

Tilman Steinert · Maria-Luisa Steib
Carmen Uhlmann · Stefan Tschöke

Stationäre Krisenintervention bei Borderline- Persönlichkeitsstörungen



Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Praxis der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen

Band 5

Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

von Prof. Dr. med. Tilman Steinert, Dipl.-Psych. Maria-Luisa Steib,
PD Dr. hum. biol. Carmen Uhlmann und Dr. med. Stefan Tschöke

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Rainer Sachse, Prof. Dr. Philipp Hammelstein
und PD Dr. Thomas Langens

Stationäre Krisenintervention bei Borderline- Persönlichkeits- störungen

von

Tilman Steinert, Maria-Luisa Steib,
Carmen Uhlmann und Stefan Tschöke

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus Steinert, Steib, Uhlmann und Tschöke – Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen
(ISBN 9783840925450) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Prof. Dr. med. Tilman Steinert, geb. 1957. 1977 bis 1984 Medizinstudium in Ulm. Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. 1984 Promotion, 1997 Habilitation. Seit 2003 außerplanmäßiger Professor der Universität Ulm. Leiter des Zentralbereichs Forschung und Lehre der Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg und Chefarzt der Abteilung Allgemeinpsychiatrie Ravensburg.

Dipl.-Psych. Maria-Luisa Steib, geb. 1980. 2000-2006 Studium der Psychologie an der Universität Konstanz. Seit 2008 Tätigkeit auf der Kriseninterventionsstation der Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg/Weissenau.

PD Dr. hum. biol. Carmen Uhlmann, geb. 1965. 1987 bis 1993 Studium der Psychologie und Soziologie in Konstanz, Marburg und Dallas (USA). 1998 Promotion, 2010 Habilitation. Ab 1993 diagnostisch-therapeutische Tätigkeit als Diplompsychologin in der Abteilung Neurologie und Epileptologie im Zentrum für Psychiatrie in Ravensburg-Weissenau. Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der psychiatrischen Versorgungsforschung in Weissenau.

Dr. med. Stefan Tschöke, geb. 1972. 1994-2000 Medizinstudium in Göttingen und Ulm. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. 2000 Promotion. Seit 2002 Arzt im ZfP Südwürttemberg. Seit 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich der Versorgungsforschung Weissenau, seit 2008 Oberarzt der Schwerpunktstation für Persönlichkeitsstörungen und Krisensituationen.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagabbildung: © Sandor Jackal – Fotolia.com

Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2545-0

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1 Strukturelle Voraussetzungen	9
1.1 Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung	11
1.2 Anforderungen an das Stationssetting	11
1.3 Behandlungsangebote	13
1.4 Anforderungen an das therapeutische und Pflorgeteam	15
2 Epidemiologie	18
2.1 Suizidalität: Suizide und Suizidversuche	21
2.2 Selbstverletzendes Verhalten	23
2.3 Zwangsmaßnahmen: Isolierungen und Fixierungen	25
3 Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“	27
3.1 Historische Übersicht	27
3.2 Diagnosekriterien	28
3.3 Dissoziation	30
3.4 Psychotische Symptome	31
3.5 Traumafolgestörungen	33
3.6 Fazit	34
4 Adaptation psychotherapeutischer Konzepte in der psychiatrischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	35
4.1 Störungsorientierte Psychotherapie für Patientinnen mit einer BPS	36
4.2 „Therapiebarrieren“ als Therapiefokus in der gemeinpsychiatrischen Behandlung	38
4.3 Behandlungsfähigkeit als Ziel der Behandlung	42
4.4 Fazit	44
5 Umgang mit Selbstverletzungen, Suizidalität und manipulativer Suizidalität	46
5.1 Methoden von selbstverletzendem Verhalten	46
5.2 Definitionen und Beispiele	48
5.3 Diagnostische Instrumente für selbstverletzendes und suizidales Verhalten ..	48
5.4 Psychische Funktionen von selbstschädigendem Verhalten	50
5.5 Die soziale Funktion selbstverletzenden Verhaltens und manipulativer Suizidalität	52
5.6 Schwierigkeiten der Abgrenzung von selbstverletzendem versus suizidalem Verhalten	54
5.7 Therapeutische Maßnahmen	55

6	Die therapeutische Beziehung	60
6.1	Therapeut versus „Coach, Trainer, Lehrer etc.“	61
6.2	Im täglichen Kontakt	64
7	Modifikationen der Behandlung bei Komorbidität	67
7.1	Organische psychische Störungen	67
7.2	Suchterkrankungen	68
7.3	Schizophrene Störungen	70
7.4	Affektive Störungen	71
7.5	Anpassungsstörungen	72
7.6	Posttraumatische Belastungsstörungen	73
7.7	Dissoziative Störungen	74
7.8	Essstörungen	76
7.9	Persönlichkeitsstörungen	77
7.10	Intelligenzminderung	78
7.11	Autismus	79
7.12	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom/hyperkinetisches Syndrom (ADHS/HKS) ..	79
7.13	Körperliche Erkrankungen	80
8	Behandlungsmotivation versus Versorgungswunsch	82
8.1	Behandlungsmotivation	82
8.2	Versorgungswunsch	84
9	Stationäre Krisenintervention: Wann und wie lange?	89
10	Psychopharmaka	97
10.1	Psychopharmakologische Wirkungen	97
10.1.1	Neuroleptika	98
10.1.2	Antidepressiva	99
10.1.3	Stimmungsstabilisierer	99
10.1.4	Benzodiazepine	99
10.2	Medikamente als Mittel der Beziehungsgestaltung	100
10.3	Fazit	101
11	Implikationen für niedergelassene Psychotherapeuten	103
11.1	Klinikeinweisung zu einer planmäßigen psychotherapeutischen Behandlung	104
11.2	Stationäre Krisenintervention als Intervalltherapie zur Stabilisierung bei ausgeprägter Komorbidität	105
11.3	Stationäre Krisenintervention bei erheblicher Verschlechterung der psychischen, körperlichen oder sozialen Situation	105
11.4	Stationäre Krisenintervention bei Suizidalität oder Fremdgefährdung	106
	Literatur	109

Vorwort

Im Jahr 2005 hatte ich ein Schlüsselerlebnis, als sich wieder einmal eine Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung tief geschnitten und eine Blutspur aus ihren demonstrativ offen zur Schau getragenen Wunden quer durch die ganze Station hinter sich hergezogen hatte. Nicht zufällig hatte sich dies genau zu einem Zeitpunkt ereignet, als andere Patienten mit sehr turbulentem Verhalten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Station gerade stark beschäftigt hatten. Danach sagte die leitende Krankenschwester zu mir: „Wir können hier gut mit akut psychotischen Patienten umgehen. Die manischen sind noch anstrengender, aber auch das schaffen wir. Auch für die Deeskalation aggressiven Verhaltens sind wir gut geschult. Aber diese Borderlinerinnen noch dazu, das ist einfach zu viel!“. Das leuchtete mir durchaus ein. Dass wir auf den Aufnahmestationen eine ungute Mischung von Patienten hatten, war nicht zu bestreiten. Könnte man das Risiko eingehen, alle diese so schwierigen Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, von denen jede Station meinte, maximal eine ertragen zu können, auf einer einzigen Station zusammenzufassen und dort ein für sie geeignetes Behandlungskonzept zu entwickeln? Noch im selben Jahr strukturierten wir den alltagspsychiatrischen Bereich um und machten eine Station zu einer Kriseninterventionsstation mit 16 Plätzen. Aufnahmeindikation sollten suizidale Krisen bei Patienten sein, bei denen nicht eine Suchterkrankung, Psychose oder schwere Depression als Haupterkrankung im Vordergrund steht. Somit handelte es sich im Wesentlichen um die Klientel der Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen. Es gab bundesweit für derartige Stationen kaum Vorbilder, sodass wir darauf angewiesen waren, zu lernen und eigene Therapiekonzepte zu entwickeln. Ein konstantes Team mit psychotherapeutisch vielfältig und zunehmend auf die speziellen Erfordernisse hin ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern war dabei das wesentliche Kapital. Parallel stattfindende Projekte der Begleitforschung, intensive Kenntnisnahme aktueller Literatur und die ständige Bereitschaft, das eigene Tun kritisch in Frage zu stellen, waren unverzichtbare Begleiter. Ich freue mich, dass wir die Gelegenheit haben, unsere gewonnene, inzwischen recht umfangreiche klinisch-praktische Expertise in einem Buch darzustellen. Unsere Erfahrungen sind teils typisch für den stationären Bereich, ohne den ambulanten aber nicht denkbar. Grundsätze des therapeutischen Vorgehens gerade im Umgang mit der Schlüsselfrage Suizidalität sind sehr ähnlich. Nicht zuletzt ist unsere Arbeit stets von vornherein auf Autonomieförderung und ambulante Weiterbetreuung ausgelegt, sodass hier die ambulante Therapie stets mitgedacht werden muss. Von daher sehen wir uns als Partner der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und hoffen, dass dieser Band ihnen auch wichtige Anregungen zum Umgang mit dieser besonders schwierigen Patienten Klientel geben kann.

Als eine nicht triviale Herausforderung beim Abfassen der Texte erwies sich der angemessene, korrekte und leserfreundliche Umgang mit dem Gender Mainstreaming. War das generische Maskulinum und die Fußnote, dass auch Patienten weiblichen Geschlechts gemeint sind, hier noch angemessen? Dies angesichts der Tatsache, dass es sich bekanntlich ganz überwiegend, aber keineswegs ausschließlich, um weibliche Patienten handelt? Sollten wir angesichts der Tatsache, dass auch die Beschäftigten im gesamten Gesundheitswesen zunehmend weiblich sind, konsequent auf die weibliche Form umstellen? Oder würde dies die Lesegewohnheiten zu sehr verstören? Auch die konsequente Doppelnennung hielten wir für die Leserinnen und Leser nicht für zumutbar. Das Ergebnis der Diskussionen lautete schließlich, bei den hier angesprochenen Patienten und Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung stets die weibliche Form zu wählen, wenngleich damit natürlich grundsätzlich auch männliche Patienten gemeint sein können. Wenn dagegen in einem allgemeineren Zusammenhang von Patienten oder Mitarbeitern die Rede ist, verwenden wir das generische Maskulinum. Wir bewegen uns bekanntlich in einem gesellschaftlichen und sprachlichen Experimentierfeld und hoffen, dass die Widersprüche sich in Grenzen halten.

Ravensburg, im Frühjahr 2013
Prof. Dr. med. Tilman Steinert

1 Strukturelle Voraussetzungen

In diesem Kapitel werden die Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung von Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung sowie die strukturellen Anforderungen und die Anforderungen an das Behandlungsteam vorgestellt. Ebenfalls wird auf die Behandlungsangebote, die sich aus unserer Sicht als sinnvoll gezeigt haben, eingegangen.

Die störungsorientierte Behandlung von Patientinnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (kurz Borderline Persönlichkeitsstörung, BPS) in akuten Krisen im akutpsychiatrischen Rahmen bedarf einiger struktureller Voraussetzungen. Eine häufige Diskussion bezieht sich auf die Frage, auf welchen psychiatrischen Stationen Patientinnen mit dieser Diagnose behandelt werden sollen. Es besteht für psychiatrische Krankenhäuser der stationären Regelversorgung oft ein Konflikt zwischen der Spezialisierung zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder und der Sektorisierung, um eine möglichst gemeindenahere Versorgung von Patienten gewährleisten zu können.

Bei unserer Kriseninterventionsstation handelt es sich um eine psychiatrische Aufnahmestation des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg in Weissenau, die im November 2005 umstrukturiert wurde mit der Vorgabe, primär Patienten der Diagnosegruppen ICD-10 F4 (Anpassungsstörungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) mit akuten suizidalen Krisen therapeutisch besser versorgen zu können. Patienten mit anderen Diagnosen, wie z. B. aus den Gruppen F2 (schizophrene Störungen) oder F3 (depressive Störungen) werden somit auf dieser Station nur in Ausnahmefällen behandelt, für diese Patientengruppen stehen andere Aufnahmestationen zur Verfügung. Das Ergebnis der Spezialisierung war ein signifikant verbessertes Stationsklima, ebenfalls verbesserten sich die einzeltherapeutische Beziehung und die Akzeptanz der Stationsregeln (Uhlmann et al., 2008).

Bei den Personen, die wir im stationären Rahmen sehen, handelt es sich um schwer kranke Patienten (vorwiegend weiblichen Geschlechts), nicht selten mit multiplen Komorbiditäten. Hier sind vor allem Traumafolgestörungen zu nennen (Sack et al., 2012). Für einige Patientinnen ist die stationäre Behandlung der erste Kontakt zu psychiatrischen oder psychotherapeutischen Einrichtungen. Sie leiden aber nicht selten schon seit vielen Jahren unter chronischen Suizidgedanken, selbstschädigenden Verhaltensweisen, Störungen in der Affektregulation und dysfunktionalen Kognitionen, Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Flashbacks und Intrusionen sowie zum Teil

ausgeprägtem dissoziativem Erleben. Patientinnen werden wegen Suizidalität, nach einem Suizidversuch oder aber aufgrund der Zunahme des selbstschädigenden Verhaltens stationär aufgenommen. Aufgrund des immer vorhandenen Leidensdrucks wünschen sich fast alle Patientinnen eine störungsorientierte Behandlung und eine Besserung der Symptomatik, haben aber wenig Vorstellungen davon, wie diese Behandlung aussehen bzw. was diese beinhalten könnte.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass eine Psychotherapie voraussetzt, dass keine akute Suizidalität und kein schweres selbstschädigendes oder therapiegefährdendes Verhalten vorliegt, dafür jedoch die Bereitschaft, sich mit sich, seinen Problemen und Emotionen auseinander zu setzen. Diese Voraussetzungen sind bei den allermeisten Patientinnen auf einer akutpsychiatrischen Station jedoch nicht erfüllt, da genau diese Symptome gleichzeitig der Aufnahmeanlass sind. Deshalb liegt der Fokus der Behandlung auf psychoedukativen Maßnahmen, was die Erarbeitung eines Krankheitsmodells, die Identifikation der bisherigen Bewältigungsstrategien sowie die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten beinhaltet.

Die Erarbeitung eines Krankheitsmodells findet überwiegend im therapeutischen Einzelgespräch statt, die weitere Ausarbeitung wird jedoch in allen anderen Therapien fortgesetzt. Der Austausch unter den Kollegen und die Kommunikation der aktuellen Themenschwerpunkte sind dabei eine unerlässliche Bedingung für das gemeinsame Arbeiten.

Auch die Identifikation der bisherigen, oft dysfunktionalen, Bewältigungsstrategien ist ein sehr wichtiges Thema, weil diese das auf Station beobachtbare Verhalten darstellen. Hier sind vor allem Vermeidungs- und Fluchtmechanismen zu nennen, wie z. B. Substanzmissbrauch (Alkohol und Drogen, aber auch Medikamente), dissoziatives Erleben, Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, suizidale Kommunikation sowie Suizidalität. Diese Verhaltensweisen werden vor allem bei Anspannung eingesetzt, um eine schnelle Entlastung zu erleben. Solche Strategien bestehen in der Mehrheit der Fälle seit vielen Jahren und werden auch als subjektiv erfolgreich erlebt, um das leidvolle Wiedererleben belastender Inhalte zu vermeiden oder zu beenden. Das „Aufgeben“ dieser Bewältigungsstrategien sowie die daraus resultierende Auseinandersetzung mit Traumainhalten haben in der Regel eine Zunahme der zugrunde liegenden Symptomatik zur Folge. Die Patientinnen beschreiben ein Überflutet-Werden durch Erinnerungen und leidvolle Gefühle, die anders nicht reguliert werden können und deshalb nicht auszuhalten sind. Sie schildern in diesem Zusammenhang die Angst, verrückt zu werden oder die Befürchtung, die Erinnerungen nie wieder „wegpacken“ zu können, sobald man einmal hingesehen hat. Deshalb werden Emotionen so gut wie möglich und zum Teil sehr einfallsreich vermieden und verdrängt, was viel Kraft und Energie kostet. Emotionsloses Erinnern oder Schildern der Erlebnisse zeigt jedoch keine Wirkung, wie bereits von Breuer und Freud in den Studien zur Hysterie beschrieben wurde (Breuer & Freud, 1895).

Es stellt sich nun die Frage, welche strukturellen Voraussetzungen für eine derartige Klientel notwendig sind, um einen Therapiebeginn im stationär-psychiatrischen Setting zu ermöglichen, mit dem langfristigen Ziel eines emotionalen Erinnerns sowie der Befähigung zu einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie.

1.1 Voraussetzungen für eine stationäre Behandlung

Die Behandlung von Patientinnen mit einer BPS sollte in der Regel im ambulanten Setting erfolgen. Wie im ICD-10 beschrieben, handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und bei der BPS im Spezifischen um stabile, dauerhafte Abweichungen des Erlebens und Verhaltens von einer fiktiven Durchschnittsnorm. Dies impliziert, dass die Veränderung dieser inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster viel Zeit und Arbeit benötigt. Die Möglichkeit einer längeren therapeutischen Behandlung besteht in erster Linie im ambulanten Setting.

Alternativ stehen störungsorientierte tagesklinische und vollstationäre Behandlungsangebote zur Verfügung. Der Vorteil der ambulanten und teilstationären Behandlung ist, dass die Patientinnen den Anforderungen und Konflikten im Alltag weiterhin ausgesetzt sind und somit Vermeidung und Verdrängung schwierig werden. Ebenfalls ist die Regressions- und Hospitalisierungsgefahr deutlich geringer.

Ein Nachteil der ambulanten und teilstationären Behandlung ist jedoch die Verfügbarkeit. Niedergelassene Therapeuten sowie Tageskliniken haben in der Regel lange Wartezeiten, sodass die zeitnahe Aufnahme einer Behandlung bei subjektiver Verschlechterung der Symptomatik oder in Krisenzeiten häufig nicht möglich ist. Dass gerade diejenigen, die eine schnelle Hilfe besonders benötigen, diese im Zweifelsfall nicht bekommen, ist ein offensichtlicher struktureller Mangel des Gesundheitssystems – vergleichbar wäre in der somatischen Medizin, wenn Menschen mit einer akuten Bänderzerrung nur im Krankenhaus behandelt werden könnten, weil Hausärzte und niedergelassene Unfallchirurgen eine mehrmonatige Wartezeit hätten.

Stationär-psychiatrische Aufnahmen sind im Vergleich zu ambulanten und teilstationären Angeboten hingegen niederschwellig, bei akuter Suizidalität oder nach einem Suizidversuch sogar unmittelbar möglich, sodass sich eine große Anzahl der Patientinnen bei erlebten Krisen zunächst in eine vollstationäre Behandlung begibt bzw. durch die Mechanismen des Gesundheitssystems, die Hinzuziehung der Polizei und/oder des Notarztes im Notfall usw. dorthin gelangt. In solchen Fällen kann eine stationäre Aufnahme auch gegen den Willen der Patientin erfolgen. Die Notwendigkeit der weiteren stationären Behandlung muss individuell eingeschätzt werden und es gilt zu prüfen, ob gegebenenfalls auch Möglichkeiten der ambulanten oder teilstationären Weiterbehandlung existieren.

Längere stationäre Behandlungen sind medizinisch nur dann indiziert, wenn die Patientin akut suizidal ist und somit aufgrund ihrer Symptomatik nicht in der Lage ist, Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen.

1.2 Anforderungen an das Stationssetting

Die stationäre Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und/oder mit suizidalen Krisen stellt sowohl an das Stationssetting als auch an das Personal besondere Anforderungen. Akute Suizidalität macht eine vollstationäre psychiatrische Behandlung bzw. Überwachung notwendig, um suizidale Handlungen zu verhindern oder zumindest