

Indikationskriterien für eine teilstationäre Behandlung

Jörg Ebeling

Vorbemerkung

Ich möchte Ihnen heute etwas zum Thema Indikation teilstationärer Behandlung von Abhängigen referieren. Ich stütze mich dabei hauptsächlich auf die Erfahrung, die wir im Rahmen unserer tagesklinischen Behandlung gemacht haben und ergänze dieses durch Erkenntnisse, wie sie in der Fachliteratur dargelegt wurden.

1. Verschiedene Möglichkeiten teilstationärer Behandlung

1.1 Teilstationäre Krankenhausbehandlung

Hier stütze ich mich im wesentlichen auf die Ausführungen von Schwoon (1996), der für die teilstationäre Behandlung von Abhängigen drei Behandlungstypen darstellt:

Typ A: „Entzug“:

Akutbehandlung unter teilstationären Bedingungen mit der Zielsetzung Krisenintervention und Motivierung.

Dieser Typ ist als Frühintervention attraktiver als eine vollstationäre Behandlung.

Typ B: „Entwöhnung“:

Psychotherapie von Abhängigen unter teilstationären Bedingungen mit dem Schwerpunkt Rückfallprophylaxe. Im Prinzip handelt es sich hierbei um ein Kurztherapieprogramm, das tagesklinisch realisiert wird.

Typ C: „Nachsorge“:

Hier geht es um längerfristige Begleitung schwer geschädigter Abhängiger oder Abhängiger mit Doppel- oder Mehrfachdiagnosen.

Allerdings ist hier zu beachten, daß die in Frage kommenden Patienten nicht vollkommen desintegriert oder zu stark depriviert sind.

Bei den Typen B und C muß der Behandlung ein Entzug vorausgehen.

1.2 Teilstationäre Entwöhnung

Es sind folgende Möglichkeiten der teilstationären Rehabilitation zu unterscheiden:

a) Eine teilstationäre Entwöhnung anstelle einer stationären Rehabilitation („Ersatzfunktion“).

Hier wird die gesamte Entwöhnungsmaßnahme teilstationär durchgeführt.

b) Eine teilstationäre Entwöhnung als Ergänzung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Hier wird die teilstationäre Entwöhnung als abschließende Phase der Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt, z.B. um eingeleitete Verhaltensänderungen zu stabilisieren.

2. Zum Prozeß der Indikation

Beim Prozeß der Indikation sind Personenmerkmale, Behandlungs- und Einrichtungsmerkmale zu berücksichtigen.

Darüber hinaus ist Art und Zeitpunkt der Indikationsstellung von Bedeutung. Hier ist zu unterscheiden zwischen selektiver und adaptiver Indikation. Die selektive Indikation erfolgt vor Beginn der entsprechenden Maßnahme. Weitere Indikationsentscheidungen, die auf Optimierung und Effektivierung des Therapieverlaufes zielen, werden adaptiv während des Therapieverlaufes in der therapeutischen Einrichtung vorgenommen.

In der Fachliteratur wird immer wieder darauf hingewiesen, daß es bisher keine empirisch belegten Indikationskriterien gibt, aus denen sich Zuweisungen zu bestimmten Behandlungsformen eindeutig ergeben. Vielfach wird deshalb von Hinweisen oder Anhaltspunkten gesprochen. Zu den erörterten Fragen und Auffassungen verweise ich auf Süß (1988 und 1995), Veltrup und Lindenmeyer (1988) sowie Watzl (1999).

Ich möchte den Indikationsprozeß darstellen wie er an der Schnittstelle Beratung/Behandlung stattfinden kann bzw. wenn die Indikation während einer stationären Entgiftungsbehandlung vorgenommen wird.

Die Indikationsstellung des Beraters/Behandlers ist tunlichst mit dem Klienten/Patienten abzustimmen, insbesondere ist seine Veränderungsbereitschaft zu berücksichtigen. Die Indikationsstellung in einem Dialog vorgenommen, erhöht die Compliance.

Es ist ein schrittweises Vorgehen sinnvoll:

Zunächst werden die Möglichkeiten und Risiken der ambulanten Behandlung abgeklopft. Ich möchte hier auf meine Vorredner verweisen.

Das Vorgehen können Sie auf Abb. 1 verfolgen. Nach den bereits von den Vorrednern geschilderten Gesichtspunkten ist eine ambulante Behandlung indiziert. Wird eine ambulante Behandlung ausgeschlossen, muß zwischen voll- und teilstationärer Behandlung entschieden werden.

3. Indikation teilstationärer Behandlung

3.1 Personengruppen

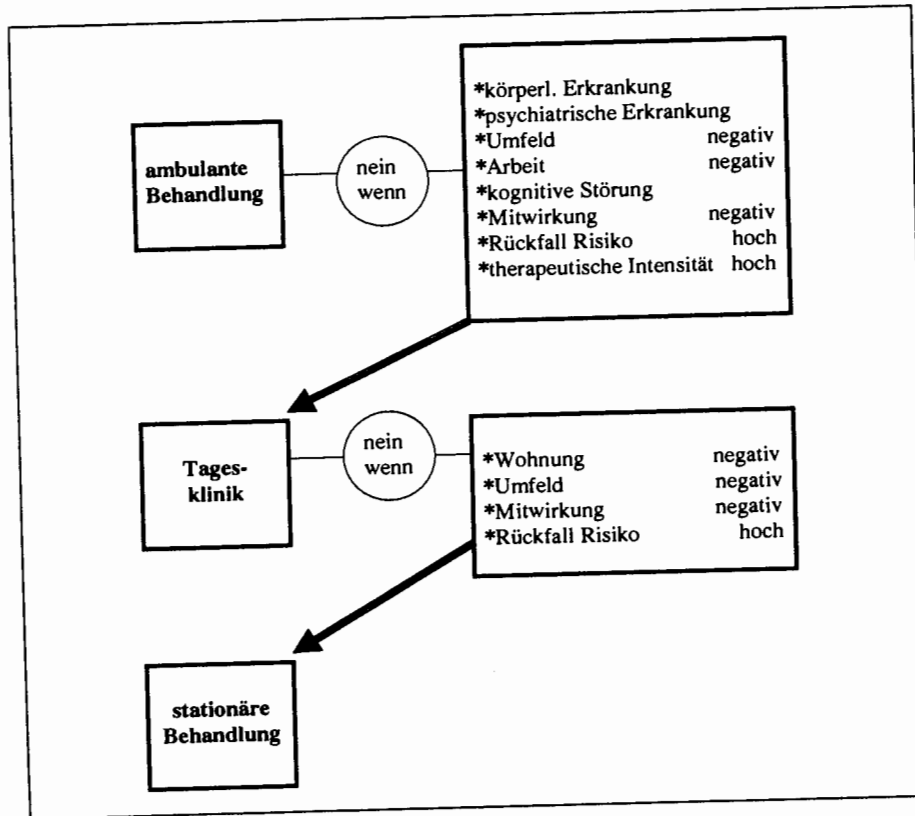
Hier geht es um drei Personengruppen:

- 1. Patienten, die für eine ambulante Behandlung geeignet wären, aber aus bestimmten Gründen einen festen Rahmen brauchen.
- 2. Patienten, die bisher eine stationäre Kurztherapie absolviert hätten, aber aus verschiedenen Gründen nicht zustimmen konnten.
- 3. Patienten, die nach stationärem Behandlungsbeginn in der Therapie soweit vorangekommen sind, daß ein teilstationäres Setting angezeigt ist.

Zu - 1.:

Ich erläutere dieses anhand Abb. 1.

Abb. 1: Indikationsprozeß



Bei Personen, die aufgrund der stabilen Rahmenbedingungen (stabiles soziales Umfeld, stabile berufliche Situation, stabile Wohnsituation) für eine ambulante Behandlung in Frage gekommen wären, sprechen folgende Hinweise für eine tagesklinische Behandlung:

- Es liegt eine körperliche Erkrankung vor, die nicht begleitend zur ambulanten Therapie behandelt werden kann.
 - Eine behandlungsbedürftige psychiatrische Störung bei der diese Patienten einen enger umschriebenen Rahmen für die Behandlung brauchen.
 - Das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigung. Liegt eine mittlere kognitive Beeinträchtigung vor, ist eher an eine teilstationäre als an eine ambulante Behandlung zu denken. Hiermit ist gemeint, Schwierigkeiten in der zeitlichen oder örtlichen Orientierung, Störungen der Merkfähigkeit.
 - Eine stabile Wohnsituation ist vorauszusetzen.
 - Ist das soziale Umfeld eher pathogen, liegen z.B. massive familiäre Konflikte vor, ist eine teil- oder vollstationäre Behandlung angezeigt.
 - Höhere psychotherapeutische Intensität.
 - Höheres Rückfallrisiko, geringe Abstinenzfähigkeit erfordern stabileres Setting. Hier ist ein funktionierender Krisenplan vorauszusetzen. (Z.B. gute Erreichbarkeit der Tagesklinik, evtl. auch ohne Auto im Rahmen des ÖPNV, zuverlässige Bezugspersonen in der Familie oder an der Arbeit).
 - Die Mitwirkungsfähigkeit ist eingeschränkter als es zur ambulanten Behandlung notwendig ist.
 - Aus der Vorgeschichte sind Therapieabbrüche bekannt.
- In ambulanten Behandlungen kommt es häufiger zu Therapieabbrüchen als bei teil- oder vollstationären Behandlungen. Deshalb ist bei entsprechender Vorgeschichte nicht an eine ambulante Behandlung zu denken.

Abb. 2: Indikationskriterien

| | Ambulant | Teilstationär | Vollstationär |
|---------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Körperliche Erkrankung | Begleitend behandelbar | Nicht ambulant behandelbar | Nicht ambulant behandelbar |
| Psychiatrische Erkrankung | Begleitend behandelbar | Nicht ambulant behandelbar | Nicht ambulant behandelbar |
| Kognitive Störung | Nicht erheblich | Mittel bis schwer | Schwer |
| Wohnsituation | Stabil | Stabil | Nicht stabil |
| Soziales Umfeld | Stabil | Stabil | Nicht stabil |
| Arbeit | Stabil | Stabil | Nicht stabil |
| Mitwirkungsfähigkeit | Hoch | Mittel | Gering |
| Abbrüche | Keine | Häufig | Häufig |
| Rückfallrisiko | Gering | Mittel | Hoch |
| Schwere der Abhängigkeit | | | |
| Krisenmanagement | Vorhanden Nicht aufwendig | Vorhanden | Nicht vorhanden |
| Therapeutische Intensität | Gering | Hoch | Hoch |

Wir finden diese Gesichtspunkte in Abb. 2 wieder. Diese wurde in Anlehnung an die Darstellung von B. Kulick (1999) entwickelt.

Zu – 2.:

Teilstationäre Behandlung anstelle einer stationären Kurztherapie.

Zu diesem Personenkreis gehören:

- Therapiewiederholer;
der Patient hat bereits Vorinformationen über seine Abhängigkeit;
es liegt eine klare Problembeschreibung vor;
es liegt zumeist eine höhere Motivation als bei der ersten Behandlung vor;
dieses erlaubt eine kürzere Therapiedauer und eine teilstationäre Behandlung.
Allerdings liegen bei Therapiewiederholern unterschiedliche Erfahrungen vor:
Eine Gruppe von Wiederholern benötigt eine längere Verweildauer und/oder eine voll stationäre Behandlung (diese Gesichtspunkte werden in einem anderen Forum erörtert).
- Personen mit besonderen sozialen Verpflichtungen, die dennoch intensive hochfrequente Therapie brauchen (z.B. alleinerziehende Mütter oder Väter);
- Personen mit einer Indikation für eine vollstationäre Kurztherapie, bei denen die Compliance hierfür aber nicht ausreicht.

Zu – 3.: Tagesklinische Behandlung als abschließende Phase einer Entwöhnung.

Im Verlaufe einer Entwöhnungsbehandlung kann die abschließende Phase unter bestimmten Bedingungen auch teilstationär durchgeführt werden. Bei den therapeutischen Zieldimensionen sind Fortschritte erreicht, die eine teilstationäre Behandlung möglich oder gar notwendig machen.

Hier ist eine adaptive, kriterien-orientierte Indikationsstellung vorzunehmen. Die Behandlung wird an die Erfordernisse des einzelnen Patienten genauer angepaßt. Es werden Veränderungsmessungen in Bezug auf vorher festgelegte Therapie-dimensionen vorgenommen und diese werden erhoben und z.B. in einer Therapie-konferenz eingeschätzt.

Es wird eine Entscheidung getroffen zwischen folgenden Möglichkeiten:

- Fortsetzung der Therapie wie geplant
- Dauer verkürzen, und/oder
- Behandlung teilstationär durchführen.

Folgende Dimensionen spielen dabei eine Rolle:

- Die Mitwirkung hat sich verbessert.
- Das Rückfallrisiko ist vermindert;
Bewältigungsverhalten für Risikosituationen ist entwickelt worden und muß jetzt stabilisiert werden.
- Der Übungsanteil insgesamt steigt.
Insbesondere, wenn mehr Realitätsbezug hergestellt werden muß.

- Es haben Veränderungen in der Familie und/oder dem sozialen Umfeld stattgefunden, die eine stärkere Einbindung dort erfordern. Diese Einbindung erfordert auch weiterhin eine starke psychotherapeutische Unterstützung.
- Es haben sich veränderte oder neue Aufgabenstellungen ergeben.
Z.B. kann zu Beginn der Entwöhnung die Herausnahme aus der Familie als pathogenem Umfeld sinnvoll gewesen sein, jetzt aber bei Vorliegen einer höheren Bewältigungs kompetenz wie z.B. Konfliktverhalten, eine Reintegration angezeigt sein.
- Eine schrittweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben.
Auch hier kann bei einer neuen Konstellation, nachdem zunächst eine Herausnahme aus dem Arbeitsprozeß angezeigt war, eine stufenweise Reintegration sinnvoll sein. Das Vorgehen hierzu haben wir an anderer Stelle erläutert (Ebeling, 1996).
- Belastungserprobung;
Eine schrittweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben kann auch aus anderen Gründen, z.B. bei Begleiterkrankungen sinnvoll sein.

3.2 Besonderheiten der tagesklinischen Behandlung

Eine tagesklinische Behandlung zeichnet sich aus durch:

- Eine hohe therapeutische Intensität;
- einen stabilen Rahmen;
- bei gleichzeitiger partieller Herausnahme aus der belastenden Umwelt.

Grob kann man zwei Konzepte unterscheiden:

- Ein tagesklinisch realisiertes Kurztherapieprogramm;
- ein modifiziertes therapeutisches Programm mit einem Therapiemodul Reintegration in das Arbeitsleben.

So kann auch bei schwierigen Patienten ein Realitätsbezug hergestellt werden, weil der stabile therapeutische Rahmen eine größere Stütze als bei einer ambulanten Behandlung darstellt.

Andere Gesichtspunkte:

- Wohnortnähe
- Die Möglichkeit in den Feldern Familie, Nachbarschaft, Arbeit besonderer Aufgabenstellungen zu realisieren.

Die hier genannten Gesichtspunkte sind im Zusammenhang mit Einrichtungsmerkmalen abzuwägen und sind für eine längerfristige Therapieplanung von Bedeutung:

- Wartezeit
- Vernetzung mit dem regionalen Hilfesystem
- Nachsorgemöglichkeiten.

3.3 Abgrenzung zur vollstationären Behandlung

Im Unterschied zur teilstationären Behandlung ist eine vollstationäre Behandlung angezeigt, wenn

- die Wohnsituation nicht stabil ist bzw. Wohnungslosigkeit vorliegt,
- das soziale Umfeld pathogen ist oder sich co-alkoholisch verhält, daß eine vollständige Herausnahme notwendig ist,
- die Mitwirkungsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist,
- häufige Abbrüche vorliegen,
- ein erhebliches Rückfallrisiko vorliegt,
- kein Krisenmanagement vorgehalten werden kann.

3.4 Zusammenfassende Bemerkung

Ich fasse das Gesagte zusammen und erläutere anhand von Abb. 3.

Abb. 3: Indikationskriterien

| | Ambulant | Teilstationär | Vollstationär |
|---------------------------|----------|----------------------------|---------------|
| Körperliche Erkrankung | ↔ | Nicht ambulant behandelbar | |
| Psychiatrische Erkrankung | ↔ | Nicht ambulant behandelbar | |
| Kognitive Störung | ↔ | Mittel bis schwer | |
| Wohnsituation | | Stabil | ↔ |
| Soziales Umfeld | | Stabil | ↔ |
| Arbeit | | Stabil | ↔ |
| Mitwirkungsfähigkeit | ← | Mittel | ← |
| Abbrüche | → | Häufig | → |
| Rückfallrisiko | → | Mittel | |
| Schwere der Abhängigkeit | | | |
| Krisenmanagement | ← | Vorhanden | ← |
| Therapeutische Intensität | ↔ | Hoch | |

Dabei möchte ich auf die Hauptunterschiede hinweisen

Auf der „Störungsebene“:

- Körperlich
- Psychiatrisch
- Kognitiv

Hier besteht der Hauptunterschied zwischen ambulanter und voll- oder teilstationären Behandlung.

Rahmenbedingungen

- Wohnung
- Umfeld

Hier besteht der Hauptunterschied zwischen ambulanter und teilstationärer Behandlung auf der einen und vollstationärer Behandlung auf der anderen Seite.

Kompetenzen und Ressourcen

Diese können eher abgestuft dargestellt werden (z.B. aufgabenbezogen unter dem Gesichtspunkt der Zielerreichung) und erlauben eine Entscheidung zwischen den sich näherliegenden Möglichkeiten

- Mitwirkungsfähigkeit kovariert mit psychiatrischer Erkrankung, kognitiver Beeinträchtigung, Rückfallhäufigkeit, Anzahl der Abbrüche.

Therapeutische Intensität und das Behandlungssetting sind die Konsequenz aus einer Gesamtschau der genannten Bereiche.

Literatur

- Abfalg, R. (Hg.). Die Kunst der Indikation. BUSS, Geesthacht, Neuland-Verlag, 1996.
- Bastine, R. Adaptive Indikationen in der zielorientierten Psychotherapie. In: Baumann (1981), S. 158 – 168
- Baumann, U. (Hg.). Indikation zur Psychotherapie. Urban + Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1981.
- Baumann, U. Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: Baumann (1981), S. 1 – 36.
- Von Boetticher, I. Indikation und sozialmedizinischen Aspekte aus der Sicht der Leistungsträger. In: Abfalg (1996).
- Bühringer, G. Wer stellt wann und wo die Indikation – und für wen? In: Abfalg, R. (1997).
- Ebeling, J. Integration betrieblicher und therapeutischer Anforderungen am Beispiel tagesklinischer Behandlung. Referat zur Fachtagung „Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen“ der Arbeitsgruppe „Hilfen für Alkohol Kranke“ im Modellverbund Psychiatrie des BMG und der Aktion Psychisch Kranke e.V., 21.10.-23.10.1996, Wissenschaftszentrum Bonn 1996.
- Kulick, B. Warum bewilligen wir genau das? – Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus der Sicht eines Leistungsträgers. In: Sucht aktuell, 1999, S. 8-13.
- Schwoon, D.R. Suchttageskliniken zwischen Kooperation und Konkurrenz zu den etablierten Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung. In: Wagner u.a. (1996), S. 30-40
- Süß, H.-M. Evaluation von Alkoholismustherapie. Huber-Verlag Bern, Stuttgart, Toronto 1988.
- Süß, H.-M. Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, 1995, 248-266.
- Süß, H.-M., Waldow, M. Modelle zur indikationsgeleiteten Variation der Behandlungsdauer in der stationären Therapie von Alkoholabhängigen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 34, 1986, S. 325-334.
- Veltrup, C. u. Lindenmeyer, J. Behandlungsindikation bei Menschen mit Alkoholproblemen. In: Sucht aktuell, 1998, S. 24-28.
- Wagner, H.-B., Krausz, M., Schwoon, D.R. Tagesklinik für Suchtkranke. Lambertus-Verlag Freiburg i.Br. 1996.
- Watzl, H. Wissenschaftliche Befunde zur Therapieindikation und ihr praktischer Nutzen. In: Sucht aktuell, 1999, S. 4-7.

Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen / Fachverband Sucht e.V. - Geesthacht Neuland, 2000

(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 23)
ISBN 3-87581-201-8