

**Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatricentrum Oberwallis:
Evaluation des multimodalen Behandlungssettings aus Patientensicht**

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science in Psychologie der
philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern

Autorin: Medea Briand

Matrikelnummer: 16-057-317

Korrespondenz/E-mail: medea.briand@students.unibe.ch

Universität Bern

Institut für Psychologie

Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie

Betreuer: Prof. Dr. Berger Thomas

Abgabedatum: 20.Juni 2022

Zusammenfassung

Die tagesklinische Behandlung ist in stetem Wandel. Die Wirksamkeit ihres Konstrukts wurde mehrfach belegt. Durch deren Heterogenität ist jedoch die Vergleichbarkeit der Tageskliniken eingeschränkt. Die Patientenbewertung bietet die Möglichkeit der Annäherung an die Frage des Stellenwerts der Elemente tagesklinischer Behandlung. Durch sie konnten bereits Wirkfaktoren der Behandlung identifiziert werden. Die Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis setzt seit 2020 ein neues multimodales Behandlungskonzept um. Bisher fand noch keine Evaluation dieser Behandlungsmodalität statt. Daher wird in der vorliegenden Masterarbeit die Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums und ihr multimodales Behandlungssetting anhand der Patientenbewertung evaluiert. Das übergeordnete Ziel besteht darin, zu untersuchen wie die Behandlung wirkt und welche Wirkfaktoren daraus identifiziert werden können. Darüber hinaus ist es das Ziel, die wahrgenommenen Veränderungen, die Patienten durch die Behandlung bei sich feststellen und die Veränderungswünsche, die sie betreffend Behandlung äussern, zu erfassen. Daraus resultiert die Möglichkeit konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Tagesklinik herauszuarbeiten. Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde ein Mixed-Methods-Design angewandt. Erkrankte Personen, die im Zeitraum vom 17. Januar 2022 bis 30. März 2022 die tagesklinische Behandlung regulär abschlossen, wurden in die Untersuchung aufgenommen. Sie bewerteten in ihrer letzten Behandlungswoche 95 Items eines für die Untersuchung erstellen Fragebogens auf einer Skala von 1 (unwirksam) bis 7 (sehr wirksam). Auch wurden sie in derselben Woche anhand 20 offenen Fragen zur Wirksamkeit und Nützlichkeit der Behandlung befragt. Die Fragebögen wurden deskriptiv mittels SPSS analysiert, die Interviews inhaltsanalytisch anhand Maxqda ausgewertet. Elf Patienten schlossen die Behandlung innerhalb des Untersuchungszeitraums regulär ab. Mittels Fragebogen bewerteten sie die Behandlung insgesamt als nützlich. Anhand qualitativer Untersuchung konnten 17 Wirkfaktoren identifiziert werden. Veränderungswünsche waren individuell unterschiedlich, daher empfiehlt es sich in den regelmässig stattfindenden Standortgesprächen auf im Therapieprozess auftretende Veränderungswünsche einzugehen. Weiterführende Forschung zur Evaluation der Tagesklinik PZO könnte sich mit dem Vergleich der tagesklinischen Behandlung mit der stationären oder ambulanten Behandlung des Psychiatriezentrums Oberwallis beschäftigen, wobei die Analyse von Gesundheitsdaten miteingeschlossen werden könnte.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Theoretischer Hintergrund | 3 |
| 2.1 Die psychiatrische Tagesklinik | 3 |
| 2.1.1 Geschichtlicher Hintergrund..... | 3 |
| 2.1.2 Konzept, Organisation und Struktur | 5 |
| 2.1.3 Psychotherapie in der Tagesklinik..... | 10 |
| 2.2 Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung..... | 13 |
| 2.2.1 Wirkfaktoren..... | 19 |
| 2.2.2 Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung | 24 |
| 2.2.3 Settingspezifische Auswertung tagesklinischer Behandlung | 29 |
| 2.3 Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis | 32 |
| 3 Fragestellungen | 36 |
| 4 Methode..... | 37 |
| 4.1 Instrumente und Messmittel..... | 38 |
| 4.2 Datenerhebung | 39 |
| 4.3 Datenaufarbeitung und -auswertung | 40 |
| 5 Ergebnisse | 41 |
| 5.1 Stichprobe | 41 |
| 5.3 Fragebogen zur Nützlichkeit und Wirksamkeit | 44 |
| 5.4 Patienteninterviews | 49 |
| 5.4.1 Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung | 49 |
| 5.4.2 Wahrgenommene Veränderung..... | 57 |
| 5.4.3 Veränderungswünsche..... | 59 |
| 6 Diskussion | 61 |
| 6.1 Wirksamkeit der Tagesklinik..... | 62 |
| 6.2 Wahrgenommene Veränderungen | 65 |
| 6.3 Veränderungswünsche | 65 |
| 6.4 Handlungsempfehlungen | 65 |
| 6.5 Limitationen..... | 66 |
| 6.6 Zukünftige Forschungsschwerpunkte | 68 |
| 7 Literatur | 69 |
| 8 Anhang | 76 |
| Anhang A | 76 |

Anhang B 77
Anhang C 78
Anhang D 84

Danksagung

Es ist Zeit Danke zu sagen. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich beim Erstellen meiner Masterarbeit unterstützten und mich mit ihren Ansichten oder mit ihrer Kritik inspirierten.

Ein grosser Dank gebührt Prof. Dr. Berger Thomas, der diese Masterarbeit betreute und begutachtete. Das Vertrauen in meine Arbeit, die vielen Freiheiten, die er mir gewährte, die anregende Kritik und unterstützenden Worte begünstigten das Erstellen der Masterarbeit.

Auch gilt ein grosser Dank Dr. rer. nat., Dr. theol. Uzoma Aligwekwe, Leiter Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis, der es mir ermöglichte, die Evaluation der tagesklinischen Behandlung für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis durchzuführen und der meine Disziplin zum Erstellen der Arbeit allweil unterstützte.

Ein besonderer Dank gilt allen Patienten und Patientinnen der Tagesklinik, die an der Untersuchung Red und Antwort standen und durch ihre Sicht auf die Behandlung einen grossen Beitrag zur Arbeit leisteten. Auch dem Therapeutenteam der Tagesklinik, die täglich einen tollen Job machen und die Patienten auf ihrem Weg begleiten, möchte ich danken.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Nina und Sarah fürs Korrekturlesen der Arbeit. Für die vielen Stunden Arbeit und das Umschreiben manch komplizierter Sätze bin ich euch unendlich dankbar.

Auf diesem Weg möchte ich mich auch recht herzlich bei meinen Eltern Manuela und Gilbert Briand-Grand bedanken, die mich moralisch und finanziell allweil unterstützen. Auch meinem Partner, der mir viel Kraft und Mut zusprach, möchte ich ein Dankeswort aussprechen. Ohne diese helfenden Hände wäre die Arbeit nicht zu dem geworden, was sie ist.

1 Einleitung

Psychiatrische Tageskliniken im heutigen Sinne haben ihren Ursprung in den 1940er Jahren (Garlipp, 2008). Sie sind in ihrer Organisation und in ihren Konzepten vielfältig (Briscoe et al., 2004; Eikermann & Reker, 1993; Kallert et al., 2004; Marshall et al., 2001; Seidler et al., 2006). Die psychiatrische Tagesklinik gilt als Schnittstelle zur stationären, ambulanten und zur komplementär rehabilitativen Behandlung (Reker, 1999, S. 27). Durch den steten Wandel psychiatrischer Behandlungsformen stellt sie hohe Anforderungen an die zu behandelnde Person¹ und ans Personal (Hopf & Diebels, 2017). Durch die Heterogenität tagesklinischer Angebote bedarf es zudem einer klaren Definition des zu erforschenden Konstrukts (Kallert et al., 2004). Die Psychotherapie stellt einen wesentlichen Teil der Tagesklinik dar. Ihre Bedeutung wird eingebettet im tagesklinischen Gesamtkonzept berücksichtigt (Hopf, 2018). Im Grossteil der Tageskliniken wird Psychotherapie in gemischter Ausrichtung angeboten (Hopf & Diebels, 2017). Vorteile tagesklinischer gegenüber vollstationären Behandlungen wurden bereits in Studien nachgewiesen, jedoch werden sich erstere in den nächsten Jahren gegenüber intensivierten ambulanten Therapieformen behaupten müssen (Hopf, 2018). Tageskliniken sind in ihrer Ausgestaltung heterogen, aber dennoch gibt es allgemeine Prinzipien, die ihre Wirksamkeit ausmachen (Hopf, 2018).

Es ist notwendig, teilstationäre psychiatrische Behandlungsformen in ihren Rahmenbedingungen im Sinne der Verdichtung der Abläufe und der Effektivierung eingesetzter Mittel zu untersuchen (Hopf & Diebels, 2017). Deren fortlaufende Evaluation dient der Qualitätssicherung und bietet die Möglichkeit, das Therapieangebot entsprechend anzupassen (Kaiser & Sibitz, 2008). Sowohl als relevanter verlaufsbestimmender Faktor der tagesklinischen Behandlung (Kallert & Schützwohl, 2002), wie auch als Möglichkeit der Annäherung an die Frage des Stellenwerts einzelner Therapiebausteine wurde in diesem Zusammenhang die Patientenbewertung identifiziert (Schultz-Venrath, 2015, S. 97). Sie wurde bereits in unterschiedlichen Evaluationen tagesklinischer Behandlung genutzt (siehe Eichler et al., 2006; Hoge et al., 1988; Kaiser & Sibitz, 2008; Weiss, 2015). Anhand settingspezifischer Auswertungen konnten Elemente, die die Wirksamkeit einer tagesklinischen Behandlung belegen, identifiziert werden (Eichler et al., 2006; Gutknecht, 2005). Vielfach wird dabei die Effektivität der Behandlung über das Zusammenspiel des

¹ In der vorliegenden Arbeit wurde, falls möglich die Empfehlungen zum geschlechtergerechten Schreiben der Universität Bern berücksichtigt. Insofern dies nicht möglich war, wurde abwechselnd oder ohne erkennbares Schema die weibliche oder männliche Schreibweise verwendet.

gesamten Konzepts beschrieben (Schultz-Venrath, 2015, S. 97). Die Untersuchung von Hoge et al. (1988) legte mit der Identifikation von 14 therapeutischen Faktoren den Grundstein für die Wirkfaktorenuntersuchungen psychiatrischer Tageskliniken. Weitere Studien orientierten sich an den von diesen identifizierten Faktoren (siehe Garlipp, 2008; Knab, 2008; Seidler, 2011; Weiss, 2015). Wenngleich einzelne therapeutische Angebote mittlerweile gut wissenschaftlich dokumentiert worden sind, besteht nach wie vor Forschungsbedarf.

Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und der Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis² sollen in der vorliegenden Arbeit die Wirksamkeit und Wirkfaktoren der Tagesklinik PZO betrachtet werden. Sie wurden bislang noch nicht evaluiert. In dieser wird seit dem Jahre 2020 ein neues Behandlungskonzept umgesetzt (Aligwekwe, 2020). Durch ihr intensives, multimodales Therapieangebot bietet die Tagesklinik PZO eine umfassende Behandlung mit modernen psychotherapeutischen Methoden für Patienten zwischen 18 und 65 Jahren mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern (Aligwekwe, 2020).

Zum Aufbau und den Zielen der Arbeit: Im Kapitel 2 *theoretischer Hintergrund* wird die *psychiatrische Tagesklinik* und deren *geschichtlicher Hintergrund* dargestellt, auf *Konzept, Organisation und Struktur* eingegangen und die *Psychotherapie in der Tagesklinik* nähergebracht. Dieser Hintergrund soll dem Lesenden die Möglichkeit bieten, sich mit dem Konstrukt Tagesklinik auseinander zu setzen, um Elemente und Faktoren der Behandlung, die in der Evaluation Platz finden, zu verstehen. Im Kapitel 2.2 *Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung* und deren Unterkapitel wird auf bereits bestehende Erhebungen tagesklinischer Behandlung und identifizierte Wirkfaktoren im Setting eingegangen. Das Konzept der Tagesklinik PZO wird im Kapitel 2.3 *Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis* erläutert. Es greift einzelne Punkte auf, die bereits in Kapitel 2 beschrieben wurden, um klar zu verdeutlichen, dass sie im Rahmen der Tagesklinik PZO ebenfalls bedeutsam sind. Fragestellungen, die in der Untersuchung verfolgt werden sind, wie/wodurch wirkte die tagesklinische Behandlung bei den Patienten, was innerhalb der tagesklinischen Behandlung wirkte, welche Wirkfaktoren konnten im Rahmen der tagesklinischen Behandlung identifiziert werden, was veränderte sich durch die tagesklinische Behandlung und was würden die Patienten an der tagesklinischen Behandlung verändern. Als *Methode* für

² In der vorliegenden Arbeit wird die Benennung der Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis jeweils abgekürzt mit Tagesklinik PZO.

die Evaluation der Tagesklinik PZO aus Patientensicht wird das Mixed-Methods-Design, eine Mischung aus quantitativen und qualitativen Methoden, gewählt. Spezifisch auf die Tagesklinik PZO ausgerichtete Instrumente und Messmittel werden in der Untersuchung eingesetzt. Ziel ist es, Hinweise zu möglichen Effekten der tagesklinischen Behandlung zu finden, Elemente, die der Patient als nützlich oder/hilfreich empfindet, zu identifizieren und Wirkfaktoren der Behandlung zu erfassen. Die Erkenntnisse werden dargestellt und im Hinblick auf die Methodik und die bestehende Literatur reflektiert.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Die psychiatrische Tagesklinik

2.1.1 Geschichtlicher Hintergrund

Wegen Ressourcenmangel und auf Basis akuter Überbelegungen gründete der Sowjete Dzhagarov in den 1930er Jahren in Moskau ein Krankenhaus ohne Betten, die erste teilstationäre Behandlungsmöglichkeit für psychisch Kranke (Engfer, 2005, S. 81; Jungjohann, 1968). Er therapierte zwischen den Jahren 1933 und 1937 tagsüber Patienten mit psychotischen Störungen mittels Arbeitstherapie (Engfer, 2005, S. 81).

Erst nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden in der westlichen Welt erste Tageskliniken, die als Ausdruck eines neuen Denkens in der Psychiatrie zu verstehen waren (Engfer, 2005, S. 82). Im Jahre 1946 erfolgten fast zeitgleich in Marlborough und Montreal Gründungen tagesklinischer Angebote (Baer et al., 2007; Engfer, 2005, S. 82; Garlipp, 2008). Bierer, ein Adler-Schüler, in Marlborough war davon überzeugt, dass ein Grossteil psychiatrischer Patienten teilstationär behandelt werden kann (Finzen, 2019, S. 40). Seine Idee war es, ein unabhängiges eigenständiges Behandlungszentrum aufzubauen, in dem der Patient einen aktiven Mitarbeitenden im therapeutischen Prozess darstellt (Jungjohann, 1968). Er führte die triadische Psychotherapie ein, einen Vorläufer der therapeutischen Gemeinschaft, bei dem Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie und situationsbezogene Psychotherapie eingesetzt wurde (Schultz-Venrath, 2015, S. 2). Durch sozialtherapeutische Aufgaben konnten sich die Patientinnen abhängig vom Schweregrad ihrer Erkrankung beweisen und ihr Selbstbewusstsein stärken (Schultz-Venrath, 2015, S. 2). Die Tagesklinik mit ihrem demokratisch ausgerichteten Milieu und dem Anspruch, den Patienten lebensnah zu behandeln, trug aus seiner Sicht zur Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen bei (Jungjohann, 1968).

Cameron, Begründer der Tagesklinik in Montreal, glaubte, dass traditionelle psychiatrische Behandlungsformen überdacht werden müssten (Engfer, 2005). Psychisch

erkrankte Menschen benötigten aus seiner Sicht kein Krankenhausbett, um zu genesen (Goldman & Arvanitakis, 1981). Vielmehr bedürfte es der Integration des Patienten in dessen soziales Umfeld (Goldman & Arvanitakis, 1981). Weiter war Cameron überzeugt, durch eine teilstationäre Behandlung das Stigma psychischer Krankheiten verhindern zu können (Eikelmann, 2010). So schuf er eine Tagesbehandlungseinrichtung, die sich als Behandlungsmodalität einem psychiatrischen Krankenhaus anschloss und eine Alternative zu traditionellen Behandlungsformen darstellte (Jungjohann, 1968). Sie diente akut Erkrankten mittels gruppenorientierten, milieuthérapeutischen Modell (Rosie et al., 1995). Schene (2001) formuliert, dass bereits diese zwei Pioniere unwissend unterschiedliche Ansätze repräsentierten und damit die Entwicklung der Tageskliniken in unterschiedliche Richtungen vorantrieben.

In England und in den USA verbreitete sich die Idee der tagesklinischen Behandlung ab den 1950er Jahren (Engfer, 2005). Rund hundert Tageskliniken gab es bereits in den 1960er Jahren in den USA (Engfer, 2005, S. 83). Der *Community Mental Health Center Act*, der im 1963 in den USA veröffentlicht wurde, verankerte diesbezüglich gesetzlich die Bedeutung des Aufbaus von Teilhospitalisationsprogrammen (Engfer, 2005, S. 84). In England und Wales entwickelten sich bis die 1970er Jahre mehrere hundert psychiatrische Tageskliniken (Finzen, 2019, S. 41). Zu diesem Zeitpunkt reevaluierte sich die Tagesklinik – individuelle Bausteine für Einzelpatienten wurden eingeführt und Kriterien zur Indikation und Kontraindikation entwickelt (Garlipp, 2008).

Die europäische sozialpsychiatrische Bewegung griff die Terminologie rund um das Konzept der Tagesklinik auf und stellten es der starren Psychiatrie entgegen (Schultz-Venrath, 2015). Zwischen den 1950er und 1970er Jahren entstanden in Deutschland erste Tageskliniken (Hopf, 2018; Schultz-Venrath, 2015; Seidler et al., 2006). Jedoch konnte sich diese Behandlungsform dort bis Mitte der 1970er Jahre kaum durchsetzen, was mutmasslich auf versicherungsrechtliche und standespolitische Schwierigkeiten rückführbar war (Weiss, 2015, S. 9–10). Deutschland zählte daher auch im Jahr 1972 erst wenige Tageskliniken (Hopf & Diebels, 2017). Durch die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete-Kommission aus dem Jahr 1975 – wobei als eines der Ziele der Auf- bzw. Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten definiert wurde – entstanden in Grossstädten fortwährend Projekte gemeindenaher Fürsorge, um eine lebensnahe und ambulante Behandlung psychisch kranker Menschen zu ermöglichen (Hopf, 2018). Erste tagesklinische Angebote mit psychotherapeutischer Ausrichtung, welche sich auf die Idee der therapeutischen Gemeinschaft und auf psychoanalytische Grundsätze bezogen,

entstanden in den 1980er Jahren (Heigl-Evers, Henneberg-Mönch, Odag, & Standke, 1986). Die Tagesklinik bot aufgrund der wachsenden Rolle von Psychotherapie im psychiatrischen Bereich zunehmend eine Kombination aus soziotherapeutischen, biologischen und psychotherapeutischen Massnahmen an (Mundt, Hand & Rufer, 2002). Seit spätestens Ende der 1980er Jahre ist die Psychotherapie ein essentieller Bestandteil tagesklinischer Behandlung (Eikermann et al., 1999). Spezialisierte Tageskliniken verbreiteten sich zunehmend in den 1990er Jahren (Garlipp, 2008). Zwischen 2003 und 2007 stieg die Anzahl tagesklinischer Angebote in Deutschland auf 571 an (Eikermann, 2010). Die Tagesklinik wurde zu einem gefestigten Bestandteil deutscher Krankenhausversorgung (Hopf & Diebels, 2017). Die Vereinigung *Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken* (DATPPP), die zur Förderung und Weiterentwicklung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Versorgung beiträgt, entstand im Jahr 2004 (DATPPP, o. D.) und verzeichnete 2018 in ihrem Register über 720 Tageskliniken (Hopf, 2018, S. 209).

Die Entwicklung Schweizer Tageskliniken ist in der Literatur wenig ersichtlich (Stahl, 1999). Eine erste Bestandsaufnahme und Übersicht über geplante Tageskliniken wurde im Jahr 1974 dem schweizerischen Krankenhausinstitut vorgelegt (Uchtenhagen, 1974). Über die Jahre wurden seither Untersuchungen zu Tageskliniken in der Schweiz durchgeführt (siehe Agarwalla & Küchenhoff, 2003; Debrot et al., 2016; Weiss, 2015; Zeeck et al., 2002). Ein komplettes Register bzw. verlässliche Angaben zu bestehenden Tageskliniken in der Schweiz konnte für die vorliegende Arbeit dennoch nicht gefunden werden. Die *Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrische und Psychotherapeutische Tageskliniken* (SGPPT), die seit 2010 besteht und der Vernetzung und Förderung tagesklinischer Behandlung in der Schweiz dient, listet heute (Stand: Dezember 2021) rund 40 psychiatrische Tageskliniken auf ihrer Webseite als Mitglieder auf (SGPPT, o. D.). Bei einer Umfrage unter deutschschweizerischen Tageskliniken wurde bereits im Jahr 2015 eine Anzahl von 50 gezählt (Weiss, 2015). Nachfolgend wird auf psychiatrische Tageskliniken in der Praxis sowie deren Konzept, Organisation und Struktur eingegangen.

2.1.2 Konzept, Organisation und Struktur

Die psychiatrische Tagesklinik kann jahrzehntelange gute Praxis verzeichnen und zählt zu einem bedeutenden Standardverfahren im Bereich der Psychiatrie (Curren et al., 2014; Eikermann, 2010). Sie ist eine Institution der klinisch-medizinischen Versorgung, in der das gesamte Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden kann (Engfer, 2005, S. 93). Die psychiatrische Tagesklinik wird in den *American Association for Partial*

Hospitalization Standards and Guidelines for Partial Hospitalization (1991) als teilstationäre Behandlung folgendermassen definiert:

Teilhospitalisation ist definiert als ein zeitlich begrenztes, ambulantes, aktives Behandlungsprogramm, das therapeutisch intensive, koordinierte und strukturierte klinische Leistungen in einem stabilen therapeutischen Milieu bietet. Teilhospitalisation ist ein allgemeiner Begriff, der Behandlungsprogramme am Tag, in der Nacht und am Wochenende umfasst, die einen integrierten, umfassenden und komplementären Plan anerkannter Behandlungsansätze verwenden. Die Programme richten sich an Personen mit erheblichen Beeinträchtigungen aufgrund einer psychiatrischen, emotionalen oder Verhaltensstörung. Sie sollen auch einen positiven klinischen Einfluss auf das Unterstützungssystem des identifizierten Patienten haben. Teilweise Krankenhauseinweisungssysteme können entweder freistehend oder Teil eines umfassenderen psychiatrischen oder medizinischen Systems sein. Allerdings sollte die Teilhospitalisation als separate, identifizierbare, organisierte Einheit verstanden werden, die ein bedeutendes Bindeglied innerhalb des Kontinuums umfassender psychiatrischer Dienste darstellt (Block & Lefkowitz, 1991, S. 1–2).

Die tagesklinische Behandlung soll Therapie und Betreuung bieten, ohne den Patienten einzuengen oder zu entmündigen (Eikermann & Reker, 1993). Dieser erfährt während der Woche ein vollumfängliches Therapieprogramm und kann zeitgleich in seinem gewohnten Lebensumfeld verbleiben (Engfer, 2005, S. 93). Die Behandlung ermutigt zur Autonomieentwicklung und bietet Gelegenheit zur Orientierung und Belastungserprobung im Alltag (Eikermann & Reker, 1993). Tageskliniken werden gemeindeintegriert organisiert und fördern die Wiedereingliederung des Patienten in dessen gewohntes Lebensumfeld (Engfer, 2005, S. 93). Sie ermöglichen damit eine nahtlose Anknüpfung an und einen flexiblen Übergang aus vorausgehenden Behandlungsmodalitäten (Eikermann & Reker, 1993). Durch die Vermittlung eines realistischen Eindrucks von psychischen Erkrankungen und ihre offene Form von Behandlung führen Tageskliniken innerhalb der Gesellschaft zu einer geringeren Stigmatisierung als eine vollstationäre Behandlung (Engfer, 2005, S. 93).

In den letzten Jahren wurden vermehrt Versuche unternommen, in nationalen und internationalen Studien Tageskliniken zu analysieren und dabei deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren (siehe Briscoe et al., 2004; Eikermann, 2010; Eikermann & Reker, 1993; Hopf & Diebels, 2017; Kallert et al., 2004; Marshall et al., 2001; Seidler et al., 2006; Weiss, 2015). So untersuchten bereits Eikermann & Reker (1993) in ihrer Arbeit, wie sich die Praxis der tagesklinischen Behandlung darstellt, welche methodischen Probleme die

Evaluation tagesklinischer Behandlungen bereitet, welche Befunde für die Effizienz und Indikation der Behandlung sprechen und welche Entwicklungslinien für die Zukunft der tagesklinischen Behandlung vorhanden sind. Marshall et al. (2001) zeigten in ihrem systematischen Review die Effektivität von Tageskliniken mit unterschiedlichen Funktionsschwerpunkten für Personen mit schweren psychischen Störungen auf und stellten diese anderen psychiatrischen Behandlungsmodalitäten gegenüber. Im Rahmen der *European Day Hospital Evaluation* (EDEN) beschäftigten sich Kallert et al. (2004) mit Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen Tageskliniken in fünf europäischen Ländern (Deutschland, England, Polen, slowakische Republik, tschechische Republik) und versuchten, die Dienste nach Hauptprogrammfunktionen zu gruppieren, um die Verallgemeinerbarkeit von Ergebnissen zur Bewertung spezifischer Tagesklinikmodelle zu maximieren. Aufgrund nicht systematisch erfasster Prozesse in der konzeptionellen Neubestimmung der Tageskliniken erhoben Kallert et al. (2003) Struktur- und Leistungsmerkmale deutscher allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken. Briscoe et al. (2004) wollten anhand einer von Oktober 2001 bis Februar 2002 durchgeführten postalischen Umfrage unter 102 psychiatrischen Tageskliniken in England Ziele, Organisation, strukturelle Merkmale und Inhalt der Behandlung erheben. Mit den Fragen, ob deutsche Tageskliniken hinsichtlich ihrer Behandlungskonzepte differenziert werden können und an welchen strukturellen und prozessualen Besonderheiten dies erkannt werden kann, beschäftigten sich Seidler et al. (2006). Eine Untersuchung zu deutschschweizerischer Tageskliniken wurde von Weiss (2015) durchgeführt. Dieser befasste sich dabei mit den Fragen, was ist, was wirkt und was gebraucht wird. Hopf & Diebels (2017) haben die wachsende Zahl deutscher Tageskliniken auf Ausstattungs-, Organisations- und Therapiemerkmale untersucht, wobei sie erste Hinweise auf Best Practice fanden. Nachfolgend wird zum besseren Verständnis und zur Einteilung der Tagesklinik in die Versorgungskette anhand der Erkenntnisse aus den genannten Übersichtsarbeiten auf die Organisation und Struktur von Tageskliniken eingegangen.

Tageskliniken werden vielfältig organisiert – entweder sind sie in der Klinik angesiedelt, zur Klinik gehörend, ausserhalb gelegen oder autonom (Eikermann & Reker, 1993; Kallert et al., 2003). Sie werden anhand ihrer jeweiligen Funktionen in die Versorgungskette eingeordnet (Kallert et al., 2003, 2004; Marshall et al., 2001). Marshall et al. (2001) unterschieden diesbezüglich vier Funktionen: (1) Tagesklinik als Alternative zur stationären Behandlung für Patienten mit einer akuten Erkrankung, (2) Übergangstageskliniken, um den stationären Aufenthalt von Patienten, die in einer stationären Klinik behandelt wurden, zu verkürzen, (3) Tagesklinikzentren für Rehabilitation

und Versorgung von Patienten mit Langzeiterkrankungen und (4) Tagesklinikprogramme als intensive Alternative zu ambulanten Behandlungen. Neben den von Marshall et al. (2001) genannten Funktionen werden in der Literatur weitere wie Krisenintervention, Zusatz zur stationären Behandlung, Aufnahmemöglichkeit nach gescheiterter ambulanter Behandlung oder Psychotherapie genannt (siehe Kallert et al., 2004). In den einzelnen Ländern werden den Funktionen dabei unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben (Kallert et al., 2004). Auch Eikelmann (2010) führt organisatorische Möglichkeiten an, erwähnt dabei jedoch auch, dass die frühe Einteilung in Krisenintervention, Akutbehandlung und Rehabilitation veraltet sei, weil diese methodisch nicht klar unterscheidbare Prozeduren beinhalten.

Auch bezüglich der Organisation innerhalb der jeweiligen Einrichtungen lassen sich Unterschiede festmachen. Vor der Aufnahme in eine tagesklinische Behandlungseinrichtung findet meist ein Indikationsgespräch statt (98 %) oder Wartelisten werden geführt (92 %), nach welchen, orientiert am Schweregrad der Erkrankung, eine Aufnahme stattfindet (Hopf & Diebels, 2017). In vielen Tageskliniken besteht eine festgelegte Anzahl an Behandlungsplätzen (Hopf & Diebels, 2017; Kallert et al., 2003, 2004). Es werden durchschnittlich rund 20 angeboten (Hopf & Diebels, 2017; Kallert et al., 2004). Von englischen Tageskliniken verfügt nur etwa ein Viertel über eine definierte Anzahl an Behandlungsplätzen, die sich auf 33.1 beläuft (Briscoe et al., 2004). In der Deutschschweiz gibt es Tageskliniken mit festgelegten Platzzahlen, ohne festgelegte Platzzahlen oder mit variablen Platzzahlen (Weiss, 2015). Die durchschnittliche Anzahl liegt hier bei 18.6 (Weiss, 2015). Quoten tagesklinischer im Vergleich zu stationären Behandlungsplätzen variieren stark und reichen von 1:1.5 bis 1:6.5 (Kallert et al., 2004). Der Anteil deutschschweizerischer Tagesklinikplätze im psychiatrischen System (teilstationär und stationär) liegt bei 14.2 % (Weiss, 2015).

Die Berufsgruppen der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Pflegefachpersonen besetzen nach Kallert et al. (2003) in einer deutschen Tagesklinik im Schnitt 7.1 Stellen. Mittlerweile arbeiten hier im Schnitt 8.66 Mitarbeiter in Vollzeitanzstellung, sprich 0.46 Mitarbeiter pro Patient (Hopf & Diebels, 2017). In deutschschweizerischen Tageskliniken sind dies 7.0 Stellen (Weiss, 2015). Grössere Tageskliniken mit mehr als 20 Behandlungsplätzen beschäftigen im Verhältnis weniger Mitarbeiter pro Behandlungsplatz als Tageskliniken bis zu 19 Behandlungsplätze (Hopf & Diebels, 2017). Das Personal setzt sich meist aus mehreren Berufsgruppen zusammen, ist heterogen und erfordert hohe Fachkompetenz in psycho- und sozialtherapeutischer Hinsicht

(Hopf & Diebels, 2017). Die Mitarbeiter übernehmen multifunktionelle Rollen, wobei Pflegekräfte manchmal Aufgaben der Sozialarbeit ausführen (Kallert et al., 2004).

Zur standardmässigen Raumausstattung gehören in 80 % der Tageskliniken Räume für Einzeltherapie, Schliessfächer, Speiseraum, Küche, Räume für Mitarbeiter sowie Gruppen-, Aufenthalts- und Ruheräume (Hopf & Diebels, 2017). Die mittlere Raumgrösse pro Therapieplatz beläuft sich auf rund 20 m² (Hopf & Diebels, 2017; Kallert et al., 2003).

Die im Durchschnitt angebotene Therapiezeit beträgt rund 39.82 Stunden pro Woche; nur in 5.2 % der Fälle wird ein Wochenendprogramm angeboten (Hopf & Diebels, 2017). Ein Grossteil der Tageskliniken in der tschechischen Republik, Deutschland, Polen und der slowakischen Republik erwartet eine tägliche Teilnahme ihrer Patienten am Therapieprogramm (Kallert et al., 2004). In England wird die Teilnahme eines Patienten an dessen Bedürfnisse angepasst (Briscoe et al., 2004; Kallert et al., 2004). In der slowakischen Republik und tschechischen Republik zeigen sich in der Hälfte der Fälle die Tageskliniken als flexibel hinsichtlich der Frage, wie oft ein Patient in der Tagesklinik anwesend sein muss (Kallert et al., 2004). Das Minimum an Anwesenheit, das über den Tag hinweg von einem Patienten in einer englischen Tagesklinik erwartet wird, beläuft sich auf vier Stunden (Briscoe et al., 2004). Die durchschnittliche Behandlungsdauer hat über die Jahre kontinuierlich abgenommen und belief sich im Jahr 2014 auf 35 Tage (Hopf & Diebels, 2017).

In Tageskliniken wird ein breites Spektrum an Diagnosen behandelt (Marshall et al., 2011). Vielfach sind diese Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, affektive Störungen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen (Briscoe et al., 2004). In Deutschland wurden signifikante Unterschiede zwischen den in den Bundesländern behandelten Erkrankungen festgestellt (Kallert et al., 2003). Kallert et al. (2004) schlossen darauf, dass die konzeptionelle Ausrichtung tagesklinischer Angebote zur Verteilung der klinischen Hauptdiagnosen in Tageskliniken beiträgt. So sei der Anteil der Diagnosen affektiver Störungen in Tageskliniken, die eine Alternative zur stationären Behandlung darstellen, hoch, wobei Diagnosen wie Schizophrenie und schizoaffektive Störungen mehrheitlich in der Funktion der Tagesklinik als soziale Rehabilitation und Unterstützung besondere Bedeutung erfahren (Kallert et al., 2004).

Von der Behandlung in der Tagesklinik ausgeschlossen werden häufig Patienten mit geistiger Behinderung, Suchterkrankungen, Epilepsie und Stress im näheren Umfeld (Kallert et al., 2004). Zudem werden Personen mit akuten Psychosen, akuten suizidalen Absichten, Drogenproblemen, organischen Erkrankungen, Obdachlosigkeit, zu grossen familiären

Schwierigkeiten, einem Mangel an Motivation, Lernschwierigkeiten und ungenügenden Sprachkenntnissen nicht therapiert (Briscoe et al., 2004).

Die in Tageskliniken angebotenen Behandlungsprogramme sind auf die zu versorgende Bevölkerungsgruppe, die Behandlungsideologie, Behandlungsdauer, die Ziele, Diagnosen und die Erkrankungsintensität der Patienten zugeschnitten (Briscoe et al., 2004; Kallert et al., 2004). Nach Briscoe et al. (2004) sind multifunktionelle Tageskliniken mit verschiedenen Behandlungszielen und -funktionen am weitesten verbreitet.

Die heterogenen Tageskliniken, die sich im Laufe der Jahre entwickelten, weisen jeweils andere Behandlungsschwerpunkte auf (Heekeren, 2013). In ländlichen Regionen übernimmt eine Tagesklinik meist mehrere Funktionen, während in Ballungsräumen Spezialisierungen entstehen können (Heekeren, 2013). Durch die Heterogenität des Konstrukts existiert keine klare und konsistente Terminologie, das heisst keine allgemeingültige Definition einer psychiatrischen Tagesklinik (Eikelmann & Reker, 1993; Kallert et al., 2004). Dies schränkt deren Erforschung und ein detailliertes Monitoring ein (Kallert et al., 2004). Das gewandelte Aufgabenspektrum von Tageskliniken bedarf entsprechender Ausbildungsrichtlinien, spezifischer Weiterbildungsangebote und einer Anpassung der personellen Angebote (Kallert et al., 2003). In Deutschland näherte sich in den letzten zehn Jahren die reale Versorgung der politischen Planung von 1988 an, jedoch sollten zum Ziehen von Schlüssen regionale Besonderheiten berücksichtigt werden (Hopf & Diebels, 2017). In der Studie von Hopf & Diebels (2017) zeichneten sich diesbezüglich trotz der gegenwärtig fortbestehenden Varianz Standards für Raum, Mitarbeiter, Therapieeinsatz und Vernetzung ab. Die Daten der deutschschweizerischen Tageskliniken haben eingeschränkte Aussagekraft, weil es kein Verzeichnis von diesen gibt und daher nicht klar ist, ob die erfassten Daten repräsentativ sind (Weiss, 2015). Zur Optimierung zukünftiger Forschung ist es daher notwendig, strukturelle und prozessuale Elemente der jeweiligen Einrichtung zu nennen, damit klar ist, welche Art von Tagesklinik bewertet wird (Kallert et al., 2004). Im nächsten Abschnitt wird aufbauend auf die dargelegten Grundlagen auf das therapeutische Konzept, das heisst die Psychotherapie in der Tagesklinik Bezug genommen und eine Abgrenzung zwischen psychotherapeutischer und psychiatrischer Tagesklinik vorgenommen.

2.1.3 Psychotherapie in der Tagesklinik

Wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben, ist die Psychotherapie seit spätestens Ende der 1980er Jahre ein essentieller Bestandteil tagesklinischer Behandlung (Eikelmann et al., 1999). Ihr wird Bedeutung in Berücksichtigung des gesamten tagesklinischen Konzepts beigemessen

(Hopf, 2018). In Tageskliniken werden Prinzipien unterschiedlicher Therapiemethoden angewandt, um rasch Wirksamkeit zu erzielen (Hopf, 2018, S. 101). Das bei fast allen Tageskliniken im Vordergrund stehende therapeutische Konzept richtet sich nach dem sozialpsychiatrischen Paradigma (Seidler et al., 2006). Dieses umfasst wesentliche Aspekte wie die Rückkehr und Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft, die gemeindenahere psychiatrische Versorgung, die Enthospitalisierung und den Einbezug des Umfelds des Erkrankten in die Behandlung (Wancata et al., 2007). In Tageskliniken sind weitere Paradigmen wie das psychodynamische, behaviorale, humanistische, systemische und eklektische verbreitet (Seidler et al., 2006). Davon schreiben die Tageskliniken, wie bereits genannt, neben dem sozialpsychiatrischen Paradigma dem tiefenpsychologischen und lerntheoretischen und wenige dem systemischen und humanistischen oder auch eklektischen Paradigma Bedeutung zu (Seidler et al., 2006). In 73 % der Tageskliniken wird Psychotherapie in gemischter Ausrichtung angeboten, nur in 27 % dominiert eine spezifische therapeutische Richtung (Hopf & Diebels, 2017). In grossen Tageskliniken ist die Vielfalt angebotener Therapieelemente grösser als in kleinen (Hopf & Diebels, 2017).

Ein geeigneter psychotherapeutischer Raum muss schwingungsfähig sein und gleichzeitig Wertstrukturen und feste Rahmenbedingungen bereitstellen (Schultz-Venrath, 2015). Strukturell bietet die Tagesklinik mit ihrer familienähnlichen Situation und der Möglichkeit für Übertragungsphänomene adäquate Voraussetzungen für die Psychotherapie (Eikermann, 2010). Die therapeutische Gemeinschaft, das heisst das Schaffen von zuverlässigen, vertrauensvollen Beziehungen und die gegenseitige Achtung innerhalb der temporären Lebensgemeinschaft der Tagesklinik, stellt ein bedeutendes Element der Behandlung dar, aus welchem die Patienten Kraft schöpfen können (Eikermann, 2010). Sie verbleiben in ihrer Lebensrealität und eine starke Regression sowie Abhängigkeit vom Setting werden verhindert (Eikermann, 2010). Der psychodynamische Prozess der Entfremdung und Wiederannäherung zur Institution und Herkunftsfamilie bietet dem Patienten die Möglichkeit, Autonomie zu entwickeln und sich der Realität zu stellen (Eikermann et al., 1999).

Schon früh wurde in Tageskliniken in Gruppen oder Teilgruppen therapiert (Hopf, 2018, S. 111). Durch die Gruppentherapien und deren Dynamik lernen die Patienten, in Interaktion mit Mitmenschen zu treten, Spannungen untereinander wahrzunehmen und unterschiedliche Blickwinkel auf eigene Blockaden und die persönliche Problematik zu erkennen (Hopf, 2018, S. 111). Die Gruppenkohäsion stellt eine bedeutende Säule der Gruppentherapie dar, wobei durch gegenseitige Integration, Interesse, emotionales Verständnis und Fürsorge der Patienten untereinander eine zusammenhaltende Kraft entsteht (Hopf, 2018, S. 115). Die wenigen

Rückzugsmöglichkeiten innerhalb der Tagesklinik führen mitunter zu einem intensiven Gruppenprozess (Zeeck et al., 2002). Offengelegte Gruppenregeln helfen neuen Patienten beim Einstieg in die Gruppe (Hopf, 2018, S. 113).

In der Tagesklinik wird die allgemeine schulübergreifende Psychotherapie durch indikationsspezifische Gruppentherapien ergänzt (Hopf, 2018, S. 95). Zusätzlich bietet die Einzeltherapie die Möglichkeit, persönliche Themen mit einem Therapeuten zu besprechen und Emotionen, die in den Gruppentherapien zutage kommen, zu reflektieren (Hopf, 2018, S. 111). In psychotherapeutischen Tageskliniken werden demnach moderne beziehungsorientierte psychotherapeutische Konzepte auf Basis eines wertschätzenden, milieutherapeutisch gestalteten, sicheren Rahmens angeboten (Schultz-Venrath, 2015). Durch diese unterschiedlichen Möglichkeiten kann eine für den jeweiligen Patienten möglichst passende Dosierung der Psychotherapie gefunden werden. Jedoch stellt dies auch immer eine gewisse Herausforderung dar (Schultz-Venrath, 2015, S. 32). Da sich grundsätzlich die Psychotherapie zuerst an den Einzelnen richtet, dann an die Gruppe der Erkrankten und ebenso das System berücksichtigt werden muss, indem ein Individuum sich bewegt (Eikelmann & Reker, 2004, S.44)

Seidler et al. (2006) untersuchten, inwieweit sich psychotherapeutisch ausgerichtete Tageskliniken von anderen unterscheiden. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen wird in psychotherapeutisch orientierten Tageskliniken wie in Einrichtungen mit anderen Funktionsschwerpunkten gearbeitet (Seidler et al., 2006). Vergleichbar sind beide Ausprägungen im verfügbaren Personalschlüssel, in der Anzahl der zu behandelnden Patienten, im Pflegesatz und in den spezifischen ergänzenden therapeutischen Gruppenangeboten (Seidler et al., 2006). Klare Differenzen bestehen hingegen hinsichtlich der Patientengruppe, die jeweils behandelt wird (Seidler et al., 2006). In psychotherapeutisch ausgerichteten Tageskliniken werden nach Seidler et al. (2006) mehr Patienten mit neurotischen Störungen und weniger aus dem schizophrenen Formenkreis therapiert. Des Weiteren verfügen die in psychotherapeutisch ausgerichteten Tageskliniken Behandelten über stärkere psychosoziale Ressourcen als jene in Tageskliniken mit anderen Funktionsschwerpunkten (Seidler et al., 2006).

Nach Hopf (2018) kann sich jede psychiatrische Tagesklinik *psychotherapeutisch orientiert* nennen, weil praktisch in jeder entsprechenden Einrichtung eine reflektierte Begegnung zwischen Patienten und Therapeuten stattfindet. In den nächsten Abschnitten wird exemplarisch auf die Forschungslage zur Effektivität tagesklinischer Behandlung eingegangen, was Aufschluss über mögliche Veränderungen durch die tagesklinische

Behandlung geben kann. Dabei wird hinterfragt, ob die Behandlung wirkt und – wenn ja – wie sie im Gegensatz zu anderen psychiatrischen Modalitäten wie der stationären oder ambulanten Behandlung wirkt.

2.2 Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung

Tagesklinische Behandlungen wurden bereits in den 1960er Jahren anhand von Evaluationsstudien den stationären und ambulanten Behandlungen gegenübergestellt (siehe Wilder, Levin und Zwerling, 1966; Guy, Gross, Hogarty und Dennis, 1969). In ihrer Follow-up-Untersuchung verglichen Wilder, Levin und Zwerling (1966) das Behandlungsergebnis von akutpsychiatrisch tagesklinisch behandelten Patienten mit akutpsychiatrisch stationär behandelten zwei Jahre nach Behandlungsaufnahme. Die zwei Probandengruppen unterschieden sich zu Behandlungsbeginn nicht signifikant voneinander in Bezug auf Geschlecht, Alter, Ethnie, Religion, Familienstand und Diagnose. Die Ergebnisse zeigten eine längere Behandlungsdauer bei Tagesklinikpatienten (Median von 8 Wochen) im Gegensatz zu jenen der stationären Behandlung (Median von 3 Wochen). Die Dauer bis zu einer erneuten Hospitalisierung war bei der tagesklinischen im Vergleich zur stationären Behandlungsgruppe vorteilig (Median von 271 Tagen gegenüber 162 Tagen). Die Raten der Rehospitalisierungen waren zwischen den zwei Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Die Tagesklinikpatienten präferierten die Behandlungszeiten von 9 bis 16 Uhr signifikant; zudem benannten ihre Familien die Behandlung als hilfreicher als die Angehörigen der vollstationär Behandelten. Diesbezüglich wird von den Autoren festgehalten, dass die Tagesklinik als effektive und praktikable Behandlungsmethode für akut erkrankte Patienten angesehen werden kann, vergleichbar mit der stationären Behandlung (Wilder, Levin und Zwerling, 1966).

Guy, Gross, Hogarty und Dennis (1969) evaluierten die Effektivität der Tagesklinik im Vergleich zur ambulanten Behandlung. Die Tagesklinik mit Kombination aus Milieuthherapie und medikamentöser Behandlung zeigte sich dabei signifikant vorteilig gegenüber der ambulanten ausschliesslich medikamentösen Therapie betreffend Skalen des globalen Schweregrads der Erkrankung und den Grad der Verbesserung des Gesundheitszustands. Die Tagesklinikpatienten wiesen eine signifikant geringere Behandlungsdauer als ambulant behandelte Personen auf. Diese Ergebnisse deuten auf diagnosespezifische Unterschiede in der Effektivität der Behandlungen hin. Die Tagesklinik zeigte bei schizophrenen Patienten signifikant ausgeprägtere Verbesserungen in den Symptombereichen Misstrauen, ungewöhnliche Denkinhalte und Feindseligkeit. Die ambulante Behandlung wirkte rascher

und war grundsätzlich wirksamer für neurotisch ängstliche und depressive, nichtschizophrene Patienten (Guy, Gross, Hogarty und Dennis, 1969).

Ab den 1990er Jahren führten Forscher randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität tagesklinischer Behandlung durch (siehe Creed et al., 1991; Sledge et al., 1996). Akut erkrankte Patienten wurden diesbezüglich in der Untersuchung von Creed et al. (1991) zufällig der tagesklinischen oder der vollstationären Behandlung zugeteilt. Einige Probanden konnten aufgrund ihres ausgeprägten Krankheitszustands – meist mit ausgeprägten manischen oder psychotischen Symptomen – nicht erfolgreich einer der Bedingungen zugeordnet werden. Bei den erfolgreich zugeteilten Personen waren die Behandlungsergebnisse der Tagesklinikpatienten jenen der stationär behandelten Personen in Bezug auf die Gesamtreduktion der psychiatrischen Symptome nach drei Monaten und nach einem Jahr ähnlich (Creed et al., 1991).

Sledge et al. (1996) untersuchten die Leistungsnutzen und die Behandlungskosten an 93 Tagesklinik- bzw. Krisenentlastungsprogrammpatienten im Vergleich zu 104 stationär behandelten Personen. Bei Eintritt zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Ethnie, Ethnizität, Geschlecht, Alter und Familienstatus. Die Ergebnisse deuten auf eine ebenwürdige Wirksamkeit des Tagesklinik- bzw. Krisenentlastungsprogramms und der stationären Behandlung hin. Jedoch konnte ein grosser Unterschied in den Gesamtkosten der Behandlungen zugunsten der Tagesklinik- bzw. Krisenentlastungsprogrammbehandlung aufgezeigt werden, was sowohl auf die geringere Nutzungsdauer (18,8 zu 25,5 Tage) wie auch die niedrigeren durchschnittlichen Einheitskosten in der Indexaufnahmephase der tagesklinischen Behandlung zurückzuführen ist. Zudem haben die Autoren signifikante Kostenunterschiede in Berücksichtigung der Patientengruppen mit Psychosen, affektiven Störungen und Doppeldiagnosen gefunden. Grundsätzlich sind potenzielle Kosteneinsparungen für nichtpsychotische Patienten höher (Sledge et al., 1996).

Zudem wurde die Wirksamkeit spezifischer Tagesklinikbehandlungen wie störungsspezifischer oder psychotherapeutischer Tageskliniken analysiert (siehe Agarwalla & Küchenhoff, 2003; Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008; Reisch et al., 2002). In ihrer randomisierten kontrollierten Studie untersuchten Bateman & Fonagy (1999) 38 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die zufällig eine psychoanalytisch orientierte teilstationäre Behandlung oder eine Standardbehandlung bekamen. Bei den teilstationären Patienten mit einer maximalen Therapiedauer von 18 Monaten zeigte sich eine statistisch signifikante Verbesserung in allen Ergebnisskalen. Bei jenen Probanden, die die Standardbehandlung erfuhren, wurde im selben Zeitraum eine bedingte Veränderung oder

sogar eine Verschlechterung des Zustands festgestellt. Bei den Tagesklinikpatienten traten nach sechs Monaten die Remission depressiver Symptome sowie suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens, ein Rückgang stationärer Behandlungstage und die Verbesserung von sozialem und interpersonellem Funktionieren ein. Sie hielten bis zum Ende der Behandlung nach 18 Monaten an (Bateman & Fonagy, 1999).

Im 18-Monate-Follow-up untersuchten Bateman & Fonagy (2001) die Ergebnisse ihrer vorherigen Studie. Die Teilnehmer, die eine tagesklinische Behandlung über 18 Monate erhalten hatten, konnten ihre substanziellen Fortschritte aufrechterhalten und zeigten im Vergleich zu den Patienten mit der Standardbehandlung eine statistisch signifikant fortschreitende Remission in den meisten Skalen (Bateman & Fonagy, 2001).

Im 8-Jahre-Follow-up zeigten Bateman & Fonagy (2008) schliesslich die anhaltende Verbesserung der Tagesklinikpatienten gegenüber der Standardbehandlungsgruppe auf. Die Tagesklinikpatienten zeigten geringere Suizidalität und ein höheres globales Funktionsniveau (GAF). Nur 13 % der in der Tagesklinik behandelten Borderline-Patienten erfüllten die diagnostischen Kriterien für die Diagnose – im Gegensatz zu 87 %, die mit der Standardbehandlung therapiert worden waren (Bateman & Fonagy, 2008).

Agarwalla & Küchenhoff (2003) evaluierten die Therapieergebnisse von zwischen 1996 und 2002 in der psychodynamisch orientierten psychotherapeutischen Tagesklinik Basel behandelten Patienten. Patienten mit den Diagnosen F1 bis F6 sowie F8 entsprechend der zehnten Version der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) nahmen an dieser Studie teil. Die Evaluation erfolgte mittels Fragebögen und Ratinginstrumenten wie dem Fragebogen zur Erhebung des psychischen und sozialkommunikativen Befunds (PSKB-Se), dem Fragebogen zur Erfassung der therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) oder der Symptom-Checkliste (SCL-90-R). Die Ergebnisse zeigten im Verlauf der Behandlung signifikante Verbesserungen auf allen Skalen der SCL-90-R, das heisst auf Symptomebene, und im Bereich der sozialkommunikativen Kompetenzen. Letztere Fortschritte konnten auch drei Monate nach Entlassung beobachtet werden. Die Ergebnisse der psychotherapeutisch tagesklinischen Behandlung waren mit denen der vollstationären vergleichbar (Agarwalla & Küchenhoff, 2003).

Die Resultate der Behandlung von 89 Patienten mit Depressionen, Essstörungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen, die von 1996 bis 1999 über einen Zeitraum von 12 bis 20 Wochen in der kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Berner Psychotherapie-Tagesklinik behandelt worden waren, wurden durch Reisch et al. (2002) evaluiert. Anhand Beck-Depressions-Inventar (BDI), Symptom-Checkliste (SCL-90-R) und

Fragebogen zu Veränderungen in sozialen Lebensbereichen (VLB) wurde aufgezeigt, dass Patienten am Beginn der Behandlung ein hohes Symptommiveau aufwiesen und es zu einer signifikanten Verbesserung der Symptome während der Behandlungsdauer kam. Zudem konnten Effekte, die mit jenen einer stationären oder spezialisierten tagesklinischen Psychotherapieinstitution vergleichbar waren, ermittelt werden, was auf eine Ebenbürtigkeit dieser Programme hinweist (Reisch et al., 2002).

Auch Metaanalysen und systematische Reviews wurden zu tagesklinischer Behandlung veröffentlicht (siehe Horvitz-Lennon et al., 2001; Marshall et al., 2001, 2003, 2011). Zusammenfassend haben Horvitz-Lennon, Normand, Gaccione und Frank (2001) in ihrer Untersuchung achtzehn von 1957 bis 1997 im englischsprachigen Raum veröffentlichte Studien betrachtet. Die relative Wirksamkeit der tagesklinischen gegenüber der vollstationären Behandlung wurde im Hinblick auf die fünf Bereiche Psychopathologie, soziales Funktionieren, familiäre Belastung, Zufriedenheit mit den Diensten und Inanspruchnahme der Dienste beurteilt. Die Schweregrade der Diagnosen der einzelnen Probanden waren dabei unterschiedlich. Vergleichbare Ergebnisse der Behandlungen fanden die Autoren im Hinblick auf die Psychopathologie, auf soziales Funktionieren, die familiäre Belastung und die Inanspruchnahme von Diensten. Die Patientenzufriedenheit war bei der teilstationären Behandlung grösser als bei der vollstationären. So wurde abschliessend auf die Vergleichbarkeit von teilstationärer und vollstationärer Behandlung verwiesen. Aufgrund bestehender Mängel in den Originaldaten sei das Formulieren allgemeiner Schlussfolgerungen jedoch nur unter Vorbehalt möglich (Horvitz-Lennon et al., 2001).

Marshall et al. (2001) stellten in ihrem systematischen Review Ergebnisse zur Akutversorgung im Tageskrankenhaus versus Krankenhauseinweisung, zur beruflichen Rehabilitation versus Regelversorgung und zur Tagesklinik versus ambulante Pflege dar. Im ersten Teil verglichen sie die Erkenntnisse zu akut psychiatrischen Patienten, die in Day Treatment Programms oder mittels stationärer Behandlung therapiert wurden. Nur bei rund einem Drittel der stationär aufgenommenen Patienten war eine teilstationäre Behandlung möglich. Die Ergebnisse zeigten dabei keine signifikanten Unterschiede in der Dauer und Wiederaufnahmerate der Behandlung. Eine signifikant schnellere Verbesserung der psychischen Verfassung, jedoch nicht der sozialen Funktionsfähigkeit, zeigten die Tagesklinikpatienten. Kosteneinsparungen durch tagesklinische Behandlungen im Gegensatz zu stationären Behandlungen lagen hier bei 20.9 bis 36.9 %. Somit stellen Tageskliniken eine attraktive Alternative für stationäre Behandlungen dar (Marshall et al., 2001). In die Gegenüberstellung von Tagesklinik und ambulanter Pflege wurden

Tagesbehandlungsprogramme und Tagespflegezentren einbezogen. Die Tagesbehandlungsprogramme waren ausschliesslich bei der Verbesserung psychiatrischer Symptome der ambulanten Behandlung überlegen. Bei den Tagespflegezentren wurde hingegen weder eine Überlegen- noch eine Unterlegenheit gegenüber der ambulanten Pflege festgestellt. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass in diesem Forschungsgebiet weitere Studien getätigt werden sollten (Marshall et al., 2001).

In der Cochrane-Metaanalyse von Marshall et al. (2003) wurde anhand von Daten aus den Jahren 1964 bis 2000 die tagesklinische Behandlung der stationären gegenübergestellt. Dabei wurde die Therapie von 1568 Patienten untersucht, wobei keine Unterschiede zwischen der tagesklinischen und der vollstationären Behandlung im Hinblick auf das soziale Funktionsniveau, die Anzahl der Behandlungstage oder die Wiederaufnahme der Behandlung nach Entlassung erkannt werden konnten. Jedoch war die Tagesklinik im Hinblick auf den schnelleren Rückgang psychopathologischer Symptome und die Behandlungszufriedenheit der vollstationären Behandlung überlegen (Marshall et al., 2003).

In der überarbeiteten Cochrane-Metaanalyse von Marshall et al., 2011 wurden zehn randomisierte kontrollierte Studien, die von 1964 bis 2007 mit insgesamt 2685 Patienten durchgeführt worden waren, berücksichtigt. Unterschiede zwischen der teil- und vollstationären Behandlung, die in der Metaanalyse aus dem Jahr 2003 aufgezeigt worden waren, konnten in dieser Analyse nicht bestätigt werden. Der tagesklinischen Behandlung wurde eine längere Dauer als der stationären Behandlung zugeschrieben. Bei den Therapieabbruchraten und Rehospitalisierungsraten bestanden keine Unterschiede zwischen den stationären und tagesklinischen Patienten. Betreffend Symptomatik, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität am Ende der Untersuchung gab es ebenfalls keine Differenzen. Daraus wurde geschlossen, dass sich die tagesklinische und die vollstationäre Behandlung in ihrer Wirksamkeit nicht voneinander unterscheiden. Im Rahmen dieser Untersuchung lagen jedoch keine Daten zur Kosteneffektivität vor (Marshall et al., 2011).

Als letzter Punkt wird auf Studien der vergangenen zehn Jahre eingegangen, denn auch in diesem Zeitraum war die tagesklinische Behandlung im europäischen psychiatrischen System aufgrund ihrer potenziellen Vorteile gegenüber der stationären und/oder ambulanten Behandlung von Interesse (siehe Debrot et al., 2016; Heekeren et al., 2020; Lang et al., 2015). In ihren systematischen Review zur Evidenz von Wirksamkeit und Kosteneffektivität der Tageskliniken im psychiatrischen Versorgungssystem haben Lang et al. (2015) randomisierte kontrollierte Studien aus den Jahren 2010 bis 2015 eingeschlossen. Hinsichtlich

Symptomreduktion, Lebensqualität, sozialer Einschränkungen und Kosten ist die Evidenzlage jedoch weiterhin unzureichend. Es konnten keine Vorteile des ambulanten, stationären oder teilstationären Settings erkannt werden. Zudem kamen die Autoren zum Schluss, dass nur eine limitierte Vergleichbarkeit der eingeschlossenen Studien bestehe, da sich die einzelnen Behandlungen mit unterschiedlichen Diagnosegruppen beschäftigten und daher nicht von derselben Erkrankungsschwere ausgegangen werden konnte (Lang et al., 2015).

Die allgemeinspsychiatrische Behandlung der Tagesklinik Freiburg, die zum Freiburger Netzwerk Psychiatrischer Gesundheit gehört und ein Angebot zur Wiedereingliederung und Rehabilitation psychiatrischer Patienten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren bietet, wurde mittels Daten von Anfang Januar 2011 bis Ende März 2014 evaluiert. Ein Grossteil aller Aufnahmen betraf Patienten mit einer (58.2 %) oder zwei Diagnosen (30 %), alle anderen wiesen bis zu fünf Diagnosen auf. Diesbezüglich profitierten Patienten mit einer affektiven Störung mehr von der Behandlung als Personen mit einer substanzbezogenen Störung. Betreffend Alter oder Geschlecht konnten keine signifikanten Unterschiede erkannt werden. Das globale Funktionsniveau von Patienten, die bereits eine längere Krankheitsepisode vor Behandlungsbeginn aufgewiesen hatten, führte zu einer signifikant geringeren Verbesserung. Ein niedriges initiales Funktionsniveau war dabei ein signifikanter Prädiktor für die Verbesserung des Funktionsniveaus während des Aufenthalts. Eine längere Dauer und ein häufigerer Besuch der tagesklinischen Behandlung gingen mit einem besseren Behandlungsergebnis einher. Abschliessend wurde festgehalten, dass das anfängliche Funktionsniveau, die Chronizität der Störung und die Behandlungsdauer Faktoren sind, die bei der Vorhersage von Ergebnissen berücksichtigt werden sollten. Parameter, die ebenfalls kontrolliert werden sollten, sind die Anwesenheit der Patienten und die Diagnosekategorie (Debrot et al., 2016).

In der Evaluationsstudie von Heekeren et al. (2020) wurde die Behandlung in einer Akuttagesklinik einer stationären Behandlung im Schweizer Gesundheitswesen gegenübergestellt. Die untersuchten Patienten wurden direkt – ohne Vorgespräch oder Wartezeit – in die Akuttagesklinik aufgenommen. Die Wirksamkeit konnte bei der stationären und der akuttagesklinischen Behandlung anhand einer signifikanten Reduktion psychopathologischer Symptome und der Verbesserung des Funktionsniveaus bestätigt werden. Zu vergleichen sind die beiden Behandlungen hinsichtlich externer Symptombeurteilung, subjektiver Symptombelastung, Funktionsniveau, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und Anzahl der Behandlungstage. Bei der Berücksichtigung der direkten Kosten zeigte die tagesklinische Behandlung insgesamt einen Vorteil gegenüber der

vollstationären. Als die indirekten Kosten ebenfalls berücksichtigt wurden, konnte diese Aussage jedoch nicht bestätigt werden (Heekeren et al., 2020).

Im Hinblick auf die genannten Studien kann nicht allgemein bestätigt werden, dass die Tagesklinik der stationären oder ambulanten Behandlung überlegen ist. Oftmals wurde festgestellt, dass die tagesklinische der stationären Behandlung ebenbürtig ist. Dennoch konnte die Wirksamkeit der tagesklinischen Behandlung in unterschiedlichen Funktionsbereichen belegt werden. Die aufgeführte Literatur ist nicht vollständig. Die hier gewählten Studien wurden anhand der geschichtlichen Entwicklung der Tagesklinik und hinsichtlich der Zugänglichkeit der Studien gewählt. Es gibt demnach zahlreiche weitere Studien, die in diesem Kapitel Platz finden könnten. Die genannten Untersuchungen geben noch keine Übersicht darüber, welche Variablen innerhalb der tagesklinischen Behandlung den Veränderungsmechanismus hervorrufen. Im nachfolgenden Abschnitt wird daher auf Modelle von Wirkfaktoren, sogenannter therapeutischer Veränderungsmechanismen eingegangen, die möglicherweise den Effekten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zugrunde liegen.

2.2.1 Wirkfaktoren

Aus den in Kapitel 2.2 genannten Studien ging insgesamt hervor, dass die tagesklinische Behandlung bei einem Spektrum an psychiatrischen Störungen mindestens so effektiv ist wie eine stationäre Behandlung. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Ursachen vergleichbarer Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsmodalitäten erläutert.

Zahlreiche Wirksamkeitsstudien wie jene von Grawe et al. (1994), Grissom (1996) und Wampold et al. (1997) belegen, dass Psychotherapie wirkt (Pfammatter & Tschacher, 2012). Über verschiedene Störungen und Ergebnisvariablen hinweg zeigten sich in der Forschung lediglich geringe Wirksamkeitsunterschiede zwischen Therapieformen, die gegenüber gestellt wurden (Luborsky et al., 2003). Forschende haben sich zudem mit der Vergleichbarkeit einzelner Psychotherapieformen befasst, was zu zwei nebeneinanderstehenden Perspektiven geführt hat (aus Pfammatter & Tschacher, 2012 in Strauss, 2001): Einerseits gehen Befürwortende empirisch gestützter Psychotherapieansätze von der Wirkweise eines spezifischen Ansatzes anhand bestimmter Wirkfaktoren (*Specific Factors*) aus, die sich auf das Störungs- und Therapiekonzept beziehen, das heisst störungsspezifische psychotherapeutische Vorgehensweisen und Standardtechniken der entsprechenden Psychotherapieschulen (bspw. die Reizkonfrontation in der kognitiven Verhaltenstherapie)

beinhalten (Pfammatter & Tschacher, 2012). Andererseits wird in der Theorie von der allgemeinen Wirksamkeit sogenannter allgemeiner Wirkfaktoren (*Common Factors*) ausgegangen, die zur therapeutischen Veränderung beitragen und Bestandteil jeglicher Form von Psychotherapie – das heisst schul- und störungsunabhängig – sind (Pfammatter & Tschacher, 2012). Um die Wirkfaktoren der Tagesklinik für Erwachsene mit ihrem multimodalen, integrativen Therapiekonzept zu verstehen und hinsichtlich bestehender Theorien zu überprüfen, werden nachfolgend die Theorie zu Wirkfaktoren in Gruppentherapien nach Yalom wie auch die Theorie zu allgemeinen Wirkfaktoren nach Grawe aufgegriffen.

Corsini & Rosenberg (1955) setzten sich erstmals systematisch mit Wirkfaktoren im Rahmen der Gruppenpsychotherapie auseinander und veröffentlichten eine Liste entsprechender Veränderungsmechanismen (Pfammatter & Tschacher, 2012). Yalom (1985), Psychoanalytiker und Gruppentherapeut, nahm diese Liste gruppentherapeutischer Wirkfaktoren auf, setzte sich ausführlich mit diesen auseinander, erweiterte die Liste und bezeichnete elf Faktoren als therapeutisch (Pfammatter & Tschacher, 2012). Nachfolgend werden die elf von ihm identifizierten Faktoren *Hoffnung wecken, Universalität des Leidens, Mitteilen von Informationen, Altruismus, korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe, Entwicklung von sozialer Kompetenz, Imitationsverhalten, interpersonales Lernen, Gruppenkohäsion, Katharsis* und *existenzielle Faktoren* auf Basis der *Theorie und Praxis der Gruppentherapie* (Yalom, 2015) erklärt.

Hoffnung zu wecken motiviert die zu behandelnde Person, die Therapie fortzusetzen sowie gegenüber der Behandlungsmethode Vertrauen aufzubauen und ermöglicht so, dass andere therapeutische Faktoren wirksam werden.

Viele erkrankte Personen haben zu Beginn der Gruppentherapie den Eindruck, ihre Probleme seien einzigartig und allein sie würden an dieser Problematik leiden – mitunter auch, weil sie sich sozial isoliert haben. In Gruppentherapien wird das Gefühl der Einzigartigkeit entkräftet, indem sie anderen Gruppenmitglieder zuhören, die über Probleme sprechen, welche ihren eigenen ähneln. Die Gruppenmitglieder werden sich der *Universalität des Leidens* bewusst und sie nutzen die Gelegenheit, sich anderen Menschen anzuvertrauen sowie sich zu öffnen.

Das *Mitteilen von Informationen* beinhaltet zum einen didaktische Informationen zur psychischen Gesundheit, die durch die Therapierenden erläutert werden, zum anderen Empfehlungen oder direkte Anleitungen, die durch Gruppenmitglieder und Therapierende vermittelt werden. Die Behandelten eignen sich in einer erfolgreichen Gruppentherapie

implizit Wissen über die psychische Gesundheit sowie den Gruppen- und psychotherapeutischen Prozess an.

Die Gruppentherapie besteht aus Geben und Nehmen. Es bedarf eines Wechsels zwischen der Rolle der Empfangenden von Hilfe und der Rolle der Helfenden. Die Gruppenmitglieder unterstützen sich gegenseitig im therapeutischen Prozess, beruhigen einander und reden sich gegenseitig gut zu. In der Gruppentherapie erleben sie, dass sie für andere bedeutend sind. Indem sie *Altruismus* erfahren, merken sie, dass sie auch Verpflichtungen gegenüber denen haben, die ihnen Unterstützung bieten.

Die *zu korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe* entsteht in der Gruppentherapie, wenn die zu behandelnde Person in Interaktion mit anderen Gruppenmitgliedern oder den Therapierenden tritt. Viele Erkrankte haben in ihren Ursprungsfamilien schwierige, unbefriedigende Erfahrungen gemacht. Die Therapiegruppe ähnelt der Familie in der Hinsicht, dass es Autoritätspersonen und Gleichaltrige bzw. Gleichgestellte gibt. In den Interaktionen treten Reaktionen hervor, die mit der primären Familiengruppe in Verbindung gebracht werden. Essenziell dabei ist, dass das erneute Durchleben früherer Familienkonflikte in korrigierender Form geschieht.

Entwicklung von sozialer Kompetenz oder auch soziales Lernen kann in ex- oder impliziter Form stattfinden. Mittels Rollenspielen stellen die Gruppenmitglieder in der Therapie dar, wie sie sich im realen Leben bspw. bei einem Vorstellungsgespräch verhalten würden. Durch gegenseitige Rückmeldungen innerhalb der Gruppe kann fehlangepasstes Verhalten in sozialen Situationen erkannt und verändert werden. Personen, die schon lange einer Therapiegruppe angehören, eignen sich meist differenzierte soziale Fertigkeiten an.

Beim *Imitationsverhalten* ahmen Behandelte die therapierende Person und die Gruppenmitglieder nach. Meist spielt dies in der Anfangsphase der Therapie eine entscheidende Rolle, wobei sich Neuankömmlinge mit bereits länger anwesenden Gruppenmitgliedern sowie der therapierenden Person identifizieren und dadurch beginnen, mit neuen Verhaltensweisen zu experimentieren.

Das *interpersonale Lernen* umfasst interpersonale Beziehungen, die korrigierende emotionale Erfahrung und die Gruppe als sozialer Mikrokosmos. Allgemein wird angenommen, dass der Mensch ein Bedürfnis hat, mit anderen Menschen zu interagieren und von diesen akzeptiert zu werden. Kein Gruppenmitglied verbleibt gleichgültig gegenüber anderen Mitgliedern. Dadurch, dass es Wesentliches über sich selbst der Gruppe offenbart, wird die Beziehung zu selbiger intensiviert. Die korrigierende emotionale Erfahrung entsteht durch einen starken interpersonal orientierten emotionalen Ausdruck inmitten der Gruppe, die

das Mitglied in diesem unterstützt. Anhand der Realitätsprüfung kommt das Mitglied zur Erkenntnis, dass bestimmte interpersonale Gefühle und Verhaltensweisen unangemessen sind, was wiederum die Fähigkeit fördert, mit anderen Menschen intensiver und ehrlicher zu interagieren. Eine Gruppe, die sich entfalten kann, entwickelt sich mit der Zeit zu einem sozialen Mikrokosmos. Die erkrankte Person beginnt früher oder später, sie selbst zu sein, und entfaltet ihre Problematik vor der Anwesenheit anderer Gruppenmitglieder.

Die *Gruppenkohäsion* basiert auf dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit. Daraus resultiert das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gruppe und die Entwicklung einer Bindung in der Einzeltherapie. Durch das Zusammenspiel von Vertrauen, Selbstoffenbarung, Empathie und Akzeptanz in der Gruppe kann eine sogenannte Kohäsivität von Gruppen im therapeutischen Prozess erkannt werden.

Katharsis bedeutet, starke Gefühle wie Wut innerhalb der Gruppe zum Ausdruck zu bringen. Durch die Einbettung in den sozialen Kontext verhilft die Gruppe dem Individuum, korrigierende Erfahrungen im Hinblick auf das Zeigen der Gefühle zu machen.

Existenzielle Faktoren stehen dafür, dass die Verantwortung für das eigene Leben bei dem Individuum liegt und dieses manchmal im Leben Ungerechtigkeit und Schmerz empfinden muss, um letztlich mit dem Leben klarzukommen.

Obwohl Yalom (2015) die therapeutischen Faktoren separat aufführt, hält er fest, dass diese nicht unabhängig voneinander sind und keine in sich abgeschlossenen Prozesse darstellen. Nach ihm ist die therapeutische Veränderung ein komplexer Prozess, wobei es von Vorteil ist, sich dem Komplexen vom Einfachen her zu nähern (Yalom, 2015).

Grawe (2000) legte in seiner Theorie der allgemeinen Psychotherapie vor, dass der Erfolg Letzterer von der Realisierung von fünf Wirkfaktoren abhängig ist. Er unterscheidet zwischen *therapeutischer Beziehung*, *motivationaler Klärung*, *Problemaktualisierung*, *Problembewältigung* und *Ressourcenaktivierung*. Auf Basis der *Psychologischen Therapie* (Grawe, 2000) werden nachfolgend die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie erklärt.

Die *therapeutische Beziehung* bezieht sich auf die Qualität der Beziehung zwischen der zu behandelnden Person und der therapierenden Person und hängt davon ab, wie einfühlsam verstanden, akzeptiert und wertgeschätzt sich Erstere von der therapierenden Person fühlt. Sie wirkt in Interaktion mit den therapeutischen Techniken und hängt signifikant mit dem Therapieerfolg zusammen.

Bei der *motivationalen Klärung* wird der zu behandelnden Person ein Modell vorgestellt, welches ihr Verhalten möglichst plausibel erklärt. Dabei geht es um die

Identifikation motivationalen Faktoren, die für die Aufrechterhaltung von Problemen relevant sind. Es soll Klarheit über diese geschaffen und damit einhergehend Ansätze für mögliche Veränderungen vermittelt werden.

Die *Problemaktualisierung* wird auch als ‹Prinzip der realen Erfahrung› bezeichnet. Dabei handelt es sich um die Aktivierung der intrapsychischen Repräsentation des Problems mittels sensorischer, emotionaler, kognitiver, imaginativer, motivationaler, behavioraler und somatischer Modalitäten. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass es für das Verständnis und die Veränderung von problemrelevanten Informationsverarbeitungsschemata derer Aktivierung bedarf.

Die *Problembewältigung* soll der zu behandelnden Person dabei helfen, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit ihren Problemen zu machen. Dabei werden störungsspezifische (z. B. Konfrontation bei Ängsten) und störungsübergreifende Kompetenzen (z. B. soziale Kompetenz) vermittelt.

Zur *Ressourcenaktivierung* zählen die ex- und implizite Aktivierung sowie Nutzung von Stärken, Motivationen, Fähigkeiten, Möglichkeiten, Zielen und Interessen der zu behandelnden Person. Dabei geht es eher um das Sich-bewusst-Machen vorhandener Ressourcen.

Grawe ging davon aus, dass das Verhalten der therapeutischen Person – unabhängig davon, wie sie sich verhält – einen Einfluss auf den Realisierungsgrad der aufgeführten Wirkfaktoren hat (Berking & Rief, 2012). Sie sollte sich im Klaren sein, wie ausgeprägt Letztere jeweils wirken und in welcher Phase der Therapie welche Wirkfaktoren aktiviert werden sollten. Ausserdem sollte sie die systematische Beeinflussung durch den Einsatz entsprechender Methoden beherrschen (Berking & Rief, 2012). So kann die therapeutische Person optimale Bedingungen schaffen, das heisst, die Ausprägungen der Wirkfaktoren an die aktuellen Gegebenheiten anpassen (Berking & Rief, 2012). Inwiefern der Realisierungsgrad der Wirkfaktoren in der Tagesklinik beeinflusst werden kann und wie die Wirkfaktoren an die Gegebenheiten der Therapiesituation angepasst werden können, wird im Kapitel 6 Diskussion besprochen.

Insgesamt treten in der Psychotherapieprozess-Ergebnisforschung therapeutische Veränderungen hervor, die sowohl auf spezifische wie auch auf allgemeine Wirkfaktoren rückführbar sind (Pfammatter & Tschacher, 2012). Zwischen den einzelnen Aspekten und Ebenen des Therapieprozesses bestehen vielfältige Wechselbeziehungen (Pfammatter & Tschacher, 2012). Im nachfolgenden Abschnitt wird diesbezüglich auf Studien, in denen tagesklinische Wirkfaktoren identifiziert und untersucht wurden, eingegangen.

2.2.2 Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung

In der Studie von Hoge et al. (1988) wurde die teilstationäre Behandlung auf empirischer Basis erstmals mittels eines explorativen Designs durch die Identifikation ihrer Wirkfaktoren umfassend analysiert. Drei Forscher – ein Abteilungspsychologe, ein beratender Psychologe und ein Abteilungsspezialist für klinische Krankenpflege – untersuchten dabei die Beurteilung von 20 jungen, alleinlebenden, arbeitslosen, chronisch kranken, vor allem schizophrenen, affektpsychotischen oder neurotischen psychiatrischen Patienten und von deren primären Behandlern am *Connecticut Mental Health Center Day Hospital*. Keiner der Forscher war als primärer Behandler der Befragten tätig. Die aus der Abschrift der Patienteninterviews gewonnenen Daten, die Zusammenfassung der Patienten- und Behandlerinterviews sowie demographische und klinische Merkmale der Patienten wurden gesammelt und ausgewertet. Daraus konnten die Forscher 14 abstrakte Elemente, sogenannte therapeutische Faktoren, die die Wirksamkeit der Behandlung beschreiben, identifizieren (siehe Tabelle 1). Konkrete Komponenten des Behandlungsprogramms, bspw. Gruppentherapie, wurden dabei in den Interviews nur selten genannt (Hoge et al., 1988).

Tabelle 1

Tagesklinische Wirkfaktoren nach Hoge et al. (1988)

| Faktor | Anzahl Patienten | |
|---|------------------|------|
| | N = 20 | % |
| Struktur | 19 | 95 % |
| interpersoneller Kontakt | 19 | 95 % |
| Medikation | 17 | 85 % |
| Altruismus | 11 | 55 % |
| Katharsis | 8 | 40 % |
| Lernen | 8 | 40 % |
| Mobilisierung von Familienunterstützung | 8 | 40 % |
| Verbindung zur Gemeinschaft | 8 | 40 % |
| Universalität | 7 | 35 % |
| Autonomie des Patienten | 6 | 30 % |
| erfolgreicher Behandlungsabschluss | 5 | 25 % |
| Sicherheit | 5 | 25 % |
| Rückmeldung zum Verhalten | 4 | 20 % |
| Üben zuhause | 3 | 15 % |

Quelle. Hoge et al., 1988, S. 203

Da ausgehend von der Studie von Hoge et al. (1988) weitere Untersuchungen im Hinblick auf therapeutische Faktoren der tagesklinischen Behandlung durchgeführt wurden (siehe Garlipp, 2008; Hahnefeld & Kallert, 2005; Knab, 2008; Weiss, 2015) und die Identifikation von Wirkfaktoren in der vorliegenden Arbeit ein Ziel darstellt, werden die in Tabelle 1 aufgeführten Faktoren nachfolgend anhand den Ausführungen von Hoge et al. (1988) beschrieben:

Struktur. Im Faktor Struktur wurden die vier miteinander verknüpften Elemente *Routine, Richtung, Aktivität* und *Zweck* zusammengefasst. Die motivierende Kraft einer regelmässigen Teilnahme am Therapieprogramm, die Anweisungen durch die Kliniker bei Nichtweiterkommen, die regelmässig geplanten Aktivitäten im Rahmen der Behandlung sowie die Sinnhaftigkeit, die durch das verfügbare Programm vermittelt wurde, fielen unter diesen Faktor.

Interpersoneller Kontakt. Dieser Faktor beinhaltete *Akzeptanz, Zugehörigkeit, Kameradschaft*, aber auch *Teilen und Unterstützen*. Dies bedeutete, sowohl von den Mitpatienten wie auch vom Personal akzeptiert und gemocht zu werden und sich zur Gruppe der Tagesklinikpatienten dazugehörig zu fühlen. Zudem half die Kameradschaft dabei, sich auf äussere Gegebenheiten zu fokussieren und von innerer Unruhe abzulenken. Elemente des Teilens und Unterstützens beinhalteten das Mitteilen von persönlichen Problemen, auch gegenüber dem Personal, das gegenseitige Zuhören und die gegenseitige Ermutigung.

Medikation. Ein grosser Teil der klinischen Verbesserung wurde auf die Medikamente zurückgeführt, welche den Patienten dazu verhalfen, Arbeit im Rahmen der Therapie zu leisten.

Altruismus. Die Patienten unterstützten sich während ihres Aufenthalts gegenseitig. Viele gaben an, sich durch diese unterstützende Kraft als Teil der Gesellschaft wahrgenommen zu haben, was zu einer Erhöhung ihres Selbstwerts, ihrer Kompetenzen und Möglichkeiten beitrug. Neue Patienten einzuführen, anderen zuzuhören, wenn diese Probleme beschrieben, oder einander in Form von Geschenken, bspw. mit Essen, zu unterstützen, wurden als therapeutisch wirksam beschrieben.

Katharsis. Zur Katharsis zählte die Möglichkeit, in einer geschützten Umgebung Gefühle zum Ausdruck zu bringen, wobei dies vor allem in den weniger strukturierten Gruppentherapien und Einzelgesprächen möglich war.

Lernen. Zum Lernen gehörten das Erlernen von spezifischen Informationen oder das Erkennen von Symptomen sowie das Erlernen spezifischer Techniken im Umgang mit der Erkrankung.

Mobilisierung von Familienunterstützung. Die Erkenntnis, von der Familie unterstützt zu werden – sei dies in Form eines Familientreffens oder auch nur eines Telefonats –, hatte auf die Patienten eine beruhigende Wirkung und entwickelte bei diesen ein Gefühl, den Angehörigen nahezustehen. Zudem haben die Familientreffen einigen Patienten in der Tagesklinik geholfen, ihre Probleme besser zu verstehen. Auch deren eingeschränkte Möglichkeit, nach einem stationären Aufenthalt direkt wieder Verantwortung zu Hause oder bei der Arbeit zu übernehmen, konnte durch den Einbezug der Familie verständlicher gemacht werden.

Verbindung zur Gemeinschaft. Die Patienten benötigten Unterstützung beim Aufbau einer Verbindung zur Gemeinschaft. Kliniker halfen ihnen dabei und verschafften bspw. den Kontakt zu ambulanten Therapeuten und zu berufsbildenden oder -vorbereitenden Programmen.

Universalität. Der Faktor der Universalität wurde den therapeutischen Faktoren der Gruppentherapie nach Yalom (1985) entnommen und machte sich vor allem durch die Gruppentherapien bemerkbar. Durch das Zuhören, wie es anderen ergeht und welche Probleme diese haben, konnten die Patienten im Rahmen der Gruppentherapien erkennen, dass ihre Mitmenschen mit gleichen oder ähnlichen Problemen zu kämpfen haben, und fühlten sich daher weniger eingeschränkt oder einsam.

Autonomie des Patienten. Der Faktor, dass die Patienten die meiste Zeit ausserhalb des Krankenhauses verbrachten, förderte deren Autonomie. Durch die tagesklinische Behandlung erhielten sie bestimmte Verantwortlichkeiten, bspw. das Zubereiten des Mittagessens oder die Übernahme von Aufräumarbeiten; zudem konnten sie eigene Medikamente verwalten, was ihnen das Gefühl von Autonomie vermittelte.

Erfolgreicher Behandlungsabschluss. Der Abschluss des Programms wurde als grosse Errungenschaft bezeichnet. In der Vergangenheit hätten die Patienten selten etwas so erfolgreich abgeschlossen. Dies sei das Gefühl eines Meisterwerks. Dieser Faktor vermittelte Kompetenz und stärkte das Selbstwertgefühl der Patienten.

Sicherheit. Die tagesklinische Behandlung vermittelte ein Gefühl der Sicherheit bzw. des Schutzes vor anderen – sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Tagesklinik. Auch der Schutz vor sich selbst half, weil die Patienten wussten, vom Behandlerteam beobachtet zu werden. Die Tagesklinik wurde als sicherer Ort benannt.

Rückmeldung zum Verhalten. Informationen darüber zu erhalten, wie das eigene Verhalten andere beeinflusst, wurde als therapeutisch wirksam gewertet. Das meist nonverbale Feedback half den Patienten, die Angemessenheit ihres Verhaltens einzustufen.

Üben zuhause. Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die im Rahmen der Therapie erlernt worden waren, konnten zuhause geübt werden. So war ein genanntes Beispiel das Durchsetzungsvermögen, das die Patienten zuhause trainieren konnten, ebenso wie das Vermitteln von Gefühlen.

Garlipp (2008) wertete in ihrer Evaluation der allgemeinpsychiatrisch-tagesklinischen Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes freie Kommentare, die die Patienten im Fragebogen äusserten, aus und verglich diese mit den Wirkfaktoren nach Hoge et al. (1988). Die Patienten nannten dabei acht Faktoren, die Hoge et al. (1988) identifiziert hatten: 1. zwischenmenschlicher Kontakt (41,6 %), 2. Struktur (15 %), 3. Universalität (10 %), 4. Sicherheit (10 %), 5. Lernerfahrungen (5 %), 6. Kontakt zur Gemeinde (5 %), 7. Umsetzen erlernter Verhaltensweisen im häuslichen Umfeld (5 %) und 8. Autonomie (1,6 %). Die Rangordnung der Faktoren Struktur und interpersoneller Kontakt ist demnach mit der aus den Erkenntnissen von Hoge et al. (1988) vergleichbar (Garlipp, 2008).

Auch im Rahmen der Evaluation psychosomatischer Tageskliniken wurden Wirkfaktoren der tagesklinischen Behandlung untersucht. Knab (2008) führte dazu in ihrer Untersuchung zu Wirkfaktoren psychosomatischer Tageskliniken, ausgehend von bereits bestehender Wirkfaktorenforschung, Folgendes an: «Wirkfaktoren der teilstationären Therapie sind 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, 2008, S. 20). Die Autorin hat anhand einer Patientenbefragung therapeutische Faktoren der psychosomatischen tagesklinischen Behandlung untersucht und ausschliesslich Faktoren in die Auswertung einbezogen, die von den 24 Patienten mehr als zehnmal genannt worden waren. Die fünf am häufigsten angeführten Haupt- und deren Subkategorien waren die *Therapie*, in der sich die Patienten gut aufgehoben fühlten, Änderungen des Sozial- und Essverhaltens sowie neue Coping-Strategien für Stresssituationen erlernten und in Gruppensettings Erfahrungen austauschten, Probleme teilten und Feedback erhielten. Im *Vergleich zur Station* haben sie die Zeitstruktur der Tagesklinik favorisiert, denn diese habe es ihnen ermöglicht, in der Therapie Erlerntes im Alltag zu erproben; ferner wurde die Konfrontation mit Alltagssituationen als bedeutend eingestuft. An den *Abenden und Wochenenden* empfanden die Befragten die therapiefreie Zeit nützlich, in der sie auf sich gestellt waren und die sie eigens gestalten und bewältigen mussten. Hinsichtlich des *Raums* empfanden sie die landschaftliche Umgebung der Tagesklinik und deren allgemeine Atmosphäre als positiv, divergierende Meinungen

wurden jedoch betreffend das Raumangebot geäußert. Hinsichtlich der *Zeitstruktur*, das heisst des Zeitkonzepts der Tagesklinik, wurde die Vereinbarkeit von Therapie und Alltag positiv bewertet. Der geregelte Tagesablauf in der Klinik half ihnen dabei, eine Regelmässigkeit aufzubauen, eher kritisch beurteilt wurden hingegen die Therapiepausen. Abschliessend benannte Knab (2008) die intensive Verknüpfung zwischen Therapie und Alltag, geringere regressive Rückzugsmöglichkeiten und die Eigenverantwortung der Patienten als Spezifika teilstationärer Behandlung. Zudem stellten wesentliche Aspekte teilstationärer Behandlung der intensive Gruppenprozess und der Übertrag von Konflikten und Problemen im sozialen Umfeld auf das therapeutische Milieu dar (Knab, 2008).

Weiss (2015) untersuchte in seiner Studie zu deutschschweizerischen Tageskliniken, als wie hilfreich die Patienten konkret benannte Elemente tagesklinischer Behandlung bewerteten. Zusätzlich zu den strukturierten Fragen bestand für die Studienteilnehmer die Möglichkeit, Freitextantworten anzugeben. In die Auswertung wurden die Wirkfaktoren nach Hoge et al. (1988) einbezogen. Vier Faktoren waren dabei von den Patienten als besonders hilfreich bewertet und auch in den Freitextantworten benannt worden: der regelmässige Wechsel zwischen Tagesklinik und eigenem Zuhause, die Gesprächsmöglichkeiten mit Mitarbeitern der Tagesklinik, ein niederschwelliger, rascher und leichter Zugang zum tagesklinischen Angebot und die Information über Medikamente. Verglichen mit der Studie von Hoge et al. (1988) kann nach Weiss (2015) der regelmässige Wechsel zwischen Tagesklinik und dem Zuhause dem Faktor *Struktur*, der niederschwellige Zugang zum tagesklinischen Angebot dem Faktor *interpersoneller Kontakt* und die Information zu Medikamenten dem Faktor *Medikation* zugeordnet werden. In dieser Untersuchung wurden jedoch weniger als die Hälfte aller Fragebögen ausgefüllt und daher konnte keine faktoranalytische, sondern nur eine inhaltsanalytische Überprüfung der Faktoren vorgenommen werden, was bei einer grösseren Stichprobe nicht der Fall gewesen wäre (Weiss, 2015).

Die Patientenbewertung der settingspezifischen Auswertung tagesklinischer Behandlung und die Identifikation von deren Wirkfaktoren steht im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit. Nachfolgend werden ausgewählte Studien tagesklinischer Behandlung vorgestellt, in denen anhand der Patientenbewertung settingspezifische Auswertungen vorgenommen wurden. Teils wurde dabei auf die Studie von Hoge et al. (1988) Bezug genommen (siehe Hahnefeld & Kallert, 2005) und/oder die entsprechenden Autoren befassten sich mit der Wirksamkeit und Nützlichkeit der Elemente tagesklinischer Behandlung (siehe Zeeck et al., 2002).

2.2.3 *Settingspezifische Auswertung tagesklinischer Behandlung*

In der Untersuchung von Zeeck et al. (2002) bewerteten die Patienten der psychotherapeutischen Tagesklinik Freiburg für sie indizierte Therapiebausteine anhand eines Fragebogens mit 1 (*sehr behindernd*) bis 7 (*sehr hilfreich*). Im Rahmen der Stichprobe wiesen 75,5 % der Befragten mehr als eine psychische Diagnose auf. Die Ergebnisse zeigten, dass die durchschnittliche Bewertung der Therapiebausteine positiv (*über 4*) war, teils mit einer grossen Streuung um den Mittelwert. Die konfliktorientierten Bausteine wie Einzel- oder Gestalttherapie und symptomorientierte Komponenten wie Essgruppe und Bezugspersonengespräche wurden von den Patienten dabei als besonders hilfreich bewertet (Zeeck et al., 2002).

Die erlebte Nützlichkeit 18 therapeutischer Gruppenangebote aus Patientensicht wurde in der Untersuchung von Krüger & Schmidt-Michel (2005) im Zeitraum von 15. Januar bis 28. Februar 2004 mittels eines eigens für die Studie entwickelten Fragenkatalogs in der psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen erfasst. Die Stichprobe setzte sich aus 72 % weiblichen Patienten zusammen, diagnostisch umfasste sie Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, psychotische Störungen, hirnorganische Störungen und Essstörungen. Die Ergebnisse zeigten, dass an den Gruppenangeboten im Durchschnitt 6 bis 12 Patienten teilnahmen. Die vier am besten bewerteten Gruppenangebote waren das Ausdrucksmalen, die körper- und bewegungstherapeutische Gruppe, die Frischluftgruppe und das Theater. Von den Autoren wurde kritisch reflektiert, dass die intrinsische Motivation allenfalls auf das Rating der Gruppenangebote Einfluss nehmen konnte. Zudem wurden die aktiven und handlungsorientierten Gruppen, die vor allem gemeinsame Aktivitäten umfassten, besonders positiv bewertet. Nach Krüger & Schmidt-Michel (2005) verhelfen diese zu einer anderen Sichtweise auf die Probleme und auf Möglichkeiten für Lösungen sowie die Stärkung eigener Ressourcen.

Hahnefeld & Kallert (2005) haben in ihrer Untersuchung die tagesklinische Behandlung anhand eines settingspezifischen Fragebogens, basierend auf 17 Therapieelementen mit *nicht hilfreich* bis *sehr hilfreich* von 41 Patienten mit affektiven Störungen und 35 Patienten mit schizophrenen Erkrankungen sowie von deren Therapeuten bewerten lassen. Die Ergebnisse zeigten, dass Personen mit affektiven Störungen Elemente wie die ärztliche Betreuung, Physiotherapie, Kontakte mit dem Pflegepersonal und Medikamente als besonders hilfreich empfanden. Ihre Therapeuten bewerteten neben dem Einbeziehen von Angehörigen die Medikamente und die ärztliche Betreuung sowie den Stationsablauf als besonders hilfreich. Patienten mit schizophrenen Störungen beurteilten die ärztliche Betreuung als hilfreich, aber

auch die Unterstützung durch den Sozialdienst, Aktivitäten für alle Patienten wie das Patientenkafee und die Einzelpsychotherapie. Ihre Therapeuten hingegen sprachen dem Einbezug der Angehörigen einen hohen Stellenwert zu, aber auch der ärztlichen Betreuung, den Medikamenten und der Unterstützung durch den Sozialdienst. Abschliessend wurde festgehalten, dass Patienten mit deutlichem Gesamterfolg der Behandlung den Therapieelementen eine bessere Bewertung zugeschrieben hatten. Im Gegensatz dazu konnte ein besseres seelisches Befinden nicht grundsätzlich mit positiverem Antwortverhalten in Verbindung gebracht werden. Keinen Einfluss auf die Bewertung der Therapieelemente hatten die bisherige Anzahl und Gesamtdauer tagesklinischer Behandlungen (Hahnefeld & Kallert, 2005).

Auf Basis der EDEN-Studie wurden in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum der TU Dresden anhand fünf offener Fragen 63 Patienten um eine Bewertung ihrer Behandlung gebeten. Die Umfrage fand sieben Tage nach Behandlungsbeginn und zum Entlassungszeitpunkt statt. Die Patienten sollten dabei schriftlich nennen, was sie innerhalb der Behandlung als eher angenehm und eher unangenehm empfunden hatten, was ihnen geholfen hat, was sie an der Behandlung gerne verändern möchten und – wenn sie erneut behandelt würden – welche Behandlung (vollstationäre oder tagesklinische) sie vorziehen würden. Die Antworten wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und mit den Daten vollstationär behandelter Patienten verglichen. Nachfolgend werden pro Frage die ersten vier Antworttendenzen der 63 Tagesklinikpatienten dargestellt. Als eher angenehme Aspekte des Tagesklinikaufenthalts nannten zu Behandlungsbeginn 35 % die Behandlung/Therapien/Medikation, 21 % Kontakte/Beziehungen zu Patienten, 19 % Kontakte/Beziehungen zu Personal und ebenfalls 19 % allgemeine Atmosphäre/Ruhe. Am Behandlungsende nannten 41 % der Befragten Kontakt/Beziehung zu Patienten, 37 % Behandlung/Therapien/Medikation und 24 % Kontakte/Beziehungen zu Personal als eher angenehme Aspekte. Bezüglich der eher unangenehmen Aspekte kreuzten zu Behandlungsbeginn 32 % die Antwortmöglichkeit *keine Angaben*, 22 % den Tagesablauf und 21 % Art der Behandlung/Therapien/Medikation an. Am Behandlungsende wurden hier von 24 % der Tagesablauf, von 22 % die Strukturbedingungen, von 19 % *keine Angabe* und von 14 % *Sonstiges* angegeben. Zu gewünschten Veränderungen am Behandlungsbeginn machten 49 % keine Angabe, 17 % nannten den Tagesablauf, 11 % die Art der Behandlung/Therapien/Medikation und 10 % Strukturbedingungen. Bei Behandlungsende kreuzten 25 % *keine Angabe* an, 22 % wünschten sich Veränderungen in den Strukturbedingungen, 14 % in der Art der Behandlung/Therapien/Medikation und 13 %

gaben *Sonstiges* an. Als hilfreiche Behandlungselemente nannten bei Behandlungsbeginn 41 % Behandlung/Therapien/Medikation, 27 % machten hierzu keine Angabe, 11 % gaben Weg-von-zu-Hause-Sein/Abstand gewinnen an und 10 % das Gefühl, dass die Behandlung hilft, sie aber nicht genau sagen können, was konkret anschlägt. Bei Behandlungsende bewerteten 73 % Behandlung/Therapien/Medikation, 17 % Kontakte/Beziehungen Patienten und 10% Bewegung/Freizeitangebote als hilfreich, 14 % machten hier keine Angabe. Zusammenfassend konnten Eichler et al. (2006) eine Übereinstimmung mit den quantitativen Zufriedenheitsbewertungen erkennen. Im Vergleich beider Behandlungsformen zeigten die Ergebnisse insgesamt die Tendenz, dass die tagesklinische Behandlung von den Probanden bevorzugt wurde.

In der Untersuchung von Gutknecht (2005) bewerteten 48 Patienten der Tagesklinik der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Krankenhaus St.-Annen-Stift in Twistringen und deren Behandler am Ende ihres Aufenthalts relevante Aspekte der Behandlung. Für die Untersuchung wurde der Stationserfahrungsbogen (SEB) mit 38 Items eingesetzt, wobei die Patienten mittels einer sechsstufigen Likert-Skala (stimmt gar nicht bis stimmt genau) ihre Erfahrung während der Behandlung bewerten konnten. Für die Bewertung der Behandlung durch die Patienten und deren Behandler wurde aus der Psychotherapiebasisdokumentation aus dem Bereich der allgemeinen Veränderungsdokumentation Item 1-10 und das Item zur globalen Behandlungsbeurteilung zu Behandlungsende verwendet. Die Items wurden bezüglich ihrer Problemrelevanz, Einschätzbarkeit und Veränderungsrichtung mittels einer fünfstufigen Likert-Skala (deutlich verschlechtert bis deutlich gebessert) eingeschätzt. Die Stichprobe setzte sich in dieser Untersuchung aus 62.5 % weiblichen und 37.5 % männlichen Patienten mit gemischten Diagnosen zusammen. Die einzeltherapeutische Beziehung ($M = 5,23$) und die Beziehung zum therapeutischen Team ($M = 5.06$) wurden von den Patienten als besonders positiv bewertet. Die generalisierte Kompetenzerwartung ($M = 3.87$) wurde als am wenigsten relevant angesehen, wobei die Antworten eine grössere Streuung ($SD = 1.17$) aufwiesen als bei den anderen Skalen des Stationserfahrungsbogens. Die Mittelwerte der zehn Veränderungs- bzw. Problembereiche lagen aus Patientensicht zwischen 4.51 und 5.26, aus Therapeutensicht zwischen 4.20 und 4.88. Obwohl die Werte der Fremdeinschätzungen niedriger ausfielen als jene der Patienten, sprechen sie für eine Verbesserung in allen Problembereichen. Im Vergleich zur stationären Behandlung, die auch Teil der Studie war, wurden die in der psychiatrischen Tagesklinik gemessenen Beziehungs- und Settingqualitäten deutlich positiver bewertet, wobei jedoch aus Sicht Gutknechts (2005) die Messzeitpunkte berücksichtigt werden sollten.

Kaiser & Sibitz (2008) evaluierten in ihrer Untersuchung die Wichtigkeit und Nützlichkeit der Tagesklinik der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wien aus Sicht von 22 Patienten mit der Diagnose Psychose. Zwanzig Therapieangebote wurden durch die Probanden mittels einer vierstufigen Skala von 1 (*sehr unwichtig/unnützlich*) bis 4 (*sehr wichtig/nützlich*) beurteilt. Der Schweregrad der Erkrankung wurde mittels der *Global Impression Scale* mit den Bereichen Negativsymptomatik, Positivsymptomatik, Depressivität, kognitive Beeinträchtigung und Gesamtbeurteilung des Zustands durch eine Ärztin erhoben. Zudem wurden mittels offener Fragen subjektive Veränderungen sowie erwünschte und unerwünschte Wirkungen der tagesklinischen Behandlung aus Patientensicht erfasst. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patienten die erfragten Parameter vor Tagesklinikaufenthalt grossteils als eher wichtig oder sehr wichtig und am Ende als eher nützlich oder sehr nützlich einschätzten. Am Ende der Behandlung wurden die Einzelgespräche mit Ärzten (68 %), die Gruppe *soziale Angelegenheiten* (59 %), Einzelgespräche mit dem Pflegepersonal (50 %), Ergotherapie und Einzeltherapie in der offenen Werkstätte (50 %), Visite (50 %), das Herrichten von Medikamenten (50 %), die Medikamentengruppe (46 %) und die Krankheitsbewältigungsgruppe (41 %) als sehr nützlich beurteilt. Bei der qualitativen Beurteilung gaben 19 Patienten Veränderungen durch den Tagesklinikaufenthalt an. Sie nannten diesbezüglich in absteigender Häufigkeit Verbesserungen im Umgang mit der Krankheit, die Tagesstruktur, Lebensfreude, soziale Integration, Medikamenteneinstellung und Antistigma. Unerwünschten Wirkungen wie eine allgemeine Beeinträchtigung des Wohlbefindens, Unzufriedenheit durch Konfrontation mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Zunahme der Krankheitssymptomatik wurden von 15 Personen genannt. Sechs Patienten gaben an, keine unerwünschte Wirkung wahrgenommen zu haben. Als Gründe für die Veränderungen nannten sie das Therapieprogramm insgesamt und die damit verbundene Tagesstruktur, Einzelgespräche, die Gruppe selbst und Mitpatienten, Gruppengespräche und Medikamente sowie vereinzelt Sozialarbeit, Ergotherapie und gute ärztliche bzw. pflegerische Betreuung (Kaiser & Sibitz, 2008).

2.3 Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatricentrums Oberwallis³

Im Jahre 2016 entwickelte der Leiter der Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatricentrums Oberwallis in Zusammenarbeit mit Fachpersonen der Psychiatrie und

³ Gesamtes Kapitel zitiert aus Aligwekwe (2020) und Aligwekwe, Amherd, Stucky und Walter (2019). Aus Gründen der Lesbarkeit findet der Quellenverweis im Titel statt.

unter Berücksichtigung in der Region bereits vorhandener Angebote das Konzept der Tagesklinik als integrierte, störungsspezifische Behandlung. Die seit Mai 2020 neu ausgerichtete Einrichtung stellt einen wesentlichen Teil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung des Oberwallis und damit einhergehend ein Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung dar. Ihr Standort befindet sich in einem Wohn- und Geschäftshaus im Briger Stadtzentrum. Das Angebot richtet sich an Personen zwischen 18 und 65 Jahren mit Lebenskrisen, Traumafolgen, Burnout, Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen, neurotischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie schizophrenen und bipolaren Störungen. Kontraindiziert die tagesklinische Behandlung bei primärer Bearbeitung von Suchtstörungen, akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, akuten Psychosen, schweren körperlichen Einschränkungen, unklaren Wohnverhältnissen und mangelnder Gruppenfähigkeit. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik bietet Platz für rund 16 Patienten und verfügt über zwei grosse Gruppenräume, drei Sitzungszimmer, eine Küche mit Essraum, ein Ruheraum und ein Grossraumbüro für die Mitarbeiter. Die Therapie findet an fünf Tagen pro Woche von 9 bis 16 Uhr statt. Die Behandlungsdauer orientiert sich am individuellen Therapieauftrag des jeweiligen Patienten und ist demzufolge beschränkt. Finanziert wird die Behandlung durch die Krankenkasse und den Kanton Wallis.

Die Therapie umfasst Indikationsstellung, Befunderhebung, Diagnostik, Psychopharmakotherapie, milieutheraeutische Gruppenprogramme, spezifische gruppentherapeutische Angebote und methodisch fundierte Einzelsitzungen unter Einbezug von Systempartnern. Im Mittelpunkt der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung stehen eine hohe therapeutische Qualität, Wirksamkeit, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Durch die tagesklinische Behandlung können im therapeutischen System gelernte Rollenerfahrungen auf den Alltag übertragen werden. Gegen Ende der Behandlung besteht die Möglichkeit einer Reduktion der Präsenzzeit bei schrittweiser Reintegration in die Arbeitstätigkeit und den Alltag (Arbeitserprobung bzw. Alltagserprobung). Das multiprofessionelle Behandlungsteam setzt sich aus erfahrenen ärztlichen und psychologischen Therapeuten, Pflegepersonal und einem Ergotherapeuten zusammen.

Konzeptionell basiert die Tagesklinik PZO auf Erkenntnissen der modernen Psychiatrie und Psychotherapie mit Orientierung an den Rahmenbedingungen der SGPPT. Das Angebot, eingebettet in ein psycho- und milieutheraeutisches Grundkonzept, bietet durch die Auseinandersetzung mit dem alltäglichen Miteinander und den menschlichen Begegnungen

die Möglichkeit zur Selbstreflexion und zu korrektiven Erfahrungen. Die Arbeit in therapeutischen Gruppen bildet den Rahmen, wobei der Patient Beschwerden erkennen und einen Umgang damit erlernen kann. Im Vordergrund stehen seine Ressourcen, welche im Prozess aktiviert, gefördert und in diesen integriert werden.

Die Anmeldung eines Patienten für die Behandlung erfolgt über dessen Psychiater, Psychotherapeuten oder Hausarzt schriftlich über ein auf der Webseite der Tagesklinik zugängliches oder am Sekretariat des Psychiatriezentrums Oberwallis aufliegendes Anmeldeformular. Die Prüfung der Indikation nimmt der Leiter der Tagesklinik PZO im Rahmen eines Abklärungsgespräch vor. Ist die Behandlung indiziert, so kann der Patient die Therapie aufnehmen. In der ersten Behandlungswoche stehen der Eingewöhnungsprozess und diagnostische Abklärungen im Vordergrund. Dazu gehören ein Erstgespräch beim fallführenden Therapeuten, mit der Bezugsperson und beim Sozialdienst zur Erhebung der Sozialdaten und -anamnese. Zu Beginn der Behandlung wird durch die therapeutische Subgruppe, bestehend aus einer Bezugsperson, fallführenden Therapeutin und dem Patienten, entsprechend dessen Störungsbild und dessen Therapieziele die Behandlung geplant und das therapeutische Programm zusammengestellt.

Während des Tagesklinik-Aufenthalts finden wöchentliche Einzeltherapiesitzungen beim fallführenden Therapeuten (Psychologe oder Psychotherapeut) mit auf den Patienten individuell angepassten Inhalten statt. Innerhalb der Behandlung wird ein besonderer Fokus auf den Einbezug des Familien- und Helfersystems gelegt.

Das gruppentherapeutische Angebot besteht aus milieutherapeutischen Angeboten und allgemeinen Gruppentherapien. Das milieutherapeutische Angebot der Tagesklinik beinhaltet Morgen- und Abschlussrunden, ein gemeinsames Einnehmen des Mittagessens, Gespräche mit den Bezugspersonen etc. zur Förderung des Gemeinschaftssinns, zur Vermittlung von Stabilität, Sicherheit und Ruhe, zur persönlichen Ressourcenförderung sowie zum Erlernen von Bewältigungsstrategien. Jeder Patient nimmt am milieutherapeutischen Angebot teil. Allgemeine Gruppentherapien sind in der Tagesklinik PZO ausdruckszentrierte Therapien mit erlebnis- und emotionsaktivierenden Methoden wie bildnerischem Gestalten und handlungsorientierten Gruppen wie Einzelhandwerk. Dabei werden Kompetenzen zur Bewältigung des Alltags trainiert und erweitert. Zudem erfahren die Patienten ihre Selbstwirksamkeit und erlernen Selbstfürsorge.

Die spezifischen gruppentherapeutischen Angebote beinhalten psychotherapeutische Sitzungen, in denen sowohl Informationen zur Erkrankung wie auch das Erlernen eines Umgangs damit vermittelt und gemeinsam in der Gruppe diskutiert werden. Die

Gruppentherapien beinhalten psychoedukative und Trainingselemente. Die verschriftlichten Inhalte der jeweiligen psychotherapeutischen Gruppentherapien erhalten die Patienten zusammengefasst in Patientenmanualen. Die Therapiemanuale beinhalten acht bis zehn Sitzungseinheiten, orientiert an Konzepten gruppentherapeutischer Manuale wie der Emotionsregulation nach Bohus und Wolf-Arehult (2013) oder den sozialen Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten (2007).

Die Gruppentherapien werden von einem psychotherapeutischen Mitarbeiter und einer Pflegefachperson oder einem Ergotherapeuten mitgeleitet. Die Therapiemodule des integrativen schulübergreifenden multimodalen Ansatzes sind sinnvoll aufeinander abgestimmt. In Abbildung 1 ist diesbezüglich der Wochenplan der Tagesklinik PZO zu entnehmen. Als Basis der psychotherapeutischen Gruppentherapien gelten die Ressourcen unter den Teilnehmern.

| Montag | | Dienstag | | Mittwoch | | Donnerstag | | Freitag | |
|--|--|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|--|---|---|---------------------------------------|
| Morgenrunde Wochenendrückblick 09.00 – 09.20 | | Morgenrunde Wochenorganisation 09.00 – 09.20 | | Morgenrunde Medienrunde 09.00 – 09.20 | | Morgenrunde Tagesziele formulieren 09.00 – 09.20 | | Morgenrunde Wochenziele auswerten 09.00 – 09.20 | |
| Kochen 09.30 – 12.00 | Training soz. Kompetenzen 09.30 – 11.00 | Kochen 09.30 – 12.00 | Emotionsregulation 09.30 – 11.00 | Ärztliche Visite 09.00 – 12.00 | | Kochen 09.30 – 12.00 | ZERA Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit 09.30 – 11.00 | Kochen 09.30 – 12.00 | Walking 09.30 – 11.00 |
| | Walking 09.30 – 11.00 | | Kleingruppe 09.30 – 11.00 | Kochen 09.30 – 12.00 | Einzelhandwerk 9.30 - 11.00 | | | Psychoedukative Gruppe Angst 09.30 - 11.00 | Konzentrationsgruppe 09.30 - 11.00 |
| Essen TK 12.00 – 12.30 | | Essen TK 12.00 – 12.30 | | Essen TK 12.00 – 12.30 | | Essen TK 12.00 – 12.30 | | Essen TK 12.00-12.30 | |
| Psychoedukative Gruppe Schematherapie 13.30 – 15.00 | Mediathek 13.30 – 15.00 | Arbeitsvorbereitung 13.30 – 15.00 | Gesundheitsförderung 13.30 – 15.00 | Gruppentherapie 13.30 – 15.00 | Offene Gruppe 13.30 – 15.00 | Psychoedukative Gruppe Depression 13.30 – 15.00 | Kreativgruppe 13.30 – 15.00 | Bild - gestalten 13.30 - 15.00 | Entspannung 13.30 - 15.00 |
| Wochenziele formulieren 15.30 – 16.00 | | Pat. gestalten Schlussrunde 15.30 – 16.00 | | Befindlichkeitsrunde 15.30 – 16.00 | | Tagesziele auswerten 15.30 – 16.00 | | Wochenendvorschau 15.30 - 16.00 | |

Abbildung 1. Wochenplan Tagesklinik PZO

Die Bezugspersonenarbeit und der damit einhergehende Aufbau eines therapeutischen Beziehungsprozesses stellen in der Tagesklinik PZO einen wesentlichen Bestandteil dar und sind in drei Phasen unterteilt: Erstkontakt, Beziehungsgestaltung und Beendigung der Beziehung. Der Erstkontakt schafft zwischen Bezugsperson und Patient Raum zum gegenseitigen Kennenlernen und zur Klärung von Aufnahmeformalitäten mit Informationen über Abläufe, Organisation, Räumlichkeiten und Regelmäßiges wie die Behandlungsvereinbarung. Bei der Beziehungsgestaltung stellt die Bezugsperson eine verlässliche Ansprechperson dar und bietet Unterstützung und Sicherheit. Die

Beziehungsaufnahme und -gestaltung können durch das milieutherapeutische Angebot und handlungsorientierte Tätigkeiten (Kochen etc.) unterstützt bzw. gefördert werden. Durch problemlösendes Handeln lernt der Patient die Wiederherstellung und Verbesserung seiner Beziehungsfähigkeit. Bei der Beendigung der Beziehung evaluiert er mit seiner Bezugsperson gemeinsam die therapeutische Beziehung und den Prozess dahinter, erarbeitet gemeinsam eine weiterführende Struktur für den Zeitraum nach der Behandlung mit Einbezug von Medikamenteneinnahme, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie Rückfallprophylaxe und blickt gemeinsam in die Zukunft.

Der Problemlöseprozess dient der allgemeinen Beschreibung der Problemlage. Diese dient als Wegweiser für die Bezugspersonenarbeit. Gemeinsam mit dem Patienten werden Informationen gesammelt, dokumentiert, im multiprofessionellen Team besprochen und reflektiert.

Vor dem Hintergrund bislang ausstehender Evaluationen der Tagesklinik PZO werden im nächsten Kapitel Fragestellungen zu einer solchen, die in der vorliegenden Arbeit verfolgt werden, erläutert. Dies im Hinblick der Weiterentwicklung der Tagesklinik PZO und weiteren teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen.

3 Fragestellungen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, die tagesklinische Behandlung für Erwachsene in Brig anhand der Patientenbewertung zu evaluieren. Zudem sollen Elemente der Behandlung, die die Patienten als nützlich bzw. hilfreich empfinden, identifiziert und daraus resultierende Wirkfaktoren beschrieben werden.

Die Fragestellung *Was wirkte und wie wirkte es?* wurde im Rahmen erster Überlegungen formuliert, wodurch die nachfolgend aufgeführten Forschungsfragen entstanden sind:

1. Wie/Wodurch wirkte die tagesklinische Behandlung bei den Patienten?
 - a. Was innerhalb der tagesklinischen Behandlung zeigte Wirkung?
 - b. Welche Wirkfaktoren wurden im Rahmen der tagesklinischen Behandlung identifiziert?
2. Was veränderte sich durch die tagesklinische Behandlung bei den Patienten?
3. Was würden die Patienten an der tagesklinischen Behandlung verändern?

Bei der Fragestellung 1a. *Was innerhalb der tagesklinischen Behandlung zeigte Wirkung?* geht es im ersten Schritt darum, Aspekte zu identifizieren, die zu einer erwünschten Veränderung des Allgemeinzustands des Patienten führen. Ebenso werden Faktoren

untersucht, die zu einer unerwünschten und/oder zu keiner Veränderung führen, das heisst die *unwirksam* sind. Bei der Beantwortung der Fragestellung 1b. *Welche Wirkfaktoren konnten im Rahmen der tagesklinischen Behandlung identifiziert werden?* wird mitunter die Arbeit von Hoge et al. (1988) berücksichtigt. Durch die Fragestellung 2. *Was veränderte sich durch die tagesklinische Behandlung bei den Patienten?* soll herausgefunden werden, was sich konkret bei den Patienten veränderte. Sei dies hinsichtlich ihres psychischen Zustands oder auch hinsichtlich ihres Verständnisses zu ihrer Erkrankung. Über die Anpassung und Optimierung des tagesklinischen Konzeptes soll Frage 3. *Was würden die Patienten an der tagesklinischen Behandlung verändern?* Aufschluss geben. Allenfalls können daraus konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität abgeleitet werden.

4 Methode

Die Evaluation der Tagesklinik PZO aus Patientensicht erfolgte mittels Mixed Methods. Dieser Ansatz umfasst eine Kombination von Elementen quantitativer und qualitativer Forschungstraditionen (Hussy et al., 2010). Durch den Einsatz der quantitativen Methode wurden erste Ergebnisse der Untersuchung erfasst (nach Mey & Mruck, 2010). Die qualitative Methode diente danach der Identifikation spezifischer Veränderungsprozesse (nach Mey & Mruck, 2010). Die Untersuchung bzw. Erhebung der Daten der Tagesklinik PZO fand zu Behandlungsende der zu behandelnden Personen statt.

Im Rahmen von Mixed Methods sollte bei der Wahl des Umfangs der Stichprobe das Konzept der theoretischen Sättigung berücksichtigt werden (nach Glaser & Strauss, 1967). Das heisst, dass der Gegenstandsbereich so lange untersucht wird, bis keine neuen Erkenntnisse mehr erwartet werden können. Durch die Individualität der Patienten der Tagesklinik PZO und die multimodalen Therapiebausteine bestand die Eventualität, das Konzept der theoretischen Sättigung lange nicht zu erreichen. So erfolgte bei Behandlungsende eine Erfassung quantitativer und qualitativer Daten an einer selektiven Stichprobe. In die Untersuchung wurden alle Patienten der Tagesklinik für Erwachsene, die zwischen 17. Januar 2022 und 30. März 2022 die Behandlung abgeschlossen hatten, einbezogen. Die Grösse der Stichprobe wurde vor Untersuchungsbeginn aufgrund der bei Planung vorliegenden Patientenanzahl auf 10 bis 14 Probanden festgelegt.

4.1 Instrumente und Messmittel

Jegliche Instrumente bzw. Messmittel, die nachfolgend in ihrer Entwicklung beschrieben werden, wurden von der Untersuchungsleiterin⁴ erstellt. Zur Aufklärung über die Studie und zur schriftlichen Einwilligung in diese wurden eine Patienten-Information und Einverständniserklärung unter Berücksichtigung der Vorgaben der philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern erstellt (siehe Anhang B). Die Basisdokumentation zum Erfassen der soziodemographischen Daten wurde in Anlehnung an die Psychiatrische Basisdokumentation (Psy-BaDo) der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Psychotherapie (QiP) (<https://psybado.de/>) für die Tagesklinik PZO unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten entwickelt (siehe Anhang C). Items zur Erfassung von Gesundheitsdaten wurden dabei aufgrund der Richtlinien der kantonalen Ethikkommission ausgeschlossen.

Die Erstellung des Fragebogens zur Nützlichkeit und Wirksamkeit der tagesklinischen Behandlung (siehe Anhang D) erfolgte basierend auf der organisationellen, strukturellen und therapeutischen Ausrichtung der Tagesklinik PZO. Die unipolare Antwortskala des Likert-Fragebogens wurde mit 1 (*sehr unwirksam*) bis 7 (*sehr wirksam*) festgelegt (0 stand für *nicht beurteilbar*⁵). Die Abstufung der Skalen wurde nach Hussy et al. (2010) durch numerische und verbale Marken angegeben. Durch die ungerade Anzahl von Stufen stand den Patienten mit 4 (*weder unwirksam noch wirksam*) eine neutrale Antwortmöglichkeit zur Verfügung (Hussy et al., 2010).

Der Leitfaden des Interviews wurde anhand 20 offener Fragen entwickelt (siehe Anhang D), um möglichst viele Informationen aus Patientensicht explorieren zu können. Der Patient konnte durch die nichtstandardisierte Befragung die Antworten in seinen eigenen Worten formulieren (nach Hussy et al., 2010). Die Interviewerin orientierte sich am Leitfaden und stellte sicher, dass alle relevanten Aspekte im Gespräch thematisiert wurden (nach Hussy et al., 2010). Die genauen Formulierungen und die Reihenfolge der Fragen durften dabei jedoch variieren (nach Hussy et al., 2010).

In einem ersten Schritt wurden die Patienten-Information und Einverständniserklärung, die Basisdokumentation, der Fragebogen zur Nützlichkeit und Wirksamkeit der tagesklinischen Behandlung und der Interviewleitfaden mit Prof. Dr. Berger und Dr. rer. nat. Dr. Aligwekwe besprochen, welche diese Dokumente zur Anwendung in der Untersuchung

⁴ Mit Untersuchungsleiterin wird immer auch die Verfasserin der vorliegenden Arbeit gemeint.

⁵ Nicht jeder Patient nimmt an jeder Therapieeinheiten der Tagesklinik PZO teil. Falls ein Patient an einer jeweiligen Therapieeinheit nicht teilnahm, beurteilt er das Item mit 0=nicht beurteilbar.

guthiessen. In einem weiteren Schritt wurde bei der philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern ein Ethikantrag gestellt, der durch die Ethikkommission genehmigt wurde.

4.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand von 17. Januar 2022 bis 30. März 2022 statt. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer verlief folgendermassen: Der Leiter der Tagesklinik, Dr. rer. nat. Dr. Aligwekwe, und die Verfasserin der vorliegenden Arbeit klärten alle Patienten, die über Hausärzte, niedergelassene Fachkräfte, stationäre oder ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Kliniken der Region Wallis der Tagesklinik für Erwachsene zugewiesen worden waren und während des genannten Zeitraums in Behandlung waren, über die Untersuchung auf (siehe Anhang A). Nach dieser Vorabinformation wurden alle infrage kommenden Personen, die im Zeitraum der Datenerhebung die Behandlung regulär abschlossen, in der zweitletzten Woche ihrer Behandlung in einem Vorgespräch über den Inhalt und genauen Ablauf der Untersuchung aufgeklärt.

Die potenziellen Probanden hatten dabei die Möglichkeit, die Studienteilnahme mehrere Tage zu überdenken. Bei Einwilligung in diese wurden sie mittels der Patienten-Information und der Einverständniserklärung am Tag der Untersuchung schriftlich um eine Zustimmung gebeten. Im Rahmen dieser Einverständniserklärung wurden die Patienten auch über die pseudonymisierte Studiendurchführung aufgeklärt. Die Pseudonymisierung verlief folgendermassen: Jeder Patient, der an der Untersuchung teilnahm, erhielt nach dem Unterschreiben der Einverständniserklärung einen sechsstelligen Nummerncode. Diesen schrieb er auf die Basisdokumentation und auf den Fragebogen. Somit können ohne Besitz der Pseudonymisierungsliste keine Rückschlüsse auf die Personen, die an der Studie teilnahmen, gezogen werden. Die Pseudonymisierungsliste befindet sich nach Abschluss der Studie für höchstens zehn Jahre ausschliesslich im Besitz der Universität Bern.

Nach ihrem mündlichen und schriftlichen Einverständnis erhielten die Studienteilnehmer während ihrer letzten tagesklinischen Behandlungswoche die Basisdokumentation und den Paper-Pencil-Fragebogen mit 95 Items zur Selbsteinschätzung der Nützlichkeit und Wirksamkeit der tagesklinischen Behandlung. Diese füllten sie pseudonymisiert aus.

Die Durchführung des halbstrukturierten Interviews erfolgte ebenfalls in der letzten Behandlungswoche und dauerte jeweils zwischen 20 und 30 Minuten. Die Gespräche wurden durch die Untersucherin, das heisst die Verfasserin der vorliegenden Arbeit, welche ein Teil

des Behandlerteams der Tagesklinik für Erwachsene darstellte und in den Therapieprozess integriert gewesen war, geführt und mittels *VoiceTracer* aufgenommen. Die aufgenommenen Audio-Dateien wurden auf einem passwortgeschützten Speichermedium (USB-Stick) gesichert, welches ausschliesslich der Untersucherin zugänglich war.

4.3 Datenaufarbeitung und -auswertung

Quantitativ. Die durch die Basisdokumentation und den Fragebogen per Paper-Pencil-Prinzip erhobenen Daten wurden in eine *Microsoft-Excel*-Datei übertragen. Die statistische Auswertung der in der Untersuchung erhobenen Informationen erfolgte mittels der Software *IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)*, Version 27, für *Windows*, die Datenanalyse mittels univariater deskriptiver Statistik. Die Analyse umfasste alle in der Basisdokumentation und im Fragebogen erhobenen Variablen. Zur besseren Übersicht wurden bei der Darstellung der soziodemographischen Daten in Tabellenform Antwortmöglichkeiten, die von keiner Studienteilnehmerin genannt worden waren, ausgeschlossen (bspw. Geschlecht-Option *andere*). Zur besseren Übersicht wurden die Ergebnisse des Paper-Pencil-Fragebogens in fünf Kategorien unterteilt und entsprechend in Tabellen aufgelistet (siehe Tabellen 4–8). Die Ergebnisse wurden deskriptiv anhand der Mittelwerte, Standardabweichungen, Range und Anzahl der Teilnehmer, die auf die jeweiligen Fragen geantwortet hatten, dargestellt. Bei der Auswertung des Fragebogens wurden zudem Items, die mit 0 (*keine Beurteilung*) beantwortet worden waren, ausgeschlossen. Die Aufarbeitung die in der vorliegenden Arbeit aufgeführten Tabellen (nach APA-Standards) erfolgte mittels *Microsoft Word*.

Qualitativ. Die qualitative Datenaufarbeitung und -auswertung fanden mittels der Software *Maxqda* statt. Die qualitative Inhaltsanalyse orientiert sich an Eichler et al., (2006). Die Interviews, das heisst die auditiven Daten, wurden vom Dialekt ins Schriftdeutsche transkribiert. Nach vollständiger Transkription wurden die Interviews auf Inhalt und Form geprüft. Nach der initiierten Textarbeit wurden thematische Hauptkategorien aus den in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen und dem Interviewleitfaden abgeleitet. Daraus wurden vorerst fünf Oberkategorien, die in Tabelle 4 aufgelistet sind, ausgearbeitet (orientiert an Eichler et al., (2006).

Tabelle 2*Thematische Hauptkategorien*

| Farbe | Oberkategorien |
|------------|--|
| türkis | wirksam, nützlich, hilfreich, Auswirkungen auf Zukunft, Gründe für Weiterempfehlung der Behandlung |
| rot | unwirksam, unnützlich, nicht hilfreich |
| orange | unangenehm |
| pink | wahrgenommene Veränderung, erkenntliche Erfolge |
| dunkelblau | Veränderungsvorschläge |

Anmerkung. Die Farben wurden willkürlich gewählt.

Das gesamte Textmaterial wurde vorerst mit den in Tabelle 4 aufgelisteten Oberkategorien codiert. Aus diesen Oberkategorien heraus wurden induktiv Subkategorien bestimmt. Relevante Textstellen wurden demnach erfasst und aus dem Datenmaterial wurde induktiv ein Code abgeleitet (orientiert an Hussy et al., 2010). Das Kategoriensystem wurde an den ersten drei Interviews erprobt. Darauffolgend fanden eine Modifikation und Anpassung des Kategoriensystem statt. Mit dem überarbeiteten, ausdifferenzierten Kategoriensystem wurde das gesamte Material codiert. Nach vollständiger Codierung wurden in einem weiteren Schritt die fünf Oberkategorien und deren Codes mittels deskriptiver Statistik und Häufigkeitsanalyse untersucht und dargestellt.

5 Ergebnisse

5.1 Stichprobe

Alle Patienten der Tagesklinik für Erwachsene (störungsübergreifend), die während des Untersuchungszeitraum (17. Januar 2022 bis 30. März 2022) ihre Behandlung regulär abschlossen und bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen, wurden in die Auswertung aufgenommen. Von den gesamthaft 36 Patienten, die in diesem Zeitraum in der Tagesklinik behandelt wurden, haben elf die Behandlung regulär abgeschlossen. Sie alle erklärten sich bereit, an der Untersuchung teilzunehmen, haben die Basisdokumentation sowie den Fragebogen vollständig ausgefüllt und am kompletten Interview teilgenommen. Die Zusammensetzung der Stichprobe, die mittels der Basisdokumentation erhoben wurde, ist der Tabelle 3 zu entnehmen. Die mittlere Behandlungszeit der Patienten belief sich auf $M = 97$ Tage (männlich: $M = 102.67$ Tage; weiblich: $M = 90.80$ Tage).

Tabelle 3*Zusammensetzung der Stichprobe – soziodemographische Daten*

| | Anzahl der Patienten | |
|---|----------------------|---------|
| | N = 11 | % |
| Geschlecht | | |
| männlich | 6 | 54.55 % |
| weiblich | 5 | 45.45 % |
| Nationalität | | |
| Schweiz | 9 | 81.8 % |
| anderes Land | 2 | 18.2 % |
| Familienstand | | |
| ledig | 5 | 45.5 % |
| verheiratet | 3 | 27.3 % |
| in fester Partnerschaft | 2 | 18.2 % |
| geschieden | 1 | 9.1 % |
| Berufs- und Bildungsabschluss | | |
| noch in Berufsausbildung | 1 | 9.1 % |
| Lehre (EFZ) | 3 | 27.3 % |
| Meister/Fachschule | 2 | 18.2 % |
| Fachhochschule/Universität | 2 | 18.2 % |
| abgebrochene Lehre | 1 | 9.1 % |
| sonstiger Berufsabschluss | 2 | 18.2 % |
| Aktuelle Berufstätigkeit | | |
| Angestellte/-r | 5 | 45,5 % |
| höhere/-r bzw. leitende/-r Angestellte/-r | 1 | 9,1 % |
| ohne Beruf | 3 | 27,3 % |
| Schüler/-in, Student/-in | 1 | 9,1 % |
| Sonstige | 1 | 9,1 % |
| Erwerbstätigkeit | | |
| arbeitslos | 3 | 27,3 % |
| nicht erwerbstätig | 1 | 9,1 % |
| teilzeitbeschäftigt | 2 | 18,2 % |
| voll erwerbstätig | 5 | 45,5 % |
| Wohnsituation | | |
| Eigenheim | 4 | 36,4 % |
| gemeinsamer Haushalt mit den Eltern/der Familie | 3 | 27,3 % |
| Privatwohnung | 2 | 18,2 % |
| Wohngemeinschaft | 2 | 18,2 % |

| | | |
|--|----|--------|
| höchster Schulabschluss | | |
| kein Schulabschluss | 1 | 9,1 % |
| Maturität | 5 | 45,5 % |
| Realschulabschluss/Niveau 2 | 5 | 45,5 % |
| Haupteinkommensquelle | | |
| Arbeitslosengeld, Sozialhilfe | 2 | 18,2 % |
| Einkommen durch Arbeitstätigkeit | 6 | 54,5 % |
| Einkommen durch Rente | 1 | 9,1 % |
| finanzielle Unterstützung durch Eltern | 1 | 9,1 % |
| Sonstiges | 1 | 9,1 % |
| Arbeitsunfähigkeit bei Eintritt | | |
| ja | 10 | 90,9 % |
| nein | 1 | 9,1 % |
| Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten | | |
| 3–6 Monate | 4 | 36,4 % |
| keine | 2 | 18,2 % |
| mehr als 6 Monate | 5 | 45,5 % |
| Berentung | | |
| ja | 1 | 9,1 % |
| nein | 10 | 90,9 % |
| Vorbehandlung Krankenhaus | | |
| ja | 6 | 54,5 % |
| nein | 5 | 45,5 % |
| Vorbehandlung Psychotherapie | | |
| ambulant | 6 | 54,5 % |
| stationär | 2 | 18,2 % |
| ambulant + stationär | 3 | 27,3 % |

Anmerkung. Antwortmöglichkeiten, die in der Basisdokumentation von keinem Patienten angekreuzt wurden, wurden in der Tabelle nicht berücksichtigt.

Personalschlüssel. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren ein Fachpsychologe (Leiter der Tagesklinik) (100 %), eine Assistenzpsychologin (80 %), zwei Postgraduate-Psychologinnen (im Total zu 200 %), eine Unterassistentin der Psychologie (100 %), eine Bereichsleitung der Pflege bzw. Ergotherapie (40 %), drei Pflegefachpersonen (im Total zu 280 %), ein Ergotherapeut (100 %), eine Kunsttherapeutin (60 %), eine Psychologie-Praktikantin (100 %) und eine auszubildende Pflegekraft (100 %) in der Tagesklinik PZO tätig. Die Kunsttherapeutin befand sich zu dieser Zeit in der Einarbeitungsphase und war daher neben der Psychologie-Praktikantin und der Auszubildenden im Pflegebereich nicht vollumfänglich in den Therapieprozess integriert.

5.3 Fragebogen zur Nützlichkeit und Wirksamkeit

Der Durchschnitt aller bewerteten Elemente der tagesklinischen Behandlung, die auf einer Skala von 1 (*sehr unnützlich* bzw. *sehr unwirksam*) bis 7 (*sehr nützlich* bzw. *sehr wirksam*) erfasst wurden, belief sich auf $M = 6.31$ ($SD = 1.001$; 4.89-7) (siehe Tabellen 4–8). Die Standardabweichungen aller bewerteten Items lagen zwischen 0.000 und 2.369. In den folgenden Abschnitten wird jeweils auf Ergebnisse eingegangen, die als besonders wirksam bzw. nützlich bewertet wurden. Zudem werden Resultate herangezogen, die als eher weniger nützlich bzw. wirksam betrachtet wurden.

Das Element *Milieutherapeutisches Angebot* wird in Tabelle 4 dargestellt. Zwischen *nützlich* bis *sehr nützlich* haben elf Probanden die Orientierung durch den Wochenplan ($M = 6.64$; $SD = 0.505$; 6–7) und die Gegebenheit einer Tagesstruktur ($M = 6.64$; $SD = 0.674$; 5–7) bewertet. Im Gegensatz dazu wurden die Einrichtung der Tagesklinik ($M = 5.36$; $SD = 1.206$; 4–7) und der Umgang mit Störelementen ($M = 5.27$; $SD = 1.679$; 3–7) im Schnitt als weniger hilfreich angesehen.

Tabelle 4

Milieutherapeutisches Angebot

| | M | SD | Range | N |
|---------------------------------------|------|-------|-------|----|
| Informationen bei Eintritt | 6.18 | .751 | 5–7 | 11 |
| Aufklärung Rechte und Pflichten | 6.09 | 1.044 | 4–7 | 11 |
| Eintritt | 6.09 | 1.375 | 3–7 | 11 |
| Gegebenheit einer Tagesstruktur | 6.64 | .674 | 5–7 | 11 |
| Tagesablauf | 6.55 | .688 | 5–7 | 11 |
| Therapiezeiten | 6.45 | 1.214 | 3–7 | 11 |
| Pausen | 6.09 | 1.640 | 2–7 | 11 |
| gemeinsames Mittagessen | 6.55 | .688 | 5–7 | 11 |
| Räumlichkeiten | 5.45 | 1.293 | 3–7 | 11 |
| Lokalisation der Klinik | 6.18 | .982 | 4–7 | 11 |
| Einrichtung | 5.36 | 1.206 | 4–7 | 11 |
| Ruheraum als Rückzugsort | 6.00 | 1.054 | 4–7 | 10 |
| geschützte Atmosphäre | 6.36 | .674 | 5–7 | 11 |
| Kombination Behandlungselemente | 6.55 | .934 | 4–7 | 11 |
| Umgang mit Störelementen | 5.27 | 1.679 | 3–7 | 11 |
| Verbleib im sozialen Umfeld | 6.55 | 1.036 | 4–7 | 11 |
| Verknüpfung Psychotherapie und Alltag | 6.18 | .874 | 5–7 | 11 |
| Alltags-/Arbeitserprobung | 6.50 | 1.069 | 4–7 | 8 |
| Spektrum an Therapien | 6.27 | 1.009 | 4–7 | 11 |
| Orientierung durch Wochenplan | 6.64 | .505 | 6–7 | 11 |
| Regeln Tagesklinik | 6.18 | 1.250 | 3–7 | 11 |

| | | | | |
|---|------|-------|-----|----|
| Festlegen der Therapieziele | 6.18 | .982 | 5–7 | 11 |
| Evaluieren der Therapieziele | 5.91 | 1.300 | 4–7 | 11 |
| Festlegung und Verfolgung Wochen- und Tagesziele | 6.18 | 1.079 | 4–7 | 11 |
| Integration Familienangehöriger in die Behandlung | 5.88 | 1.727 | 2–7 | 8 |
| Austrittsplanung | 6.30 | .949 | 4–7 | 10 |

Anmerkung. Insofern die Gesamtanzahl an Probanden von elf abweicht, beantworteten einzelne die Probanden die Frage mit 0=nicht beurteilbar.

Bei der *Patientengruppe und deren Dynamik* wurden der Umgang miteinander ($M = 6.82$; $SD = 0.603$; 5–7) und der Gruppenzusammenhalt ($M = 6.73$; $SD = 0.467$; 6–7) als besonders nützlich bzw. wirksam beurteilt. Die Patientenanzahl während des Aufenthalts wurde mit dem niedrigsten Mittelwert und der weitesten Range an Antwortmöglichkeiten bewertet ($M = 5.64$; $SD = 1.206$; 3–7) (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

Patientengruppe und deren Dynamik

| | M | SD | Range | N |
|-----------------------------------|------|-------|-------|----|
| Umgang Mitpatienten untereinander | 6.82 | .603 | 5–7 | 11 |
| Heterogenität der Patientengruppe | 6.30 | .949 | 4–7 | 10 |
| Gruppendynamik | 6.36 | .674 | 5–7 | 11 |
| Gruppenzusammenhalt | 6.73 | .467 | 6–7 | 11 |
| Patientenanzahl | 5.64 | 1.206 | 3–7 | 11 |

Anmerkung. Insofern die Gesamtanzahl an Probanden von elf abweicht, beantworteten einzelne die Probanden die Frage mit 0=nicht beurteilbar.

In der Tabelle zum *therapeutischen Angebot* (Tabelle 6) werden die Ergebnisse bezüglich der Gruppen- und Einzeltherapien sowie der pharmakologischen Behandlung und Psychotherapie abgebildet. Die Gruppentherapien im Allgemeinen wurden von den elf Probanden von *weder unwirksam noch wirksam* bis *sehr wirksam* bewertet ($M = 6.45$; $SD = 1.036$; 4–7). Die Therapieform *offene Gruppe* wurde dabei als am hilfreichsten eingeschätzt ($M = 7.00$; $SD = 0.000$; 7–7), wobei ausschliesslich drei Personen die Frage beantwortet haben bzw. nur drei Personen, die an der Befragung teilnahmen, die Gruppentherapie besucht hatten. Die Bezugspersonengespräche und die Einzelpsychotherapie wurden gleichermassen von allen teilnehmenden Probanden mit *nützlich* bis *sehr nützlich* bewertet ($M = 6.91$; $SD = 0.302$; 6–7). Im Gegensatz dazu wurden die Achtsamkeitsübungen mit *sehr unnützlich* bis *sehr nützlich* bewertet ($M = 5.27$; $SD = 1.849$; 1–7). Die Bewertung der Entspannungstherapie zeigte ebenfalls eine weite Range ($M = 4.89$; $SD = 2.369$; 2–7).

Tabelle 6*Therapeutisches Angebot*

| | M | SD | Range | N |
|-----------------------------------|------|-------|-------|----|
| Gruppentherapien | 6.45 | 1.036 | 4–7 | 11 |
| Arbeitsvorbereitung | 6.33 | 1.323 | 3–7 | 9 |
| bildnerisches Gestalten | 6.62 | .518 | 6–7 | 8 |
| Einzelhandwerk | 6.83 | .408 | 6–7 | 6 |
| Emotionsregulation | 6.44 | 1.014 | 4–7 | 9 |
| Entspannung | 4.89 | 2.369 | 2–7 | 9 |
| Gesundheitsförderung | 5.89 | 1.537 | 3–7 | 9 |
| Gruppentherapie Schema | 6.60 | .843 | 5–7 | 10 |
| Kleingruppe | 6.80 | .447 | 6–7 | 5 |
| Kochen | 5.55 | 1.635 | 2–7 | 11 |
| Konzentrationsgruppe | 6.30 | 1.059 | 4–7 | 10 |
| Kreativgruppe | 6.75 | .500 | 6–7 | 4 |
| offene Gruppe | 7.00 | .000 | 7–7 | 3 |
| psychoedukative Gruppe Angst | 5.80 | 1.619 | 2–7 | 10 |
| psychoedukative Gruppe Depression | 6.60 | .516 | 6–7 | 10 |
| psychoedukative Gruppe Schema | 6.36 | 1.120 | 4–7 | 11 |
| soziale Kompetenzen | 6.27 | 1.009 | 4–7 | 11 |
| Walking | 6.25 | .957 | 5–7 | 4 |
| ZERA | 6.60 | .699 | 5–7 | 10 |
| Morgen- und Abschlussrunden | 5.36 | 1.804 | 3–7 | 11 |
| Achtsamkeitsübungen | 5.27 | 1.849 | 1–7 | 11 |
| Patientenmanuale | 6.45 | .820 | 5–7 | 11 |
| Vertiefungsaufgaben | 5.73 | 1.348 | 3–7 | 11 |
| Gruppentherapieregeln | 5.73 | 1.737 | 1–7 | 11 |
| Bezugspersonengespräche | 6.91 | .302 | 6–7 | 11 |
| Einzelpsychotherapie | 6.91 | .302 | 6–7 | 11 |
| Standortgespräche | 6.45 | .820 | 5–7 | 11 |
| Paargespräche | 6.40 | 1.342 | 4–7 | 5 |
| Systemgespräche | 6.44 | .882 | 5–7 | 9 |
| Sozialberatung | 6.27 | 1.555 | 2–7 | 11 |
| Arztvisite | 5.55 | 1.916 | 1–7 | 11 |
| Psychotherapie | 6.45 | .934 | 4–7 | 11 |
| pharmakologische Behandlung | 5.80 | 1.932 | 1–7 | 10 |

Anmerkung. Insofern die Gesamtanzahl an Probanden von elf abweicht, beantworteten einzelne die Probanden die Frage mit 0=nicht beurteilbar.

Das *Therapeutenteam und die therapeutische Beziehung* (siehe Tabelle 7) wurden vor allem hinsichtlich der Zuwendung der Bezugsperson und des Therapeutenteams zum Patienten ($M = 6.73$; $SD = 0.467$; 6–7) und der professionellen Distanz der Therapeuten

ausgezeichnet ($M = 6.73$; $SD = 0,647$; 5–7). Der Umgang mit schwierigen Situationen durch das Therapeutenteam wurde als mässig bewertet ($M = 5.82$; $SD = 1.250$; 3–7).

Tabelle 7

Therapeutenteam und die therapeutische Beziehung

| | M | SD | Range | N |
|---|------|-------|-------|----|
| Zuwendung durch Bezugsperson und Therapeutenteam | 6.73 | .467 | 6–7 | 11 |
| Erfahrung der Therapeuten | 6.45 | .820 | 5–7 | 11 |
| Leitung Gruppentherapien | 6.36 | 1.286 | 3–7 | 11 |
| Informationsvermittlung zur Krankheit | 6.27 | .786 | 5–7 | 11 |
| Umgang mit schwierigen Situationen | 5.82 | 1.250 | 3–7 | 11 |
| Zusammenarbeit und Zusammenhalt des Therapeutenteams | 6.45 | .820 | 5–7 | 11 |
| erfahrene Unterstützung durch Therapeutenteam | 6.64 | .674 | 5–7 | 11 |
| erfahrene Unterstützung durch Sozialberatung | 6.70 | .675 | 5–7 | 10 |
| Zuhören durch Therapeutenteam | 6.45 | 1.036 | 4–7 | 11 |
| Einfühlsamkeit des Therapeutenteams | 6.45 | .934 | 5–7 | 11 |
| Fähigkeit zur Wertschätzung durch Therapeutenteam | 6.64 | .809 | 5–7 | 11 |
| Offenheit, Ehrlichkeit, Echtheit des Therapeutenteams | 6.64 | .674 | 5–7 | 11 |
| professionelle Distanz des Therapeutenteams | 6.73 | .647 | 5–7 | 11 |
| Bedürfnisberücksichtigung | 6.36 | 1.286 | 3–7 | 11 |
| optimistische Haltung des Therapeutenteams | 6.64 | .674 | 5–7 | 11 |

Anmerkung. Insofern die Gesamtanzahl an Probanden von elf abweicht, beantworteten einzelne die Probanden die Frage mit 0=nicht beurteilbar.

Beim *Einbringen eigener Anteile in die Therapie* (siehe Tabelle 8) sahen die Probanden die Notwendigkeit von Eigenmotivation als *sehr wirksam* an ($M = 6.82$; $SD = 0.603$; 5–7). Das Vorhandensein eines Konzepts für den eigenen Krankheitszustand wurde mit *eher wirksam* bis *sehr wirksam* bewertet ($M = 6.18$; $SD = 0.874$; 5–7).

Tabelle 8

Einbringen eigener Anteile in die Therapie

| | M | SD | Range | N |
|--|------|-------|-------|----|
| gemeinsame Problemarbeit | 6.45 | .820 | 5–7 | 11 |
| Förderung der Eigeninitiative, Eigenverantwortung und Autonomie | 6.36 | 1.120 | 4–7 | 11 |
| aktive Therapieteilnahme | 6.55 | .934 | 4–7 | 11 |
| Aktivierung Fähigkeiten und Interessen | 6.45 | .820 | 5–7 | 11 |
| Erfahrung und Ausleben von Stärken | 6.36 | 1.027 | 4–7 | 11 |
| vorhandenes Konzept des eigenen Krankheitszustands | 6.18 | .874 | 5–7 | 11 |

| | | | | |
|--|------|-------|-----|----|
| Erkennen von und Auseinandersetzung mit Problemen | 6.64 | .674 | 5–7 | 11 |
| Erlernen eines Umgangs mit Problemen und Üben von deren funktionaler Bewältigung | 6.55 | .934 | 4–7 | 11 |
| Emotionen aktivieren, erkennen und benennen | 6.27 | 1.421 | 3–7 | 11 |
| Selbstbeobachtung: Einschätzung von Stimmung, Antrieb, Schlaf und Befürchtungen | 6.36 | 1.286 | 3–7 | 11 |
| Nutzung therapiefreier Zeit als Belastungstraining | 6.60 | .843 | 5–7 | 10 |
| Integration gelernter Strategien in den Alltag | 6.45 | 1.036 | 4–7 | 11 |
| Notwendigkeit von Eigenmotivation | 6.82 | .603 | 5–7 | 11 |
| Eigenengagement | 6.55 | .688 | 5–7 | 11 |
| Erweiterung des Denkens, Handelns und Fühlens | 6.64 | .809 | 5–7 | 11 |
| Aufbau und Bewusstwerden eigener Ziele | 6.64 | .674 | 5–7 | 11 |

Anmerkung. Insofern die Gesamtanzahl an Probanden von elf abweicht, beantworteten einzelne die Probanden die Frage mit 0=nicht beurteilbar.

Über alle Items hinweg (siehe Tabellen 4–8) wurde die offene Gruppe von den Patienten im Mittel als am wirksamsten angesehen ($M = 7.00$; $SD = 0.000$; 7–7), wobei sie jedoch nur von drei Probanden bewertet wurde. Die als am wirkungsvollsten angesehenen Elemente, die von allen Probanden gleichermassen mit *nützlich* bis *sehr nützlich* bewertet wurden, waren die Bezugspersonengespräche und die Einzelpsychotherapie ($M = 6.91$; $SD = 0.302$; 6–7). Über alle Items hinweg erhielt die Entspannungstherapie die niedrigste Bewertung ($M = 4.89$; $SD = 2.369$; 2–7), wobei sie nur von neun Probanden bewertet wurde. Das von allen Probanden am niedrigsten bewertete Item war der Umgang mit Störelementen ($M = 5.27$; $SD = 1.679$; 3–7). Hinsichtlich der Fragestellung *1. Was/wodurch wirkte die tagesklinische Behandlung?* kann hier kein klarer Schluss gezogen werden. Die Fragestellung *1a. Was innerhalb der tagesklinischen Behandlung zeigte Wirkung?* kann im Hinblick auf die für den Fragebogen gewählte Likert-Skala geschlossen werden, dass die Patienten die Behandlung über die Items hinweg im Mittel als wirksam bis sehr wirksam eingestuft haben. Es gab nur ein einziges Item, das einen Mittelwert unter 5 (*wirksam*) aufweist. Trotzdem sollte berücksichtigt werden, dass die Range bei vereinzelt Items wie bspw. bei der medikamentösen Therapie von 1 (*sehr unwirksam* bzw. *sehr unnützlich*) bis 7 (*sehr wirksam* bzw. *sehr nützlich*) geht. Im nächsten Abschnitt wird auf die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung eingegangen.

5.4 Patienteninterviews

Die Ergebnisse der Patienteninterviews werden im Folgenden mittels Balkendiagrammen angezeigt. Die Häufigkeit wird jeweils in Anzahl Dokumenten angegeben, bei einem Total von elf Dokumenten. Auf die in den Abbildungen genannten Faktoren wird jeweils unterhalb der entsprechenden Abbildung eingegangen. Die aufgeführten Faktoren wurden durch die Inhaltsanalyse der Patienteninterviews [425270, 428509, 659979, 417625, 386136, 747321, 996465, 641317, 412157, 766971, 843652] zusammengefasst.

5.4.1 Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung

Die in Abbildung 2 aufgeführten Wirkfaktoren wurde aus der Oberkategorie *wirksam, nützlich, hilfreich, Auswirkungen auf Zukunft, Gründe für Weiterempfehlung der Behandlung* bestimmt.

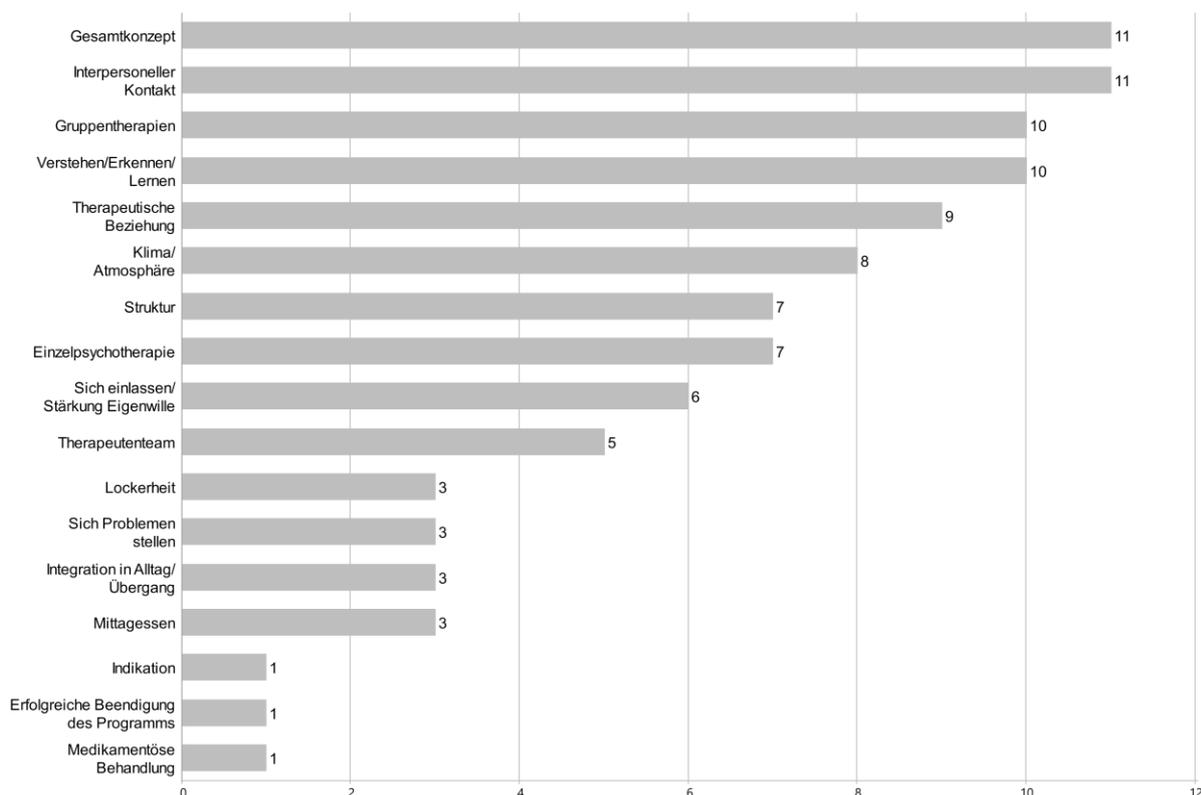


Abbildung 2. Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung

Gesamtkonzept. Sowohl das Zusammenwirken und die Vernetzung der Therapien bzw. der einzelnen Inhalte wie auch das abwechslungsreiche Programm der Tagesklinik erwähnten die Probanden als wirkungsvoll. Dabei nannten sie, dass die Kombination bzw. die Mischung aus allem, das gesamte Paket im Rahmen der Therapie gewirkt hat.

Interpersoneller Kontakt. Bezüglich des interpersonellen Kontakts führten die Probanden an, dass sie innerhalb der tagesklinischen Behandlung mit anderen Personen in Kontakt treten konnten. Durch das Beisammensein konnten sie sich öffnen. Beim offenen und ehrlichen Umgang während der Therapien und in den Pausen konnten sich die Patienten dabei sowohl über Allgemeines wie auch die Erkrankung austauschen. Die Erkenntnis, in dieser Situation nicht allein zu sein bzw. zu erkennen, dass es anderen Menschen ähnlich erging, sei für sie hilfreich gewesen. Geschätzt wurden die Menschen in der Tagesklinik und das Miteinander. Das Wort *Gruppenzusammenhalt* wurde in diesem Zusammenhang erwähnt. Auch der Austausch mit dem Therapeutenteam bewerteten die Behandelten als unterstützend, da sie durch unterschiedliche Tipps und Tricks von Therapierenden bestmöglich unterstützt werden konnten. Die gegenseitige Hilfe sowie die Unterstützung von Seiten der Therapierenden wurde ebenfalls als hilfreich bewertet.

Gruppentherapien. Therapien wie die Gruppentherapie Schema (63.6 %), die psychoedukative Gruppe Angst (63.6 %), die psychoedukative Gruppe Depression (54.5 %), Patientenmanuale (36.4 %), Emotionsregulation (36.4 %) und soziale Kompetenzen (36.4 %) und weitere in Tabelle 8 aufgeführte Gruppentherapien wurden als wirksam benannt. Hinter dem Aspekt der Gruppentherapien konnte dabei der Faktor *Verstehen/Erkennen/Lernen* identifiziert werden. Die Gruppentherapien mit ihren Inhalten konnten den Patienten demnach dazu verhelfen zu verstehen, zu erkennen und zu lernen, mit der Erkrankung und deren Besonderheiten umzugehen.

Verstehen/Erkennen/Lernen. Alle bis auf einen in der Studie befragten Probanden nannten den Faktor *Verstehen/Erkennen/Lernen*. Diesen beschrieben sie als das Verstehen des eigenen Krankheitsbildes, das Erlernen eines Umgangs mit der Erkrankung, das Erlernen von Strategien und das Kennenlernen dieser. Zum *Erkennen* wurde von den Patienten angeführt, dass sie das Zusammenspiel von Gedanken, Körper und Verhalten durch die tagesklinische Behandlung erkennen und erlernen konnten. Das *Erlernen eines Umgangs* mit der Erkrankung bzw. den Problemen bezieht sich darauf, sich mit der Erkrankung und deren Dynamik zu befassen und zu verstehen, warum die Erkrankung entstanden ist und wie damit umgegangen werden kann. So erzählte ein Proband, durch das Verständnis des *«Teufelskreises»* der Angst verstanden zu haben, wie die Dynamik der Ängste funktioniert und was er verändern kann, damit diese nicht aufrechterhalten bleiben. Zudem wurden in den Interviews Äusserungen getätigt, mit denen auf die theoretischen Inhalte der Gruppentherapien verwiesen wurde, durch welche die Patienten Verständnis für die Erkrankung aufbauen und einen Umgang damit erlernen konnten. Beim *Erlernen von*

Strategien wurde das Festlegen der Tages- und Wochenziele angesprochen, durch welche die Patienten ihre Aufenthaltsziele jeweils schrittweise nach der SMART-Methode (eine 5-stufige Strategie, um realistische Ziele zu formulieren und zu erreichen) verfolgt und ausgewertet haben. So arbeiteten sie wöchentlich an der Bewältigung ihrer Probleme und gaben an, sich vorstellen zu können, diese Strategie im Alltag weiterhin anzuwenden. Zudem haben die Teilnehmer erwähnt, dass sie sich durch die Vertiefungsaufgaben im Rahmen der Gruppentherapien detaillierter mit dem Gelernten auseinandersetzen konnten. Das *Erlernen von Strategien* im Zusammenhang mit dem Aufbau und Aufrechterhalten der Struktur, bspw. der Schlafhygiene, wurde dabei ebenfalls erwähnt. Drei Probanden führten an, dass die Tagesklinik ihnen die Möglichkeit geboten habe, Strategien auszuprobieren und dadurch zu erkennen, welche wie wirken und welche sie im Alltag anwenden können. Ein weiterer Punkt, der genannt wurde, war das *Erkennen, Verstehen bzw. Benennen* der eigenen Frühwarnzeichen. Diesbezüglich wurden Strategien wie der Notfallkoffer erwähnt, den die Befragten während der Behandlung erstellt und im Alltag anzuwenden gelernt hatten. Demnach konnte aus der Behandlung Werkzeug und Rüstzeug für den Alltag mitgenommen werden. Bezüglich des *Kennenlernens* erzählten die Befragten, die eigenen Gefühle im Rahmen der Behandlung kennengelernt zu haben. Diesbezüglich führte ein Proband an vieles sei einem erst durch die tagesklinische Therapie klar geworden. Grundsätzlich sagten die Teilnehmer, dass sie sich durch die Behandlung kennengelernt und sich dadurch besser verstehen könnten. Zudem könnten sie nachvollziehen, warum sie und ihr Körper in gewissen Situationen auf bestimmte Art reagieren. Sie hätten dadurch gelernt, sich besser zu verstehen und zu regulieren. Zudem hätten sie sich in dem Sinne kennengelernt, dass sie erkannt haben, wie bedeutend es ihnen ist, den Alltag so zu planen, dass sie Zeit für sich haben und dabei eine Balance zwischen Arbeit und Freizeit finden.

Therapeutische Beziehung. Der Umgang der Therapeuten mit den Patienten wurde positiv bewertet. Diese seien verständnisvoll und hätten gut auf die Patienten und deren Bedürfnisse eingehen können. In den gemeinsamen Gesprächen sei den Probanden gut zugesprochen und diese seien motiviert worden. Dies habe ihnen geholfen.

Klima/Atmosphäre. Die Probanden erwähnten weiter, sich in der Tagesklinik gut aufgehoben gefühlt zu haben. Die gesamte Atmosphäre habe dazu beigetragen, sich wohlfühlen – es sei wie in einer Familie. Zudem sei schön zu erkennen, dass jeder zwar seine Probleme habe, aber trotzdem Verständnis für die anderen aufbauen könne. So akzeptiert zu werden, wie man ist und dabei verstanden zu werden, habe gutgetan. Der geschützte Rahmen sei diesbezüglich wertvoll.

Einzelpsychotherapie. An der Einzelpsychotherapie empfanden es die Patienten nützlich, dass diese spezifisch auf sie ausgerichtet worden sei und dabei auf eigene Themen vertiefter eingegangen werden konnte.

Sich einlassen/Stärkung Eigenwille. Diesen Faktor beschrieben die Interviewteilnehmer damit, offen zu sein und sich auf die Therapie einzulassen, aktiv an den Gruppentherapien teilzunehmen und die Inhalte aufzunehmen und zu reflektieren. Es wurde von den Patienten angeführt, dass sie erst durch die Tagesklinik erkannt haben, was verändert werden kann. Dadurch sei der Eigenwille gestärkt worden, etwas zu verändern.

Therapeutenteam. Die Stimmigkeit innerhalb des Therapeutenteams – dass dessen Mitglieder gut miteinander zurechtkommen und es keine Spannungen gab – wurde ebenfalls erwähnt. Das junge Alter der Mitarbeiter und die Arbeit mit Herz und Liebe wurden dabei als positiv bewertet. Grundsätzlich sei die Atmosphäre innerhalb des Personals stimmig.

Lockerheit. Zwischen oder auch während der Therapien sei es den Patienten möglich gewesen, gemeinsam zu lachen, Witze zu machen und Spass zu haben. Die lockeren Programmpunkte hätten sie dabei unterstützt, ein gutes Gefühl zu haben und eine gewisse Lockerheit zu verspüren.

Sich Problemen stellen. Profitieren konnten die Patienten laut ihren Aussagen in den Interviews davon, dass sie sich ihren Problemen bzw. Ängsten stellten und sich traute, diese zu bewältigen. Jedoch sei dieser Prozess nicht immer einfach gewesen und habe auch Negatives mit sich gebracht. Trotzdem wurde dieser Faktor als hilfreich und das Selbstvertrauen stärkend benannt.

Integration in Alltag/Übergang. Was in der Tagesklinik gelernt wird, kann in den Alltag übertragen werden. Demnach haben zwei Probanden erwähnt, durch die Tagesklinik auch am Wochenende vermehrt soziale Kontakte gepflegt und mit anderen Personen etwas unternommen zu haben. Auch im Zentrum des Geschehens zu sein, inmitten der Stadt Therapie zu machen, wurde als wirksam bewertet. Dadurch entfalle die Tabuisierung. Auf diese Art inmitten des Lebens zu stehen, helfe offen damit umzugehen, in der Tagesklinik in Behandlung zu sein. Zudem wurde der Vorteil des Zuhause nächtigens erwähnt. Dies helfe, einen gewissen Abstand zur Klinik zu erhalten, sich zu erholen und sich auf den nächsten Tag vorzubereiten. Eine Übergangslösung stelle die Tagesklinik dann dar, wenn zuvor eine vollstationäre Behandlung stattgefunden hat und danach nach Stabilität und Tagesstruktur gesucht wird. Die Tagesklinik fungiere hier als ein gutes Bindeglied, um wieder in den Beruf oder in eine Beschäftigung überzutreten.

Mittagessen. Das gemeinsame Mittagessen und die dabei stattfindenden Gespräche wurden von drei Probanden als positiv bewertet.

Indikation. Die Prüfung der Indikation für die Teilnahme an Gruppentherapien und damit einhergehend die Möglichkeit einer parallellaufenden Gruppentherapie, in welche bei Indikation gewechselt werden kann, wurden ebenfalls als positiv bewertet.

Erfolgreiche Beendigung des Programms. Durch die erfolgreiche Beendigung der tagesklinischen Behandlung sei die Motivation für den Alltag gestiegen – diese habe damit ein gutes Gefühl verschafft.

Medikamentöse Behandlung. Beim Faktor der medikamentösen Behandlung wurde von einem Patienten die Dokumentation der Medikamentenwirkung als hilfreich benannt. Diese helfe zu erkennen, inwiefern sich der gesundheitliche Zustand verändere.

Tabelle 9

Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung

| | Häufigkeit in Dokumentanzahl | Häufigkeit in Segmentanzahl |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Gesamtkonzept | 11 (100%) | 27 (7.4%) |
| Interpersoneller Kontakt | 11 (100%) | 48 (13.15%) |
| Verstehen/Erkennen/Lernen | 10 (90.91%) | 64 (17.53%) |
| Gruppentherapien | 10 (90.91%) | 27 (7.4%) |
| Psychoedukative Gruppentherapie Depression | 7 (63.64%) | 8 (2.19%) |
| Gruppentherapie Schema | 7 (63.64%) | 19 (5.21%) |
| Psychoedukative Gruppentherapie Angst | 6 (54.55%) | 12 (3.29%) |
| Patientenmanuale | 4 (36.36%) | 5 (1.37%) |
| Soziale Kompetenzen | 4 (36.36%) | 5 (1.37%) |
| Emotionsregulation | 4 (36.36%) | 9 (2.47%) |
| Bildnerisches Gestalten | 3 (27.27%) | 3 (0.82%) |
| ZERA | 2 (18.18%) | 4 (1.10%) |
| Kleingruppenarbeiten | 2 (18.18%) | 3 (0.82%) |
| Arbeitsvorbereitung | 2 (18.18%) | 4 (1.10%) |
| Kochen | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |
| Konzentrationsgruppe | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |
| Patientenrunde | 1 (9.09%) | 2 (0.55%) |
| Kleingruppe | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |
| Einzelhandwerk | 1 (9.09%) | 2 (0.55%) |
| Vertiefungsaufgaben | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |
| Achtsamkeit | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |
| Morgenrunde | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |
| Therapeutische Beziehung | 9 (81.82%) | 14 (3.84%) |

| | | |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Klima/Atmosphäre | 8 (72.73%) | 17 (4.66%) |
| Struktur | 7 (63.64%) | 34 (9.32%) |
| Einzelpsychotherapie | 7 (63.64%) | 16 (4.38%) |
| Sich einlassen/Stärkung Eigenwille | 6 (54.55%) | 10 (2.74%) |
| Therapeutenteam | 6 (54.55%) | 5 (1.37%) |
| Lockerheit | 3 (27.27%) | 4 (1.10%) |
| Sich Problemen stellen | 3 (27.27%) | 5 (1.37%) |
| Integration in Alltag/Übergang | 3 (27.27%) | 5 (1.37%) |
| Mittagessen | 3 (27.27%) | 4 (1.10%) |
| Medikamentöse Behandlung | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |
| Erfolgreiche Beendigung des Programms | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |
| Indikation | 1 (9.09%) | 1 (0.27%) |

Abbildung 2 und Tabelle 8 zeigen 17 Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung, die durch die Untersuchung ermittelt werden konnten. Dabei spielten abstrakte Elemente wie der interpersonelle Kontakt genauso eine wichtige Rolle wie konkrete Elemente wie die Gruppentherapien. Jedoch konnte erkannt werden, dass hinter den Gruppentherapien der Faktor *Verstehen/Erkennen/Lernen* steht. Auch hinsichtlich des Mittagessens, wurde erkannt, dass dahinter der Austausch untereinander spricht *interpersonelle Kontakt* als wirksam benannt wurde. Die drei Faktoren *medikamentöse Behandlung*, *erfolgreiche Beendigung des Programms* und *Indikation* wurden ausschliesslich von jeweils einer Person (9.09 %) anhand jeweils eines Segments (0.27 %) genannt.

Unterhalb von Abbildung 3 wird auf Elemente eingegangen, die im Interview hinsichtlich der Behandlung als unangenehm bewertet wurden. Diese Elemente werden in die Auswertung aufgenommen, weil diverse Faktoren zugleich als wirksam wie auch unangenehm bewertet wurden. Alle elf Probanden benannten Unangenehmes innerhalb der Behandlung erfahren zu haben.

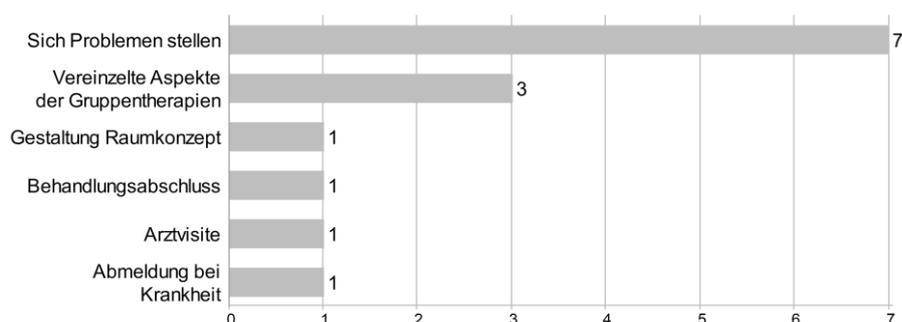


Abbildung 3: Unangenehmes innerhalb der tagesklinischen Behandlung

Sich Problemen stellen. Sieben Probanden legten im Interview dar, dass es für sie unangenehm war, sich bei Behandlungsbeginn der Patientengruppe zu stellen, an den Gruppentherapien und am Mittagessen teilzunehmen, vor unbekanntem Menschen zu sprechen, einen Beitrag zu dieser Gruppe zu leisten und dabei Inhalte zu erklären oder zu übermitteln.

Vereinzelte Aspekte der Gruppentherapien. Einige Probanden gaben an gewisse Gruppentherapien oder einzelne Aspekte derer nicht gemocht zu haben. Beispielsweise wurde das Kochen als unangenehm bewertet, weil ein Patient grundsätzlich nicht gerne kocht. Ebenso wurde das Walking bei Schlechtwetter durch eine Person als unangenehm beurteilt. Auch bereitete die Entspannungstherapie zwei Patienten Mühe. Sie äusserten individuelle Schwierigkeiten betreffend Entspannen. Jedoch wurde explizit erwähnt, dass trotz dieser Schwierigkeiten sich in einen Entspannungszustand zu begeben, positive Erfahrungen daraus resultieren konnten. Ein Patient äusserte Vor- und Nachteile angesichts der zu den Gruppentherapien gehörenden Vertiefungsübungen. Er nannte, die in den Gruppentherapien vermittelten Themen mittels Übungen zuhause zu vertiefen, sei als Familienvater nur eingeschränkt möglich. Trotzdem schätzte er die Möglichkeit die Themen durch die Vertiefungsübungen festigen zu können.

Gestaltung Raumkonzept. Ein Patient erwähnte, dass die Gestaltung des Raumkonzepts überdacht werden sollte. Der Lärm, der durch die Anwesenheit vieler Leute in den Räumlichkeiten entsteht und der Mangel an Ausweichmöglichkeiten in den Räumlichkeiten der Tagesklinik PZO wurde in diesem Zusammenhang angeführt.

Behandlungsabschluss. Eine Patientin erwähnt, dass die letzte Therapiewoche für sie unangenehm aufgrund des Klärens von Abschlussformalien und des Abschieds von den Mitpatienten ist.

Arztvisite. Die Arztvisite und deren Gegebenheiten, nicht die Kompetenz des Arztes, sondern vielmehr der Rahmen der Arztvisite, bei der das Therapeutenteam in einem Raum sitzt und der Patient mit seiner Problematik im Mittelpunkt steht, wurde von einer Patientin als unangenehm bewertet.

Abmeldung bei Krankheit. Das Abmeldeprozedere bei Krankheit hat ein Patient als unangenehm beurteilt. Der Patient bezieht sich auf die Überwindung, die es ihm bei Krankheit gekostet hatte in die Tagesklinik anzurufen. Nach erfolgreicher Abmeldung konnte er ein Gefühl der Erleichterung wahrnehmen.

Bei den Fragen, was war unnützlich/unwirksam/hat nicht geholfen haben alle elf Probanden geantwortet. Sechs davon beurteilten *nichts* als unnützlich oder unwirksam. Die weiteren fünf haben mehrere Aspekte genannt, die sie als unnützlich, unwirksam oder nicht hilfreich empfanden.

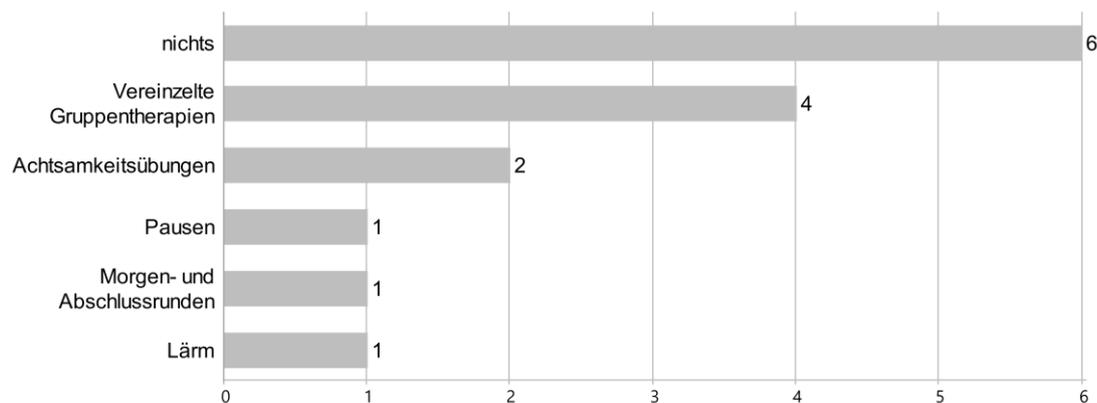


Abbildung 4: Unwirksames/Unnützlich/nicht hilfreiches innerhalb der Behandlung

Nichts. Sechs Probanden nannten, nichts im Rahmen der Therapie als unnützlich zu bewerten. Sie gaben an, dass grundsätzlich alles hilfreich war und alles dazu beigetragen hat, dass es ihnen seit Behandlungsbeginn besser geht. Die sechs Probanden konnten aus dem gesamten Konzept einen Nutzen ziehen.

Vereinzelte Gruppentherapien. Zu den vereinzelt unnützlichen Gruppentherapien zählten die Probanden die Emotionsregulation, die Gesundheitsförderung, die Konzentrationsgruppe, die Entspannungstherapie, die Gruppentherapie Schema und die Gruppentherapie Mediathek als nicht hilfreich. Zum einen bestanden bei einem Patienten Schwierigkeiten bei der Erkennung und Benennung von Emotionen. Ebenso hinterfragte ein Patient den Sinn hinter der Gruppentherapie Schema. Die Konzentrationsgruppe und Gesundheitsförderung wurden als lustig und die Gruppentherapie Mediathek als zu alltagsnah erlebt und daher als nicht hilfreich beurteilt.

Achtsamkeitsübungen. Die Achtsamkeitsübung *Gehmeditation*, bei welcher achtsam beobachtet wird, wie ein Schritt entsteht, vergeht und wie aus ihm ein weiterer Schritt entsteht, bewerteten zwei Probanden als unnützlich.

Pausen. Die Dauer der Pausen zwischen den Gruppentherapien, dem Mittagessen und kurz vor Schluss waren aus Sicht eines Patienten zu lange. Er äusserte den Wunsch, die Pausen zu verkürzen mit der Möglichkeit einer verkürzten Anwesenheitsdauer pro Therapietag (siehe Wunsch nach Veränderung).

Morgen- und Abschlussrunden. Bei den Morgen- und Abschlussrunden wurde benannt, dass die Morgenrunden strukturell schulischen Gegebenheiten ähneln. Durch die Pause vor der Abschlussrunde konnte die Motivation zur Teilnahme an derer meist nicht aufrechterhalten werden.

Lärm. Ein Proband berichtete, dass bestehender Lärm im Ruheraum es verunmöglichte sich in eine tiefe Ruhe zu begeben. Den Lärm benennt er als unnützlich (siehe Wunsch nach Veränderung Raumkonzept).

Angesichts der Fragestellung *1. Wie/Wodurch wirkte die tagesklinische Behandlung bei den Patienten?* konnten wie bereits genannt 17 Wirkfaktoren identifiziert werden. Die Wirkfaktoren an und für sich zeigen auf, dass die Behandlung wirkt. Unangenehmes und unwirksames wurde im Ergebnisteil aufgeführt, um möglichst umfassend abzubilden, was neben den explizit wirksamen/hilfreichen Elementen der Behandlung genannt wurde.

5.4.2 Wahrgenommene Veränderung

Auf die Frage «Was hat sich bei Ihnen verändert durch die tagesklinische Behandlung?» haben alle elf Probanden geantwortet.

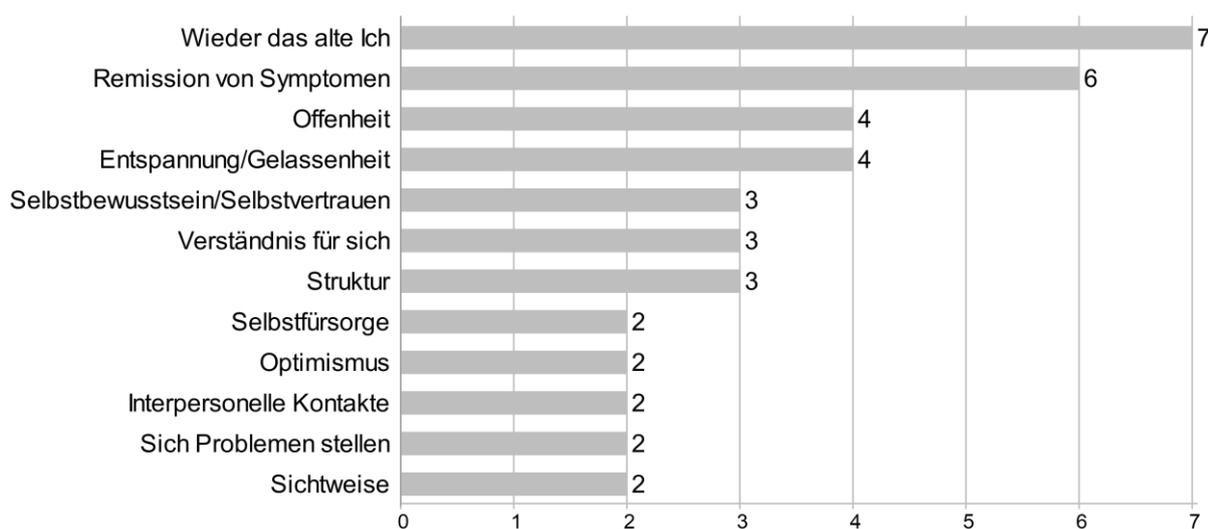


Abbildung 5: Wahrgenommene Veränderungen durch die Behandlung

Wieder das alte Ich. Durch die Behandlung konnten sieben Probanden wieder so sein, wie sie es früher sprich einige Jahre vor der Therapie waren. Sie erklären, durch die Behandlung wieder zurück zu ihren alten Wurzeln, zu ihrem vertrauten Ich gefunden zu haben.

Remission von Symptomen/Stabilität. Die Remission von Symptomen/Stabilität bezieht sich auf den Rückgang von Symptomen wie Ängsten, die durch die Behandlung nicht mehr allgegenwärtig in ihrem Leben fortbestehen. Auch nannten sie, dass die Depression mit Symptomen wie Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug oder Suizidgedanken bewältigt werden konnte, die Stimmung sich verbessert hat, die Lebensfreude wieder aufgekommen ist und selbstverletzendes Verhalten nicht mehr fortbesteht. Sie erzählten durch die Behandlung eine grundlegende Verbesserung des Zustands wahrgenommen zu haben.

Offenheit. Vier Patienten berichteten durch den offenen Umgang in der Tagesklinik nun im Alltag offener zu sein, auf Menschen zuzugehen, ihre Meinung zu äussern und mit Mitmenschen über Probleme zu sprechen.

Entspannung/Gelassenheit. Drei Probanden nannten im Gegensatz zu Behandlungsbeginn entspannter, ruhiger, ausgeglichener und gelassener zu sein. Ausserdem gaben sie an weniger Druck zu verspüren und weniger nervös zu sein als bei Aufnahme der Behandlung. Durch das Ausstrahlen der Ruhe konnte ein Patient positive Rückmeldungen seiner Familien erfahren.

Selbstbewusstsein/Selbstvertrauen. Drei Probanden nannten die wahrgenommene Veränderung des Selbstbewusstseins/Selbstvertrauens. Sie beschrieben durch die Behandlung stärker geworden zu sein. Ihr Selbstbewusstsein konnte durch die Hochs und Tiefs, die sie während der Behandlung durchliefen, wachsen.

Verständnis für sich. Das Verständnis, warum sie so funktionieren, wie sie funktionieren, konnten drei Patienten durch die Behandlung erlangen. Das Verständnis für sich bezieht sich auf das Verständnis für die eigene Erkrankung, die Erkenntnis eigener Frühwarnzeichen und die Erkenntnis von Strategien im Umgang damit. Auch konnte eine zu behandelnde Person nennen, dass die Tagesklinik ihr betreffend Erkrankung Klarheit schaffte und sie nun wisse, dass die Erkrankung auch als Chance genutzt werden könne.

Struktur. Durch die tagesklinische Behandlung konnte Struktur erlangt und aufrechterhalten werden, eine Regelmässigkeit sei in ihrem Alltag eingetreten und könne aufrechterhalten werden.

Optimismus. Zwei Patienten nannten durch die tagesklinische Behandlung nun positiver zu denken, grundlegend optimistischer zu sein.

Selbstfürsorge. Die Probanden erwähnten, dass sie einen achtsamen Umgang mit sich, innerhalb der Behandlung erlernen konnten. Die Wichtigkeit der Work-Life-Balance und der Selbstachtung konnten sie durch die Behandlung erkennen.

Sichtweise. Zur Veränderung ihrer Sichtweise berichteten zwei Probanden durch die Erkenntnisse innerhalb der Therapie gewisse Dinge nun etwas anders anzuschauen. Damit meinen sie ihre Herangehensweise im alltäglichen Leben verändert zu haben und eigene Grenzen zu wahren. Auch sind sie sich bewusst, dass sie an spezifischen Themen arbeiten können und dadurch Veränderung eintritt.

Interpersonelle Kontakte. Mit interpersonellen Kontakten beschrieben zwei Patienten, dass soziale Austausch mit anderen Menschen, nicht nur innerhalb der Therapie, sondern auch im privaten Bereich. Von den Patienten wurde zum interpersonellen Kontakt angefügt, dass das Vertrauensverhältnis zu Freunden wieder aufgebaut werden konnte.

Sich Problemen stellen. Zwei Patienten erzählten durch die Therapie sich ihren Problemen bzw. ihren Ängsten stellen zu können und diese nicht mehr über sich ergehen lassen zu müssen.

5.4.3 Veränderungswünsche

Alle elf Probanden antworteten auf die Frage nach Veränderungswünschen (siehe Abbildung 6). Hinsichtlich dieser fielen die Meinungen der Patienten unterschiedlich aus. Vier Probanden würden an der tagesklinischen Behandlung nichts verändern. Von den anderen sieben Probanden nannten einige sogar mehrere Aspekte, die sie verändern würden. Unter Abbildung 6 werden die verschiedenen Veränderungswünsche konkret erläutert.

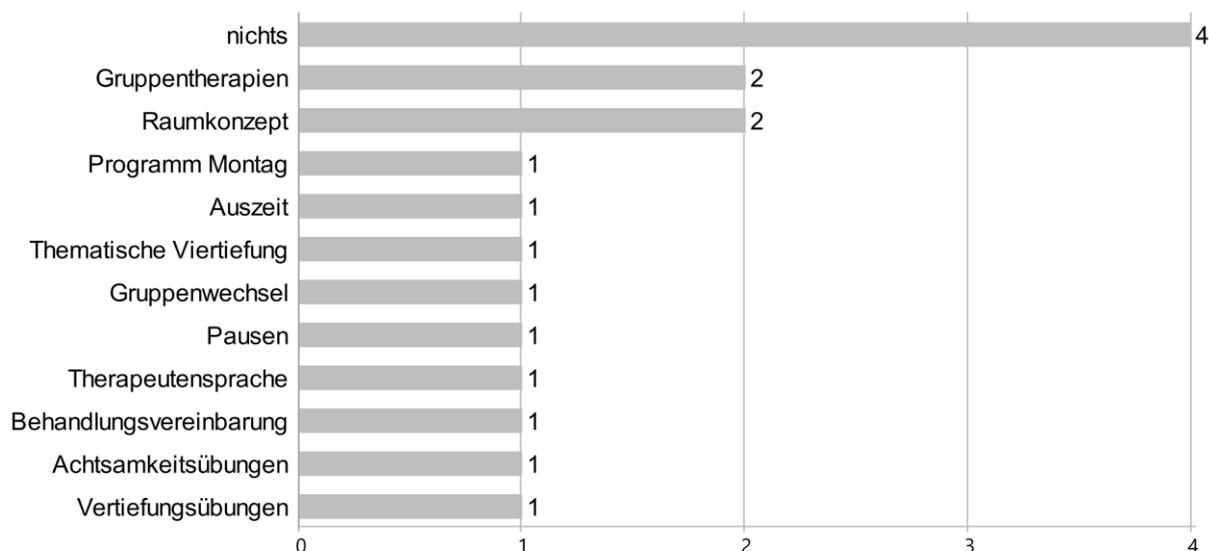


Abbildung 6: Veränderungswünsche hinsichtlich der Behandlung

Nichts. Die vier Probanden erklärten, das gesamte Konzept, so wie es ist, als sehr wirksam zu empfinden und daher an der Behandlung keine Veränderungen vorgenommen werden sollen.

Gruppentherapien. Als Wunsch im Hinblick auf die Gruppentherapien äussern sei eine offenere Gestaltung und die Möglichkeit zur Mitarbeit eines jeden. Dabei wird die Förderung von Kleingruppenarbeiten erwähnt. Angesichts der Gruppentherapie Schema wird das konkrete Eingehen auf das Individuum und dessen Fall/Situation als Veränderungswunsch geäußert.

Raumkonzept. Beim Raumkonzept wünschen sich die Probanden eine Lokalität, in der der Ruheraum isoliert wäre. Dies beziehen sie darauf, dass im Ruheraum Ruhe herrschen könnte und die Möglichkeit besteht sich in aller Ruhe zu entspannen. Ein weiterer Aspekt, der beim Raumkonzept angesprochen wurde, war die Abstimmung der Räumlichkeiten auf den Platzbedarf. Dabei wurde der zweite Gruppenraum, der mittels eines Wegs nach draussen erreicht werden muss und die kleinen Räumlichkeiten erwähnt, welche nach Wunsch der erkrankten Personen angepasst werden sollten.

Programm Montag. Das Programm am Montag sei sehr theorie-lastig. Der Grad an Anstrengung zu Beginn der Woche könnte nach Meinung einer Patientin angepasst werden.

Auszeit. Die Möglichkeit für eine Auszeit im Rahmen der tagesklinischen Behandlung sei eingeschränkt. Ein Rückzugsort mit einem Boxsack oder generell ein Ort, neben dem Ruheraum, wo man sich zurückziehen könne, sei wünschenswert.

Thematische Vertiefung. Der Wunsch nach einer thematischen Vertiefung anhand weiterer Kurse oder online-Modulen wurde geäußert. Dies weil die Themen, die innerhalb der Therapien vermittelt werden, dadurch mehr greifen könnten.

Gruppenwechsel. Der Wunsch eines Gruppenwechsels wurde genannt.

Pausen. Der Wunsch nach Reduktion der letzten Pausenzeit von 30 auf 15min wurde genannt, was zu einer Reduktion der gesamten Anwesenheitszeit pro Tag führen sollte und damit einhergehend am Abend das Therapieprogramm um 15min verkürzen würde, so dass die Patienten früher nachhause gehen könnten.

Therapeutesprache. Es wurde gewünscht der Gesprächston der Therapeuten anzupassen, dass sich die Patienten nicht von oben herab behandelt fühlen. Klar genannt wird hierbei jedoch, dass nicht von allen Therapeuten der Gesprächston auffalle, sondern nur bei einzelnen Fällen dieser Wunsch aufkäme.

Behandlungsvereinbarung. In der Behandlungsvereinbarung gäbe es Regeln, die sich etwas widersprüchen oder nicht der aktuellen Zeit der Genderneutralität entsprächen. Daher der Wunsch nach Anpassung der Regeln, Anpassung genderneutraler Formulierungen.

Achtsamkeitsübungen. Die Achtsamkeitsübungen sollen nach Wunsch eines Probanden am Morgen weggelassen werden. Diese seien nicht hilfreich.

Vertiefungsübungen. Der Wunsch des Weglassens der Vertiefungsübungen erklärt ein Proband mit Zeit- und Motivationskonflikten. Einerseits werden die Zwischenpausen, die für das Bearbeiten der Vertiefungsaufgaben genutzt werden könnten, benötigt, um sich von den Therapien zu erholen. Andererseits fehle am Abend die Motivation die Vertiefungsübungen anzugehen, weil dann die Zeit für die Familie und zur Ruhe genutzt werden wolle.

6 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Tagesklinik PZO mittels Patientenbewertung evaluiert. Eine Vielzahl an Untersuchungen beinhaltet Evaluationen tagesklinischer Therapieangebote (Agarwalla & Küchenhoff, 2003; Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008; Reisch et al., 2002; Horvitz-Lennon et al., 2001; Marshall et al., 2001, 2003, 2011). Forschende werteten die tagesklinische Behandlung ebenso mittels Angaben seitens Betroffener aus (Zeeck et al., 2002; Krüger & Schmidt-Michel, 2005; Garlipp, 2008; Hahnefeld & Kallert, 2005; Knab, 2008; Weiss, 2015). Aus empirischer Sicht kann das tagesklinische Angebot als eine erfolgreich angewendete, komplexe Behandlung psychisch erkrankter Menschen angesehen werden (Eikermann & Reeker, 2004, S. 10). In den letzten Jahren haben Tageskliniken einen starken Umschwung erlebt und sich konzeptuell weiterentwickelt. Die meist ausschliesslich sozialpsychiatrisch ausgerichteten Institutionen etablierten ein multimodales Behandlungssetting (Schultz-Venrath, 2015). Auch das Konzept der Tagesklinik PZO setzte sich vor drei Jahren noch grösstenteils aus strukturierenden Angeboten zusammen. Seit März 2020 wird ein multimodales Behandlungsprogramm umgesetzt, und es besteht ein vielfältiges psychotherapeutisches Komplexbehandlungsangebot (Aligwekwe, 2020). Daher wurde in der vorliegenden Arbeit mittels Patientenbewertung evaluiert, wie und durch was die tagesklinische Behandlung bei ihnen wirkte, was wirksam war, welche Wirkfaktoren in diesem Rahmen identifiziert werden konnten, was sich durch die tagesklinische Behandlung veränderte und was die Behandelten an ihr verändern würden. In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen diskutiert. Anschliessend gilt es Handlungsempfehlungen für die

Tagesklinik abzuleiten, Einschränkungen der Untersuchung aufzuzeigen und einen Blick auf mögliche zukünftige Forschungsschwerpunkte zu richten.

6.1 Wirksamkeit der Tagesklinik

Die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung wurde in der Praxis und Empirie im Vergleich zur Stationären und/oder ambulanten Therapie bestätigt (Agarwalla & Küchenhoff, 2003; Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008; Reisch et al., 2002; Horvitz-Lennon et al., 2001; Marshall et al., 2001, 2003, 2011). Ihre Wirkfaktoren fanden jedoch erst in wenigen Studien Berücksichtigung (Garlipp, 2008; Hoge et al., 1988; Knab, 2008; Weiss, 2015). Sind diese den Therapierenden bekannt, können sie ihr Handeln anpassen und den Therapieprozess beeinflussen (Eckert, 2000). Die Auswertung der ersten Evaluation der Tagesklinik PZO zeigte, dass die befragten Behandelten die Behandlung insgesamt als wirksam bewerteten. Es lässt sich jedoch kein einzelnes spezifisches Element ausmachen, das die Wirksamkeit stützt. Vielmehr verweisen alle Elemente mit ihren Mittelwerten darauf, dass die Behandlung wirksam ist. Zugleich brachte das Analysieren einiger Items weite Spannweiten (Rangen), das heisst Streuungen um den Mittelwert, hervor, was verdeutlicht, dass sich die Behandelten hinsichtlich der Bewertung nicht immer einig waren, analog zu den Ergebnissen der in Abschnitt 2.2.3 erläuterten Studie von Zeeck et al. (2002). Ein Vergleich der quantitativen und der qualitativen Untersuchung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bzw. Wirkfaktoren führt zu der Erkenntnis, dass einige Items, die in der schriftlichen Befragung als sehr wirksam bewertet wurden, in der mündlichen Befragung keine Erwähnung fanden (bspw. die offene Gruppe). Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Studienteilnehmenden im Interview bedingt durch die offenen Fragen frei zu entscheiden vermochten, auf welche Elemente der Behandlung sie Bezug nehmen (nach Hussy et al., 2010). Auf Basis der qualitativen Untersuchung konnten 17 Wirkfaktoren der Tagesklinik PZO identifiziert werden. Im Gegensatz zu den von Hoge et al. (1988) ermittelten und in Unterkapitel 2.2.2 erläuterten, zählen zu den Wirkfaktoren der Tagesklinik PZO abstrakte Elemente wie das Gesamtkonzept, interpersoneller Kontakt, Verstehen/Erkennen/Lernen sowie konkrete Elemente, etwa Gruppen- und Einzelpsychotherapien. Im Folgenden werden die Ergebnisse im Hinblick auf die von Yalom, Grawe und Hoge et al. (1988) aufgeführten Wirkfaktoren, die in den Unterkapiteln 2.2.1 und 2.2.2 erörtert wurden, diskutiert. Der in der vorliegenden Arbeit ermittelte Faktor *interpersoneller Kontakt* fasst die von Yalom festgelegten gruppentherapeutischen Wirkfaktoren *Universalität des Leidens*, *Altruismus*, *interpersonales Lernen* und *Gruppenkohäsion* zusammen. Yalom (2015) erwähnt, die separate Darstellung

der Faktoren bedeutet nicht, dass diese unabhängig voneinander sind. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit waren die Aspekte, die zu dem Faktor *interpersoneller Kontakt* zusammengefasst wurden, grösstenteils in hohem Masse voneinander abhängig, was eine Darstellung separater Faktoren erschwerte. Der Faktor *Verstehen/Erkennen/Lernen* konnte inhaltlich dem Yalom'schen Faktor *Mitteilen von Informationen* zugeordnet werden, weil er ebenfalls didaktische Informationen sowie Empfehlungen und direkte Anleitungen durch Therapierende und Behandelte beinhaltet. Für die weiteren identifizierten Faktoren kann aus Sicht der Autorin kein inhaltsanalytischer Zusammenhang mit den Faktoren nach Yalom hergestellt werden. Hinsichtlich der Möglichkeit einer Zuteilung einzelner Wirkfaktoren der Tagesklinik PZO zu den gruppentherapeutischen Wirkfaktoren nach Yalom ist somit festzuhalten, dass gruppentherapeutische Wirkfaktoren in der Tagesklinik PZO Berücksichtigung finden sollten.

Mit Blick auf die Wirkfaktoren nach Grawe (2000) konnte für die Tagesklinik PZO die *therapeutische Beziehung* als Wirkfaktor identifiziert werden. Im den Patienteninterviews wurde klar zum Ausdruck gebracht, dass die Therapierenden verständnisvoll sind und auf die Behandelten sowie deren Bedürfnisse eingehen. Der Faktor *sich Problemen stellen* lässt sich mit den Faktoren *Problemaktualisierung* und *-bewältigung* nach Grawe in Verbindung bringen. Das Prinzip der realen Erfahrung konnte mittels Konfrontation innerhalb der tagesklinischen Behandlung trainiert werden, was dazu beitrug, Ängste zu bewältigen. *Sich einzulassen* brachte mit sich, dass der Eigenwille der Behandelten aktiviert und gestärkt wurde, was der *Ressourcenaktivierung*, aber auch der *motivationalen Klärung* nach Grawe zuordenbar ist. Es kann geschlossen werden, dass sich die von Grawe benannten allgemeinen Wirkfaktoren auch im Rahmen der Tagesklinik PZO und in ihrem integrativen Ansatz wiedererkennen lassen.

Im Abgleich der in der vorliegenden Arbeit identifizierten Wirkfaktoren mit jenen nach Hoge et al. (1988) kann geschlossen werden, dass inhaltsanalytisch der Faktor *interpersoneller Kontakt* den Faktoren *interpersoneller Kontakt*, *Altruismus* und *Universalität* ähnlich ist. Die gegenseitige Abhängigkeit der einzelnen Elemente innerhalb des Faktors *interpersoneller Kontakt* liess keine unabhängige Darstellung der einzelnen Elemente zu. *Verstehen/Erkennen/Lernen* kann mit dem Faktor *Lernen* in Verbindung gesetzt werden. Das Erkennen von Symptomen, das Erwerben von spezifischen Informationen zur Erkrankung sowie das Erlernen spezifischer Techniken im Umgang mit der Erkrankung treten in beiden Modellen auf. *Struktur*, *medikamentöse Behandlung* und *erfolgreiche Beendigung des Programms* wurden ebenfalls bereits in der Auswertung von Hoge et al. (1988) identifiziert.

Die genannten Wirkfaktoren der Tageskliniken sind miteinander vergleichbar, obwohl die von Hoge et al. (1988) untersuchte Tagesklinik in ihrem Konzept im Hinblick auf deren Versorgungspopulation different zu dem der Tagesklinik PZO ist. Ebenfalls konnten die Faktoren *Struktur* und *interpersoneller Kontakt* bereits in den Evaluationen von Garlipp (2008) und Weiss (2015) identifiziert werden. Es ergibt sich die Schlussfolgerung, dass sie im Rahmen der tagesklinischen Behandlung bedeutsame Faktoren darstellen, unabhängig vom spezifischen Konzept der zu versorgenden Region und der zu behandelnden Population.

Weiter werden die in der vorliegenden Arbeit identifizierten Faktoren hinsichtlich ihrer Festlegung diskutiert. Die drei Faktoren *Indikation*, *erfolgreiche Beendigung des Programms* und *Medikation* wurden im Zuge der Evaluation ausschliesslich von jeweils einer Person genannt, jedoch trotzdem als Faktoren festgelegt. In vergleichbaren Studien (Knab, 2008) fanden ausschliesslich Faktoren Eingang in die Untersuchung, die zehn oder noch weitere Male erwähnt worden waren. Hier ist kritisch zu reflektieren, ob die Überarbeitung des Kategoriensystems, wie sie nach Schreier (2014) vorgeschlagen wird, zu wenig systematisch durchgeführt wurde. Es muss darauf verwiesen werden, dass die initiiierende Textarbeit anhand von drei Interviews stattfand und eine Aufnahme der Faktoren ab einer Anzahl von drei sinnvoller gewesen wäre, was 27 % der Teilnehmenden entspräche.

Im Hinblick auf die wirksamen Komponenten der Behandlung wurde Unangenehmes wie auch Unwirksames/nicht Hilfreiches berücksichtigt, um gegenteilige Bewertungen einbeziehen bzw. konkrete Einschränkungen der Wirksamkeitsuntersuchung erkennen zu können (orientiert an Knab, 2008). Hier sei darauf verwiesen, dass sieben der befragten Behandelten *sich Problemen stellen* als unangenehm bewerteten. Dementgegen führten drei *sich Problemen stellen* als wirksamen Faktor der Tagesklinik PZO an. Es wurde nicht berücksichtigt, ob es sich um dieselben Behandelten handelt, die den Faktor als unangenehm und wirksam zugleich wahrnahmen. Jedoch ist klar, dass Konfrontationsübungen bzw. Habituation zu einer Abnahme von physiologischen Parametern und Angsteinschätzungen führen (Bentz et al., 2009). So wird zwar *sich Problemen stellen*, das heisst eine *Problemaktualisierung*, als unangenehm bewertet, ist jedoch in Theorie und Praxis wirksam (Bentz et al., 2009). Die *Gruppentherapien* wurden nur *vereinzelt* als unwirksam benannt. In Bezug auf ihre Bewertung mittels Fragebogens ist Schlussfolgerungen hinsichtlich spezifischer gruppentherapeutischer Angebote betreffend Vorsicht geboten.

In früheren Untersuchungen zu Wirkfaktoren der tagesklinischen Behandlung wurde der Faktor *Gesamtkonzept* nicht identifiziert. Jedoch ist in einer Publikation zur Wirksamkeit der

Tagesklinik festgehalten, dass diese oftmals über das Gesamte beschrieben wird (Schultz-Venrath, 2015, S. 97).

6.2 Wahrgenommene Veränderungen

Als wahrgenommene Veränderungen nannten die Behandelten zwölf Aspekte. Die *Struktur* nahmen sie als etwas wahr, das sich in ihrem Alltag änderte. Sie stellt gleichzeitig einen identifizierten Wirkfaktor der Tagesklinik dar. Auch *sich Problemen stellen* erfuhr durch die Behandlung bei zwei Personen eine Veränderung, was ebenfalls als Wirkfaktor der Behandlung angegeben wurde. Die in der Theorie genannte Verknüpfung von Therapie und Alltag und die damit einhergehende Übertragung von Phänomenen der Therapie auf den Alltag (Engfer, 2005) können daher als gegeben angenommen werden.

6.3 Veränderungswünsche

Da die genannten Veränderungswünsche individuell unterschiedlich ausfielen, sollten jedoch hinsichtlich ihrer Bewertung weitere Aspekte berücksichtigt werden, unter anderem die identifizierten Wirkfaktoren. Wenn ein Element von vielen Behandelten als wirksam identifiziert wurde und von einer einzigen behandelten Person als veränderungsbedürftig wahrgenommen wird, sollte nochmals genau evaluiert werden, was die Wirksamkeit ausmacht und was es zu verändern gilt. Es bedarf weiterer Untersuchungen und konkretisierender Befragungen zu Veränderungswünschen. Darauf wird im nächsten Kapitel näher eingegangen.

6.4 Handlungsempfehlungen

Als Basis der Handlungsempfehlungen kann Folgendes konstatiert werden: Das Gesamtkonzept der Tagesklinik wurde von allen elf Befragten als wirksam bewertet. Gleichzeitig wurde von sechs der Behandelten angeführt, dass nichts innerhalb der Behandlung unwirksam war. Vier der Behandelten gaben an, nichts an der Behandlung verändern zu wollen. Sieben Behandelten nannten explizit individuell unterschiedliche Veränderungswünsche. Daher wird empfohlen, die Wirksamkeit zu berücksichtigen und die Veränderungswünsche in einer weiteren Befragung oder in direkten Gesprächen mit den Behandelten zu evaluieren. So könnte in den alle zwei Wochen stattfindenden Standortgesprächen erfragt werden, ob es hinsichtlich der Behandlung Veränderungswünsche gibt und falls ja, welche es sind. Sofern die in der vorliegenden Arbeit identifizierten Veränderungswünsche von aktuellen und zukünftigen Behandelten mehrfach erwähnt werden,

sollten eine Verbesserung der Versorgungsqualität unter Berücksichtigung dieser Angaben und eine erneute pseudonymisierte Befragung angestrebt werden.

Den Wunsch nach einer Veränderung des Raumkonzepts betreffend gilt es festzuhalten, dass der aktuelle Standort und die Räumlichkeiten der Tagesklinik nur provisorischen Art sind. Angesichts des Umbaus des Spitalzentrums Oberwallis befindet sich die Tagesklinik PZO bis voraussichtlich Dezember 2022 in den aktuellen Räumlichkeiten und wird im Januar 2023 zurück ins Spitalareal verlagert.

6.5 Limitationen

Folgende Limitationen sind für die vorliegende Arbeit festzuhalten: Die Darstellung des theoretischen Hintergrunds und die Schlussfolgerungen mit Bezug zum Forschungszusammenhang erfolgten anhand von Studien, die fünf Jahre und älter sind. Einzig die Studie von Heekeren et al. (2020) ist neueren Datums. Aufgrund der ständigen Weiterentwicklung des tagesklinischen Konstrukts stellt die teilweise Nichtberücksichtigung neuester Studien eine Einschränkung dar.

Die angewandte Methodik betreffend ist zu beachten, dass die Stichprobenauswahl der Untersuchung selektiv stattfand und auf einen Zeitraum von rund zweieinhalb Monaten beschränkt war. Die Stichprobengrösse wurde vor der Untersuchung auf eine Zahl zwischen zehn und 14 Personen festgelegt. Das Ergebnis der selektiven Stichprobe ist nur bedingt auf die Population zurückzuführen (Ritschl et al., 2016, S. 64). Für die Wahl der Stichprobengrösse bei qualitativen Methoden empfiehlt sich eine Ausrichtung an bereits zu dieser Thematik durchgeführten Studien oder eine Berücksichtigung der theoretischen Sättigung (Ritschl et al., 2016, S. 64). Die Stichprobengrösse bereits bestehender Studien zu Wirkfaktoren der tagesklinischen Behandlung beläuft sich auf 20 Personen und mehr (siehe Hoge et al., 1988; Knab, 2008; Weiss, 2015). Die theoretische Sättigung konnte aufgrund des für die Untersuchung festgelegten Zeitraums nicht berücksichtigt werden. Des Weiteren wurden ausschliesslich soziodemographische Daten der Behandelten erhoben. Klinische Parameter wie Diagnosen fanden in der Untersuchung aufgrund ethischer Richtlinien keinen Platz. Hinsichtlich der gewählten Stichprobe ist festzuhalten, dass diese nicht repräsentativ für alle Personen ist, die jemals in der Tagesklinik für Erwachsene behandelt wurden oder noch werden. Daher erfolgte keine inferenzstatistische Auswertung der statistischen Analyse der quantitativen Daten. Auch im Hinblick auf weitere Studien im tagesklinischen Setting sind nur limitierte Aussagen möglich. Für den Zeitraum der Befragung ist zu berücksichtigen, dass es sich um einen beliebig handelt und ein anderer möglicherweise abweichende Ergebnisse

hervorgebracht hätte, was im Rahmen der Bewertung durch die zu Behandelnden zu Änderungen hätte führen können. Daher wird von einer Limitation durch die gewählte Stichprobe ausgegangen.

In dieser Arbeit wurden Behandelte mittels eines Leitfadeninterviews befragt. Das Interview kombiniert Systematik und Flexibilität, was hohe Anforderungen an die interviewende Person mit sich brachte (Hussy et al., 2010). Sie musste erkennen, auf welche Fragen des Interviews die Interviewten bereits eingegangen waren, um diese nicht mehr aufzugreifen. Auch besteht beim Leitfadeninterview allzeit die Möglichkeit, Nachfragen zu stellen (wie hier «Können Sie mir das genauer erklären?»). So können individuelle Aussagen, die nicht Teil des Leitfadens sind, vertieft werden. Das systematische und doch flexible Instrument ist daher sehr anspruchsvoll. In der Literatur wird deshalb empfohlen, vor der Anwendung eine Schulung zu durchlaufen. Bei der durchgeführten Untersuchung zur Nützlichkeit und Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung fand keine Schulung der Interviewerin statt, was somit eine weitere Limitation der Studie darstellt.

Zusätzliche Begrenzungen ergaben sich aus der Durchführung der Interviews, da die Forschende Teil des Teams der Therapierenden ist. Angesichts dieser Tatsache bildet die soziale Erwünschtheit einen wesentlichen Punkt. Aus einem möglichen Anerkennungsbedürfnis und der Erwartung der Involvierten äussere Konsequenzen betreffend entsteht im Rahmen der Interviewsituation auf Basis der Theorie rationalen Handelns das soziale Erwünschtheit-Bias (Stocke, 2003).

Da im Zuge des Transkribierens der Interviews der Inhalt des auditiven Materials im Dialekt ins Schriftdeutsche übertragen wurde, besteht eine Limitation in der sinngemässen Wiedergabe.

Bei der Inhaltsanalyse wurden die Entwicklung der thematischen Hauptkategorien und das Codieren des gesamten Materials ausschliesslich von der Untersucherin und Autorin dieser Arbeit vollzogen. Nach drei Interviews wurde das ausdifferenzierte Kategoriensystem erstellt, auf dessen Grundlage im Anschluss das Codieren aller Interviews erfolgte. Im Falle der Definition der Subcodes war teilweise keine klare Trennung zwischen den Wirkfaktoren möglich. So hätten Wirkfaktoren, die dem interpersonellen Kontakt zugeordnet wurden, auch eine eigens formulierte Kategorie darstellen können, bspw. Universalität (siehe Hoge et al., 1988). Auch wurden von einzelnen Personen genannte Elemente als Faktoren identifiziert. Da kein zusätzlicher Rater die Interviews codierte, ist keine Interraterreliabilität gewährleistet, was hinsichtlich einer Codierung von Nöten wäre und bereits in der Studie von Hoge et al. (1988) berücksichtigt wurde.

6.6 Zukünftige Forschungsschwerpunkte

Trotz der genannten Limitationen kann auf Basis der vorliegenden Studie insgesamt von einer Wirksamkeit der Behandlung in der Tagesklinik PZO ausgegangen werden. Allerdings bestehen noch viele offene Fragestellungen, die im Rahmen von Evaluationen der Tagesklinik für Erwachsene PZO in zukünftigen Forschungsarbeiten beantwortet werden könnten. Im Folgenden wird auf mögliche Forschungsschwerpunkte eingegangen.

Inhaltsanalytisch konnten Aussagen über die Zuordnung der in der Tagesklinik PZO identifizierten Faktoren zu bereits bestehenden Theorien von Wirkfaktoren vollzogen werden. Wie in der Untersuchung von Weiss (2015) vorgesehen, liesse sich mittels Faktoranalyse prüfen, inwiefern die vorgelegten Faktoren mit den in der Theorie aufgeführten zusammenhängen.

Bezugnehmend zu dem Vorschlag von Reker und Eikermann (2004) könnten bei einer weiteren Evaluation der tagesklinischen Behandlung folgende Items berücksichtigt werden (Gesundheitsdaten): Psychopathologie, soziales Funktionsniveau, Lebensqualität, Needs, Zufriedenheit mit der Behandlung, Angehörigenbelastung und Behandlungskosten.

Weiter wäre es im Sinne der Verdichtung der Abläufe und deren Effektivierung von Interesse, die Tagesklinik auf unterschiedlichen Ebenen zu untersuchen. Nach dem Generic Model of Psychotherapy wird zwischen den Ebenen Kontext, in dem Psychotherapie stattfindet (input), Interaktion zwischen Therapierenden und Behandelten während der Psychotherapie (process) und Ergebnis/Wirkung dieses Prozesses (output) unterschieden (Orlinsky, 2009). Durch ein Erfassen dieser verschiedenen Ebenen könnte eine umfassende Evaluation der Tagesklinik PZO stattfinden.

7 Literatur

- Aligwekwe, U. (2020). *Psychiatriezentrum Oberwallis - Tagesklinik für Erwachsene*: 06.11.2021 von <https://www.hopitalduvalais.ch/de/unsere-fachbereiche/fachbereiche-von-a-bis-z/psychiatrie-und-psychotherapie/psychiatriezentrum-oberwallis/tagesklinik-fuer-erwachsene.html>
- Aligwekwe, U., Amherd, U., Stucky, B., & Walter, F. (2019). TK ALG Konzept des PZO.
- Anderson, C. & Brown, C. E. (2010). The functions and dysfunctions of hierarchies. *Review of Organizational Behavior*, 30, 55-89.
- Agarwalla, P., & Küchenhoff, J. (2003). Teilstationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 1(1), 1–1. <https://doi.org/10.1007/s00278-004-0380-3>
- Baer, N., Fasel, T., & Amsler, F. (2007). *Tagesstrukturierende Angebote für psychisch Kranke*. Bedarf, Klientel, Ausrichtung und Nutzen tagesstrukturierender Angebote aus Sicht der BesucherInnen, Zuweisenden und Mitarbeitenden. Stiftung Melchior (Basel). Liestal.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up. *Am J Psychiatry*, 7.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bentz, D., Michael, T., & Margraf, J. (2009). Konfrontation und Exposition. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 3(06), 409–428. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223376>
- Berking, M., & Rief, W. (Hrsg.). (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor* (Bd. 5024). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-25523-6>
- Block, B. M., & Lefkowitz, P. M. (1991). American Association for Partial Hospitalization standards and guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*.

- Briscoe, J., McCabe, R., Priebe, S., & Kallert, T. (2004). A national survey of psychiatric day hospitals. *Psychiatric Bulletin*, 28(5), 160–163. <https://doi.org/10.1192/pb.28.5.160>
- Creed, F., Black, D., Anthony, P., Osborn, M., Thomas, P., Franks, D., Polley, R., Lancashire, S., Saleem, P., & Tomenson, B. (1991). Randomised Controlled Trial of Day and Inpatient Psychiatric Treatment. 2: Comparison of Two Hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 158(2), 183–189. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1192/bjp.158.2.183>
- Curral, R., Lopes, R., Silveira, C., Norton, A., Domingues, I., Lopes, F., Ramos, E., & Roma-Torres, A. (2014). Forty years of a psychiatric day hospital. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(1), 52–58. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0018>
- DGPPT, o.D.. *Tagesklinik-Liste*: 01.12.2021 von <https://www.datppp.de/tagesklinik-liste/>
- Debrot, A., Salamin, V., Gothuey, I., & Kratzel, A. (2016). A naturalistic study of outcomes in a general psychiatry day hospital. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 8.
- Eckert, J. (2000). Schulenübergreifende Aspekte der Psychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, & E. Wilke, *Psychotherapie* (S. 413–428). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-09598-0_8
- Eichler, T., Schützwahl, M., Glöckner, M., Matthes, C., & Kallert, T. (2006). Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 33(4), e21–e28. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834562>
- Eikermann, B. (2010). Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 81(3), 355–365. <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2898-7>
- Eikermann, B., & Reker, T. (o. J.). *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik*. 175.
- Eikermann, B., Reker, T., & Albers, M. (1999). Psychotherapie in der tagesklinischen Behandlung [Psychotherapy in partial hospitalization]. *Die psychiatrische Tagesklinik [Psychiatric partial hospitalization facilities]*. Stuttgart: Thieme, 73–82.
- Eikermann, B., & Reker, Th. (1993). Die psychiatrische Tagesklinik—Übersicht bisheriger Erfahrungen und eigener Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 61(03), 71–76. <https://doi.org/10.1055/s-2007-999078>
- Engfer, R. (2005). *Die Tagesklinik: Kontinuität und Wandel*. Psychiatrie Verlag GmbH. <https://doi.org/10.1486/9783884143810>
- Finzen, A. (2003). *Kurze Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik*. Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag. <https://books.google.ch/books?id=KkAeAQAIAAJ>

- Finzen, A. (2019). *Erlebte Psychiatriegeschichte. Band II. Bewegte Jahre (1970 bis 1974)*.
finzen.de/pdf-dateien/erlebte%20psychiatriegeschichte%2002.pdf [8.12.2019]:
- Garlipp, P. (2008). *Evaluation allgemeinspsychiatrisch-tagesklinischer Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes*. Steinkopff.
https://books.google.ch/books?id=j_7YwAEACAAJ
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of grounded theory*. Aldine.
- Goldman, D. L., & Arvanitakis, K. (1981). D. Ewen Cameron's Day Hospital and the Day Hospital Movement. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 26(5), 365–368.
<https://doi.org/10.1177/070674378102600514>
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Psychotherapie (2. Korr. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., & Donati, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Verlag für Psychologie Göttingen.
- Grissom, R. J. (1996). The magical number. 7±. 2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 973.
- Gutknecht, H. (2005). Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten—Aspekte der Behandlungserfahrungen und erlebte Veränderungen. *Psychiatrische Praxis*, 32(07), 342–348. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828333>
- Guy, W., Gross, M., Hogarty, G. E., & Dennis, H. (1969). A Controlled Evaluation of Day Hospital Effectiveness. *Archives of General Psychiatry*, 20(3), 329–338.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1969.01740150073011>
- Hahnefeld, W. L., & Kallert, T. W. (2005). Diagnosengruppenspezifische Bewertung von Therapieelementen einer psychiatrischen Tagesklinik aus Patienten- und Therapeutensicht: Ein Vergleich zwischen affektiven und schizophrenen Störungen. *Krankenhauspsychiatrie*, 16(4), 149–156. <https://doi.org/10.1055/s-2005-870959>
- Heekeren, K. (2013). Heekeren, K. (2013). Tageskliniken. In: Rössler W, Kawohl W (Hg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2. Stuttgart: Kohlhammer, 67-76. *Tageskliniken*, 67–76.
- 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.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00471>

- Hoge, M. A., Farrell, S. P., Munchel, M. E., & Strauss, J. S. (1988). Therapeutic Factors in Partial Hospitalization. *Psychiatry*, *51*(2), 199–210.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1988.11024392>
- Hopf, H. (2018). *Praxishandbuch Tageskliniken: Teilstationäre Behandlung in Psychiatrie und Psychosomatik eBook*. Elsevier Health Sciences.
<https://books.google.ch/books?id=Rdd3DwAAQBAJ>
- Hopf, H., & Diebels, E. (2017). Merkmale und Praxis psychiatrischer Tageskliniken in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, *44*(04), 228–233. <https://doi.org/10.1055/s-0042-115846>
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S.-L. T., Gaccione, P., & Frank, R. G. (2001). Partial Versus Full Hospitalization for Adults in Psychiatric Distress: A Systematic Review of the Published Literature (1957–1997). *American Journal of Psychiatry*, *158*(5), 676–685.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.676>
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften: Für Bachelor*. Springer.
- Jungjohann, E. E. (1968). Die Tagesklinik als Merkmal einer neuen psychiatrischen Orientierung. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *93*(41), 1970–1973.
<https://doi.org/10.1055/s-0028-1110862>
- Kaiser, G., & Sibitz, I. (2008). Wichtigkeit und Nützlichkeit tagesklinischer Therapieangebote. *Psychiatrie und Psychotherapie*, *4*(4), 126–132.
<https://doi.org/10.1007/s11326-008-0036-y>
- Kallert, T. W., Glöckner, M., Priebe, S., Briscoe, J., Rymaszewska, J., Adamowski, T., Nawka, P., Reguliova, H., Raboch, J., Howardova, A., & Schützwahl, M. (2004). A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries: Implications of their diversity for day hospital research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*(10), 777–788. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0813-x>
- Kallert, T. W., Schützwahl, M., & Matthes, C. (2003). Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, *30*(2), 72–82. <https://doi.org/10.1055/s-2003-37442>
- Kallert, Th. W., & Schützwahl, M. (2002). Wirkfaktoren der Behandlung in psychiatrischen Tageskliniken aus Patientensicht—Überlegungen zu daraus abzuleitenden Behandlungsmodalitäten -. *Krankenhauspsychiatrie*, *13*(2), 46–53.
<https://doi.org/10.1055/s-2002-32105>

- Knab, K. (2008). *Spezifische Wirkfaktoren tagesklinischer psychosomatischer Behandlung- eine qualitative Inhaltsanalyse*.
- Krüger, M., & Schmidt-Michel, P.-O. (2005). Die therapeutischen Gruppenangebote der Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen: Die erlebte therapeutische Nützlichkeit aus Patientensicht. *Krankenhauspsychiatrie*, 16(4), 157–161.
<https://doi.org/10.1055/s-2005-870917>
- Lang, F., Becker, T., & Kösters, M. (2015). Psychiatrische Tageskliniken – Evidenzlage und Stellenwert im Versorgungssystem. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 83(11), 616–620. <https://doi.org/10.1055/s-0041-109087>
- Lopes, R., & Curral, R. (2012). *Day Hospital in Community Psychiatry: Is it Still an Alternative to Mental Health Care? 7*.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Levitt, J. T., Seligman, D. A., Berman, J. S., & Krause, E. D. (2003). Are Some Psychotherapies Much More Effective Than Others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(4), 455–460.
<https://doi.org/10.1023/A:1026023715740>
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A. M., Sledge, W. H., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., & Wiersma, D. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. In The Cochrane Collaboration (Hrsg.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (S. CD004026). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004026>
- Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004026.pub2>
- Marshall, M., Sledge, W., Wiersma, D., Crowther, R., Kluiters, H., Bond, G. R., Almaraz-Serrano, A., Roberts, C., Huxley, P., Creed, F., Hill, E., & Tyrer, P. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5(21).
<https://doi.org/10.3310/hta5210>
- Mey, G., & Mruck, K. (Hrsg.). (2010). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mundt, A., Hand, I., & Rufer, M. (2002). Die spezifische Verhaltenstherapie-Tagesklinik. *Der Nervenarzt*, 73(11), 1082–1087. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1268-5>

- Orlinsky, D. E. (2009). The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration, 19*(4), 319–339. <https://doi.org/10.1037/a0017973>
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60*(1), 067–076. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000099>
- 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: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 188*(3), 243–249. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.3.243>
- Corsini, R. & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Process and dynamics. *Journal of Abnormal Psychology, 51*, 406–411.
- Reisch, T., Thommen, M., Csontos, Z., & Tschacher, W. (2002). Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik: Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 52*(2), 56–63. <https://doi.org/10.1055/s-2002-20183>
- Reker, T. (1999). Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. *Eikelmann, B.; Reker, T.; Albers, M.(Hg.): Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme, 27–34.*
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Rosie, J., Azim, H., Piper, W., & Joyce, A. (1995). Effective psychiatric day treatment: Historical lessons. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 46*, 1019–1026. <https://doi.org/10.1176/ps.46.10.1019>
- Schene, A. (2001). Partial hospitalization. *Textbook of Community Psychiatry. Oxford University Press, Oxford, 283–289.*
- Schultz-Venrath, U. (2015). *Psychotherapien in Tageskliniken: Methoden, Konzepte, Strukturen*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. <https://books.google.ch/books?id=ICWzBgAAQBAJ>
- Seidler, K.-P. (2011). *Der Stellenwert der Psychotherapie im Rahmen psychiatrischer Tagesklinik-Behandlung* (S. 23–35).
- Seidler, K.-P., Garlipp, P., Machleidt, W., & Haltenhof, H. (2006). Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients. Findings from a national survey in Germany. *European Psychiatry, 21*(2), 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.001>

- Sledge, W. H., Tebes, J., Wolff, N., & Helminiak, T. W. (1996). Day hospital/crisis respite care versus inpatient care: II. Service utilization and costs. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1074–1083. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.8.1074>
- Stahl, J. (1999). *Die Bedeutung teilstationärer Angebote in der Gerontopsychiatrie*. 5.
- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 51(11), 425–429.
- Uchtenhagen, A. (1974). *Psychiatrische Institutionen in der Schweiz*. SKI.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological bulletin*, 122(3), 203.
- Wancata, J., Kapfhammer, H.-P., Schüssler, G., & Fleischhacker, W. W. (2007). Sozialpsychiatrie: Essentieller Bestandteil der Psychiatrie. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 3(2), 58–64. <https://doi.org/10.1007/s11326-007-0048-z>
- Weiss, A. (2015). *Tageskliniken – was ist, was wirkt und was wird gebraucht?* <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4256.0488>
- WILDER, J. F., LEVIN, G., & ZWERLING, I. (1966). A TWO-YEAR FOLLOW-UP EVALUATION OF ACUTE PSYCHOTIC PATIENTS TREATED IN A DAY HOSPITAL. *American Journal of Psychiatry*, 122(10), 1095–1101. <https://doi.org/10.1176/ajp.122.10.1095>
- Yalom, I. D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Book.
- Yalom, I. D. (2015). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie (Leben lernen, Bd. 66): Ein Lehrbuch (Bd. 66)*. Klett-Cotta.
- Zeeck, A., Herzog, T., Kuhn, K., Hartmann, A., Scheidt, C., & Wirsching, M. (2002). Teilstationäre Psychotherapie: Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. [Partial Hospitalisation: Indication and Characteristical Aspects of the Setting, Shown by the Example of the Day Clinic in Freiburg/Germany.]. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(12), 492–499. <https://doi.org/10.1055/s-2002-36007>

8 Anhang

Anhang A

Aufklärung über die Studie

Die Durchführende der Studie, Frau Briand Medea, und der Leiter der Tagesklinik, Dr. rer. nat. Dr. theol. Uzoma Aligwekwe, werden gemeinsam die Patienten der Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis bzw. die Studienteilnehmer über die Studie und deren Inhalt informieren. Das Ziel dabei ist den Studienteilnehmern Informationen zur Studie zu übermitteln und gemeinsam offene Fragen zur Studienteilnahme zu klären.

Folgende Informationen werden den Teilnehmenden übermittelt:

Lieber Patient der Tagesklinik, liebe Patientin der Tagesklinik

Sie haben aufgrund Ihrer Beschwerden und Ihrem Wunsch nach Veränderung die Tagesklinik für Erwachsene des Psychiatriezentrums Oberwallis aufgesucht. In Zusammenarbeit mit der Universität Bern möchten wir im Rahmen eines Projekts eine Evaluation der tagesklinischen Behandlung vornehmen. Im Mittelpunkt der Studie steht die Evaluation der Behandlung aus Patientensicht. Dabei interessiert uns Ihre Sicht, als wie hilfreich Sie die Behandlung wahrgenommen haben. Auch möchten wir gerne erkennen, was Sie innerhalb der tagesklinischen Behandlung als besonderes hilfreich empfunden haben. Jeder Patient der Tagesklinik, der gerne an der Studie teilnehmen möchte, kann sich freiwillig beim Therapeutenteam melden. Diese wissenschaftliche Untersuchung dient der Qualitätssicherung und damit einhergehend der Erfassung der Nützlichkeit und Wirksamkeit der tagesklinischen Behandlung des PZO.

Die Untersuchung läuft folgendermassen ab: In der letzten Woche Ihrer Behandlung werden Sie einen Fragebogen mit unterschiedlichen Fragen erhalten und selbständig ausfüllen. In derselben Woche wird Frau Briand mit Ihnen ein ca. 30-45 Minuten Interview, das per Tonaufzeichnung aufgenommen wird, halten. Der Inhalt des Fragebogens wie auch des Interviews bezieht sich darauf, wie nützlich, hilfreich oder wirksam Sie die tagesklinische Behandlung aus Ihrer Sicht einschätzen.

Alle Informationen, die wir von Ihnen erhalten, unterliegen dem Datenschutz. Ihre persönlichen Daten werden in pseudonymisierter Form (anhand einem Ihnen zugeordneten Code) gespeichert und werden ausschliesslich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet. Zu Prüf- und Kontrollzwecken kann die zuständige Ethikkommission, unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit, Einsicht in die Originaldaten nehmen. Der Code, der Ihnen zugeordnet wird, wird auf einer Zuordnungsliste gespeichert und ist nur dort einsehbar. Die Zuordnungsliste wird im Archiv der Universität Bern über höchstens 10 Jahre aufbewahrt. Die Originaldaten und die Zuordnungsliste werden vor Beginn der Aufbewahrung bei der Ethikkommission auf Ihren Wunsch hin oder nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist (höchstens nach 10 Jahren) gelöscht.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für Sie durch die Teilnahme an der Untersuchung weder ein Risiko noch ein Nutzen besteht. Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Falls Sie an den Studienergebnissen interessiert sind, können Sie nach Beendigung der Untersuchung eine Zusammenfassung der Gesamtergebnisse auf der Webseite der Tagesklinik einsehen. Wir freuen und bedanken uns sehr für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit. Sie können sich die Teilnahme an der Studie überlegen und wir werden gerne nochmals auf Sie zukommen, wobei Sie uns Ihre Entscheidung, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten, mitteilen können. Falls Sie sich für die Studienteilnahme entscheiden, werden wir Ihnen in einem nächsten Schritt eine schriftliche Einverständniserklärung aushändigen. Bei Fragen können Sie an Briand Medea wenden.

Anhang B**Basisdokumentation**

Code: _____

Geschlecht

- männlich
 weiblich
 weder noch

Nationalität/Herkunftsland

- Schweiz
 anderes Land: _____

Aktueller Familienstand

- ledig
 verheiratet seit: _____
 in fester Partnerschaft seit: _____
 getrennt lebend seit: _____
 geschieden seit: _____
 verwitwet seit: _____

Eigene Kinder

- ja Anzahl: _____
 nein

höchster Berufs- bzw. Bildungsabschluss

- noch in Berufsausbildung
 Anlehre (EBA)
 Lehre (EFZ)
 Meister/Fachschule
 Fachhochschule/Universität
 ohne Beruf-/Lehrabschluss
 abgebrochene Lehre: _____
 sonstiger Berufsabschluss: _____
 Erlerner Beruf: _____

Aktuelle Berufstätigkeit

- Angestellte/r
 höhere/r bzw. leitende/r Angestellte/r
 Selbständige/r
 Auszubildende/r
 Schüler/in, Student/in
 Hausfrau/Hausmann
 Rentner/in
 ohne Beruf
 sonstige: _____
 Ausübender Beruf: _____

Erwerbstätigkeit

- voll erwerbstätig
 teilzeitbeschäftigt zu _____ %
 nicht erwerbstätig
 arbeitslos
 berentet zu _____ %

Wohnsituation

- Privatwohnung Eigenheim
 Wohngemeinschaft
 betreute Wohngruppe, welche: _____
 gemeinsamer Haushalt mit den Eltern/Familie
 andere: _____

Grösse des Haushalts in Anzahl

- ___ Erwachsene
 ___ Kinder

höchster Schulabschluss

- noch in der Schule
 Sekundarabschluss/Niveau 1
 Realschulabschluss/Niveau 2
 Maturität
 kein Schulabschluss
 sonstiger Schulabschluss: _____

Haupteinkommensquelle

- Einkommen durch Arbeitstätigkeit
 Einkommen durch Rente
 finanzielle Unterstützung durch Eltern
 Arbeitslosengeld, Sozialhilfe
 Unterhalt durch Ehegatten/Partner(in)
 Sonstiges: _____

Arbeitsunfähigkeit bei Eintritt

- ja seit: _____
 nein

Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate

- keine
 unter 3 Monaten
 3-6 Monate
 mehr als 6 Monate

Vorzeitige Berentung

- ja
 nein
 Tagesklinische Behandlung bei laufendem Rentenverfahren

Vorbehandlung

Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten

- ja Dauer in Wochen: _____
 nein

Psychotherapeutisch-psychiatrische Vorbehandlung

- ambulant
 stationär

Wie nützlich, hilfreich oder wirksam empfinden Sie....?

| | sehr unnützlich keineswegs hilfreich sehr unwirksam | unnützlich nicht hilfreich unwirksam | eher unnützlich kaum hilfreich eher unwirksam | weder noch weder noch weder noch | eher nützlich eher hilfreich eher wirksam | nützlich hilfreich wirksam | sehr nützlich sehr hilfreich sehr wirksam | nicht beurteilbar nicht beurteilbar nicht beurteilbar |
|--|--|---|--|---|--|----------------------------------|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| 93 Ihr Einsatz/Engagement während der Therapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 94 die Erweiterung des eigenen Denkens, Handelns und Fühlens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 95 der Aufbau und das Bewusstwerden eigener Ziele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls Sie das Gefühl haben im Fragebogen fehle etwas, können Sie dies hier gerne nennen:

Weiter Kommentare:

Anhang D

Interview zur Wirksamkeit und zum Nutzen der tagesklinischen Behandlung

Der Fragekatalog wird als Interview mit dem Patienten durchgeführt. Nach jeder Antwort auf eine gestellte Frage wird der Patient aufgefordert eine Erklärung abzugeben mit den Worten «Erklären Sie mir das bitte genauer!»

Zu Beginn wird dem Patienten erklärt, dass es sich bei der Befragung um eine Befragung rund um den Nutzen und die Wirkung bzw. Wirksamkeit der Tagesklinischen Behandlung handele.

Des Weiteren wird dem Patienten erklärt, dass einige Fragen ähnlich sind und er bitte so gut wie möglich auf die gestellten Fragen versuche einzugehen. Falls dies schwerfalle, könne er dies mitteilen. Auch könne er jederzeit das Interview abbrechen, wenn er dies wünscht (wie in der Einverständniserklärung erwähnt).

1. Was innerhalb der Tagesklinik oder in der Behandlung hat Ihnen geholfen? Was war besonders hilfreich?
2. Wie hat es Ihnen geholfen?
3. Was an der tagesklinischen Behandlung hat Ihnen nicht geholfen?
4. Wodurch zeigten sich während der tagesklinischen Behandlung bei Ihnen Erfolge?
5. Was empfanden Sie als angenehm innerhalb der Behandlung?
6. Was empfanden Sie als unangenehm?
7. Welche Bedeutung hat(te) für Sie die tagesklinische Behandlung?
8. Welcher Nutzen hat(te) für Sie die tagesklinische Behandlung?
9. Was der tagesklinischen Behandlung empfanden Sie als nützlich?
10. Was empfanden Sie als unnützlich?
11. Wie wirkt(e) Ihrer Meinung nach, die tagesklinische Behandlung auf Sie bzw. bei Ihnen?
12. Wodurch wirkt(e) die tagesklinische Behandlung bei Ihnen?
13. Welche Elemente wirkten besonders förderlich auf ihren psychischen Zustand?
14. Was hat sich bei Ihnen verändert durch die tagesklinische Behandlung?
15. Welche Veränderungen konnten Sie durch die tagesklinische Behandlung bei Ihnen feststellen? Wie haben Sie sich durch die tagesklinische Behandlung verändert?
16. Wenn Sie der Tagesklinik Wirkfaktoren/-mechanismen zuschreiben könnten, welche wären es?
17. Was an der Tagesklinik und deren Behandlung war für Sie am wirkungsvollsten?
18. Was denken Sie, was von der tagesklinischen Behandlung wird Auswirkungen auf Ihre Zukunft haben?
19. Was würden Sie an der tagesklinischen Behandlung verändern, wenn Sie es könnten?
20. Warum würden Sie die tagesklinische Behandlung weiterempfehlen?

Bemerkung:

Die Fragen sind alle sehr ähnlich. Die Fragen sind bewusst so gewählt, um möglichst viel Informationen zur Wirksamkeit und Nutzen der Behandlung herauszufinden. Dennoch kann über den Inhalt der Fragestellungen diskutiert werden. Alternativ können einige Fragen zusammengefasst oder gestrichen werden (in Absprache mit Leiter TK und Betreuer Masterarbeit).

Erklärung zur wissenschaftlichen Redlichkeit

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss Artikel 36 Absatz 1 Buchstabe o des Gesetzes vom 5. September 1996 über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Für die Zwecke der Begutachtung und der Überprüfung der Einhaltung der Selbständigkeitserklärung bzw. der Reglemente betreffend Plagiate erteile ich der Universität Bern das Recht, die dazu erforderlichen Personendaten zu bearbeiten und Nutzungshandlungen vorzunehmen, insbesondere die schriftliche Arbeit zu vervielfältigen und dauerhaft in einer Datenbank zu speichern sowie diese zur Überprüfung von Arbeiten Dritter zu verwenden oder hierzu zur Verfügung zu stellen.“

Ort, Datum: Naters, 20.06.2022

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.