222. DOI 10.1007/s40211-016-0207-9
- Feicht, M. (2007). *Schizophrenie versus Affektive Störung. Ein Vergleich bezüglich Krankheitsverlauf, Psychopathologie und Lebensqualität (Fünf-Jahres-Katamnese)*. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität München. Abgerufen von: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/7944/1/Feicht_Monica.pdf

- Finzen, A. (2015). *Auf dem Weg zur Reform: Die Psychiatrie-Enquete wird 40.* Abgerufen von: <http://www.finzen.de/pdf-dateien/psychiatriereform.pdf>
- Fischer, K.C. (2012). *BDI-II-V: Ein Vorschlag zur Vereinfachung der zweiten Auflage des Beck Depressionsinventars (BDI-II) und die Frage, ob BDI, BDI-V, BDI-II und BDI-II-V das Gleiche messen.* Diplomarbeit. Abgerufen von: https://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/664/1/Diplomarbeit_K_Fischer.pdf
- Fleck, S. (2007). *Theory of Mind bei Patienten mit paranoider Schizophrenie und Patienten mit Asperger-Syndrom: Untersuchungen mit einem neuen filmischen Testverfahren.* Dissertation. Ruhr-Universität Bochum.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsche Version. Manual.* Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G. H. (2007/2008). *Die Symptom-Check-Liste SCL-90-R.* Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) Studiengang Rehabilitationspsychologie Diplom, B.Sc. und M.Sc. Arbeitseinheit Diagnostik & Intervention Stendal Wintersemester 2007/2008. <https://docplayer.org/storage/48/23889372/1596019728/6YUAnG-dNnoyGCYKv8C1cPw/23889372.pdf>
- Garlipp, P. (2008). Evaluation allgemeinpsychiatrisch-tagesklinischer Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes. In H. Saß, H. Sauer & F. Müller-Spahn (Hrsg.), *Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie*, Band 115. Darmstadt: Steinkopff.
- Garlipp, P., Seidler, K.-P., Amini, K., Machleidt, W. & Haltenhof, H. (2001). Behandlungsabbruch in der psychiatrischen Tagesklinik. Plädoyer für eine differenzierte Betrachtungsweise. *Psychiatrische Praxis*, 28, 262-266.
- Garlipp, P., Brüggemann, B.R. & Seidler, K.-P. (2007). Tagesklinische Behandlung von Menschen mit depressiven Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis*, 34, 273-276.
- Geiselman, B. & Linden, M. (2001). Vollstationäre, tagesklinische und kombiniert stationär-teilstationäre psychosomatische Rehabilitation im Vergleich. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22 (4), 1-9.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung.* https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4005/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_BAnz.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss (2021). *P-AK – Psychotherapeutische Abendklinik: Neue Versorgungsform für depressive Patienten.* <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/p-ak-psychotherapeutische-abendklinik-neue-versorgungsform-fuer-depressive-patienten.59>
- George, S. (2002). *Canadian Occupational Performance Measure - deutsche Version des Neurologischen Krankenhauses München.* <https://doi-org.emedien.uni-muenchen.de/https://www.skvshop.de/de/>
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007 (2007). *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven.* https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf

- Glaesmer, H., Künstler, J. & Reuter, W. (2003). Verbesserung von grundlegenden Alltagsfunktionen, Mobilität und kognitiver Leistungsfähigkeit durch Behandlung in einer geriatrischen Tagesklinik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36 (6), 475-483.
- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J. & Golan, Y. (2006). The “Reading the Mind in Films” Task: Complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum disorder. *Social Neuroscience*, 1(2), 111-123.
- Göthlich, S.E. (2009). Zum Umgang mit fehlenden Daten in großzahligen empirischen Erhebungen. In: S. Albers, D. Klapper, U. Konradt, A. Walter & J. Wolf (Hrsg.), *Methodik der empirischen Forschung* (3. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Granello, D.H., Granello, P.F. & Lee, F. (1999). Measuring Treatment Outcomes and Client Satisfaction in a Partial Hospitalization Program. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26 (1), 50-63.
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J. & Linz, M. (1987). *BSABS. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin: Springer.
- Haas, K., Agarwalla, P., & Küchenhoff, J. (2010). Prozessanalyse teil- und ganzstationärer Behandlungen von PatientInnen mit affektiven Störungen und kombinierten affektiven und Borderline-Persönlichkeitsstörungen - Die Rolle der Therapeutin/des Therapeuten in der Entstehung produktiver Beziehungsepisoden. *Psychosozial*, 33 (1), 103-122.
- Häfner, H. (2010). Psychose, Depression und manische Symptomatik – Leitsyndrome eigener Krankheiten oder Kontinuum? In: H.-J. Möller & N. Müller (Hrsg.), *Schizophrenie – Zukunftsperspektiven in Klinik und Forschung*. Wien: Springer.
- Handschuh, P. (2020). *Der Testeffekt im Altersvergleich: Auswirkungen von Testdurchgängen auf die Lernleistung abhängig vom Lernmaterial bei jüngeren und älteren Erwachsenen*. Dissertation. Universität Ulm. <http://dx.doi.org/10.18725/OPARU-31721>
- Harfst, T., Koch U., Kurtz von Aschoff, C., Nutzinger, D.O., Rüddel, H. & Schulz, H. (2002). Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checkliste- 90-R. *DRV Schriften*, 33, 71-73.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch* (2., überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Heekeren, K., Antoniadis, S., Habermeyer, B., Obermann, C., Kirschner, M., Seifritz, E., Rössler, W. & Kawohl, W. (2020). Psychiatric Acute Day Hospital as an Alternative to Inpatient Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11 (471), 1-12.
- Heim, E. (1985). *Praxis der Milieuthherapie*. Berlin: Springer.
- Helmchen, H. (2007). *Das medizinisch Notwendige, Zweckmäßige und Wünschenswerte: Prioritäten in der Medizin aus der Sicht des Psychiaters*. Tagungsband, 163-181. Abgerufen von: https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=ef357531-3b95-ca2e-be40-32ab5fcbded7&groupId=252038
- Herzberg, P.Y., Goldschmidt, S. & Heinrichs, N. (2008). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. *Report Psychologie*, 33, 301-302.
- Hinz, A., Kuhn, J., Decker, O., Lenz, A. & Jungbauer, J. (2010). Lebenszufriedenheit und subjektive Relevanz von Lebensbereichen bei schizophren Erkrankten. Welche Bedeutung haben Partnerschaft und Elternschaft? *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 78, 147-153.

- Hofecker-Fallahpour, M., Eichenberger, A. & Rössler, W. (2001). Die Nachtambulanz – ein Dinosaurier der Reformpsychiatrie? Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese nach einem Nachtambulanzaufenthalt. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 152 (1), 5-10.
- Hohendorf, G., Rotzoll, M., Richter, P., Eckart, W. & Mundt, C. (2002). Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4“. Erste Ergebnisse eines Projekts zur Erschließung von Krankenakten getöteter Patienten im Bundesarchiv Berlin. *Der Nervenarzt*, 73, 1065-1074.
- Iwata, K., Matsuda, Y., Sato, S., Furukawa, S., Watanabe, Y., Hatsuse, N. & Ikebuchi, E. (2017). Efficacy of Cognitive Rehabilitation Using Computer Software With Individuals Living With Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40 (1), 4-11.
- Jans, M. (2014). *Einflussfaktoren auf die Dauer der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung*. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität München. Abgerufen von: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/17248/1/Jans_Monika.pdf
- Jones, G., Gavrilovic, J.J., McCabe, R., Bechtas, C. & Priebe, S. (2008). Treating suicidal patients in acute psychiatric day hospital: A challenge to assumptions about risk and overnight care. *Journal of Mental Health*, 17 (4), 375-387.
- Kaiser, G. & Sibitz, I. (2008). Wichtigkeit und Nützlichkeit tagesklinischer Therapieangebote. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 4 (4), 126-132.
- Kaiser, W. & Priebe, S. (1998). Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. *Der Nervenarzt*, 69, 219-227.
- Kallert, T.W. & Schützwahl, M. (2004). Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität tagesklinischer akutpsychiatrischer Behandlung: Eine Ergebnisübersicht. In: B. Eikelmann & T. Reker (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kanowski, S. (1982). Ziele und Begrenzungen tagesklinischer Behandlung in der Gerontopsychiatrie. In M. Bergener & B. Bark (Hrsg.), *Tagesklinische Behandlung im Alter/Day Hospital Care of the Elderly*. Darmstadt: Steinkopff.
- Karterud, S., Wilberg, T., Pedersen, G., Friis, S., Irion, T. & Urnes, Ø. (1998). Quality assurance of psychiatric day hospital treatment. II. Ward level. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52 (4), 327-335.
- Kielstein, V. (1997). *Tagesklinische Behandlung Alkoholabhängiger*. <https://www.suchttagesklinik.de/wp-content/uploads/2021/01/Tagesklinische-Behandlung-Alkoholabhaengiger.pdf>
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (3), 37-45. Abgerufen von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2018_Psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile
- Klosterhuis, A. (2008). *Tagesklinische Behandlung – Eine empirische Untersuchung zur Patientenzufriedenheit*. Dissertation. Freie Universität Berlin. Abgerufen von: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/11915/Dissertation_Anna_klosterhuis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Knab, K. (2007). *Spezifische Wirkfaktoren tagesklinischer psychosomatischer Behandlung – eine qualitative Inhaltsanalyse*. Dissertation. Universität Ulm.
- Kopta, S.M. (2003). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy: A Defining Achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (7), 727-733.
- Krannich, M., Rief, W., Martin, A., Brähler, E., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2013). Wie wirken sich somatoforme und depressive Symptome und Syndrome auf die Lebenszufriedenheit aus? Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63, 217-224.
- Kremminger, E., Grundschober, G. & Aigner, M. (2018). Evaluierung einer psychiatrischen Tagesklinik. *Zeitschrift für praktische Psychiatrie und Neurologie*, 1, 41-44. DOI: 10.1007/s00739-018-0511-1.
- Kromrey, H. (2001). Evaluation - ein vielschichtiges Konzept: Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung; Empfehlungen für die Praxis. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (2), 105-131. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-37648>
- Krüger, M. (2015). Affektivität und Therapieerfolg in der tagesklinischen Behandlung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47 (1), 143-152.
- Krüger, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (2005). Die therapeutischen Gruppenangebote der Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen. Die erlebte therapeutische Nützlichkeit aus Patienten sicht. *Krankenhauspsychiatrie*, 16, 157-161.
- Krüger, M., Randenbrock, E., Mirisch, S., Truöl, S. & Vieweg, T. (2016). Vergleich und Evaluation der Arbeit von fünf Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Sozial-psychiatrische Informationen*, 3, 8-13.
- Küchenhoff, J. (2010). Tagesklinische Behandlung. In V. Arolt & A. Kersting (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störung behandelt man wie?* Berlin: Springer.
- Kulenkampff, C. (1992). Die Entwicklung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik von der Psychiatrie-Enquete bis zu den Empfehlungen der Expertenkommission. In: W. Ricard & F. Reimer (Hrsg.), *Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter* (Tagungsberichte, Band 19). Köln: Rheinland-Verlag GmbH.
- Lambert, M. J. & Stephenson, A. (2000). Beck Depression Inventory. In: A. E. Kazdin (Hrsg.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 1). Washington, DC: American Psychological Association.
- Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat. (2020). Bevölkerung 1) am 31.12.2019 nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund. Abgerufen von: <https://www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:ab9fa157-c362-4a23-90fd-a79f6d0a92fa/jt200103.pdf>
- Lang, F.U., Becker, T. & Kösters, M. (2015). Psychiatrische Tageskliniken – Evidenzlage und Stellenwert im Versorgungssystem. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 83 (11), 616-620.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *STAI. Das State-Trait-Angstinventar*. Göttingen: Beltz Test.

- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2015). COPM. Canadian Occupational Performance Measure. In U. Marotzki, C. Mentrup, P. Weber (Hrsg.), *Wissenschaftliche Reihe: Assessments*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Lázaro, L., Font, E., Moreno, E., Calvo, R., Vila, M., Andrés-Perpiñá, S., Canalda, G., Martínez, E. & Castro-Fornieles, J. (2011). Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent eating disorder patients attending a day hospital treatment programme. *European Eating Disorders Review*, 19 (5), 398-406.
- Leber, U. (2001). *Evaluation eines psychodynamisch orientierten Angstbewältigungsprogramms in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik*. Dissertation. Justus-Liebig-Universität Gießen. Abgerufen von: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2002/764/pdf/d020064.pdf>
- Liebherz, S., Reimer, J., Harfst, T., Aderhold, V., Wedell, U., Koch, U. & Schulz, H. (2012). Effectiveness and Predictors of Outcome in a Psychiatric University Day Clinic. *German Journal of Psychiatry*, 15 (1), 1-9.
- Lindenmeyer, J.-P., McGurk, S.R., Khan, A., Kaushik, S., Thanju, A., Hoffmann, L., Valdez, G., Wance, D. & Herrmann, E. (2013). Improving Social Cognition in Schizophrenia: A Pilot Intervention Combining Computerized Social Cognition Training With Cognitive Remediation. *Schizophrenia Bulletin*, 39 (3), 507-517.
- Liu, S., Heinz, A., Haucke, M.N. & Heinzl, S. (2021). Globale Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01068-2>
- LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. (2021). *Tagklinik*. Abgerufen von http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Psychiatrie-und-Psychotherapie/de/ueber_uns/teistationaer/tk/index.html
- Luk, J.K.H., Chan, C.F., Chan, F.H.W. & Chu, L.W. (2011). Rehabilitation outcomes of older Chinese patients with different cognitive function in a geriatric day hospital. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53 (2), 144-148.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A., Maske, U.E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W. & Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS₁ – Mental Health Module (DEGS₁-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 289-303.
- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation*, 39, 189-199.
- Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W.H., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Article No.: CD004026, DOI: 10.1002/14651858.CD004026.pub2
- Marteu, T. M. & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety-Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 301-306.
- Maß, R., Hitschfeld, K., Wall, E. & Wagner, H.-B. (1997). Validität der Erfassung schizophrener Basissymptome. *Der Nervenarzt*, 68, 205-211.

- Matakas, F. (2001). Der Stellenwert der Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. Zur Differenzialindikation von ambulanter, tagesklinischer und stationärer psychiatrischer Behandlung. In: V. Arolt, H. Schuhmann-Wessolek & W. Spöhring (Hrsg.), *Versorgung psychiatrischer Patienten: Innovationen bei knappen Kassen*. Tagungsband. Münster.
- Matthews, G., Pérez-González, J.-C., Fellner, A.N., Funke, G.J., Emo, A.K., Zeidner, M. & Roberts, R.D. (2015). Individual Differences in Facial Emotion Processing: Trait Emotional Intelligence, Cognitive Ability, or Transient Stress? *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33 (1), 68-82.
- Mattke, D., Zeeck, A. & Strauß, B. (2012). Stationäre und teilstationäre Gruppenpsychotherapie. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Maurer, K., Trendler, G., Schmidt, M., an der Heiden, W., Könnecke, R. & Häfner, H. (2006). Schizophrenie und Depression. *Der Nervenarzt*, 77, 809-822.
- McFarlane, T., Macdonald, D.E., Trotter, K. & Olmsted, M.P. (2017). The Effectiveness of an Individualized Form of Day Hospital Treatment. *Eating Disorders*, 23, 191-205.
- Metzler, P. & Krause, B. (1997). Methodischer Standard bei Studien zur Therapieevaluation. *Methods of Psychological Research Online*, 2 (1), 55-67. <https://www.dgps.de/fachgruppen/methoden/mpr-online/issue3/art7/metzler.pdf>
- Milin, R., Coupland, K., Walker, S. & Fisher-Bloom, E. (2000). Outcome and Follow-up Study of an Adolescent Psychiatric Day Treatment School Programm. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (3), 320-328.
- Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (2020). Übersicht über die gerontopsychiatrischen Zentren und Tageskliniken in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 47, 399-405. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1258-6678.pdf>
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (Hrsg.). (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie* (4. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Mondadori, I. (2013). *Negativsymptomatik schizophrener und depressiver Patienten in der Selbst- und Fremdbeurteilung*. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität München. Abgerufen von: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/15604/1/Mondadori_Ines.pdf
- Müller, M.J., Rossbach, W., Davids, E., Wetzel, H. & Benkert, O. (2000). Evaluation eines standardisierten Trainings für die „Positive and Negative Syndrome Scale“ (PANSS). *Der Nervenarzt*, 71, 195-204.
- Müller, T. (2020). Kinder, vor allem Jungen, seltener psychisch auffällig. *Der Neurologe & Psychiater*, 21 (1), 8-9. Abgerufen von: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15202-020-0590-8.pdf>
- Muñiz, R., Morillas, N., Olazarán, J., González, M.J., Neira, M. & Perea, M. (2000). Group Management of Dementia Patients in a Day-Care Center. *International Psychogeriatrics*, 12 (1), 367-372.
- MVZ Psychotherapie Westend. (2021). *Unsere Therapieangebote*. <https://mvz-psychotherapie-westend.de/>
- Neustädter, M.-E., Adorjan, K., Kistner, N., Glaser, M., Hummel, I., von Saldern, S., Palm, U., Dehning, S., Pogarell, O. & Karch, S. (2018). Erfolgreiche Behandlung in der Tagklinik –

- erlebte Veränderungen aus Sicht der Patienten. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 160 (5), 6-10.
- Nowoweiski, D., Arthey, S. & Bosanac, P. (2011). Evaluation of An Australian Day Treatment Program for Eating Disorders. *Behavior Change*, 28 (4), 206-220.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 389-397.
- Olmsted, M.P., McFarlane, T., Trottier, K. & Rockert, W. (2013). Efficacy and intensity of day hospital treatment for eating disorders. *Psychotherapy Research*, 23 (3), 277-286.
- Ortmann, J. (2006). *Evaluation einer spezifischen Verhaltenstherapie-Tagesklinik unter besonderer Berücksichtigung der Drop-Out-Problematik*. Dissertation. Universität Hamburg. Abgerufen von: <https://d-nb.info/978452380/34>
- Pausch, K., Nordt, C., Pichler, E.-M., Warnke, I., Seifritz, E. & Kawohl, W. (2017). Akut-Tagesklinik als kosteneffiziente Alternative zu stationärer Therapie. *Neuropsychiatrie*, 3, 63-69. DOI 10.1007/s40211-017-0221-6
- Pec, O., Bob, P., Pec, J. & Hrubcova, A. (2018). Psychodynamic day treatment programme for patients with schizophrenia spectrum disorders: Dynamics and predictors of therapeutic change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, 157-168.
- Pitschel-Walz, G., Gsottschneider, A., Froböse, T., Kraemer, S., Bäuml, J. & Jahn, T. (2013). Neuropsychologie der Psychoedukation bei Schizophrenie. Ergebnisse der Münchner COGPIP-Studie. *Der Nervenarzt*, 84, 79-90.
- Platt, D., Summa, J.-D. & Horn, J. (1990). Rehabilitation geriatrischer Patienten in einer Tagesklinik. *Deutsches Ärzteblatt*, 87 (50), 4038-4045. Abgerufen von: <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/87/50/a4038.pdf>
- Pomnitz, F. & Strauß, B. (2016). Was erleben Patienten in stationärer Psychotherapie zwischen den Gruppentherapie-Sitzungen? Eine Erprobung des Inter-Session-Fragebogens in der Klinik. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 66, 21-30.
- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M. & Beecham, J. (2006). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care. *British Journal of Psychiatry*, 188, 243-249.
- Priebe, S., McCabe, R., Schützwohl, M., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., Reininghaus, U., Wang, D. & Kallert, T. (2011). Patient Characteristics Predicting Better Treatment Outcomes in Day Hospitals Compared With Inpatient Wards. *Psychiatric Services*, 62 (3), 278-284.
- Prinz, U., Nutzinger, D.O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C. & Andreas, S. (2008). Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 18, 337-343.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt*, 43, 165-189.
- Razali, N.M. & Wah, Y.B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2 (1), 21-33.

- Reed, K. L. & Sanderson, S. N. (1980). *Concepts in Occupational Therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Reichardt, C.S. (2009). Quasi-Experimental Design. In: R.E. Millsap & A. Maydeu-Olivares (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Quantitative Methods in Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Reisch, T., Thommen, M., Tschacher, W. & Hirsbrunner, H.-P. (2001). Outcomes of a Cognitive-Behavioral Day Treatment Program for a Heterogeneous Patient Group. *Psychiatric Services*, 52 (7), 970-972.
- Reisch, T., Thommen, M., Csontos, Z. & Tschacher, W. (2002). Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik: Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52 (2), 56-63.
- Reker, T. (2004). Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. In: B. Eikelmann & T. Reker (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Richter, J., Hölz, L., Hesse, K., Wildgruber, D. & Klingberg, S. (2019). Measurement of negative and depressive symptoms: Discriminatory relevance of affect and expression. *European Psychiatry*, 55, 23-28.
- Riecher-Rössler, A. (2001). Geschlechtsunterschiede bei Schizophrenien und mögliche therapeutische Interventionen. In: A. Riecher-Rössler & A. Rohde (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Freiburg: Karger.
- Roelcke, V. (2010). Psychiatrie im Nationalsozialismus. Historische Kenntnisse, Implikationen für aktuelle ethische Debatten. *Der Nervenarzt*, 81, 1317-1325.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L.E., Prütz, F. & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2 (4), 3-23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2
- Rüger, U. & Senf, W. (1994). Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40 (2), 103-116.
- Russell, V., Mai, F., Busby, K., Attwood, D., Davis, M. & Brown, M. (1996). Acute Day Hospitalization as an Alternative to Inpatient Treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (10), 629-637.
- Sammet, I., Staats, H. & Schauenburg, H. (2004). Beziehungserleben und Therapieergebnis in stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50 (4), 376-393.
- Sato, S., Iwata, K., Furukawa, S.-I., Matsuda, Y., Hatsuse, N. & Ikebuchi, E. (2014). The Effects of the Combination of Cognitive Training and Supported Employment on Improving Clinical and Working Outcomes for People with Schizophrenia in Japan. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 18-27.
- Schäfer, A. & Schöttker-Königer, T. (2015). *Statistik und quantitative Methoden für Gesundheitsfachberufe*. Berlin: Springer.

- Scherg, N., Karcher, A., Zimmermann, J. & Hörz-Sagstetter, S. (2017). Beeinflusst das Struktur-niveau den Erfolg tagesklinischer Behandlung? Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 67, 491-494.
- Schindler, R. (1986). Nachtambulanz, Nachtspital. In: C. Müller (Hrsg.), *Lexikon der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Schindler, V., Cajiga, A., Aaronson, R. & Salas, L. (2015). The Experience of Transition to College for Students Diagnosed with Asperger's Disorder. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 3 (1), 1-17.
- Schlarb, A.A. & Hautzinger, M. (2011). BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. In: C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Schöpf, J. (2001) Psychotherapie. In J. Schöpf (Hrsg.), *Therapie der Depression*. Heidelberg: Steinkopff. https://doi.org/10.1007/978-3-662-13197-8_2
- Schöps, A. (2007). *Evaluation der teilstationären Behandlung an der psychosomatischen Tagesklinik Ulm*. Dissertation. Universität Ulm.
- Schroder, H.S., Kneeland, E.T., Silverman, A.L., Beard, C. & Björgvinsson, T. (2019). Beliefs About the Malleability of Anxiety and General Emotions and Their Relation to Treatment Outcomes in Acute Psychiatric Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 312-323.
- Schultz-Venrath, U. (2011). Psychotherapien in Tageskliniken – Historische Perspektiven und zukünftige Aufgaben. In: U. Schultz-Venrath (Hrsg.), *Psychotherapien in Tageskliniken. Methoden, Konzepte, Strukturen*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schulz, H., Barghaan, D., Koch, U. & Harfst, T. (2011). Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Signorini, G., Singh, S.P., Boricevic-Marsanic, V., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., Gerritsen, S.E., Griffin, J., Maras, A., McNicholas, F., O'Hara, L., Purper-Ouakil, D., Paul, M., Santosh, P., Schulze, U., Street, C., Tremmery, S., Tuomainen, H., Verhulst, F., Warwick, J., de Girolamo, G. & MILESTONE Consortium. (2017). Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *Lancet Psychiatry*, 4 (9), 715-724. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30127-X.
- Skevington, S.M., Lofty, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Skevington, S.M. & McCrate, F.M. (2011). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations*, 15, 49-62.
- Speicher, S.M., Walter, K.H. & Chard, K.M. (2014). Interdisciplinary Residential Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Brain Injury: Effects on Symptom Severity and Occupational Performance and Satisfaction. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 412-421.

- Staedt, J., Hauser, M., Gudlowski, Y. & Stoppe, G. (2010). Schlafstörungen bei schizophrenen Erkrankungen. Bedeutung und Optionen einer multimodalen Hilfestellung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 78 (2), 70-80.
- Statistisches Bundesamt (2021). *Bevölkerungsstand. Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht (Quartalszahlen)*. Abgerufen von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-zensus-geschlecht-staats-angehoerigkeit.html>
- Stockmann, R. (2004). Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren. *CEval-Arbeitspapier*, 9. Saarbrücken: Universität des Saarlandes, Fak. 05 Empirische Humanwissenschaften. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-118018>
- Stoppe, G. & Kipp, J. (2006). Pro und Kontra: Separierte Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 33, 258-260. Abgerufen von: <https://d-nb.info/1169218032/34>
- Stutz, C., Kawohl, W., Platz, C., Warnke, I. & Jäger, M. (2017). Wer braucht die Nachtambulanz? – Stellenwert eines teilstationären Angebotes. *Neuropsychiatrie*, 31 (4), 187-195.
- Süllwold, L. (1986). *Frankfurter Beschwerde-Fragebogen*. Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-61647-1_1
- Tan, X.W., Seow, E., Abidin, E., Verma, S., Sim, K., Chong, S.S. & Subramaniam, M. (2019). Subjective quality of life among patients with schizophrenia spectrum disorder and patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 19 (267), 1-10.
- Tang, J.S.Y., Chen, N.T.M., Falkmer, M., Bölte, S. & Girdler, S. (2019). Atypical Visual Processing but Comparable Levels of Emotion Recognition in Adults with Autism During the Processing of Social Scenes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 4009-4018. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04104-y>
- Tendolkar, I., Vrijzen, J.N. & Becker, E.S. (2019). „Cognitive bias modification“ als mögliche Add-on-Therapie bei Depression. Stand der Forschung. *Psychotherapeut*, 3 (64), 180-185. <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0354-0>
- Teuber, N. (2012). *Geschlechterkonstruktionen und Depression. „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung depressiver Störungen*. In: Geschlecht. Psychiatrie. Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven auf ein Forschungsfeld. Eine Tagung des LVR-Dezernats Kultur und Umwelt 21. Juni 2012, Max Ernst Museum Brühl des LVR. Tagungsdokumentation. Abgerufen von: https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/kultur/berdasdezernat_1/lenkungsgruppegendermainstreaming/dokumente_171/13_2134-Inhalt-Geschlecht-Psychiatrie-Gesellschaft.pdf
- Teusch, L. (1984). Ein kritischer Beitrag zur Diagnostik der sog. Basisstörungen mit dem Frankfurter-Beschwerdefragebogen. In: A. Hopf & H. Beckmann H. (Hrsg.), *Forschungen zur Biologischen Psychiatrie*. Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69539-1_41
- Thielen, U. (2010). *Evaluation einer psychiatrischen Tagesklinik: Effekte der Behandlung auf Symptomatik und generalisiertes Vertrauen*. Dissertation. Universität Trier. Abgerufen von: https://ubt.opus.hbz-nrw.de/opus45-ubtr/frontdoor/deliver/index/docId/383/file/Dissertation_Thielen_Ursula.pdf
- Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (2021). *Universitätsmedizin Mainz eröffnet erste psychosomatische Abendklinik in Rheinland-Pfalz*. Abgerufen von:

- <https://www.unimedizin-mainz.de/presse/pressemitteilungen/aktuellemitteilungen/newsdetail/article/universitaetsmedizin-mainz-eroeffnet-erste-psychosomatische-abendklinik-in-rheinland-pfalz.html?type=98>
- Upthegrove, R., Marwaha, S. & Birchwood, M. (2017). Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic issue? *Schizophrenia Bulletin*, 43 (2), 240-244.
- Vogel, R. (1999). Stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik – Zum Stand der Dinge. In: G. Krampen, H. Zayer, W. Schönpflug & G. Richardt (Hrsg.), *Beiträge zur angewandten Psychologie*. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.
- Von Wietersheim, J., Zeeck, A. & Küchenhoff, J. (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55, 79-83.
- Wilmanns, J. & Hohendorf, G. (2012). Der ideengeschichtliche Hintergrund des Verlustes des Mitgefühls in der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: H. Förstl (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2011). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Wressle, E., Lindstrand, J., Neher, M., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2003). The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and tool in a day treatment programme. *Disability and Rehabilitation*, 25 (10), 497-506.
- Wunner, C., Reichhart, C., Strauss, B. & Söllner, W. (2018). Einfluss einer psychosomatischen Behandlung für Ältere auf Kognition und Lebensqualität. Naturalistische Studie an der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere am Klinikum Nürnberg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51, 314-321.
- Zavorotnyy, M., Ehrlich, F. & Nenadic, I. (2020). Health-related Internet use and treatment adherence: A transdiagnostic comparison of outpatients with major depressive disorder and schizophrenia. *PsyCh Journal*, 9, 174-184.
- Zeeck, A., Scheidt, C.E., Hartmann, A. & Wirsching, M. (2003). Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 48, 420-425.
- Zeeck, A., Hartmann, A. & Orlinsky, D. (2004). Inter-Session-Prozesse. Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 236-242.
- Zeeck, A., v. Wietersheim, J., Weiß, H., Scheidt, C.E., Völker, A., Helesic, A., Eckhardt-Henn, A., Beutel, M., Endorf, K., Knoblauch, J., Rochlitz, P. & Hartmann, A. (2015). Symptom course in inpatient and day clinic treatment of depression: Results from the INDDEP-Study. *Journal of Affective Disorders*, 187, 35-44.
- Zeeck, A., Lau, I. & Flößer, K. (2020). Behandlung in psychosomatisch-psychotherapeutischen Tageskliniken. CME Zertifizierte Fortbildung. *Psychotherapeut*, 65, 211-222. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00415-z>
- Zipfel, S., Reas, D. L., Thornton, C., Olmsted, M. P. Williamson, D. A., Gerlinghoff, M., Herzog, W. & Beumont, P. J. (2002). Day Hospitalization Programs for Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (2), 105-117

Anhang A: Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung



Klinikum der Universität München - Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Nußbaumstraße 7, 80336 München



Priv.-Doz. Dr. Susanne Karch
Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Leitende Psychologin

Telefon +49 (0)89 / 4400 - 55782
Telefax +49 (0)89 / 4400 - 55542
Susanne.Karch@med.uni-muenchen.de

www.klinikum.uni-muenchen.de
Telefon +49 (0)89 / 4400 - 0 (Vermittlung)

Postanschrift:
Nußbaumstraße 7
80336 München

Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung

Für die Studie:

Evaluation des therapeutischen Angebots der Tagklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU

Verantwortliche Studienleiter:

PD Dr. Susanne Karch, Dipl.-Psych.

Prof. Dr. Oliver Pogarell

weitere Studienleiter:

Dr. Sandra Dehning

Nadja Kistner

Dr. Ira Hummel

Carmen Thoma, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

Nussbaumstr. 7, 80336 München

Tel: +49/(0)89/4400-55782

Fax: +49/(0)89/4400-55542

Studienteilnehmer:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Untersuchungsleiter:

Name, Vorname:

Funktion:

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Ihnen die Studie „*Evaluation des therapeutischen Angebots der Tagklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU*“ vorstellen.

Im Folgenden werden Sie über den Hintergrund der Untersuchung, die verwendete Untersuchungsmethode, den Ablauf der Untersuchung und die Aufgaben und die Auswirkungen der Untersuchungen auf Ihre Gesundheit informiert.

1. Hintergrund des Forschungsvorhabens

Zu den Aufgaben der Tagklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU gehören die Therapie von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen mit dem Ziel der Abnahme der Symptomatik, Verminderung von sozialen und kognitiven Beeinträchtigungen und eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung der Patienten. Der Erfolg der therapeutischen Angebote soll evaluiert werden.

Dabei sollen unterschiedliche Aspekte berücksichtigt werden u.a. die Ausprägung der Symptomatik, die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, die Bewertung der Arbeitsfähigkeit durch Therapeuten sowie die kognitive Leistungsfähigkeit. Daneben soll das Befinden erfasst werden, die Zufriedenheit mit der Therapie und Informationen zu weiteren ambulanten Therapie und den beruflichen Plänen.

Die Studie soll Aufschluss geben über Veränderungen in den verschiedenen Bereichen bei teilstationären Patienten der Tagklinik. Aus diesem Grund werden die Untersuchungen zwei Mal durchgeführt: bei Aufnahme in das tagklinische Setting und bei Entlassung.

2. Die verwendete Untersuchungsmethoden

2.1 Verfahren zur Bewertung der Arbeitsfähigkeit

Die individuelle Bewertung der aktuellen Arbeitsfähigkeit wird erfasst mit Hilfe von Selbstbewertungsfragebögen sowie Verfahren, welche die Arbeitsfähigkeit aus Sicht der Therapeuten integriert. Daneben soll die Arbeitsfähigkeit objektiv gemessen werden.

Verwendet werden dabei ausschließlich Verfahren, welche als Standardverfahren vorliegen und für diese Anwendung geeignet erscheinen u.a. der Aufnahmebogen zur Sozial- und Berufsanamnese angelehnt an das Hildesheimer Programm (Hipro), der Canadian Occupational Performance Measure (COPM) mit Bewertungsskalen zur Bewertung der Arbeits- und Alltagstauglichkeit aus Klientensicht, das Occupational Self Assessment (OSA) sowie der Hipro-Selbsteinschätzungsbogen zu den Grundarbeitsfähigkeiten im Therapieverlauf.

Alle Fragebögen und Verfahren werden Ihnen vorab ausführlich erklärt. Während der Durchführung ist ein Mitarbeiter der Klinik in der Nähe, an den Sie jederzeit Fragen stellen können bei Unklarheiten.

2.2 Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Die kognitiven Leistungen werden mit Hilfe von Verfahren aus dem Therapieprogramm Cogpack erfasst. Durchgeführt werden dabei 3 unterschiedliche Aufgaben, mit denen die Reaktionsfähigkeit (Subtest *Reaktion*), die visuelle Analysefähigkeit (Subtest *Vergleiche*) und die gleichzeitige Verarbeitung von mehreren Informationen (Subtest *Augenzeuge*).

Die Durchführung der Aufgaben findet am Computer statt. Die Aufgaben werden Ihnen jeweils vor der Durchführung vom Untersuchungsleiter erklärt.

2.3 Erfassung der Ausprägung der Symptomatik

Die Symptomatik und das Befinden wird mit Hilfe von standardisierten Fragebögen erfasst u.a. Beck-Depressions-Inventar, Befindlichkeitsskala (SCL-90).

3. Ablauf der Untersuchung und Aufgaben

Die Untersuchungen finden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München statt.

Eingangsuntersuchung:

- 50 Min. 1:1 Erstgespräch mit Bezugsergotherapeutin zur Befundaufnahme
- Einsatz der aufgelisteten Instrumente zur Erfassung der aktuellen Leistung und Leistungsfähigkeit in den Bereich Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit bei Aufnahme
- Erfassung der kognitiven Leistungen und der Ausprägung der Symptomatik

Abschlussuntersuchung:

- 50 Min. 1:1 Abschlussgespräch mit Bezugsergotherapeutin zur Evaluation und Messung von Veränderungen im Vergleich zur Eingangsuntersuchung
- Wiederholung der im Erstgespräch durchgeführten Instrumente zur Erfassung der Leistung und Leistungsfähigkeit in den Bereich Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit abschließend zur tagklinischen Behandlung; Erfassung der kognitiven Leistungen und der Symptomatik
- Einbezug des Selbsteinschätzungsinstrumentes zur Abschlussbewertung

Im Verlauf dieser Untersuchungen werden Sie von verschiedenen Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie betreut, die stets in der Nähe sind. Bei Fragen oder Sorgen wenden Sie sich bitte jederzeit an den betreuenden Mitarbeiter. Ein Abbruch der Studie ist jederzeit und ohne Angabe von Gründen möglich. Daraus entstehen für Sie keine Nachteile.

4. Die gesundheitlichen Auswirkungen der Untersuchung

Sämtliche Untersuchungen sind unschädlich und haben keine Langzeitfolgen.

5. Versicherungsschutz

Sie nehmen freiwillig an der Untersuchung teil und können die Teilnahme an der Untersuchung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Es besteht keine Wege-Unfall-Versicherung.

6. Datenschutz

Bei dieser Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Es werden persönliche Daten und Befunde über Sie erhoben, gespeichert und verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben, d.h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das exakte Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Diese Verschlüsselung erfolgt durch die Erteilung eines Codes, der aus zwei Buchstaben und einer dreistelligen Zahl besteht (z.B. AB_123) und bereits für die

Aufnahme benutzt wird. Hierbei wird eine Liste mit der Verschlüsselung von dem verantwortlichen Prüfarzt geführt, um eine zweifelsfreie Zuordnung zu gewährleisten. Diese Liste wird an einer speziellen Workstation password-geschützt verwaltet.

Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: PD Dr. Dipl.-Psych. Susanne Karch, Prof. Dr. Oliver Pogarell, Nadja Kistner, Dr. Sandra Dehning, Dipl.-Psych. Carmen Thoma. Die Unterlagen werden in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychophysiologie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie über einen Zeitraum von 10 Jahren aufbewahrt.

Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten in irreversibel anonymisierter Form weiter verwendet.

Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich in Fällen, in denen es Ihre eigene Sicherheit erfordert („medizinische Gründe“) oder falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt („wissenschaftliche Gründe“).

Alle an der Studie beteiligten Personen unterliegen der Schweigepflicht und sind zur Beachtung des Datenschutzes verpflichtet. Die Weitergabe der Daten im In- und Ausland erfolgt ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken. Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

7. Einverständniserklärung

Ihr Recht, Fragen zu stellen und Ihre Einwilligung zur Studie zurückzuziehen

Sie können jederzeit Fragen zum Ablauf und bekannten Risiken der Studie stellen. Falls Sie Fragen zur Studie haben, wenden Sie sich bitte an einen der Studienleiter (siehe Seite 1). Sie können jederzeit Ihre Einwilligung zurückziehen.

Freiwillige Teilnahme

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Falls Sie eine Teilnahme an dieser Studie verweigern, haben Sie keinerlei Nachteile oder Einbußen von Ansprüchen zu befürchten. Sie können auch jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre bereits geleistete Einwilligung zurückziehen, ohne dass Ihnen Nachteile daraus entstehen.

Hiermit bestätige ich, dass ich über den Umfang der im Rahmen der Studie „*Evaluation des therapeutischen Angebots der Tagklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU*“ durchgeführten Untersuchungen mündlich und schriftlich aufgeklärt worden bin und an der Studie freiwillig teilnehme.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen kann.

Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Probandeninformation einverstanden.

Sie erhalten eine Kopie dieses Informationsblattes und der Einwilligungserklärung.

München, _____

Unterschrift des/der Probanden/in

München, _____

Unterschrift der/des aufklärenden
Ärztin/Arztes/Untersuchungsleiters

Anhang B: Antwortbogen „Reading the Mind in Films-Test“**“Reading the Mind in Films-Test”**

entwickelt von Ofer Golan, Simon Baron-Cohen, Jacqueline Hill, & Yael Golan,
2006 (übersetzt von S. Kristen)

Übungsszene: Wie würden Sie die Emotionen des jungen Mannes am Ende der Szene beschreiben? Er ist...

1. ungläubig 2. wütend 3. liebevoll 4. besorgt

1. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben?

Sie ist...

1. besorgt 2. verlegen 3. überrascht 4. interessiert

2. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben?

Sie ist...

1. zögerlich 2. gemein 3. selbstgefällig 4. hinterhältig

3. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben?

Sie ist...

1. reizvoll 2. verletzt 3. nachtragend 4. grüblerisch

4. Szene: würden Sie die Emotionen des Mannes am Ende der Szene beschreiben? Er ist...

1. vertraut 2. verbittert 3. apathisch 4. entschlossen

5. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben? Sie ist...

1. unsicher 2. ablehnend 3. nervös 4. angeekelt

6. Szene: Wie würden Sie die Emotionen des Mannes am Ende der Szene beschreiben?
Er ist...

1. beschämt 2. unsicher 3. ungenk 4. verärgert

7. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben? Sie ist...

1. überrascht 2. besorgt 3. interessiert 4. ängstlich

8. Szene: Wie würden Sie die Emotionen des älteren Mannes am Ende der Szene beschreiben? Er ist...

1. bestimmt 2. entsetzt 3. entnervt 4. angespannt

9. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der älteren Frau am Ende der Szene beschreiben? Sie ist/wird...

1. gesellig 2. bewundernd 3. überwältigt 4. gemocht

10. Szene: Wie würden Sie die Emotionen des jüngeren Mannes am Ende der Szene beschreiben? Er ist...

1. zufrieden 2. dankbar 3. ängstlich 4. aufgewühlt

11. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben? Sie ist...

1. von jemandem angezogen 2. liebevoll 3. apathisch 4. verdutzt

12. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben? Sie ist...

1. besorgt 2. reizbar 3. beruhigend 4. vertraut

13. Szene: Wie würden Sie die Emotionen des älteren Mannes am Ende der Szene beschreiben? Er ist...

1. nachdenklich 2. traurig 3. ernst 4. entspannt

14. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben?

Sie ist...

1. zufrieden 2. selbstgefällig 3. er/sie will etwas, ihm/ihr fehlt etwas
4. freundlich

15. Szene: Wie würden Sie die Emotionen des Mannes am Ende der Szene beschreiben?

Er ist...

1. gefasst 2. fühlt sich herabgesetzt 3. bescheiden 4. unbehaglich

16. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben?

Sie ist...

1. bescheiden 2. selbstgefällig 3. verbittert 4. aufsässig

17. Szene: Wie würden Sie die Emotionen des Mannes mit Bart am Ende der Szene beschreiben? Er ist...

1. frustriert 2. erbost 3. besorgt 4. urteilend

18. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der älteren Frau am Ende der Szene beschreiben? Sie ist...

1. er/sie will etwas, ihm/ihr fehlt etwas 2. jammernd
3. genießend 4. dankbar

19. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben?

Sie ist...

1. streng 2. sicher 3. aufgewühlt 4. angeekelt

20. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der Frau am Ende der Szene beschreiben?

Sie ist...

1. verzweifelt 2. innig 3. ungläubig 4. resigniert

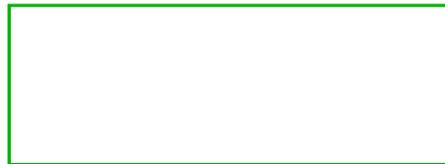
21. Szene: Wie würden Sie die Emotionen der jüngeren Frau am Ende der Szene beschreiben? Sie ist...

1. eifersüchtig 2. gelangweilt 3. sauer 4. liebevoll

22. Szene: würden Sie die Emotionen der jüngeren Frau am Ende der Szene beschreiben? Sie ist...

1. betroffen 2. genießend 3. mysteriös 4. sicher

Anhang C: Fragebogen zur Therapiezufriedenheit



Klinikum der Universität München - Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Nußbaumstraße 7, 80336 München

www.klinikum.uni-muenchen.de
Telefon +49 (0)89 / 4400 – 0 (Vermittlung)

Postanschrift:
Nußbaumstraße 7
80336 München

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in diesem Fragebogen geht es um Ihre persönlichen Erfahrungen, die Sie während Ihres Aufenthaltes in unserer Tagesklinik gemacht haben. Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie sie Ihren Aufenthalt erlebt haben und mögliche Kritikpunkte zum Anlass für Verbesserungen nehmen.

Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, bitte antworten Sie spontan. Wie Sie ihren Aufenthalt erlebt haben, können nur Sie selber beurteilen.

Bitte kreuzen Sie daher im Folgenden jeweils die Antwortmöglichkeit an, der Sie aufgrund Ihrer gemachten Erfahrungen am ehesten zustimmen können.

Vielen Dank für Ihre Mühen und alles Gute!

Alter (in Jahren): _____

Geschlecht: männlich weiblich

Muttersprache: _____

Anzahl der Schul-, Ausbildungs- und Studienjahre (insgesamt): _____

Höchster Schulabschluss:

- Abitur / Fachabitur
- Realschule / Mittlere Reife
- Volks- / Hauptschule
- Sonderschule
- kein Schulabschluss

Berufsausbildung:

- Hochschule / Fachhochschule
- Meister / Fachhochschule
- Lehre / Ausbildung
- keine formale Berufsausbildung
- in der Ausbildung
- im Studium

Berufsbezeichnung:

Augenblickliche Tätigkeit:

Dauer des Aufenthalts in der Tagklinik:

Waren Sie vor dem Aufenthalt in der Tagklinik bereits Patient in einer stationären Einrichtung (z.B. in unserem Haus)? Ja Nein

			Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils – teils	Trifft eher zu	Trifft zu
Zufriedenheit mit den behandelten Inhalten in den Gruppensitzungen							
9	Die Inhalte in den Gruppensitzungen gefielen mir.		<input type="checkbox"/>				
10	Der Tagesablauf gab mir Struktur.		<input type="checkbox"/>				
11	Es wurden Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.		<input type="checkbox"/>				
12	Die Gespräche mit meinen Mitpatienten halfen mir.		<input type="checkbox"/>				
13	Ich weiß jetzt, welche Ziele mir wichtig sind.		<input type="checkbox"/>				
14	Ich habe bei meinem Aufenthalt eine Hilfestellung erhalten, um in meinem Leben etwas Grundlegendes zu verändern, das ich bisher nicht verändern konnte.		<input type="checkbox"/>				
Allgemeine Erwartungen							
15	Meine Erwartungen an das therapeutische Angebot wurden erfüllt.		<input type="checkbox"/>				
16	Meine Erwartungen an das ärztliche Angebot wurden erfüllt.		<input type="checkbox"/>				
17	Insgesamt bin ich mit dem Aufenthalt in der Klinik zufrieden.		<input type="checkbox"/>				
18	Im Allgemeinen wurden meine Erwartungen erfüllt.		<input type="checkbox"/>				
19	Würden Sie einer Freundin/ einem Freund unsere Tagesklinik empfehlen, wenn sie/ er ähnliche Probleme hat?		<input type="checkbox"/>				

			Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils – teils	Trifft eher zu	Trifft zu
Persönliche Bedeutung für den Alltag							
20	Ich kann die Erfahrungen aus den therapeutischen Behandlungen im Alltag anwenden.		<input type="checkbox"/>				
21	Ich bin nun selber dafür verantwortlich, dass es mir in Zukunft besser gehen wird.		<input type="checkbox"/>				
22	Ich habe Angst jetzt wieder in meinen gewohnten Alltag zu kommen.		<input type="checkbox"/>				
23	Ich habe ein neues Verständnis für meine Krankheit entwickelt.		<input type="checkbox"/>				
24	Meine psychischen Beschwerden haben sich verbessert.		<input type="checkbox"/>				

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Was hat Ihnen überhaupt nicht gefallen?

Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Grund der Entlassung

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Danksagung

Zunächst einmal gilt mein Dank allen Patientinnen und Patienten der Tagklinik des LMU Klinikums, die sich zur Teilnahme an der Evaluationsstudie bereit erklärten. Ohne ihre Kooperation und Motivation wäre diese Arbeit nie zustande gekommen.

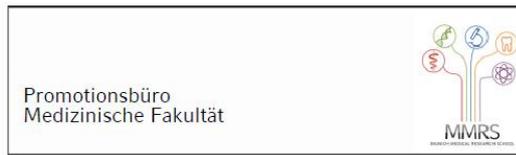
Zudem möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei den Durchführungen der Erhebungen und der Fertigstellung dieser Dissertation unterstützt haben. Dazu gehören die Mitarbeiter und Praktikanten der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychophysiologie des LMU Klinikums, das gesamte Team der Tagklinik sowie die ergotherapeutische Abteilung des LMU Klinikums.

Mein Dank gilt zudem Prof. Dr. Oliver Pogarell, der mir die Möglichkeit für dieses Promotionsvorhaben gab.

Ganz herzlich möchte ich mich bei PD Dr. Susanne Karch, der Leiterin dieses Evaluationsprojektes und meiner langjährigen Chefin, bedanken. Ihr großes fachliches Wissen, ihr Engagement und die immer zuverlässige und rasche Unterstützung bei all meinen Anliegen haben wesentlich zum erfolgreichen Abschluss dieser Arbeit beigetragen.

Abschließend gebührt mein Dank meinen Eltern und meiner Schwester für deren Unterstützung, Ermutigung und Vorbildfunktion (nicht nur) hinsichtlich der Umsetzung eines Promotionsvorhabens. Last but not least: Der größte Dank geht an meinen Ehemann, der mir stets Verständnis und Geduld entgegenbrachte, mich immer wieder motivierte und mir durch seine Unterstützung ermöglichte, dieses Projekt erfolgreich zu beenden.

Affidavit



Eidesstattliche Versicherung

Neusius, Marie-Elena

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

„Evaluation der Wirksamkeit tagesklinischer Angebote am Beispiel der Tagklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 12.04.2022

Ort, Datum

Marie-E. Neusius

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand

Publikationsliste

Neustädter, M.-E., Adorjan, K., Kistner, N., Glaser, M., Hummel, I., von Saldern, S., Palm, U., Dehning, S., Pogarell, O. & Karch, S. (2018). Erfolgreiche Behandlung in der Tagklinik – erlebte Veränderungen aus Sicht der Patienten. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 160 (5), 6-10.