

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele

**Spezifische Wirkfaktoren tagesklinischer
psychosomatischer Behandlung
– eine qualitative Inhaltsanalyse**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von
Kerstin Knab
aus Ulm

2007

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin
1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim
2. Berichterstatter: PD Dr. Ferdinand Keller
Tag der Promotion: 18.Juli 2008

Für meine Familie,

im besonderen Gedenken an meine liebe Mutter Anna Knab

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
<u>1. Einleitung</u>	<u>7</u>
1.1 Historischer Überblick: Die Entwicklung teilstationärer Psychotherapie	8
1.2 Die Ulmer Tagesklinik	12
1.3 Bisheriger Stand der Forschung: Wirksamkeit tagesklinischer Therapie im Vergleich zu anderen Behandlungsformen	15
1.4 Indikationen zur teilstationären Therapie	16
1.5 Wirkfaktoren	19
1.6 Einführung in die qualitative Forschung	22
<u>2. Patientengut und Methoden</u>	<u>22</u>
2.1 Die Patientenstichprobe	22
2.2 Die Interviews	27
2.3 Der Interviewleitfaden	28
2.4 Einführung in die qualitative Forschung	28
2.5 Das Computer-Programm Atlas.ti	37
2.6 Entstehung des Kategoriensystems, Codierprozess, Gegencodieren	40
<u>3. Ergebnisse</u>	<u>43</u>
3.1 Ergebnisse der Interviews in der Tagesklinik	43
3.2 Vergleich der Ergebnisse tagesklinischer und stationärer Patienten	58
<u>4. Diskussion</u>	<u>62</u>
4.1 Diskussion der Methodik	62
4.2 Diskussion der Ergebnisse	65
4.3 Vergleich mit anderen Studien	66

4.4 Klinische Schlussfolgerungen	66
4.5 Wissenschaftliche Schlussfolgerungen und Ausblick	67
<u>5. Zusammenfassung</u>	<u>68</u>
<u>6. Literaturverzeichnis</u>	<u>70</u>
<u>7. Anhang</u>	<u>74</u>
7.1 Abbildungsverzeichnis	74
7.2 Interviewleitfaden Tagesklinik	76
7.3 Interraterreliabilität	78
7.4 Häufig genannte Codes in der Tagesklinik	79
7.5 Häufig genannte Codes in der Stationären Klinik	80
<u>8. Danksagung</u>	<u>82</u>

Abkürzungsverzeichnis

Atlas.ti	Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache, Textinterpretation
AQUAD	Computerprogramm zur <u>A</u> nalyse <u>q</u> ualitativer <u>D</u> aten
BRD	Bundesrepublik Deutschland
HU	Hermeneutic Unit
IA	Inhaltsanalyse
ICD	International Classification of diseases
neg.	negativ
neutr.	neutral
MAX	Computerprogramm zur Text- und Inhaltsanalyse
miss.	missing
PC	Personal Computer
pos.	positiv
PPRZ	Psychosomatisch-Psychotherapeutisches teilstationäres Rehabilitationszentrum
SCL-90-R	Symptom-Checkliste von Derogatis
SK	Stationäre Klinik
TK	Teilstationäre Klinik
vs.	versus

1. Einleitung

Seit der Gründung der ersten psychosomatischen Tagesklinik 1982 in Düsseldorf gewinnt das Modell des teilstationären Settings zunehmend Bedeutung in der Psychotherapie.

Die Idee tagesklinischer Psychotherapie entstand aus der Beobachtung heraus, dass es Patientengruppen gibt, für die weder eine vollstationäre noch eine ambulante Behandlung die adäquate Therapie darstellen. Dies begründet sich darin, dass eine Behandlung mit höherer Frequenz im ambulanten Rahmen meist nicht geleistet werden kann und dass das vollstationäre Setting für den Patienten eine Entfernung aus seinem sozialen Umfeld bedeutet, mit einem erhöhten Rückfallrisiko behaftet ist und die Gefahr regressiver Entwicklungen beinhaltet.

Da sich viele teilstationäre Einrichtungen an stationären Therapiekonzepten anlehnen, was die psychoanalytischen Konzepte und die Idee der therapeutischen Gemeinschaft betrifft (Bion 1961), kann man diese oftmals nicht als charakteristische Unterschiede heranziehen.

Der größte Unterschied zwischen teil- und vollstationären psychotherapeutischen Einrichtungen besteht wohl vor allem in den Spezifika des Settings.

Doch worin genau bestehen diese Spezifika?

Was genau wird von den Patienten als Herausforderung während ihrer Therapie angesehen und allgemeiner gefragt, wie erleben sie persönlich das teilstationäre Setting? Was sind die spezifischen Wirkfaktoren?

Die vorliegende Arbeit befasst sich im Rahmen der Gesamtstudie mit dem Hauptaugenmerk auf die tagesklinischen Wirkfaktoren, vergleicht im Diskussionsteil jedoch die Ergebnisse mit den Spezifika stationärer Behandlung, die von Sandra De Filippo in einer Parallelarbeit ermittelt wurden.

Das Ziel dieser Studie ist es, im Rahmen einer qualitativen Untersuchung folgende Fragestellung zu beantworten:

- 1) Wie erleben die Patienten die Situation in der Tagesklinik?
- 2) Welche Wirkfaktoren – therapiebezogen und settingbezogen – werden genannt?
Was wird als besonders hilfreich beziehungsweise belastend empfunden?

- 3) Gibt es Unterschiede bezüglich der Wirkfaktoren in der Tagesklinik und in der Stationären Klinik?
- 4) Lassen sich spezifische Empfehlungen für eine tagesklinische beziehungsweise für eine stationäre Behandlung herausarbeiten?

Da ein großer Forschungsbedarf auf dem noch jungen Gebiet der teilstationären Psychotherapie besteht, möchten wir mit unseren Arbeiten gerne einen Beitrag dazu leisten.

1.1 Historischer Überblick: Die Entwicklung teilstationärer Psychotherapie

Die Institution „Tagesklinik“ hielt zunächst nicht in der Psychotherapeutischen Medizin, sondern in der Psychiatrie ihren Einzug. Die Gründe für dieses neue Therapiekonzept waren weniger therapeutischer, sondern eher ökonomischer Natur.

So wurde 1932 von Dzagorov in Moskau die erste psychiatrische Tagesklinik gegründet, da die finanziellen Mittel es nicht zuließen die Patienten über Nacht zu betreuen. Diesen Aspekt hebt Matakas (1992) besonders hervor und ist sich darin mit Wirtschaftsexperten einig, die vor allen Dingen den monetären Aspekt der kostengünstigeren teilstationären Einrichtungen begrüßen. So führt der Verzicht auf das Krankenbett, der geringere Bedarf an Gebäudeflächen, sowie die Personalsparnis zu signifikant niedrigeren Betriebskosten im Vergleich zu vollstationären Institutionen.

Finzen sieht den Ursprung teilstationärer psychiatrischer Behandlung im England der Nachkriegszeit, geprägt durch „wirtschaftliche Not und Kriegserfahrungen mit einer improvisierten Psychiatrie ohne Mauern und Gitter in den alliierten Feldlagern“ (Finzen 1986, S.10).

So wurde das Konzept der teilstationären Psychiatrie 1947 in London mit der Eröffnung des Marlborough-Day-Hospitals durch Joshua Bierer umgesetzt und wenig später in Montreal 1946 durch D.E. Cameron realisiert.

Beide passten die Arbeitszeit des Personals den Behandlungszeiten der Patienten an und „ersparten, Jahre vor Einführung der modernen Psychopharmaka, bestimmten Patientengruppen Isolierung und Zwang“ (Finzen 1986, S.10), frei nach den Überlegungen: Wozu braucht ein körperlich nicht pflegebedürftiger Patient ein Krankenbett und warum soll er die Nächte und Wochenenden, an denen keine Therapie

stattfindet und die Personalbesetzung auf ein Minimum reduziert ist, in der Klinik verbringen?

Im Mental Health Act der USA aus dem Jahr 1963 wurde in den Vereinigten Staaten ebenfalls tagesklinischen Einrichtungen der Weg geebnet, da gefordert wurde, dass alle psychiatrischen Einrichtungen „day care facilities“ anbieten müssen.

Nachdem das Konzept psychisch Kranke teilstationär zu therapieren in den angelsächsischen Ländern und Skandinavien Anklang gefunden hatte, wurde schließlich 1962 in Frankfurt die erste psychiatrische Tagesklinik der BRD gegründet. 20 Jahre später hatte sich die Anzahl auf 60 deutsche Tageskliniken erhöht.

Die psychiatrische Tagesklinik war dabei in ihrem Rahmen genau definiert als Bestandteil einer therapeutischen Kette, der in der Regel einem stationären Aufenthalt nachgeschaltet war.

1971 definierte die Sachverständigen-Sonderkommission in ihrem Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland den Begriff „Psychiatrische Tagesklinik“ wie folgt:

"Die Tagesklinik ist eine halbstationäre Einrichtung zur Behandlung vorwiegend akut oder subakut psychisch Kranker mit ausreichend stabilem sozialen Hintergrund, die sich für eine begrenzte Zeit nur tagsüber dort aufhalten, während sie den Abend und die Nacht im gewohnten häuslichen Milieu verbringen. Der Tagesablauf ist durch ein therapeutisches Programm gegliedert, das die verschiedenen Behandlungsformen (Beschäftigungs-Therapie, Arbeitstherapie, therapeutische Gruppenarbeit usw.) strukturiert und die soziale Umwelt der Patienten gezielt mit einbezieht" (Sachverständigen-Kommission der Bundesregierung 1975, S.222).

Die Entwicklung des teilstationären Therapiekonzepts in der Psychotherapeutischen Medizin begann erst 55 Jahre nach der Etablierung stationärer Kliniken für Psychotherapie. Während die stationäre Psychotherapie ihre Anfänge bereits 1927 mit der Gründung einer „Psychoanalytischen Klinik“ durch Ernst Simmel in Berlin fand und auf eine über 70 Jahre währende Geschichte zurückblicken kann, wurde die erste Psychotherapeutische Tagesklinik erst vor 23 Jahren, am 15. Februar 1982, in Düsseldorf gegründet. Der Gedanke eine teilstationäre Therapie nicht ausschließlich als Anschlussbehandlung an einen stationären Aufenthalt, sondern auch als primäres Behandlungsangebot zu entwickeln, war dabei neu.

Seit der Einrichtung eines Lehrstuhls für Psychotherapie und Psychosomatik 1977 war es ein Anspruch der Universität Düsseldorf ein möglichst differenziertes Therapieangebot zu machen. Bereits wenige Jahre nachdem die dortige Poliklinik ihre Arbeit aufgenommen hatte, war klar, „dass es eine Gruppe von Patienten gab, für die weder ein ambulantes Angebot noch ein vollstationäres Angebot die angemessene Versorgung darstellten“ (Heigl-Evers 1986, S.13).

Die Gründungsidee der psychotherapeutischen Tagesklinik war geboren und orientiert an einem „individuumzentrierten, verlaufsorientierten, integrierten Gesamtbehandlungsplan“ (Heigl-Evers 1986, S.41) konnten anderthalb Jahre später die ersten Erfahrungen der Öffentlichkeit präsentiert werden.

Orientiert an der Frage „Welche therapeutischen Angebote braucht dieser Patient zu diesem Zeitpunkt des Prozesses?“ (Heigl-Evers 1986, S.43) wurde dabei individuell für jeden Patienten (=individuumzentriert), angepasst an den Verlauf seiner Therapie (=verlaufsorientiert) und in ständigem Austausch aller am Therapieprozess Beteiligten, was zu Verknüpfungen und gegenseitigem Bezugnehmen der verschiedenen Therapiemaßnahmen führt (=integrativ), ein neues Therapiekonzept erstellt.

Betrachtet man die Entwicklung teilstationärer Therapie, kann jedoch nicht ausschließlich von einer Erfolgsgeschichte oder einer reibungslosen Entwicklung berichtet werden. Ralf Zwiebel berichtete 1987 in seinem Buch „Psychosomatische Tagesklinik. Bericht über ein Experiment“ über die Gründung einer psychosomatischen Tagesklinik in Bielefeld und die damit verbundenen Probleme, die schließlich nach 3 Jahren zur Umwandlung in eine vollstationäre Einrichtung führten.

Gründe für das Scheitern teilstationärer Therapieeinrichtungen sieht Zwiebel unter anderem in Problemen standespolitischer Natur seitens niedergelassener Therapeuten sowie einem ungeeigneten Patientengut.

Finzen machte in der ersten Zeit nach der Gründung der psychiatrischen Tagesklinik in Tübingen die Erfahrung, dass die Patienten „dem therapeutischen Personal nicht mehr ausgeliefert, wie etwa auf einer geschlossenen psychiatrischen Station“ (Finzen 1986, S.31) waren und dass umgekehrt das Personal darauf angewiesen war, „dass die Patienten seine Arbeit in einem solchen Maße schätzten, dass sie sich ausreichend motiviert fühlten, jeden Morgen in die Tagesklinik zu kommen.“ (Finzen 1986, S.31)

Einen weiteren Grund für Widerstände gegen das tagesklinische Behandlungskonzept sieht Finzen darin, dass im Rahmen der angestrebten therapeutischen Gemeinschaft das

traditionelle Hierarchiegefüge hier nur in horizontalisierter Form zu finden ist, da das Setting eine enge Zusammenarbeit aller am Therapieprozess Beteiligten sowie einen regen Austausch erfordert. In einem solchen therapeutischen Konzept mit partnerschaftlichen Ansprüchen „ist sowohl die professionelle Herrschaft der Ärzte gemindert wie auch die Alltagshegemonie der pflegerisch Tätigen“ (Heigl-Evers 2000, S.191), was wiederum bei Einzelnen die Angst auslösen kann Prestige und Einfluss zu verlieren.

Aktuell gibt es etwa 30 psychosomatische Tageskliniken in Deutschland, in denen insgesamt circa 311 Plätze zu Verfügung stehen und die in ihrer Konzeption und Funktion von unterschiedlichstem Charakter sind.

Die verschiedenen Tageskliniken reichen in ihren Therapieansätzen von gruppentherapeutisch orientierten, psychodynamisch orientierten, über rehabilitativ-stützende bis hin zu intensiven multimodalen psychoanalytischen Einrichtungen. Es gibt zudem Einrichtungen, die sich auf spezielle Störungsbilder spezialisiert haben und hierfür Therapieprogramme anbieten, wie beispielsweise für das Borderline-Syndrom oder Essstörungen.

Im süddeutschen Raum konnte sich seit seiner Gründung 2002 das Netzwerk psychosomatischer Tageskliniken etablieren, dem auch die Tagesklinik der Universität Ulm angehört. Das Netzwerk Tageskliniken ist ein Zusammenschluss psychosomatischer Tageskliniken im Süddeutschen Raum, der gemeinsam Forschung anhand klinischer Fragestellungen betreibt.

Mitglieder des Verbunds sind neben der Universität Ulm die TK Basel, die Universität Freiburg, das Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart, das PPRZ in Stuttgart, das Städtische Klinikum Esslingen, das Städtische Krankenhaus München-Harlaching, die Universität Nürnberg sowie die Universität Erlangen.

In halbjährlichen Treffen findet ein Austausch zwischen Vertretern aller Fachrichtungen, also Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal und Spezialtherapeuten in zwei Schwerpunkts-Arbeitsgruppen - einer klinischen und einer Forschungsgruppe - statt.

Die Forschungsgruppe beschäftigt sich dabei intensiv mit dem Vergleich zwischen voll- und teilstationärer Behandlung und hat es sich zum Ziel gesetzt Differentialindikationen zu erarbeiten. Im Rahmen dieser Forschungstätigkeit entstand die Idee dieses Ziel durch die Planung und Durchführung qualitativer Studien zu erreichen, was den Anstoß für die vorliegende Doktorarbeit gab.

1.2 Die Ulmer Tagesklinik

Um besser verstehen zu können, was man sich unter einer Psychosomatischen Tagesklinik vorzustellen hat, möchte ich dies zunächst am Beispiel der Tagesklinik der Universität Ulm erläutern, die im Rahmen unserer Studie den Repräsentant der teilstationären Therapie darstellt.

Am 01.11.2001 eröffnete die Psychosomatische Tagesklinik Ulm im ehemaligen Gebäude der Hochschule für Gestaltung auf dem Kuhberg ihre Pforten. Zum damaligen Zeitpunkt bot sie neun Therapieplätze. Aufgrund der regen Nachfrage wurde sie jedoch im Jahr 2004 erweitert. Seitdem werden bis zu 18 Patienten in zwei Gruppen betreut, von denen eine verhaltenstherapeutisch und die andere psychodynamisch orientiert arbeitet.

Das Therapieprogramm findet montags bis freitags von 8 Uhr bis circa 16 Uhr statt.

Betreut werden die Patienten von einem Team aus ÄrztInnen, PsychologInnen, Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen sowie Musik- und KunsttherapeutInnen.

Jeder Patient hat einen festen Einzeltherapeuten, bei dem er in der Regel zwei Wochenstunden à 45 Minuten Therapiezeit hat, außerdem finden dreimal wöchentlich Gruppentherapiesitzungen statt.

Das Therapieangebot beinhaltet zudem eine große Anzahl an Spezialtherapien, wie Kunst-, Mal- und Musiktherapie, Entspannungsübungen, Bewegungsangeboten, Training sozialer Kompetenzen, Paar- und Familiengesprächen und einem speziellen Angebot für Essgestörte.

Einmal wöchentlich treffen sich die Patienten mit den Pflegekräften und Therapeuten zum Plenum. In dieser Versammlung können sich neue Patienten vorstellen, organisatorische Abläufe, wie zum Beispiel der Küchendienst geklärt werden und sonstige Anliegen angesprochen werden.

In der Ulmer Tagesklinik wird nach dem Prinzip der Bezugspflege gearbeitet, was bedeutet, dass beiden Therapiegruppen je eine Krankenschwester als konstanter Ansprechpartner des Pflorgeteams zu Verfügung steht.

Treten Probleme im sozialen Alltag des Patienten auf, so ist zudem eine Sozialarbeiterin für sie erreichbar.

Der Aufnahmemodus der Ulmer Tagesklinik sieht es ein ambulantes Vorgespräch vor.

Danach wird in einer Konferenz über die Aufnahme entschieden.

Für die Patienten der Tagesklinik bedeutet ihr Aufenthalt dort, dass sie sich morgens in der Klinik einfinden und nach einem individuellen Stundenplan ihr Therapieprogramm absolvieren, jedoch die Abende und die Wochenenden in ihrem gewohnten Umfeld zu Hause verbringen.

Die Gestaltung der therapiefreien Zeit bleibt den Patienten selbst überlassen. Obligatorisch sind die Teilnahme am gemeinsamen Frühstück und Mittagessen.

Ein Unterschiedsmerkmal im Vergleich zum stationären Setting ist die räumliche Situation. Es gibt in der Tagesklinik, im Gegensatz zum vollstationären Bereich, keine eigenen Zimmer, auf die sich die Patienten zurückziehen können. Allerdings stehen Räume zur gemeinschaftlichen Nutzung zu Verfügung. Zum einen können sich die Patienten der Ulmer Tagesklinik in der Küche aufhalten, in der auch die gemeinsamen Mahlzeiten eingenommen werden, zum anderen in der „Badewanne“, einem Gruppenraum mit Ruhemöglichkeiten und PC-Anschluss. Zudem besteht die Möglichkeit in der Umgebung der Klinik, dem Hochsträß, spazieren zu gehen.

Ein weiterer Unterschied zwischen den Therapieformen ist die Loslösung vom sozialen Umfeld im vollstationären beziehungsweise das Verbleiben im gewohnten Milieu im teilstationären Bereich. So kehren Patienten der Tagesklinik jeden Tag nach Therapie-Ende in ihre gewohnte Umgebung und zu ihren Bezugspersonen zurück, was auch bedeutet, dass sie dort eventuell mit konflikthafter Situationen konfrontiert werden. Dies kann jedoch auch konstruktiv, im Sinne einer Übungssituation, genutzt werden. Der Patient kann neue Erfahrungen aus der Therapie im Alltag überprüfen und versuchen das Gelernte direkt anzuwenden. Die „enge Verzahnung eines intensiven Therapieangebots mit der Alltags- bzw. familiären Situation“ (Zeeck et al 2002, S.492) ermöglicht es außerdem soziale und familiäre Aspekte intensiver in die Behandlung mit einfließen zu lassen.

Gerade das abendliche Nachhausekommen stellt für viele Patienten einen bedeutenden Vorteil der Tagesklinik dar, besonders, wenn sie Familie haben oder die Distanz zur Therapie für den Heilungsprozess benötigen.

Ebenso sehen sich die Patienten der Tagesklinik im Vergleich zur vollstationären Klinik weniger häufig sozial stigmatisiert und „irritierter Fragen aus dem sozialen Umfeld“ (Zeeck et al 2002, S.495) ausgesetzt.

Da der Tagesrhythmus dem eines Arbeitstages ähnlich ist, wird ein späterer Wiedereinstieg ins Berufsleben erleichtert und es bleibt für die Patienten stets ein gewisser Realitätsbezug erhalten.

Eine teilstationäre Therapie bedeutet für die meisten Patienten allerdings auch Doppelbelastungen auf sich zu nehmen, da sie von der Institution Tagesklinik nicht, wie im vollstationären Bereich, von ihren Alltagsverpflichtungen entbunden werden. Zudem sind die Patienten täglich mit Trennungssituationen konfrontiert. Sie müssen sich morgens aus dem gewohnten Umfeld lösen und sich in der Tagesklinik einfinden und werden am Abend aus diesem Schutzraum wieder in die Realität befördert. Somit wird das tägliche Kommen und Gehen zur Aufgabe. Zumal es jeden Morgen die erneute Bereitschaft und Motivation zur Therapie erfordert und vom Patienten verlangt Zeiten ohne professionellen Ansprechpartner zu überbrücken. Man kann deshalb sagen, dass den Patienten der Tagesklinik durchaus mehr Selbstständigkeit und Autonomie abverlangt wird, verglichen mit einem vollstationären Konzept.

Aus welchen Krankheitsbildern setzt sich der Patientenstamm einer Tagesklinik zusammen? Die Hauptdiagnosen bei Aufnahme aus dem Jahr 2003 lauteten in der Ulmer Tagesklinik: Depressive Episode und Dysthymia (30%), Essstörungen (25%), Persönlichkeitsstörungen (13%), Angststörungen (9%), Somatoforme Störungen (5%), Abhängigkeitssyndrom (4%), Sonstige (4%).

Von der Behandlung ausgeschlossen sind Patienten mit akuten Psychosen, akuten Suchterkrankungen und akuter Suizidalität.

Im Jahr 2003 wurden in der Ulmer Tagesklinik insgesamt 53 Patienten aufgenommen, wobei die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 6 bis 8 Wochen lag.

Im folgenden Teil der Einleitung möchte ich einen kurzen Überblick über den Stand der bisherigen Forschung geben und dann allgemeine Indikationskriterien und Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlung erläutern.

1.3 Bisheriger Stand der Forschung: Wirksamkeit tagesklinischer Therapie im Vergleich zu anderen Behandlungsformen

Wie bereits oben erwähnt ist die teilstationäre Therapie ein noch junger Teilbereich der Psychosomatischen Medizin und aus diesem Grund liegt, verglichen mit vollstationären Einrichtungen, erst eine relativ geringe Anzahl an Studien vor, die sich mit dieser Thematik befassen.

Um die Therapieform an sich zu überprüfen wurden zunächst Studien durchgeführt, die die tagesklinische Behandlung mit den bereits etablierten ambulanten und vollstationären Konzepten verglichen. Man muss jedoch hierzu anmerken, dass ein Vergleich der bislang durchgeführten Studien aufgrund der unterschiedlichen Konzepte, nach denen die diversen untersuchten Tageskliniken arbeiten, verschiedenen Patientengruppen und ungleichen Behandlungsdauern praktisch nicht möglich ist.

Dennoch möchte ich einen kurzen Überblick über bisher durchgeführte Studien geben.

In einer neueren Arbeit aus dem Jahr 1991 wurde eine Patientengruppe mit chronifizierten Angststörungen und Depressionen bewertet, die entweder eine ambulante oder teilstationäre Therapie machte. Das Ergebnis besagt, dass die tagesklinische Behandlung einen größeren Benefit für die Patienten erbrachte (Dick et al. 1991).

Zu einem ähnlichen Resultat, also ebenfalls eine Überlegenheit teilstationärer Therapie, kam 1993 eine Forschungsgruppe, die tagesklinische Patienten mit einer Wartegruppe verglich (Piper et al 1994).

Spätere Arbeiten, wie zum Beispiel dem Cochrane-Report aus dem Jahr 2001 über akutpsychiatrische Patienten (Marshall et al. 2001) oder Erfahrungsberichten über Essstörungen (Gerlinghoff et al. 1997) beziehungsweise neurotische Patienten (Zeeck et al. 2003) kamen im wesentlichen alle zu der Aussage, dass tagesklinische Behandlung genauso gut wie ambulante und vollstationäre Behandlung sei. Allerdings bleibt hier anzumerken, dass eine Meta-Analyse ebenfalls das Ergebnis erbrachte, dass tagesklinische Behandlung ebenso wirksam wie ambulante Therapie sei. Es bleibt deshalb kritisch zu hinterfragen, mit welchen Erhebungsinstrumenten diese Ergebnisse zustande kamen und ob durch die Störungsbilder der psychiatrischen Patienten möglicherweise eine Bias der Resultate zu erklären ist.

Wie bereits erwähnt ist eine generelle Aussage über die Ergebnisse der aufgeführten Studien nicht möglich, da sich die einzelnen untersuchten tagesklinischen Settings in einem erheblichen Maß unterscheiden. Studien, die ein teilstationäres mit einem im Therapieangebot ähnlichen vollstationären Setting vergleichen und eventuell Hinweise auf eine differentielle Indikationsstellung geben könnten, fehlen bislang praktisch vollständig (Zeeck et al 2003).

1.4 Indikationen zur teilstationären Therapie

Zum ersten Mal wurden Indikationskriterien zur teilstationären Psychotherapie von Anneliese Heigl-Evers formuliert, die eine tagesklinische Behandlung für Patienten indiziert sah, „die zu heilender Veränderung eines intensiveren Therapieangebots bedürfen, als es im ambulanten Rahmen zu vermitteln ist, für die jedoch eine vollstationäre Versorgung nicht indiziert ist, weil sie neben der Therapie die weitere Auseinandersetzung mit dem Umfeld brauchen“ (Heigl-Evers et al 1986, S.69). Heigl-Evers vertritt die Meinung, dass es eine Gruppe von Patienten gibt, die durch das Betreten eines vollstationären Schutzraumes und das Verlassen des gewohnten sozialen Umfeldes sowie interpersoneller Beziehungen ungünstig in ihrem therapeutischen Prozess bestärkt werden, da sie Konflikte vermeiden wollen und ein größtmögliches Maß an Harmonie anstreben. Bei diesen Patienten sieht Heigl-Evers die außerklinischen Konflikte und Spannungen als wichtige, belebende Impulsgeber für die Therapie.

Ferner kommt die Tagesklinik für Patienten in Frage, die „aus Gründen der Überschreitung ihrer Nähetoleranz“ (Heigl-Evers et al 1987, S.69) eine vollstationäre Therapie nicht ableisten können. Bei ihnen besteht während des stationären Aufenthalts die Gefahr einer malignen Regression. Zudem wurde bei dieser Patientengruppe unter vollstationärer Behandlung gehäuft massive Verstöße gegen die Hausordnung sowie ein gesteigerter Bedarf an intensiver pharmakologischer Intervention beobachtet. Um dieses durch innere Spannungen verursachte Verhalten abzustellen, brauchen die Patienten die Möglichkeit räumlicher Distanzierung. Genau dies ist im Setting der teilstationären Behandlung durch die Möglichkeit von Trennung und Wiederannäherung, Fortgehen und Zurückkommen gegeben.

Nosologisch ordnet Heigl-Evers die Störungsbilder potentieller Tagesklinik-Patienten den „Bordeline-Persönlichkeiten, den präpsychotischen und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen“ zu, „ferner den schweren psychosomatischen Erkrankungen, den Sucht- und Perversionskrankheiten, den Impuls-Neurosen mit Übergang zur Dissozialität“ (Heigl-Evers 1986, S.69- 70).

Odag und Henneberg-Mönch sehen die teilstationäre Psychotherapie indiziert für Patienten, die eine intensive, ganztägige Psychotherapie benötigen, „einer flexiblen Gestaltung der therapeutischen Angebote bedürfen“, „zum Durcharbeiten des in der Therapie einsichtig Gewordenen einen relativ geschützten Rahmen brauchen“ und „die

dabei gleichzeitig in der gewohnten sozialen Umgebung verbleiben und diese Bedingungen für ihre Behandlung nutzen können“ (Odag und Henneberg-Mönch 1986, S. 82), wobei dies eine soziale Integration des Patienten in gewissen Grenzen voraussetzt.

Weiter führen sie fünf Patientengruppen an, für die ihren Erfahrungen nach die teilstationäre Psychotherapie angebracht sei:

1. „Patienten mit überwiegend neurotischen Erkrankungen“, worunter Odag und Henneberg-Mönch „Kranke mit chronifizierten Symptom- und Charakterneurosen, mit ausgeprägtem Bequemlichkeitshaltungen oder mit latenten Rentenwünschen“ (Odag und Henneberg-Mönch 1986, S. 82) subsummieren. Bei diesen Patienten übernimmt die Tagesklinik eine einleitende Rolle eines längerfristigen Behandlungsprozesses, ermöglicht aber auch die Klärung prognostisch offener Fragen.
2. Patienten, die für den Übergang in eine ambulante Therapie nach der vollstationären Behandlung eine Zwischenstufe benötigen. Hierzu gehören Patienten mit neurotischen Krankheitsbildern ebenso wie mit strukturellen Ich-Störungen, wobei oftmals Mischformen mit konfliktpathologischen und entwicklungspathologischen Anteilen zu beobachten sind. Bei diesen Störungsbildern soll die tagesklinische Behandlung regressiven Tendenzen wie sie während einer vollstationären Therapie zu beobachten sind, entgegenwirken.
3. „Patienten mit strukturellen Ich-Störungen, die in ihrer Nähe- und Distanztoleranz erheblich beeinträchtigt sind“ (Odag und Henneberg-Mönch 1986, S. 83).
4. „Patienten mit strukturellen Ich-Störungen, die im vollstationären Bereich zu malignen Regressionen neigen“ (Odag und Henneberg-Mönch 1986, S. 83).
5. Patienten, die aufgrund ihrer familiären Situation keine vollstationäre Behandlung machen können.

Von Wietersheim, Zeeck und Küchenhoff ermittelten in einer Befragung von Leitenden Ärzten in 18 deutschen Tageskliniken Indikationskriterien für eine teilstationäre Psychotherapie.

Hierbei differenzieren sie allgemeine und spezielle Indikationskriterien.

Die allgemeinen Kriterien entsprechen denen einer vollstationären Therapie, also beispielsweise die Insuffizienz ambulanter Therapie und die Störungsschwere.

Die speziellen Indikationskriterien werden in die 4 Kategorien unterteilt.

1. Die Entität Familie/Umgebung enthält Verpflichtungen des Patienten im sozialen Umfeld, wie beispielsweise die Versorgung von Angehörigen oder Tieren, schließt aber auch die intensivere Miteinbeziehung der Angehörigen, wie in Paar- oder Familiengesprächen, mit ein.
2. Im Bereich Arbeit/ soziales Umfeld wird die Kombination aus Therapie und Alltag als produktive Übungssituation für den Wiedereinstieg ins Berufsleben angeführt, zudem wird die Aufrechterhaltung des Kontakts zum Arbeitgeber, Arbeitsamt und sozialen Einrichtungen erwähnt.
3. Die Kategorie krankheitsspezifische Gründe umfasst Störungen wie Essstörungen und Phobien, bei denen der Transfer ins Umfeld schwierig ist sowie die Situation des krankheitsbedingten sozialen Rückzugs, der vor Ort schrittweise behoben werden soll. Außerdem erwähnt werden unter dieser Kategorie das bereits angesprochene Nähe-Distanz-Problem, ferner eine ausgeprägte Regressionsneigung.
4. In der vierten Entität Behandlungsmotivation/ Integration des teilstationären Angebots in der Behandlungskette wird die Angst vor sozialer Stigmatisierung und Probleme beim Übergang aus dem stationären Setting angeführt.

Nach Kruse et al. (2000) wird grundsätzlich die Indikation zur teilstationären Behandlung „bei Patienten gestellt:

- die eine intensive Therapie benötigen
- die einer Kombination verschiedener therapeutischer Verfahren bedürfen
- deren Behandlungsplan flexibel angepasst werden soll und
- die einen soziale Raum brauchen, um gewonnene Einsichten auszuprobieren.“

(Kruse et al. 2000, S.194)

Durch das Verbleiben im sozialen Umfeld und die Rückzugsmöglichkeit von der Institution Tagesklinik unterscheiden sich Kruses Meinung nach deren Patienten von denen einer vollstationären Einrichtung. Weiterhin führt er an, dass sie gewisse Voraussetzungen zur teilstationären Behandlung mitbringen müssen, wie die Fähigkeit „das Alleinsein bis zum nächsten Tag zu ertragen und über ein Minimum an Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Angsttoleranz und Objekt Konstanz“ zu verfügen (Kruse et al. 2000, S.195). Ebenso wird die Motivation zur Therapie als entscheidender Punkt angeführt.

1.5 Wirkfaktoren

Der Begriff Wirkfaktoren findet nicht nur in der Psychotherapie Verwendung, sondern wird auch von anderen Gebieten der Wissenschaft, wie zum Beispiel der Technik beansprucht und dort definiert als geometrische und stoffliche Merkmale und deren Wechselwirkung im Prozess.

Tschuschke definiert Wirkfaktoren in der Psychotherapie, als „für die psychotherapeutische Veränderung maßgebliche Faktoren bzw. Mechanismen“ (Tschuschke 1993, S.15).

Man unterscheidet hierbei zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren. Tschuschke definiert die spezifischen Faktoren als „Techniken und Interventionen des Therapeuten, die dieser ausschließlich vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden theoretischen Orientierung anwendet, wobei die Theorie für die kausale Verbindung zwischen Therapeuten-Aktivität und Verminderung des Leidens auf Seiten des Patienten verantwortlich sein soll“ (Tschuschke 1993, S.15). Man versteht hierunter also Strategien und Techniken, die von therapeutischen Systemen speziell dafür entwickelt wurden, um psychische Erkrankungen zu therapieren, wie beispielsweise die psychoanalytische Deutung oder das verhaltenstherapeutische Lernen am Modell.

Unspezifischen Wirkfaktoren definiert Tschuschke als „alle Elemente der Heiler-Patienten-Beziehung (...), die nicht schulengebundene Aspekte betreffen“ (Tschuschke 1993, S.21). Diese zwischenmenschlichen Aspekte der Therapeuten-Patienten-Beziehung, die in allen Therapieformen in ähnlicher Weise vorhanden sind, benennen Bozok und Bühler als „Verständnis, Respekt, Interesse, Ermutigung, Anerkennung, Vergebung- kurz jene Arten von menschlichen Qualitäten, die schon seit undenkbaren Zeiten als wirkungsvoll im Aufrichten der menschlichen Seele angesehen werden“ (Bozok u. Bühler 1988, S.124).

Bezogen auf die vier Aspekte effektiver Psychotherapie nennt Frank

- a) eine emotionsgeladene, vertrauensvolle Beziehung mit einer helfenden Person
- b) ein heilendes Setting
- c) ein rationales, konzeptionelles Programm oder Mythos, das eine plausible Erklärung für die Symptome der PatientIn bereithält und ein Ritual/Verfahren, sie zu lösen, vorschreibt

- d) ein Ritual/ Verfahren, das die aktive Beteiligung von PatientIn wie TherapeutIn erfordert und von dem beide glauben, dass es das Mittel ist, die Gesundheit der PatientIn wiederherzustellen.

(Frank und Frank 1991)

Grawe´s Meinung nach sind die vier am Besten empirisch abgesicherten Wirkprinzipien

- a) Ressourcenaktivierung
- b) Problemaktualisierung
- c) Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- d) Therapeutische Klärung

(Grawe 1995)

Laut Lambert sind „die großen vier“ folgenden unzweifelhaften Wirkfaktoren

- a) extratherapeutische Faktoren, also Patientenmerkmale, die dem Erkenntnisstand zufolge etwa 40 % der Ergebnisvarianz erklären.
- b) Beziehungsfaktoren, die für etwa 30% der Varianz stehen
- c) sog. Placebo-/ Hoffnungsfaktoren (allein die Perspektive der Hilfe bewirkt schon große Veränderungen), etwa 15% Varianzerklärung
- d) die eigentliche Technik des Therapeuten (ebenfalls 15%)

(Lambert 2001)

Bezogen auf die teilstationäre Psychotherapie möchte ich den Begriff Wirkfaktoren wie folgt definieren:

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.

Hoge führte zur Erforschung tagesklinischer Wirkfaktoren 1988 eine Untersuchung durch, was ihn auf 14 Wirkfaktoren teilstationärer Behandlung schließen ließ: Struktur, interpersoneller Kontakt, Medikation, Altruismus, Katharsis, Lernen, Mobilisierung der Unterstützung durch die Familie, Anschluss an eine Gemeinschaft, Universalität, Autonomie des Patienten, erfolgreicher Abschluss, Sicherheit, Feedback bezüglich des Verhaltens und Übungszeit zu Hause. (Hoge et al. 1988)

Die Ergebnisse Hoges legen laut Küchenhoff „die Vermutung nahe, dass es gerade die Verbindung zwischen Autonomieförderung und dem Angebot institutioneller Sicherheit und Tagesstruktur ist, die positive und typische Effekte hervorruft“ (Küchenhoff 1998, S12).

Laut Zeeck ergeben sich folgende Spezifika teilstationärer Behandlung:

- ein größerer Einbezug sozialer sowie familiärer Aspekte in die Therapie durch die enge Verbindung von intensiver Therapie und Alltag
- ein hohes Maß an Selbstverantwortlichkeit durch Zeiträume ohne professionelle Betreuung und ausgleichend hierzu ein intensives therapeutisches Angebot und tagesstrukturierende Maßnahmen
- ein stets vorhandener Realitätsbezug durch den täglichen Kontakt zum Alltag und geringere Gefahr der Stigmatisierung
- weniger regressive Entwicklungen wie im stationären Bereich
- Anforderung weiterhin im Alltag funktionieren zu müssen und dadurch entstehende Spannungen, evtl. Überforderungsgefühle
- Intensiver Gruppenprozess durch geringere Rückzugsmöglichkeiten
- Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten auch durch das Team, einerseits Verzicht darauf den Patienten zu kontrollieren, andererseits Umgehen mit Sorge und Angst um den Patienten
- Konflikte und Probleme im sozialen Umfeld werden auf die Mitpatientengruppe und das Team übertragen

(Zeeck 2002)

In unserer Studie soll anhand von Patientenaussagen geprüft werden, was die Klienten einer tagesklinischen Einrichtung selbst als hilfreich erleben, worin sie selbst Erfolg oder Misserfolg der Therapie begründet sehen.

2. Patientengut und Methoden

2.1 Die Patientenstichprobe

Die Gesamtzahl der im Rahmen unserer Studie interviewten Patienten beträgt N=49 Patienten.

Die tagesklinische Stichprobe umfasst 25 Patienten im Alter zwischen 19 und 56 Jahren (Durchschnittsalter: 33,4 Jahre), darunter 17 Frauen und 8 Männer.

Im folgenden wird der Einfachheit halber allerdings die Formulierung Patienten sowohl für die männliche als auch für die weibliche Grundgesamtheit verwendet.

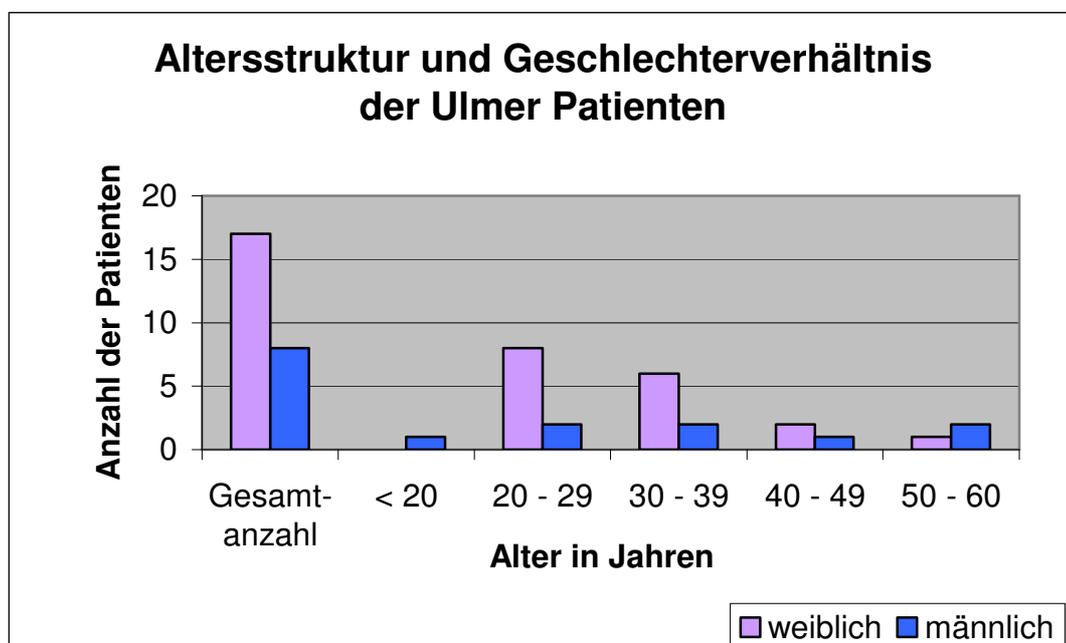


Abb. 1 Altersstruktur und Geschlechterverhältnis der Ulmer Patienten

Am stärksten war mit 10 Personen die Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen vertreten, dicht gefolgt von den 30- bis 40-Jährigen mit 8 Personen.

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der Altersverteilung feststellen, dass 72% der Patienten zwischen 20 und 40 Jahren zum Zeitpunkt der Erhebung waren.

Für 6 Studienteilnehmer war es die erste psychotherapeutische Behandlung. 17 Patienten hatten Kontakt mit ambulanten Therapeuten, wobei sich dieser von wenigen Sitzungen, die zur Überweisung führten, bis zu vierjährigen Behandlungen erstreckte. 11 Patienten waren

zuvor in stationärer Behandlung und lediglich 2 Patienten waren schon einmal in teilstationärer Therapie.

Die Hauptdiagnosen nach ICD 10 innerhalb der Stichprobe verteilten sich wie folgt:

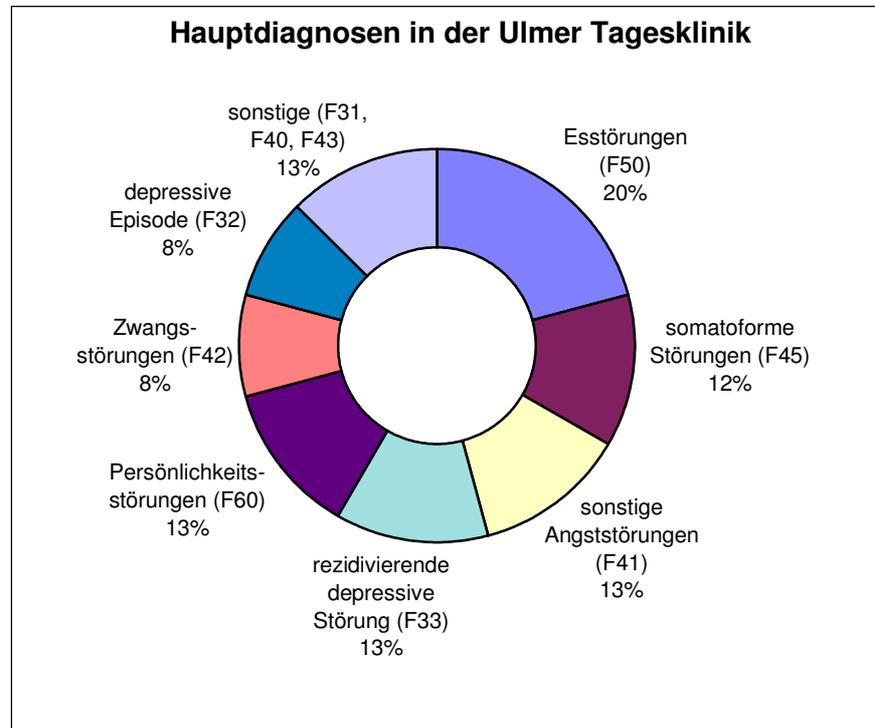


Abb. 2 Hauptdiagnosen in der Ulmer Tagesklinik nach der International Classification of Diseases

Unter den Nebendiagnosen waren unter anderem Angststörungen, somatoforme und neurotische Störungen sowie organische Erkrankungen vertreten.

Die Aufenthaltsdauer lag zwischen 26 und 96 Tagen mit einem Durchschnitt von 57,4 Tagen.

Die folgenden Daten sind dem Aufnahmebogen der Ulmer Tagesklinik entnommen und konnten bei zwei Patientinnen nicht ausgewertet werden, weshalb sich hier die Gesamtzahl der Patienten auf ein Maximum von 23 Personen verringert.

Einige Fragen wurden zudem von einem Teil der Patienten nicht beantwortet und sind deshalb ebenfalls nicht in der Statistik enthalten bzw. als „missing“ gekennzeichnet.

Die Gruppe der Ledigen macht mit 10 Personen den größten Anteil in der Studienstichprobe aus, gefolgt von 6 geschiedenen, 4 verheirateten und 2 verwitweten Personen sowie einer getrennt lebend Person.

Von den 23 befragten Studienteilnehmern haben zum Erhebungszeitpunkt 10 einen festen Partner.

11 Patienten bejahen die Frage nach Elternschaft, davon haben 5 Patienten je 1 Kind, 4 Patienten je 2 Kinder und 2 Patienten je 3 Kinder.

Ihren Wohnort haben je 7 Patienten in Ulm und dem Alb-Donau-Kreis, je 3 in Neu-Ulm und dem übrigen Baden-Württemberg und 2 im übrigen Bayern (Missing:1). Hierbei wohnen 16 Patienten in einer eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus und 7 Patienten bei den Eltern.

Durchschnittlich legten die Patienten eine Entfernung von 17,3 km einfacher Wegstrecke in die Tagesklinik zurück. Der weiteste Anfahrtsweg betrug hierbei circa 45 km, der kürzeste etwa 2 km.

5 Patienten erreichten die Tagesklinik mit öffentlichen Verkehrsmitteln, 20 Patienten mit dem eigenen PKW.

Die Angaben bezüglich der Anfahrtsdauer lagen zwischen 5 Minuten und 40 Minuten.

Die Schulbildung und die Berufstätigkeit vor Aufnahme betreffend, fand sich innerhalb der Stichprobe folgende Verteilung:

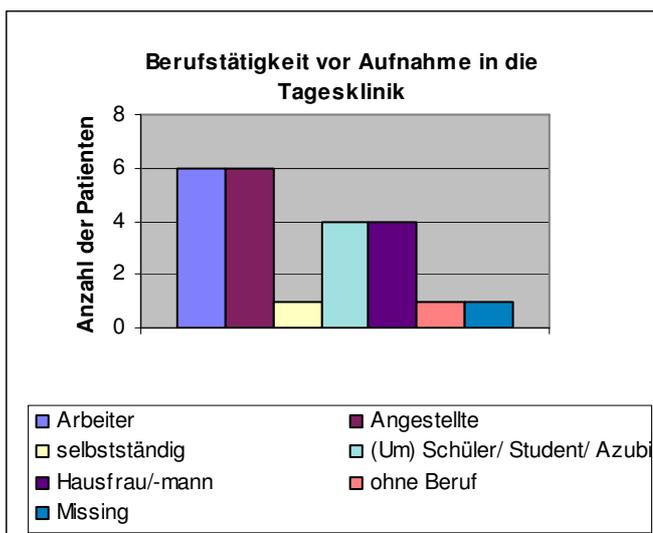


Abb. 3 Berufstätigkeit vor Aufnahme in die Tagesklinik

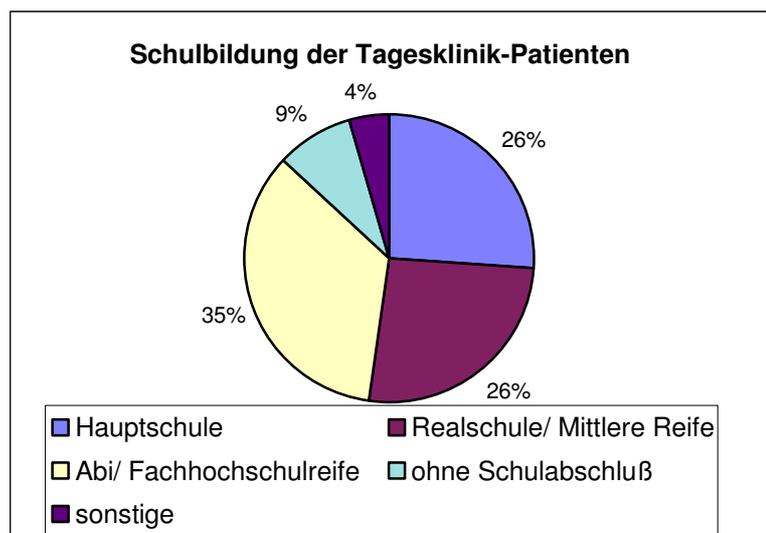


Abb. 4 Schulbildung der Tagesklinik-Patienten

Vor dem Klinikaufenthalt waren 8 Patienten voll erwerbstätig, 4 teilzeitbeschäftigt, 7 nicht erwerbstätig und 4 arbeitslos.

Die Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten 12 Monate wurde von 13 Patienten als schlecht oder eher schlecht bewertet, 8 Patienten sahen sich im Mittelfeld und nur 2 Patienten bewerteten sie als eher gut oder gut.

Nach dem seelischen und körperlichen Krankheitsgefühl befragt, wird deutlich, dass die Patienten sich zu einem großen Anteil körperlich beeinträchtigt sehen, ausnahmslos alle Patienten sehen jedoch primär das seelische Befinden bestenfalls als „etwas beeinträchtigt“ an. Es fühlt sich also keiner der Patienten seelisch gesund.

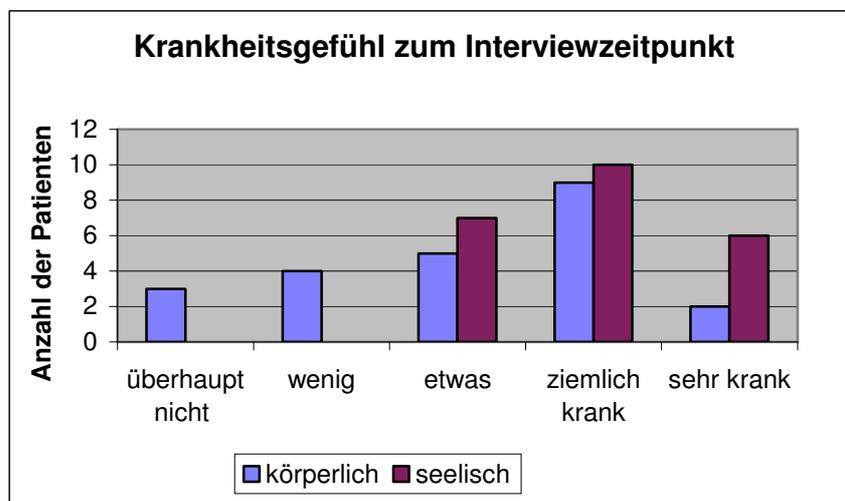


Abb. 5 Subjektives Krankheitsgefühl zum Interviewzeitpunkt

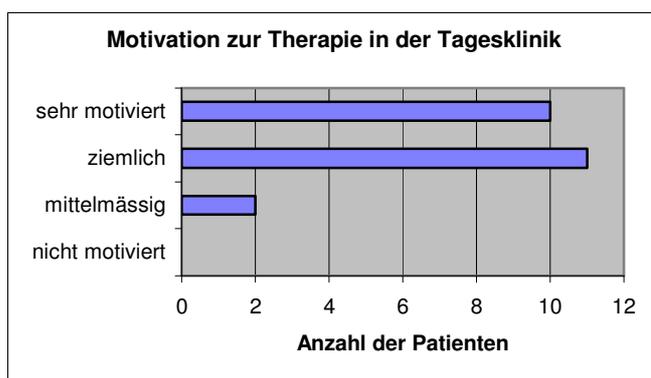


Abb. 6 Motivation zur Therapie in der Tagesklinik

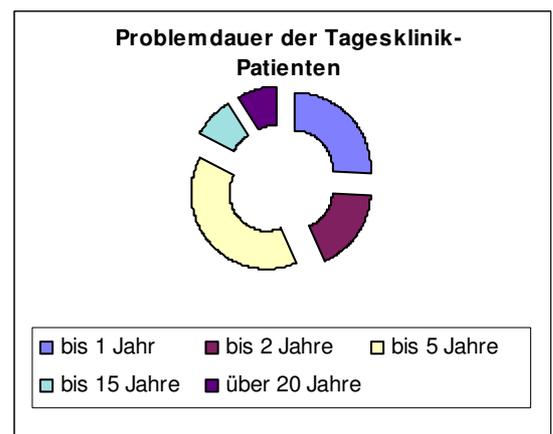


Abb. 7 Problemdauer der Tagesklinik-Patienten

Die Problemdauer der Patienten variiert zwischen einigen Monaten bis über 20 Jahren. Die meisten benennen jedoch den Zeitraum bis zu 5 Jahren.

Die Patientenstichprobe zeigt bis auf 2 Personen, die sich als mittelmäßig motiviert betrachten, eine hohe bis sehr hohe Motivation zur Therapie.

Für unsere Studie wurden, wie bereits zuvor erwähnt, nicht nur 25 Patienten aus der Ulmer Tagesklinik, sondern auch 24 Patienten aus der Sinova-Klinik für Psychotherapeutische Medizin in Bad Schussenried interviewt.

Die Entscheidung, die stationären Interviews in der Sinova-Klinik durchzuführen, begründet sich vor allem darin, dass die Klinik ein ähnliches therapeutisches Angebot wie die Tagesklinik aufweist, nach ähnlichen psychodynamischen Ansätzen arbeitet, eine vergleichbare Größe besitzt, in nicht allzu großer Distanz lokalisiert ist und ebenfalls ein großes Interesse an wissenschaftlicher Forschung hat. Zudem besteht seit mehreren Jahren eine gute Verbindung zwischen den Klinikleitungen, die eine Zusammenarbeit in vieler Hinsicht erleichtert.

Die Grundvoraussetzungen, die die Patienten für ein Interview zu erfüllen hatten, war, die Bereitschaft an unserer Studie teilzunehmen, was die Einwilligung zum Gespräch und die Erlaubnis zur anonymisierten Verwendung ihrer Daten beinhaltete, sowie eine Aufenthaltsdauer von mindestens drei Wochen, da erst nach einer gewissen Therapiedauer differenzierte Aussagen über die Therapieform möglich sind.

Weitere Faktoren, wie zum Beispiel die Diagnose, das Geschlecht oder sonstige Merkmale waren nicht bedeutend für die Teilnahme an der Studie.

Die Anwerbung der Patienten erfolgte mit Hilfe von Bekanntmachungen im Plenum der Tagesklinik und in der Stationskonferenz der Sinova-Klinik sowie durch direkte Ansprache durch die Therapeuten und das Pflorgeteam.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme an den Interviews waren eine großen psychische Labilität des Patienten oder eine mögliche Störung des Therapieprozesses durch die Befragung.

Informationen über die Patienten, die aus dem Interview nicht hervorgingen, wurden durch Daten aus den Patientenakten ergänzt. Hierzu zählen zum Beispiel Alter, ICD10-Diagnose, Schulbildung, berufliche Tätigkeit, Familienstand, Motivation zur Therapie, Länge des Gesamtaufenthaltes und SCL90-R Werte.

2.2 Die Interviews

Die Gespräche wurden von zwei Interviewerinnen geführt, die beide sowohl Patienten der Tagesklinik und der Sinova-Klinik befragten. Hierfür wurden bewusst zwei Personen ausgewählt, die weder Mitarbeiter der teilstationären noch der vollstationären Einrichtung waren. Dadurch, dass sie als Medizinstudentinnen für die Patienten neutrale Gesprächspartner darstellten, konnte der Faktor der sozialen Erwünschtheit einer Aussage, also die Vorstellung des Patienten dem Interviewer als Teil der Klinik gegenüber eine positive Aussage machen zu müssen, abgemildert werden. Eine Schulung der beiden Interviewer fand vorab durch Herrn Professor von Wietersheim, dem Leiter der Ulmer Tagesklinik und Initiator der Studie, statt.

Allgemein bestehen nur unpräzise Vorstellungen über die Qualifikation der Befragenden in qualitativen Interviews. Es besteht allerdings ein allgemeiner Konsensus darüber, dass die Befragenden verantwortlich im jeweiligen Forschungsprojekt mitarbeiten oder „zumindest mit dem theoretischen Ansatz, den Fragestellungen und den Vorarbeiten des Projekts so vertraut sind, dass sie in der Lage sind, einzuschätzen, wann es inhaltlich angemessen ist, vom Fragebogen abzuweichen, an welchen Stellen es erforderlich ist, intensiver nachzufragen, etc.“ (Hopf 1995, S.178).

Die Interviews wurden unter Verwendung eines Mini Disc-Recorders/Tonbandgeräts sowie teilweise einer Videokamera aufgezeichnet, um eine größtmögliche Vollständigkeit des Gesagten zu gewährleisten. Die Gesprächsdauer betrug dabei im Durchschnitt zwischen 30 und 60 Minuten.

Meist stand als Gesprächsraum ein unbelegter Gruppenraum, gelegentlich auch ein freies Therapeutenzimmer oder ein Patientenzimmer zu Verfügung.

Die Interviews wurden teilstandardisiert, anhand eines zuvor speziell erstellten Leitfadens, durchgeführt. Ein entscheidendes Merkmal dieser Vorgehensweise ist, vergleicht man sie mit standardisierten Interviews, „dass es im Interview keine Antwortvorgaben gibt und dass die Befragten ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren können“ (Hopf 1995, S179).

Zu Beginn eines jeden Gespräches wurden Kontrollfragen bezüglich Alter und Beruf des Patienten, Grund des Aufenthaltes und vorherigen psychotherapeutischen Behandlungen gestellt.

Die im weiteren Verlauf des Gesprächs gestellten Fragen entstammen einem im Vorfeld der Studie erarbeiteten Interviewleitfaden. Er entstand im Rahmen der Forschungsarbeit des Netzwerks psychosomatischer Tageskliniken.

Es lag es im Ermessen der Interviewerin auf die Antwort des Patienten genauer einzugehen beziehungsweise nachzufragen.

2.3 Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden für die teilstationären Interviews beinhaltet 18 Kategorien und wurde im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes des Netzwerks psychosomatischer Tageskliniken im Jahr 2003 speziell für die Studie erstellt und auf die Tagesklinik zugeschnitten (siehe Anhang). Für die stationäre Klinik wurde im Rahmen dieses Projektes ebenfalls ein spezieller Interviewleitfaden erstellt, der dem teilstationären in den meisten Punkten ähnelt und lediglich durch einige Zusatzfragen ergänzt wurde.

2.4 Einführung in die qualitative Forschung

2.4.1 Historische Entwicklung der qualitativen Inhaltsanalyse

Ihre Wurzeln hat die Inhaltsanalyse in den Kommunikationswissenschaften, wo sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den USA aus dem Bedürfnis heraus entstand die großen Mengen an Datenmaterial der sich stetig entwickelnden Massenmedien, wie Zeitung und Radio, systematisch auswerten zu können.

Ein genauer zeitlicher Beginn kann laut Lisch nicht festgemacht werden und liegt im Bereich zwischen Freuds Traumstudien 1900 und den Propagandastudien von Lasswell aus den 30er Jahren (Lisch 1978).

Mertens differenziert zwischen fünf Entwicklungsphasen der Inhaltsanalyse von einem intuitiven Gebrauch hin zur theoretisch und methodisch fundierten wissenschaftlichen Anwendung (Vgl. Mertens 1995).

Methodische Verfahren der Inhaltsanalyse waren zunächst quantitativer Natur. Beispiele für diese anfänglichen Entwicklungen sind nach Mayring (1995):

- Häufigkeitsauszählungen (z.B. wie oft ein Wort in einem Zeitungsartikel vorkommt)

- Valenz- und Inhaltsanalysen (d.h. wie stark in Zeitungskommentaren politische Meinungen vertreten waren)
- Kontingenzanalysen (untersuchen Zusammenhänge von Textbestandteilen, z.B. wie oft wird ein bestimmter Politiker mit einer positiven Eigenschaft in Verbindung gebracht)

Diese quantitative Vorgehensweise löste Kritik aus, da sie latente Sinnstrukturen vernachlässigte und sich auf vordergründige Textinhalte beschränkte (Kracauer 1952, Ritsert 1972), den Textkontext missachtete, mangelhaft linguistisch fundiert war (Fühlau 1982) und dem Anspruch der Systematik und Überprüfbarkeit (Rühl 1976) nicht voll entsprach.

Schon bald wurde deshalb versucht die Methode weiterzuentwickeln und ihr eine mehr qualitativ orientierte Richtung zu geben, die trotz allem regelgeleitet und systematisch vorgeht.

Einer der ersten Schritte in diese Richtung war Ritserts Verfahren zum Aufspüren latenter ideologischer Sinngehalte, das, angestoßen durch die öffentliche Diskussion um die Jugendgefährdung durch Literatur aus dem 2. Weltkrieg, Popularliteratur über die Kriegszeit schrittweise analysierte unter Verwendung eines theoretischen Vorverständnisses, das sich durch den Analyseprozess weiterentwickelte und modifiziert wurde. Gleichzeitig zu dieser qualitativen Vorgehensweise fanden bei Ritsert quantitative Analyseschritte Verwendung, was ein erster Anhaltspunkt für eine harmonische Ergänzung zweier bis zu diesem Zeitpunkt als kontrovers betrachteter Verfahren war.

2.4.2 Qualitative vs. Quantitative Inhaltsanalyse

Aktuell tendieren Inhaltsanalytiker dazu zwar genau zwischen qualitativem und quantitativem Vorgehen zu differenzieren, allerdings besteht ein Konsens darüber, dass sich beide Verfahren gegenseitig ergänzen können.

Die Unterscheidungsmerkmale qualitativer und quantitativer Forschung sind laut Mayring folgende Kriterien:

- Die Begriffsform:
Qualitative Begriffe umfassen die meisten Alltagsbegriffe und sind klassifikatorisch, d.h. sie beinhalten Begriffe zur Klassenbezeichnung (z.B.

„Mensch“, „Haus“) und sind hilfreich bei der Einteilung von Gegenständen eines Bereiches in diverse Klassen.

Quantitative Begriffe sind metrisch, d.h. sie sind numerische Funktionen und besitzen einen Wertebereich aus Zahlen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass „sobald Zahlbegriffe und deren In-Beziehung-Setzen durch mathematische Operationen bei der Erhebung oder Auswertung verwendet werden, sei von quantitativer Analyse zu sprechen, in allen anderen Fällen von qualitativer.“ (Mayring 2003, S.16).

- Das Skalenniveau:

Qualitative Analysen basieren auf nominalskalierten Messungen.

Basiert eine Analyse auf einer ordinal-, intervall- oder ratioskalierten Messung, so ist sie quantitativ. Dabei ist jedoch zu beachten, dass neuere quantitative Verfahren auch nominalskalierte Daten quantitativ analysieren (z.B. Clusteranalysen, Log-lineare Modelle).

- Das implizite Wissenschaftsverständnis:

Die qualitative Forschung erlebt sich selbst als verstehend und nacherlebend und möchte sich in den untersuchten Gegenstand hineinversetzen. Sie orientiert sich am Besonderen, während quantitative Forschung auf das Allgemeine, Gesetzmäßige und eine erklärende Rolle abzielt.

Während die qualitative Analyse „die volle Komplexität ihrer Gegenstände erfassen“ (Mayring 2003, S. 18) will, zerlegt die quantitative Analyse ihr Objekt in kleine, einzelne Variablen um Nebeneffekte zu beseitigen.

Die qualitative Forschung orientiert sich am Einzelfall, die quantitative Forschung an der repräsentativen Stichprobe, um Aussagen über die Grundgesamtheit zu treffen. (Mayring 2003)

Erkundigt man sich etwas genauer, stellt die Stichprobengröße allerdings ein ungünstiges Abgrenzungskriterium dar, da auch schon quantitative Einzelfallstudien durchgeführt wurden (siehe hierzu Strauss 1996).

Betrachtet man Mayrings Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse, so ermöglichen erste qualitative Schritte überhaupt erst quantitative inhaltsanalytische Arbeit.

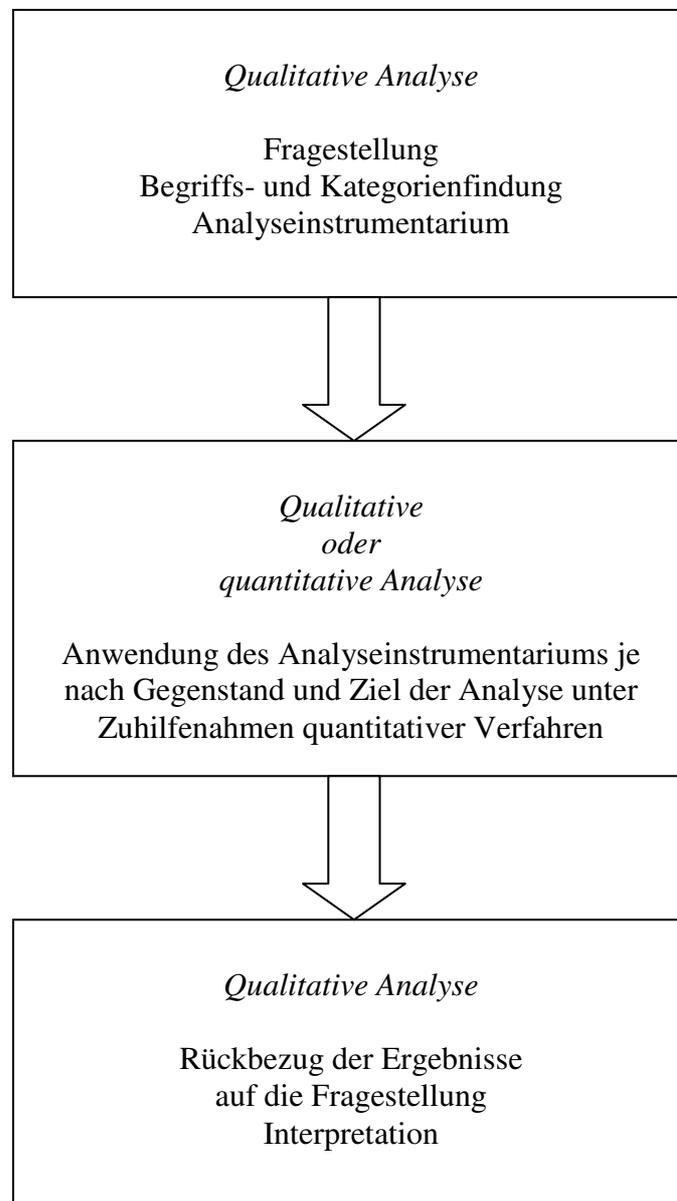


Abb. 8 Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse
(aus Mayring 2003, S. 20)

Zunächst muss auf nominalskaliertem Niveau benannt werden, was erforscht werden soll, danach anhand des Materials ein Kategoriensystem erstellt werden und erst dann kann - muss aber nicht - seiner Meinung nach quantitativ geforscht werden.

Im letzten Schritt des Prozesses sollen Aussagen über den Gegenstand getroffen werden, was eine Interpretation der quantitativen Analyseschritte erfordert. Darin sieht Mayring wiederum qualitative Analyseschritte.

2.4.3 Selbstverständnis und Spezifika der Qualitativen Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine systematische Textanalysemethode, die die inhaltliche Bedeutung von Aussagen im Textkontext ermittelt. Dabei kann jegliche Art fixierter menschlicher Kommunikation, wie Videobänder, Gesprächsprotokolle oder Dokumente, Gegenstand der Forschung sein.

Untersucht werden soll nicht nur der manifeste Inhalt eines Textes, also das, was schwarz auf weiß niedergeschrieben steht, sondern auch der latente Inhalt, der zwischen den Zeilen geschrieben steht, sozusagen nicht explizit ausgedrückte Kommunikationsinhalte.

Merten definierte dies wie folgt:

„Inhaltsanalyse ist eine Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nichtmanifesten Kontextes geschlossen wird“ (Merten 1995, S.59).

Die qualitative Inhaltsanalyse steht dabei in der Tradition der Hermeneutik, die das menschliche Verhalten verstehen und nicht erklären will. So setzt sie sich nicht zum Ziel zahlenmäßige Zusammenhänge aufzuzeigen, sondern möchte den Prozess des Verstehens beziehungsweise der hermeneutischen Analyse und der Erklärung von Sinn umfassend nachvollziehen.

Der Stil, in dem in der vorliegenden Studie qualitative Daten analysiert werden, orientiert sich an der von Glaser und Strauß begründeten Grounded Theory.

Die Grounded Theory verfolgt die Strategie aus Daten, die innerhalb eines Kollektivs gesammelt wurden, ein Konzept zu erstellen, eine „relevante theoretische Abstraktion dessen, was auf dem untersuchten Feld geschieht“ (Strauss et al 1998, S.32).

Der Versuch das postulierte Konzept empirisch zu verallgemeinern, also die Frage nach der Allgemeingültigkeit zu überprüfen, kann einer Grounded Theory einerseits ihre Grenzen aufweisen oder andererseits ihre Aussagekraft stärken.

Die Spezifizierung des Konzepts, also der Vergleich mit bisher durchgeführten Studien und das Aufweisen von Unterschieden zu diesen sowie von besonderen Merkmalen des

eigenen Forschungsprojektes, ermöglicht es dem Forscher die Natur seines Projektes hervorzuheben.

Anhand empirischer Funde testet der Forscher seine Hypothesen und damit die Relevanz seiner Kategorien. Die ursprüngliche Theorie wird somit auf der Grundlage von empirischen Belegen und Testergebnissen modifiziert und es entsteht eine neue Theorie. Dieses deduktive Vorgehen beim Erstellen einer Theorie fasst Strauss wie folgt zusammen: „Eine Grounded Theory wird aus den Daten abgeleitet und nicht aus logischen Annahmen abgeleitet“ (Strauss et al 1998, S.39). Die Theorie hat dabei keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, sondern soll relevante Tatsachen weitgehend erfassen, denn „eine Grounded Theory ist kein perfektes Produkt, sondern in permanenter Entwicklung begriffen“ (Strauss et al 1998, S. 41).

Die Generierung von Theorie im qualitativen Forschungsprozess kann auf verschiedene Art und Weise erfolgen.

Laut Mayring differenziert man zwischen vier Formen qualitativer Inhaltsanalyse:

- Die zusammenfassende Inhaltsanalyse, bei der unter Beibehaltung der wesentlichen Inhalte das Textmaterial auf einen Kurztexat reduziert wird
- Die induktive Kategorienbildung, bei der anhand des Textmaterials Kategorien (oder Codes) erstellt werden, unter die die Inhalte subsumiert werden können
- Die explizite Inhaltsanalyse, bei der versucht wird untersuchte Inhalte bestmöglich verständlich zu machen, wozu man auch Hintergrundwissen und sonstiges Material verwenden kann
- Die strukturierende Inhaltsanalyse, bei der das Textmaterial unter bestimmten Kriterien analysiert wird, um spezifische Aspekte besonders herauszuheben.

Die Spezifika qualitativer Inhaltsanalyse, also die Merkmale, mit denen sie sich von anderen Methoden zur Analyse von Kommunikation, Sprache und Texten abhebt, sind laut Mayring folgende:

1. Der Gegenstand der Inhaltsanalyse ist die Kommunikation. Dabei kann nicht nur Sprache, sondern auch Kunst und Musik zum Gegenstand der Untersuchung gemacht werden.
2. Die Inhaltsanalyse beschäftigt sich mit fixierter Kommunikation, wie zum Beispiel Texten, Bildern und Noten.

3. Die Inhaltsanalyse ist ein Prozess systematischen Vorgehens im Gegensatz zu vielen anderen hermeneutischen Verfahren.
4. Die systematische Vorgehensweise nach bestimmten Regeln, auch Regelgeleitetheit genannt, ermöglicht auch anderen Forschern ein Verstehen, Nachvollziehen und Überprüfen der Analyse.
5. Die Inhaltsanalyse geht theoriegeleitet vor, das bedeutet, sie analysiert das zu untersuchende Material anhand einer Leitfrage, die theoretisch fundiert ist, und interpretiert die Ergebnisse aus diesem theoretischen Vorverständnis heraus. Durch dieses Vorgehen will sie ihre Erkenntnisse in eine Reihe von Erfahrungen anderer anschließen und dabei stets am untersuchten Material bleiben.
6. Die Inhaltsanalyse sieht sich als integrative Methode im Kommunikationsprozess. Durch gewonnene Erkenntnisse in der Inhaltsanalyse sollen letztendlich auf bestimmte Gesichtspunkte der Kommunikation Rückschlüsse gezogen werden.

Die Ziele qualitativer Inhaltsanalyse lassen sich demnach wie folgt zusammenfassen: Sie will fixierte Kommunikation analysieren und dabei systematisch, genauer gesagt regel- und theoriegeleitet, vorgehen und Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation ziehen (Mayring 2003).

2.4.4 Gütekriterien der Inhaltsanalyse

Um die Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) von untersuchten Ergebnissen zu überprüfen wird die Methode anhand von Gütekriterien beurteilt. Im Fall der qualitativen Inhaltsanalyse unterscheidet man zwischen den klassischen Gütekriterien (z.B. Re-Test-Reliabilität und Vorhersagevalidität) und spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien, auf die im Folgenden genauer eingegangen werden soll.

Spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien sind laut Mayring (2003):

a) Interoderreliabilität

Zunächst ging man dazu über die Reliabilität dadurch zu gewährleisten, dass die inhaltsanalytische Arbeit von mehreren Personen durchgeführt wird und am Ende ihre

Ergebnisse verglichen werden. Doch diese sogenannte Intercoderreliabilität ist ebenso nicht unproblematisch.

Laut Ritsert sind hohe Übereinstimmungen nur bei einfachen Analysen zu erreichen (Ritsert 1972). Lisch und Kriz gehen von einem grundsätzlich gegebenen Unterschied zwischen verschiedenen Personen bei der Interpretation von sprachlichem Material aus (Lisch/Kriz 1978).

b) semantische Gültigkeit

Sie steht für die Gültigkeit der aus dem Analysematerial konstruierten Bedeutung und kann anhand der Kategoriendefinitionen (Ankerbeispiele, Kodierregeln) überprüft werden.

c) Stichprobengültigkeit

d) Korrelative Gültigkeit

Sie kann nur überprüft werden, wenn bereits eine Studie mit ähnlicher Fragestellung und ähnlichem Untersuchungsfeld vorliegt, da sie durch die Korrelation mit einem Außenkriterium eine Validierung vornimmt.

e) Vorhersagegültigkeit

Wenn anhand des Analysematerials Prognosen getroffen werden können, ist sie ein aussagekräftiges Gütekriterium.

f) Konstruktvalidität

Sie überprüft, indem man Erfolge ähnlicher Konstrukte sowie Erfahrungen mit kontextuell gleichartigem Analysematerial betrachtet. Außerdem kann man das eigene Konstrukt mit etablierten Theorien und Modellen sowie repräsentativen Interpretationen vergleichen und Expertenmeinungen einholen.

g) Kommunikative Validierung

Sie beschreibt eine Ergebnisbewertung des Materials, die bei Forscher und Beforschem gleichartig ausfällt, also eine Art Konsens bezüglich der Analyseresultate.

h) Stabilität

Sie kann überprüft werden, indem das Analyseinstrument nochmals am Material angewendet wird.

i) Reproduzierbarkeit

Sie bezeichnet die Gleichartigkeit der Ergebnisse einer Analyse, wenn diese unter anderen Gegebenheiten und von anderen Forschern durchgeführt wird.

Die Reproduzierbarkeit hängt maßgeblich von der Genauigkeit der Vorgehensinstruktionen und kann durch die Intercoderreliabilität gemessen werden.

j) Exaktheit

Sie ist das stärkste, aber auch am schwierigsten zu überprüfende Reliabilitätsmaß und drückt aus wie sehr die Analyse einem funktionellen Standard entspricht.

2.4.5 Qualitative Inhaltsanalyse mit dem Computer

Die qualitative Inhaltsanalyse mit ihrer systematischen, regelgeleiteten Vorgehensweise erfüllt die Voraussetzungen ideal, die für eine Umsetzung am PC notwendig sind. Zunächst bedienten sich vor allem quantitative Forscher der Möglichkeit mit PC-Programmen zu arbeiten. Dabei wurde mit Hilfe so genannter Wörterbücher ein Text anhand eines Kategoriensystems nach bestimmten Begriffen durchsucht und ihre Häufigkeit ausgezählt. Die Vorteile des computergestützten Arbeitens lagen hierbei vor allem in einem niedrigeren Codieraufwand, der Möglichkeit größere Textmengen in relativ kurzer Zeit zu bearbeiten und das Entfallen von Validitätschecks, da der Computer automatisch die Codes zuordnet.

Die klassischen Probleme bei dieser Vorgehensweise waren die Mehrdeutigkeit von Begriffen, die kontextuelle Färbung von Begriffen, kontextuelle Extensionsbestimmungen (keine/ wenig/viel), das Fehlen inhaltlicher Bezugnahme, das Problem substituierter Worte sowie Schwierigkeiten bedingt durch Dialektfärbungen.

Zu kritisieren ist bei der quantitativen PC-gestützten Inhaltsanalyse die nicht vorhandene interpretative Leistung des Computers, also das bloße automatische Zuordnen von Kategorien zu Textstellen, ohne dabei auf den Kontext und sich daraus ergebende Folgerungen über das Gesagte zu achten.

Genau dieses Manko wurde in qualitativen Computerprogrammen behoben. Der Codierer entscheidet hier selbst über die Vergabe der Kategorien.

Nach Mayring (2003) lassen sich insgesamt drei Ansätze qualitativer PC-Programme unterscheiden:

- a) Nutzung von Textverarbeitungsprogrammen (wie z.B. Word Perfect)
⇒ Schreiben auf zwei Datenebenen, Wortsuchfunktionen, Kodieren möglich
- b) Arbeiten mit Datenbankprogrammen (z.B. MAX)
⇒ ermöglicht Arbeiten auf Kategorienebene, bessere Verarbeitungskapazität, höhere Geschwindigkeit
- c) Speziell entwickelte Programme (z.B. Atlas.ti, AQUAD)´
⇒ eigens für das Auswertungskonzept entwickelte komplexe Auswertungsstrategien

2.5 Das Computer-Programm Atlas.ti

Für unsere Studie wählten wir die das Computerprogramm Atlas.ti, da es momentan eines der besten Programme für die qualitative Inhaltsanalyse ist, sowohl, was die Vielzahl an Funktionen betrifft, als auch den Komfort in der Handhabung.

Das Computerprogramm Atlas.ti wurde von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe der Fakultäten Psychologie, Linguistik und Informatik der TU Berlin entwickelt, nachdem sie den Bedarf für PC-gestützte Textinterpretation in deutschen Forschungsinstituten untersucht hatte. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse entwickelte sie „ein Programm für die Bedürfnisse des Verfahrens des Theoretischen Kodierens nach Glaser und Strauss (Strauss 1987), der Globalauswertung nach Legewie (Legewie, Wiedemann & van Diepen 1988) und eben der qualitativen Inhaltsanalyse“ (Mayring 2003, S.103).

Die Namensgebung des Programms orientierte sich am Titel der Arbeitsgruppe „Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache“. Das Kürzel „ti“ steht für Textinterpretation. Mittlerweile ist die fünfte, überarbeitete Version des Programms auf dem Markt, mit der auch in dieser Studie gearbeitet wurde.

Enorme Vorteile, die man durch die Arbeit mit Atlas.ti gewinnt, sind die Abrufbarkeit aller Daten (Rohtext, dazugehörige Codierung, Memos) auf einem Bildschirm und die Möglichkeit graphischer Darstellung von Daten. So nimmt Atlas.ti auch für sich in Anspruch schnellere, effizientere und übersichtlichere qualitative Forschung zu ermöglichen.

Die Arbeit mit dem PC erleichtert weiterhin den Austausch von Informationen unter den Codierern.

Zudem entfällt die Vielzahl an Papirdokumenten früherer manueller Inhaltsanalyse, die dem Codierer ein hohes Maß an Strukturierung und Organisation abverlangte, durch die Einführung spezieller Computerprogramme.

Im folgenden Abschnitt möchte ich wichtige Begrifflichkeiten erklären, deren Kenntnis nötig zur qualitativen Forschung mit Atlas.ti ist.

Die sogenannte Hermeneutic Unit bezeichnet eine Datei, die sowohl den Rohtext, als auch alle zugehörigen Codes, Memos und Grafiken enthält. Der Begriff ist der Grounded Theory entlehnt, auf der wie bereits oben erwähnt auch das PC-Programm basiert.

Unter einem Primary Document versteht man das Rohmaterial, mit dem gearbeitet wird. In unserer Studie sind dies Texte, für andere Forschungsfragen wären aber auch Bilder oder Tonaufnahmen denkbar.

Um die Größe der Dateien möglichst gering zu halten, werden sie für die Bearbeitung ins Textformat (.txt) transformiert. Dabei muss man allerdings beachten, dass Zeilenumbrüche eingefügt werden müssen, um später in der HU die Formatgrenzen nicht beliebig verschiebbar zu machen. Dies hätte eine Inkonstanz der Zeilenangaben zur Folge, was einen Verweis auf bestimmte Textstellen und Zitieren unmöglich macht.

Innerhalb einer Hermeneutic Unit kann man mehrere Primary Documents miteinander verlinken, was ein übersichtliches Arbeiten ungeachtet größerer Datenmengen ermöglicht.

In einem separaten Fenster, gleich neben den Primary Documents, sind die Quotations aufgelistet. Sie sind Textstellen oder Zitate, die mit einem Code verlinkt wurden.

Die Codes sind ein im Vorfeld der eigentlichen inhaltsanalytischen Auswertung erstelltes Kategoriensystem, mit dem man später zusammenfassend die Aussagen bezüglich jeder Kategorie erläutern kann.

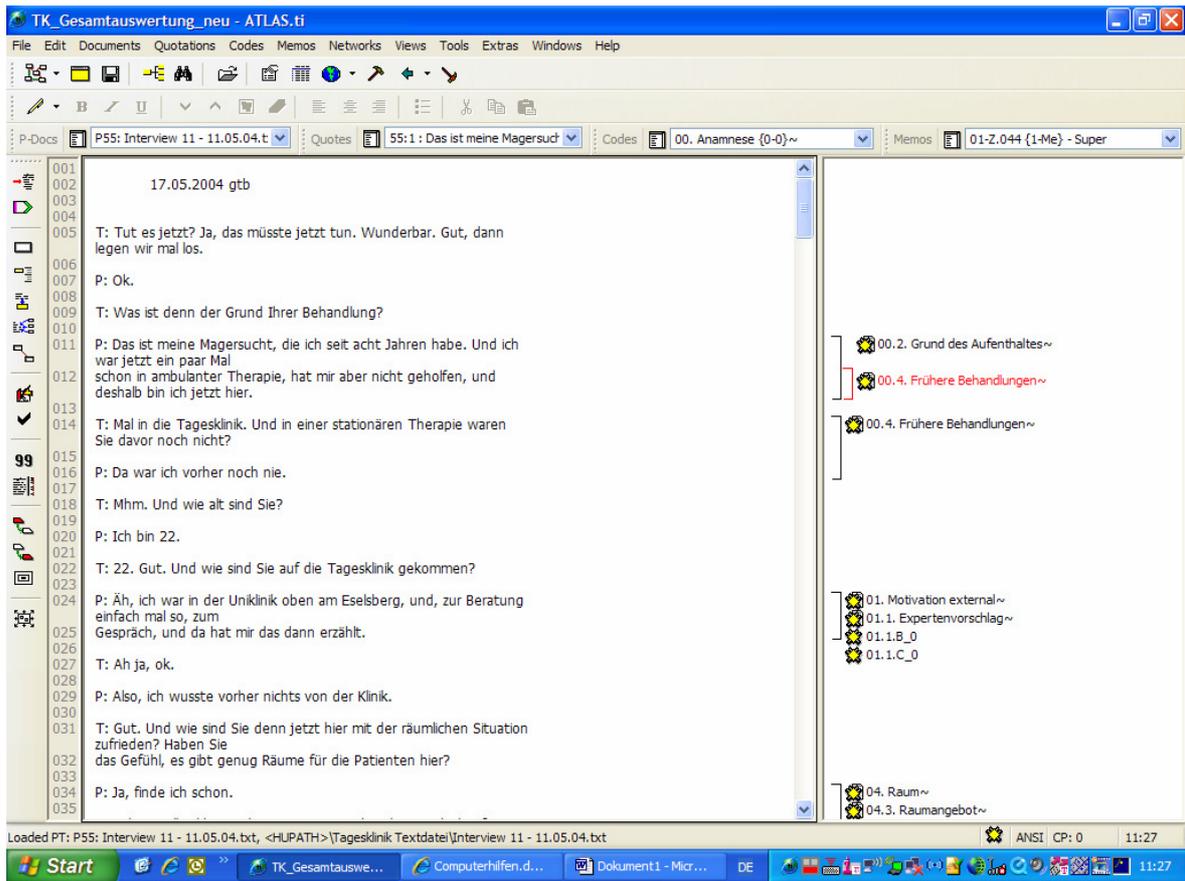


Abb. 9 Bildschirm-Übersicht des Computerprogramms Atlas.ti

Ein wichtiges Element des Codierprozesses sind Memos. Durch sie kann der Codierer seine Gedanken und die Begründung für die Verlinkung einer Textstelle mit einem bestimmten Code festhalten. Sie machen qualitative Forschung nachvollziehbar und widerlegen Kritiker, die eine willkürliche Vergabe von Codes vermuten.

Die Möglichkeit Sachverhalte graphisch darzustellen findet man in der Funktion „Network Views“. Hier kann man beispielsweise Subcodes bestimmten Hauptcodes unterordnen und somit eine Hierarchie erstellen.

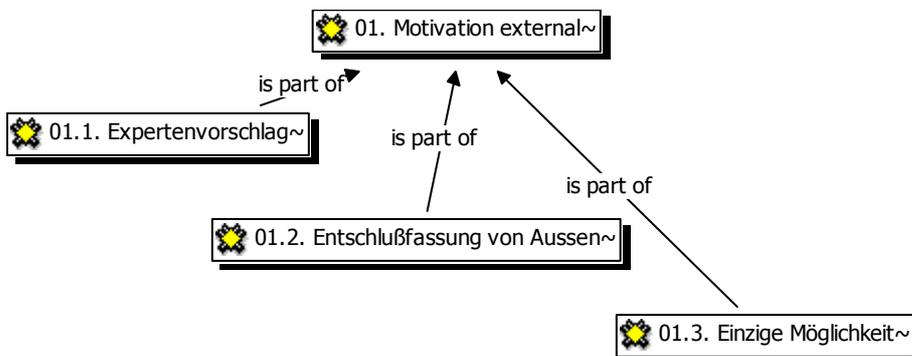


Abb. 10 Hierarchiegefüge eines Hauptcodes mit Subcodes

2.6 Entstehung des Kategoriensystems, Codierprozess, Gegencodieren

Um inhaltliche Aussagen, die in den Interviews gemacht wurden, auswerten zu können, ist es zunächst nötig, die erhobene Datenmenge zu reduzieren. Dabei werden Statements unter Kategorien subsumiert, was bedeutet, dass man zunächst ein System erstellt, das inhaltliche Aussagen passenden Codes zuordnet.

Um der Thematik und Vielfalt der Patientenaussagen gerecht zu werden, ist es erforderlich ein speziell für die Studie zugeschnittenes Kategoriensystem zu verwenden. Dies lässt sich am Besten anhand einer Vorstudie bewerkstelligen.

Das Kategoriensystem unserer Studie entstammt einem Gemeinschaftsprojekt der Universität Ulm und der Alpe-Adria-Universität Klagenfurt und wurde im Rahmen dieser Zusammenarbeit von Frau Kathrin Mörtl und ihrem Betreuer, Herrn Professor Philipp Mayring, erstellt. Das Ausgangsmaterial stellten hierbei die ersten zehn Interviews dar, die im Rahmen unserer Studie in der Tagesklinik durchgeführt wurden.

Ziel war es das Kategoriensystem möglichst induktiv (lat. *inducere*: hineinführen, veranlassen) zu entwerfen, was bedeutet, dass man aus dem Text heraus Kategorien erstellt, die zur Formulierung einer Hypothese führen. Das gegenteilige Vorgehen, also theoretische Hypothesen am Analysematerial zu überprüfen, nennt man deduktives Vorgehen (lat. *deducere*: ableiten, herleiten). Tatsächlich existiert meist keines der Verfahren in reiner Form, bedingt durch die Tatsache, dass der Forscher meist eine Theorie im Kopf hat, wenn er sich mit dem Material beschäftigt, andererseits diese aber auch durch gewonnene Erkenntnisse modifiziert. Zudem ergeben induktiv erstellte Codes gelegentlich deduktiv erstellte Gegencodes, beispielsweise wenn der Forscher anhand einer Patientenaussage eine Kategorie bildet und sich dazu entschließt die nicht im Text vorkommende Gegenkategorie ebenfalls in das System aufzunehmen.

Wie in Mayrings Prozessmodell induktiver Kategorienbildung gefordert, wurden mehrere Codierschleifen durchlaufen. Hierzu wurde ein Teil des Materials durchgearbeitet und anhand dessen ein vorläufiges Kategoriensystem erstellt. Anschließend erfolgte eine Rücküberprüfung und Revision der Codes, bis die dritte und endgültige Version des Kategoriensystems mit 24 Kategorien und ihren Subcodes feststand. Diese Kategorien und die transkribierten Interviews stellten das Handwerkszeug für den Codiervorgang dar.

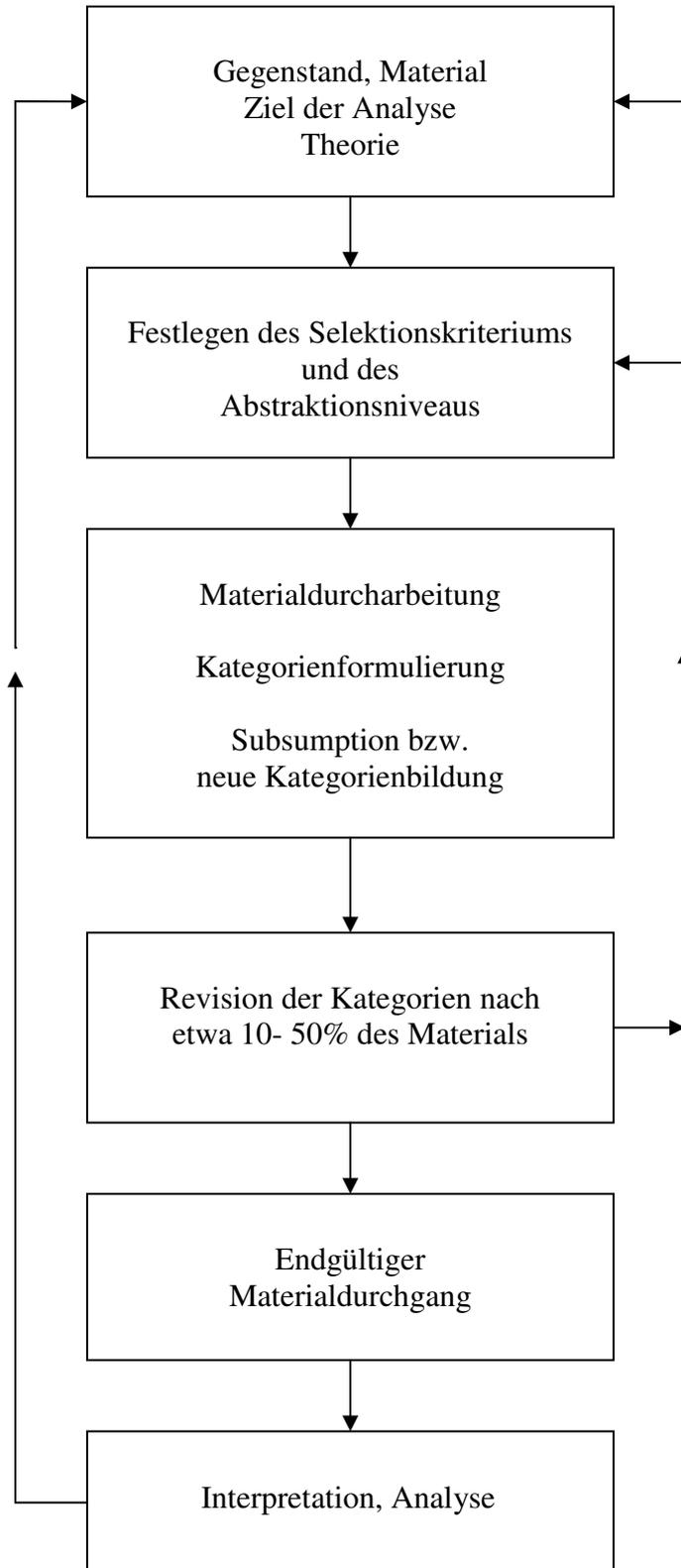


Abb. 11 Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (aus Mayring 2003, S. 75)

Zur Bearbeitung der als Word-Dokumente niedergeschriebenen Transkripte war es zunächst erforderlich sie in Textdateien umzuwandeln, um die Dateigröße zu reduzieren und somit einen späteren Austausch der Codierer untereinander per Speichermedium oder via Internet zu erleichtern.

Die Textdateien wurden mit der Bezeichnung Interview 1- 25 gespeichert, um Rückschlüsse auf die Identität der befragten Patienten zu verhindern. Die Namen der Patienten wurden zuvor ebenso unkenntlich gemacht.

Letztendlich wurden die Texte in eine neue Hermeneutic Unit importiert, so dass jeder Codierer seine mit Codes und Memos versehene Version der Interviews erstellte. Der Codierprozess selbst lief hierbei bei beiden Codierern streng getrennt voneinander ab, da Absprachen zu einer Verfälschung des Ergebnisses führen.

Das primäre Codesystem beinhaltete drei Ebenen, die in der überarbeiteten Version auf zwei reduziert wurden.

Sie dienen dazu manifeste Patientenaussagen in Form von Codes und ebenso die Wertung, sozusagen den latenten Gehalt dieser Aussagen, festzuhalten. Hierbei differenziert man zwischen der jeweils ordinalskalierten und deduktiv generierten B-Ebene und der C-Ebene. Die B-Ebene stellt die Aussage des Befragten dar. Die Codierung erfolgt hierbei textuell, man hält sich also streng an den Text, was die Wertung des Befragten betrifft. Hierbei werden mit 0 neutrale, mit 1 positive, mit 2 negative Wertungen und mit 9 fehlende Wertungen versehen, wobei diese Wertung stets kritisch zu hinterfragen ist, da prinzipiell jede Aussage eine Wertung enthält.

Die C-Ebene stellt die Wertung des Codierers dar und trifft eine Aussage darüber, wie er persönlich das Gesagte bewertet. Codiert wird hierbei ebenso mit oben erwähnten Zahlensystem.

Nachdem sämtliche Interviews codiert waren, wurden in gemeinsamen Sitzungen der beiden Codierer die Unterschiede in den zwei Codierversionen ermittelt und dokumentiert. Letztendlich einigten sich die beiden Codierer auf eine gemeinsame Codierfassung, die in einer gesonderten Hermeneutic Unit festgehalten wurde. Diese „Gesamtauswertung_TK“ benannte Hermeneutic Unit stellt die Ausgangsdatei dar, aus der alle Ergebnisse ermittelt werden.

3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Interviews in der Tagesklinik

Die Interviews wurden mit insgesamt 24 Hauptkategorien (sog. Rootcodes) und 118 Unterkategorien (sog. Subcodes) codiert. Zur besseren Darstellung der für die Patienten relevanten Codes definierten wir einen Cut-off von 10. Das bedeutet, in der Auswertung wurden nur Codes berücksichtigt, die mindestens zehn mal genannt wurden.

Unter einer Nennung versteht man hierbei eine Patientenaussage, die inhaltlich einem Code zugeordnet werden kann. Es kam durchaus vor, dass ein Patient mehrere zu einem Code passende Aussagen machte, diese wurden nur dann doppelt codiert, wenn sie verschiedene Aspekte zu einer Thematik (bzw. zu einem Code) abbildeten. Durch diese Mehrfachnennungen erklärt sich auch, dass bei bestimmten Codes die Zahl der Nennungen größer als die Anzahl der Patienten ist.

Folgende Hauptkategorien wurden verwendet:

00. Anamnese
01. Motivation external
02. Motivation internal
03. Erwartungen und Wünsche
04. Raum
05. Therapie
06. Gruppensituation
07. Alltagseinfluss auf die TK
08. Doppelaufgabe
09. Trennungssituation
10. Pausenfüllung
11. Zeitstruktur
12. Gedanken an die TK
13. Abende und Wochenende
14. Reaktionen des Umfelds
15. Gespräche über TK zu Hause
16. Auswirkungen auf das Umfeld
17. Alltagsänderung
18. Vergleich zur Station
19. Hilfreiches
20. Problematisches
21. Anregungen
22. Erweiterte Codestruktur für die SK
23. TK Organisation
24. Wieder TK?

Abb. 12 Kategoriensystem (24 Hauptkategorien)

Bei der Auswertung der Interviews kristallisierten sich einige Themenbereiche heraus, die für die Patienten besonders bedeutsam waren und deswegen häufig thematisiert wurden.

Um dieser Tatsache gerecht zu werden, werteten wir die Codes nach der Frequenz ihrer Nennung in allen Interviews aus und erhielten somit ein Ranking der häufigsten Faktoren.

Die meistgenannten Haupt- und Subkategorien in der Tagesklinik sind in Tabelle 1 dargestellt:

Tab. 1 Häufig benannte Kategorien in der Tagesklinik (TK)

Tagesklinik (TK)	
Hauptkategorie mit Subkategorien	Anzahl der Nennungen und Wertung
Therapie	Gesamt: 140
<i>Sich aufgehoben fühlen</i>	26 pos.
<i>Fertigkeiten</i>	17 pos.
<i>Gruppentherapie</i>	15 pos.
Vergleich zur Station	Gesamt: 99
<i>Zeitstruktur</i>	33 pos.
<i>Konfrontation</i>	20 pos.
Abende und Wochenende	Gesamt: 96
<i>Übungszeit</i>	16 pos.
<i>Gestaltung</i>	16 neutr., 12 pos.
<i>Bewältigbarkeit</i>	15 pos., 15 neutr.
Raum	Gesamt: 95
<i>Umgebung der TK</i>	20 pos.
<i>Atmosphäre allgemein</i>	16 pos.
<i>Raumangebot</i>	14 neutr., 13 pos., 10 neg.
Zeitstruktur	Gesamt: 93
<i>TK Zeitkonzept</i>	30 pos.
<i>Geregelter Tagesablauf</i>	24 pos.
<i>Therapiepausen</i>	12 neg.

pos.= positiv, neutr. = neutral, neg. = negativ

Im folgenden Abschnitt soll genauer auf die einzelnen Hauptkategorien in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Verwendung eingegangen werden. Die nach rechts gerückten Zahlen geben jeweils die Anzahl der Nennungen wider. Ein nachstehendes „pos.“ zeigt eine positive Bedeutung eines Subcodes, ein „neg.“ die Verwendung eines negativen Subcodes an. Ein „neutr.“ steht für eine neutrale Aussage.

3.1.1 Therapie

Zentraler Punkt eines jeden Interviews war die Therapie, was durch die hohe Frequenz der Nennungen deutlich wird (insgesamt 140).

Tab. 2 Die Subkategorien des Hauptcodes „Therapie“

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
05.01.1.pos.	Therapie 05.01.1. Einzeltherapie	13
05.01.2.pos.	Therapie 05.01.2. Gruppentherapie	15
05.01.3.pos.	Therapie 05.01.3. Maltherapie	11
05.01.4.pos.	Therapie 05.01.4. Kunsttherapie	11
05.01.7.pos.	Therapie 05.01.7. Musiktherapie	12
05.02.neutr.	Therapie 05.02. Fertigkeiten	11
05.02.pos.	Therapie 05.02. Fertigkeiten	17
05.08.pos.	Therapie 05.08. Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn	13
05.09.pos.	Therapie 05.09. Beziehung zu Teammitarbeitern	11
05.10.pos.	Therapie 05.10. Sich aufgehoben fühlen	26
		Gesamt: 140

pos.= positiv, neutr.= neutral

Am häufigsten, in insgesamt 26 (pos.) Nennungen, thematisierten die Patienten, dass sie sich in der Tagesklinik gut aufgehoben fühlen. Der Erwerb neuer Fertigkeiten war ebenfalls ein wichtiger Punkt, den die Patienten überwiegend positiv (17 pos.) bewerteten. Als neue Fertigkeiten wurden hier vor allem Änderungen des Sozial- und Essverhaltens sowie neue Coping-Strategien in Stresssituationen angeführt. Etwa gleich oft wurden die verschiedenen Therapieverfahren positiv hervorgehoben: Einzeltherapie (13 pos.), Gruppentherapie (15 pos.), Kunsttherapie (11 pos.), Musiktherapie (12 pos.) und Maltherapie (11 pos.). In der Gruppentherapie war den Patienten vor allem der Aspekt des Erfahrungsaustausches, das Teilen von Problemen und das Feedback innerhalb der Gruppe wichtig, wohingegen in der Einzeltherapie die intensive Bearbeitung persönlicher Probleme und der damit verbundene Fortschritt im therapeutischen Prozess im Vordergrund stand.

Die Beziehung zum Einzeltherapeuten (13 pos.) sowie zu den Teammitarbeitern (11 pos.) gehören aus Patientensicht ebenfalls zu wichtigen Faktoren der tagesklinischen Therapie. Hier wurde besonders die qualifizierte und persönliche Betreuung sowie das entgegengebrachte Verständnis betont.

3.1.2 Vergleich zur Station

11 von den 25 befragten Patienten, hatten bereits in stationären Einrichtungen eine Therapie gemacht, über die sie berichten konnten. Aber auch die anderen Patienten beschäftigte die Vorstellung, wie es vergleichsweise in einer vollstationären Klinik sein würde. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 3 Vergleich zwischen Tagesklinik (TK) und Stationärer Klinik (Station)

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
18.1.Station_pos.	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre	(12)
18.1.TK_neutr.	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre	11
18.1.TK_pos.	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre	10
18.3.Station_neutr.	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur	(23)
18.3.Station_neg.	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur	(16)
18.3.TK_pos.	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur	33
18.5.Station_neg.	Vergleich zur Station 18.5. Allgemein	(13)
18.5.TK_pos.	Vergleich zur Station 18.5. Allgemein	22
18.6.Station_neg.	Vergleich zur Station 18.6. Konfrontation	(14)
18.6.TK_pos.	Vergleich zur Station 18.6. Konfrontation	20
18.7.TK_pos.	Vergleich zur Station 18.7. Übungseffekt	12
		Gesamt: 108

pos.= positiv, neutr.= neutral, neg.= negativ

Anmerkung: Zur Ermittlung der Gesamtzahl der Nennungen wurden hier nur auf die Tagesklinik bezogene Subkategorien addiert. Auf die Station bezogene Äußerungen stehen in Klammern.

Bezüglich der Zeitstruktur wurde, verglichen mit der vollstationären Behandlung (16 neg., 23 neutr.), die Tagesklinik favorisiert (33 pos.). Hervorgehoben wurde unter anderem, dass die Zeitstruktur der Tagesklinik es den Patienten ermöglicht, in der Therapie Erlerntes im Alltag zu erproben. Ebenso wurde die Konfrontation mit Situationen des Alltags als wichtig und gut für den therapeutischen Prozess empfunden (20 pos.). Dies wurde im stationären Sektor vermisst (14 neg.). Bezüglich der Atmosphäre verteilten sich die positiven Bewertungen der Patienten etwa gleichmäßig auf den stationären (12 pos.) und den tagesklinischen Sektor (10 pos., 11 neutr.). Allgemein bevorzugten Patienten jedoch das tagesklinische Konzept (22 pos.) gegenüber dem vollstationären (13 neg.).

3.1.3 Abende und Wochenende

Tab. 4 Bewertung der therapiefreien Zeit am Abend und am Wochenende

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
13.1.pos.	Abende und Wochenende 13.1. Übungszeit	16
13.3.neutr.	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	15
13.3.pos.	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	15
13.3.neg.	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	12
13.4.neutr.	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung	16
13.4.pos.	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung	12
13.7.neutr.	Abende und Wochenende 13.7. Erreichbarkeit von Ressourcen	10
		Gesamt: 96

pos.= positiv, neutr.= neutral, neg.= negativ

Für die Patienten der Tagesklinik spielt die therapiefreie Zeit an den Abenden und am Wochenende eine bedeutende Rolle, da sie auf sich selbst gestellt sind und Probleme entweder selbst bewältigen müssen, oder mit der Lösung bis zur nächsten Therapiestunde in der Tagesklinik warten müssen.

Einerseits wurde dieser Zeitraum als konstruktive Übungszeit betrachtet (16 pos.), in dem erlernte Verhaltensmuster im Alltag erprobt wurden und über die Gestaltung der freien Stunden berichtet wurde (16 neutr., 12 pos.). Andererseits war die Bewältigung dieser Zeit in vielen Interviews ein Thema. Insgesamt verteilten sich die Nennungen diesbezüglich in etwa gleich auf eine positive (15 pos.), neutrale (15 neutr.) und negative (12 neg.) Aussage. Prozentual ausgedrückt können 84% der Patienten mit der Situation am Abend und am Wochenende umgehen und für 16% stellt sie eher eine Belastung dar. Die Erreichbarkeit von Ressourcen während der therapiefreien Zeit wurde überwiegend neutral bewertet (10 neutr.). Genannt wurden konkret Verwandte, Partner, Freunde, die psychiatrische Universitätsklinik am Safranberg, ehemalige Mitpatienten aus früheren Klinikaufenthalten und Selbsthilfegruppen.

3.1.4 Raum

Tab. 5 Bewertung der räumlichen Situation in der Tagesklinik (TK)

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
04.1.pos.	Raum 04.1. Atmosphäre allgemein	16
04.3.neutr.	Raum 04.3. Raumangebot	14
04.3.pos.	Raum 04.3. Raumangebot	13
04.3.neg.	Raum 04.3. Raumangebot	10
04.5.neutr.	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	11
04.5.pos.	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	11
04.6.pos.	Raum 04.6. Umgebung der TK	20
	Gesamt	95

pos.= positiv, neutr.= neutral, neg.= negativ

Die psychosomatische Tagesklinik der Universität Ulm ist im ehemaligen Gebäude der Hochschule für Gestaltung auf dem Hochsträß untergebracht. Die landschaftliche Umgebung der Tagesklinik, wurde eindeutig positiv bewertet (20 pos.). Die Patienten schätzten vor allem die Ruhe und die Möglichkeit dort spazieren zu gehen. Die Atmosphäre der Tagesklinik im Allgemeinen wurde von den meisten Befragten ebenfalls als angenehm empfunden (16 pos.), da wenig an ein Krankenhaus erinnert, die Betreuung als sehr persönlich erlebt wird und durch den parallel laufenden studentischen Betrieb am Kuhberg Abwechslung stattfindet.

Über das Raumangebot herrschten geteilte Meinungen (13 pos., 14 neutr., 10 neg.). Während ein Teil der Patienten die Räumlichkeiten betreffend der Anzahl und Gestaltung als angemessen bewertet, bemängelt ein anderer Teil der Patienten sie. Auffallend war das gehäufte Auftreten negativer Aussagen kurz vor dem Zeitpunkt, an dem die Tagesklinik-Plätze verdoppelt wurden und eine zweite Therapiegruppe parallel startete. Die Vorstellungen waren davon geprägt, wie eng es wohl mit 18 Patienten in der Tagesklinik sein würde. Es fiel aber auch auf, dass nach der Etablierung der zweiten Gruppe keine derartigen Aussagen mehr gemacht wurden. Die Rückzugsmöglichkeiten wurden von den meisten Patienten neutral (11 neutr.) oder positiv (11 pos.) bewertet, da sich einige vorab darauf einstellten, in der Tagesklinik wenig Privatsphäre zu haben beziehungsweise fanden einige Patienten trotzdem einen Ort, an dem sie ungestört waren. Genannt wurden hier unter anderem die Badewanne, die Umgebung oder der Innenhof der Tagesklinik.

3.1.5 Zeitstruktur

Tab. 6 Bewertung des Zeitkonzepts (Zeitstruktur) in der Tagesklinik (TK)

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
11.1.neg.	Zeitstruktur 11.1. Therapiepausen	12
11.2.pos.	Zeitstruktur 11.2. Einhalten von Zeitstrukturen	17
11.4.pos.	Zeitstruktur 11.4. TK Zeitkonzept	30
11.5.neg.	Zeitstruktur 11.5. Zeiteinteilung der Therapieangebote	10
11.6.pos.	Zeitstruktur 11.6. Geregelter Tagesablauf	24
	Gesamt	93

pos.= positiv, neg.= negativ

Das Zeitkonzept der Tagesklinik fand bei den Patienten große Zustimmung (30 pos.). Positiv erwähnt wurde vor allem die Vereinbarkeit von intensiver Psychotherapie und dem alltäglichen Leben. Einerseits um Probleme, die im Alltag begründet sind, unmittelbar aufzuarbeiten, andererseits aber auch um persönlichen Verpflichtungen nachgehen zu können, wie z.B. die Versorgung von Angehörigen und Haustieren. Für einige Patienten bedeutete der Anfang einer Therapie in der Tagesklinik auch, wieder eine Regelmäßigkeit im Tagesablauf zu haben, was sehr geschätzt wurde (24 pos.). Ebenso wurde das Einhalten von Zeitstrukturen als wichtig empfunden (17 pos.). Kritisch beurteilten die Patienten vor allem die Zeiteinteilung der Therapieangebote (10 neg.) und die Therapiepausen (12 neg.). Bemängelt wurde unter anderem, dass das Therapieprogramm sich nicht gleichmäßig über die Woche verteilt, so dass manche Tage als anstrengend und andere als unterfordernd empfunden werden. Während einige Patienten die Pausen als Zeitraum betrachteten, in dem durch Gespräche mit den Mitpatienten „Therapie in der Gruppe“ stattfand, betrachteten sie andere Patienten als ungenutzte Zeit. Bevorzugte Beschäftigungen in den Hohlstunden waren Lesen, Spaziergehen, Malen und Musik hören.

3.1.6 Gruppensituation

Tab. 7 Aspekte der Gruppensituation in der Tagesklinik

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
06.1.pos.	Gruppensituation 06.1. Austausch von Gedanken	19
06.11.1.neutr.	Gruppensituation 06.11.1. Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	12
06.4.neutr.	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	14
06.4.pos.	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	12
06.9.miss.	Gruppensituation 06.9. Von der Gruppe lernen	14
	Gesamt	71

pos.= positiv, neutr.= neutral, miss.= missing

Innerhalb der Gruppe war für die Patienten der Austausch von Gedanken am wichtigsten (19 pos.). Besonders positiv wurde hierbei die Ehrlichkeit und Offenheit innerhalb der Gruppe erwähnt, aber auch die Erkenntnis, dass Mitpatienten mit ähnlichen Problemen konfrontiert waren und wie sie versuchten diese zu bewältigen. Die Patienten berichteten ebenso durch die Gespräche etwas von den Mitpatienten gelernt zu haben (14 miss.), was von uns allerdings mit einer „Missing“-Bewertung codiert wurde, da das Gelernte zwar als positiv empfunden werden kann, jedoch unklar ist, wie es sich im einzelnen Krankheitsverlauf auswirkt.

Die Intensität des Kontaktes wurde überwiegend neutral (14 neutr.) und positiv (12 pos.) bewertet.

Besonders ambivalent wurde hier einerseits die gegenseitige Unterstützung und Motivation und andererseits die Hilflosigkeit und Anteilnahme an den Problemen der Mitpatienten empfunden. Über einen zusätzlichen Kontakt zur Gruppe liegen 12 neutrale Nennungen vor (12 neutr.). Dieser Kontakt fand sowohl im Rahmen gemeinsamer Gruppenaktivitäten außerhalb der Tagesklinik statt, zum Beispiel bei Museumsbesuchen, einem Bummel über den Weihnachtsmarkt, Spielenachmittagen und Kaffeestunden. Bei einigen Patienten fanden aber auch private Treffen und gelegentliche Telefonate mit (ehemaligen) Mitpatienten statt.

3.1.7 Reaktionen des Umfelds

Tab. 8 Reaktionen des Umfelds der Patienten auf die Therapie

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
14.1.pos.	Reaktionen des Umfeldes 14.1. Unterstützung	18
14.4.pos.	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis	22
14.4.neg.	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis	17
	Gesamt	57

pos.= positiv, neg.= negativ

Im Code Reaktionen des Umfelds soll dargestellt werden, wie Personen aus dem Privat- und Arbeitsleben der Patienten reagierten, als sie von der Therapie in der Tagesklinik erfuhren, beziehungsweise als sich Veränderungen durch die Therapie bemerkbar machten.

In 22 Quotations, den für die Auswertung markierten Textteilen, wird von Verständnis berichtet (22 pos.), wohingegen 17 Nennungen von Unverständnis handeln (17 neg.). Des

öfteren erhielten die Patienten ambivalente Reaktionen, das heißt sowohl Verständnis als auch Unverständnis. 18mal wurde eine Unterstützung aus dem Umfeld erwähnt (18 pos.). Unterstützung aus dem Umfeld kam am häufigsten von der Familie (50%), gefolgt von Freunden (29%), dem Partner (13%) und Arbeitskollegen (8%). Genannt wurde konkret, dass die Patienten bestärkt würden die Therapie sei die richtige Entscheidung, dass das Umfeld Interesse zeige, sich erkundige und Äußerungen mache, es könne sich eine solche Therapie auch gut vorstellen beziehungsweise habe sie auch schon gemacht.

3.1.8 Doppelaufgabe

Tab. 9 Bewertung der Belastung durch Alltag und Therapie als Doppelaufgabe aus Patientensicht

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
08.2.neutr.	Doppelaufgabe 08.2. Alltagsverpflichtungen	13
08.2.neg.	Doppelaufgabe 08.2. Alltagsverpflichtungen	11
08.3.neutr.	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	10
08.3.pos.	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	11
08.3.neg.	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	11
	Gesamt	56

pos.= positiv, neutr.= neutral, neg.= negativ

Für die Patienten war die Doppelaufgabe, also ihr Leben in und außerhalb der Tagesklinik zu meistern, ein bedeutendes Thema.

Insgesamt liegen hierzu 56 Nennungen vor, die sich am meisten auf die Bewältigbarkeit und die Alltagsverpflichtungen verteilen. Etwa gleich häufig wurde die Doppelaufgabe als gut bewältigbar (11 pos.), neutral (10 neutr.) und problematisch (11 neg.) bewertet.

Betrachtet man genauer, wie sich die Nennungen auf die Patienten verteilen, kann man feststellen, dass sich die Mehrzahl der Patienten in der Lage sieht die Belastung durch Tagesklinik und Alltag zu bewältigen. Die Bewältigungsstrategien sahen dabei völlig unterschiedlich aus. Eine Patienten verschoben private Aktivitäten und Verpflichtungen aus das Wochenende, andere suchten Entspannung in Freizeitaktivitäten.

Alltagsverpflichtungen, die zu erledigen waren, wurden meist neutral (13 neutr.) oder negativ (11 neg.) erlebt. Genannt wurden unter anderem familiäre Verpflichtungen, wie die Versorgung von Angehörigen und Haushaltstätigkeiten, wie Kochen, Putzen oder Wäsche waschen. Wenige erwähnten Behördengänge und berufliche Verpflichtungen.

3.1.9 Alltagsänderung

Tab. 10 Alltagsänderung im Leben der Patienten seit Therapiebeginn

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
17.1.pos.	Alltagsänderung 17.1. Alltagsänderung allg.	12
17.2.pos.	Alltagsänderung 17.2. Symptomatik verändert sich spürbar	11
17.4.pos.	Alltagsänderung 17.4. Neue Fertigkeiten	17
	Gesamt	40

pos.= positiv

Wir versuchten zu ermitteln welche Änderungen sich im Alltag der Patienten seit ihrem Therapiebeginn in der Tagesklinik bis zum Zeitpunkt des Interviews ergeben hatten. Von den in der Abbildung dargestellten Veränderungen wurden am häufigsten neue Fertigkeiten (17 pos.), eine allgemeine Alltagsänderung (12 pos.) und eine spürbare Veränderung der Symptomatik (11 pos.) benannt. Neu erlernte Fertigkeiten wurden bereits im Rootcode „Therapie“ abgehandelt.

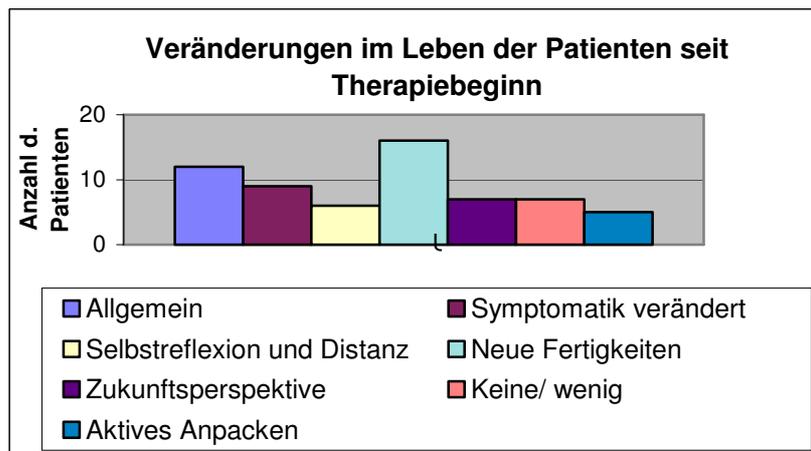


Abb. 13 Veränderungen im Leben der Patienten seit Therapiebeginn

Eine spürbar veränderte Symptomatik machte sich bei 9 Patienten in Form eines veränderten Essverhaltens, nachlassender Schmerzen, der Überwindung von Ängsten, dem Ablegen passiver Verhaltensmuster und dem aktiven Anpacken von Problemen bemerkbar. Eine unspezifische Alltagsänderung fand bei 12 Patienten statt. Thematisiert wurde vor allem eine neue Tagesstrukturierung, ein verändertes Auftreten im Umgang mit anderen Personen und eine aktivere Teilnahme am sozialen Leben.

3.1.10 Auswirkungen auf das Umfeld

Tab. 11 Auswirkungen der Therapie auf das Umfeld der Patienten

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
16.2.neutr.	Auswirkungen auf das Umfeld 16.2. Beziehung	16
16.2.pos.	Auswirkungen auf das Umfeld 16.2. Beziehung	13
	Gesamt	29

pos.= positiv, neutr.= neutral

Durch die Therapie ergaben sich im persönlichen Umfeld der Patienten Veränderungen in den Beziehungen zu ihren Mitmenschen. Zumeist wurde dies neutral (16 neutr.) oder positiv (13 pos.) bewertet. Die positiv empfundenen Veränderungen waren eine bessere Kommunikation, weniger Spannungen und die Vertiefung einer Beziehung sowie neue Verhaltensweisen im gegenseitigen Umgang miteinander. Einige Patienten berichteten auch über ein verbessertes Verhältnis zu den Eltern.

Ambivalente Veränderungen wurden ebenfalls berichtet, beispielsweise, dass sich die Partnerschaft verbessert, die Freundschaften aber negativ verändert hätten. Ebenso kam es vor, dass persönliche Veränderungen im Therapieprozess, die vom Patienten selbst als positiv empfunden wurden, zum Beispiel ein konsequenteres Verhalten, im Umfeld Spannungen erzeugten.

3.1.11 Alltagseinfluss auf die TK

Tab. 12 Alltagseinsfluss auf die Therapie in der Tagesklinik (TK)

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
07.1.neutr.	Alltagseinfluss auf die TK 07.1. Alltag als Therapiethema	21
	Gesamt	21

neutr.= neutral

Wir befragten die Patienten, welchen Anteil ihr Alltag bei der Therapie inhaltlich einnehmen würde und erhielten folgende Verteilung der Antworten:

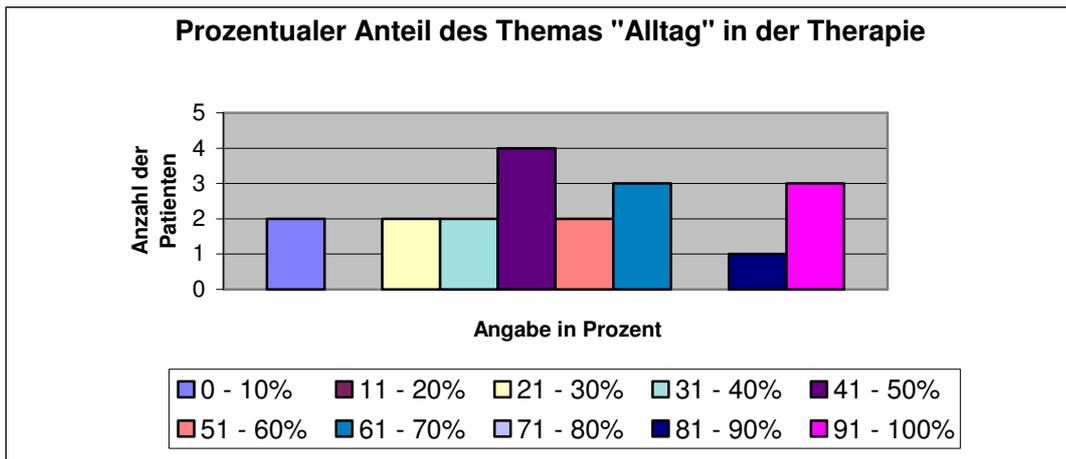


Abb. 14 Prozentualer Anteil des Themas „Alltag“ in der Therapie

Der Alltag als Thema in ihrer Therapie wurde 21mal neutral (21neutr.) bewertet und 4-mal positiv (4 pos.).

Thematisch drehte es sich vor allem um die Alltagsbewältigung, den familiären Alltag und den Berufsalltag, seltener um den Beziehungsalltag.

3.1.12 Gespräche über die TK zu Hause

Tab. 13 Gespräche über die Tagesklinik (TK) zu Hause

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
15.2.neutr.	Gespräche über TK zu Hause 15.2. Keine Gespräche über TK	21
	Gesamt	21

neutr.= neutral

Bei knapp der Hälfte der Patienten fanden im häuslichen Umfeld keine Gespräche über die Therapie in der Tagesklinik statt, was neutral bewertet wurde (22 neutr.).

Kam es dennoch zu einer Unterhaltung über den Tagesklinik-Aufenthalt, so wurden vor allem folgende Gebiete thematisiert:

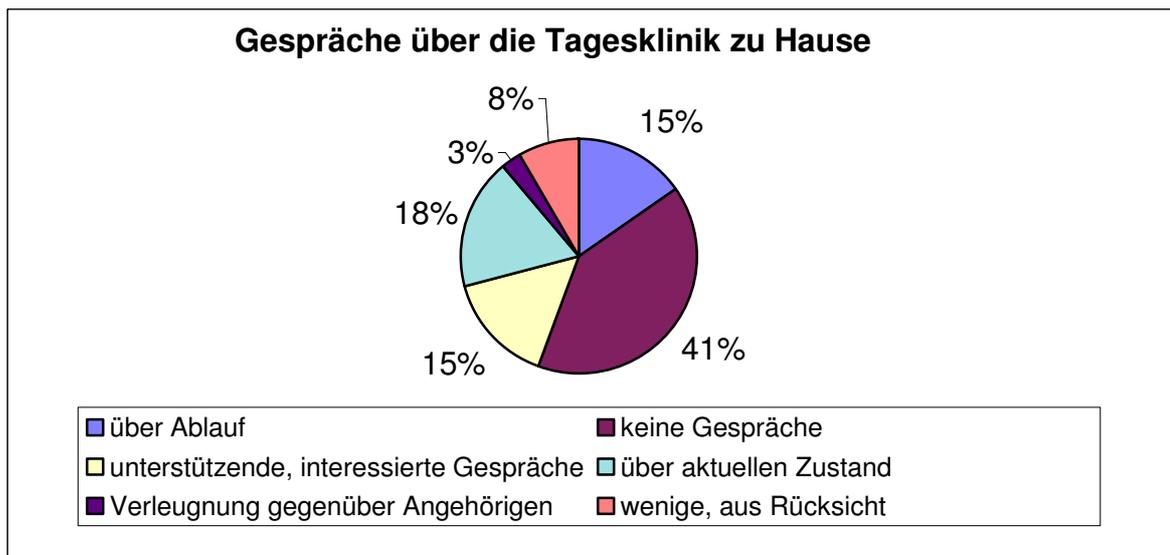


Abb. 15 Gespräche über die Tagesklinik zu Hause

3.1.13 TK Organisation

Tab. 14 Bewertung der Organisation der Tagesklinik (TK)

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
23.3.neutr.	TK Organisation 23.3. Anlaufstelle für Kritik und Hilfe	19
	Gesamt	19

neutr.= neutral

Die Möglichkeit mit Problemen auch außerhalb der Therapiestunden Hilfe zu erhalten beziehungsweise Kritikpunkte anzubringen, wurde im Code Anlaufstelle für Kritik und Hilfe bewertet (19 neutr.). Geschätzt wurde die gute Erreichbarkeit von Therapeuten und Pflorgeteam sowie das entgegengebrachte Verständnis. Besonders gelobt wurde aber auch, dass die gewährte Unterstützung die Patienten immer noch forderte selbst aktiv zur Lösung ihrer Probleme beizutragen.

3.1.14 Motivation external

Tab. 15 Externale Motivation zur Therapie in der Tagesklinik

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
01.1.neutr.	Motivation external 01.1. Expertenvorschlag	13
	Gesamt	13

neutr.= neutral

Natürlich war es von Interesse, warum die Patienten sich zu einer tagesklinischen Behandlung entschlossen hatten. Die Entscheidung zur teilstationären Therapie gründete vor allem in externalen Motiven, das bedeutet sie wurden von anderen Personen oder Institutionen in die Tagesklinik überwiesen. Benannten die Patienten eine externe Motivation, so suchten sie in 75% der Fälle auf Anraten eines Experten die Tagesklinik auf (13 neutr). Unter Experten versteht man hierbei Ärzte, Mitarbeiter im psychosozialen Bereich, Kliniken oder Beratungszentren.

In unserer Studie waren dies in 58,3% der Fälle ein Facharzt (Psychotherapeut, Psychiater, Internist), in 33,3% der Hausarzt und in 8% sonstige Experten. Der Großteil der Patienten stand den Entscheidungen dritter Personen, sie in die Tagesklinik zu schicken, neutral gegenüber. Lediglich die Patienten, die die Tagesklinik als einzige Möglichkeit benannten, äußerten sich vor allem positiv über diesen Umstand.

3.1.15 Erwartungen und Wünsche

Tab. 16 Erwartungen und Wünsche der Patienten vor der Therapie

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
03.7.pos.	Erwartungen und Wünsche 03.7. Auf Therapieerfolg bezogen	10
	Gesamt	10

pos.= positiv

Wir versuchten in Erfahrung zu bringen, mit welchem Anspruch die Patienten in die Tagesklinik gekommen waren. Deshalb befragten wir sie nach ihren Erwartungen und Wünschen zu Therapiebeginn und inwieweit sie diese nach ihrem bisherigen Aufenthalt als erfüllt oder enttäuscht betrachteten.

Die meisten Patienten hatten Erwartungen bezüglich des Therapieerfolges (10 pos.) und ihrer eigenen Person:

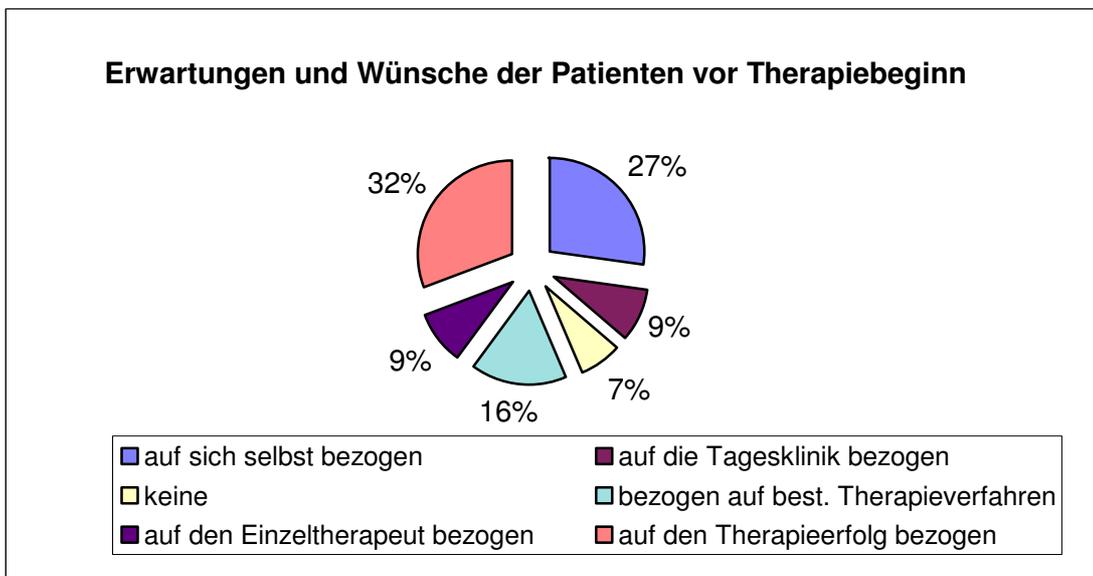


Abb. 16 Erwartungen und Wünsche der Patienten vor Therapiebeginn

Die meisten Patienten hatten auf sich selbst bezogen die Erwartung, dass man ihnen in der Tagesklinik aufzeigen könnte, worin sich ihre Probleme begründeten und wie sie in Zukunft damit umgehen können. Bezüglich des Erfolges der Therapie hofften die meisten Patienten auf eine Linderung beziehungsweise Befreiung von ihren Symptomen. Die Mehrzahl derer, die mit diesen Erwartungen in die Tagesklinik gekommen waren, sahen diese als erfüllt an (10 pos.).

3.1.16 Gedanken an die TK

Tab. 17 Gedanken der Patienten an die Tagesklinik (TK)

Wertung	Subkategorie	Häufigkeit der Nennung
12.1.neutr.	Gedanken an die TK 12.1. Gedanken zum eigenen Prozess	10
	Gesamt	10

neutr.= neutral

Wie befragten die Patienten, ob sie die Therapie in der Tagesklinik die Patienten auch außerhalb beschäftigte. Diese Frage wurde von allen bejaht. Mit Abstand am häufigsten machten sich die Patienten Gedanken zum eigenen Prozess (10 neutr.). Dabei dachten sie meist über ihre persönlichen Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten sowie über das, was in der Therapie gesagt wurde, nach.

Suchten die Patienten Zerstreuung, so fanden sie diese bei Hausarbeiten, bei Entspannungsübungen, beim Malen, im Gespräch mit anderen Personen, beim Sport oder beim Aufschreiben ihrer Gedanken.

3.2 Vergleich der Ergebnisse tagesklinischer und stationärer Interviews

3.2.1 Vergleich der Top 5

Bei der Betrachtung der fünf meistgenannten Haupt- und Subkategorien lassen sich Unterschiede zwischen der Tagesklinik und der Stationären Klinik feststellen.

Anmerkung: Zur besseren Unterscheidung sind die Subkategorien kursiv gedruckt.

Tab. 18 Häufigste Haupt- und Subkategorien der Tagesklinik (TK) und Stationären Klinik (SK)

Tagesklinik		Stationäre Klinik	
Hauptkategorie mit Subkategorien	Anzahl der Nennungen und Wertung	Hauptkategorien mit Subkategorien	Anzahl der Nennungen und Wertungen
Therapie	Gesamt: 140	Therapie	Gesamt: 154
<i>Sich aufgehoben fühlen</i>	26 pos.	<i>Sich aufgehoben fühlen</i>	29 pos.
<i>Fertigkeiten</i>	17 pos.	<i>Beziehung zu Mitarbeitern</i>	28 pos., 11 neutr.
<i>Gruppentherapie</i>	15 pos.	<i>Beziehung zum Einzeltherapeut</i>	21 pos.
Vergleich zur Station	Gesamt: 99	Raum	Gesamt: 132
<i>Zeitstruktur</i>	33 pos.	<i>Rückzugsmöglichkeit</i>	21 neutr., 16 pos.
<i>Konfrontation</i>	20 pos.	<i>Umgebung der SK</i>	19 pos.
		<i>Doppelzimmer</i>	12 neutr., 10 neg.
Abende und Wochenende	Gesamt: 96	Gruppe	Gesamt: 112
<i>Übungszeit</i>	16 pos.	<i>Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe</i>	21 neutr., 13 pos.
<i>Gestaltung</i>	16 neutr., 12 pos.	<i>Intensität des Kontaktes</i>	16 neutr., 15 pos.
<i>Bewältigbarkeit</i>	15 pos., 15 neutr.	<i>Austausch von Gedanken</i>	15 pos.
Raum	Gesamt: 95	SK Organisation	Gesamt: 76
<i>Umgebung der TK</i>	20 pos.	<i>Regelwerk</i>	19 pos., 12 neg.
<i>Atmosphäre allgemein</i>	16 pos.	<i>Anlaufstelle für Kritik</i>	16 neutr., 15 pos.
<i>Raumangebot</i>	14 neutr., 13 pos., 10 neg.		
Zeitstruktur	Gesamt: 93	Abende und Wochenende	Gesamt: 56
<i>TK Zeitkonzept</i>	30 pos.	<i>Gestaltung</i>	18 neutr., 11 pos.
<i>Geregelter Tagesablauf</i>	24 pos.	<i>Bewältigbarkeit</i>	16 pos., 14 neutr.
<i>Therapiepausen</i>	12 neg.		

pos.= positiv, neutr.= neutral, neg.= negativ

In beiden Patientengruppen tritt die Therapie als häufigste Kategorie in Erscheinung, insbesondere der Aspekt des sich aufgehoben Fühlens, der von beiden positiv bewertet wird. Während für die Patienten der Tagesklinik jedoch die erworbenen Fertigkeiten und die Gruppentherapie im Vordergrund stehen, wird im Stationären Bereich mehr das Verhältnis zum Personal der Einrichtung, das heißt zum Pfllegeteam und den Einzeltherapeuten, betont.

Die zweithäufigste Hauptkategorie in der Tagesklinik ist der Vergleich zur vollstationären Klinik, wohingegen für Patienten dieser Einrichtung der Raum als zweitwichtigster Punkt erscheint, bei dem die Rückzugsmöglichkeiten und die Situation im Doppelzimmer oft benannt wird. Interessant ist, dass bei den Tagesklinikpatienten die Kategorie Raum an vierter Stelle steht und mehr Wert auf die allgemeine Atmosphäre und das Raumangebot gelegt wird. Für beide Gruppen ist die Umgebung der Klinik wichtig.

An dritter Stelle steht in der Tagesklinik die Kategorie Abende und Wochenende, die sich in der Liste der Stationären Klinik auf Rang fünf befindet. Beide Bereiche erwähnen hier besonders die Gestaltung und die Bewältigung dieser Zeit zu etwa gleichen Teilen positiv und neutral. Im teilstationären Sektor wird die therapiefreie Zeit zusätzlich als Übungszeit betrachtet, was positiv bewertet wird. Die dritthäufigste Kategorie bei den stationären Patienten ist die Gruppe, insbesondere der zusätzliche Kontakt, die Intensität des Kontakts und der Austausch von Gedanken.

Die Kategorie Raum steht in der Tagesklinik an vierter Stelle und wurde bereits oben erläutert. In der Gruppe der stationären Patienten steht hier die Organisation der Klinik. Besonders wird die Anlaufstelle für Kritik und das Regelwerk erwähnt, das recht ambivalent empfunden wird (19 pos., 12 neg.) . Im Vergleich dazu wird das Regelwerk in der TK weniger thematisiert und überwiegend positiv empfunden.

An fünfter Stelle steht in der Tagesklinik die Zeitstruktur, vor allem das teilstationäre Zeitkonzept und der geregelte Tagesablauf, die beide positiv bewertet werden. Die Therapiepausen hingegen werden überwiegend negativ bewertet. Wie bereits zuvor erwähnt liegt im stationären Sektor die Kategorie Abende und Wochenende an fünfter Stelle.

3.2.2 Resümee - Unterschiede TK-SK

Die Patienten der Tagesklinik betonten oft wie wichtig für sie die Kombination aus Therapie und Alltag sei, da es Ihnen ermöglicht Probleme, die sich aus alltäglichen Situationen ergeben, unmittelbar zu bearbeiten und neu Erlerntes sofort umzusetzen. Auch das Gefühl sozial nicht völlig von der Außenwelt isoliert zu sein und die Möglichkeit Verpflichtungen im privaten Umfeld wahrzunehmen, wurden als Vorteile der teilstationären Behandlung benannt. Sich in eine vollstationäre Behandlung zu begeben wäre für die wenigsten Patienten eine Option gewesen, da dies oftmals als Stigma und Flucht vor den Problemen betrachtet wurde. Diese Aussagen decken sich mit den in der Literatur beschriebenen therapeutischen Faktoren teilstationärer Behandlung. So zählt Küchenhoff die „Verknüpfung von Psychotherapie mit sozialer Rehabilitation“ (Küchenhoff, 1998, S.7 Z.27), das Durchleben von Trennungssituationen und die Entlastung vom „Binnendruck vollstationärer Psychotherapieeinrichtungen“ (Küchenhoff, 1998, S.5, Z.2f.) zu den wesentlichen Wirkfaktoren teilstationärer Psychotherapie. Die Bewältigung der therapiefreien Zeit wurde von den meisten als machbar eingestuft und eher als eine Herausforderung wie eine Überforderung erlebt. Wenn dieser Zeitraum belastend erlebt wurde, so waren dies meist alleinstehende Patienten. Die Trennungssituation von zu Hause beziehungsweise von der Klinik war für die meisten Patienten gut zu bewältigen. Die Therapie in der Tagesklinik wurde sehr positiv bewertet. Die meisten Patienten erlebten die therapeutischen Angebote intensiv oder sehr intensiv und zogen Nutzen aus Ihnen. Die Mitpatientengruppe wurde größtenteils als hilfreich erlebt, insbesondere der Erfahrungsaustausch. Jedoch schienen die meisten Patienten deutlich zwischen ihrem Leben innerhalb und außerhalb der Tagesklinik zu trennen und beließen zusätzliche Kontakte zur Gruppe meist lose oder innerhalb der im Stundenplan vorgesehenen wöchentlichen Gruppenaktivität. Dies widerspricht der These, nachdem innerhalb eines teilstationären Settings intensivere Gruppenprozesse durch fehlende Rückzugsmöglichkeiten entstehen. Die durch die Tagesklinik vorgegebene Strukturierung des Tagesablaufes empfanden die Patienten zwar vor allen Dingen zu Therapiebeginn als anstrengend, aber dennoch bewerteten sie dies positiv. Einige Patienten sahen darin die Chance sowohl Struktur in ihr Seelenleben als auch in ihrem Alltag zu bringen. Bei vielen Tagesklinikpatienten hatten sich zum Zeitpunkt der Befragung schon Veränderungen im Alltag oder in der Beziehung zum Umfeld ergeben oder es wurde über den Erwerb neuer

Fertigkeiten berichtet. Fast alle Patienten würden sich wieder für eine teilstationäre Therapie entscheiden und diese auch Freunden weiterempfehlen.

Bei den Patienten der vollstationären Klinik wurde in den Interviews oft erwähnt, dass die schützende Klinikumgebung und gerade das Herausgelöst-Sein aus dem privaten Umfeld wesentlich für den Heilungsprozess sei. Bedenkt man, dass das Zimmer in dieser Umgebung oftmals den einzigen Rückzugsort darstellt, so lässt sich auch nachvollziehen, warum die Situation im Doppelzimmer bei allen Patienten Erwähnung fand und gelegentlich als problematisch empfunden wurde. Die Gruppendynamik erschien im vollstationären Sektor ebenfalls viel bedeutsamer für die Patienten zu sein, was bei Misstimmungen innerhalb der Mitpatientengruppe jedoch auch negativ sein konnte. Insgesamt würden sich auch die meisten Befragten der vollstationären Klinik wieder für diese Therapieform entscheiden und sie weiterempfehlen. Kritisiert wurde unter anderem das Regelwerk, vor allem die strikten Fernsehzeiten sowie die Medikamenteneinnahme unter Aufsicht. Die therapeutischen Angebote wurden überwiegend positiv bewertet, nur wenige Therapieformen, wie zum Beispiel die konzentrierte Bewegungstherapie wurden gelegentlich negativ bewertet. Über den Erwerb neuer Fertigkeiten berichteten im stationären Sektor etwa die Hälfte der Patienten (TK: fast alle Patienten). Der Alltag schien innerhalb der Therapie, verglichen mit der TK, eine geringere Rolle zu spielen. In der Freizeit waren die Patienten der stationären Klinik im Schnitt weniger mit Gedanken an die Therapie als im teilstationären Sektor beschäftigt. Eine Alltagsänderung hatte nur bei wenigen stationären Patienten zum Zeitpunkt des Interviews stattgefunden.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Methodik

4.1.1 Durchführung der Interviews

Die Probleme qualitativer Interviews begründen sich laut Hopf (1995) in verschiedenen Ursachen. Zum einen kann eine mangelhafte Planung im Vorfeld ursächlich sein, zum Beispiel, wenn Informationsinteresse und zu Verfügung stehende Zeit in einem Missverhältnis stehen, die Leitfäden zu umfangreich sind oder die Fragen nur oberflächlich abgehakt werden.

Eine andere Quelle von Problemen stellen Ausbildungsdefizite dar. So kann ein Mangel an Erfahrung, verbunden mit Angst vor der Kommunikation mit Fremden zu folgenden Fehlern führen:

- Dominierender Kommunikationsstil: suggestive Fragen und Vorgaben von Interpretationen, Abgabe von Bewertungen und Kommentaren mit lenkendem Einfluss.
- Passiv-rezeptive Probleme: Schwierigkeiten und fehlende Geduld des Interviewers, Schwierigkeiten beim Aufgreifen von Anhaltspunkten für Nachfragen
- Ängstlicher/ unsicherer Umgang mit dem Interviewleitfaden: permanente Erwähnung des Leitfadens, Verwendung als Disziplinierungsmaßnahme, Außerachtlassen von interessanten, nicht antizipierten Aspekten.

Bei unserer Studie erfolgte vor der Durchführung der Interviews eine Schulung der Interviewer durch Herrn Professor von Wietersheim, die durch Probeinterviews und Videodokumentation unterstützt wurde.

Ebenso war zumeist gewährleistet, dass die Interviews ohne Zeitdruck durchgeführt werden konnten. Der 23 Fragen umfassende Leitfaden war für den veranschlagten Zeitraum weder zu ausführlich noch ließ er zu wenig Freiraum, um bei komplexen Sachverhalten gezielt nachzufragen. Ein ängstlicher oder unsicherer Umgang mit den Patienten war ebenso wie ein dominierender Kommunikationsstil oder Verständigungsschwierigkeiten bei den Interviewern nicht festzustellen. Die Interviewer selbst hatten während den Gesprächen den Eindruck, dass ihre Position als neutrale, das heißt nicht zur Institution Klinik gehörende Personen, bei den Patienten eine große Offenheit bei der Beantwortung der Fragen ermöglichte.

Ein Kritikpunkt bei der Durchführung unserer Studie ist der einzeitige Interviewtermin und die fehlende Katamnese. Prinzipiell wäre denkbar, dass sich das Empfinden bestimmter Wirkfaktoren im Laufe der Therapie ändert. Aufgrund des langen Erhebungszeitraums der Daten, der Zeitintensität der Interviews und der Entfernung zur stationären Klinik war dies jedoch nicht zu bewerkstelligen.

4.1.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Damit qualitative Inhaltsanalyse nachvollziehbar, reliabel und valide wird, müssen bestimmte Gütekriterien erfüllt werden (siehe hierzu auch Mayring 2003, S.109ff). Zunächst muss ein geeignetes Kategoriensystem erstellt werden, das auf den zu bearbeitenden Text angewendet wird. In unserer Studie geschah dies im Rahmen einer psychologischen Diplomarbeit, bei der zunächst anhand der ersten 10 Interviews eine Basisversion des Codesystems erstellt wurde. Nach dem Durchlaufen mehrerer Codierschleifen, das heißt nach mehrmaliger Rücküberprüfung und Revision der Codes standen die 23 Kategorien unseres Codesystems fest. Kritisieren könnte man, dass das Kategoriensystem, das anhand der tagesklinischen Interviews erstellt wurde, ebenso auf die stationären angewandt wurde. Entgegenzusetzen ist dem, dass ein völlig neues Kategoriensystem einen Vergleich unmöglich gemacht hätte. Zudem wurde das Kategoriensystem im stationären Bereich geringfügig modifiziert, indem noch zusätzliche Codes angefügt wurden (beispielsweise um zu erfassen, wie der Kontakt zu Angehörigen gehalten wurde).

Ein weiteres Gütekriterium der qualitativen Inhaltsanalyse ist die korrekte Anwendung des Codesystems auf den Text. Hierzu sind eine Schulung der Codierer nötig und klare Codierregeln. Bei unserer Studie wurden beide Codierer ausführlich in das Kategoriensystem eingewiesen und in den Prozess der Überarbeitung maßgeblich miteinbezogen. Dies spiegelte sich auch in guten Übereinstimmungsraten bei der Codierung der Interviews wider.

4.1.3 Erhebung der Daten aus Patientensicht

In unserer Studie wurde bewusst erforscht, was die Patienten selbst als für sie wichtige Wirkfaktoren benannten. Natürlich können diese Aussagen von dem divergieren, was von therapeutischer Seite als wesentliche Wirkfaktoren betrachtet werden. Wir stellten jedoch

die Aussagekraft des subjektiven Erlebens in den Mittelpunkt, um die bisherige Forschung auf dem Gebiet der Wirkfaktoren um einen wichtigen Aspekt zu ergänzen.

4.1.4 Patientengut und therapeutischer Rahmen

Auffallend in unserem in der Tagesklinik interviewten Patientenkollektiv war eine hohe Motivation zur Therapie, ein relativ niedriger Altersdurchschnitt von 33,4 Jahren und ein hohes Bildungsniveau (circa zwei Drittel der Patienten hatte Abitur oder mittlere Reife). Die Tatsache, dass die Gruppe der Ledigen den größten Anteil in der Gruppe ausmachte und weniger als die Hälfte Kinder oder einen festen Partner hatte ist nicht ungewöhnlich, obwohl in der Fachliteratur häufig familiäre Verpflichtungen als ein maßgebender Beweggrund zur teilstationären Therapie benannt werden (Vgl. Odag und Henneberg-Mönch, 1987). Aussagekräftig ist aber, dass eine Überforderung bei der Bewältigung der therapiefreien Zeit am Abend und Wochenende meist bei allein stehenden Patienten mit wenig sozialen Kontakten auftrat.

In unserem Patientengut wurde als Beweggrund zur teilstationären Therapie die bewusste Entscheidung für diese Therapieform ebenso häufig benannt wie eine externe Motivation. Die hohe interne Motivation zur Behandlung in der TK könnte eine Erklärung dafür sein, dass die Therapie von den Patienten sehr intensiv erlebt wird. Im vollstationären Bereich liegt das Erleben der Therapieintensität eher im mittleren Bereich bei fast ausschließlich externer Motivation zur Therapie.

Für unsere Studie in der Tagesklinik rekrutierten wir insgesamt 17 weibliche und 8 männliche Patienten. Diese Ungleichverteilung impliziert die Frage, ob Frauen und Männer unterschiedliche Wirkfaktoren für wichtig erachten. Studien hierzu liegen bislang allerdings nicht vor. Bisherige Studien in psychosomatischen Einrichtungen zeigen jedoch ähnliche Verteilungen der Geschlechter.

Ebenso fällt auf dass die Problemdauer beim Großteil des Patientenguts 5 Jahre nicht überschreitet. Ob Wirkfaktoren mit zunehmender Krankheitsdauer anders bewertet werden, beziehungsweise wie sich die subjektive Bedeutung von Wirkfaktoren mit zunehmender Therapiedauer verändert, ist noch nicht erforscht.

4.1.5 Verwendung zusätzlicher Messinstrumente

Während der Interviews entstand bei den Interviewern der Eindruck, dass die vollstationären Patienten stärker betroffen waren d.h. einen höheren Grad der Erkrankungsschwere aufwiesen als die Patienten der Tagesklinik. Um diesen Eindruck zu verifizieren wurde deshalb beschlossen dies anhand des Scl-90-R zu überprüfen. Letztendlich scheiterte dieses Vorhaben, da die benötigten Daten von den Patienten der stationären Klinik nur lückenhaft vorlagen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

In den Interviews zeigte sich, dass sowohl die Tagesklinik wie auch die vollstationäre Einrichtung ihren Patienten ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit vermittelte. Die Patienten der Tagesklinik betonten vor allem den Therapiefortschritt, wie beispielsweise neue Fertigkeiten und Veränderungen, die sich seit Therapiebeginn in ihrem Alltag ergeben hatten. Erklären kann man sich dies dadurch, dass den Patienten in einer teilstationären Therapie einerseits eher die Gelegenheit haben das Gelernte im Alltag anzuwenden, andererseits aber auch eine größere Dringlichkeit verspüren aktiv an einer Veränderung zu arbeiten bedingt durch die tägliche Konfrontation mit belastenden Situationen. Diesem Druck sind die Patienten der vollstationären Einrichtung, in der sie in einer völlig geschützten Umgebung befinden, nicht ausgesetzt, weshalb auch nachvollziehbar wird, dass hier zwischenmenschliche Beziehungen sowohl innerhalb der Gruppe als auch zu den Klinikmitarbeitern größere Bedeutung erlangen. Ebenso erklärt dies, warum das Erleben des Regelwerks und der räumlichen Situation im vollstationären Bereich einen höheren Stellenwert einnimmt wie im teilstationären.

Durch die Behandlung in der Tagesklinik wird das Leben der Patienten in zwei große Abschnitte geteilt: Therapie und therapiefreie Zeit. Fast alle Patienten befürworten das teilstationäre Therapiekonzept, und betonen die Vorteile der Kombination aus dem Verbleib im sozialen Umfeld und intensiver Psychotherapie. Die therapiefreie Zeit außerhalb der Klinik wird intensiv erlebt und als Übungszeit genutzt, ebenso als Möglichkeit der Therapieaufarbeitung. Die therapiefreie Zeit innerhalb der Klinik wird eher kritisch betrachtet und nur wenige geben an, dass sie sie für sich nutzen können. Es scheint, dass die Patienten den Abstand zur Klinik brauchen, um die Therapie für sich verarbeiten zu können. Dies würde wiederum die These bestätigen, dass sich vor allem

Personen mit einer geringen N hetoleranz für eine teilstationäre Therapie entscheiden (Heigl Evers et al 1986).

In unseren Interviews kristallisierte sich heraus, dass die Tagesklinikpatienten sich mehr als die Patienten der vollstationären Klinik mit dem Gedanken an ein Leben nach der Therapie beschäftigten und einige durchaus eine positive Veränderung in ihrer Zukunftsperspektive durch die Therapie sahen. Auch wurde in dieser Gruppe häufiger das aktive Anpacken von Problemen angesprochen. Eine Erklärung hierfür könnte wiederum die st ndige Konfrontation mit dem Alltag und der Frage nach der Zeit nach der Therapie sein, sowie die Tatsache, dass die Patienten zwar Hilfe von den Therapeuten bei der Unterstützung ihrer Probleme bekommen aber stets Eigeninitiative gefordert wird.

4.3 Vergleich mit anderen Studien

Das Gebiet der teilstationären Psychotherapie ist noch wenig beforscht, betrachtet man die Möglichkeiten die sich hier bieten. Eine Studie dieser Art, die eine konzeptuell gleichartig orientierte teilstationäre mit einer vollstationären Einrichtung vergleicht, existiert bislang noch nicht.

4.4 Klinische Schlussfolgerungen

Die teilstationäre Psychotherapie fordert dem Patienten ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Reflexionsvermögen sowie eine gewisse Frustrationstoleranz ab. Nur so wird die Bewältigung des Alltags außerhalb der sch tzenden Klinikeinrichtung möglich. Der Patient muss einen gewissen Leidensdruck aushalten können, und über eine Strategie verfügen die Zeit ohne Therapie zu überstehen, da Probleme, die in diesem Zeitraum auftreten, frühestens am nächsten Tag, unter Umständen sogar erst nach dem Wochenende besprochen werden können. Ebenso ist ein gewisses Maß an Eigenmotivation und -initiative erforderlich, da es ein weiteres Stück Arbeit bedeutet, Gelerntes nach Therapieende umzusetzen und sich jeden Morgen aufs Neue wieder auf den Weg zur Klinik zu machen. Die Einbettung in ein soziales Umfeld scheint unserem Eindruck nach sehr hilfreich bei der Bewältigung der therapiefreien Zeit zu sein.

Im Umkehrschluss lässt sich deshalb sagen, dass sich Patienten mit niedriger Frustrationstoleranz, besonderer Erkrankungsschwere, fehlenden sozialen Kontakten, und

mangelnder Eigenmotivation eher nicht für eine Therapie im teilstationären Bereich eignen.

4.5 Wissenschaftliche Schlussfolgerungen und Ausblick

Ziel der modernen Psychosomatischen Medizin sollte es sein ihre Patienten auf dem Weg zur Symptomreduktion oder sogar Krankheitsfreiheit in größtmöglichem Maße zu unterstützen. Dies kann jedoch nur bewerkstelligt werden, wenn zukünftig noch mehr die Bedürfnisse der Patienten erkannt und erfüllt werden. Ein wichtiger Schritt ist deshalb herauszufinden, welcher Patient von welchem Therapieangebot am meisten profitiert. In unserer Studie versuchten wir herauszufinden, welche Wirkfaktoren im voll- bzw. teilstationären Setting aus Sicht der Patienten als besonders bedeutsam empfunden wurden. Dies ließ Rückschlüsse auch darüber zu, welche Patientengruppen sich für welche Behandlungsform besser eigneten.

Basierend auf unseren Ergebnissen sollten weitere Studien deshalb gezielt für verschiedene psychosomatische Krankheitsbilder untersuchen, welche Therapieform den größten Effekt aufweist. Eventuell könnte man die Gruppen sogar weiter untergliedern und überprüfen, ob sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben. Zur Auswertung könnte wieder die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt werden, da sie nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten vorgeht, nachvollziehbare Ergebnisse liefert und ein textnahes Vorgehen ermöglicht. Wünschenswert wäre jedoch in jedem Fall ein engerer Erhebungszeitraum künftiger Studien und mehrere Erhebungszeitpunkte, da dies eine Verlaufsbeobachtung überhaupt erst ermöglicht. Somit könnte man auch erfassen, ob und wie sich das Empfinden bestimmter Wirkfaktoren mit zunehmender Therapiedauer verändert. Künftige Studien sollten ebenfalls mit zusätzlichen Messinstrumenten wie beispielsweise dem SCL-90-R arbeiten, um den Schweregrad der Erkrankung bei den Studienteilnehmern vergleichen zu können.

5. Zusammenfassung

Die teilstationäre Therapie gewinnt zunehmend Bedeutung in der psychosomatischen Medizin, seitdem 1982 die erste psychosomatische Tagesklinik in Düsseldorf gegründet wurde. Experten schätzen an dieser Behandlungsform vor allem die Möglichkeit die Patienten in ihrem gewohnten, in vielen Fällen problemauslösenden Umfeld zu belassen und gleichzeitig eine intensive Therapie durchführen zu können. Bislang wurde allerdings noch nicht untersucht, was aus Sicht der Patienten die wichtigsten Wirkfaktoren der teilstationären Therapie darstellen.

Ziel unserer Studie war es in einem Gemeinschaftsprojekt diese Wirkfaktoren aus der Sicht tagesklinischer Patienten zu ermitteln und einen Vergleich zu den Angaben von Patienten einer vollstationären Klinik zu erstellen. Hierzu wurden insgesamt 25 Patienten der psychosomatischen Tagesklinik der Universität Ulm sowie 24 Patienten der Sinova-Klinik in Bad Schussenried interviewt. Die Interviews wurden von zwei Interviewern teilstandardisiert durchgeführt, das heißt unter Verwendung eines Leitfadens und mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Anschließend wurden sie transkribiert, codiert und computergestützt ausgewertet. Hierzu wurde das Computerprogramm Atlas.ti verwendet, das speziell für die qualitative Inhaltsanalyse entwickelt wurde.

Für die Patienten der Tagesklinik war die Therapie ein entscheidender Wirkfaktor, vor allem die neu erworbenen Fertigkeiten und die Gruppentherapie wurden häufig benannt. Ebenfalls positiv betonten viele der Befragten, dass das teilstationäre Zeitkonzept die Konfrontation mit alltäglichen Problemen ermöglicht und die therapiefreien Abende und Wochenenden zur Übung von Erlerntem genutzt werden konnten. Die Bewältigung der therapiefreien Zeit wurde dementsprechend häufig thematisiert und oftmals hatten die Patienten bereits Strategien entwickelt. Die Atmosphäre der Ulmer Tagesklinik empfanden die Patienten überwiegend positiv, vor allem wurde begrüßt, dass die Räumlichkeiten, die Umgebung und der parallel laufende universitäre Betrieb keine typische Krankenhausatmosphäre vermittelten. Das teilstationäre Zeitkonzept, sowie der geregelte Tagesablauf wurden ebenfalls positiv bewertet, wohingegen die Therapiepausen überwiegend negativ bewertet wurden.

In manchen Punkten ließen sich Parallelen zwischen den Patienten der teil- und vollstationären Einrichtung ziehen, so war für beide die Therapie der bedeutendste Faktor, allerdings wurde im vollstationären Sektor die Beziehung zum Team und den Einzeltherapeuten mehr betont. Die Patienten der vollstationären Klinik bewerteten den Abstand zum privaten Umfeld positiv, thematisierten den Alltag deutlich weniger und bei

den meisten hatten sich auch zum Zeitpunkt des Interviews noch keine Veränderungen im Alltag ergeben. Die Gruppendynamik, die räumliche Situation, vor allem im Doppelzimmer und die Regeln der Klinik wurden deutlich häufiger als im teilstationären Sektor thematisiert.

Die Patienten der teilstationären Klinik verspüren durch die tägliche Konfrontation mit belastenden Situationen einen großen Wunsch nach Veränderung im Alltag und haben im Vergleich zu vollhospitalisierten Patienten auch die Möglichkeit das Gelernte im heimischen Umfeld zu erproben. Hingegen ist nachvollziehbar, dass in der vollstationären Einrichtung Interaktionen mit den Mitpatienten und den Mitarbeitern einen größeren Stellenwert erlangen und das Regelwerk sich an 24 Stunden am Tag auf den Einzelnen auswirkt. Geborgenheit und Sicherheit sowie eine Gesamtzufriedenheit mit der Therapie konnten beide Behandlungsformen vermitteln, was darauf hinweist, dass die Entscheidung für eine teil- oder vollstationäre Klinik individuell getroffen werden muss. Die Patienten sollten bei einer teilstationären Therapie über ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Reflexionsvermögen sowie eine gewisse Frustrationstoleranz verfügen, ebenso erschien uns die Einbettung in ein soziales Umfeld als bedeutender Faktor. Bei besonderer Erkrankungsschwere, geringe Frustrationstoleranz und fehlenden sozialen Kontakten ist dagegen eher eine vollstationäre Therapie empfehlenswert.

Um die Patienten auch zukünftig bestmöglich in ihrem Gesundungsprozess zu unterstützen, sollte es Ziel der modernen psychosomatischen Medizin sein, die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu erkennen und zu erfüllen. Ein bedeutender Schritt in diese Richtung ist es, dem Patienten das Therapieangebot zukommen zu lassen, von dem er am meisten profitiert. Basierend auf unseren Ergebnissen sollte deswegen in zukünftigen Studien untersucht werden, welche Therapieform für verschiedene psychosomatische Krankheitsbilder den größten Effekt aufweist. Da es denkbar ist, dass sich das Empfinden bestimmter Wirkfaktoren im Laufe der Therapie ändert, sollten in künftigen Studien mehrere Erhebungszeitpunkte gewählt werden. Ebenfalls empfehlenswert wäre den Grad der Erkrankungsschwere mit Hilfe zusätzlicher Messinstrumente wie beispielsweise der Symptom-Checkliste von Derogatis zu objektivieren.

6. Literaturverzeichnis

1. Agarwalla P., Küchenhoff J.: Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren. *Psychotherapeut* 49: 261-271 (2004)
2. Alberti L.: Von quantitativer zur qualitativen Forschung. In: Faller H., Frommer J. (Hrsg.): *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Asanger, Heidelberg. 53-56 (1994)
3. Bion W.R.: *Experiences In Groups and Other Papers*. Tavistock Publications, London. 11-57 (1961)
4. Bozok B., Bühler K.-E.: Wirkfaktoren der Psychotherapie- spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschr Neur Psychiat* 56: 119-132 (1988)
5. Dick P., Sweeny M., Crombic I.: Controlled Comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression. *Brit J Psychiat* 158: 24-27 (1991)
6. Faller H., Frommer J. (Hrsg.): *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Asanger, Heidelberg. 61-87 (1994)
7. Finzen A.: *Tags in die Klinik – abends nach Hause. Die Tagesklinik*. Psychiatrie-Verlag, Bonn. 10-32 (1986)
8. Flick U.: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen Forschung. In: Flick U., v. Kardorff E., Keupp H., v. Rosenstiel L., Wolff S. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Psychologie Verlags Union, Weinheim. 51-92 (1995)
9. Frank J.D., Frank J.B.: *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 34-78 (1991)
10. Gerlinghoff M., Backmund H., Franzen U., Gorzewski B., Fenzel T.: Strukturiertes tagesklinisches Therapieprogramm für Essstörungen. *Psychother Psych Med* 47: 12-20 (1997)

11. Glaser B.: Fundierung der empirisch begründeten Theoriebildung. In: Glaser B., Strauss A.: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto. 32-41 (1998)
12. Grawe K.: Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 135-145 (1995)
13. Heigl-Evers A., Henneberg-Mönch U., Odag C., Standke G., Hempfling F.: Zur Geschichte der Tagesklinik. In: (Hrsg.): Heigl-Evers A., Henneberg-Mönch U., Odag C., Standke G.: Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich. 13-43 (1986)
14. Heigl-Evers A., Ott J.: Die psychoanalytisch orientierte Tagesklinik Historische Entwicklung und zukünftige Möglichkeiten. In: Tress W., Wöller W., Horn E. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus: state of the art. Verlag akademischer Schriften, Frankfurt. 182-192 (2000)
15. Hoge M., Farrell S., Munchel M., Strauss J.: Therapeutic factors in partial hospitalization. Psychiatry 51: 199-210 (1988)
16. Hopf C.: Qualitative Interviews in der Sozialforschung. In: Flick U., v. Kardorff E., Steinke I. (Hrsg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Psychologie Verlags Union, Weinheim. 177-182 (1995)
17. Kruse J., Wöller W., Ott J., Schmitz N.: Differentielle Indikationsstellung zur teilstationären Psychotherapie. In: Tress W., Wöller W., Horn E. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus: state of the art. Verlag akademischer Schriften, Frankfurt. 193-199 (2000)
18. Küchenhoff J. (Hrsg.): Teilstationäre Psychotherapie. Theorie und Praxis. Schattauer, Stuttgart New York. 5-47 (1998)

19. Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E.: Patient Focused Research: Using Patient Outcome Data To Enhance Treatment Effects. *J Consult Clinic Psychol* 69: 159-172 (2001)
20. Leuzinger-Bohleber M., Deserno H., Hau S. (Hrsg.): Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität. Kohlhammer, Stuttgart. 102-132 (2004)
21. Lisch R., Kriz J. (Hrsg.): Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Bestandsaufnahme und Kritik. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg. 27-56 (1978)
22. Matakas F.: Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich. 9-52 (1992)
23. Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U., v. Kardorff E., Keupp H., v. Rosenstiel L., Wolff S.(Hrsg.) *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen.* 209-213 (1995)
24. Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Deutscher Studien Verlag, Weinheim, 18-103 (2003)
25. Merten K.: Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Westdeutscher Verlag, Opladen. 12-78 (1995)
26. Mörtl K: Die Psychotherapeutische Tagesklinik aus PatientInnen-sicht. Eine qualitative Inhaltsanalyse als Vorerhebung des Wirksamkeitsprofils. Psychologische Diplomarbeit, Universität Klagenfurt (2005)
27. Odag C., Henneberg-Mönch U.: Indikation zur teilstationären Psychotherapie. In: Heigl-Evers A., Henneberg-Mönch U., Odag C., Standke G. (Hrsg.) (1986) *Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Konzept und Praxis teilstationärer Psychotherapie.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. 75-94 (1986)
28. Piper W., Joyce A., Azim H., Rosie J.: Patient Characteristics and Success in Day Treatment. *J Nerv Ment Dis* 182: 381-386 (1994)

29. Remschmidt H., Schmidt M. (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-Treatment im Vergleich. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart. 26-38 (1988)
30. Ritsert J.: Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Athenäum Verlag, Frankfurt. 16-43 (1972)
31. Schene A.H. & Gersons B.P.R.: Effectiveness and application of partial hospitalisation. Acta Psychiatr Scand 74: 335-340 (1986)
32. Tress W., Wöller W., Horn E. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus: state of the art. Verlag akademischer Schriften, Frankfurt. 98-123 (2000)
33. Tschuschke V.: Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie: Prozess, Ergebnis, Relationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. 15-67 (1993)
34. Von Wietersheim J., Zeeck A., Küchenhoff J.: Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. Psychother Psych Med 55: 79-83 (2004)
35. Wirth W., Lauf E. (Hrsg.): Inhaltsanalyse. Perspektiven, Probleme, Potentiale. Herbert von Halem Verlag, Köln. 67-96 (2001)
36. Zeeck A., Herzog T., Kuhn K., Hartmann A., Scheidt C., Wirsching M.: Teilstationäre Psychotherapie. Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. Psychother Psych Med 52: 492-499 (2002)
37. Zeeck A., Scheidt C., Hartmann A., Wirsching M.: Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? Psychotherapeut 48: 420-425 (2003)
38. Zwiebel R.: Psychosomatische Tagesklinik. Bericht über ein Experiment. Lambertus, Freiburg. 22-68 (1987)

7. Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb.1 Altersstruktur und Geschlechterverhältnis der Ulmer Patienten	S.22
Abb.2 Hauptdiagnosen in der Ulmer Tagesklinik	S.23
Abb.3 Berufstätigkeit vor Aufnahme in die Tagesklinik	S.24
Abb.4 Schulbildung der Tagesklinik-Patienten	S.24
Abb.5 Subjektives Krankheitsgefühl zum Interviewzeitpunkt	S.25
Abb.6 Motivation zur Therapie in der Tagesklinik	S.25
Abb.7 Problemdauer der Tagesklinik-Patienten	S.25
Abb.8 Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse	S.31
Abb.9 Bildschirm-Übersicht des Computerprogramms Atlas.ti	S.39
Abb.10 Hierarchiegefüge eines Hauptcodes mit Subcodes	S.39
Abb.11 Prozessmodell induktiver Kategorienbildung	S.41
Abb.12 Kategoriensystem (24 Hauptkategorien)	S.43
Abb.13 Veränderungen im Leben der Patienten seit Therapiebeginn	S.52
Abb.14 Prozentualer Anteil des Themas „Alltag“ in der Therapie	S.54
Abb.15 Gespräche über die Tagesklinik zu Hause	S.55
Abb.16 Erwartungen und Wünsche der Patienten vor Therapiebeginn	S.57
Tab.1 Häufig benannte Kategorien in der Tagesklinik (TK)	S.44
Tab.2 Die Subkategorien des Hauptcodes „Therapie“	S.45
Tab.3 Vergleich zwischen Tagesklinik (TK) und Stationärer Klinik (Station)	S.46
Tab. 4 Bewertung der therapiefreien Zeit am Abend und am Wochenende	S.47
Tab.5 Bewertung der räumlichen Situation in der Tagesklinik (TK)	S.48
Tab.6 Bewertung des Zeitkonzepts (Zeitstruktur) in der Tagesklinik (TK)	S.49
Tab.7 Aspekte der Gruppensituation in der Tagesklinik	S.49
Tab.8 Reaktionen des Umfelds der Patienten auf die Therapie	S.50
Tab.9 Bewertung der Belastung durch Alltag und Therapie als Doppelaufgabe aus Patientensicht	S.51
Tab.10 Alltagsänderung im Leben der Patienten seit Therapiebeginn	S.52
Tab.11 Auswirkungen der Therapie auf das Umfeld der Patienten	S.53
Tab.12 Alltagseinfluss auf die Therapie in der Tagesklinik	S.53
Tab.13 Gespräche über die Tagesklinik (TK) zu Hause	S.54
Tab.14 Bewertung der Organisation der Tagesklinik (TK)	S.55

Tab.15 Externale Motivation zur Therapie in der Tagesklinik	S.55
Tab.16 Erwartungen und Wünsche der Patienten vor der Therapie	S.56
Tab.17 Gedanken der Patienten an die Tagesklinik (TK)	S.57
Tab.18 Häufigste Haupt- und Subkategorien der Tagesklinik (TK) und Stationären Klinik (SK)	S.58

7.2 Interviewleitfaden der Tagesklinik

Es geht darum, wie Sie die besondere Situation in einer Tagesklinik erleben (die ja anders ist als die ambulante Situation oder auf einer Station).

Ferner geht es darum, was Sie als besonders hilfreich oder besonders belastend an diesem Setting erleben.

Kontrollfragen:

Haben Sie schon mal eine stationäre Psychotherapie gemacht?

Haben Sie schon mal eine ambulante Psychotherapie gemacht?

Waren Sie schon einmal in teilstationärer Behandlung?

- I) A) Wie erleben Sie die räumliche Situation in der Tagesklinik?
B) Wie erleben Sie die Umgebung der Klinik? Wie ist die Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln?
- II) Wie ist das Maß an Privatheit in der Tagesklinik – z.B.: haben Sie ja kein eigenes Zimmer, in das Sie sich zurückziehen könnten? Wie ist es mit Aufenthaltsräumen, Balkonen etc.?
- III) Es gibt verschiedene Therapieangebote. An welchen Therapien haben Sie teilgenommen? Wie erleben Sie die Menge und Anzahl der Angebote – d.h. als wie dicht und intensiv erleben Sie das Programm?
- IV) Wie empfinden Sie das tägliche Kommen und Gehen (die tägliche Trennungssituation von zu Hause und der Tagesklinik)?
- V) Wie ist für Sie die Verbindung Alltag und Tagesklinik? Wie erleben Sie die Doppelaufgabe und wie gehen Sie damit um?
- VI) Wie erleben Sie die Situation nach den Therapiestunden am Abend und am Wochenende zu Hause?
- VII) Beschäftigt Sie die Therapie zu Hause?
- VIII) Können Sie die Therapie dazu nutzen, Dinge zu tun, die Sie sonst nicht gemacht hätten (Neues auszuprobieren)?
- IX) Wie erleben Sie die Situation in der Mitpatientengruppe (z.B. als belastend, lehrreich, zu eng, unterstützend ... oder)?

- X) In welchem Ausmaß ist der Alltag in der Therapie ein Thema? Wie oft berichten Sie in der Therapie von Themen des Alltags (Beruf, Freizeit, Familie; Wenn Sie schon mal auf Station waren: mehr oder weniger als dort?)?...Prozentzahl angeben lassen...
- XI) A. Inwieweit ist die Therapie zwischen Ihnen und Ihren Angehörigen (Partner, Eltern) oder wichtigen Freunden ein Thema?
B. Wie gehen die Angehörigen und Freunde mit Ihrer Behandlung in der Tagesklinik um?
- XII) A) Wirkt sich die stationäre Therapie auf die Familie aus? Inwiefern?
- XIII) Wie intensiv unterstützt und versorgt fühlen Sie sich durch die Station bzw. wie eigenständig müssen Sie Probleme lösen? Wie ist die Situation am Abend und am Wochenende?
- XIV) Wie erleben Sie die Regeln und Strukturen der Tagesklinik?
- XV) A) Haben Sie außerhalb der Therapiezeit Kontakt zu Mitpatienten?
B) Wie intensiv und bedeutsam sind die Kontakte zu den Mitpatienten?
- XVI) Hatten Sie vor der Therapie bestimmte Erwartungen und Wünsche und wurden diese erfüllt oder enttäuscht?
- XVII) Wenn Sie vorher schon einmal stationär behandelt wurden: was haben Sie als besser – was als schlechter erlebt?
- XVIII) A) Was erleben Sie als besonders hilfreich?
B) Was erleben Sie als besonders problematisch?

7.3 Interraterreliabilität

Interview	Codierung	Unterschiede	%
1	231	46	19,91
2	263	129	49,05
3	271	64	23,62
4	183	52	28,42
5	213	62	29,11
6	208	55	26,44
7	211	54	25,59
8	218	82	37,61
9	155	55	35,48
10	127	45	35,43
11	111	36	32,43
12	341	103	30,21
13	113	22	19,47
14	204	72	35,29
15	235	81	34,47
16	216	55	25,46
17	164	78	47,56
18	225	74	32,89
19	143	32	22,38
20	149	54	36,24
21	209	59	28,23
22	172	59	34,30
23	150	40	26,67
24	153	41	26,80
25	205	68	33,17

7.4 Häufig genannte Codes in der Tagesklinik

Code	Name	Nennungen
01.1.B_0	Motivation ext. 01.1. Expertenvorschlag	13
03.7.B_1	Erwartungen und Wünsche 03.7. Auf Therapieerfolg bezogen	10
04.1.B_1	Raum 04.1. Atmosphäre allg.	16
04.3.B_0	Raum 04.3. Raumangebot	14
04.3.B_1	Raum 04.3. Raumangebot	13
04.3.B_2	Raum 04.3. Raumangebot	10
04.5.B_0	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	11
04.5.B_1	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	11
04.6.B_1	Raum 04.6. Umgebung der TK	95
05.01.1.B_1	Therapie 05.01.1. Einzeltherapie	13
05.01.2.B_1	Therapie 05.01.2. Gruppentherapie	15
05.01.3.B_1	Therapie 05.01.3. Maltherapie	11
05.01.4.B_1	Therapie 05.01.4. Kunsttherapie	11
05.01.7.B_1	Therapie 05.01.7. Musiktherapie	12
05.02.B_0	Therapie 05.02. Fertigkeiten	11
05.02.B_1	Therapie 05.02. Fertigkeiten	17
05.08.B_1	Therapie 05.08. Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn	13
05.09.B_1	Therapie 05.09. Beziehung zu Teammitarbeitern	11
05.10.B_1	Therapie 05.10. Sich aufgehoben fühlen	140
06.1.B_1	Gruppensituation 06.1. Austausch von Gedanken	19
06.11.1.B_0	Gruppensituation 06.11.1. Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	12
06.4.B_0	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	14
06.4.B_1	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	12
06.9.B_9	Gruppensituation 06.9. Von der Gruppe lernen	71
07.1.B_0	Alltagseinfluss auf die TK 07.1. Alltag als Therapiethema	21
08.2.B_0	Doppelaufgabe 08.2. Alltagsverpflichtungen	13
08.2.B_2	Doppelaufgabe 08.2. Alltagsverpflichtungen	11
08.3.B_0	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	10
08.3.B_1	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	11
08.3.B_2	Doppelaufgabe 08.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	56
11.1.B_2	Zeitstruktur 11.1. Therapiepausen	12
11.2.B_1	Zeitstruktur 11.2. Einhalten von Zeitstrukturen	17
11.4.B_1	Zeitstruktur 11.4. TK Zeitkonzept	30
11.5.B_2	Zeitstruktur 11.5. Zeiteinteilung der Therapieangebote	10
11.6.B_1	Zeitstruktur 11.6. Geregelter Tagesablauf	93
12.1.B_0	Gedanken an die TK 12.1. Gedanken zum eigenen Prozess	10
13.1.B_1	Abende und Wochenende 13.1. Übungszeit	16
13.3.B_0	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	15
13.3.B_1	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	15
13.3.B_2	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	12
13.4.B_0	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung	16

13.4.B_1	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung		12
13.7.B_0	Abende und Wochenende 13.7. Erreichbarkeit von Ressourcen	96	10
14.1.B_1	Reaktionen des Umfeldes 14.1. Unterstützung		18
14.4.B_1	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis		22
14.4.B_2	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis	57	17
15.2.B_0	Gespräche über TK zu Hause 15.2. Keine Gespräche über TK		21
16.2.B_0	Auswirkungen auf das Umfeld 16.2. Beziehung		16
16.2.B_1	Auswirkungen auf das Umfeld 16.2. Beziehung	29	13
17.1.B_1	Alltagsänderung 17.1. Alltagsänderung allg.		12
17.2.B_1	Alltagsänderung 17.2. Symptomatik verändert sich spürbar		11
17.4.B_1	Alltagsänderung 17.4. Neue Fertigkeiten	40	17
18.1.B_S1	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre		12
18.1.B_T0	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre		11
18.1.B_T1	Vergleich zur Station 18.1. Atmosphäre		10
18.3.B_S0	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur		23
18.3.B_S2	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur		16
18.3.B_T1	Vergleich zur Station 18.3. Zeitstruktur		33
18.5.B_S2	Vergleich zur Station 18.5. Allgemein		13
18.5.B_T1	Vergleich zur Station 18.5. Allgemein		22
18.6.B_S2	Vergleich zur Station 18.6. Konfrontation		14
18.6.B_T1	Vergleich zur Station 18.6. Konfrontation		20
18.7.B_T1	Vergleich zur Station 18.7. Übungseffekt	186	12
23.3.B_0	TK Organisation 23.3. Anlaufstelle für Kritik und Hilfe		19

Nennungen insgesamt: 936

7.5 Häufig genannte Codes in der Stationären Klinik

Code	Name	Nennungen
01.1.B_0	Motivation external 01.1. Expertenvorschlag	17
04.1.B_1	Raum 04.1. Atmosphäre allg.	22
04.3.B_0	Raum 04.3. Raumangebot	17
04.3.B_1	Raum 04.3. Raumangebot	15
04.5.B_0	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	21
04.5.B_1	Raum 04.5. Rückzugsmöglichkeit	16
04.6.B_1	Raum 04.6. Umgebung der ST	19
04.7.B_0	Raum 04.7.Doppelzimmer allgemein	12
04.7.B_2	Raum 04.7.Doppelzimmer allgemein	132
05.01.4.B_1	Therapie 05.01.4. Kunsttherapie	15
05.02.B_0	Therapie 05.02. Fertigkeiten	14
05.02.B_1	Therapie 05.02. Fertigkeiten	16

05.07.B_0	Therapie 05.07. Menge an Therapie	20
05.08.B_1	Therapie 05.08. Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn	21
05.09.B_0	Therapie 05.09. Beziehung zu Teammitarbeitern	11
05.09.B_1	Therapie 05.09. Beziehung zu Teammitarbeitern	28
05.10.B_1	Therapie 05.10. Sich aufgehoben fühlen 154	29
06.1.B_1	Gruppensituation 06.1. Austausch von Gedanken	15
06.11.1.B_0	Gruppensituation 06.11.1. Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	21
06.11.1.B_1	Gruppensituation 06.11.1. Zusätzlicher Kontakt zur Gruppe	13
06.12.B_1	Gruppensituation 06.12. Teilen von Problemen	11
06.13.B_1	Gruppensituation 06.13. Vertrauenssituation	10
06.4.B_0	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	16
06.4.B_1	Gruppensituation 06.4. Intensität des Kontaktes	15
06.7.B_1	Gruppensituation 06.7. Unterstützung und Bestätigung 112	11
07.1.B_0	Alltagseinfluss auf die ST 07.1. Alltag als Therapiethema	23
08.4.B_0	Doppelaufgabe 08.4. Hilfe von Angehörigen	13
09.9.B_1	Trennungssituation 09.9. Abstand von zu Hause	17
10.4.B_0	Pausenfüllung 10.4. Beschäftigung mit sich selbst	14
11.4.B_1	Zeitstruktur 11.4. ST Zeitkonzept	20
12.1.B_0	Gedanken an die ST 12.1. Gedanken zum eigenen Prozess	14
13.3.B_0	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	14
13.3.B_1	Abende und Wochenende 13.3. Nicht-/Bewältigbarkeit	16
13.4.B_0	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung	18
13.4.B_1	Abende und Wochenende 13.4. Gestaltung 59	11
14.1.B_1	Reaktionen des Umfeldes 14.1. Unterstützung	11
14.4.B_0	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis	11
14.4.B_1	Reaktionen des Umfeldes 14.4. Un/Verständnis 34	12
15.1.B_0	Gespräche über ST zu Hause 15.1. Gespräche über Ablauf	13
16.2.B_0	Auswirkung auf das Umfeld 16.2. Beziehung	16
18.5.B_S0	Vergleich zur TK 18.5. Allgemein	11
23.2.B_0	ST Organisation 23.2. Regelwerk	14
23.2.B_1	ST Organisation 23.2. Regelwerk	19
23.2.B_2	ST Organisation 23.2. Regelwerk	12
23.3.B_0	ST Organisation 23.3. Anlaufstelle für Kritik und Hilfe	16
23.3.B_1	ST Organisation 23.3. Anlaufstelle für Kritik und Hilfe 76	15
25.1.B_1	Kontakt zu Angehörigen 25.1. Eingeschränkter Kontakt	11
25.2.B_0	Kontakt zu Angehörigen 25.2. Regelmäßige Telefonate 30	19

Nennungen insgesamt: 745

8. Danksagung

Ein herzliches Dankeschön gilt meinem Doktorvater Herrn Professor Jörn von Wietersheim für seinen Enthusiasmus, seine konstruktive Kritik, seine Geduld und die hervorragende Betreuung bei dieser Arbeit.

Ohne die Kooperation mit der Sinova-Klinik in Bad Schussenried wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen, deshalb gilt mein besonderer Dank Herrn PD Dr. Michael Hölzer, dem Leiter der Klinik. Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Frau Dr. Brigitte Wadeuhl, der leitenden Oberärztin, sowie dem Pflorgeteam und den Sekretärinnen der Sinova-Klinik. Beim Team der Ulmer Tagesklinik möchte ich mich für die tatkräftige Unterstützung dieser Studie ganz herzlich bedanken. Besonders Frau Anita Gutbrod, Frau Angelika Rapp-Dworschak und Frau Marianne Glatzmaier möchte ich an dieser Stelle namentlich erwähnen. Für die Einarbeitung in das Computerprogramm Atlas.ti und die Einführung in qualitative Forschung geht an dieser Stelle ein großes Dankeschön an Frau Kathrin Mörtl, die während des Entstehens dieser Arbeit immer wieder immer wieder wertvolle Denkanstöße gab.

Meiner Co-Doktorandin und lieben Freundin Sandra De Filippo möchte ich für die gute und erfolgreiche Zusammenarbeit, die Motivation und die vielen anregenden Gespräche danken.

Zuletzt möchte ich mich bei den 49 Patienten und Patientinnen beider Kliniken bedanken, die sich für unsere Studie zu Verfügung gestellt haben. Erst durch ihre Bereitschaft zur Teilnahme und ihre Offenheit wurde unser Projekt realisierbar.