

Stationäre Verhaltenstherapie

Volker Köllner, Roland Vauth



Zusammenfassung

Das stationäre Setting bietet für die Verhaltenstherapie die Möglichkeit, ein therapeutisches Milieu so zu gestalten, dass sehr rasch positive Umsetzungserfahrungen unter kontrollierteren Bedingungen als in der ambulanten Therapie gemacht und Lernschritte besser i. S. eines „online-coaching“ vor Ort erleichtert werden können. Eine besondere Rolle haben hierbei auch soziale Unterstützung und Modelllernen mit Hilfe der MitpatientInnen. Die Aufnahme in die Klinik führt darüber hinaus zur Unterbrechung und Destabilisierung dysfunktionaler Verhaltensmuster und Schemata im häuslichen oder beruflichen Bereich und erleichtert auf diese Weise Veränderungsschritte, da Problemverhalten aufrechterhaltendes Vermeiden unnötiger wird. Das stationäre Setting ermöglicht die Arbeit in einem multiprofessionellen Team und die Realisierung störungsspezifischer multimodaler Behandlungskonzepte mit hoher Therapiedosis. Auf diese Weise wird der Forderung Grawes Rechnung getragen, besonders zu Beginn der Behandlung durch intensiven therapeutischen Input Veränderungen zu induzieren. Dargestellt werden Indikationen und Kontraindikationen zur stationären Verhaltenstherapie im Rahmen von Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation sowie Konzepte zur Integration stationärer VT-Intervalle in einen Gesamtbehandlungsplan bei psychischen Störungen.

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapie, stationäre Psychotherapie, therapeutisches Milieu, Intervalltherapie, Rehabilitation

Stationäre Verhaltenstherapie: Entwicklung und Konzeption

Die Verhaltenstherapie hat sich aus der klinischen Psychologie entwickelt, deshalb handelte es sich primär um einen Ansatz für die ambulante Versorgung. Obwohl also Kognitive Verhaltenstherapie initial für ambulante Patienten entwickelt wurde, gibt es in den letzten Jahren durchaus auch Adaptationen für den stationären Bereich (Wright et al. 1993, Bowers 1998, Davis u. Casey 1990). Konzepte zur stationären Verhaltenstherapie wurden in Deutschland aber bereits Ende der 60er-Jahre am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München unter der Leitung von D. Ploog, J. C. Brengelmann und D. Schwarz entwickelt. In den 70er-Jahren folgte dann in Windach die Gründung der ersten Verhaltenstherapie-Klinik, 1981 folgte in Bad Dürkheim unter Leitung von J. Sturm die erste nach einem verhaltenstherapeutischen Konzept arbeitende Rehabilitationsklinik. Weite Verbreitung fand der verhaltenstherapeutische Ansatz in Deutschland vor allem in der Psychiatrie und der psychosomatischen Rehabilitation, während in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung der psychodynamische Ansatz überwiegt.

Ein besonderer Vorteil der stationären Behandlung für die Verhaltenstherapie liegt darin, dass hier die Umgebungsbedingungen für Patientinnen und Patienten so gestaltet werden können, dass ein spezifisches therapeutisches Milieu (Linden et al. 2006) entsteht, welches korrigierende Erfahrungen ermöglicht und das Erlernen neuer Denk- und Verhaltensmuster begünstigt. Ein wesentlicher

Wirkfaktor ist hierbei auch das Gespräch und die wechselseitige Unterstützung durch MitpatientInnen außerhalb des Therapieprogramms im engeren Sinne. Dies ermöglicht Modelllernen und aktiviert soziale Unterstützung als wertvolle therapeutische Ressource. Einer bei vielen Störungsbildern verbreiteten Neigung der Betroffenen zu sozialem Rückzug kann so entgegengewirkt, soziale Ängste können leichter durch korrigierende Erfahrungen überwunden werden.

Das stationäre Setting ermöglicht zudem die Kombination sich ergänzender Behandlungsbausteine. So kann bei einer Patientin mit Agoraphobie und Panikanfällen z. B. die parallele Anwendung von Konfrontationstherapie in der Einzeltherapie und der Kleingruppe, Modelllernen und soziales Kompetenztraining in der Problemlösegruppe, Konfrontation mit Anstiegen der Herzfrequenz und Verbesserung der Fitness in der Sporttherapie sowie Erweiterung des Spektrums der Interozeption in der Körperwahrnehmungsgruppe zu synergetischen Effekten führen. Dies entspricht auch der Forderung von Grawe (2004), gerade zu Beginn einer Therapie durch intensiven therapeutischen Input und positive Lernbedingungen Veränderungen und damit verbundene Erfolgserlebnisse zu ermöglichen. Eine Übersicht über die Elemente stationärer Verhaltenstherapie gibt Tab. 1. Die Integration dieser Behandlungselemente und der im multiprofessionellen Behandlungsteam beteiligten Berufsgruppen wird durch regelmäßige Teambesprechungen und Supervision sichergestellt. Durch die ständige Erreichbarkeit professioneller Ansprechpartner (ÄrztInnen, PsychologInnen, SpezialtherapeutenInnen, Pflegepersonal) wird zudem für den Patienten ein Schutzraum ge-

Tabelle 1 Elemente stationärer Verhaltenstherapie

Behandlungselement	Berufsgruppe
Ärztliche Diagnostik und Behandlung, medikamentöse Einstellung	ÄrztInnen
Einzel-Verhaltenstherapie	Ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen
Psychoedukative Gruppen	Ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen, Mitarbeiter aus der Pflege, die speziell geschult sind
Themenspezifische Gruppen (z. B. Stressbewältigung, Problemlöse-training, soziales Kompetenztraining)	Ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen
Störungsspezifische Gruppen (z. B. Schmerzbewältigung, Essstörungen, Depression)	Ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen
Entspannungstraining, Biofeedback	Psychologische PsychotherapeutInnen, Mitarbeiter aus der Pflege, die speziell geschult sind
Künstlerische Therapien	Kunst-, Musik-, Theater- Tanz- oder Gestaltungs-therapeutIn
Körpertherapie und Körperwahrnehmung	Ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen mit Zusatzqualifikation
Sport- und Trainingstherapie, Physiotherapie	Sport- und PhysiotherapeutInnen
Berufsspezifische Therapieelemente, Hilfe bei der Alltagsstrukturierung	ErgotherapeutInnen
Sozialberatung und Information	SozialarbeiterInnen/-pädagogInnen
Strukturierung des Stationsalltags und supportive Gespräche v. a. bei Patienten mit schweren Störungsbildern, Auswertung und Feedback bei Symptomprotokollen, Begleitung von Expositionstraining	Mitarbeiter aus der Pflege, die speziell geschult sind

schaffen, der eine sinnvolle Behandlung akut oder schwerer Erkrankter überhaupt erst möglich macht.

Vorteile der kognitiven Verhaltenstherapie in der stationären Behandlung (Stuart et al. 1997) bestehen im Format einer Kurzzeitintervention, klar definierter Therapiemethodik, deren Rational auch in multidisziplinären Teams leicht transparent gemacht werden kann, der guten Harmonisierbarkeit der Interventionslogik mit somatischen Behandlungen, der empirisch belegten Wirksamkeit bei einer Vielzahl von Störungen wie Angsterkrankungen, Depressionen und Essstörungen (Wright et al. 1993) und der auch für kürzere Interventionsdauern nachgewiesenen Effektivität.

Fünf Modelle der Implementierung von Verhaltenstherapie in das stationäre Set-

ting werden unterschieden (Stuart et al. 1997): Das **Primärtherapeuten-Modell** (primary therapist) hat einen zumeist aus ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen bestehenden Personal-kern, die in kognitiver Therapie intensiv trainiert sind und die Behandlung durchführen. Der Nachteil besteht darin, dass das therapeutische Milieu als Ganzes und andere Berufsgruppen lediglich marginal für den Behandlungsprozess genutzt werden. Das sog. „**staff model**“ lässt die kognitive Therapie von der nicht-ärztlichen Stammmannschaft einer meist kognitiv-behavioural spezialisierten Psychotherapiestation durchführen. Der (auch nicht zwingend kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgebildete) Arzt beschränkt sich auf Eingangs- und Verlaufsdiagnostik, Überwachung der pharmakologi-

schen Behandlung und meist supportive Therapieanteile. Das „**add on model**“ fügt einen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsbaustein in ein im Übrigen eher unspezifisches Stationsangebot ein, ohne jedoch das gesamte Grundkonzept zu reorganisieren. Im „**comprehensive CT model**“ sind sowohl Einzel- wie Gruppen-, Paar- und Familientherapeuten sehr gut in kognitiver Verhaltenstherapie ausgebildet. Aber auch das übrige therapeutische Personal hat zumindest entsprechende Grundkenntnisse. Das „**flexible CT model**“ wird eingesetzt, wenn die Zusammensetzung der Patienten auf Station häufig schwankt. Das therapeutische Personal ist zwar in kognitiver Therapie ausgebildet, aber das Ausmaß, in dem sie wirklich eingesetzt wird, ist abhängig von den klinischen Erfordernissen bei den gerade aufgenommenen Patienten.

Allgemeine Indikationen und Kontraindikationen

Die stationäre Behandlung bedarf einer sorgfältigen Indikationsstellung. Dies ergibt sich sowohl aus den hierdurch verursachten Kosten als auch durch die unerwünschten „Nebenwirkungen“, die es haben kann, einen Menschen für längere Zeit aus seinem sozialen Umfeld herauszulösen. Hierzu können z.B. die Destabilisierung einer partnerschaftlichen oder familiären Situation oder der Verlust des Arbeitsplatzes gehören. Vor allem bei PatientInnen, die bereits mehrere stationäre Therapien absolviert haben und aktiv eine weitere Klinikaufnahme anstreben, besteht die Gefahr, dass Vermeidungsverhalten und die Flucht vor Konflikten oder Einsamkeit im Alltag zumindest einen Teil der Motivation ausmachen. Das Risiko dieser Nebenwirkungen steigt mit der Dauer des stationären Aufenthaltes.

Umgekehrt kann es aber auch problematisch sein, einen stationären Aufenthalt zu lange hinauszuzögern. Dies gilt nicht nur für akute Krankheitsbilder und Krisensituationen, sondern auch für PatientInnen, deren Störung bereits in erheblichem Maße chronifiziert ist. Hier ist häufig ein stationäres Therapieintervall mit der hierdurch erzwungenen Unterbrechung dysfunktionaler Verhaltens- und Interaktionsmuster notwendig, um überhaupt eine Veränderung erzielen zu

Tabelle 2 Störungsübergreifende Indikationen zur stationären Verhaltenstherapie

Indikation	Beispiele
Akute oder drohende Gefährdung des Patienten	Anorexie mit BMI < 14, Bulimie mit Entgleisung des Elektrolythaushaltes, selbstgefährdendes Verhalten bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung
Destabilisierung im Therapieverlauf zu erwarten	Konfrontationstherapie bei chronisch komplexer PTSD mit dissoziativen Zuständen
Ambulante Therapie (noch) nicht durchführbar	Patient kann wegen schwerer Agoraphobie nicht das Haus verlassen, ausgeprägte Antriebsminderung bei Depression
Bisheriges Milieu gefährdet den Therapieerfolg	Häusliche Gewalt bei PTSD, berufliche und private Überlastung lässt keinen Freiraum für Veränderungsschritte
Ungenügender Fortschritt der ambulanten Therapie	Arbeitsunfähigkeit > 6 Wochen mit Gefährdung von Arbeitsplatz oder Erwerbsfähigkeit
Somatische oder psychische Komorbidität	Komorbidität von Suchtstörung oder orthopädischem Krankheitsbild und somatoformer Schmerzstörung
Sicherung der Compliance bei nötiger pharmakologischer (Neu-)Einstellung	Geringe Medikamenten-Compliance z. B. bei schizophrenen, depressiven oder bipolaren Störungen, unregelmäßiges Erscheinen zu Terminen bei Persönlichkeitsstörung
Multimodales Therapieprogramm	Kombination aus Einzel-, Gruppen- und Sport-/Physiotherapie bei Panikstörung mit herzbezogenen Ängsten und Arbeitsplatzkonflikt
Ambulante Therapie nicht verfügbar	lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz bei regionaler Unterversorgung mit VT, störungsspezifische Therapie regional nicht vorhanden

können. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist vor allem dann indiziert, wenn bei schon länger bestehender oder auch erwarteter längerer Arbeitsunfähigkeit (mehr als vier Wochen) der Arbeitsplatz oder die Erwerbsfähigkeit des Patienten bedroht sind. Je länger die Arbeitsunfähigkeit dauert, umso schwieriger wird es für die PatientInnen, ihren Alltag zu strukturieren und umso größer wird die Angst vor einer Rückkehr an den Arbeitsplatz. Dieser iatrogene Chronifizierungsfaktor wird in der Therapieplanung und speziell bei der rechtzeitigen Indikationsstellung zur stationären Therapie zu selten berücksichtigt (Linden u. Weidner 2005). Die Indikationen zur stationären Verhaltenstherapie sind in **Tab. 2** zusammengefasst. In einzelnen Fällen kann eine stationäre Aufnahme auch zur diagnostischen Klärung sinnvoll sein, da auf diese Weise eine intensive Verhaltensbeobachtung in unterschiedlichen sozialen Situationen und Belastungen möglich ist.

Störungsspezifische Konzepte

Eine besondere Stärke der stationären Verhaltenstherapie besteht in der Entwicklung störungsspezifischer Behandlungskonzepte. Empirisch abgesicherte Konzepte stationär kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung finden sich z. B. für **Essstörungen** (Jacobi et al. 2004, Wadden u. Foster 2000, Wilson 1999), **Borderline-Störungen** (Lieb et al. 2004, Swenson et al. 2001), bei **selbstschädigendem Verhalten** (Hawton et al. 1998), bei **schizophrenen Ersterkrankungen** (Penn et al. 2005, Vauth u. Riecher-Rossler 2004), komorbiden Achse-I-Erkrankungen des ICD-10 und Suchterkrankungen, sog. **dualen Diagnosen** (Bradizza u. Stasiewicz 1997, Spreat u. Behar 1994), **Zwangserkrankungen** (Gournay et al. 2006) oder auch **Suchterkrankungen** wie Alkoholabhängigkeit (Bottlender et al. 2006) und Spielsucht (Hollander et al. 2000). Über-sichten finden sich bei Zielke und Sturm

(1994) sowie Borgart und Meermann (2004).

Drei Phasen stationärer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung

Zu unterscheiden sind mehrere Phasen der Behandlung, die jeweils zwischen drei und sieben Tagen andauern: In der **ersten Phase** muss zunächst eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung zum Patienten aufgebaut und die Tages- und Wochenstruktur in einem individualisierten Tages- und Wochenplan mit abgestuften Übungen zusammen mit dem Patienten abgestimmt und auf seine Behandlungsziele ausgerichtet werden. Und schließlich muss der Patient, um als Co-Experte seines Problems im gesamten Behandlungsprozess seinen aktiven Part spielen zu können, das Problemmodell der Kognitiven Therapie über den Zusammenhang von Denken, Fühlen und Handeln erlernt haben (Thase et al. 1991). So spielt in dieser frühen Phase Psychoedukation (möglichst unter Einbezug der Angehörigen) eine wichtige Rolle. Sie schließt auch die Vermittlung neurobiologischen Wissens mit ein, um Wirkungen und Nebenwirkungen psychopharmakologischer Behandlung und deren Bedeutung in der Rezidivprophylaxe besser verstehen zu können.

In der **zweiten Phase der Behandlung** wird dann die individuelle Problemliste des Patienten fokussiert, und die Patienten erlernen die Bedeutung „automatischer Gedanken“ für Emotion und Handlung kennen. Hier lernt der Patient Selbstbeobachtungsstrategien, um den individuellen Zusammenhang zwischen kognitiven, emotionalen und handlungsbezogenen Aspekten seines persönlichen Problems zu klären. So lernt er z. B. typische kognitive „Verzerrungen“ wie „selektives Verallgemeinern“ oder „dichotomes Denken“ und darauf ausgerichtetes Bewältigungsverhalten kennen. Dazu treten abgestufte Übungen auf der Handlungsebene, um kritische Fertigkeiten auf- und Ängste abzubauen. Wenn Abstraktionsfähigkeit sich wieder ein wenig entwickelt hat, kann auch der Einstieg in die Auseinandersetzung mit dysfunktionalen Grundannahmen und behindern den sozialen Erwartungen und Bewer-

tungen (kognitiven Schemata) gesucht werden.

Die **dritte und Abschlussphase** arbeitet intensiv an dysfunktionalen Kognitionen, potenziellen Auslösern für Rückfälle und an der Vorbereitung der Entlassung. Hierbei wird das in den vorangehenden Phasen Gelernte rekapituliert anhand der schriftlichen oder auch Videoaufzeichnungen des Patienten und anhand weiterer praktischer Übungen gefestigt. Auch werden in dieser Phase spezielle Motivationstechniken zur Verbesserung der Compliance mit der Pharmakotherapie eingesetzt (Stieglitz u. Vauth 2005). Zur Vorbereitung auf die Entlassung werden mit dem Patienten die im Alltag zu erwartenden Schwierigkeiten rekapituliert, mögliche Lösungen hierfür diskutiert und mit den neu erworbenen Kompetenzen

zusammengebracht. Auch können „Belastungsbeurlaubungen“ erfolgen, die als gezielte Übungen für den Umgang mit Transferhindernissen gemeinsam mit dem Patienten geplant und nachbesprochen werden müssen. So kann dann gegebenenfalls auf der Basis dieser Erfahrungen an im Alltag problematischen Bewertungen oder Verhaltensmustern gearbeitet werden.

Interventionsbeispiel: Depressive Störungen

Behandlungskonzepte stationärer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Depressionsbehandlung sind bezüglich ihrer Implementierung/Umsetzung in Deutsch-

land mehrfach beschrieben worden (Wolfersdorf u. Lehle 2003). Die auf Aaron Beck zurückgehenden Therapiestrategien müssen dabei der Tatsache Rechnung tragen, dass stationär behandelte depressive Patienten in der Regel in ihren kognitiven Funktionen stärker beeinträchtigt sind, mehr unter Hoffnungslosigkeit leiden und mehr interpersonelle und soziale Probleme aufweisen. So sind die Sitzungen oft kürzer und höher frequent, um rascher Hoffnung auf- und Suizidgedanken abzubauen und der reduzierten Belastbarkeit des Patienten (kognitive Aufnahmefähigkeit, Angstniveau usw.) Rechnung zu tragen. Auch werden Angehörige in die Behandlung einbezogen und überbrückende Nachbehandlung zur niedergelassenen ambulanten Versorgung organisiert. Ein Beispiel

Tabelle 3 Stationsablauf auf einer verhaltenstherapeutischen Depressionsstation						
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Gestufte berufliche Belastungssteigerung in Berufs-, Arbeits- und Ergotherapie	Psychoedukation in der Gruppe (Balanced Life Style, Ursache und Behandlung von Depression, Rückfallprävention)		Gestufte berufliche Belastungssteigerung in Berufs-, Arbeits- und Ergotherapie	Psychoedukation in der Gruppe (Balanced Life Style, Ursache und Behandlung von Depression, Rückfallprävention)	Außerstationäre Belastungserprobung mit gezielten Übungen im familiären Umfeld	Außerstationäre Belastungserprobung mit gezielten Übungen im familiären Umfeld
Einzeltherapie (30 – 50 Min.)		Einzeltherapie (30 – 50 Min.)		Einzeltherapie (30 – 50 Min.)		
	Bezugspflegekontakt (Tages-, Wochenstruktur, Unterstützung der Zwischensitzungsübungen, Expositionsbegleitung usw.)		Bezugspflegekontakt (Tages-, Wochenstruktur, Unterstützung der Zwischensitzungsübungen, Expositionsbegleitung usw.)		Außerstationäre Belastungserprobung mit gezielten Übungen im familiären Umfeld	Außerstationäre Belastungserprobung mit gezielten Übungen im familiären Umfeld
	Gestufte berufliche Belastungssteigerung in Berufs-, Arbeits- und Ergotherapie	Gestufte berufliche Belastungssteigerung in Berufs-, Arbeits- und Ergotherapie		Gestufte berufliche Belastungssteigerung in Berufs-, Arbeits- und Ergotherapie		
Stressregulation (Progressive Muskelentspannung)			Stressregulation (Progressive Muskelentspannung)		Außerstationäre Belastungserprobung mit gezielten Übungen im familiären Umfeld	Außerstationäre Belastungserprobung mit gezielten Übungen im familiären Umfeld
	Tanz und Bewegungstherapie (Flamencotanz zur Verbesserung von Selbstwert)		Tanz und Bewegungstherapie (Flamencotanz zur Verbesserung von Selbstwert)			Psychoedukative Angehörigengruppe (Ursache und Behandlung von Depression, Rückfallprävention)

für einen solchen Wochenplan auf einer verhaltenstherapeutischen Depressionsstation ist in **Tab. 3** aufgeführt. Dieser Plan wird im Verlauf jedoch auf die individuellen Therapieziele ausgerichtet und bez. der Anforderungen – je nach Remissionsgrad der Depression und damit individueller Belastungsfähigkeit – modifiziert.

Unterschiedliche Settings stationärer Verhaltenstherapie

Um für die angestrebten Lernerfahrungen und Veränderungsschritte optimale Bedingungen schaffen zu können, stehen in der Versorgungslandschaft unterschiedliche therapeutische Settings zur Verfügung, die aufgrund differenzialtherapeutischer Überlegungen gezielt ausgewählt werden sollten.

Vollstationär oder teilstationär. Besonderes Merkmal des teilstationären Settings ist es, dass die PatientInnen abends und am Wochenende in ihr gewohntes soziales Umfeld zurückkehren. Dies kann sowohl Vorteil als auch Nachteil sein. Wenn es nur darum geht, ein zeitintensives multimodales und multiprofessionelles Therapieprogramm zu organisieren, ist das teilstationäre Setting ausreichend. Zudem wird auf diese Weise der Transfer in den Alltag erleichtert. Für Alleinerziehende ist nicht selten nur eine teilstationäre Behandlung realisierbar. Hier zeigt sich jedoch ein Dilemma: Gerade diese Personengruppe könnte häufig von der bei vollstationärer Behandlung möglichen Entlastung von den häuslichen und beruflichen Be- oder Überlastungen profitieren und nur so die nötigen Freiräume gewinnen, die notwendig wären, um neue Denk- und Verhaltensmuster entwickeln und erproben zu können. Auch Patienten mit unsicherer Motivation neigen dazu, die teilstationäre Behandlung zu präferieren („kleineres Übel“), obwohl dies das Einlassen auf die Behandlung erschwert. Insofern besteht die Gefahr, dass gerade diejenigen Patienten teilstationär behandelt werden, bei denen eigentlich die Indikation zum vollstationären Setting gegeben wäre (Linden 2005).

Die Vorteile des vollstationären Settings liegen in dem intensiveren und besser strukturierbaren therapeutischen Mi-

lieu, der Entlastung von aktuellen Konflikt- und Überforderungssituationen oder gar akuter Bedrohung. Die heimatferne Behandlung bietet mit der damit verbundenen Distanzierung von der gewohnten Umgebung zudem die Möglichkeit einer vollständigen Unterbrechung dysfunktionaler Verhaltensmuster und erleichtert so das Neulernen. PatientInnen können sich zudem heimatfern gerade bei schambesetzten Themen auch im Gruppensetting leichter öffnen. Im weiteren Therapieverlauf kann der Transfer in den Alltag dann durch Belastungsurlaube, Arbeitserprobungen oder Paar- und Familiengespräche während Angehörigenbesuchen am Wochenende gebahnt werden.

Krankenhaus oder Rehabilitationsklinik. Derzeit fehlen auch hier leider evidenzbasierte Kriterien zur Differenzialindikation (siehe Standpunkte-Beitrag in diesem Heft). **Krankenhausbehandlung** ist vor allem indiziert bei akuten Krankheitsbildern (Möglichkeit der direkten Einweisung) mit Selbst- oder Fremdgefährdung, wenn Verwahrlosung droht infolge der Schwere des Krankheitsbildes (z.B. bei schweren Depressionen oder ausgeprägter schizophrener Negativsymptomatik), wenn Angehörige aufgrund der Akuität des Krankheitsbildes dringend entlastet werden müssen oder bei Komorbidität mit akuten somatischen Krankheitsbildern. Aufgrund des günstigeren Personalschlüssels können Krankenhausabteilungen eine intensivere Einzeltherapie (z.B. Traumakonfrontation bei Posttraumatischer Belastungsstörung [PTB]) anbieten. Ein weiterer Vorteil ist die nicht primär auf sechs bis acht Wochen begrenzte Behandlungsdauer, was gerade Patienten mit erheblicher Komorbidität, schwer psychopharmakologischer Einstellbarkeit (Nebenwirkungssensitivität, Mal-Response) oder komplexen Erkrankungen (z.B. komplexer PTB) erst die Möglichkeit gibt, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen. Andererseits kann es auch Ziel einer Krankenhausbehandlung sein, Motivation zu einer Rehabilitation aufzubauen (Erarbeiten eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells) und Rehabilitationsfähigkeit herzustellen, um die Behandlung in einer Rehabilitationsklinik fortzusetzen.

Stationäre Rehabilitation ist vor allem dann indiziert, wenn es darum geht, Folgen chronischer Erkrankungen im Sinne

der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zu behandeln und PatientInnen die (weitere) Teilhabe an Erwerbsleben und Gesellschaft zu ermöglichen (Köllner et al. 2006). Bei bedrohter Erwerbsfähigkeit (z.B. bei längerer Arbeitsunfähigkeit) ist die Rentenversicherung Kostenträger, geht es hingegen um den Erhalt der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder der Selbstständigkeit (z.B. bei schwerer phobischer Störung oder Zwangserkrankung bei RentnerInnen), so wird die Rehabilitation zulasten der Krankenkasse durchgeführt. In der Rehabilitation überwiegt das Gruppensetting und in der Regel steht ein breites Angebot therapeutischer Möglichkeiten, wie künstlerische Therapien, Ergotherapie, Physiotherapie, physikalische Therapie, Sport- und medizinische Trainingstherapie u.v.m. zur Verfügung, sodass auch komorbide körperliche Erkrankungen im Sinne der Verhaltensmedizin einbezogen werden können. Aufgrund ihrer Größe (ca. 100 bis 250 Behandlungsplätze) haben Rehabilitationskliniken zudem die Möglichkeit, ein breites Spektrum störungsspezifischer Gruppen und Behandlungskonzepte anzubieten. Besonderes Merkmal der Rehabilitation ist der Stellenwert berufsbezogener Therapieelemente, wie z.B. gezielter Trainingsmaßnahmen sowie der internen oder externen Belastungserprobung.

Vernetzung von ambulanter und stationärer Therapie

Da es sich bei psychischen Störungen häufig um chronisch-rezidivierende Krankheitsbilder handelt und zudem Komorbidität mit anderen psychischen und/oder somatischen Erkrankungen bestehen kann, durchläuft ein erheblicher Teil der Betroffenen mehrere Behandlungssettings. Leider werden diese nur selten bewusst zu einem nach lerntheoretischen Gesichtspunkten konzipierten Gesamtbehandlungsplan verknüpft. Nicht selten geschieht eine stationäre Aufnahme eher ungeplant als Krisenintervention oder als Aufforderung des Kostenträgers, eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen. Umgekehrt gelingt es häufig nicht, für Patienten nach stationärer Therapie eine ambulante Weiterbehandlung

ohne größere Wartezeit zu organisieren, sodass erwiesenermaßen das Rückfallrisiko erheblich steigt. Rückfall in alte dysfunktionale Muster, Überforderung durch Alltagsprobleme oder Life-Events ohne therapeutische Hilfe, besonders in den ersten zwei bis vier Wochen häufige Mal- bzw. Non-Compliance sind hierfür z.B. verantwortlich und in der Planung des Gesamtbehandlungspfades von Anfang an stärker zu berücksichtigen. Insofern ist in der Zeit unmittelbar nach der Entlassung die Chance am größten, Verhaltensänderungen dauerhaft im Alltag zu implementieren. Diese bleibt häufig ungenutzt, wenn der Patient in der kritischen Phase der Rückkehr in das bisherige Problemfeld keine therapeutische Unterstützung findet und deshalb in alte dysfunktionale Muster zurückfällt. Hinzu kommt, dass die Suizidgefahr (nicht nur) bei depressiven Patienten unmittelbar nach der Entlassung ansteigt (Weigel et al. 2005), sodass auch aus diesem Grund ein nahtloser Übergang in die ambulante Therapie notwendig wäre.

Sinnvoll wäre es aus diesem Grund, ein mögliches stationäres Therapieintervall frühzeitig einzuplanen. Hier sind folgende Kombinationen denkbar:

- Wenn bei einem akuten Krankheitsbild ambulante Therapie nicht ausreichend sein wird (z.B. Essstörungen, komplexe PTB), ist es sinnvoll, einige ambulante Gespräche vor der Aufnahme durchzuführen und auch schon den Therapieantrag zu stellen, um Therapiemotivation für die stationäre Phase aufzubauen (es ginge kostbare Zeit verloren, wenn dies erst in der Klinik geschehen müsste) und eine reibungslose Fortführung der Therapie nach der Entlassung zu gewährleisten.
- Bei drohender Chronifizierung oder bereits ausgeprägtem chronischen Krankheitsverhalten (Broda 2005) kann es ebenfalls effektiver sein, mit einem stationären Intervall zu beginnen, da so schneller eine Verhaltensänderung erreicht werden kann.
- Ein stationäres Intervall kann eingeplant werden, um ambulant schwierige umzusetzende Therapieschritte (z.B. Traumakonfrontation bei komplexer PTB mit Dissoziation, Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung bei Zwangsstörung) realisieren zu können.
- Auch die Kombination unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen

wird durch stationäre Therapieintervalle erleichtert. So könnte z.B. Angstexposition in eine ambulante psychodynamische Therapie integriert oder eine ambulante Verhaltenstherapie durch die stationäre Bearbeitung eines Konfliktbereiches mittels psychodynamisch-interaktioneller Therapie effektiver werden.

Die Einweisung in ein Krankenhaus ist nur ärztlichen PsychotherapeutInnen oder FachärztInnen für Psychiatrie möglich, während Befundberichte zum Antrag auf stationäre Rehabilitation ebenso von psychologischen PsychotherapeutInnen erstellt werden können. Inzwischen wurde das Reha-Antragsverfahren von den Rentenversicherungsträgern beschleunigt, sodass es möglich ist, eine Reha-Maßnahme bereits wenige Wochen nach der Antragsstellung zu beginnen. Kommunikation ist hierbei eine entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation. Ambulante TherapeutenInnen sollten ihren stationär tätigen KollegInnen telefonisch oder schriftlich über den bisherigen Behandlungsverlauf berichten und umgekehrt auch die Berichte vorangegangener stationärer Therapien anfordern und lesen. Sehr viel wertvolle Information geht zulasten der Effektivität der Behandlung verloren, weil Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen noch nicht zur Routine geworden ist.

Wohin sollte sich die stationäre Verhaltenstherapie entwickeln?

Die **Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung** sollte verbessert werden: Hier könnte in einer ambulanten Vorbereitungsphase z.B. eine Platzierungs- und Eigenmotivationsüberprüfung erfolgen oder ein Teil der Psychoedukation in die ambulante Phase ausgelagert werden („bibliotherapy“). Eine Nachsorgephase böte z.B. die Möglichkeit einer Überbrückung bis zum Freiwerden eines ambulanten Therapieplatzes. Dafür sprechen die oft hohen Relapse-Raten bei langen Intervallen, z.B. bei depressiven Störungen (Thase et al. 1991). Ein ausgearbeitetes Beispiel für ein solches Konzept findet sich auch in dem BMBF-geförderten Projekt „Ambu-

lante prä- und poststationäre Maßnahmen – ein Beitrag zur Flexibilisierung der stationären psychosomatischen Versorgung“ von C. Bischoff im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Auch durch strukturierte Nachsorgeprogramme der Rentenversicherungsträger wie IRENA und Curriculum Hannover (Kobelt et al. 2004) hat die Rehabilitation hier eine Vorreiterrolle übernommen.

Notwendig ist es ebenso, **störungsspezifische verhaltenstherapeutische Angebote für schwere Störungsbilder** auszubauen. Wer je für seine ambulanten PatientInnen eine Klinik gesucht hat, die Konfrontationstherapie bei einer schweren PTB oder Zwangsstörung qualifiziert durchführt, weiß, welcher Mangel hier besteht. Das Gleiche gilt für Erkrankungen wie Schizophrenie, Borderline- und affektive Störungen, wenn über bloße Psychoedukation hinaus tatsächlich störungsspezifische Verhaltenstherapie (z.B. Symptommanagementstrategien) in den Behandlungsplan aufgenommen werden sollte. So dominieren in der Breitenversorgung hier immer noch nosologisch gemischte Stationen mit supportivem Milieu.

Auch eine **vernetzte elektronische Dokumentation mit dem Zuweiser- und Nachbehandlernetz** könnte Ressourcen einsparen helfen und z.B. zur Vermeidung von Doppel Diagnostik führen oder Informationen rascher verfügbar machen. Kritisch muss auch angemerkt werden, dass die Informationsbasis unserer Übersichtsarbeit zumindest teilweise mit dem Versorgungssystem konfundiert ist: Viele Arbeiten zur stationären Verhaltenstherapie sind im angloamerikanischen Bereich publiziert worden, mit wesentlich kürzeren Liegezeiten als in Deutschland. Auch ist das gegenwärtige gesundheitsökonomische Anreizsystem betriebswirtschaftlich unattraktiv für FachärztInnen in den Bereichen Psychiatrie oder Psychosomatik, die Verhaltenstherapie bei schweren seelischen Erkrankungen sinnvoll integriert anbieten können sollten. Weiter fehlen Polikliniken, die spezialisierte Angebote in multiprofessionellen Teams in der Nachsorge anbieten könnten, denn das Pro-Kopf-Budget von ca. 240 €/Quartal dürfte kaum ausreichend sein, um Kontinuität in der Behandlungskette von stationärer zu ambulanter verhaltenstherapeutischer Behandlung betriebswirtschaftlich zu gewährleisten. Letzteres

Fazit

Die Integration eines stationären Intervalls am Beginn oder im weiteren Verlauf einer ambulanten Verhaltenstherapie kann die Effektivität der Behandlung deutlich steigern. Ebenso ist es möglich, stationäre VT-Intervalle in eine ambulante psychodynamische Behandlung zu integrieren. Indikationen können sowohl akute Krankheitsbilder als auch chronifizierte Störungen sein. Das stationäre Setting bietet die Möglichkeit zur Gestaltung eines therapeutischen Milieus, das günstige Ausgangsbedingungen für therapeutische Veränderungen schafft. Notwendig ist eine Verbesserung von Kooperation und Kommunikation zwischen niedergelassenen VerhaltenstherapeutInnen und ihren KollegInnen im stationären Setting.

zeigt, dass wir gesundheitsökonomisch auf eine verschwenderische Art geizig sind, da wir verlängerte Liegezeiten in Kauf nehmen, weil wir an den ambulanten Budgetausstattungen sparen.

Zu den Autoren

Volker Köllner

Prof. Dr. med., geb. 1960, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Verhaltens-therapeut und syst. Familientherapeut. Medizinstudium und Facharztausbildung an der Universitätsklinik Bonn. 1998 bis 2003



Oberarzt und Leiter der psychosomatischen Poliklinik und des Konsiliardienstes am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, 2003 Habilitation im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Seit 2004 Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Blietal Kliniken), seit 2005 Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität des Saarlandes. Arbeitsschwerpunkte: Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Psychokardiologie, Psychotraumatologie, Didaktik und Ausbildungsforschung.

Roland Vauth

PD Dr. med. Dipl.-Psych., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 2001 Ärztlicher Leiter der Zweigstellen PPC und PPM der Psychiatrischen Poliklinik/Universitätsklinik Basel, Lehrtherapeut und Supervisor für Verhaltenstherapie (DVT, KBV, DÄVT) am Postgradualen Studiengang Psychotherapie (PSP) der Universität Basel und Freiburger Lehrinstitut für Verhaltenstherapie (FAVT). Nach Studium der Psychologie und Tätigkeit in der Psychosomatischen Universitätsklinik Bonn, Studium der Humanmedizin. 1992 bis 2001 zunächst Assistent und später Oberarzt an der Freiburger Psychiatrischen Universitätsklinik. Seit vielen Jahren im Bereich der Gesundheits- und Versorgungsforschung und der Evaluation von klinischen Programmen im Bereich Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen (Schizophrenie, Bipolare Störungen und Depressionen) tätig.



Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Fachklinik für Psychosomatische Medizin,
Blietal Kliniken
Am Spitzenberg
66440 Blietkastel
E-mail: koellner@blietal.mediclin.de

Literatur

- 1 Borgart E-J, Meermann R. Stationäre Verhaltenstherapie. Bern: Huber, 2004
- 2 Bottlender M, Kohler J, Soyka M. The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence – a review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006; 74: 19–31
- 3 Bowers WA. Cognitive therapy with inpatients. In: Freeman AM, Simon KM, Arkowitz A (Hrsg): *Handbook of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press, 1998
- 4 Bradizza CM, Stasiewicz PR. Integrating substance abuse treatment for the seriously mentally ill into inpatient psychiatric treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1997; 14: 103–111
- 5 Broda M. Chronisches Krankheitsverhalten. In: Köllner V, Broda M (Hrsg): *Praktische Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Thieme, 2005: 118–122
- 6 Davis MH, Casey DA. Utilizing cognitive therapy on the short-term psychiatric inpatient unit. *General Hospital Psychiatry* 1990; 12: 170–176
- 7 Gournay K, Curran J, Rogers P. Assessment and management of obsessive compulsive disorder. *Nurs Stand* 2006; 20: 59–65
- 8 Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2004
- 9 Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317: 441–447
- 10 Hollander E, Buchalter AJ, DeCaria CM. Pathological gambling. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 629–642
- 11 Jacobi C, Paul T, Thiel A. Essstörungen. Göttingen: Hogrefe, 2004: 51–53
- 12 Kobelt A, Nickel L, Grosch EV, Lamprecht F, Kunsebeck HW. Participation in psychosomatic outpatient care after in-patient rehabilitation. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2004; 54 (2): 58–64
- 13 Köllner V, Rüddel H, Paar G. Ärztliche Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. *Ärztliche Psychotherapie* 2006; 1: 38–39
- 14 Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453–461
- 15 Linden M. Stationäre „psychosomatische Rehabilitationen“ gemäß Sozialgesetz. In: Frieboes RM, Zaudig M, Nosper M (Hrsg): *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. München: Urban und Fischer, 2005: 332–352
- 16 Linden M, Weidner C. Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Nervenarzt* 2005; 76: 1421–1431
- 17 Linden M, Baudisch F, Popien C, Golombek J. Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. *Psychother Psych Med* 2006; 56: 390–396
- 18 Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial treatment for first-

- episode psychosis: a research update. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162: 2220 – 2232
- 19 Spreat S, Behar D. Trends in the residential (inpatient) treatment of individuals with a dual diagnosis. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 43 – 48
- 20 Stieglitz R-D, Vauth R. Compliance und Patientenbeteiligung in der Rehabilitationspsychopharmakotherapie. In: Linden M, Müller WE (Hrsg): *Rehabilitationspsychopharmakotherapie*. Köln: Ärzteverlag, 2005: 71 – 92
- 21 Stuart S, Wright JH, Thase ME, Beck AT. Cognitive therapy with inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 42 – 50
- 22 Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA, Linehan MM. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly* 2001; 72: 307 – 324
- 23 Thase ME, Bowler K, Hardin T. Cognitive behavior therapy of endogenous depression: part 2: Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behaviour Research & Therapy* 1991; 22: 469 – 477
- 24 Vauth R, Riecher-Rössler A. Behandlungsprobleme bei schizophrenen Störungen. In: Roessler W (Hrsg): *Lehrbuch Psychiatrischer Rehabilitation*. Berlin: Springer, 2004: 532 – 546
- 25 Wadden TA, Foster GD. Behavioral treatment of obesity. *Med Clin North Am* 2000; 84: 441 – 461
- 26 Weigel B, Scherk H, Pajonk FG, Hoyer J. Depression. In: Köllner V, Broda M (Hrsg): *Praktische Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Thieme, 2005: 157 – 174
- 27 Wilson GT. Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Behav Res Ther* 1999; 37 (Suppl 1): 79 – 95
- 28 Wolfersdorf M, Lehle B. Depression Treatment Units – Standards 1998. *Psychiatr Prax* 2003; 30: 140 – 142
- 29 Wright JH, Thase ME, Beck AT, Lugate JW. *Cognitive therapy with inpatients*. New York: Guildford, 1993
- 30 Zielke M, Sturm J. *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion (PVU), 1994