



Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung

ERZIEHUNGS-
GERÄTUNG

PRAKTISCHER
ARZT
EINGANG
NUR
HIER !!

PATIENTEN
CLUB

Wäsche
aufhängen
verboten

SOZIAL-
DIENST
DER
KIRCHEN
UNDVER-
GÄNDE

ALTEN-
TAGES-STÄTTE

WOHN-
GEMEINSCHAFT

ALTEN-
HEIM

NACHT-
KLINIK

TAGES-
KLINIK

KRANKENHAUS

psych.
Abt. I. Stock
Ambulanz
II. Stock

esst
mehr Obst!

FRISCH
FLEISCH

örtner
in der
Ecke

Die Tagesklinik
als Teil der
psychiatrischen
Versorgung

Herausgegeben von
G. Bosch
A. Veltin
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte
Band 9

Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung

Tagungsbericht

Herausgegeben von G. Bosch

A. Veltin AKTION PSYCHISCHE
KRANKE

Tagungsberichte
Band 9

1983

Rheinland-Verlag GmbH - Köln

in Kommission bei

Dr. Rudolf Habelt GmbH - Bonn

Gefördert durch das
Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

© 1983 Rheinland-Verlag GmbH • Köln
Anschrift: Abtei Brauweiler, 5024 Pulheim 2
Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland
Umschlagentwurf: Renate Triltsch • Köln
Druck: Druckhaus B. Kühlen GmbH & Co. KG, 4050 Mönchengladbach 1
ISBN 3-7927-0790-X

Inhalt

	Seite
— Vorwort	7
— Grußwort des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit	8
I. Teil: Einführung	9
— <i>G. Bosch und I. Steinhart</i> Entwicklung und gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland	11
— <i>Diskussion zum Vortrag von G. Bosch</i>	37
— <i>R. Degkwitz und A. Finzen</i> Streitgespräch: Kann die Tagesklinik ein wesentlicher Bestandteil psychiatrischer Versorgung sein? Moderation: W. Göpfert	43
II. Teil: Die Aufgabenstellung der Tagesklinik	65
— <i>H. Dziewas, Th. Bock und U. John</i> Die Tagesklinik als Instrument der Krisenintervention	67
— <i>A. Uchtenhagen</i> Die Tagesklinik als Instrument der Rehabilitation	79
— <i>R. Henrich</i> Kann eine Tagesklinik Krisenintervention und Rehabilitation gleichzeitig leisten?	91
— <i>H. Heise</i> Die Tagesklinik als Alternative zur vollstationären Behandlung	105
— <i>Diskussion zur Aufgabenstellung der Tagesklinik</i>	111
III. Teil: Die Funktion der Tagesklinik im Versorgungssystem	127
— <i>K. J. Heinhold</i> Die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik	129
— <i>L. Ernst und C. Wächter</i> Die gerontopsychiatrische Tagesklinik	137
— <i>Diskussion zur kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik und zur gerontopsychiatrischen Tagesklinik</i>	145
— <i>R. Seidel</i> Die Tagesklinik als Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Voll- versorgungssystems	153

— <i>I. Steinhart und G. Bosch</i>	
Die Tagesklinik als wesentlicher Bestandteil eines Versorgungssystems aus teilstationären und komplementären Diensten	167
— <i>W. Engelke</i>	
Die Tagungsklinik als eigenständige Institution im Versorgungssystem	185
— <i>Diskussion zur Funktion der Tagesklinik im Versorgungssystem</i>	193
— <i>C. Kulenkampff</i>	
Schlußwort	197
Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer	199

Vorwort

Man wird kaum sagen können, Tageskliniken seien bereits heute ein wesentlicher Bestandteil unserer psychiatrischen Versorgung. Könnten und sollten sie dies eines Tages werden? Für welche Klientel? Überschreiten ihre Möglichkeiten spezielle Aufgaben wie bestimmte Kriseninterventionen oder gezielte Rehabilitationsbemühungen, etwa in Richtung auf eine breite und sinnvolle Alternative zur vollstationären Behandlung? Und unter welchen strukturellen Voraussetzungen wäre eine solche Entwicklung denkbar, welche Funktionen im Gesamtnetz der psychiatrischen Versorgung könnten Tageskliniken dann haben?

Die in diesem Band gesammelten Beiträge einer Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE können helfen, Antworten auf solche Fragen zu finden. Die Entwicklung der letzten Jahre mit ihrer sich erheblich beschleunigenden Gründung neuer Tageskliniken sollte nicht darüber hinwegtäuschen, wie weit die Meinungen darüber auseinandergehen, wo Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung liegen. Das „Streitgespräch“ — Versuch einer neuen Form einleitender Antithesenbildung — mag dies noch deutlicher zeigen als die jeweils an konkreten Modellen orientierten Referate mit den Diskussionsbeiträgen.

In allen diesen Beiträgen zeigt sich indessen noch ein Weiteres: Tageskliniken sind nicht nur durch den formalen Aspekt ihrer Brückenfunktion zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und durch die offene Frage nach ihrer Indikationsbreite charakterisiert. Sie zeichnen sich auch durch entscheidende qualitative Momente aus. Denn in ihnen muß sich — durchgehender als in anderen Versorgungsbereichen und besser sichtbar — jene Psychiatrie bewähren, die sich nicht nur durch Gemeindenähe und Offenheit, sondern auch durch ein gewandeltes Selbstverständnis der in ihnen therapeutisch und helfend Tätigen auszeichnet.

Bonn, November 1983

Die Herausgeber

Grußwort des
Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Dr.
Heiner Geißler

Für das Engagement, eine Informationstagung dem Thema „Psychiatrische Tagesklinik“ zu widmen, danke ich der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V.

Jeder, der sich der Reform der Psychiatrie verpflichtet fühlt, weiß, wie wichtig die Funktionsfähigkeit gerade dieses Elements der Versorgung unserer psychisch Kranken für ihre Gemeindenähe ist.

Ich wünsche Ihnen, daß es dem weit gespannten Themenangebot der Veranstaltung und allen Teilnehmern gelingen möge, den funktionsgerechten Einbau der Tagesklinik in das Versorgungssystem weiter voranzutreiben.

I. Teil

Einführung

Entwicklung und gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland

G. Bosch und I. Steinhart

Tageskliniken haben inzwischen auch hierzulande eine Tradition. Als wir 1962, vor 21 Jahren also, mit KULENKAMPPF in Frankfurt die erste deutsche Tagesklinik eröffneten, war uns gewiß bewußt, daß wir für die deutschsprachigen Länder Neuland betraten. An angelsächsischen und französischen Modellen und der dort weit vorlaufenden Entwicklung orientiert, hatten wir aber gehofft, bald viele Mitstreiter zu finden auf dem dornenvollen Weg einer Umorientierung der psychiatrischen Versorgung weg von den Betten und hin zu den teilstationären, komplementären und ambulanten Möglichkeiten. Es hat lange gedauert, bis der damalige Impuls wirklich ein breites Echo fand. Und noch zu Zeiten der Erarbeitung der Psychiatrie-Enquete fand die Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter weit mehr auf dem Papier als in der Realität statt — und das ist in weiten Bereichen und in vielen Regionen bis heute so geblieben.

Wenn die Entwicklung der Tageskliniken, gesehen im Kontext aller wichtigen Strukturänderungen, scheinbar zügiger vorankam, so kann sich eine solche Feststellung nur auf die letzten Jahre berufen, die hier sichtlich etwas in Bewegung gebracht haben. Der Beginn war eher schleppend. In den ersten 5 Jahren nach der Frankfurter Eröffnung folgte 1965, also drei Jahre später, die Tagesklinik des Rheinischen Landeskrankenhauses Bonn, 1966 die des Psychiatrischen Krankenhauses Winnenden. 1967 wurde die Flegel'sche Institution in Düsseldorf eröffnet und im selben Jahr die Heidelberger — heute Mannheimer — Tagesklinik — also wieder Einrichtungen im universitären Rahmen — sowie das Haus Phönix in Berlin als erste Institution, die einen gemeinnützigen Träger hatte. Bis zum Ende des Jahrzehnts kamen 1968 noch Hannover und Stuttgart und 1969 die Tagesklinik der Nervenlinik Spandau in Berlin und die Tagesklinik in Rheydt — heute Mönchengladbach — hinzu.

Schon diese ersten Tageskliniken waren im Hinblick auf ihre Einbindung in die Versorgung, ihre innere Struktur und ihren Anspruch sehr verschieden. Schon damals haben sich diejenigen Unterschiede in Zielsetzungen und Selbstverständnis herausgebildet, die wir den ersten 4 Tagungsbeiträgen als alternative Thematik zugrunde gelegt haben. Während sich die Tagesklinik in Frankfurt als Modell einer Behandlungsalternative zur Vermeidung oder zur Abkürzung stationärer Behandlung verstand, waren die Gründungen in Bonn und auch in Heidelberg eher rehabilitativ und auf chronische psychiatrische Patienten hin orientiert. Dagegen war Düsseldorf, ausgeprägter noch als kurz danach Hannover oder heute Hamburg, von vornherein als typische Institution der Krisenin-

tervention bei ganz überwiegend nicht psychotischer Klientel erdacht und strukturiert worden.

Der zweite Teil dieses Tagungsberichtes bringt Referate, die Tageskliniken im Hinblick auf die Art ihres Einbaus in das strukturelle Netz der Versorgung betrachten. Auch hier lassen sich die verschiedenen Möglichkeiten, zumindest in Vorformen - der Begriff des Sektors, im Enquete-Gebrauch unschön „Standardversorgungsgebiet“ genannt, war zumindest als Sache noch Zukunftsmusik —, bereits an den frühen Modellen ablesen: Tagesklinik als Bestandteil eines sozialpsychiatrischen Gesamtsystems (Frankfurt) und als Vorform der gemeindepsychiatrischen Vollversorgung, wie dann in Rheydt. Tageskliniken als Aufweichung des starren vollstationären Gefüges von Großkliniken (Bonn, Winnenden). Tageskliniken als Bestandteile eines Systems mit anderen teilstationären Diensten (Phönix Berlin). Schließlich Tageskliniken mit trotz offizieller Anbindung an die jeweilige Klinik relativ großer Selbständigkeit (Düsseldorf, Heidelberg). Die Entwicklung von auch administrativ völlig selbständigen Tageskliniken in separater Trägerschaft ist allerdings erst jungen Datums. Anhand des Referats über eine solche Institution wird über solche Möglichkeiten, die in der Psychiatrie-Enquete bewußt nicht empfohlen worden sind, sicher zu diskutieren sein.

In den tagesklinischen Gründerjahren war es leicht, die Übersicht über solche Entwicklungen zu behalten. Man kannte sich. Man wußte beispielsweise, was Herr Flegel im Grafenberger Pavillon oder was Maria Rave beim Heidelberger Schloß mit ihren Mitarbeitern wollten und taten. In den letzten Jahren ist die Orientierung schwierig geworden. Um nicht weiter auf Zufälligkeiten, Schätzungen oder gar Vermutungen angewiesen zu sein, haben wir mit der AKTION PSYCHISCH KRANKE eine Umfrage durchgeführt, über die im folgenden berichtet werden soll. Die Ergebnisse dieser Befragung können ein hohes Maß an Repräsentativität beanspruchen. Mittels der über die Länderministerien, die großen Träger- und Fachverbände, die Universitäten und bisherige Veröffentlichungen zusammengestellten Liste von 82 anzuschreibenden Institutionen (Tabelle 1) dürften weitestgehend alle Einrichtungen erfaßt worden sein, bei denen Tageskliniken zumindest als Möglichkeit im Gespräch waren. Der hohe Rücklauf von 95 % der übersandten Fragebögen ermöglicht klare Aussagen über 58 von 60 (= 97 o/o) der zum Umfragezeitpunkt bekannten und bereits arbeitenden Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin.

49 dieser Tageskliniken behandeln erwachsene Patienten. Die Ergebnisse unserer Untersuchungen sind für diese Erwachsenen-Tageskliniken in den rechten Spalten unserer Abbildungen immer noch einmal gesondert aufgeführt, weil unsere Ausführungen und Interpretationen sich überwiegend auf diese typischen Einrichtungen beziehen und die Besonderheiten der kinder- und gerontopsychiatrischen Spezialtageskliniken nur am Rande berücksichtigen. Tabelle 2 zeigt allerdings, daß auch in den Einrichtungen für Erwachsene teilweise Jugendliche oder psychisch kranke alte Menschen aufgenommen werden. Auf solche Patienten beziehungsweise auf Kinder- und Jugendpsych-

Angeschriebene Institutionen	82
Kein Rücklauf (davon 1 Tagesklinik)	4
Tagesklinik weder vorhanden noch geplant	10
Tagesklinik am 1.7.82 noch im Planungsstadium	9
Fragebogen wegen "zu großem zeitlichen Aufwand" nicht beantwortet	1
Am 1.7.82 eröffnete und bekannte Tageskliniken in der Bundesrepublik und in Berlin (West)	60
Durch Fragebogen erfaßte Tageskliniken	58

Tabelle 1: Umfrage und Rücklauf

	Tageskliniken N = 58	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie N = 49
<u>Versorgung von</u>		
Kindern/Jugendlichen	11	8
nur Kindern/Jugendlichen	3	
Erwachsenen	49	
Alterskranken	14	8
nur Alterskranken	6	
<u>Jahr der Eröffnung</u>		
vor 1970	11	10
1970 - 1979	24	19
1980 - 1982	23	20

Tabelle 2: Klientel und Eröffnungsjahre

iatrie spezialisiert sind nur 9 Einrichtungen (Tabelle 2, linke Spalte, Zeilen 2 und 5), darunter eine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung, über die bei dieser Tagung gesondert berichtet wird; es handelt sich um die einzige schon lange vor 1970 existierende Spezialtagesklinik (erste Zeile des zweiten Abschnitts). Die Gliederung nach Eröffnungsjahren zeigt jedoch vor allem die rapide wachsende generelle Tendenz zur Etablierung von Tageskliniken: In dem Jahrzehnt nach 1970 wurden doppelt so viele Tageskliniken eröffnet wie in den Jahren 1962 bis 1969, ab 1980 sind es in drei Jahren bereits ebenso viele Neueröffnungen wie in den gesamten 70er Jahren. Der Eindruck einer erheblich gestiegenen Bedeutung tagesklinischer Versorgung wird allerdings bei Betrachtung der absoluten Zahl der Tagesklinikplätze (Tabelle 4, Zeile 4) relativiert: Die Größenordnung dieser Zahl in Höhe von etwa 1 % der psychiatrischen Bettenzahlen läßt sicher noch keine Aussagen darüber zu, inwieweit Tageskliniken zu einem wesentlichen Teil der psychiatrischen Versorgung werden könnten.

Die Trägerschaften (Tabelle 3) befinden sich zu gut zwei Drittel in öffentlicher Hand, da zu dieser auch die mit sehr hohen Tagesklinikanteilen im Vergleich erheblich überrepräsentierten Universitäten gehören. Die meisten Tageskliniken sind administrativ vor allem mit stationären Bereichen verbunden, sie sind ja meist an solche angegliedert worden. Ein Verbund mit anderen Einrichtungen ist — mit der einzigen Ausnahme unserer Berliner Einrichtungen — immer zusätzlich zur administrativen Einbettung in stationäre Versorgungseinrichtungen zu verstehen. Administrative Verflechtungen mit Ambulanzen sind häufig, bei den Spezialtageskliniken praktisch durchgehend; selten sind dagegen institutionell angegliederte andere teilstationäre Einrichtungen, z. B. Nachtkliniken oder solche des komplementären Bereichs. Völlig selbständig arbeitende Tageskliniken sind sehr selten und stellen, wie bereits erwähnt, einen neuen Typus dar, mit dem sich ein eigenes Referat beschäftigen wird. Die Finanzierung erfolgt in der Regel über spezielle Pflegesätze, die so breit streuen, daß solche Abweichungen kaum wirkliche, unterschiedliche Bedürfnisse und Leistungen widerspiegeln dürften (Tabelle 3, letzter Abschnitt*). Vollstationäre Pflegesätze beinhalten oft Doppelbehandlungen, bei welchen stationäre Patienten in Großkliniken „Gäste“ in einer angegliederten Tagesklinik sind oder sich in einer Tagesklinik zur Anbahnung einer Übernahme befinden.

Eine sehr große Breite zeigen auch die Zahlen der Tabelle 4. Die Medianwerte lassen erkennen, daß deutsche Tageskliniken in der Regel 20 Plätze haben und in einer mittleren Villa, notfalls auch in der Doppelwohnung eines Stockwerks in einem Altbau untergebracht werden können. Ebenso klar sind die Aussagen des untersten Tabellenabschnitts: Die offiziellen Öffnungszeiten sind sichtlich an den Wochenstunden unserer Arbeitswelt orientiert und betragen typischerweise 40 Stunden.

Unterschiedliche Tagesklinikzahlen (N) in den Tabellen beruhen auf fehlenden oder unvollständigen Angaben in den Originalfragebögen.

	Tageskliniken N = 58	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie N = 49
<u>Träger</u>		
Öffentlich-rechtlich	30	27
Universität	12	9
Gemeinnützig	15	12
Privat	1	1
<u>Selbständig</u>	3	3
<u>Administrativ verbunden</u>	55	46
mit Station	53	45
mit teilstationärer Einrichtung	17	15
mit ambulanter Einrichtung	29	21
mit komplementärer Einrichtung	10	8
<u>Finanzierung</u>		
TK-Pflegesatz	51	42
Vollstationärer Pflegesatz	5	5
Modellprogramm bzw. Abrechnung über Praxis	2	2
<u>TK-Pflegesatz</u>	N = 54	N = 46
Range	DM 66 - 207	DM 66 - 207
Mittelwert	DM 113.4	DM 111.5
Median	DM 110.3	DM 104.3

Tabelle 3: Trägerschaft und Finanzierung

	Tageskliniken (N = 58)	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie (N = 49)
<u>Plätze</u>	N = 58	N = 49
Range	5 - 82	5 - 82
Mittelwert	21.1	21.6
Median	19.6	19.8
Summe aller TK-Plätze	1222	1060
<u>Zahl der Räume</u>	N = 54	N = 46
Range	2 - 30	2 - 30
Mittelwert	11.5	12.1
Median	10.5	11.5
<u>Quadratmeter</u>	N = 51	N = 43
Range	50 - 1300	50 - 1300
Mittelwert	306	330
Median	250	251
<u>Öffnungszeiten/Woche</u>	N = 57	N = 48
Range	28 - 60	35 - 60
Mittelwert	40.9	41.2
Median	40.0	40.0

Tabelle 4: Größe und Öffnungszeiten

	Tageskliniken (N = 58)	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie (N = 49)
<u>Plätze 1.1.1981</u>	N = 35	N = 31
Mittelwert	22.6	23.6
Median	20.0	20.1
<u>Administrative Be- legung 1981</u>	N = 35	N = 31
Mittelwert	17.5	18.0
Median	15.0	15.3
<u>Geschätzte tatsächliche Belegung 1981</u>	N = 29	N = 25
Mittelwert	15.5	16.6
Median	11.8	14.0
<u>Zahl der Aufnahmen 1981</u>	N = 34	N = 30
Mittelwert	103	99
Median	78.5	80.0
<u>Aufenthaltsdauer 1981</u>	N = 30	N = 27
Mittelwert	65.9 Tage	67.3 Tage
Median	57.1 Tage	57.6 Tage

Tabelle 5: Aufnahmen 1981

In Tabelle 5 haben wir die Platzzahlen, die offiziellen Auslastungsdaten und die tatsächlichen Anwesenheiten der Patienten unter Berücksichtigung aller Fehlzeiten, Teilanwesenheiten und ad-hoc-Beurlaubungen (z. B. „Hausfrauentage“) aufgelistet. Wie man sieht, sind Tageskliniken de facto nur zu höchstens zwei Drittel belegt. Die tatsächlichen Anwesenheiten dürften nach unseren Erfahrungen zu hoch eingeschätzt worden sein und damit eher noch tiefer liegen. Bei den spezialisierten Tageskliniken ist die de-facto-Anwesenheit eindeutig noch weit geringer. Die teilweise Patientenleere von Tageskliniken entspricht auch durchaus dem Eindruck bei spontanen Besuchen in solchen Einrichtungen, und es stellt sich nicht nur die Frage nach Klientel und Bedarf — hierauf wird im weiteren eingegangen werden —, sondern angesichts des häufigen „Fehlens“ von Patienten auch die nach der Wirksamkeit von Wochenprogrammen, die — wie fast durchgehend angegeben — als obligatorische therapeutische Angebote verstanden werden. Dagegen bieten Aufnahmezahlen und Aufenthaltsdauern im Hinblick auf die noch zu beschreibende Klientel weniger Überraschungen.

Im Gegensatz zu den mehr administrativen Verhältnissen lassen sich aus Tabelle 6 Hinweise auf die tatsächliche Arbeitsweise von Tageskliniken entnehmen. Hier ist eine intensive Zusammenarbeit mit ambulanten wie stationären Kontaktinstitutionen zu erkennen. Allerdings wurden bei den Zugängen die Anschlußbehandlungen nach vollstationärer Behandlung vor den Direktaufnahmen und weit vor Übernahmen aus sonstigen psychiatrischen Institutionen — etwa komplementären Bereichen — plazierte. Dagegen gibt es neben den schon in der Pflegesatzaufzählung (Tabelle 3) hervorgetretenen, eigentlich vollstationären Tagesklinik-„Gästen“ aus Stationen der Trägerinstitution relativ viele Tageskliniken mit in komplementären Einrichtungen wohnender Klientel. Nur 21 aller Tageskliniken nehmen ausschließlich Patienten auf, die „zu Hause“ leben. Etwa die Hälfte der Tageskliniken arbeitet mit Patienten, für welche Hol- und Bringendienste erforderlich sind, die allerdings überwiegend den Angehörigen überlassen bleiben. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und bei den gerontopsychiatrischen Tageskliniken zeigt sich verständlicherweise eine Tendenz zur Generalisierung und zur Institutionalisierung solcher Dienste durch die Einrichtung selbst.

Die Frage nach den Indikationen für Tageskliniken wird häufig in Erwartung positiver nosologischer und psychopathologischer Angaben zur „Eignung“ von Patienten für diese Behandlungsform gestellt. Tageskliniken verstehen sich jedoch zumeist nicht als Spezialeinrichtungen für in dieser Weise zu definierende Patientengruppen. Unsere Untersuchung wählte daher den Weg über die Frage nach Ausschlußindikationen. Nach den in Tabelle 7 dargestellten Ergebnissen wird in erster Linie für tagesklinikfähig gehalten, wer den täglichen Weg von und nach Hause leisten kann.

Als allgemeiner Ausschlußgrund wurde mit zweiter Häufigkeit das Fehlen eines „Zuhause“ im Sinne eines tragfähigen sozialen Milieus genannt, noch vor der Angabe der Akuität und unangemessener Schwere des Krankheitsbildes. Eine „fehlende Motivation“ — es handelt sich hier um sekundäre Gruppierungen

	Tageskliniken (N = 58)	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie (N = 49)
<u>Kooperation mit:</u>	N = 58	N = 49
stationären Einrichtungen	51	45
teilstationären Einrichtungen	11	11
niedergelassenen Nervenärzten	39	34
sonst. ambulanten Einrichtungen	40	35
komplementären Einrichtungen	29	25
<u>Aufnahmen aus:</u> (Median aus 3 Rangplätzen)	N = 58	N = 49
vollstationärem Bereich	1.36	1.30
Direktaufnahmen von "außen"	1.69	1.68
sonst. institutionellen Bereichen	2.85	2.88
<u>Tagespatienten aus anderen Einrichtungen</u>	N = 57	N = 48
keine (nur von zu Hause)	24	21
aus stationärer Einrichtung	15	11
aus komplementären Einrichtungen	11	11
aus stationären/komplementären Einrichtungen	5	5
aus sonstigen Einrichtungen	2	-
<u>Hol- und Bringediens</u>	N = 58	N = 44
Nein	30	29
für Einzelfälle	24	19
für Mehrzahl	4	1
<u>Hol- und Bringediens durch</u>	N = 28	N = 20
Angehörige	18	14
Mitarbeiter-Pkw	7	7
Instituts-Kfz	8	5
Mietfahrzeuge	9	5

Tabelle 6: Verbindungen zu anderen Institutionen, Hol- und Bringdienste

von freien Angaben — scheint für die meisten Tageskliniken keine wesentliche Indikationsproblematik zu beinhalten. Unter diagnostischen Gesichtspunkten kann der ganz überwiegende Ausschluß von Suchtkranken in allgemeinen Tageskliniken bei den heute üblichen gesonderten Behandlungsketten für sol-

	Tageskliniken N = 58	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie N = 49
<u>Ausschlußindikationen</u> (Nennungen)		
Zu langer Anfahrtsweg	28	24
Fehlender soz. Hintergrund	19	18
Zu akutes/psychotisches Krankheitsbild, "zu krank"	16	16
Fehlende Motivation	6	4
Sonstige	8	7
<u>Ausschlußdiagnosen</u> (Nennungen)		
Alkohol- und Medikamenten-abhängige	44	41
Drogenabhängige	44	41
Suizidgefährdete	20	17
Geistig Behinderte	18	16
Spezifische psychiatrische Störungen bei alten Menschen	14	14
Organisch bedingte psychische Erkrankungen	7	7
Spezifische psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters	7	6
Hirnorganische Störungen	6	6
Anfalls Kranke	6	6
Sonstige	11	8

Tabelle 7: Ausschlußindikationen

che Patienten inhaltlich nicht überraschen. Dies gilt auch für Suizidgefährdung, geistige Behinderung und die Restkategorien. Bemerkenswerterweise haben bei den nichtspezialisierten Tageskliniken für Erwachsene nur 14 von 49 Einrichtungen psychogeriatrische Störungen als Ausschlußgrund genannt, während nur 8 (Tabelle 2) sich ausdrücklich auch für die Behandlung solcher

	Tageskliniken N = 58	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie N = 49
<u>Diagnosen</u> (Rangordnung über Medianwerte)		
Schizophrene Psychosen	1	1
Neurosen	2	2
Affektive Psychosen	3	3
Persönlichkeitsstörungen	4	4
Psychosomatische Erkrankungen	5	5
Spezif. psychiatrische Störungen bei alten Menschen	6	10
Andere organisch bedingte psychische Erkrankungen	7	6
Alkohol- und Medikamenten- abhängige	8	8
Sonstige psychische Erkrankun- gen und Behinderungen	9	7
Anfallskranke	10	9
Spezifische psychiatrische Stö- rungen des Kindes-/Jugendalters	11	12
Geistig Behinderte	12	11
Drogenabhängige	13	13
Körperliche Erkrankungen und Behinderungen	14	14

Tabelle 8: Rangfolge der Diagnosehäufigkeiten

Patienten zuständig gehalten hatten. Tatsächlich fällt bei der Verrechnung der als Rangfolge mit 14 Möglichkeiten erfragten diagnostischen Verteilung der behandelten Patienten (Tabelle 8) diese Gruppe bei den Tageskliniken für Erwachsene auf den 10. Rang und beispielsweise noch hinter Alkohol- und Medikamentenabhängige zurück, während in den beiden Spalten dieser

	Tageskliniken N = 58	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie N = 49
<u>Selbstverständnis als</u> (Median aus 4 Rangplätzen)		
- Einrichtung anstelle oder zur Abkürzung einer stationären Aufnahme	1.15	1.19
- Instrument der Kriseninterventionen	2.36	2.31
- Reha-Einrichtung für chronisch Kranke	2.41	2.46
- "Tagesstätte" für chronisch Kranke	3.85	3.82

Tabelle 9: Selbstverständnis

Tabelle die schizophrenen Psychosen den ersten, die Neurosen den zweiten, affektive Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatosen die restlichen unter den ersten fünf Rangplätzen einnehmen.

Tabelle 9 enthält die Aussagen zum überwiegenden Selbstverständnis der Arbeitsziele und Arbeitsschwerpunkte der befragten Tageskliniken. Die grundsätzlichen Möglichkeiten einer solchen Einteilung wurden bereits einleitend erwähnt und sind in der Tabelle in Kurzform benannt; sie liegen auch den Berichten des ersten Tagungsteils zugrunde. Wegen der Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen den im Fragebogen etwas ausführlicher umschriebenen „Typen“ und der unvermeidlichen Unschärfe zu verwendender Begrifflichkeiten, beispielsweise des Verständnisses von „Krise“ oder verschiedener Rehabilitationsbegriffe, waren auch bei dieser Frage lediglich — hier 4 — Rangplätze zuzuordnen. Es wurde also eine akzentuierende Antwort verlangt, zumal ein breites Verständnis der eigenen Arbeit ja durchaus mehrere Aufgabenbereiche enthalten kann. Die aus den Zuordnungen resultierenden Ergebnisse wurden hier nicht nur als Rangliste, sondern unter Angabe des jeweiligen Medianwerts angegeben, wobei 1.00 der theoretisch höchsten, 4.00 der tiefsten Platzierung entspräche. Die Form dieser Darstellung macht den weiten Abstand zwischen dem vorherrschenden Verständnis von Tageskliniken als Krankenhausalternative zu den nahe beieinanderliegenden Auffassungen als Kriseninterventions- oder als Rehabilitationsinstrument besser sichtbar, ebenso das völlige, fast absolute Zurücktreten von Tagesstättenkonzeptionen.

	Tageskliniken N = 58		Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie N = 49	
<u>Als besonders wichtig erachtete therapeutische Angebote</u>	Nennungen	Wo.-Std. \bar{x}	Nennungen	Wo.-Std. \bar{x}
- Einzelgespräche	32	-	26	-
- Soziale Einzelhilfen	4	-	3	-
- Verbale Gruppen	54	5.3	48	5.3
- Rollenspiel	10	2.1	9	1.9
- Averbale Gruppen	34	4.6	28	4.3
- Großgruppen	11	3.9	11	3.9
- Soziotherapeutische/Lebens- praktische Gruppen	22	7.4	18	7.7
- Exkursion	18	4.9	16	5.0
- Beschäftigungstherapie	47	10.4	41	10.7
- Arbeitstherapie	17	15.3	16	15.3
- Angehörigenarbeit	11	-	8	-
- Medikation	6	-	5	-
- Sonstige	12	-	8	-

Tabelle 10: Therapeutische Angebote

Fragt man nach fünf von der Institution als besonders wichtig erachteten Therapieangeboten (Tabelle 10), so finden sich keineswegs therapeutische Einzelgespräche, sondern verbale therapeutische Gruppen und — mit geringem Abstand — die Beschäftigungstherapie an erster Stelle der Nennungen. Auch andere, mehr lebenspraktisch-übende oder averbale Gruppenformen stehen den Nennungen für Einzelgespräche wenig nach oder übertreffen sie sogar. Die Angaben für die Mittelwerte der Wochenstunden zeigen, daß die jeweils für besonders wichtig gehaltenen Angebote dann auch zeitlich sehr ausgedehnt sind, sie bilden dann ungewöhnlich hohe Anteile am Gesamtprogramm. So steht zwar die Arbeitstherapie in Tageskliniken offenbar weniger im Vordergrund und ist im eigentlichen Sinne wohl oft gar nicht vorhanden. Gibt es sie aber und wird ihre Wichtigkeit als Trainingsinstrument gesehen und bejaht, so übertrifft ihre zeitliche Ausdehnung wesentlich die analogen Zeitanteile bei der Beschäftigungstherapie.

	Tageskliniken (N = 58)	Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie (N = 49)
Ambulante Betreuung	47 = 81 %	39 = 80 %
Ambulante Einzelbetreuung	42	34
Ambulante Gruppenbetreuung	38	31
Keine ambulante Betreuung	11 = 19 %	10 = 20 %
<u>Finanzierung der Ambulanz</u>	N = 47	N = 39
Keine ("graue Ambulanz")	9	8
Ermächtigungsambulanz	3	3
Institutsambulanz	6	6
Poliklinik	5	4
Durch Psychotherapie über Kassen	1	1
"Kassen" (ohne nähere Angaben)	19	15
Ohne Angaben	4	2

Tabelle 11: Ambulante Nachsorge und Finanzierung

Vier Fünftel aller Tageskliniken betreiben ambulante Nachsorge für ihre Patienten (Tabelle 11). Diese erfolgt überwiegend auch als Einzelbetreuung und nicht nur in Form ambulanter Gruppen. Die Nachbetreuung ist auch fast immer in der einen oder anderen Form finanziell gesichert, wobei die institutionellen Absicherungen gegenüber anderen Regelungen zurücktreten.

Wie steht es mit den Mitarbeitern? Tabelle 12 listet für die wichtigsten Berufsgruppen die Voll- und Teilzeittätigen auf, nennt die aus beiden Tätigkeitsarten sich zusammensetzenden Manpower-Zahlen und deren Mittelwerte pro Institu-

	Tageskliniken N = 58			Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie N = 49		
	Summe	Range	Mittelwert	Summe	Range	Mittelwert
Ärzte Vollzeit	51	0-8	0.88	43	0-8	0.88
Ärzte Teilzeit	39	0-2	0.67	36	0-2	0.74
Ärzte	64.0 *	0.33-8	1.10	55.0 *	0.33-8	1.12
Psychologen Vollzeit	22	0-4	0.38	21	0-4	0.43
Psychologen Teilzeit	27	0-3	0.47	24	0-3	0.49
Psychologen	35.5 *	0-4	0.61	33 *	0-4	0.67
Sonstige akademische Mitarbeiter Vollzeit	8	0-4	0.14	4	0-2	0.08
Sonstige akademische Mitarbeiter Teilzeit	13	0-2	0.22	10	0-2	0.20
Sonstige akademische Mitarbeiter	14.5 *	0-4	0.25	9 *	0-2	0.18
Krankenschwestern/pfleger Vollzeit	152	0-10	2.62	131	0-10	2.67
Krankenschwestern/pfleger Teilzeit	9	0-3	0.16	7	0-3	0.14
Krankenschwestern/pfleger	156.5 *	0-10.5	2.70	134.5 *	0-10.5	2.75
Sozialarbeiter Vollzeit	29	0-4	0.50	27	0-4	0.55
Sozialarbeiter Teilzeit	30 ⁺	0-2	0.52 ⁺	25 ⁺	0-2	0.51 ⁺
Sozialarbeiter	44⁺ *	0-4	0.76⁺	39.5 *	0-4	0.81⁺
Beschäftigungstherapeuten Vollzeit	49	0-5	0.85	44	0-5	0.90
Beschäftigungstherapeuten Teilzeit	32 ⁺	0-2	0.55 ⁺	27 ⁺	0-2	0.55 ⁺
Beschäftigungstherapeut	65⁺ *	0-5	1.12⁺	57.5 *	0-5	1.17⁺

* Teilzeitärzte wurden mit 33 %, andere Teilzeitmitarbeiter mit 50 % veranschlagt

+ ohne Berücksichtigung zentraler Sozialdienste und Beschäftigungstherapien bei Verbundsystemen

Tabelle 12: Mitarbeiter

tion — in diesem Fall das für Kostenberechnungen entscheidende arithmetische Mittel — und macht die große Variationsbreite in Zahl und Zusammensetzung der Mitarbeiter sichtbar, die bei Ärzten und im Krankenpflegebereich am extremsten ist. Die Zahl der in nur stundenweisen Tätigkeiten Beschäftigten — solche Tätigkeiten sind z. B. in psychiatrischer Gruppengymnastik, Sport, Bewegungs- oder Musiktherapie oder in der Supervision von therapeutischen Gruppen offenbar fast überall üblich — konnten wegen überwiegend unzulänglicher Angaben bei der Auswertung nicht genau berechnet und in der Tabelle daher nicht aufgeführt werden. Ähnliches gilt für Schreibkräfte und Reinigungsdienste. Die Werte für Sozialarbeiter und Ergotherapeuten sind sicher zu tief angesetzt, weil die tagesklinischen Arbeitsanteile bei zentralen Sozialdiensten und zentralen BT/AT-Ateliers größerer psychiatrischer Institutionen mit angegliederten Tageskliniken nur selten und nicht eindeutig berechnet angegeben wurden. Zu den 6.55 (Erwachsenenpsychiatrie: 6.70) aus den Tabellen 12 und 13 sich insgesamt ergebenden Mitarbeitern muß daher auf der Basis von Hochrechnungen mindestens ein volles Mitarbeiteräquivalent addiert werden, so daß die Tagesklinik im Durchschnitt über 8 Mitarbeiter verfügt (ohne Reinigungsdienste etc.). Universitäre und Modelleinrichtungen liegen über dieser Zahl.

Tabelle 13 zeigt zusammenfassend, daß in bezug auf die fest zur Tagesklinik gehörenden Mitarbeiter für die durchschnittlich mit knapp 15 Patienten belegten 20 Plätze der Tageskliniken (Tabelle 5) im Mittel 2 akademische und etwa 5 (+ 1) andere Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Im einzelnen fällt auf, daß mit der einzigen Ausnahme der Berufsgruppe der Ärzte jede andere Berufsgruppe je nach Konstruktion der Einrichtung entbehrlich sein kann und daß die Anteile nicht nur von Sozialarbeitern, sondern auch von Psychologen das sonst in der Psychiatrie Übliche weit übersteigen, obwohl bei der globalen Durchschnittsberechnung auch in Tageskliniken der Pflegesektor der zahlenmäßig noch immer stärkste Bereich bleibt.

Versucht man, die wichtigsten durch den Fragebogen erfaßten Daten in bezug auf definierte Typen von Tageskliniken getrennt zu untersuchen, so kann man zunächst teilstationäre und komplementäre Verbundsysteme von solchen Tageskliniken trennen, die — abgesehen von ihrer stationären Verzahnung — ein isoliertes Angebot machen. Die wichtigsten Ergebnisse einer solchen Gegenüberstellung finden sich in Tabelle 14. Sie zeigt zunächst, daß drei Viertel aller vor 1970 eröffneten Tageskliniken in solchen Verbundsystemen arbeiten, was bei den späteren Modellen nicht — vielleicht nur noch nicht — der Fall ist und damit nicht auf einen Trend zu veränderten Konzeptionen hinweisen muß. Tageskliniken stellen ja oft zeitlich erste Realisierungsstufen bei Öffnungsversuchen in Richtung einer gemeindenahen Psychiatrie dar. Die deutlichen Unterschiede in der diagnostischen Zusammensetzung der Klientel könnten aber auch in Richtung divergierender Intentionen weisen. Dann müßten solche Tageskliniken im Verbundsystem mit ihrer ganz im Vordergrund stehenden Psychotiker Klientel — fast alle diese Institutionen haben die schizophrenen Patienten auf dem ersten Rangplatz eingeordnet, vgl. Text zu

	Tageskliniken N = 58		Tageskliniken Erwachsenen- psychiatrie N = 49	
	Summe	Mittelwert	Summe	Mittelwert
<u>Akademische Mitarbeiter</u>				
Vollzeit	81	1.40	68	1.39
Teilzeit	79	1.36	70	1.43
Gesamt	114*	1.97	97*	1.98
<u>Andere Mitarbeiter</u>				
Vollzeit	230	3.97	202	4.12
Teilzeit	71 ⁺	1.22 ⁺	59 ⁺	1.20 ⁺
Gesamt	265.5**	4.58⁺	231.5**	4.72⁺

* Teilzeit-Ärzte wurden mit 33 %, andere Teilzeit-Mitarbeiter mit 50 % veranschlagt

+ ohne Berücksichtigung zentraler Sozialdienste und Beschäftigungstherapien bei Verbundsystemen

Tabelle 13: Verhältnis Akademiker/Nicht-Akademiker

Tabelle 8 — und mit ihrem sehr starken Akzent auf Übernahmen aus dem stationären Bereich sowie dem häufigeren Selbstverständnis vor allem im Sinne eines Rehabilitationsinstruments, in keinem einzigen Falle eines solchen zur Krisenintervention, als Teil eines Systems zur Wiedereingliederung, zumindest modernen Versorgung chronisch psychotischer Patienten verstanden werden. Dagegen scheinen die „Nur“-Tageskliniken im Auge habenden Institutionen eher auf eine weniger chronische, häufig von außen zur Behandlung und Krisenintervention aufgenommene Neurotiker- oder Borderline-Klientel abzielen.

Auch die Interpretation der in der Tabelle 15 festgehaltenen Ergebnisse bereitet Schwierigkeiten. Wodurch, so war die der Gegenüberstellung zugrundeliegende Frage, lassen sich Tageskliniken mit offizieller und finanziell abgesicherter Ambulanz charakterisieren? Zunächst setzt der hohe Anteil solcher Ambulanzen bei Tageskliniken in den Händen freigemeinnütziger Träger in Erstaunen. Während die diagnostische Zusammensetzung keine Unterscheidungs-

	Keine komplementären oder anderen teilstationären Einrichtungen N = 29	Verbunden mit komplementären oder anderen teilstationären Einrichtungen N = 19
<u>Jahr der Eröffnung</u> (% der Tageskliniken)		
Vor 1970 (9 = 100 %)	23 %	77 %
Nach 1970 (39 = 100 %)	69 %	31 %
<u>Diagnosen</u> (Median aus 14 Rangplätzen)		
Schizophrene Psychosen	1.8	1.0
Neurosen	1.5	3.3
Affektive Psychosen	2.8	2.4
Persönlichkeitsstörungen	3.8	3.1
Psychosomatische Erkrankungen	4.1	4.8
<u>Aufnahme aus</u> (Verteilung der 1. Rangplätze)		
Stationären oder sonst. institutionellen Bereichen	55 %	70 %
Direktaufnahmen von "außen"	45 %	30 %
<u>Selbstverständnis als</u> (Verteilung der 1. Rangplätze)		
Alternative Behandlung	73 %	68 %
Krisenintervention	17 %	0 %
Reha-Einrichtung	10 %	32 %
<u>Aufenthaltsdauer 1981</u>	N = 14	N = 12
Mittelwert	66.4 Tage	67.7 Tage
Median	57.0 Tage	57.1 Tage

Tabelle 14: Einfluß zugeordneter Einrichtungen

	Ohne Ambulanz N = 21	Mit Ambulanz (finanziell geregelte Einzelbehandlung) N = 28
<u>Träger</u>		
Öffentlich-rechtlich (27 = 100 %)	59 %	41 %
Universität (9 = 100 %)	11 %	89 %
Gemeinnützig (12 = 100 %)	33 %	67 %
(Privat) (1)		
<u>Diagnosen</u> (Median aus 14 Rangplätzen)		
Schizophrene Psychosen	1.5	1.2
Neurosen	2.0	2.2
Affektive Psychosen	2.4	2.8
Persönlichkeitsstörungen	3.6	3.3
Psychosomatische Erkrankungen	4.1	4.3
<u>Selbstverständnis als</u> (Verteilung der 1. Rangplätze)		
Alternative Behandlung	71 %	69 %
Krisenintervention	19 %	7 %
Reha-Einrichtung	10 %	24 %
<u>Aufenthaltsdauer 1981</u>	N = 12	N = 15
Mittelwert	60.7 Tage	72.6 Tage
Median	52.9 Tage	61.9 Tage

Tabelle 15: Einfluß finanziell geregelter Nachsorge

merkmale bietet, fallen die sehr deutlichen Abweichungen bei den Aufnahme-modalitäten und dem erfragten Selbstverständnis auf: Tageskliniken mit eigener Ambulanz verstehen sich neben ihrer alternativen Behandlungsfunktion als rehabilitative Einrichtungen, Tageskliniken ohne Ambulanz dagegen weit eher als Instrumente zur Bewältigung von Krisen — die vielleicht entweder abgefangen werden können und dann auch keine langfristige Nachsorge erfordern oder aber zur Verlegung in Gefährdungen besser sichernde stationäre Bereiche zwingen. Solche Interpretationen werden durch die Verhältnisse bei den Aufenthaltsdauern nahegelegt. Das Vorhandensein ambulanter Behandlungsmöglichkeiten in gleicher Hand geht hier ja nicht, wie man auch hätte erwarten können, mit eher kürzeren Aufenthaltsdauern einher.

Ergebnisse wie die in den Tabellen 14 und 15 dargestellten legen es nahe, eine Differenzierung von Tageskliniken direkt auf der subjektiven Ebene des Selbstverständnisses vorzunehmen und in bezug auf die nach Tabelle 9 eingeteilten Institutionen nach Unterschieden zu forschen, die natürlich ebenso bewußte Zielsetzungen wie sekundäre Anpassungen der Einschätzung an die Faktizität des eigenen Handelns widerspiegeln können.

In der Tat finden sich bei einer solchen Untersuchung die meisten und deutlichsten Unterschiede (Tabelle 16). Kriseninterventionstageskliniken haben offenbar ein wacheres Gefühl für die Gefährdung ihrer Patienten, sie nennen weit häufiger als Aufnahmeausschluß Suizidgefahr und eine für sie unbewältigbare heftige Ausprägung des Krankheitsbildes, während beide Nennungen über die sich als Alternative zur stationären Behandlung Verstehenden zu den Reha-Tageskliniken abfallen — in den Einrichtungen des letzten Typs dürften solche Patienten ja recht selten sein und die Notwendigkeit ihres evtl. „Ausschlusses“ schon deshalb weniger ins Bewußtsein treten. Sehr deutlich sind die Unterschiede in der diagnostischen Zuordnung. Während den Schizophrenen und affektiven Psychosen in der Klientel der Krisentagesklinik hinsichtlich ihrer Häufigkeit ein sehr niedriger Rang zugeordnet wurde, sind die Zuordnungen bei den anderen beiden Tageskliniktypen hoch, in den rehabilitativ orientierten Tageskliniken wurden z. B. die schizophrenen Patienten immer auf dem ersten Rang plazierte. Die Hauptklientel der Kriseninstitutionen sind Neurotiker und Psychosomatiker. Charakterneurosen, die früheren Psychopathen und KISKERS „Soziopathen“ also, nehmen in allen Einrichtungstypen einen relativ niederen Rang ein. Allein diese unterschiedlichen Klientel könnten bereits die Differenzierung der Herkunft der Patienten mit ihrem Ansteigen der Übernahme und dem reziproken Abfall der Direktaufnahmen von den Krisen- zu den Reha-Patienten (Übernahmen aus sonstigen Bereichen kommen überhaupt nur hier vor) erklären. Gleiches gilt — letzte Zeile von Tabelle 16 — für die Aufenthaltsdauern, die bei den chronisch psychotischen Rehabilitationspatienten am längsten sind. Dabei sind bei allen diesen Vergleichen die Unterschiede zwischen den Tageskliniken zur Krisenbewältigung zu den beiden anderen Selbstverständnistypen größer als innerhalb der letzteren. Dies ließe sich leicht dadurch erklären, daß ein Verständnis als Alternative zur stationären Behandlung oft sicher eher einer Absicht als der tatsächlichen Realität etwa des Patientenangebots entspricht. Wir werden in unserem anderen Beitrag auf diese Problematik ausführlicher eingehen können.

Besonders aufschlußreich und auch überraschend waren die Ergebnisse bei getrennter Zählung der für besonders wichtig gehaltenen therapeutischen Angebote, also die Vergleiche anhand der in Tabelle 16 aufgelisteten und schon dort in ihrer Akzentuierung überraschenden Variablen. Während verbale Gruppen praktisch immer unter den fünf wichtigsten Therapieformen genannt wurden, werden Einzelgespräche erstaunlicherweise gerade bei den „Krisen“ am wenigsten und bei den „Rehabilitationen“ am häufigsten genannt. Bei den Großgruppen ist es umgekehrt: Hier wird der „patientendemokratische“ Aspekt bei den weniger chronischen Krisenpatienten offenbar für weit wichti-

	Krisenintervention (N = 6)	Alternativbehandlung (N = 34)	Reha-Einrichtung (N = 8)
<u>Ausschlußindikationen</u> (Nennungen/mögl. Nennungen)			
Suicidgefährdete	66 %	32 %	25 %
Zu akutes, psychotisches Krankheitsbild, "zu krank"	50 %	35 %	12.5 %
<u>Diagnosen</u> (Median aus 14 Rangplätzen)			
Schizophrene Psychosen	4.00	1.26	1.00
Affektive Psychosen	4.00	2.50	2.30
Neurosen	1.20	2.25	2.67
Persönlichkeitsstörungen	3.00	3.33	3.83
Psychosomatische Erkrankungen	2.00	4.40	4.50
<u>Aufnahmen aus</u> (Verteilung der 1. Rangplätze)			
Vollstationärem Bereich	17 %	65 %	75 %
Direktaufnahmen von "außen"	83 %	35 %	12.5 %
Aus sonst. Bereichen	0 %	0 %	12.5 %
<u>Wichtige therapeutische Angebote</u> (Nennungen/mögl. Nennungen)			
Einzelgespräche	33 %	56 %	62.5 %
Verbale Gruppen	100 %	97 %	100 %
Großgruppen	67 %	18 %	0 %
Arbeitstherapie	17 %	27 %	75 %
Angehörigenarbeit	33 %	15 %	12.5 %
<u>Mitarbeiter</u> (Mittelwert)			
Akademische Mitarbeiter	2.25	1.96	1.94
Andere Mitarbeiter	4.17	4.92	4.56
<u>Aufenthaltsdauer 1981</u>			
	N = 5	N = 17	N = 5
Mittelwert	55.5 Tage	69.6 Tage	71.3 Tage
Median	39.2 Tage	57.6 Tage	61.5 Tage

Tabelle 16: Vergleich von Tageskliniken mit unterschiedlichem Selbstverständnis

ger gehalten als bei den chronischen „Defekt“-Patienten in Rehabilitationseinrichtungen; diese weniger aktiven Patienten scheinen sich für attraktive Versuche mit therapeutischen Gemeinschaftsmodellen weniger anzubieten. Einleuchtend ist die unterschiedliche Bewertung der Arbeitstherapie und der Angehörigenarbeit. Dabei weist die absolut gesehen gleichwohl geringe Wertung der therapeutischen Zuwendung zu Angehörigen in den wenigen Tageskliniken vom Kriseninterventionstyp auf ein mehr an klassischen tiefenpsychologischen Mustern — Konfliktbearbeitung nur mit dem Patienten selbst — als an familientherapeutischen Ansätzen orientiertes Vorgehen hin. Die hier mehr „psychotherapeutisch“ orientierte Arbeitsweise scheint sich auch in der Mitarbeiterverteilung widerzuspiegeln. Der Anteil der Akademiker — es handelt sich in erster Linie um Psychologen — ist in Kriseninterventionstageskliniken höher, während bei den anderen Typen manche Aufgaben eher den nicht akademisch ausgebildeten Berufsgruppen überlassen bleiben.

Fassen wir zusammen:

Die numerische Entwicklung von Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin zeigt in den letzten Jahren eine sehr schnelle Zunahme von neueröffneten Tageskliniken. Am 1.7. 1982 existierten mindestens 60 solcher Einrichtungen mit ca. 1200 Plätzen, davon 6 spezielle gerontopsychiatrische und 3 kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken.

Tageskliniken befinden sich überwiegend in öffentlich-rechtlicher Hand. Sie arbeiten fast ausschließlich nicht selbständig, sondern sind in aller Regel mit stationären Einrichtungen administrativ verbunden. Insbesondere die älteren, vor 1970 bereits in Betrieb befindlichen Institutionen verfügen neben der Tagesklinik größtenteils auch über andere teilstationäre bzw. komplementäre Einrichtungen. Die Finanzierung erfolgt ganz überwiegend durch spezielle Pflegesätze. Deren sehr stark schwankende Höhe erweckt den Eindruck weitgehender Beliebigkeit ihrer Festsetzung.

Typische Tageskliniken haben 20 Plätze, für welche ca. 250 qm Wohnfläche zur Verfügung stehen. Die Öffnungszeiten betragen 40 Wochenstunden.

Tageskliniken sind schon formell unterbelegt. Zusätzliche erhebliche Fehlzeiten in der Anwesenheit der Patienten führen dazu, daß die tatsächliche durchschnittliche Auslastung nur bei etwa zwei Drittel der durchschnittlichen Platzzahl liegt. Die Tagesklinik hat durchschnittlich etwa 100 Aufnahmen im Jahr, die Aufenthaltsdauer liegt typischerweise bei etwa 2 Monaten. Bei Tageskliniken, die sich als Instrumente zur Bewältigung von Krisen verstehen, liegt sie deutlich tiefer, bei ausgesprochen rehabilitativ orientierten Tageskliniken eher etwas höher.

Bezüglich des Selbstverständnisses und der Zieldeklarationen der befragten Tageskliniken steht ihre Auffassung als Einrichtung „anstelle oder zur Abkürzung einer stationären Aufnahme“ weit im Vordergrund. Ein Selbstverständnis im Sinne eines „Instrumentes zur Krisenintervention“ oder, am anderen Pol einer denkbaren Skala von neurotischen und aktuellen zu chronischen psychotischen Störungen, als „Rehabilitationseinrichtung für chronisch Kranke“ folgen bei globaler Betrachtung auf einer etwa gleichen Rangstufe. Die Angabe „Krisenintervention“ als Behandlungsziel rückt bei Tageskliniken ohne Verbundsystem mit weiterführenden Diensten oder ohne finanziell abgesicherte Ambulanz allerdings vor die Auffassung als Rehabilitationseinrichtung, die bei Verbundsystemen mit eigener Ambulanz sehr deutlich überwiegt. Die Auffassung der Tagesklinik als eine Art „Tagesstätte“ für chronisch Kranke tritt gegenüber den genannten anderen Angaben zum Selbstverständnis weit zurück.

Tageskliniken arbeiten vor allem mit stationären Bereichen zusammen, in ähnlicher Intensität aber auch mit niedergelassenen Nervenärzten und sonstigen ambulanten Einrichtungen. Gleichwohl finden sich bei den Angaben bezüglich der Rekrutierung der Klientel die Übernahmen aus dem stationären Bereich an erster Stelle und überwiegen deutlich die Direktaufnahmen, welche allerdings noch immer sehr viel höher liegen als Zugänge aus anderen institutionellen

Bereichen. Ein Vergleich von rehabilitativ orientierten Tageskliniken über solche, die eine zur stationären Versorgung alternative Behandlung anstreben, zu den sich als Kriseninterventionseinrichtung verstehenden Tageskliniken zeigt eine zunehmende Steigerung der Angaben über Direktaufnahmen. Diese sind auch bei solchen Tageskliniken höher, die ohne Verbund mit anderen teilstationären und komplementären Diensten arbeiten. Bei diesen Verbundsystemen sind dagegen die Anteile von Übernahmen aus stationärer Behandlung besonders hoch.

Mehr als die Hälfte der Tageskliniken versorgen auch „Gastpatienten“, also Patienten, die in anderen Institutionen untergebracht sind. Nicht selten ist dies nicht nur vorübergehend, etwa zur Einleitung einer Übernahme aus dem stationären Bereich der Fall (z. B. Behandlung in der Tagesklinik während des Tages bei gleichzeitiger vollstationärer Hospitalisierung), sondern stellt für den betreffenden Aufenthalt einen echten Doppelstatus dar (Besuch von Tageskliniken durch Heimpatienten etc.).

Jeweils etwa ein Achtel der Tageskliniken mit Erwachsenen Klientel nehmen auch Jugendliche bzw. alte Menschen mit psychischen Störungen auf. Die klassischen Ausschlußindikationen des zu langen Anfahrtsweges und eines fehlenden tragfähigen sozialen Hintergrundes spielen bei der Indikationsstellung nach wie vor eine wesentliche Rolle. Durchgehende Ausschlußdiagnosen sind alle Formen von Suchtkrankheiten, relative Einschränkungen werden in bezug auf Suizidgefährdung und geistige Behinderung gemacht, in etwas reduzierterem Ausmaß auch im Hinblick auf akute und stürmische Krankheitsbilder. Solche Bilder werden, neben der Suizidgefährdung, vor allem von Kriseninterventionstageskliniken, weniger ausgesprochen auch von sich als Behandlungsalternativen verstehenden Einrichtungen als eine tagesklinische Behandlung ausschließend genannt. Bei sich als Rehabilitationseinrichtung verstehenden Tageskliniken spielen sie verständlicherweise keine wesentliche Rolle.

Bezüglich der diagnostischen Verteilung stehen bei einer globalen Betrachtung die schizophrenen Psychosen an erster Stelle, mit deutlichem Abstand gefolgt von Neurosen, affektiven Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen. Differenziertere Analysen zeigen, daß das Überwiegen der schizophrenen Patienten bei rehabilitativen und mit anderen teilstationären und komplementären Einrichtungen verbundenen Tageskliniken absolut durchgehend ist, während solche Patienten bei Kriseninterventionen dienenden Einrichtungen — zusammen mit den affektiven Psychosen — einen tieferen Rangplatz einnehmen. Bei diesen Institutionen rücken neurotische und psychosomatische Störungen in den Vordergrund. Bezüglich der Neurosen gilt dies auch für Tageskliniken, die ohne Verbundsystem mit weiterführenden Diensten arbeiten. Affektive Psychosen sind in Tageskliniken — auch in solchen mit der Intention der Alternative zur stationären Behandlung — gegenüber Anteilen in klinischen Prävalenzstudien unterrepräsentiert. Persönlichkeitsstörungen spielen in allen Tageskliniken nur eine ganz untergeordnete Rolle.

Bei den therapeutischen Angeboten im tagesklinischen Wochenprogramm, das so gut wie immer als für die Patienten verbindlich konzipiert war, gelten —' gefolgt von der Beschäftigungstherapie - bei allen Tageskliniken an erster Stelle die verbalen Gruppen als wichtigstes therapeutisches Angebot. Auch averbale Gruppen werden von mehr als der Hälfte der Tageskliniken als besonders wichtig angesehen. Gruppentherapeutische Veranstaltungen nehmen auch zeitlich einen sehr ausgedehnten Platz ein. Offensichtlich wird jedoch in den verschiedenen Arten von Tageskliniken bestimmten Angeboten nicht die gleiche Bedeutung zugemessen. So werden Einzelgespräche bei sich als alternative Behandlungsinstrumente verstehenden und, noch deutlicher, bei rehabilitativ orientierten Tageskliniken häufiger als wichtig bezeichnet als bei Kriseninterventionstypen. Das genau umgekehrte Verhältnis findet sich in den Angaben für Großgruppen, während verbale Kleingruppen nicht unterschiedlich bewertet wurden. Die Arbeitstherapie wird in nennenswertem Umfang nur von Reha-Tageskliniken, Angehörigenarbeit nur von Kriseninterventionstypen als besonders wichtig angesehen.

Zahl und Zusammensetzung der Mitarbeiter von Tageskliniken sind sehr verschieden, die Abweichungen sind hier besonders groß. Als einzige konstante und immer vorhandene Berufsgruppe sind in allen Tageskliniken Ärzte tätig. Auffallend ist die große Zahl von Teilzeitkräften bzw. von Mitarbeitern, die in einer größeren Institution tätig sind und in der zu dieser gehörenden Tagesklinik mitarbeiten. Bei Psychologen überwiegen solche Teilzeitkräfte. Die höchsten, für Voll- und Teilzeit addierten Durchschnittswerte erreichten in der Umfrage die Zahlen für die Mitarbeiter aus dem Pflegebereich. Der Abstand zu anderen Berufsgruppen — als nächste Gruppe folgen die Beschäftigungstherapeuten — ist aber viel geringer als in stationären Bereichen. Das Verhältnis akademischer zu anderen Mitarbeitern beträgt im Schnitt etwa 2 : 5 (6) und schwankt je nach dem Typ der Einrichtung: Bei Tageskliniken als Kriseninterventionsinstrumente ist der Anteil der Akademiker höher, bei Reha-Tageskliniken steigt der Anteil der nichtakademischen Mitarbeiter an. Tageskliniken mit dem Ziel einer zur stationären Versorgung alternativen Behandlungsmöglichkeit liegen zwischen diesen Verteilungen.

Eine ambulante Nachsorge betreiben ca. 80 % der Tageskliniken. Drei Viertel solcher ambulanten Bemühungen — bei gemeinnützigen Trägern übrigens überraschenderweise praktisch alle — sind auch finanziell abgesichert. Dabei kommt dem Institutsvertrag noch immer eine relativ bescheidene Bedeutung zu.

Es ist bei der Durchsicht der Tabellen deutlich geworden, daß sich hinter einigen zahlenmäßigen Befunden Probleme verbergen. So ist daran zu erinnern, daß eine alternative Versorgung in Höhe von 1 % der Bettenzahlen verbindliche Aussagen darüber, was Tageskliniken versorgungsmäßig leisten könnten, nur ganz bedingt zuläßt. Angesichts der hohen Anbindung an stationäre Strukturen wird z. B. die von mancher Seite vorgetragene These, Tageskliniken zögen nur eine neue Klientel herbei und entlasteten nicht, durch unsere Umfrage nicht untermauert. Diese weist eher in Richtung einer Etablierung von

Tageskliniken als akzidentelle Adnexe, wenn nicht gar als Alibi stationärer Einrichtungen. Dabei mag die offenbar nicht seltene Doppelbehandlung -Besuch in Tageskliniken bei gleichzeitiger Unterbringung im stationären oder komplementären Bereich - auch positiv bewertet werden. Z. B. wenn ein Gaststatus der besseren Anbindung und der sichereren Überführung in die teilstationäre Institution dient oder wenn eine tagesklinische Behandlung für kritische Zuspitzungen bei Heimpatienten als durchaus sinnvoll angesehen wird. Auch die Ambulanzfrage scheint nach der Umfrage sich eher von der Form her — Mangel an Institutsverträgen — als von der Ermöglichung ambulanter Behandlung überhaupt als gravierendes Problem zu erweisen.

Dagegen sollen drei Befunde, die sicher zusammenhängen, nicht verniedlicht werden:

1. Tageskliniken sind — auch wenn sie sich als Alternative zur stationären Behandlung verstehen — überwiegend auf Übernahmen stationärer Patienten angewiesen. Die Zahl der Direktaufnahmen liegt weit unter dem nach Zielsetzung und Möglichkeiten zu Erwartenden.

2. Die von den Vorinstitutionen vorselektierte Klientel entspricht in ihrer Verteilung nicht den Bedürfnissen einer gemeindenahen Vollversorgung, welche die tagesklinischen Möglichkeiten voll nutzen will.

3. Tageskliniken sind nicht voll belegt. Die Auslastung ihrer Plätze ist auffallend schlecht.

Insbesondere aus der letzten Feststellung wird oft gefolgert, es gebe gar keinen ausreichenden Bedarf für Tageskliniken. Nichts ist wohl so falsch wie dieses nicht selten mit unverkennbar antireformerischer Tendenz vorgetragene Argument. Unter Rückgriff auf eigene Erfahrungen und seit Jahrzehnten geführte Gespräche sei der Versuch anderer Erklärungen angeboten, die thesenartig zusammengefaßt werden sollen:

Tagesklinikplätze und stationäre Betten bilden ein interdependentes System. Wenn zu viele Betten da sind — und eben dies ist bei uns der Fall —, können Tageskliniken sich nicht füllen. Betten sind, schon wegen des Auslastungsdrucks der Administrationen, auch gefüllt, wenn die in ihnen liegenden Patienten nicht in sie gehören. Bettenabbau aber — hier deckt sich die Sicht von Chefarzten und Verwaltung — bedeutet Prestige- und Machtverlust. Gegen die hieraus entstehenden Widerstände rennen Tagesklinikbestrebungen vergebens an.

Der Zufluß aus stationären Bereichen kann aus ganz banalen Gründen stoppen. Die Überweisung eines Patienten in eine Tagesklinik bedeutet für die stationäre Institution eine Entlassung und, wiederum wegen des Auslastungsdrucks, eine Neuaufnahme. Beides macht Arbeit. Außerdem geben engagierte Therapeuten ihre Patienten besonders ungern dann ab, wenn nach dem Abklingen ganz akuter Zustände erste Erfolge sichtbar werden — und das wäre ja der frühestmögliche und auch der richtige Zeitpunkt für die tagesklinische Aufnahme.

Die einseitige Akzentuierung des Angebotes auf chronisch psychotische Patienten des schizophrenen Formenkreises spiegelt Unwissenheit und Miß-

verständnisse wider. Es ist eine offenbar unausrottbare Meinung von Klinikern Tageskliniken seien Spezialinstrumente zur Rehabilitation. Sie seien von ihren Möglichkeiten lediglich geeignet zur Behebung von Minus-Symptomatik, während der Abbau positiver Symptome in einer vorher abzuschließenden sog. klinischen Behandlungsphase erfolgen müsse. Tagesklinikbehandlung wird aus solcher Sicht zur Anschlußbehandlung im Sinne einer nur für bestimmte Patienten sinnvollen Alternative zur „Entlassung nach Hause“. Auch hieraus resultiert eine mangelnde Zuweisung, da potentielle Tagesklinikpatienten gar nicht oder viel zu spät überwiesen werden.

Die geringen Anteile von Direktaufnahmen „von außen“ haben analoge Gründe: Auch die niedergelassenen Ärzte kennen die alternativen Behandlungsmöglichkeiten der Tagesklinik nicht, auch sie sehen in ihr ausschließlich ein Rehabilitationsinstrument. Daher überweisen sie bei nicht mehr ambulant bewältigbaren Schwierigkeiten auch dann in die „Klinik“, wenn eine Tagesklinik zur Hand ist.

Die mangelnde Nutzung von Tageskliniken und der oft unübersehbare Widerstand gegen sie, der nicht selten eine emotionale Färbung hat, mag auch mit der speziellen Arbeitsweise von Tageskliniken zu tun haben. Tageskliniken sind absolut offene Einrichtungen. Sie können weder direkt noch indirekt Zwang ausüben und sind auf das angewiesen, was man heute modisch als Compliance zu bezeichnen pflegt: auf die Mitarbeit der Patienten vor allem, welche geworben, überzeugt und gehalten werden müssen. Dies ist nicht möglich in einem starr hierarchisch gehandhabten System, in dem der Patient gleichsam auf der untersten Stufe der Befehls- und Rückmeldungsskala als passiver Adressat therapeutischer Applikationen steht. Es ist daher kein Zufall, daß die meist mit der griffigen, aber auch mißverständlichen Bezeichnung als „therapeutische Gemeinschaft“ beschriebenen Beziehungen der Mitarbeiter untereinander und zu ihren Patienten gerade in Tageskliniken eine weite Verbreitung gefunden haben. Auch in unserer Umfrage tauchte dieser Begriff und die Unterstreichung des „Teams“ immer wieder auf. Ein solches Behandlungssystem aber fordert von allen Mitarbeitern ein für viele ungewohntes Eingehen auf die Patienten und Sorgfalt in der Abtastung der Grenzen verantwortbaren Machtgebrauches. Besonders von den Leitern der Institution verlangt es eine Zurücknahme, zumindest einen vorsichtigen Gebrauch ihrer Befugnisse. Dies ist aber, im allgemeinen zumindest, die Sache psychiatrischer Universitätsprofessoren so wenig wie diejenige leitender Medizinaldirektoren. Argumentative und praktische Ablehnung von tagesklinischen Möglichkeiten könnten daher auch Ausdruck einer Abwehr gegen eine ideologisch verstandene, in Wirklichkeit aber an den Bedürfnissen der Patienten und den Erfordernissen einer offenen Behandlung orientierten emanzipatorischen Psychiatrie sein. Denn für die Entwicklung einer solchen Psychiatrie stellen Tageskliniken ein hervorragendes Instrument deshalb dar, weil sie sowohl durch ihren Stil wie durch ihre Stellung im polaren Feld zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zur Öffnung der Psychiatrie Wesentliches beitragen können.

Diskussion im Anschluß an den Vortrag von Herrn Bosch

Moderation: W. Ricard

(gekürzte Fassung)

Ricard: Sie sprechen davon, daß manche Patienten, die Gastpatienten, einen Doppelstatus hätten. Also stationär voll geführt werden und gleichzeitig in der Tagesklinik geführt werden. Ist auch die Finanzierung doppelt?

Bosch: Nein, sie werden nicht doppelt finanziert. Die Finanzierung liegt im allgemeinen bei diesem Typ von Gastpatienten im stationären Bereich. Das ist ohne große Folgen, wenn der teilstationäre Bereich und der stationäre Bereich in gleicher Trägerschaft liegen. Typisches Beispiel: Tagesklinik der Nervenklinik Spandau in Berlin, Großklinik, die mehrere Stadtdistrikte versorgt und für einen dieser Distrikte, Spandau, im eigenen Areal eine Tagesklinik hat. Die ist teilweise gefüllt mit Patienten, die von den betreffenden Stationen morgens kommen, das tagesklinische Programm mitmachen, abends auf die Station zurückgehen. Der Grund ist unter anderem der, daß die Tageskliniken therapeutisch wesentlich aktiver sind als die Stationen; das ist etwas, was sich ganz generell feststellen läßt.

Viel schwieriger wird es, wenn der Gastaufenthalt in einer von der Trägerschaft verschiedenen Tagesklinik stattfindet. Auch da wieder ein Beispiel aus Berlin, unsere eigene Institution: Die stationären Patienten in der eben genannten Klinik, aus den dortigen Stationen für unseren Sektor, Stadtteil Charlottenburg. Wir übernehmen sie in die Tagesklinik zunächst als Gäste. Sie kommen also morgens von der Klinik einige Tage zu uns, gehen abends zurück, und für unsere Einrichtung wird nicht bezahlt. Das ist für die Argumentation gegenüber unserer Verwaltung nicht unschwierig. Wir haben versucht, mit den Krankenkassen so etwas wie eine Halbe-Halbe-Finanzierung zu erreichen. Das aber ist im ersten Anlauf gescheitert.

Urbahn: Ich habe eine Frage zu Ihrer Aufschlüsselung im Selbstverständnis: Krisenintervention, alternative Behandlung und Rehabilitation. Ich denke an unseren eigenen Anspruch, da sind nämlich alle drei Elemente, wie ich hoffe oder versuche, gleichberechtigt nebeneinander vertreten. Wie kann man das dann so aufschlüsseln? Ich kann mir vorstellen, daß das einigen anderen Tagesklinikinstitutionen ähnlich geht.

Bosch: Das ist mathematisch kein Problem. Diese Institutionen haben bei der Rangordnung den gleichen Rangplatz an zwei oder drei Antworten vergeben. Das ist dann gemittelt worden. Wenn z.B. jemand „Krisenintervention“ und „Alternativeinrichtung“ den gleichen Rangplatz gab und diese Rangplätze vor der dritten und vierten Möglichkeit stehen, dann resultiert ein Schnitt von 1,5; und mit dieser Berechnungsziffer ist die Angabe in die Gesamtuntersuchung eingegangen.

Urbahn: Dieses Selbstverständnis ist ja die eine Sache und die Möglichkeit der Verwirklichung eine andere. Sie haben das selber in Ihren Abschlußthesen angesprochen. Das hängt ja wesentlich auch von der Kooperation oder vom Verständnis der zuarbeitenden Institutionen einerseits und dem ambulanten und stationären Bereich andererseits ab. Ist das irgendwie mit berücksichtigt oder können Sie das nur nach den tatsächlichen Fallzahlen aufschlüsseln? Ich denke zum Beispiel daran, daß selbst in unserer Klinik so eine Art Konkurrenzsituation zu einigen stationären Bereichen entsteht. Wir könnten sehr viel mehr Patienten in der Tagesklinik behandeln und könnten dafür ein oder zwei Stationen zumachen.

Bosch: Das ist ein typischer Bericht, den man von 90% aller Tageskliniken hören kann. Ich würde noch schärfer formulieren: Die Tageskliniken sind fast auf Gedeih und Verderb auf die Vorstellungen über Tageskliniken bei denen angewiesen, die die Patienten schicken; und diese Vorstellungen sind falsch. In der Umfrage spiegelt sich dies nur bedingt wider, weil die einzelnen Institutionen eben ihre de-facto-Verteilung angegeben haben. Rückkonstruieren ließ sich die Diskrepanz nur bei dem Vergleich zwischen Angaben über das Selbstverständnis und der tatsächlichen Klientel. Dieses Selbstverständnis lautet: Wir wollen sektoriert alternativ versorgen. Aber die Verteilung ist dann völlig einseitig auf die chronisch Schizophrenen akzentuiert. Da stimmt dann etwas nicht, dann entspricht die Faktizität nicht dem Selbstverständnis und ich denke, das ist nicht Schuld der Tageskliniken.

Spohr: Die Fragen, die Sie gestellt haben, warum mehr Patienten aus den Kliniken zur Anschlußbehandlung in die Tagesklinik kommen als aus dem ambulanten Sektor ist für das Land NRW ganz leicht zu beantworten. Seit dem Haushaltsstrukturgesetz mit seiner Formulierung teilt die Krankenkasse im Land NRW den Tageskliniken schriftlich mit, daß eine Aufnahme aus der Ambulanz nicht zulässig sei.

Bosch: Das ist richtig. Wir wissen aber auch, daß die Handhabung von Gesetzen, Verordnungen nicht unbedingt strikt kontingent ist mit der Verordnung selbst. Unsere Ergebnisse sind außerdem insbesondere aus Tageskliniken berechnet, die schon viel länger bestehen, also ehe die entsprechende Formulierung in die RVO eingegangen ist.

Emunds: Ich möchte noch ein Problem darstellen zu den Gastpatienten. Bei uns ist es so, daß Gastpatienten eben auch von der Station finanziert werden, also als vollstationäre Patienten, und dadurch bei uns in der Belegungsstatistik natürlich nicht auftauchen. Dadurch kommt es, daß die Auslastungsquote so gering ist - jedenfalls ist dies ein wichtiger Faktor. Das hat ganz konkrete Folgen in der personellen Besetzung. Die personelle Besetzung wird ja bei uns an der Auslastung gemessen, und es wird von der Krankenhausleitung immer gesagt: „Ja, wenn ihr die Belegung nicht voll habt, dann könnt ihr auch nicht entsprechend viel Personal bekommen.“ Ich sage das deshalb, weil ich mir vorstellen kann, daß es anderen Tageskliniken ähnlich geht, die einer Groß-Institution angegliedert sind.

Bosch: Zunächst eine Erläuterung zur Auslastung: Diese Tendenz zur geringen Auslastung kann sich so deshalb nicht ergeben haben, weil wir neben der nominellen Belegung ausdrücklich auch die de-facto-Belegung erfragt haben, die im Mittel noch einmal tiefer liegt. Es gibt aber durchaus Tageskliniken, die bei der de-facto-Belegung eine deutlich höhere Belegung angegeben haben als bei der administrativen Belegung, sogar teilweise Überbelegung, und das sind genau die Tageskliniken mit zu vielen Gästen. In die Statistik, die ich Ihnen zeigte, ist das also korrekt eingegangen. Sie haben hier Mittelwerte aus Zahlen gesehen der wirklichen Belegung und der wirklichen Anwesenheit. Daran führt kein Weg vorbei: Tageskliniken sind nur zu $\frac{2}{3}$ voll. Jeder, der herumreist, weiß das. Wenn man zu Tageskliniken kommt, wird einem erzählt, sie haben zwanzig Plätze. Wenn man weiter fragt, dann wird berichtet, daß im Augenblick zwölf bis fünfzehn Patienten da sind, und sehen tut man acht bis zwölf. Das ist seit Jahren so und immer gleich gewesen. Ich glaube, man muß einfach akzeptieren, daß das so ist, und muß schauen, wo die Gründe liegen. Was Sie schildern, ist nun wiederum ganz typisch für nicht selbständige Tageskliniken, die sich eben nicht anerkannt fühlen. Das ist eine allgemeine und ich denke auch begründete Klage.

Dziawas: Mir haben die Ausführungen von Herrn Bosch besonders zur Begründung der unzureichenden Ausnutzung der Tageskliniken sehr gut gefallen. Organisatorisch ist es ja einfach zu lösen. Ich denke da an die Klinik von Bennett im Camberwell District in London, die heute so organisiert ist, daß Akutaufnahmen aus dem Camberwell District in die Tagesklinik kommen. Diese Tagesklinik hat insgesamt 60 Behandlungsplätze, und zwanzig von den Patienten, die dort sind, können stationär von den gleichen Teams auch nachts betreut werden. Es sind drei Teams, die sich um diese 60 Patienten kümmern. Ich glaube, daß das Organisatorische ganz glatt und einfach zu lösen ist, wenn man sich dazu entschließt, diesen Schritt zu tun.

Ein anderer Punkt, 'der meines Erachtens sehr wichtig ist und sich auch sehr stark auswirkt, ist die Personalbemessung. Die Personalausstattung in psychiatrischen Institutionen ist besonders im stationären Bereich weitgehend an belegten Betten orientiert, und wenn das Bett nicht belegt ist, besteht natürlich eine Konkurrenz zur Tagesklinik. Für das Bett bekommt man mehr Geld. Lösen könnte man das eigentlich nur dadurch, daß Stationen auch das Recht bekommen, Patienten tagesklinisch zu behandeln. Und dieses Experiment, meine ich, sollte man für einige Jahre versuchen.

Bosch: Sie sprechen den Tagespatientenmodus an. Ich denke, daß er vielleicht der modernere und für viele Patienten, jedenfalls für die Patienten im Übergang in die Tagesklinik, der bessere Modus äst. Ich glaube, daß Tageskliniken als solche trotzdem Berechtigung haben für Direktaufnahmen. Man muß beides machen. Aber Sie wissen wie ich, daß die Einführung dieser Modalität fast noch schwieriger ist als die Etablierung in sich geschlossener Tageskliniken. Das Problem, daß Betten voll belegt mehr Geld einbringen als Tagesplatzbehandlungen von Patienten auf Stationen, bleibt ja leider bestehen.

Wolpert: Ein Ergebnis, das mich verblüfft hat, das ich nicht so erwartet habe, war, daß, wie Sie ausführten, so viele Tageskliniken geregelte Ambulanzen haben. Sie sagten, nur ein kleiner Teil der Ambulanzen werde als graue Ambulanz geführt. Die Institutsambulanzen seien auch in der Minderzahl. Es muß also eine größere Zahl geregelter Ambulanzen geben, bei denen ich nicht recht verstanden habe, in welcher Weise sie geregelt sind. Und dazu würde mich auch interessieren, ob Sie Ergebnisse mitgeteilt bekommen haben, inwieweit diese Ambulanzen auch gezielt genutzt werden, um den halbstationären Aufenthalt in der Tagesklinik abzukürzen. So wie die Tagesklinik dazu dient, den vollstationären Aufenthalt abzukürzen, oder auch als Rückfallprophylaxe. Ich denke an die Ambulanz in der Tagesklinik in Heidelberg, die ich noch gut kennengelernt habe. Die diene im wesentlichen dazu, Rückfallprophylaxe zu betreiben und Patienten ein ambulantes Angebot zu gewährleisten, die sonst zu niemandem gingen, speziell chronisch schizophrene Patienten.

Bosch: Ich kann es Ihnen vortragen. Von 49 Erwachsenen-Tageskliniken haben 39 angegeben, daß sie ambulante Nachsorge betreiben können. Davon finanzieren sich 8 über die „graue“ Ambulanz, 3 über Ermächtigungsambulanz, 6 über eine Institutsambulanz, 4 als Poliklinik, das heißt als Universitätseinrichtungen, 1 durch Psychotherapie über Kassen, und 15 gaben nur Kassen an ohne nähere Detaillierung; bei zweien war Fehlanzeige. Das ist das überraschende Ergebnis dieser Untersuchung. Wir haben auch erwartet, daß Tageskliniken mit Ambulanzen kürzere Aufenthaltszeiten haben, und genau dies war nicht der Fall. Ich habe dafür keine stringente Erklärung.

Pörksen: Ich habe eine Frage zu den Tagespatienten. Wir in unserer Klinik haben bei 104 Betten jeweils 10 Patienten auf unseren vier Stationen, die Tagespatientenstatus haben, auch mit der Krankenkasse abgesichert. Gibt es irgendwelche Anhaltspunkte dafür, wie das in anderen Regionen aussieht, oder war das nicht Bestandteil dieser Umfrage.

Steinhart: In einzelnen Fragebögen haben wir gefunden, daß das genannt worden ist. Es waren aber nur zwei bis drei. Die haben wir dann aus der Untersuchung herausgelassen, weil das nicht in den Kontext dieser allgemeinen Tageskliniken reinpaßt.

Finzen: Es könnte natürlich sein, daß Sie, wenn Sie das nicht im Fragebogen dringehabt haben, genau da Tagesplätze nicht erfaßt haben, wo keine Tageskliniken sind. Es könnte also sein, daß es eine ganze Zahl von nicht erfaßten grauen Tagesklinikplätzen gibt. Ich habe überhaupt zum Fragebogen noch eine Frage. Da sind eine ganze Menge Fragen zum Selbstverständnis drin, und ich habe mich immer wieder gefragt, ob irgendwelche Anhaltspunkte dafür da sind, wie das Selbstverständnis der Tageskliniken sich mit den wirklichen Verhältnissen deckt. Insbesondere würde mich das interessieren im Hinblick auf das Selbstverständnis als alternative Behandlungseinrichtung im Gegensatz zur Rehabilitationseinrichtung. Die meisten Tageskliniken, die ich kenne, haben ihren Schwerpunkt in der Rehabilitation. Deswegen wundert mich das. Habt Ihr irgendwelche Hinweise gefunden?

Bosch: Wir können ja nur wiedergeben, was die einzelnen geantwortet haben. Sie sind gefragt worden: „Ist nach Ihrer Meinung Ihre Tagesklinik in erster Linie eine Tagesklinik für“ — und dann kamen die ausführlichen Nennungen der vier Alternativen, und die vier Rangplätze sollten eingetragen werden. Und aus der Verrechnung ergibt sich diese sehr hohe Gewichtung für die Alternativangabe.

Steinhart: Vielleicht kann ich noch ergänzen: Die Rena-Einrichtung steht meistens auf Platz zwei in den Angaben. Und vielleicht täuscht das Bild, wenn man in diese Einrichtung kommt — daß man nämlich diese Rena-Einrichtung verstärkt wahrnimmt, aber das Selbstverständnis der Leute eher sagt ‚Station‘. Vielleicht besteht ein Unterschied zwischen dem Selbstverständnis und dem Eindruck dessen, der von außen hineinschaut.

Uchtenhagen: Mich würde es gerade angesichts der geschilderten Schwierigkeiten sehr interessieren, ob Sie aufgrund Ihrer Umfrage etwas darüber sagen können: Wie sich das Selbstverständnis der Tageskliniken gewandelt hat, veränderten Situationen allenfalls angepaßt hat, und wieviele Tageskliniken an diesen Schwierigkeiten eingegangen sind?

Bosch: Das können wir nicht. Wir könnten zwar, das haben wir aber nicht gemacht, eine Differenzierung des Selbstverständnisses nach Gründungsjahr machen. Aber wir haben keine Angaben über Wandlung des Selbstverständnisses innerhalb der einzelnen Institutionen. Es gibt sicher Diskrepanzen, die auch mir aufgefallen sind. Zum Beispiel, Herr Veltin, Ihre Tagesklinik hat auf dem Fragebogen angegeben: Alternative zur vollstationären Behandlung. Gleichzeitig haben Sie mir eine Arbeit geschickt, aus der man sehr schön sieht, daß die Tagesklinik eine Doppelklientel versorgt, die einerseits Kriseninterventionsklientel ist und andererseits typische Rena-Klientel. Das ist im Fragebogen dann vielleicht nicht ganz richtig gemittelt worden. Das gibt es sicher, daß die Angaben nicht mit der Realität übereinstimmen. Es gibt sicher auch Wandlungen im Selbstverständnis oder Zwänge, die von außen einfach zu einer Änderung des de-facto-Umganges geführt haben. Ich kann das auch aus eigener Sicht aus Berlin berichten. Wir haben wirklich den Versuch mit pointierten Mitteln gemacht, ein ausgewogenes, sektorbezogenes Angebot teilstationärer Behandlung anzubieten. Wir begegnen aber immer wieder der Vorstellung, wir seien ein Spezialinstrument für die Rehabilitation für chronisch Schizophrene. Es ist nichts zu machen. Vorträge nützen nichts, Schreiben nützen nichts, Hinweise auf Literatur nützen nichts. Es ist wirklich äußerst schwierig-

Bauer: Als einer, der den Fragebogen ausgefüllt hat, habe ich noch eine kurze Bemerkung zu dem, was von Herrn Finzen als Diskrepanz von artikuliertem Selbstverständnis und den realen Verhältnissen apostrophiert worden ist, zur Frage also „alternative Behandlungseinrichtung“ oder „Rehabilitationseinrichtung“. Die Erhellung dieses Problems scheint mir sehr einfach: Man redet von „Alternative“, macht aber weitgehend Rehabilitation. Das darf man natürlich nicht sagen, weil die Krankenkassen dies sonst nicht finanzieren, andere

Kostenträger aber, die „alternativ“ einspringen könnten, zwar vorhanden aber nicht finanzierungswillig sind. Das ist ein Punkt, der mich, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, damals bewegen hat, „alternative Behandlungseinrichtung“ anzukreuzen, nicht aber Rehabilitation. De facto ist das natürlich anders.

Ricard: Schönen Dank, Herr Bauer, für dieses ehrliche Bekenntnis, das von vielen, so scheint es mir, geteilt wird. Die sagen es bloß nicht immer.

Steinhart: In den Zahlen, die wir gezeigt haben, ist es aber doch so, daß sich zum Beispiel die Diagnosegruppen unterscheiden. Offensichtlich haben Sie entweder den Fragebogen dann konsistent gemacht, als Sie das angekreuzt haben, oder es ist vom Erleben tatsächlich ein Unterschied. Daß Sie zwar sagen, wir haben viele Rena-Patienten, aber daß die überwiegende Anzahl doch die andere Gruppe ausmacht.

Bauer: Ich kann mich nicht mehr daran erinnern, ob ich den Fragebogen konsistent gemacht habe. Aber natürlich ist für den einen schon „Rehabilitation“, was für den anderen noch „Behandlung“ ist, für den einen noch „Krankheit“, was für den anderen schon „Behinderung“ ausmacht. Aus diesem statischen Denken in versicherungsrechtlichen Kategorien, die mit der Wirklichkeit eines konkreten Menschen oft wenig gemein haben, resultiert ja gerade das Dilemma in der Psychiatrie, kostenträrgemäß gesehen.

Noch eine Bemerkung zur Frage der Belegung. Die von Herrn Bosch gegebene Erklärung ist sicher richtig, daß eine volle Belegung der Tagesklinik dann nicht erreicht werden kann, wenn eine bettenmäßige Überkapazität vorhanden ist. Ich kann dies aus eigener Erfahrung nur bestätigen. Die Offenbacher Klinik verfügt über relativ wenig Betten, steht daher unter großem Aufnahmedruck. Das führt dazu, daß die Tagesklinik zu durchschnittlich 100% belegt ist und Wartelisten bestehen. — In der Medizinischen Hochschule Hannover, meinem früheren Arbeitsfeld, war dies anders. Dort bestand, bezogen auf den Versorgungssektor, eine relative Bettenüberkapazität, was mit zur chronischen Unterbelegung der Tagesklinik beigetragen hat.

Streitgespräch zwischen R. Degkwitz und A. Finzen Kann die Tagesklinik ein wesentlicher Bestandteil psychiatrischer Versorgung sein?

Moderation: W. Göpfert

(gekürzte Fassung)

Göpfert: Das Streitgespräch ist ein neuer Versuch, eine solche Tagung aufzulockern. Wir haben alle noch keine Erfahrung damit. Aber wir wollen sehen, wie wir das schaffen.

Als Streithähne sind ausgewählt worden Herr Finzen und Herr Degkwitz, wir haben uns eben in der Cafeteria kennengelernt. Herr Finzen vertritt hier die Pro-Seite und Herr Degkwitz die Contra-Seite.

Im Laufe der Zeit, so wurde mir gesagt, haben sich die Standpunkte angenähert, und sie sind heute nicht mehr so weit voneinander entfernt, so daß wir überlegt haben, ob wir nicht die Rollen einfach tauschen sollen, damit es spannender wird. Ich hoffe aber, daß wir auch so recht lebendig über die Runden kommen, ich habe mich bemüht, die Kontrahenten so anzustacheln, daß sie pointiert über ihren eigenen Standpunkt hinausgehen. Weil wir in verschärften Thesen vielleicht deutlicher erkennen können, was die Tagesklinik leisten kann und was nicht.

Ganz kurz noch zu meiner Person. Ich bin Journalist, ich verstehe von der Sache fast gar nichts. Journalisten verstehen sonst immer von allem etwas oder alles. Aber ich habe mir ein paar Gedanken gemacht. Es kann durchaus sein, daß ich völlig falsch liege und dann müssen Sie mich korrigieren.

Fangen wir an. Herr Finzen, die Fragestellung lautet: „Kann die Tagesklinik ein wesentlicher Bestandteil psychiatrischer Versorgung sein?“ Das kann sie ja wohl wirklich nicht. Schauen wir uns die Tatsachen an. Tageskliniken versorgen 1% aller psychiatrischen Betten, wir haben es vorhin gehört. Lächerlich. Davon sind nur zwei Drittel genutzt. Dieses Modell hat total versagt. Das ist für ein paar spinnerte, junge, engagierte Leute. Aber das kann doch kein Modell für die psychiatrische Versorgung im allgemeinen sein. Die vollstationäre Versorgung kann eben nicht ersetzt werden. Das müssen Sie einfach anerkennen. Sie schaffen allenthalben ein neues Angebot für einen neuen Bedarf. Das kostet mehr Geld. Angetreten sind Sie mit dem Sparsamkeitsgedanken. Sie nehmen den Ärzten draußen, den Psychologen, den Psychotherapeuten in der freien Praxis doch nur die Arbeit weg.

Finzen: Angetreten sind wir natürlich nicht, um Geld zu sparen, sondern um eine bessere Psychiatrie zu machen. Darin besteht wahrscheinlich kein entscheidender Unterschied. Diese Diskussion, die wir heute führen, hat eine Vorgeschichte. Sie geht zurück auf die Auseinandersetzung im „Nervenarzt“, die

Herr Degkwitz mit Herrn Schulte und ich vor elf Jahren geführt haben. Und um Ihre Provokation zu beantworten, könnte ich versuchen, Standpunkte von damals zunächst zu verfestigen. Herr Degkwitz hatte tatsächlich unter Hinweis auf Erfahrungen in den Vereinigten Staaten solch eine Dimension von 1% Tagesplätzen für realistisch gehalten, und 10 Jahre später erschienen ihm die Verhältnisse recht zu geben. Aber sie scheinen ihm eben nur deshalb recht zu geben, weil die Entwicklung, die Herr Bosch heute morgen sehr eindrucksvoll dargelegt hat, dafür spricht, daß wir mit unserem Tagesklinikmodell, mit der Entwicklung der Tagesbehandlung keineswegs am Ende sind, sondern erst am Anfang. Im ersten Jahrzehnt Tagesbehandlung in Deutschland hat es ein paar wenige Tageskliniken gegeben. Im zweiten Jahrzehnt kamen dann 24 dazu, und in den drei Jahren danach hat sich die Zahl der Tageskliniken dann noch einmal verdoppelt. Und wenn dieses Jahrzehnt zu Ende ist, werden wir ungefähr 400 haben, wenn das so weiter geht. Es kann natürlich sein, daß es nicht in dem Tempo weitergeht. Ich meine aber, daß die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung, wie wir sie in den letzten Jahren erleben, dafür spricht, daß wir keineswegs am Ende sind und daß die Tagesklinik erst jetzt den Durchbruch schafft. Und zwar deswegen, weil die Tagesklinik als Zusatzeinrichtung, als Anhang zum psychiatrischen Großkrankenhaus tatsächlich keine große Chance hatte. Bei uns in Wunstorf etwa haben wir 10 belegte Tagesplätze auf 500 Betten im Hauptkrankenhaus. Da kann die Tagesklinik überhaupt kein Gewicht haben. Die Situation ist völlig anders, wenn sie Teil einer Abteilung am allgemeinen Krankenhaus ist, die dann auch noch in einer Kreisstadt gelegen ist. Dann kann die Dimension der Tagesklinik 10—20% der Plätze in einem solchen Haus betragen. Und wir sehen an verschiedenen Stellen, daß das auch funktioniert.

Göpfert: Sie sagten „bessere“ Psychiatrie. Worin besteht die bessere Psychiatrie?

Finzen: Wenn wir sie an der Situation von vor 10 Jahren messen, darin, daß möglichst viele Kranke ambulant und teilstationär behandelt werden; daß sie mit ihren Angehörigen zusammen leben können; daß sie nicht in Krankenhäusern über längere Zeit behandelt werden, wo die Verbindung nach zu Hause abgeschnitten wird. Das sind sehr unspezifische Merkmale, aber es sind Merkmale, die auch dafür sprechen, Tagesbehandlungen zu fördern.

Göpfert: Herr Degkwitz, Sie haben es gehört. Die Tagesklinik könnte ein wesentlicher Bestandteil sein, wenn Sie und Leute wie Sie sich nicht länger sperren würden. Sie hängen an den alten Kliniken, Sie hängen an den Betten, Sie schließen die Patienten ein. Patienten werden bei Ihnen ruhig gestellt, anstatt daß mit ihnen aktiv gearbeitet wird. Sie sehen den psychisch Gestörten oder Kranken als unmündig an. Sie überlassen ihm nicht die Möglichkeit, durch Eigenverantwortlichkeit etwas zu seiner Heilung selbst beizutragen. Warum sperren Sie sich?

Degkwitz: Ich würde meinen, daß wir in zehn Jahren nicht 400 Tageskliniken haben. Denn die Gruppe von Kranken, die so stabil ist, daß sie in Tageskliniken

behandelt werden kann, daß sie dort regelmäßig hinkommt und nicht mühsam überredet werden muß, dort zu erscheinen, kann nur eine kleine Gruppe von Kranken sein, wie ich auch aus unseren Tageskliniken in Baden-Württemberg weiß. Daß eine ständige Ausweitung oder gar ein Ersetzen der stationären Behandlung durch Tagesklinik erfolgen kann, halte ich für eine überoptimistische Hoffnung. Denn zu der rehabilitativen Stabilität muß ja noch dazukommen, daß auch ein entsprechender stabiler Hintergrund für die Betroffenen da ist. Es dürfen keine zu großen Entfernungen da sein. Es muß in der Tagesklinik selbst auch etwas passieren, das die Leute entsprechend fördert. Wenn es nur ein angenehmer Aufenthalt ist, dann ist dies meines Erachtens keine hinreichende Therapie. Es ist dann zwar angenehmer als in der geschlossenen Abteilung, aber auch dort passiert ja heutzutage sehr viel. Daß man total eingeschlossen ist, wie Sie vorhin sagten, ist ja nur bei einem kleinen Teil der Stationen der Fall und betrifft nur eine relativ kurze Episode, so daß ich dies Plädoyer für die Tagesklinik nicht für ganz hinreichend begründet halte. Die Zahlen sprechen für meine These. Die Tageskliniken sind nur zu zwei Drittel belegt. Herr Bosch hat noch niedrige Zahlen genannt, wenn man genau hinsah. Das entspricht auch meinen Beobachtungen und Auskünften, die ich bekommen habe, so daß eigentlich der Bedarf nicht so groß sein kann. Das Argument von heute früh, daß man die Betten in den Landeskrankenhäusern mühsam vollhält, ist, glaube ich, falsch; denn alle stehen unter einem erheblichen Aufnahmedruck, so daß sie ganz froh wären, wenn sie möglichst viele geeignete Patienten woanders hintun könnten.

Finzen: Ich würde gerne zu dem Stellung nehmen, was Herr Degkwitz jetzt gerade gesagt hat. Es ist doch wohl regional unterschiedlich, ob Krankenhäuser unter Aufnahmedruck stehen oder nicht. Ich kenne inzwischen eine ganze Menge Regionen, wo die Institutionen mehr oder weniger einen Vernichtungskampf gegeneinander führen, um ihre Krankenhausbetten zu belegen. Das ist ansatzweise in der Region Hannover, in der es zur Zeit etwa 100 Tagesplätze gibt, der Fall. Eine Verminderung der Bettenzahl in den Krankenhäusern ist mit Personalverlust zwingend verbunden, wenn jetzt Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Kosten unmittelbar geführt werden müssen. Insofern kann es schon sein, daß die Kostenstruktur im Krankenhaus unmittelbar durchschlägt auf die Art und Weise, wie wir Patienten versorgen. Das kann auch im Hinblick auf die Tagesklinik der Fall sein. Ich meine allerdings, daß Tageskliniken im Gegensatz zu Ihrer Auffassung, Herr Degkwitz, mit verhältnismäßig wenig Personal betrieben werden können. Das hängt damit zusammen, daß weder der Arzt, der draußen arbeitet, noch der Arzt, der reine Stationsarbeit macht, sich so richtig vorstellen kann, wie die teilstationäre Behandlung in dieses System einzuordnen ist. Angst vor Suicidalität von Patienten beispielsweise ist ein Grund, weshalb sich jeder stationäre Therapeut fürchtet, einen Patienten zu verlegen. Auch das Argument, das Herr Bosch genannt hat, daß man einen Patienten, zu dem man ein therapeutisches Verhältnis aufgebaut hat, nicht in die Tagesklinik verlegen will, kann ich verstehen.

Göpfert: Herr Degkwitz, können Sie sich spontan vorstellen, daß Sie sofort

umdirigieren könnten in eine Tagesklinik? Das müßte doch möglich sein; als Laie kann ich mir das vorstellen.

Degkwitz: Ich kann diese 10% nicht sehen. Ich habe ja vorhin schon gesagt, es müssen relativ stabile Kranke sein, die draußen leben und den Weg in die Tagesklinik machen können, aber noch nicht so stabil sind, daß sie den ganzen Tag zu Hause bleiben können. Nur dafür kommt ja Tagesklinik in Betracht. Und da sehe ich nur einen schmalen Raum, der für die Tagesklinik bleibt.

Göpfert: Aber Sie entlassen doch auch Ihre Patienten?

Degkwitz: Wir gestalten diesen Übergang immer fließend, und deswegen sehe ich für die, die nun noch fast zwei, drei Monate halbstationär in der Tagesklinik bleiben sollen, fast keine Klientel. Die meisten werden schneller entlassen, für sie ist die Tagesklinik überflüssig, die Patienten sträuben sich auch gegen so etwas. Wir bieten das auch an. Bei uns ist das eine graue Tagesklinik, die wir machen. Aber die Patienten kommen nicht, weil sie das nicht für nötig halten. Und die, die sehr viel länger rehabilitiert werden müssen, bedürfen meist erheblich stärkerer Hilfen, als sie die Tagesklinik anbieten kann. Deswegen meine Bedenken.

Finzen: Ich würde mich gerne auf das Auditorium hier berufen. Als wir in Tübingen die Tagesklinik entwickelt haben, hatten wir schon damals 15% Tagesklinikplätze. Ich sehe da hinten die Tübinger Gruppe und möchte fragen, welchen Anteil die Tagespatienten heute ausmachen. Ich würde auch gerne z. B. die Langenhagener fragen und andere, die psychiatrische Akutkliniken im Verbund mit Tageskliniken betreiben.

Göpfert: Mir wäre Tübingen lieber, weil das in Baden-Württemberg liegt und da soll es ja ganz schlimm sein.

Teilnehmer aus Tübingen: Tübingen hat zur Zeit 22 Patienten in der Tagesklinik bei 160 stationären Betten.

Göpfert: Das sind 15%!

Teilnehmer aus Langenhagen: Bei uns 30%.

Göpfert: Ja, Herr Degkwitz, jetzt sind wir am Ende, nicht?

Degkwitz: Wenn man Tübingen genauer betrachtet, Sie haben mir netterweise ja geschrieben, so haben Sie 20 Plätze und die Belegung lag bis im Jahre 81 bei 15, entsprechend den Zahlen, die Herr Bosch angegeben hat. Dann ist Propaganda gemacht worden und jetzt sind sie voll belegt. Die Verweildauer ist 4,1 Monate für den Durchschnitt, für Männer 3,1 für Frauen 4,8 Monate, also erheblich länger als Herr Bosch errechnet hatte, so daß nur eine ganz kleine Zahl von Patienten diese Einrichtung benutzen kann. Deren Ziele scheinen mir aber auch auf anderem Wege erreichbar und deswegen möchte ich noch einmal fragen, wie viele Patienten eigentlich wirklich dieser relativ langfristigen Übergangseinrichtung bedürfen, die eben ganz bestimmte Voraussetzungen hat. Sie müssen stabil sein, dürfen nicht zu suicidal sein, dürfen nicht zu psychotisch sein, müssen pünktlich sein, damit die Tagesklinik auch pünktlich

anfangen kann. Alles kann doch nur für eine kleine Zahl von Kranken zutreffen. Ihre Unterlagen entsprechen dieser meiner Vorstellung.

Göpfert: Bleiben wir noch einmal ganz kurz bei der Frage: Wer gehört eigentlich in eine Tagesklinik und wer muß vollstationär behandelt werden? Das ist ja der Streitpunkt. Sie haben eben, wenn ich das richtig interpretiere, zugegeben, daß es an der Propaganda liegt. Wenn Tageskliniken mehr bekannt sind, können sie auch mehr aufnehmen.

Degkwitz: Ich habe nur gesagt, daß die Propaganda in diesem einen Fall eine bessere Belegung gebracht hat. Insgesamt scheint die Propaganda ja nicht viel genützt zu haben. Seit 20 Jahren wird jetzt über Tageskliniken geredet und jetzt werden sie mühsam aufgebaut und können nicht belegt werden. Daß die Psychiater so töricht sind und nur voller Vorurteile, daß das eigentlich eine verkehrte Einrichtung sei, das glaube ich nicht.

Göpfert: Herr Finzen, wie würden Sie es sehen? Kann man den Kreis der möglichen Klientel ausweiten? Sehen Sie die eingeführten Einschränkungen als notwendig an? Das würde ja bedeuten, daß wir bei 1% bleiben.

Finzen: Ich möchte einmal feststellen, daß die Tagesklinik für mich ein außerordentlich sensibler Meßstab dafür ist, wie die Psychiatrie sich in den unterschiedlichen Regionen entwickelt. Ich würde behaupten, daß ein hoher Entwicklungsgrad der Tagesbehandlung ein Kriterium dafür ist, daß die Entwicklung von der überwiegend stationär zentrierten Psychiatrie zu einer gemeindenahen Psychiatrie mit Ausnützung von teilstationären ambulanten Behandlungsmöglichkeiten relativ weit fortgeschritten ist. Die Situation in Langenhagen ist für mich ein Beleg dafür. Mir scheint es auch ganz wesentlich an den Leuten zu liegen, an den Teams, die in den Kliniken arbeiten, ob Angebote an Tagesplätzen wahrgenommen werden. Dazu ist auch einiges an Phantasie erforderlich und zwar auf beiden Seiten, auf Seiten derjenigen, die die Tagesbehandlung machen, und auf Seiten derjenigen, die sie wahrnehmen sollen. Ich meine, anders als Herr Bosch das heute morgen gesagt hat, daß der Schwerpunkt der Tagesbehandlung in quantitativer Hinsicht immer noch und auch in längerer Zukunft bei der Rehabilitation von Patienten liegt. Nicht nur von solchen Patienten, die sich in stationärer Behandlung befunden haben und wieder rehabilitiert werden müssen, sondern auch vor allen Dingen von solchen Patienten, die zu Hause das entwickeln, was wir früher Hospitalismus genannt haben. Gerade niedergelassene Nervenärzte sind in letzter Zeit immer auf mich zugekommen und haben gesagt, daß sie eine ganze Menge von jüngeren schizophrenen Patienten unter ihrer Klientel hätten, die zu Hause einfach vergammeln, und für die müßte man doch eigentlich etwas tun.

Göpfert: Das sind also Patienten, die zu Hause krank geschrieben sind?

Finzen: Es sind Patienten, die zu Hause berentet sind und im Clinch mit ihren Eltern oder mit ihren Angehörigen da ein high emotional involvement produzieren und dann irgendwann mit einer Krise wieder in die Klinik zurückkommen, wo aber in vielen Fällen kein ernstlicher Rehabilitationsversuch gemacht wor-

den ist. Die Kriseninterventionstagesklinik ist für mich ein Problem. Das kann daran liegen, daß ich ein wenig Erfahrung damit habe. Ich würde persönlich dazu tendieren, einen Patienten, der schwer krank, hocherregt und in seiner Beziehung zur Umwelt sehr gestört ist, da hinauszunehmen. Was mir wichtig zu sein scheint und wo überhaupt die Chancen noch nicht ausgenutzt sind, das ist der Bereich der Tagesstättenbehandlung bei chronischen Kranken. Ich bin der festen Überzeugung, daß ein großer Teil von Patienten, die heute noch auf Langzeitstationen psychiatrischer Krankenhäuser leben, dann in beschützenden Wohnungen, aber auch allein leben können, wenn sie tagsüber auf eine wenig personalintensive, aber strukturierte Betreuung zurückgreifen könnten. Da würden noch einmal eine Menge zusätzliche Tagesplätze hinzu kommen,

Degkwitz: Das ist ein Punkt, in dem ich mit Herrn Finzen einig bin. Ich würde das Verständnis von der Tagesklinik, über das Herr Bosch heute morgen berichtet hat, unter diesem Gesichtspunkt mit einem dicken Fragezeichen versehen. Wenn für die chronisch Kranken, für die ich mich ja immer besonders interessiert und eingesetzt habe, die Tageskliniken kaum zur Verfügung stehen soll, würde ich das noch für einen weiteren Punkt halten, wo eine Fehlentwicklung im Gange ist. Denn diese Kranken, die nicht unbedingt in ein Krankenhaus gehören, hätten in einer Tagesklinik einen guten und sicher einen besseren Platz als in den zahlreichen Heimen, in denen sie heute untergebracht werden. Warum soll die Tagesklinik diese Arbeit nicht leisten? Das ist jetzt eine Frage an Herrn Bosch.

Bosch: Ich habe nur referiert, was Betreiber einer Tagesklinik angegeben haben über das, was sie tun. Ich habe aufgezeigt, daß sich hier eine Diskrepanz ergibt zu den sehr hohen Nennungen eines Verständnisses der Tageskliniken als einem alternativen Behandlungsinstrument. Wobei alternativ ja nicht unbedingt Direktaufnahme bedeutet. Alternativ kann, ich denke, das ist in der Mehrzahl der Fälle so, auch heißen: eindeutig Verkürzung des stationären Aufenthaltes im Sinne einer Überführung in die Tagesklinik unmittelbar nach Abklingen der akuten Symptomatik. Wie sich die Dinge entwickeln, darüber habe auch ich meine Gedanken. In dem Referat konnte aber nicht zur Sprache kommen, ob tagesstättenähnliche Einrichtungen sinnvoll sind. Ich persönlich halte das für etwas äußerst Wichtiges und ganz Dringliches. Es war aber gefragt worden, ob sich bestehende Tageskliniken so verstehen, und die Antwort war praktisch ein Nein.

Degkwitz: Herr Bosch, ich muß Ihnen entgegenhalten, daß Sie zum Schluß ja auch über Probleme gesprochen haben. Es war eine von Ihren kritischen Thesen, daß es sich um ein Mißverständnis handle, daß die Tagesklinik speziell für die Rehabilitation von chronisch schizophrenen Kranken geeignet sei, so daß Sie über die faktische Erhebung hinaus diese These vertreten haben. Sie haben das als Mißverständnis hingestellt bei den vielen Leuten, die, wie ich, stationär arbeiten und die Patienten nicht in Tageskliniken schicken oder wenn, dann nur zur Rehabilitation chronisch schizophrener Verläufe.

Bosch: Ja, dazu stehe ich auch. Es ist ein Mißverständnis, die tagesklinische Möglichkeit ausschließlich, und diese Vokabel habe ich gebraucht, als Rehabilitationseinrichtung im Sinne von Anschlußbehandlungen an stationäre Aufenthalte nach Abschluß der sogenannten klinischen Behandlungsphase zu sehen. Und das ist auch ganz offensichtlich die überwiegende Sicht derer, die die Fragebögen ausgefüllt haben.

Dziewas: Ich glaube, daß die Patienten moderner werden und die niedergelassenen Ärzte auch. Dazu gibt es bei uns in Hamburg gerade ein Beispiel. Es ist in Hamburg so, daß wir im Norden das Landeskrankenhaus haben, und seit Oktober eine Tagesklinik in Harburg, das ist südlich, ganz am anderen Ende der Stadt. Die Eröffnung der Tagesklinik in dieser Region hat dazu geführt, daß man dort an die 50 Anmeldungen hatte. Das waren Patienten, die selbst nicht ins weitentfernte Landeskrankenhaus wollten und die die Ärzte auch nicht ins Landeskrankenhaus geben wollten. Bei denen man aber den Eindruck hatte, daß im Moment der Nervenarzt nicht reicht. Es ist geplant, daß es eine psychiatrische Abteilung am dortigen regionalen allgemeinen Krankenhaus geben wird. Man hat nun Sorge, daß dort durch eine überdimensionierte stationäre Einrichtung das, was jetzt auch in bezug auf die Region sehr sinnvoll ist, zerstört werden könnte.

Göpfert: Wir sollten jetzt das Thema: was kann die Tagesklinik leisten, wie wird dort andere Psychiatrie betrieben, diskutieren. Ich sah aber noch Wortmeldungen.

Luithlen: Ich würde gerne noch einmal einen Schritt zurückgehen. Es gibt ja den nicht unumstrittenen neuen Grundsatz in der Medizin: soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig. Meine Frage an Herrn Degkwitz: Würden Sie diesem Grundsatz für den Bereich der Psychiatrie grundsätzlich zustimmen und wenn ja, dann besteht doch die Differenz zwischen Ihnen und Herrn Finzen nur in der Frage der Abgrenzung: Welcher Patient ist so weit, in einer Tagesklinik betreut zu werden, kann also den stationären Bereich verlassen? Es wäre also nur die Frage, Kriterien zu entwickeln, auf die man sich dann einigt oder nicht.

Göpfert: Aber nein! Im Detail liegen Sie sehr weit auseinander. Herr Finzen sagt 10%, Sie sagen 1%. Das sind 90% Unterschied.

Degkwitz: Ja, diesen Grundsatz finde ich selbstverständlich. Ich habe ihn, seit ich in diesem Bereich tätig bin, immer vertreten. Unsere Standpunkte sind nicht so prinzipiell verschieden. Ich glaube, wir sind uns im Grunde ziemlich einig darüber, daß es doch keine sehr umfangreiche Patientenzahl ist, die in den Bereich Tagesklinik paßt. Die Zahl würde wahrscheinlich nur um Nuancen differieren.

Urbahn: Ich möchte, was die Rekrutierung betrifft, aus der Sicht unserer Tagesklinik sagen: Wir stellen immer wieder fest, daß beim ersten Kontakt zu Hausärzten oder zu niedergelassenen Nervenärzten, diese erst einmal erstaunt fragen, was ist das eigentlich, eine Tagesklinik. Wohlgermerkt auch

von Nervenärzten. Daß wir dann, meistens leider nur telefonisch, erst mal sehr ausführlich Aufklärung betreiben. Wir hören dann schroff: „Wenn wir das gewußt hätten, dann hätten wir den Patienten gar nicht eingewiesen, sondern gleich zu Ihnen geschickt.“ In Hannover gibt es bekanntlich für jeden Sektor eine sozialpsychiatrische Beratungsstelle vom Gesundheitsamt. Die Zuweisung von dort an unsere Tagesklinik ist überproportional und weit höher als von den niedergelassenen Ärzten, weil die Kenntnis und die Zusammenarbeit mit diesen sozialtherapeutischen Beratungsstellen eben sehr viel höher ist und auch persönlicher.

Es gibt übrigens auch in unserer eigenen Klinik noch immer Unkenntnis über die Möglichkeiten der Tagesklinik, so daß wir uns immer wieder an die Stationsärzte wenden und fragen, könnt ihr nicht den oder den hergeben für die Tagesklinik. Warum ist der eigentlich noch hier? Ja, können wir eigentlich, aber das Problem Bettendruck. Es ist also einmal die Unkenntnis und zweitens der Bettendruck. Und das sind, glaube ich, sehr wirksame Faktoren; wenn sie wegfallen würden, davon bin ich überzeugt, könnte man zwei offene Stationen in der Nervenklinik Langenhagen zumachen.

Göpfert: Ich fand es sehr gut, daß vom Bundesarbeitsministerium gesagt wurde, man müßte einen Kriterienkatalog entwickeln. Das ist natürlich eine Sache, die wir jetzt nicht leisten können. Das wäre eine Aufgabe für eine weitere Tagung.

Was zuletzt angesprochen wurde, ist in meinen Augen ein Informationsproblem. Ich verstehe das immer nicht. Es gibt doch Fachzeitschriften. Darin müßten Sie informieren oder ein Rundschreiben machen an die niedergelassenen Nervenärzte.

Uchtenhagen: Wenn es darum geht zu wissen, wer gehört in eine Tagesklinik oder wer gehört in eine Klinik, ist das meines Erachtens nicht eine Frage eines Kriterienkatalogs; denn wenn wir ehrlich sind, wissen wir nicht von vornherein, welcher Patient sich allenfalls in einer Tagesklinik aufhalten kann und welcher nicht. Es ist auch nicht ein Informationsproblem in dem Sinne, daß man nur besser verbreiten müsse, was die Tagesklinik leisten kann, sondern meines Erachtens ist es ein strukturelles Problem. Und zwar ist der Weg des Patienten durch die Institutionen grundsätzlich falsch. Überall dort, wo zunächst als erster Schritt erst einmal hospitalisiert wird, und dann das Problem bei den Kliniken liegt, auszusortieren, wer allenfalls noch in eine Tagesklinik gehen und im Anschluß an die Hospitalisierung von dort profitieren könnte. Wenn der Grundsatz, der vorhin erwähnt wurde, und den ich für wegweisend halte, Nachahmung gewinnen soll, müßte der Weg eigentlich umgekehrt sein, das heißt aus der Ambulanz in die Tagesklinik und von dort nur hospitalisieren, wer wirklich eine Vollhospitalisierung braucht.

Göpfert: Ich glaube, da sind wir jetzt genau an der Nahtstelle zum zweiten Punkt. Ich denke, wir sollten jetzt über diese inhaltlichen Fragen diskutieren. Also mehr Aktivität, mehr Eigenverantwortlichkeit in der Tagesklinik, neue Rolle für den Arzt im Heilungsprozeß, Gegensatz zu dieser Hospitalisierung, wie Sie mit diesem doppelsinnigen Begriff so schön sagen.

Ich will zunächst, damit Herr Finzen nicht ganz so ungeschoren davonkommt, fragen: Sehen Sie denn die Möglichkeit, daß der Patient durch die tagesklinische Behandlung besser behandelt wird, effektiver behandelt wird, geheilt in den Arbeitsprozeß zurückgeführt wird als in einer stationären Abteilung?

Finzen: Krankenhäuser, nicht nur psychiatrische Krankenhäuser, haben in aller Regel ein regressives Klima. Sie begünstigen eine Entmündigung des Patienten, begünstigen, daß ihm Dinge abgenommen werden, die er unter normalen Bedingungen für sich selber tun müßte. Das bedeutet: wenn man jemanden im Krankenhaus rehabilitieren will, dann muß man das Krankenhausmilieu möglichst normalisieren. Da ein Krankenhaus nun weit von etwas Normalem entfernt ist, insbesondere ein psychiatrisches Krankenhaus, muß man künstlich einen Tagesablauf strukturieren, Aktivitäten anbieten. Rüssel Barton, einer der Pioniere der psychiatrischen Rehabilitation, hat einmal gesagt: Man muß 16 Stunden am Tag 7 Tage in der Woche ein strukturiertes Programm anbieten und das kann man nicht. In der Tagesklinik hat man einen großen Teil dieses Programmes von alleine, weil nämlich der Patient 128 Stunden in der Woche einem normalen Tagesablauf in einer normalen Umgebung ausgesetzt ist. Und man muß nur 40 Stunden in der Woche strukturieren. Wenn der Patient morgens in die Tagesklinik kommt, dann hat er schon eine ganze Menge an Lebensbewältigung hinter sich gebracht, vorn Aufstehen über sich Frühstück machen, das öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Das sind alles Dinge, die bei einem langfristigen Krankenhausaufenthalt beeinträchtigt werden können. Es ist auch leichter, 8 Stunden Tagesablauf zu strukturieren mit einem Thema, das die ganze Woche über anwesend ist, als auf einer Station 16 Stunden. In Tageskliniken hat man eher das Problem, daß zuviel Aktivität angeboten wird, daß Programme überfrachtet werden mit therapeutischen Maßnahmen für Patienten, als daß zu wenig an Aktivität läuft. Ich würde die These in den Raum stellen: In der Tagesklinik läuft Rehabilitation fast von alleine.

Degkwitz: Ich habe den Eindruck, daß hier ein zu statisches Denken eine Rolle spielt. Entweder man ist hospitalisiert, entmündigt und regrediert oder man ist aktiv. Bei den meisten Kranken trifft das ja nicht zu, sondern sie durchlaufen diese Stadien. Wir haben wegen dieser Vorwürfe, daß ausgegrenzt wird, daß diese Leute abgeschoben werden, untersucht, aus welchen Anlässen die Patienten eigentlich in die Krankenhäuser kommen. Selbst in unserer Klinik in Freiburg, die ja nun angeblich eine Komfort-Klinik ist, sind 80% der Fälle Notaufnahmen. In unseren anderen Einrichtungen sind es 90%. Und da ist eine gewisse Regression, da ist eine Aufnahme nötig. Wie weit die Tagesklinik einen solchen Ansturm bewältigen könnte, möchte ich mit einem Fragezeichen versehen. Wichtig ist aber, das haben wir ja schon vor Jahren veröffentlicht, daß die meisten Patienten innerhalb von wenigen Wochen, und 80%, ich habe es nicht mehr genau im Kopf, schon in drei Monaten wieder entlassen sind. Das heißt, sie durchlaufen den Weg zurück relativ rasch. Es ist die Frage, ob man dies alles nur als Entmündigung und Regression, wie das eben so schön gesagt wurde, sehen kann oder ob hier nicht eine aktive Arbeit, Führung und Hilfe geleistet wird. Man könnte nämlich auch die gegenteilige Rechnung

machen. Der Patient ist zwar sehr aktiv, wenn er sich zu Hause wäscht und das Frühstück macht und dann zur Tagesklinik fährt, aber dort wird er, wenn ich mir hier so ein Programm anschau, doch sehr verwöhnt. Da gibt es eine Tagesklinik, die um 9.00 Uhr öffnet. Das Programm fängt um 9.45 Uhr an und dauert bis 11.45 Uhr. Dann wird Mittag gegessen, dann sind zwei Stunden Ruhe bis 14.00 Uhr und dann ist bis 16.00 Uhr wieder Aktivität, Maltherapie, Musiktherapie und solche Dinge. Einmal die Woche ist Soziotherapie. Soziotherapie bedeutet, daß man sich mit seinem Nachbarn über die Frage des Arbeitsplatzes oder ähnliches unterhalten kann. Das steht alles hier geschrieben, es ist nicht von mir phantasiert: „In der Soziotherapie kannst Du Probleme Deines Alltags: Beruf, Ausbildung, Freizeit, Wohnsituation, finanzielle Lage, mit anderen Gruppenmitgliedern besprechen und nach Lösungsmöglichkeiten suchen.“ Ich weiß nicht, ob das wirklich Aktivität bedeutet oder ob das nicht Verwöhnung ist. Und ob das nicht wieder Hospitalisierung ist, wenn das vier Monate lang andauert, da dies die Durchschnittszeiten sind, die hier berichtet werden und die eben etwas höher liegen als die in den Angaben von Herrn Bosch. Ich habe eigentlich nicht den Eindruck, wenn man ein solches Programm anbietet, daß das zu viel Aktivität beinhaltet, sondern eher gefährliche Verwöhnung, die meines Erachtens viel eher zur Regression führt und zu einem Anspruchsdenken, das hinterher neue Schwierigkeiten schafft.

Finzen: Vielleicht sollten wir versuchen, anspruchsvolle und qualitativ gute Tagesbehandlung zu messen an anspruchsvoller und qualitativ guter stationärer Behandlung. Ich möchte hier noch einmal zurechtrücken, daß ich nicht dafür eingetreten bin, jetzt 90% aller Krankenhausbetten durch Tagesplätze zu ersetzen, sondern vorerst nur einmal 10%. Ich bin auch nicht der Meinung, Herr Degkwitz, daß man Patienten, die mit einer kurzfristigen Intervention gesund werden, ohne daß Restschäden zurückgeblieben sind, oder die sich wesentlich bessern und gut ambulant weiterbehandelt werden können, krampfhaft in die Tagesklinik tun sollte, um sie da noch viereinhalb Monate festzuhalten. Das wäre ein eklatantes Mißverständnis von Tagesbehandlungen. Aber leider ist es ja gerade bei der Gruppe der schizophrenen Patienten so, daß sich oft ein sehr langsamer Wiederherstellungsprozeß entwickelt, und dieser sollte gefördert werden. Wir haben in den vergangenen Jahrzehnten unter dem Eindruck der Hospitalisierungsschäden immer die Devise der Frühentlassung gepflegt. Ich möglicherweise mehr als Sie. Aber die Patienten, die wir früh entlassen haben, waren häufig zwar mit Medikamenten eingestellt und von der schizophrenen Symptomatik her mehr oder weniger symptomfrei. Aber sie hatten doch erhebliche soziale Handicaps. Und ich denke, daß es sehr viele solche Patienten gibt und daß diese Klientel für die Übergangszeit eine wichtige Klientel für die Tagesklinik sein kann und sein sollte.

Göpfert: Sie beziehen sich jetzt wieder auf den Rehabilitationsstandpunkt. Aber die Mehrzahl der Tageskliniken, so haben wir heute morgen gesehen, verstehen sich als Alternative zur stationären Behandlung.

Finzen: Das liegt entweder am Fragebogen oder daran, daß das, was die Leute

gesagt haben, nicht übereinstimmt mit dem, was sie in Wirklichkeit tun. Davon bin ich überzeugt. Wir können sie aber fragen, es sind ja viele hier,

Göpfert: Ist hier noch jemand, der den Fragebogen beantwortet hat und jetzt korrigieren möchte?

Urbahn: Nach meinem Verständnis ist Rehabilitation und Alternativbehandlung überhaupt kein zu trennender Sachverhalt. Indem jemand vom Nervenarzt etwa in die Tagesklinik eingewiesen wird, beginnt zugleich der Rehabilitationsprozeß. Ich möchte grundsätzlich sagen: Nach unserem Verständnis ist Therapie und Rehabilitation fast synonym. Schon bei der Exploration oder beim Vorstellungsgespräch fließen sowohl therapeutische und dann auch rehabilitativ wirksame Faktoren ein. Das ist ja im Grunde bekannt. Das zweite ist, daß auch jede Krisenintervention zugleich Rehabilitation ist, nämlich entwicklungsfördernd. Wenn man unter Krisenintervention nicht nur Beseitigung von Symptomen versteht, sondern eine Verbesserung des Umgehens mit sich anbahnenden psychotischen Symptomen, indem der Patient Strategien zur Bewältigung angstmachender Situationen erlernt. Das kann immer wieder durch mehrere Kriseninterventionen geschehen. Das können wir alles mit der Tagesklinik machen.

Göpfert: Ganz herzlichen Dank. Manchmal führen tatsächlich diese Unterscheidungen in Kategorien nicht weiter. Wenn wir uns darauf einigen, daß das durchaus ineinander übergehende Dinge sein können, dann möchte ich noch mals an Sie, Herr Finzen, meine konkrete Frage stellen. Nehmen wir den Fall an, wir haben ein und denselben Patienten. Der eine niedergelassene Arzt weist ihn ein in eine stationäre Behandlung, der andere in eine Tagesklinik. Wo ist er schneller gesund?

Finzen: Was ist Gesundheit?

Göpfert: Daß er wieder arbeitsfähig wird und selbst im Leben stehen kann.

Finzen: Ich würde es so sagen: Der Patient kommt schneller wieder ganz nach Hause, wenn er stationär eingewiesen wird. Wenn er in die Tagesklinik eingewiesen wird, kommt er zwar gar nicht von zu Hause weg, aber er bleibt länger in der teilstationären Einrichtung. Darüber brauchen wir gar nicht zu streiten, das räume ich ein. Tagesbehandlung dauert länger. Aber die Tagesbehandlung dauert deswegen länger, weil der Krankheitsprozeß, dieser psychosoziale Prozeß von Störungen eben so lange dauert und weil er so lange Behandlung braucht. Der Patient kommt, wenn er aus dem Krankenhaus entlassen wird, in aller Regel in einem schlechteren Zustand nach Hause. Im Krankenhaus denkt man, nun reicht die ambulante Behandlung aus. Wenn man ihn in die Tagesklinik schickt, hat man eine etwas andere Vorstellung. Dann sagt man: Vielleicht ist zunächst eine stationäre Behandlung nicht unbedingt notwendig, aber die ambulante Behandlung alleine reicht über längere Zeit noch nicht aus. Meine Behauptung wäre: Der Patient verweilt zwar in der Tagesklinik etwas länger, aber er wird mindestens genauso rasch arbeitsfähig, und wenn er arbeitsfähig ist, hat er sehr viel bessere Chancen, seinen Arbeitsplatz zu halten und keinen Rückfall zu bekommen, als wenn er aus der Klinik kurzfristig entlassen wird

und dann in einer längeren Zeit in ambulanter Behandlung arbeitsunfähig geschrieben wird.

Göpfert: Ich denke, meine Frage ist beantwortet. Hier ist eine Zusatzfrage.

Becken: Ich habe zwei Fragen. Eine an Herrn Finzen. Wieso die Beschränkung auf 10%? Wenn doch in England, soweit ich weiß, schon 40% der psychiatrischen Versorgung von Tageskliniken geleistet wird und man auch an anderen Ländern sehen kann, daß wesentliche Anteile durch Tageskliniken geleistet werden. Die andere Frage an Herrn Degkwitz: In welchem Ausmaß gibt es die Beschäftigung mit dem, was eben als Soziotherapie aufgezählt wurde, in welchem Ausmaß können sich im psychiatrischen Großkrankenhaus oder in den Universitätsnervenkliniken die Patienten mit diesen Themen untereinander oder mit dem Therapeuten befassen? Ob man das Soziotherapie nennt oder nicht, ist eine andere Frage. Aber ich denke, daß zwar kurze Verweildauer, aber die ständige Wiederaufnahme, also die Drehtürpsychiatrie, wahrscheinlich auch daran liegt, daß man sich mit solchen Dingen im Großkrankenhaus kaum beschäftigt.

Finzen: Ich dachte, von Strategie versteht Ihr mehr als ich. Wenn man zur Zeit 1% Tagesplätze hat in bezug auf die psychiatrischen Betten, dann ist die Forderung nach 10% schon fast unrealistisch und utopisch. Der Hinweis auf England kann nichts schaden. Wenn man eine ordentliche Arbeit schreibt, dann erwähnt man das auch immer und dann beruft man sich auf den Ziehvater fast aller deutscher Tageskliniken, Herrn Bennett. Aber ich denke, daß es im Augenblick unrealistisch ist, darüber zu spekulieren, ob auch unter deutschen Bedingungen ein größerer Anteil von Patienten in Tageskliniken behandelt werden kann, solange wir noch so weit davon entfernt sind. Ich denke aber, man muß noch eines dazu sagen: Der Bereich der Gerontopsychiatrie ist fast noch ein weißer Fleck in der Bundesrepublik. Wir beziehen uns in der Diskussion fast immer auf Erwachsenentageskliniken. In England ist es so, daß ein erheblicher Teil der Tagespatienten aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie kommt.

Göpfert: Wir kommen vielleicht auf die Frage Deutschland contra England zurück. Da gibt es ja Unterschiede nicht nur in der Tageskliniksituation. Zunächst aber Herr Degkwitz zur Beantwortung der zweiten Frage.

Degkwitz: Daß über die genannten Fragen nicht gesprochen wird, würde ich einfach nicht bestätigen können. Das ist ein Thema, das von Ärzten, Sozialarbeitern und eben all den Kranken besprochen wird, die vor der Frage stehen, wie es weitergehen soll. Wir erleben, daß die Patienten eben sehr ungern ein Übergangsstadium am Tage annehmen. Sie wollen dann zu Hause sein. Oder sie wollen von der Klinik aus versuchen, wieder ihre Arbeit aufzunehmen, so daß wir mehr die Nachtklinikunterstützung anpeilen als eben diese relativ große Selbständigkeit für die Tagesklinik voraussetzen, die, wenn ich das recht sehe, kein entsprechendes Training mit der Arbeitstherapie ermöglicht, wie es für das Leben draußen erforderlich wäre. Die Verwöhnung und auch die Minderung der Aktivität durch die Medikamente wird ja meist von den Psychiatern

erheblich unterschätzt. Es ist einer der Hauptgründe für die sogenannte Non-Compliance, daß wir nicht abschätzen, was die Leute draußen leisten müssen, weil wir sie in unseren Einrichtungen, inklusive Tageskliniken, eben nicht genügend fordern. Das ist ein Argument gegen die Tageskliniken, meines Erachtens, von Ausnahmen abgesehen. Mit 1% bin ich völlig einverstanden, aber die 10% scheinen mir zu hoch, und die 40% in England haben einen ganz anderen Hintergrund als bei uns. Das kann man nicht auf die Gruppe, über die wir die ganze Zeit gesprochen haben, übertragen.

Göpfert: Viele Fragen im Publikum. Ich wollte doch noch Herrn Finzen bitten — es ist von Verwöhnung gesprochen worden und ich war eigentlich davon ausgegangen, in der Tagesklinik werde die Aktivität gefördert.

Finzen: In einer ordentlich strukturierten Tagesklinik wird sie das auch. Durch ein Programm, das aus der Arbeits- und Beschäftigungstherapie und eben aus Gruppen, averbalen und verbalen, besteht. Ich denke, die Alternative kann nicht sein: Arbeit oder Tagesbehandlung, sondern: zu Hause gammeln oder Tagesbehandlung, beziehungsweise Krankenhausaufenthalt oder Tagesbehandlung.

Göpfert: Aber manchmal ist doch an solchen Vorwürfen ein Körnchen Wahrheit. Sie wollen ja auch die Patienten an sich binden. Sie sind darauf angewiesen, daß sie immer wiederkommen.

Finzen: Daß sie immer wiederkommen, ist ein anderes Problem. Tageskliniken, die ich kenne, das habe ich schon gesagt, haben ein sehr intensives Programm, bei dem eher die Gefahr besteht, daß Patienten überfordert werden und daß unter dem Rehabilitationsdruck, unter dem sie leben, wieder floride Symptome auftauchen oder sogar eine Suicidgefahr besteht. Ich will nicht bestreiten, daß es einzelne Tageskliniken gibt, die eine, ich will einmal sagen, pathologische Entwicklung nehmen und solche Verwöhnsituationen herstellen. Hospitalismus in der Tagesklinik gibt es ohne Zweifel auch. Aber dann funktioniert sie nicht richtig. Genauso wie es miese Krankenhäuser gibt, gibt es miese Tageskliniken.

Göpfert: Jetzt sammeln wir Fragen. Ich bitte Sie alle, kurz zu sein.

Ellereit: Es ist doch nicht so, daß Patienten, die vollstationär aufgenommen werden, unbedingt weniger belastet werden. Sie sind sehr belastet durch die Konfrontation mit einer totalen Institution, mit einem Stationsprogramm, mit einem Milieu, das sie 24 Stunden am Tag ertragen und mit dem sie sich auseinandersetzen müssen. Das ist oft eine größere Belastung, als wenn sie wieder nach Hause gehen. — Zum Therapiekonzept ist mir noch zuwenig gesagt worden. Das, was an Störungen durch die Auseinandersetzung mit dem Weg nach Hause und mit dem Zuhause selbst in die Behandlung hineinkommt, ist doch das Wesentliche, das ist das, woran gearbeitet werden muß. Die bisherige Sichtweise von der Station her sah doch so aus, daß die störenden Symptome beseitigt werden und dann ein störungsfreier Mensch wieder nach Hause geschickt werden soll. Das hat doch nichts mit Therapie zu tun, das hat mit Abstellen von Symptomen oder so etwas zu tun.

Göpfert: Wenn ich es recht sehe, Herr Degkwitz, sammeln Sie bitte diesen Punkt als Vorwurf an Sie.

Giering: Mir wird bei dieser Diskussion zunehmend unwohler, weil ich denke, daß wir uns auf einen Gegensatz versteifen, der eigentlich gar keiner ist. Die Begriffe rehabilitative Führung oder Aufgabenstellung und alternative Aufgabenstellung halte ich qualitativ nicht für vergleichbar. Sie sind, wie wir an Zahlen gesehen haben, weder statistisch noch für unsere Diskussion verlässlich zu werten.

Göpfert: Das hatten wir aber schon geklärt.

Giering: Ich wollte nur anregen, daß sich die Diskutanten da vorne klar werden. Wollen Sie sich über Strukturprinzipien der Versorgung oder über die Zielvorstellung der Therapie unterhalten? Wenn beides miteinander vermengt diskutiert wird, fürchte ich, bringt uns das nicht weiter.

Göpfert: Das ist ein Vorwurf an den Diskussionsleiter. Ich nehme das zu Herzen. Die Themenstellung zielt natürlich mehr auf die Struktur der psychiatrischen Versorgung,

Keuter: Ich würde noch einmal gerne an Herrn Finzen die Frage richten: 10%, so haben Sie gesagt, der heutigen Patienten, die im stationären Bereich untergebracht sind, könnten in eine Tagesklinik. Das wäre aber nicht zu realisieren in der nächsten Zeit. Liegt das vielleicht daran, daß wir nicht im gleichen Umfang den stationären Bereich abbauen, um die Patienten, die für eine tagesklinische Betreuung aus therapeutischen, aus inhaltlichen Gründen in Frage kämen. Der Bettendruck ist ja angesprochen worden im Zusammenhang mit den relativ schlechten Auslastungszahlen der Tageskliniken aus dem Referat von Herrn Bosch.

Kretschmar: Die 40% in England rekrutieren sich tatsächlich sehr viel aus gerontopsychiatrischen Tageskliniken. Allerdings muß ich sagen, daß bei Diskussionen mit englischen und auch mit niederländischen Kollegen bezüglich der Belegung immer wieder zum Ausdruck kommt, daß die Tagesklinik in England und auch in den Niederlanden sich nicht so als Klinik abgrenzt wie bei uns, sondern es eine große Vermischung der Begriffe Tagesstätte, Tagesklinik und Tagespflegeheim gibt, also die ärztliche Intervention nicht unbedingt im Vordergrund steht, und daß das Versorgungsprinzip einen sehr großen Einfluß auf die Aufnahmezahlen in Tageskliniken hat. Es sind dort über Monate und auch über Jahre auch chronische Pflegefälle in den gerontopsychiatrischen Tageskliniken hospitalisiert.

Bauer: Ich wollte eine Bemerkung machen zu den administrativen Hindernissen, die ja nicht unerheblich sind, Patienten in die Tagesklinik zu bekommen. Nach der Novellierung der RVO — daran sind ja wohl die Kollegen vom Arbeitsministerium, die hier unter uns sitzen, nicht ganz unschuldig — darf man ja legitimerweise einen Patienten direkt gar nicht in die Tagesklinik aufnehmen. Das ist ausdrücklich festgeschrieben. Die poststationäre Behandlung ist die einzige Möglichkeit. Eine Alternative zur stationären Behandlung ist also

illegitim, um das noch mal ganz klar festzuhalten. Das führt dazu, das ist jedenfalls die Offenbacher Regelung, daß wir keinen Patienten direkt in die Tagesklinik aufnehmen dürfen, der nicht mit einer Einweisung eines niedergelassenen Arztes zur vollstationären Behandlung erscheint.

Göpfert: Das kann doch wohl nicht wahr sein. Wer hat hier den Kopf geschüttelt?

Werner: Ich komme aus einer internistisch ausgerichteten geriatrischen Tagesklinik in Frankfurt, also auch in Hessen. Bei uns ist es sehr wohl möglich, daß Patienten direkt in die Tagesklinik kommen. Das ist bei uns sogar zu 63% der Fall. Die Patienten kommen direkt mit Krankenhauseinweisungen in die Tagesklinik.

Bauer: Ja, mit Krankenhauseinweisungen, das meine ich ja eben, aber nicht mit Tagesklinikeinweisungen!

Werner: Doch, ich meine das Formular. Da steht drauf: Einweisung in tagesklinische Behandlung.

Bauer: Dann hat diese Klinik einen Krankenhausstatus.

Werner: Sie ist im Bettenbedarfsplan des Landes Hessen ausgewiesen, ja.

*Luith/en:*Zur Klärung: Mir ist das Problem bekannt, aber ich kann erklären, daß das nicht die Position des Bundesarbeitsministeriums ist. Und soweit ich weiß, ist die Frage noch nicht ausgestanden. Jedenfalls wird der Bundesarbeitsminister seinen Einfluß dahingehend geltend machen, daß auch eine Einweisung in die Tagesklinik direkt möglich ist, jedenfalls die stationäre Behandlung nicht Bedingung für die Einweisung in eine Tagesklinik ist.

Teilnehmer aus Darmstadt: Es ist so, daß mit den Kassen ausgehandelt worden ist, daß eine direkte Einweisung in die Tagesklinik möglich ist. Es muß dann nur auf dem Einweisungsschein stehen: Tagesklinische Behandlung. Dann gibt es keine Probleme.

Engelke: Bei uns ist dies bisher noch möglich, aber uns ist vor 14 Tagen der erste Brief von der Krankenkasse auf den Tisch geflattert, wo man an diesen Hebel geht. Ein völlig unsinniger Hebel, daß man sagt, eine tagesklinische Behandlung ist erst möglich, wenn formal eine Krankenhausbehandlung gewesen ist. Das ist makaber, nachdem wir bereits 4 Jahre arbeiten.

Brecht-Bergen: Bisher sind Kriterien genannt worden, die über den Patienten hinweggehen, zum Beispiel eben Aufnahmeverfahren oder Belegungsdruck. Wobei nicht deutlich herauskommt, für wen die einzelnen Einrichtungen geeignet sind. Nach meiner Erfahrung wird eine Tagesklinik, die immer auf Freiwilligkeit der Leute angewiesen ist, auch ihre Therapie oder das Angebot hierauf ausrichten müssen. Ähnlich wie sich die vollstationäre Abteilung unter dem Belegungsdruck darauf ausrichtet, die Leute zu halten. Aber die Kriterien, die sich nur am Patienten orientieren und auf die hin dann das Angebot abgestimmt ist, sind mir noch nicht deutlich geworden.

Engelke: Nach meiner Erfahrung glaube ich, daß das Bild psychiatrischer

Erkrankungen auch abhängig ist von der Institution, in der sie sich befinden. Wir sehen völlig andere Bilder bei gleichen Erkrankungen unter tagesklinischen Bedingungen und unter stationären Bedingungen. Deshalb ist die Diskussion hier ein Scheingefecht. Wir erfahren, daß sich Krankheiten unter anderen Beziehungsbedingungen, unter anderen Strukturbedingungen völlig verändern. Gerade bei ich-schwachen Menschen spielt das eine wesentliche Rolle, die Tagesklinik ist da eine humanere Beziehungsform als eine Klinik.

Die tagesklinischen Bedingungen in unserem Lande sind aber weit mehr von den Strukturbedingungen des Versorgungssystems, mit Krankenkassen, mit Rentenversicherungsträgern und so fort abhängig, als davon, was für die Patienten sinnvoll und notwendig ist. Das gilt doch gerade, wenn wir England nehmen, für die Abgrenzungen gegenüber den Tagesstätten, die eben bei uns nicht möglich sind, weil dann eine andere Finanzierungsebene kommt. So daß ich, wenn ich in die Bereiche der Rehabilitation rüßerrutsche, sofort einen Brief der Krankenkasse kriege, dafür sei ein anderer Kostenträger zuständig.

Kunze: Herr Degkwitz hat darauf hingewiesen, daß 80% der Aufnahmen Notaufnahmen sind. Das hängt jedoch sicher nicht nur damit zusammen, daß psychiatrische Krankheiten immer plötzlich und schlagartig hoch akut sind. Sondern damit, daß die Zugangsschwelle sehr hoch ist. Solange systembedingt entweder nur ambulant oder noch nicht einmal ambulant und dann als nächstes nur vollstationär behandelt werden kann, wird man extrem lange warten bis zur Krise. Dann kommt der Patient auf die Station. Dann hat man die denkbar ungünstigsten Voraussetzungen, um zu beurteilen, ob er für eine Tagesklinik geeignet ist; den die Station ist der denkbar ungünstigste Punkt, um das Angehörigengeflecht zu beurteilen in bezug auf die Tragfähigkeit, die Integrationsfähigkeit, die Beeinflußbarkeit. Deswegen möchte ich nochmals auf den Vorschlag von Herrn Uchtenhagen zurückkommen, bei der Ambulanz anzufangen, die ja viel bessere Möglichkeiten hat, die Angehörigen mit einzubeziehen. Das ist das Kriterium, um adäquat beurteilen zu können, ob eine Tagesbehandlung indiziert und möglich ist, und nicht ein Krisenkatalog, der nach an irgendwelchen abstrakten Individuen festgemachten Eigenschaften sucht.

Lubecki: Die Krankenkassen haben unter anderem deswegen Schwierigkeiten mit der Auslegung des § 184, weil der Begriff Tagesklinik sehr vielseitig ist. Die Ausführung von Herrn Bosch und die verschiedenen Diskussionsbeiträge haben gezeigt, daß eigentlich alle, die mit diesem Bereich zu tun haben, unter Tagesklinik ganz Unterschiedliches verstehen. Die einen haben gesagt: Die Tagesklinik ist der Ersatz für die vollstationäre Versorgung. Andere sagen: Die Tagesklinik ist eine Übergangseinrichtung von der vollstationären zur komplementären und ambulanten Versorgung. Andere sagen: Tagesklinik ist mehr oder weniger identisch mit den Tagesstätten. Wieder andere: Die Tagesstätte macht hauptsächlich Krisenintervention. Eine weitere Ansicht: Die Tagesstätte ist eine Rehabilitationseinrichtung. Wenn wir hier nicht zu einem klarem Begriff kommen, werden die Schwierigkeiten, die sich unter anderem aus der Struktur ergeben, die aber auch in der Sache bedingt sind, auch weiterbestehen. Ich hoffe, daß die zweitägige Tagung hier eine Klärung bringt.

Göpfert: Ich würde vorschlagen, daß wir das auf die Diskussionen verschieben, die im Detail geführt werden. Ich habe den Eindruck, daß Sie aus einer bestimmten Interessenposition heraus Stellung genommen haben. Ich will damit nur andeuten: Das paßt nicht genau in dieses Streitgespräch hinein.

Lübeck!: Widerspruch, das paßt genau rein. Das ist nämlich das entscheidende Problem.

Göpfert: Das entscheidende Problem in bezug auf die Finanzierung, gut.

Lübeck!: Nein, die Präzision der Aufgabe. Wenn Sie die Aufgabe nicht präzisieren können, können Sie sie nicht in das Kostensystem übertragen.

Kulenkampf: Vielen Dank, Herr Lübecki, daß Sie das angeschnitten haben. Weil es nämlich so aussieht, als ob wir einen Krisenkatalog haben könnten, der unabhängig ist von der Versorgungsstruktur. Aber das geht gar nicht. Ich denke, daß die Tagesklinik genau so eine Klinik ist wie jede Klinik und im Grunde genommen jeder psychisch Kranke da hineinpaßt. Insofern braucht man hier keine Diagnosekriterien. Und wenn das Versorgungssystem so wäre, daß erst das Ambulante da wäre und dann das Teilstationäre und nicht zu Anfang der Intervention das Stationäre, und wenn nicht der Bettendruck da wäre und andere Dinge, dann würde das ganz klar sein, daß viel mehr Patienten ambulant und viel mehr Patienten teilstationär behandelt würden als bisher. Das ist gar keine Frage.

Pörksen: Mich würde interessieren, Herr Finzen hatte so eine Bemerkung gemacht, als interessiere ihn das nicht: Wie sich aus Ihrer Sicht die Tagesklinik unter Kostengesichtspunkten auswirkt? Der Kollege aus Langenhagen hat gesagt, er könne zwei offene Abteilungen schließen, wenn er entsprechende Plätze in Tageskliniken hätte. Das ist eine Frage, die sich an Herrn Degkwitz und Herrn Finzen richtet.

Göpfert: Jetzt die letzte Wortmeldung, wenn ich das recht sehe.

Opielka: Wie schätzen die Diskutanten die Perspektive der Tagesklinik gerade unter diesen Kostengesichtspunkten ein? Ein Beispiel dafür, was, denke ich, eine ganz interessante Tendenz deutlich machen könnte: Die Landtagsfraktion der CDU hat in Baden-Württemberg einen Antrag auf Umverteilung der gesamten finanziellen Mittel für den psychiatrischen Bereich gestellt. Die Begründung dafür widerspricht manchen Äußerungen, die hier getan worden sind. Daß nämlich die großen Krankenhäuser, insbesondere die PLK's teilweise nur zu 80% ausgelastet seien und aus diesem Grund die hohen Kosten für die stationäre Behandlung kaum mehr zu verantworten seien. Darum die Frage: Schätzen Sie, daß die hohen Kosten für die stationären Behandlungen bei der derzeitigen Tendenz, die Kosten zu reduzieren, zu einer Förderung der tagesklinischen Struktur führen könnte?

Göpfert: Womit Sie ebenfalls bestätigt hätten, daß die psychiatrischen Landeskrankenhäuser nur zu 80% ausgelastet sind?

Opielka: So ist es im Moment. So ist die Äußerung, die von selten der Land-

tagsgruppe der CDU gekommen ist. Ich weiß nicht, inwieweit das wirklich stimmt, das wird sich bald zeigen.

Göpfert: Als erster war Herr Degkwitz angesprochen. Deswegen würde ich ihn bitten, als erster zusammenfassend Stellung zu nehmen zu den verschiedenen Fragen.

Degkwitz: Es sind sehr viele Fragen. Zunächst möchte ich sagen, daß es sich hier nicht um Diagnosekriterien handelt. Es handelt sich um die komplizierte Frage, ob das Rehabilitation ist, ob medizinische Rehabilitation oder Arbeitsrehabilitation und alle diese Definitionsfragen. Wenn wir uns darauf einlassen, haben wir für jede Nuance von Therapie spezielle Abstufungen und Einrichtungen, für die es dann nur ein paar Patienten gibt. Das wird dann durch die Weiterschleberei von einem Kostenträger zum nächsten noch weiter kompliziert. Ich würde dringend an die Verantwortlichen appellieren, hier pragmatische Lösungen zu finden. Wenn wir in unserer Klinik, die über 300,— DM Tagessatz hat, sechs, acht Wochen lang darüber verhandeln müssen, wer die nächste Etappe übernimmt, dann scheint mir das ein unerträglicher Zustand zu sein. Das steigert sich nur, wenn wir die Definitionen immer mehr verfeinern. Wenn jetzt Tageskliniken unterteilt werden in Alternativen für stationäre Behandlung, in Rehabilitation und weiteres, dann wird wieder nach Anteilen und Zuständigkeiten gefragt werden und danach, ob der Patient genau dahin passend ist. Werden solche Kriterien aufgestellt, dann gibt es wieder neue Gründe, die Kosten nicht zu übernehmen. Mit diesen Übergängen von einer Finanzierungsgruppe zur anderen wird den Patienten kein Dienst getan. Ich möchte hier nicht den Ausdruck Halbierungserlaß diskutieren, aber ich glaube, es müßten solche pragmatischen Lösungen gefunden werden.

Es sind der Bettenabbau und die angebliche Nichtauslastung der Betten in Baden-Württemberg angesprochen worden. Das letztere ist in dieser Form nicht richtig. Die Landesregierung versucht, auch wieder so eine Umverteilung unterschiedlicher Gelder zu machen. Es ist ein politischer Satz für die Pflegefälle ausgehandelt worden. Deswegen ist angeblich ein Defizit da, welches das Land decken muß. Davon will man jetzt herunterkommen und es auf die Kassen und andere verlagern. Dies ist wieder ein solcher Umverteilungsprozeß, der nicht wirklich spart und auch nicht wirklich im Interesse der Patienten ist. Daß der Bettenabbau ein Verlagern der Patienten in die Tagesklinik bringen könnte, vor allem was die Aufnahmen bedingt, scheint ein Irrtum zu sein. Das Abbauen von Betten ist immer nur auf Kosten der chronisch Kranken gegangen. In Baden-Württemberg sind 1500 Betten verschwunden, in Westfalen 2000 Betten. Das waren aber nicht Aufnahmebetten, sondern Betten, die für die langfristig Kranken vorgesehen waren, die jetzt eben weg sind. Aber die Tagesklinik sollte ja, wenn sie eine Entlastung bringt, die Aufnahme reduzieren. Ich kann bisher nicht erkennen, daß das irgendwo stattgefunden hat.

Daß dieselben Patienten im stationären und tagesklinischen Bereich, wie das aus Hessen berichtet wurde, völlig verschieden aussehen — ich weiß nicht, wo diese Erfahrung herkommt. Ich könnte mir denken, daß hier wieder langfristig

stationäre Patienten mit anderen verglichen werden, die schon in einer guten Rehabilitationsphase sind, und daß das auch durch die Kostenfragen bestimmt ist, weil die Patienten in starre Kategorien eingeteilt werden, aber die Entwicklung und die Bewegung mit diesen Kategorien nicht zu erfassen ist. Ich sehe nicht, wie Patienten jenseits solcher Gesichtspunkte durch die äußeren Umstände in Leichtkranke und in Schwerkranke verwandelt werden sollen.

Schließlich die Sache mit den Notaufnahmen. Wir haben eine Ambulanz in unserer Klinik, wir haben da einen Abrechnungsmodus gefunden, wir nehmen die Patienten auch in einen Tagesklinikmodus auf. Wir haben diese Ambulanz, wir haben rund um die Uhr eine ambulante Auffangmöglichkeit. Trotzdem haben wir diese hohe Zahl von Notaufnahmen, wo eben wirklich nur der Apparat einer stationären Behandlung wirksam eingesetzt werden kann. Wir waren selbst erstaunt, wie hoch dieser Anteil ist in der Klinik, die nicht aufnahmepflichtig ist. Wir stellen uns aber den Aufnahmen, die kommen. Im Landeskrankenhaus ist dieser Anteil an Notaufnahmen noch viel höher. Soviel jetzt, damit Herr Finzen auch noch etwas Zeit hat.

Finzen: Ich möchte mich in meiner Antwort auf die Kostenproblematik konzentrieren, weil mir das der wichtigste und entscheidendste Gesichtspunkt für die weitere Entwicklung der Tagesbehandlung zu sein scheint. Ich möchte zunächst auf Ihren Einwand zu sprechen kommen. Ich habe eingangs gesagt: Wir sind damals, als wir angefangen haben, an der Enquete zu arbeiten und uns für eine Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung einzusetzen, nicht angetreten, um die Versorgung der psychisch Kranken billiger zu machen, sondern um diese besser zu machen. Und dazu stehe ich. Es hat nichts damit zu tun, daß Kostengesichtspunkte mich nicht interessieren. Es wäre eine Selbsttäuschung, und zweitens sind manche von uns dieser Selbsttäuschung erlegen, wenn man glaubte, daß man, verglichen zum Stand von 1970, eine bessere psychiatrische Krankenversorgung billiger machen könnte. Das ist unsinnig, das ist geradezu absurd. Das bedeutet aber nicht, daß wir keine Kostenüberlegungen anstellen müssen. Gerade aufgrund von solchen Kostenüberlegungen sollten wir uns eben die Tagesklinik als einen kostensparenden Faktor genau anschauen. Stationäre psychiatrische Behandlung ist zwar zur Zeit immer noch billiger als stationäre Behandlung von körperlich Kranken. Aber sie ist teurer als andere Formen der Behandlung. Wir brauchen uns zunächst nur einmal den personellen Aufwand anzusehen. Eine Tagesklinik läuft 40 Stunden in der Woche, eine Station 168 Stunden. Sie muß in dieser Zeit mit Personal besetzt werden. Das bedeutet, daß ein Patient, der nicht stationär behandlungsbedürftig ist, in der Tagesklinik entweder mit weniger Personaleinsatz oder mit gleichviel Personaleinsatz, dann aber intensiver behandelt werden kann. Insgesamt ist die Tagesklinik kostensparender. Es wäre unehrlich zu verschweigen, daß man das nicht so einfach umrechnen kann, weil man auch Verweildauern bedenken muß. Wenn man die Institution für sich betrachtet und wenn man die Verweildauer als gleiche ansetzt, ist die Tagesklinik ganz ohne Zweifel vom Kostennutzenaspekt her die günstigere Institution. Sie ist auch günstiger unter dem Gesichtspunkt der Kontinuität der

Behandlung, die für psychiatrische Behandlung besonders wichtig ist. Weil das Personal nur eine Schicht am Tage arbeitet, ist ständig das gleiche Personal da und das erhöht auch die Behandlungschancen. So gibt es eine Reihe von Argumenten, die ich hier im einzelnen nicht alle nennen will. Ich möchte aber das Argument von Herrn Engelke aus Siegburg unterstützen. Als wir 1974 das erste Heft der „Psychiatrischen Praxis“ über die Tageskliniken im deutschsprachigen Raum zusammengestellt haben, habe ich dazu einen Leitartikel geschrieben: „Hat die Tagesklinikbehandlung in der Bundesrepublik eine Chance?“ Mein eingeschränkter Kommentar dazu war der, daß sie nur dann eine Chance hat, wenn die Probleme der Einbindung in die Struktur der Krankenversorgung und in die Kostenstruktur gelöst werden. Und hier ist es in der Tat notwendig, daß wir für die Kostenträger versuchen zu definieren, inwieweit Tagesklinik analog zu klinischer Krankenhausbehandlung zu betrachten ist, für die die Krankenkassen zuständig sind, wie weit sie Rehabilitation ist, für die die Rentenversicherungsträger zuständig sind. Ich wünschte, wir müßten das nicht tun, aber wir müssen es ja. Wir müssen auch überlegen, inwieweit es notwendig ist, die Tagesstätten abzutrennen, für die wiederum ein anderer Kostenträger zuständig ist. Wenn wir das alles nicht tun, dann wird man uns wahrscheinlich durch Hin- und Herschieben der Zuständigkeiten diese wichtige Einrichtung kaputtmachen.

Degkwitz: Vielleicht darf ich dazu noch etwas sagen, auch an die Adresse der Verantwortlichen, die die Kostenregelungen machen. Wir sollten von Fallkosten ausgehen und nicht von Kosten, die irgendwelche Institutionen verursachen. Erst dann, glaube ich, kommen wir zu wirklichen Kostenrechnungen. Dann würden auch diese unsinnigen Wartezeiten in den Kostenfaktor eingehen. Das ist etwas, was bisher einfach übersehen wird. Jeder Kostenträger betrachtet immer nur das, wofür er aufkommen muß. Was auf einen anderen abgewälzt werden kann, wird nicht mitberechnet. Deswegen müssen Erhebungen gemacht werden über Kosten für Fälle.

Göpfert: Ich habe noch eine dringende Wortmeldung.

Kulenkampff: Ich wollte als Vertreter eines Trägers, der zehn psychiatrische Krankenhäuser betreibt, etwas zum Auslastungsproblem sagen. Weil auch ich der Meinung bin, daß diese Frage weitgehend ein strukturelles Problem ist. Wir haben einmal im Zusammenhang mit dem Aufbau ambulanter Dienste an den Kliniken an einem Beispiel sehr genau dokumentiert, was eine solche Ambulanz an der Pforte zur Vermeidung von Hospitalisierung leisten kann, und haben damals in Düren festgestellt, daß etwa 20—30% der zugewiesenen Fälle einer Hospitalisierung bei genauer Untersuchung nicht bedürfen. Das haben wir eine ganze Weile durchgehalten, bis uns die Kämmerer und Administratoren auf den Kopf kamen, weil die Belegung so absank, daß das nicht mehr finanzierbar war. Und so ist dann dieses System wieder sehr stark abgemildert worden. Es ist sicher ein Unterschied zwischen einer Universitätsklinik und einem landläufigen mittelgroßen Krankenhaus irgendwo in der Gegend. In kleineren Kliniken, die sehr stadtnah sind, wie etwa in Köln, gibt es auch bei uns einen ungeheueren Aufnahmedruck. Aber in den Landeskrankenhäusern

vom Typ wie Düren, Langenfeld, Viersen, teilweise auch in Bonn oder sogar Bedburg-Hau konnten wir Strukturveränderungen in einem Ausmaß vornehmen, die innerhalb kurzer Zeit zur Rehabilitation von bis zu 200 Betten führten, was dann zum katastrophalen Geldchaos geführt hat. Ich glaube daher schon, daß wir in diesem Bereich, auch unter Berücksichtigung der Anweisungen des PsychKG, Überkapazitäten haben. Es ist bloß schwierig, an der Pforte zu entscheiden, was mit den Leuten geschehen soll, wenn wir sie nicht aufnehmen. Da ergibt sich dann die Frage: Wer ist wofür geeignet? Kann man es ambulant schaffen, kann man eine vernünftige komplementäre Einrichtung einschalten oder kann man die Tagesklinik dafür einsetzen? Wenn ich von 20—30% von insgesamt etwa dreieinhalbtausend Aufnahmen im Jahr und von solchen Situationen ausgehe, so meine ich, daß die Zahl von 10% von Herrn Finzen nicht ganz unrealistisch ist, sofern solche Einrichtungen vorhanden wären. Solange aber, und das ist eben ein Strukturproblem, die Kliniken bestraft werden, wenn sie weniger Betten haben, können wir uns soviel überlegen, wie wir wollen, wir kommen in solchen Entwicklungen keinen Schritt vorwärts.

Göpfert: Ganz herzlichen Dank, das war eine Art Schlußwort. Es sind sicher nicht alle Fragen, die ich hatte, beantwortet worden. Das mag auch an falschen Fragestellungen gelegen haben. Ich habe aber den Eindruck, daß viele Antworten für Sie fruchtbar waren und zu neuen Fragestellungen geführt haben. Und das ist ja sicher kein schlechtes Ergebnis eines solchen Streitgespräches.

II. Teil

Die Aufgabenstellung der Tagesklinik

Die Tagesklinik als Instrument der Krisenintervention

H. Dziewas, Th. Bock und U. John

Die Tagesklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg arbeitet seit 1975 als Kriseninterventionseinrichtung. Als die Gesamtklinik Anfang 1980 mit 50% ihrer Bettenkapazität die regionale Zuständigkeit für die Hamburger Stadtteile Eimsbüttel und Eppendorf übernahm, hat die Tagesklinik diesen Prozeß sehr unterstützt, weil sie sich für ihren Arbeitsbereich ein besseres Verständnis von Krisen in ihrem Lebenszusammenhang versprach. Der Anteil der Patienten aus diesem Einzugsbereich hat sich seitdem verdoppelt auf jetzt etwa 60%. Die 5 Hamburger Psychiatrischen Tageskliniken haben klare regionale Absprachen getroffen (8).

Gleichzeitig entwickelte sich die Tagesklinik in die Richtung einer möglichst umfassenden Alternative psychiatrischer Akutbehandlung. Der Anteil psychotisch gestörter Patienten nahm von 1979—1981 von 8 auf 30% zu. Mehr Patienten kommen jetzt nach vorherigem, möglichst kurzem, stationären Aufenthalt. Im I. Quartal 1980 waren es 10%, zwei Jahre später 25%. Abweichend von der bisherigen strengen Begrenzung des Tagesklinikbesuches auf 4 Wochen, kommen manche Patienten jetzt auch bis zu 8 Wochen.

Das Verständnis von psychischer Krankheit als Krise und von Symptomen als mehr oder weniger verzweifelter bzw. fehlgeschlagenem Lösungsversuch ist im Prinzip bestehen geblieben. Ein solches Verständnis lehrt medizinisches Denken Bescheidenheit und schärft den Blick für Selbsthilfe auch innerhalb der therapeutischen Interaktion.

Zum Verständnis der Versorgungssituation sei noch darauf hingewiesen, daß mittel- bis langfristige Rehabilitation von der Tagesstätte des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Eimsbüttel geleistet wird, die zwar im Sektor liegt, aber sich aufgrund der Defizite in Hamburgs Gesamtversorgung nicht auf Eimsbüttel beschränkt. Dadurch entstehen in diesem Bereich Engpässe.

Im folgenden soll auf den Begriff der Krise, das Konzept der Krisenintervention, das Konzept unserer Tagesklinik, die Patienten und ihre soziodemografischen Merkmale eingegangen werden.

Zum Krisenbegriff

Viele Autoren, besonders Lindemann (14), Caplan(3) und Erikson(9) haben sich um die Entwicklung einer Krisentheorie bemüht (11,16).

Allgemein läßt sich sagen (nach 17), daß eine Person in eine Krise gerät, wenn sie gefährdenden Umständen ausgesetzt ist, die für sie ein sehr ernstes Pro-

blem darstellen, dem sie zur Zeit nicht ausweichen und das sie mit den gewohnten Methoden nicht bewältigen kann.

Krisen können durch unterschiedliche Ereignisse *ausgelöst* werden, z. B. durch den Verlust eines Menschen, Spannungen in einer wichtigen Beziehung, Veränderungen der Familienstruktur; durch Krankheit oder Unfall; durch den Verlust des Arbeitsplatzes, den Wechsel des Wohnsitzes und alle sich daraus ergebenden Veränderungen; durch die Übernahme oder den Verlust sozialer Rollen; durch Schritte der psychosozialen Entwicklung und Reifung, wie den Übergang von der Kindheit zur Jugend, von der Jugend zum Erwachsenenalter, Heirat, Geburt eines Kindes, Auszug der erwachsenen Kinder aus der gemeinsamen Wohnung, Pensionierung. Krisen ganzer Gruppen können durch Katastrophen und umfassende politische Prozesse ausgelöst werden, Krisen ganzer Völker durch Kriege.

Anlässe können jedoch auch geringfügig sein. Denn viele Krisen sind akute Zuspitzungen lang laufender Konflikte(16).

Die Krise wird als akut bedrohliche und auswegslos erscheinende Situation erlebt. Menschen in Krisen spüren je nach Bedingungen Verunsicherung, Angst, Schuld, Trauer, Scham, ohnmächtige Wut oder Hilflosigkeit; sie sind leistungsunfähig und handeln wenig effektiv. Die erlebte starke innere Gespanntheit kann sich in unterschiedlicher Weise äußern (nach 16).

Betrachten wir an dieser Stelle ausdrücklich psychische Erkrankungen, so ist bekannt (13), daß belastende Lebensereignisse starken Einfluß auf die Entstehung von Depressionen (2), verschiedenen Formen von Angstreaktionen (10), schizophrenen Episoden (5) und Suicidversuchen (15) haben, besonders dann, wenn darüber hinaus langdauernde komplexe psychosoziale Schwierigkeiten bestanden haben. Ähnliches gilt wohl auch für das Rückfallrisiko abstinenter Alkoholiker.

Einige Autoren begründen aus soziologischer Sicht, warum sie das Krisenkonzept als einen dem Krankheitskonzept übergeordneten Begriff ansehen (19). Psychiatrische Symptome werden dann als vergebliche Lösungsversuche verständlich. Konstitution und körperliche Krankheiten sind zwar wichtig, aber nur in dem Ausmaß, in dem sie den Zugang zu Lösungsmöglichkeiten verstellen (19). Aufgabe des Therapeuten ist dann nicht in erster Linie, Krankheit zu beseitigen, sondern Selbsthilferessourcen neu zu erschließen, und zwar auch und gerade im Rahmen der therapeutischen Interaktion.

Üblicherweise wird davon ausgegangen, daß folgende Faktoren die Bewältigung einer Krise fördern (3, 16): Die aktive Auseinandersetzung mit der Krise; das Zulassen der erlebten Gefühle; die Bereitschaft, sich infragestellen zu lassen und sich neu zu orientieren; die richtige Einschätzung der Bedeutung der augenblicklichen Situation; die Suche nach realen Restitutionsmöglichkeiten; positive Vorerfahrungen mit früheren Krisen, die bewältigt wurden.

Eine unzureichende Krisenbewältigung ist dann wahrscheinlich, wenn Menschen in einer Krise sich passiv und abwartend verhalten, der Konfrontation

mit der akuten Problematik ausweichen und deren Bedeutung abschwächen, die erlebten Gefühle unterdrücken, an Wunschvorstellungen festhalten und unrealistische Ziele verfolgen, sich mit Scheinlösungen begnügen und die realen Veränderungsmöglichkeiten nicht aufgreifen.

Konkrete Krisenintervention kann sich jedoch nicht mit solchen allgemeinen Regeln zufrieden geben. Sie bedeutet immer eine persönliche Begegnung und Auseinandersetzung. Was für den einen Krisenpatienten gut ist — z. B. Gefühle mehr zulassen oder alte Wunschvorstellungen loslassen — kann für den anderen schlecht sein. Was dem einen Therapeuten schwer fällt — z. B. die Krise zuspitzen und konfrontieren — kann für einen anderen leichter sein. Deshalb setzt Krisenintervention nach unserem Verständnis ein Gruppenkonzept voraus und ist nur von einem Team aus verschiedenen Berufsgruppen zu leisten.

Zur Krisenintervention

In Krisen sind Menschen meist der Hilfe anderer bedürftig und häufig auch dafür empfänglich. Die meisten nehmen in Krisen die Hilfe von Freunden, Verwandten, Bekannten oder zunehmend mehr auch von Mitgliedern ihrer Selbsthilfegruppen in Anspruch; andere wenden sich an nichtpsychiatrische Fachleute, wie Gemeindeschwestern, Pfarrer, Lehrer und Rechtsanwälte. Erst wenn deren Unterstützung aus irgendwelchen Gründen nicht hinreichend ist, der Betroffene zu sehr isoliert ist bzw. die Krise ein äußerst bedrohliches Ausmaß erreicht und zu einer psychischen Erkrankung führt, wird die Behandlung durch psychiatrische Institutionen gesucht.

In der ambulanten Versorgung wird Krisenintervention u. a. durch Hausärzte, Sozialarbeiter von behördlichen Diensten, Psychologen an Beratungsstellen, Psychotherapeuten und Nervenärzte geleistet.

Reichen deren Möglichkeiten nicht aus, so kann die Tagesklinik eine angemessene Behandlung bieten. Dazu müssen allerdings Kooperationsfähigkeit und Selbstkontrolle des Patienten noch in gewissem Umfang erhalten sein und ein genügend stabiler sozialer Hintergrund, der dem Patienten an Abenden und Wochenenden Halt bietet.

Hochakute Suizidalität, floride psychotische Symptomatik und ausgeprägte hirnorganische Verwirrtheit erfordern die stationäre Behandlung.

In einer Krise ist aus mehreren Gründen *rasches Handeln* notwendig.

Menschen in Krisen sind besonders hilflos und gefährdet, häufig durch ihre Suizidalität oder auch durch ihre Aggressivität.

Ferner gilt es, gerade den Zeitraum der Krise für konstruktive Veränderungen zu nutzen, denn die emotionale Anspannung, die Intensität der Labilisierung und das geschärfte Problembewußtsein können nicht über längere Zeit aufrechterhalten werden. Gelingt die Bewältigung einer Krise nicht, so können sich daraus langwierige psychische Leiden, wie depressive Verstimmungen,

psychosomatische Störungen, abnorme Trauerreaktionen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit entwickeln.

Auch akute Krisen bei langlaufenden Beziehungskonflikten erfordern eine rasche Intervention, da die in der Krise erfolgte Labilisierung erstmalig nach langer Zeit die Chance zur Problembearbeitung und Problemlösung bietet.

Das methodische Vorgehen in der Krisenintervention (3, 16, 11) ist auf die aktuelle Situation bezogen. Im ersten Kontakt geht es vor allem um die emotionale Entlastung und die Analyse der Bedingungen der Krise unter Einbeziehung der gegenwärtigen Lebenssituation, wie die Beziehung zum Partner, die familiäre, berufliche und wirtschaftliche Lage sowie die Wohnbedingungen. Bedeutsam ist es, die Besonderheit der jeweiligen Krise zu beachten.

Bei der Bearbeitung der Problematik liegt das Schwergewicht auf Konkretheit und Aktualität. Dabei sollte das unmittelbare Erleben der Krise gefördert und wachgehalten und der Zugang zu den Gefühlen und Bedürfnissen ermöglicht werden. Voraussetzung dafür ist eine Atmosphäre der Verlässlichkeit und Sicherheit, die die Entwicklung von Offenheit und Vertrauen zulässt.

Eine erfolgreiche Krisenbewältigung ist oft mit einer Förderung der Beziehungsfähigkeit, einer Zunahme der sozialen Kompetenz, einer Verbesserung der Problemlösungsfähigkeit und einer geringeren Krisenanfälligkeit verbunden.

Das Konzept der Eppendorfer Tagesklinik

In unserer Tagesklinik ist ein multidisziplinäres Team tätig. Es besteht aus einer Beschäftigungstherapeutin, einem Assistenzarzt, zwei Krankenschwestern, zwei Krankenpflegern, einem Psychologen, einer Sozialarbeiterin und einem Oberarzt. Besonders die drei Letztgenannten haben noch eine Reihe von Aufgaben außerhalb der Tagesklinik wahrzunehmen.

Die Tagesklinik hat 20 Behandlungsplätze.

Die Tagesklinik ist von 8 Uhr bis 16.30 Uhr geöffnet. An Abenden und Wochenenden nimmt der diensthabende Arzt der gesamten Psychiatrischen Klinik Kriseninterventionsaufgaben wahr.

Die Arbeit in der Tagesklinik umfasst u. a. Kriseninterventionsgespräche mit noch nicht aufgenommenen Patienten, dann die Behandlung sowie die Planung und Einleitung der Nachsorge.

Kriseninterventionsgespräche werden für neu zugewiesene oder sich selbst an uns wendende Patienten noch am gleichen oder am folgenden Tag angeboten.

Zwei Teammitglieder führen das Erstgespräch mit dem Patienten. Es dient zur Klärung der dringlichsten Fragen (vgl. 12): Wie ist die aktuelle Problematik gestaltet? Wie sehr ist der Patient gefährdet? Welcher Art ist die Gefährdung? Ferner soll das Gespräch einen Überblick darüber schaffen, welche Personen an der Krise beteiligt sind und über welche Hilfsmöglichkeiten der Patient

selbst oder seine unmittelbare Umgebung verfügt. Außerdem wird versucht, die Entlastung von emotionalem Druck, Verzweiflung, Ängsten und Schuldgefühlen zu ermöglichen. Weiterhin werden Ziele der Behandlung herausgearbeitet und vereinbart. Sie müssen so beschaffen sein, daß sie realistisch und in kurzer Zeit erreichbar sind. Sofern notwendig, wird mit einer Psychopharmaka-Behandlung begonnen. Die Behandlung in der Tagesklinik ist in der Regel von vornherein auf 4 Wochen begrenzt. Die meisten Patienten (69%) kommen mit dieser Dauer aus. Läßt sich bei der Aufnahme klar absehen, daß 4 Wochen zu kurz sein werden, vereinbaren wir 8 Wochen. Gelegentlich erfolgt nach 4 Wochen eine Verlängerung um 1—4 Wochen.

Den Patienten wird während der vier Wochen die Möglichkeit geboten, im Rahmen eines strukturierten Tagesablaufes an der Bewältigung ihrer Krise zu arbeiten, also im Geschehen des Alltags der Tagesklinik mit Begleitung und Unterstützung durch das Team ein Verständnis für ihre aktuelle Problematik zu gewinnen, schrittweise einzelne Probleme zu bearbeiten und die angestrebten Ziele zu erreichen (7,18).

Eine wichtige Grundlage des Konzeptes besteht in einer Reihe von Aktivitäten in unterschiedlichen Gruppen. Die einzelnen Elemente des Programms sind Gesprächsgruppen, kreative Arbeit mit unterschiedlichen Materialien, Bewegungstherapie, industrielle Fertigungsarbeit, sportliche Betätigung und gemeinsame Mahlzeiten.

Die kontinuierliche Rückkehr in die gewohnte Umgebung an Abenden und Wochenenden führt dazu, daß bei der Krisenbewältigung das soziale Umfeld berücksichtigt wird.

Eine einmal wöchentlich in den Abendstunden stattfindende Angehörigengruppe (1,6) fördert die Entlastung und Mitarbeit von Partnern oder Verwandten.

Ein weiterer Punkt der Einbeziehung des sozialen Umfeldes besteht in Hausbesuchen, die ganz unterschiedlichen Zielen dienen: Mit dem Patienten und den Angehörigen ein gemeinsames Gespräch zu führen; ein genaueres und vollständigeres Bild von der häuslichen Situation zu gewinnen; den Patienten beim Aufräumen der Wohnung zu unterstützen, ihm beim Öffnen und Leeren des Briefkastens zu helfen; einen Patienten von zu Hause abzuholen, wenn ihm die Kraft fehlt, in die Tagesklinik zu kommen.

Ebenso wie wir uns um eine individuelle Krisenbewältigung und Problemlösung während des Tagesklinikaufenthaltes bemühen, versuchen wir auch die *Nachsorge* so zu gestalten, daß sie den Erfordernissen des Einzelnen entspricht.

Einige Patienten müssen in die stationäre Behandlung gegeben werden.

Viele werden lediglich zu einem Nachsorgetreffen 3 Wochen nach der Entlassung eingeladen. Wenige kommen zu regelmäßigen längerfristigen Einzelgesprächsterminen mit einem Teammitglied, andere zu einer ambulanten Gruppentherapie, die von Mitarbeitern der Tagesklinik geleitet wird. Relativ häufig

erfolgt die Vermittlung in eine Psychotherapie bei Fachleuten an Beratungsstellen oder bei niedergelassenen Psychotherapeuten. Andere kehren unmittelbar in ihre hausärztliche oder psychiatrische Behandlung zurück. Immer wieder bilden sich aus Tagesklinikpatienten Selbsthilfegruppen, denen das Angebot der gelegentlichen Beratung durch ein Teammitglied gemacht wird. Wir sind auch dabei behilflich, Kontakt zu einem Patientenklub herzustellen oder eine geeignete Selbsthilfegruppe bzw. einen passenden Freizeitverein zu finden.

Oft gelingt es uns, Alkohol- und Medikamentenabhängige zu einer längerfristigen spezifischen Behandlung zu motivieren. Nur sehr selten vermitteln wir Patienten an die Tagesstätte oder die beschützende Werkstatt des Gemeindep psychiatrischen Zentrums Eimsbüttel (s. o.).

Die Patienten

Welche Patienten werden nun in unserer Tagesklinik behandelt?

Dazu sollen zunächst drei Beispiele gegeben werden.

— Eine etwa 25 Jahre alte Frau ist in einer Partnerkrise. Sie möchte ihren Partner nahe bei sich behalten. Er wünscht sich aber Distanz, vielleicht sogar die vollständige Trennung. Er hat daher allein Urlaub gemacht. Nach seiner Rückkehr konfrontiert er sie damit, daß er sich endgültig trennen möchte, weil er eine Beziehung zu einer anderen Frau habe. Darauf ist sie verzweifelt, trinkt Alkohol, nimmt Beruhigungstabletten, zunächst nicht in hoher Dosis über eine Woche lang, bis sie sich schließlich eine starke Überdosis zuführt. Auf Veranlassung der Angehörigen wird sie durch den Unfallwagen in eine internistische Abteilung eingeliefert. Sie erscheint auch dort noch als selbstmordgefährdet und wird in die Tagesklinik überwiesen.

Sie hat schon als 16jährige nach einer Trennung von einem Freund einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen. Schon als Jugendliche war sie der wichtigste Gesprächspartner der Mutter bei deren schweren Beziehungsproblemen.

— Einem etwa 40jährigen alkoholabhängigen Mann wurde vor wenigen Wochen von seinem Arbeitgeber gekündigt. Er hat seit 2 1/2 Jahren nach einer stationären Therapie sein Alkoholproblem nahezu vollständig in der Kontrolle; er besucht regelmäßig einige Male wöchentlich Selbsthilfegruppen. Seine Arbeit hat ihm sehr viel bedeutet. Deren Verlust hat ihn ähnlich getroffen wie der Tod seiner Pflegemutter vor einigen Jahren. Er spürt, wie er innerlich immer mehr Halt verliert und eine tiefe Trauer und Erschöpfung sich in ihm ausbreitet. Die Unterstützung durch seinen Bekanntenkreis und seine Selbsthilfegruppen haben ihn bisher an einem Rückfall in exzessives Trinken und an einem Selbstmordversuch gehindert. Er spürt, daß er immer weniger Widerstandskraft hat und seine Gefährdung zunimmt. Ein Suchtberater empfiehlt ihm, sich an die Tagesklinik zu wenden.

— Eine 35jährige Frau war früher schon einige Male mit wenige Wochen dauernden psychotischen Episoden in stationärer und tagesklinischer Behand-

lung. Sie lebt mit ihrer 14jährigen Tochter zusammen. Sie hat einen Bruder, der chronisch schizophren erkrankt ist. Ihre Mutter wohnt mit dem Bruder in einer ganz in der Nähe gelegenen Wohnung.

Die Patientin war lange Zeit berufstätig, meistens hat sie einfache Büroarbeiten ausgeführt; sie hat häufig die Stelle gewechselt. Seit einem halben Jahr ist sie arbeitslos. Sie hat vor kurzem bei einer Kur einen Mann kennengelernt. Um ihn wiederzusehen, vereinbart sie mit ihm einen Besuch und unternimmt eine mehrere 100 Kilometer lange Bahnreise. Der Besuch verläuft für sie sehr enttäuschend. Schon auf der Rückfahrt ist sie verwirrt und in einer Wahnstimmung. Sie wendet sich nach ihrer Rückkehr sofort an die Poliklinik und wird unmittelbar an die Tagesklinik weitervermittelt.

Diese drei Beispiele kennzeichnen recht gut die in unserer Tagesklinik behandelten Patienten. Im folgenden sollen sie anhand einiger Merkmale noch näher beschrieben werden. Grundlagen der Beschreibung sind 69 Patienten, die im letzten Drittel des Jahres 1981 behandelt wurden.

Die diagnostische Klassifizierung der Patienten nach dem WHO-Schlüssel ist in der Tabelle 1 dargestellt.

Wie oben schon erwähnt, suchen also inzwischen wesentlich mehr Menschen mit psychotischer Symptomatik die Tagesklinik auf. Waren es 1979 8% und 1980 10%, so betrug 1981 deren Anteil schon etwa 30%. Ohne den Ergebnissen einer ausführlichen Katamnese vorgreifen zu wollen, kann man schon jetzt sagen, daß sich aus dem Miteinander von Menschen mit verschiedenen Störungen im therapeutischen Gruppenprozeß keine unüber-

WHO-Diagnose	ICD-Nr.	n	%
Schizophrenien	295	8	11,6
Affektive Psychosen	296	4	5,8
Paranoide Syndrome, reaktive Psychosen	297/298	9	13,0
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	300/301	34	49,2
Alkoholabhängigkeit	303	6	8,7
Psychogene Reaktionen	309	8	11,6
		69	100

Tabelle I: Diagnostische Klassifizierung nach dem WHO-Schlüssel

Jahre	n	%
18 – 20	7	10,1
21 – 30	29	42,0
31 – 40	13	18,8
41 – 50	14	20,2
51 – 60	4	5,8
> 61	2	2,8
	69	100

Tabelle 2: Altersverteilung

	n	%
Bisher nicht berufstätig	5	7,2
An-, ungelernte Arbeiter	17	24,6
Facharbeiter	15	21,7
Angestellte	15	21,7
Qualifizierte Angestellte	12	17,4
Leitende Angestellte	1	1,4
Selbständige	1	1,4
Keine Angabe	3	4,3
	69	100

Tabelle 3: Berufliche Qualifikation

windlichen Hindernisse ergeben. Im Gegenteil können die verschiedenen Erfahrungen mit sich und anderen im Gruppenprozeß oft befruchtend sein.

Die Altersverteilung ist in Tabelle 2 aufgeführt.

	n	%
Kein Hauptschulabschluss	9	13,0
Hauptschulabschluss	32	46,4
Realschulabschluss	15	21,7
Abitur, Fachabitur	13	18,8
	69	100

Tabelle 4: Schulbildung

Häufigkeit	n	%
Keine	33	47,8
1 – 2 x	20	29,0
3 – 5 x	6	8,7
> 5 x	5	7,2
Keine Angaben	5	7,2
	69	100

Tabelle 5: Frühere stationäre psychiatrische Behandlungen, einschließlich tagesklinischer Behandlungen

Der Anteil von Männern (n = 35) und Frauen (n = 34) ist nahezu identisch. Es handelte sich vor allem um Deutsche (n = 64 — 92,8%) und kaum um Ausländer (n = 5-7,2%).

In der Tabelle 3 ist die berufliche Qualifikation zusammengestellt. Zur Zeit des Aufenthaltes in der Tagesklinik waren 10 (14,5%) Patienten arbeitslos gemeldet, 3 (4,3%) vorzeitig berentet, 9 (13%) in Ausbildung oder Umschulung; 2 (2,9%) leisteten den Wehrdienst.

Tabelle 4 zeigt die Schulbildung.

Die Häufigkeit früherer stationärer psychiatrischer einschließlich tagesklinischer Behandlungen ist in Tabelle 5 aufgeführt.

Darunter sind etliche Menschen, die eine lange psychiatrische Karriere hinter sich haben und sich nun seit längerer Zeit nur dadurch stabilisieren, daß sie von Zeit zu Zeit die Tagesklinik aufsuchen oder mit einzelnen Mitarbeitern über eine längere Zeit Kontakt halten.

Die Begleitung einzelner solcher Menschen, die als chronisch krank gelten, sollte zur Pflichtaufgabe einer jeden therapeutischen Einrichtung gehören — und sei ihr Anspruch an Akutbehandlung noch so exklusiv. Nur so schärft sich das Bewußtsein, wie langfristig menschliche Veränderungsprozesse angelegt sind bzw. wie langfristig Unterstützung notwendig ist.

Die Möglichkeiten der tagesklinischen Behandlung in der Krisenintervention und Akutversorgung werden u. E. bei uns bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Ein wichtiger Grund liegt darin, daß Patienten, die nur wenige Tage stationär behandelt werden müssen, nicht umgehend weitergeleitet, sondern länger als unbedingt nötig stationär behandelt, dann aber direkt in die ambulante Behandlung entlassen werden.

Dieses Problem wird offenbar überall dort beobachtet, wo Tageskliniken in eine psychiatrische Klinik integriert sind (4).

Vollständig lösbar ist es dann, wenn — wie in der von Bennett im Camberwell-District in London geleiteten Tagesklinik — zur Tagesklinik selbst einige Betten gehören und die Zuständigkeit beim gleichen Behandlungsteam bleibt. Dadurch können die gleichen Betreuer mit dem Patienten und den Angehörigen den optimalen Zeitpunkt des Übergangs von der stationären in die tagesklinische Behandlung herausfinden. Der Patient muß sich außerdem nicht in rascher Folge auf unterschiedliche Teams und Mitpatienten einstellen, die Kontinuität der Behandlung bleibt gewahrt. Die Betreuer müssen nicht insgesamt doppelte Arbeit bei der Aufnahme bzw. der Verlegung leisten.

Die rechtzeitige Entlassung von Patienten, wie auch die frühzeitige Übernahme in teilstationäre Behandlung werden noch durch einen anderen Faktor erheblich behindert. Gerade angesichts der laufenden Sparmaßnahmen übt der ökonomische Zwang, eine optimale Bettenbelegung aufweisen zu müssen, einen sehr starken Druck aus. Gute Rehabilitationsplanung droht mit Personalabbau bestraft zu werden. Erfolgreiche Prävention ruft die Verwaltung auf den Plan; Krisenintervention ist unbeliebt, wenn gleichzeitig die Belegung absinkt.

So werden Teams zueinander in Konkurrenz gebracht, statt zur Kooperation angeregt.

Mit aller Deutlichkeit muß an dieser Stelle gesagt werden, daß die ständige und ausschließliche Orientierung der Personalbemessung am belegten Bett einer bedarfsgerechten Psychiatrie entgegenwirkt. Die ausschließliche Finanzierung über Pflegesätze verhindert auch, daß die Stationen ganz selbstverständlich und eigenständig Patienten, für die das möglich ist, tagesklinisch betreuen und nach draußen begleiten. Was als Sparmaßnahme gedacht gewesen sein mag, verkehrt sich so in sein Gegenteil — und verhindert überdies für viele Patienten eine angemessene Behandlung (21).

Anders ausgedrückt möchten wir abschließend vorschlagen, daß jede Station einmal versuchsweise für mehrere Jahre die Möglichkeit erhält, bei vollem Personalerhalt die Patienten, für die das möglich ist, teilstationär zu betreuen.

Literaturverzeichnis

- (1) BERTRAM, W.: Angehörigengruppe — Familientherapie für die psychiatrische Alltagspraxis. Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum, 1982
- (2) BROWN, G.W.
HARRIS, T. O.: Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women.
Tavistock, London, 1978
- (3) CAPLAN, G.: Principles of präventive psychiatry.
Basic Books, New York, 1964
- (4) DIBELLA, G. A., WEITZ, G. W., POYNTER-BERG, D., YURMARK, J. L.: Handbook of partial hospitalization. Brunner/Mazel, New York, 1982
- (5) DOHRENWEND, B. P., EGRI, G.: Recent stressful life events and episodes of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 7, 1981, 12—23
- (6) DÖRNER, K., EGETMEYER, A. u. KOENNING, K.: Freispruch der Familie.
Psychiatrie-Verlag, Wunstorf, 1982
- (7) DÖRNER, K., PLOG, U.: Irren ist menschlich,
Psychiatrie-Verlag, Wunstorf, 1978
- (8) DZIEWAS, H., BOCK, T.: Die Aufgaben psychiatrischer Tageskliniken in Hamburg.
Hamb. Ärzteblatt, 36, 1982, 11 — 15
- (9) ERIKSON, E. H.: Identität und Lebenszyklus.
Suhrkamp, Frankfurt, 1971
- (10) FINLEY-JONES, R., BROWN, G. W.: Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorder. Psychological Medicine 11, 1981, 803—815
- (11) HAFNER, H.: Krisenintervention.
Psychiat. Prax. 1, 1974, 139—150
- (12) HAFNER, H.: Krisenintervention und Notfallversorgung in der Psychiatrie. In:
Haase, H.-J. (Ed.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart, 1978, 1 — 14
- (13) KEUPP, H., RERRICH, D.: Psychosoziale Praxis — gemeindepsychologische Perspektiven. Urban & Schwarzenberg, München-Wien, 1982
- (14) LINDEMANN, E.: Symptomatology and management of acute grief. Am. J. Psychiat. 101, 1944, 141
- (15) PAYKEL, E. S., PRUSOFF, B. A., MYERS, J. K.: Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. Archives of General Psychiatry 32, 1975, 327—333
- (16) PÖRKSEN, N.: Über Krisenintervention.
Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 20, 1970, 85—95
- (17) SEUBERT, E.: Gegenwärtiger Stand der Präventionsforschung.
In: Pongratz, L. J. (Ed.): Klinische Psychologie, 8. Band, 2. Halbband, des Handbuchs der Psychologie, Hogrefe, Göttingen-Toronto-Zürich, 1978, 3172—3207

- (18) VOGEL, H.: Die psychiatrische Tagesklinik.
Therapiewoche, 27, 1977, 3554—3560
- (19) WOLFF, St.: Sozialpsychologische Anmerkungen zur psychiatrischen Krisenintervention. Soziologen-Korrespondenz, München, 1975
- (20) DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., KOCKOTT, G., MOMBOUR, W. (Ed.): Diagnose-schlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. 5. Aufl., korrigiert n. d. 9. Revision des ICD. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1980
- (21) DGSP, u. a.: Psychosoziale Hilfen im regionalen Verbund — Analysen und Perspektiven zur Überwindung der Struktur- und Finanzkrise. Hrsg. DGSP, Postf. 1253, 3050 Wunstorf, 1982

Die Tagesklinik als Instrument der Rehabilitation

A. Uchtenhagen

Der folgende Bericht betrifft die Tagesklinik des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Seit 1970 aufgebaut, widmet sich dieser Dienst in erster Linie den jeweiligen vordringlichen Versorgungsbedürfnissen in der Region Zürich. Anfänglich handelte es sich dabei in erster Linie um Nachbetreuungen und Wiedereingliederungsbemühungen für klinikentlassene Patienten. In diesem Rahmen entstand 1970 die Tagesklinik, die zunächst in Kellerräumlichkeiten unserer ersten Nachtambulanz untergebracht war. Im Laufe der späteren Jahre übernahm der Sozialpsychiatrische Dienst auch weitere Aufgaben, insbesondere im Bereich der Beratung und Behandlung Drogenabhängiger und der Gerontopsychiatrie sowie der Krisenintervention. Abbildung 1 (S. 80) gibt einen Überblick über die derzeitige Tätigkeit.

Das ursprüngliche Konzept der Wiedereingliederungs-Tagesklinik

Die Ausgangslage bei Eröffnung der Tagesklinik war dadurch gekennzeichnet, daß zwischen Psychiatrischer Klinik einerseits, Sprechstundenbetrieb bei privaten Psychiatern und in der Psychiatrischen Poliklinik andererseits keinerlei Strukturen vorhanden waren, die eine *stufenweise Wiedereingliederung* hätten erleichtern können. Die Tagesklinik wurde deshalb ganz auf diesen Zweck ausgerichtet. Als geeigneter Standort bot sich eine ehemalige, in der Stadt gelegene Fabrikliegenschaft an, in deren Obergeschossen sich vier Wohnungen befunden hatten. Gebäulichkeit, Lage und Raumaufteilung waren ideal für die Einrichtung einer in kleinen Gruppen strukturierten Tagesklinik, mit gewerblichen und kreativen Arbeitsangeboten, Möglichkeiten für Therapiegruppen, Möglichkeiten für ein Haushaltstraining u. a. m.

Den Einstieg bildete zunächst einmal die Verbindung von Arbeitstraining und Sozialtraining. Das *Arbeitstraining* erfolgte vermittels Auftragsarbeiten, indem von einer Reihe privater Unternehmungen Herstellungs-, Fertigungs- und Verpackungsarbeiten angenommen und mit Patientengruppen ausgeführt wurden. Damit sollte zum vornherein eine in mehrfacher Hinsicht realitätsnahe Situation geschaffen werden: Durch Terminverpflichtung, qualitative und quantitative Leistungsansprüche sowie dadurch, daß ähnliche Aufträge auch außerhalb der Tagesklinik zugänglich waren. Für die Patientenleistungen wurde ein Leistungslohn eingeführt, der sich aus dem Auftragslös errechnete (abzüglich einer Verwaltungsgebühr von 10%). Zum Training gehörte von Anfang an, daß dem Patienten nach Maßgabe seiner Möglichkeiten steigende Anforderungen gestellt wurden, bezüglich der täglichen Arbeitszeit wie auch der Komplexität der Aufträge. Damit ließ sich auch etwa die Grenze seiner Leistungsfähig-

Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich						
Ambulatorium rechts der Limmat	Nachtklinik Hochstraße 13 Betten	Tages- zentrum Hösch- gasse	Geronto- psychia- trischer Dienst Sprech- stunde Alters- heim- beratung Konsiliar- dienst	Kanton. psychia- trische Familien- pflege ca. 240 Plätze Patienten- club	Jugend- und Drogen- beratungs- stelle Drop-in Sprechstunde Sozialdienst Ärztlicher Notfalldienst Verbindung zu privater Notschlafstelle und therap. Wohngemein- schaft Gesch. Ar- beitsplätze	Forschung und Doku- mentation Disser- tationen Projekte Literatur- suchdienst Unterricht undergraduate postgraduate Fachschulen Öffentlich- keitsarbeit Vorträge Kurse Beratungen
Ambulatorium links der Limmat Sprechstunde Nachgehende Betreuung Sozialdienst Konsiliar- dienst Angehörigen- und Arbeit- geberberatung	Nachtklinik Klusstraße 17 Betten Patienten- wohnhaus Hornbach- straße 20 Betten Patienten- wohngruppe 4 Wohngrup- pen mit 12 Betten	Tages- klinik Hösch- gasse Patienten- club extern Gesch. Arbeits- plätze	Klinik Hinteregg 100 Betten		Drogenklinik Embrach 30 Plätze	

Abb. 1

keit erfahren, was für die spätere Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt außerordentlich wichtig ist.

Es war praktisch von Anfang an klar, daß das Arbeitstraining allein viele Hindernisse der Wiedereingliederung nicht würde bewältigen helfen. Trotzdem brauchte es etwas Zeit, um ein eigentliches *Sozialtraining* in der Tagesklinik aufzubauen. Eine wichtige Rolle spielten dabei die Widerstände der Patienten, die in erster Linie arbeiten und Geld verdienen wollten. Je deutlicher aber wurde, daß Anpassungsschwierigkeiten, Verschlechterung im Befinden und sogar Rehospitalisierungen weniger mit den Arbeitsanforderungen als mit Freizeitproblemen und Kontaktstörungen zu tun hatten, desto deutlicher wurde für Mitarbeiter wie für Patienten die Notwendigkeit des begleitenden Sozialtrainings. Es umfaßte bald einmal ganz verschiedene Anteile wie z. B. die Benützung öffentlicher Dienstleistungen (Verkehrsmittel, Restaurants, Ämter etc.) oder die Hilfe für das Aufsuchen von Freizeiteinrichtungen und Freizeitaktivitäten. Ein eigener *Patientenklub* wurde eröffnet, der zunächst abends in der Tagesklinik stattfand, dann in ein öffentliches Lokal verlegt wurde und schließlich in einen autonomen Patientenclub einmündete, der von Patienten betrieben wird. Außerdem hatte sich das Sozialtraining aber auch gezielt damit zu befassen, welche typische Konfliktsituationen bei der Arbeits- und Wohnungssuche, am Arbeitsplatz und anderswo auftreten können. Solche Konfliktsituationen wurden geübt und diskutiert, beispielsweise unter Verwendung von Rollenspiel und Videokamera.

Ein zusätzliches Bedürfnis wurde bald deutlich: Für viele Patienten, besonders wenn sie nicht mehr voll erwerbstätig werden konnten, waren andere Formen der Beschäftigung wichtig. In *Kreativgruppen* wurden nun solche Tätigkeiten geübt, vor allem Malen und Musizieren. Diese Kreativgruppen dienten aber auch einer Selbstdarstellung und Selbstfindung, die deshalb als wichtig erkannt wurden, weil viele Patienten einstellungsmäßig Mühe hatten mit der beruflichen Rehabilitation. Beruflicher Abstieg, sich zufrieden geben mit einfachen Arbeiten, waren für viele Patienten nur schlecht annehmbar und verlangte nach einem Ausgleich und nach einer Art „Trauerarbeit“. Dafür erwies sich z. B. als außerordentlich hilfreich die gemeinsame Herstellung von Trickfilmen. Solche Kurzfilme entstanden aus Collagen individueller Beiträge, in welchen einzelne Patienten ihre Situation darzustellen versuchten, etwa am Beispiel der Geschichte vom Fischer und seiner Frau, die zur Darstellung der eigenen Wunschphantasie und deren Folgen einlädt.

Der Tagesklinikaufenthalt war von Anbeginn an als Durchgangsstation konzipiert. Trotzdem entstanden natürlich persönliche Beziehungen, die bei Tagesklinikaustritt nicht einfach aufhörten. *Sprechstunden für Ehemalige* und die Möglichkeit für einzelne *Langzeitbetreuungen* im Sinne der ambulanten Kontakte waren die Folge. Allerdings mußte immer wieder darauf geachtet werden, daß dieser Teil der Arbeit nicht zulasten der Tagesklinikarbeit ging.

Eine weitere wichtige Folgeerscheinung war die Notwendigkeit, bei einzelnen Patienten Kontakt mit ihren Beziehungspersonen aufzunehmen und diese in

die gemeinsame Planung und Arbeit miteinzubeziehen. Gerade bei Tagesklinikpatienten, die bei Angehörigen leben, kann dies für den Erfolg der Behandlung ausschlaggebend sein. Daraus entstand ein Schwerpunkt *Familienberatung* mit Angehörigengruppen, Familiengesprächen und in vereinzelt Fällen auch Familientherapie. Parallel dazu wurde für ausgewählte Fälle eine *Arbeitgeberberatung* eingeführt.

Wiedereingliederungs-Tagesklinik

Programmteile	Mittel
Arbeitstraining	Auftragsarbeit Leistungslohn steigende Anforderungen
Sozialtraining	Aufsuchen u. Üben von Konfliktsituationen Benützen öffentlicher Dienstleistungen Freizeitaktivitäten (Patientenclub)
Selbstdarstellung	Kreativgruppen (Malen, Musik, Trickfilm)
Langzeitbetreuung	Sprechstunden für Ehemalige
Arbeit im Milieu	Familienberatung und -therapie Arbeitgeberberatung

Abb 2

Bei der Entwicklung des vorstehenden Konzeptes einer Wiedereingliederungstagesklinik war uns die Tagesklinik von Douglas Bennett am Maudsley Hospital in London maßgebend, aber auch Early's Aufbau der Industrial Therapy Organization (ITO) in Bristol.

Entwicklung der Tagesklinik bei verändertem Arbeitsmarkt

In den Grundzügen hat sich das vorstehende Konzept über 12 Jahre hin bewährt, soweit Patienten ein derartiges Wiedereingliederungsprogramm brauchten. Veränderungen im Bereiche der Arbeitswelt und des Arbeitsmarktes zwangen uns aber immer wieder, das Tagesklinikangebot zu überdenken und von den neu entstandenen Bedürfnissen her zu revidieren oder zu ergänzen. Daneben gilt das ursprüngliche Programm nach wie vor für eine reduzierte Zahl von Patienten.

Das ursprüngliche Konzept war zugeschnitten auf die Arbeitsmarktlage der *Hochkonjunktur*, in welcher es auch für deutlich behinderte Patienten möglich war, bezahlte Arbeit und sogar qualifizierte Stellen zu finden. Schon der erste Ölschock brachte hier deutliche, zum Teil drastische Veränderungen. Innerhalb weniger Wochen bis Monate verloren rund 30% unserer ambulanten Patienten

ihre Stellen. Dies führte mancherorts zu Erschütterungen, sowohl des Selbstwertgefühls, wie der Beziehungsgefüge, so daß Symptomverstärkungen bis zur erneuten Hospitalisierungsbedürftigkeit auftraten. Wir reagierten darauf mit der Einrichtung eines *Nachmittagsklubs für stellenlose Patienten*. Zwei Sozialarbeiter waren dort präsent, um je nach Situation und Bedürfnis Gespräche zu führen oder auch konkrete Hinweise und Anleitungen dafür zu geben, wie man sich in dieser Situation verhalten kann. Nach einem guten halben Jahr erwies sich die Weiterführung dieses Klubs nicht mehr als vordringlich. Er wurde umgewandelt in ein *Halbtagsprogramm zur Krisenintervention* bei psychiatrischen Patienten überhaupt. Auch dieses Tageszentrum ist bislang in der Tagesklinik untergebracht. Es kann von allen Ärzten der Region benützt werden, in dem Sinne, daß sie ihre Patienten dorthin schicken können, ohne Behandlung und Verantwortung an das Zentrum abgeben zu müssen. Die extrem unbürokratische und unpsychiatrische Art dieses Programms bildet den besonderen Anziehungspunkt (keine schriftlichen Überweisungen, keine erneute Anamnesenaufnahme, keine neue Krankengeschichte). Die Auffangfunktion dieses in einer Gruppe von höchstens 12 Patienten geführten Programms ist erstaunlich groß.

Der Übergang in die wirtschaftliche *Rezession* brachte es mit sich, daß eine Reihe von Patienten auch in jüngerem Alter von ihrer Behinderung her nicht mehr auf dem freien Arbeitsmarkt vermittelbar war. Sich auf ein vorzeitiges Rentendasein einzustellen, ist aber nicht jedermanns Sache. Es entstand die für eine Eingliederungs-Tagesklinik paradoxe Situation, daß bei einzelnen Patienten das vordringliche Bedürfnis darin bestand, zu lernen wie man ohne berufliche Tätigkeit lebt. Bei vielen Patienten hieß dies die Erarbeitung einer *individuellen Tagesstruktur*, die ein Gefühl von Sinn und Zufriedenheit zu vermitteln vermag. Bei ändern hieß es das Aufsuchen einer geeigneten *geschützten Arbeitssituation*. In dieser Zeit entstand denn auch der autonome Patientenklub, der heute gegen 300 Teilnehmer hat. Er verfügt über Klubräume, die ein dem Sozialpsychiatrischen Dienst parallelgeschalteter privater Trägerverein zur Verfügung stellt.

Im Laufe der Jahre verstärkten sich die Bemühungen auch bei anderen psychiatrischen Institutionen der Region, Wiedereingliederungshilfen anzubieten, Patienten über die Klinikentlassung hinaus zu betreuen und ihnen bei den Anlaufschwierigkeiten draußen behilflich zu sein. Dadurch veränderte sich Art und Behinderungsgrad der Patienten, die der Tagesklinik angemeldet wurden. Waren es ursprünglich vor allem Patienten, die noch keine gezielte rehabilitative Förderung erlebt hatten und deshalb noch ein hohes Wiedereingliederungspotential aufwiesen, so waren es nun in zunehmendem Maße Patienten, bei denen rehabilitative Bemühungen bereits versagt hatten und bei denen niemand mehr recht wußte, wie man weiterkommen könne. Dies führte nicht nur zu rasch anwachsenden Aufenthaltsdauern, sondern auch zu einer deutlichen Belastung der Mitarbeiter und der Patienten selbst. Mutlosigkeit drohte sich breit zu machen. Es entstand die Notwendigkeit, den Tagesklinikaufenthalt für gewisse Patienten als eine Art von *Moratorium* anzusehen, bei welchem die

bisherigen und als gescheitert zu betrachtenden Bemühungen einmal auszusetzen waren und man die bisherige Lebensplanung und die gegenwärtige Situation möglichst unbefangen gemeinsam ansah. In vielen Fällen konnte das zu einer Entkrampfung der Situation führen, die Erleichterung brachte, auch wenn unrealistisch gewordene Ziele damit verabschiedet werden mußten. Nochmals später machten wir aber auch die Erfahrung, daß die Resignation und das Einstellen auf minimalistische Zielsetzung zu rasch und zu einfach geschieht. Gerade wegen der Schwierigkeit, im Arbeitsmarkt vermittelt zu werden, kam es offensichtlich auch zu *vorschnellen Invalidisierungen* und Berentungen. Wir nahmen deshalb Kontakt sowohl mit psychiatrischen Institutionen wie vor allem auch mit den zuständigen Organen der Invalidenversicherung auf, um zu klären, wie weit angesichts dieser Situation neue Bedürfnisse für Wiedereingliederungs-Bemühungen entstanden seien. Tatsächlich zeigte sich, daß die Berufsberater der Invalidenversicherung häufig psychiatrische Patienten zugewiesen erhalten, bei denen sie bald einmal an die Grenzen ihrer Möglichkeit gelangen und eine Berentung erwogen wird, trotz besserem Gefühl, daß bei sorgfältiger Vorbereitung vielleicht doch wieder eine berufliche Tätigkeit möglich wäre. Die meisten dieser Patienten stehen aber irgendwo bereits in Behandlung, so daß das Bedürfnis nicht in erster Linie eine Behandlungsübernahme betrifft, sondern eine *gezielte Förderung der Vermittlungs- oder Ausbildungsfähigkeit*. Wir kamen deshalb auf den Gedanken, einen eigentlichen Berufsförderungskurs anzubieten, der sofort Interesse und Anklang fand.

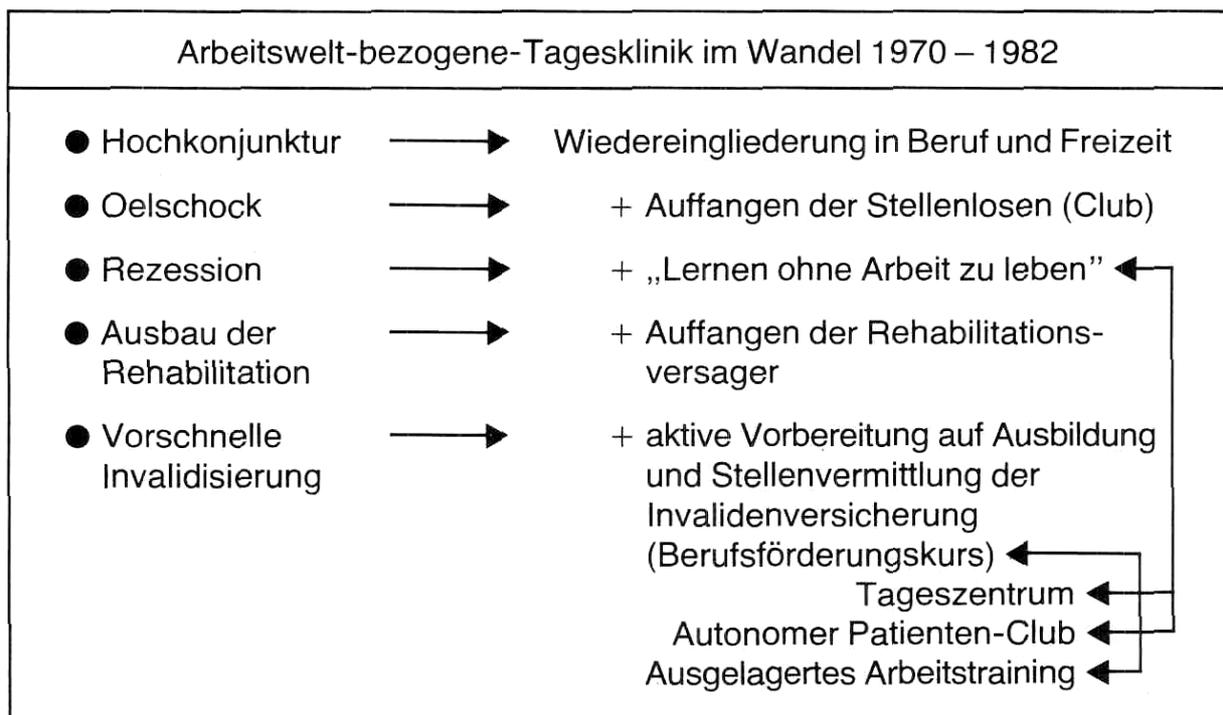


Abb. 3

Bevor ich zur Schilderung des Berufsförderungskurses als letzter Neuerung unserer Tagesklinik komme, sei anhand einer einfachen Patientenstatistik aufgezeigt, wie Aufnahmen, Herkunft, Entlassungen und Verweildauer sich im Laufe der Jahre entwickelten.

Tagesklinik und Tageszentrum des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich												
Jahr	Aufnahmen	PUK	Herkunft der Patienten		Andere	Entlassungen	Geh.	Zustand bei Entlassung		Suizid	Verweildauer (Tage)	
			SPD	Ärzte				Geb.	Unver.			Hosp.
1970	15	7	—	6	2	8	—	—	—	—	40	
1971	45	18	10	7	10	36	5	19	6	—	99	
1972	62	14	18	17	13	54	11	20	8	2	69	
1973	38	7	11	14	6	37	15	3	10	—	86	
1974	16	4	6	6	—	18	5	1	6	—	251	
1975	27	13	2	12	—	17	7	1	5	1	183	
1976	24	13	3	8	—	27	9	6	8	—	146	
1977	34	20	2	12	—	34	1	14	9	—	142	
1978	39	18	4	17	—	41	4	13	13	—	113	
1979	34	22	2	10	—	33	6	11	12	—	112	
1980	48	17	14	14	3	42	—	18	7	—	79	
1981	31	9	12	10	—	46	—	28	7	—	54	
Jahr	Aufnahmen		SPD		Andere	Entlassungen	Arbeit Verm.	Bisherige Verhältn.	Hosp.	Verweildauer (Tage)		
1976	18		18		—	—	—	—	—	—		
1977	55		34		21	53	25	22	6	26		
1978	46		19		27	45	19	23	3	29		
1979	58		35		23	58	21	29	8	24		
1980	54		38		16	47	25	18	4	16		
1981	55		27		28	42	14	22	6	36		

Tabelle 1

Der obere Teil der Tabelle enthält die relevanten Zahlen für die Tagesklinik, der untere Teil für das Tageszentrum. Bei der Entwicklung der Tagesklinik fällt in der letzten Kolonne die Schwankung der mittleren Verweildauer auf, die in den ersten Jahren der Rezession deutlich zunahm, seit 1980 aber wieder reduziert werden konnte. Die Schwankungen der Aufnahmezahl sind zum Teil daraus erklärlich. Was die Herkunft der Patienten betrifft, ist der Anteil der Patienten zurückgegangen, die aus der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) überwiesen werden. Auch bei den Ergebnissen finden sich Schwankungen: Medizinische und soziale Heilung (Symptombefreiheit, selbständige Lebensführung und volle Erwerbsfähigkeit) waren bei den anfänglichen Wiedereingliederungspatienten häufiger zu erreichen, bei den heute aufgenommenen chronischen Patienten kaum mehr. Beim Tageszentrum sind die Schwankungen weniger ausgeprägt. Erfolgreiche Vermittlung an eine Arbeitsstelle allerdings ist schwieriger geworden, die Verweildauer etwas länger.

Der Berufsförderungskurs

Für den Aufbau des Berufsförderungskurses waren folgende Gedanken wegleitend:

- Patienten mit chronischem Krankheitsverlauf, die von Invalidisierung betroffen wurden oder bedroht werden, befinden sich in aller Regel schon in einer Betreuung oder Behandlung. Diese sollte nicht unterbrochen werden, deshalb keine Übernahme der Behandlungsverantwortung, deshalb ein Kurs und nicht ein therapeutisches Programm. Die Kursteilnehmer sollen auf ihre Fähigkeiten und Entwicklungsfähigkeit hin angesprochen werden, nicht auf ihre Auffälligkeiten oder Symptome.
- Beim Kurs entstehende Konflikte und Probleme sollen nicht innerhalb der Arbeitsstunden berücksichtigt und angegangen werden müssen, sondern aufgeschoben und in einem begleitenden Programmteil aufgenommen werden.
- Lern-, Arbeits- und Aufschubsanforderungen sollen soweit wie möglich der Alltagswirklichkeit außerhalb psychiatrischer Institutionen angepaßt sein.
- Ziel ist die Erprobung und Auswertung der Lern- und Leistungsfähigkeit, im Hinblick auf eine Ausbildungs- oder Arbeitstätigkeit. Das Resultat soll sich nicht in bloßen Wünschen und Empfehlungen, sondern in konkreten Entscheidungshilfen für die Berufsberater der Invalidenversicherung niederschlagen.

Von diesen Grundideen her wurden drei Programmelemente aufgebaut. Im sogenannten *A-Programm* wurde ausschließlich das *Lern- und Arbeitstraining* untergebracht. Dieses Training nimmt zu Beginn des Kurses nur kurze Blöcke ein, aber die zeitlichen Anforderungen werden gesteigert bis zu einer täglichen Arbeitszeit von 8 Stunden. Aufgaben und Anforderungen werden so weit wie möglich auf die individuellen Bedürfnisse des Kursteilnehmers zugespitzt, fügen sich aber in zwei Hauptrichtungen ein (einerseits Büroarbeiten, ander-

seits handwerkliche und Haushaltsarbeiten). Nach entsprechender Vorbereitung werden ebenfalls individuell arrangierte Praktika in privaten oder bestehenden Betrieben vermittelt, damit das Verhalten des Teilnehmers in einer realistischen Arbeitssituation außerhalb der Tagesklinik getestet werden kann. Während des ganzen Kurses finden regelmäßige Evaluationsgespräche mit dem Teilnehmer und die Herstellung von Verhaltens- und Leistungsprofilen statt.

Im sogenannten *B-Programm* werden die im A-Programm nicht zugelassenen Probleme und Konflikte persönlicher Art aufgefangen. Die Teilnehmer sollen lernen, solche Probleme bis zum B-Programmteil aufzuschieben. Außerdem werden im B-Programm Standardkonflikte angesprochen und vorweggenommen, etwa das Verhalten gegenüber Vorgesetzten und Arbeitskollegen, bei der Stellenbewerbung etc. Für das B-Programm werden unterschiedliche Mittel eingesetzt, unter anderem Rollenspiel, Videokamera o. a. Wegen der letztgenannten Anteile ist die Teilnahme am B-Programm obligatorisch.

Da für viele chronische Patienten, auch für viele unserer Kursteilnehmer, eine etwas persönlichere Beziehung wichtig ist, wurde außerdem ein *C-Programm* eingerichtet. Es besteht in einer durchgehenden Zuteilung zu einer Betreuungsperson, die nach Wunsch des Teilnehmers fakultativ benützt werden kann oder nicht. Nur eine erste Besprechung ist obligat, damit der Kursteilnehmer seinen ihm zugeteilten Betreuer kennt und die Schwelle für dessen Benützung abgebaut werden kann.

Bisher haben zwei solche Kurse im Sinne von Pilotkursen stattgefunden. Ihre Auswertung wird das definitive Programm bestimmen. Es zeichnet sich bereits ab, daß für die Bürogruppe großes Interesse herrscht und viele Anmeldungen zu erwarten sind, während für die Hausdienst- und Handwerksgruppe nur wenige Anmeldungen kommen und dieser Teil möglicherweise fallengelassen wird. Die ursprüngliche Dauer von zweieinhalb Monaten für den gesamten Kurs ist als ungenügend erkannt und auf vier Monate ausgedehnt worden. Das C-Programm wurde überraschenderweise kaum benützt; dies hängt unter anderem damit zusammen, daß das Aufschieben-Können nur teilweise gelingt und daß die Arbeitsgruppenleiter doch zum Teil für persönliche Probleme angegangen werden. Lernfähigkeit und Lernwilligkeit sind überraschend gut. Über die tatsächlichen Wiedereingliederungsergebnisse läßt sich noch nichts aussagen.

Der Kurs hat sowohl bei professionellen Institutionen wie bei den Teilnehmern eine sehr gute Aufnahme gefunden, vor allem wegen der fehlenden „Psychiatisierung“, dem realitätsnahen Aufbau und der konsequenten Behandlung der Kursteilnehmer als Lernende einschließlich periodischer Auswertung.

Durch die Einführung dieses Berufsförderungskurses lebt die Tagesklinik heute von einer eigentlichen Mischfinanzierung. Die „traditionellen“ Programmteile der Tagesklinik werden über Krankenkassen abgerechnet, der Berufsförderungskurs über die Invalidenversicherung. Das ursprüngliche Tagesklinikteam wurde in zwei voneinander unabhängig arbeitende Mitarbei-

tergruppen aufgeteilt, allerdings unter Leitung desselben Oberarztes. Die Einführung des Berufsförderungskurses brachte damit sowohl eine Verunsicherung wie eine Rivalität mit sich, die sich nach kurzem bereits als fruchtbar und stimulierend für beide Teile erwies.

Abbildung 4 veranschaulicht nochmals schematisch die Programmteile des Berufsförderungskurses in seinem gegenwärtigen Aufbau.

Berufsförderungskurs der Tagesklinik	
Programmteile	Mittel
A-Programm Arbeitstraining	<ul style="list-style-type: none"> ● Bürokurs ● Kurs für manuelle Berufe ● individuelle externe Volontariate ● regelmäßige Evaluation
B-Programm Konfliktmanagement (obligatorisch)	<ul style="list-style-type: none"> ● Standardkonflikte vorwegnehmen (Video, Rollenspiel u. a.) ● Konflikte aus A-Programm aufnehmen (Konflikte aufschieben lernen)
C-Programm durchgehende Einzelbetreuung (fakultativ)	<ul style="list-style-type: none"> ● wöchentliche Einzelkonsultationen

Abb. 4

Schlußbetrachtung

Die heutige Gestalt der Tagesklinik weist, ohne daß dies ursprünglich geplant war, ein besonderes Kontinuum auf. Es reicht von einer durch psychiatrische Arbeit geprägten soziotherapeutischen Eingliederungshilfe über den bereits „entpsychiatrisierten“ Berufsförderungskurs zum „unpsychiatrischen“ Kriseninterventionsprogramm. Innerhalb dieses Kontinuums können Patienten an die Stelle umgeleitet werden, die ihren Behandlungsbedürfnissen, bzw. Nicht-Behandlungswünschen am ehesten entspricht. Aus allen Programmteilen führt der Weg in möglichst unpsychiatrische Settings, wie den autonomen Patientenklub, vor allem aber die geschützten Arbeitsplätze und — am ausgesprochensten — ins ausgelagerte Arbeitstraining. Dieser durch abnehmenden Grad der Psychiatisierung gekennzeichnete Weg soll strukturell diejenige Seite beim Patienten unterstützen, die nach mehr Selbständigkeit und weniger Psychiatisierung drängt. Wir glauben damit am ehesten den auch bei uns beobachteten neuen Formen von Hospitalismus in der Tagesklinik vorzubeugen (Abbildung 5).

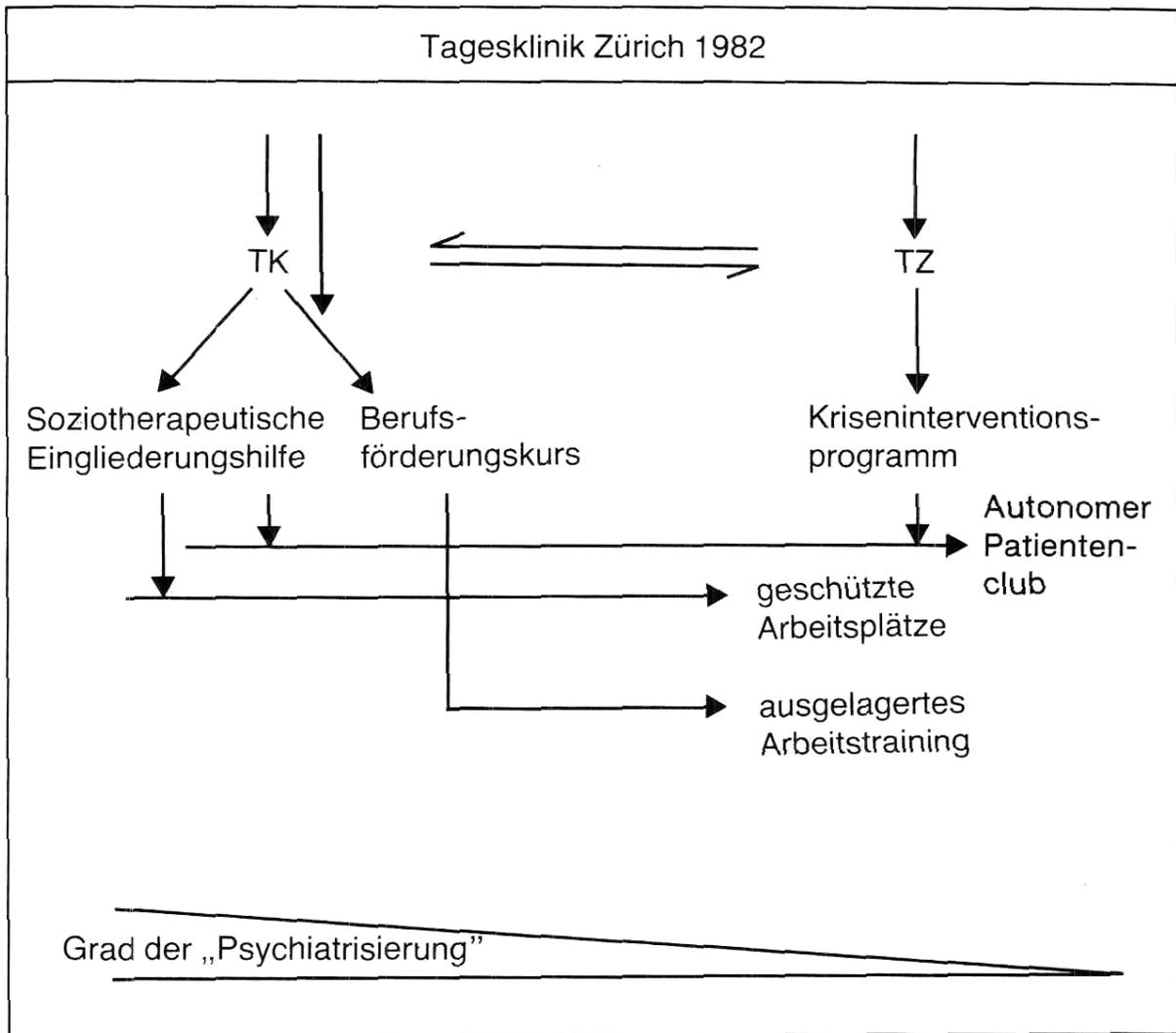


Abb. 5

Kann eine Tagesklinik Krisenintervention und Rehabilitation gleichzeitig leisten?

R. Henrich

Die Psychiatrische Klinik Emden, der die Tagesklinik angegliedert ist, ist untergebracht in einem vom Hauptgebäude abgegrenzten, aber mit diesem verbundenen Bauteil eines Allgemeinkrankenhauses. Die Tagesklinik befindet sich im 1. Stock desselben, direkt angrenzend an die von ihr mitgenutzte räumlich recht großzügige Beschäftigungstherapie. Auf den Fluren dienen mehrere Sitzgruppen, ohne daß eigentliche Aufenthaltsräume vorhanden wären, dem gegenseitigen informellen Kontakt, häufige Begegnung der Patienten untereinander und mit den Teammitgliedern wird ermöglicht, Rückzug in geschlossene Räume erschwert. Die Gruppentherapie Räume sind relativ nüchtern gehalten, einem zu sehr anheimelnden Milieu sollte kein Vorschub geleistet werden. Aus dem gleichen Grunde sind die Ruheräume spartanisch mit wegnehmbaren Feldbetten ausgestattet. Sie sind nur zur Zeit der Mittagsruhe geöffnet, eine Regressionsneigung der Patienten, eine „Flucht ins Bett“ soll nicht gefördert werden. Der Speiseraum ist direkt mit der Küche verbunden, in der die Kochgruppen stattfinden. Zusätzlich steht eine Lehrküche zur Verfügung.

Vom Stellenplan her stehen uns bei 20 Behandlungsplätzen zur Verfügung: 1/2 Oberarzt, 1 Arzt, 1 Sozialarbeiter, 2 Beschäftigungstherapeuten und 3 Krankenpflegekräfte. Begonnen haben wir unsere Arbeit aufgrund von Stellensperungen mit einem Team bestehend aus einem Arzt (mit mehrjähriger Psychiatrieerfahrung und psychotherapeutischer Weiterbildung), einem Sozialarbeiter (mit langjähriger psychiatrischer Erfahrung und soz.-psych. Zusatzausbildung), einer Krankenschwester (ebenfalls mit langjähriger psychiatrischer Erfahrung und soz.-psych. Zusatzausbildung), einer weiteren Krankenschwester (mit einjähriger psychiatrischer Vortätigkeit) und einer Beschäftigungstherapeutin (Berufsanfängerin). Nach etwa einem halben Jahr kam eine Krankenschwester ohne psychiatrische Vorkenntnisse neu hinzu. Insgesamt also mehrheitlich ein recht psychiatriee erfahrenes Team. Gegenwärtig ist an dem o.a. Soll-Stellenplan noch eine Beschäftigungstherapeutenstelle unbesetzt.

In der Zeit von der Eröffnung der Tagesklinik, Oktober 1980, bis zum Ende 1981 nahmen wir insgesamt 127 Patienten auf, davon waren 105 Erstaufnahmen und 22 Wiederaufnahmen. Ca. 78% der erstaufgenommenen Patienten entstammten unserem Pflichtversorgungsgebiet.

Die Diagnosenverteilung (Abb. 1) spiegelt mit 55% der Patienten aus dem diagnostischen Bereich der Neurosen, Reaktionen und Persönlichkeitsstörungen sowie mit 30% der Patienten mit schizophrenen Psychosen und paranoiden Syndromen deutlich den zweigleisigen Ansatz unserer Tagesklinikarbeit wider. Die Altersverteilung unserer Patienten (Abb. 2) reicht von unter 20 bis über 60

Jahre mit einem deutlichen Gipfel zwischen 20 und 30 Jahren, gefolgt von den 30- bis 40jährigen. Die Geschlechtsverteilung zeigt ein leichtes Überwiegen der weiblichen Patienten (52,75:47,25%),

Die schulische Vorbildung der Patienten ergab im Vergleich zu unseren vollstationären Patienten ein deutlich ausgeglicheneres Profil, mittlere und höhere Schulbildung war wesentlich häufiger vertreten (Abb. 3). In ähnlicher Weise zeigt sich dieser Unterschied auch bei Aufstellung der beruflichen Herkunft der Patienten: Höhere soziale Schichten waren in der Tagesklinik prozentual eindeutig häufiger vertreten als in der Psychiatrischen Klinik. (Abb. 4)

Im Zuweisungsmodus der Tagesklinik (Abb. 5) dominieren ganz eindeutig die niedergelassenen praktischen und Fachärzte, über die 63 Patienten zu uns kamen, gefolgt von 42 Patienten, die nach stationärer psychiatrischer Behandlung zu uns zur Weiterbehandlung verlegt wurden. Die niedrige Einweisungsrate durch niedergelassene Nervenärzte spiegelt den erheblichen Mangel an ambulantem psychiatrischem Angebot in unserem Versorgungsraum.

Ledig waren 71 Patienten, geschieden oder verwitwet 10 Patienten. In Partnerschaften lebten 45 Patienten. Nach Suicidversuch nahmen wir 5 Patienten auf. Die durchschnittliche Verweildauer 1981 betrug 26,7 Tage. Der Plätzenutzungsgrad im ersten Jahr lag bei 58,8%, wobei sich für das erste Halbjahr 1982 mit über 81% durchschnittlicher Belegung eine Steigerungstendenz andeutete. Der Pflegesatz liegt zur Zeit bei DM 128,00.

Der Tagesklinik-Wochenplan (Abb. 6) unterscheidet sich u. E. nicht wesentlich von den Wochenplänen anderer Tageskliniken. Zu Zeiten der nachmittäglichen Beschäftigungstherapien sind dosierte Arbeitsversuche der Patienten möglich. Zwar verfügen wir über keine eigenen Werkstätten, doch können wir regelmäßig Patienten arbeitsähnlichen Anforderungen in unserer Küche, Wäscherei, Klinikwerkstatt, Cafeteria usw. aussetzen. Der hier vorgelegte Wochenplan, der lediglich einen gewissen Rahmen darstellt und sich in Einzelbereichen häufiger ändert, ist wesentlich ein Patientenplan. Für das Team müßte zumindest als wichtige Ergänzung die allmorgliche Teamrunde sowie einmal pro Woche eine Teamsupervision eingefügt werden.

Für indiziert halten wir eine Aufnahme von Patienten auf der Rehabilitationsseite bei Schwierigkeiten in der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, z. B. durch verminderte Arbeitskapazität bei Konzentrationsschwierigkeiten oder mangelnder Ausdauer, Kontaktschwierigkeiten, verlernten Alltagsfähigkeiten, insbesondere mangelnder Selbstversorgungsfähigkeit. Therapieziel ist weitgehende Wiedereingliederung in den sozialen Bezugsrahmen und, wenn möglich, in den Arbeitsprozeß.

Im Rahmen der Krisenintervention nehmen wir Patienten auf, bei denen es aus unterschiedlichsten Gründen zu einer mit den bislang geübten Bewältigungsmechanismen nicht mehr bewältigbaren Zuspitzung der Situation in Familie, sozialem Bezugsrahmen oder Arbeitsort gekommen ist. Ziel ist es hier, durch „Offenhalten der Krise“ wie DÖRNER es nennt, gemeinsam mit dem Patienten

den der Krise zugrundeliegenden Motivationskonflikt deutlich werden zu lassen und neue, bessere Alternativen zu suchen und auszuprobieren mithin eine Art Hilfe zur Selbsthilfe.

In etwas idealtypischer Abgrenzung hatten wir dabei ursprünglich erwartet wesentlich mit Konfliktreaktionen, mit traumatischen oder lebensverändernden Krisen konfrontiert zu werden. Es zeigte sich jedoch, daß zudem sehr häufig Patienten zu uns kamen, die schon längerfristig an den verschiedensten neurotischen und psychosomatischen Symptombildungen litten, in deren Rahmen erst es zu einer krisenhaften Zuspitzung gekommen war. Deren oft weitergehenden Ansprüchen auf umfassendere Psychotherapie zu widerstehen, fiel uns, gerade im Beginn, trotz der jedesmal mit dem Patienten fest vereinbarten eingegrenzten Zielvorstellungen nicht immer ganz leicht.

Unter Krisenintervention verstehen wir weiterhin die Aufnahme von vormals psychotisch erkrankten Patienten, bei denen sich ein neuer psychotischer Schub ankündigt, um, wenn möglich, eine stationäre Aufnahme durch Teilentlastung und Bearbeitung des mitversursachenden Beziehungsgefüges zu verhindern. Es kann wohl jetzt schon gesagt werden, daß dieser Patientengruppe gerecht zu werden, in einer zweigleisig arbeitenden Tagesklinik wohl am schwierigsten ist. Wenn die allgemeine These richtig ist, daß für chronifiziert psychotisch Kranke mit ausgeprägt defizitären Anteilen eher ein anregendes „Reizklima“, für akut psychotisch Kranke dagegen eher eine reizärmere Umgebung sinnvoll ist, dann scheint sich anzudeuten, daß die zweigleisig arbeitende Tagesklinik mit ihren multiplen Interaktionen eher im Sinne einer Reizüberflutung auf Patienten im Beginn eines psychotischen Schubes wirken kann. Von 17 unter dieser Indikation aufgenommenen Patienten konnten wir lediglich 6 wieder als gebessert direkt nach Hause entlassen, 4 brachen die Behandlung ab oder wurden anderweitig stationär aufgenommen, und 7 wurden von uns in unsere Psychiatrische Klinik weiterverlegt. Wenn wir trotz dieser relativ geringen Erfolgsquote von 35% weiterhin auch an dieser Zielgruppe festhalten, dann deshalb, weil der größere Teil der von uns weiterverlegten Patienten lediglich über die Tagesklinik überhaupt in eine Behandlung zu bringen gewesen war und eine stationäre Aufnahme zunächst rundweg abgelehnt hatte. Für diese Patienten war somit eine gestufte Aufnahme ermöglicht worden, die einschneidendere Maßnahme einer evtl. Zwangseinweisung ließ sich somit durch die vorgeschaltete Tagesklinikaufnahme für diese Patienten vermeiden. Schon darin sehen wir genügend sinnvolle Begründung für ein weiteres Festhalten auch an dieser Zielgruppe.

Voraussetzung für den Eintritt in die Tagesklinik bei allen Patienten ist Freiwilligkeit und Festlegung in Zusammenarbeit mit dem Patienten auf eingegrenzte, erreichbar scheinende realistische Zielsetzungen. Weiterhin muß der Patient in der Lage sein, selbständig zu leben, oder ein tragfähiges Milieu muß eine Mindestbetreuung garantieren können. Zusammenarbeit mit Angehörigen sollte möglich sein. Die Entfernung Wohnort — Tagesklinik sollte nicht mehr als 40 km betragen.

Nicht aufgenommen werden bei uns Patienten unter 18 Jahren, Süchtige, akut Suicidale, geistig Behinderte, psychisch kranke Rechtsbrecher, Patienten mit organischen Psychosen, Patienten mit akuten Psychosen, die durchgehender Betreuung bedürfen.

Ich komme nunmehr zur engeren Betrachtung des eigentlichen Themas, will dieses anhand unserer Arbeitsweise und deren Modifikationen behandeln, wobei das der eingegrenzten Zeit wegen sicher nur in Ansätzen und groben Zügen möglich sein wird.

Das therapeutische Angebot der Tagesklinik war und ist grundsätzlich ein gruppentherapeutisches Angebot. Einzelkontakte sollen nach unseren Vorstellungen möglichst hinter diesem gruppentherapeutischen Angebot zurückstehen. Sie werden immer dann durchgeführt, wenn krisenhafte Zuspitzungen bei einzelnen Patienten dies erfordern. Auch mußten wir, solange wir noch nicht über eine Angehörigengruppe verfügten, Familien- und Partnergespräche vermehrt einschalten.

Begonnen hatten wir 1980 mit einer relativ strikten Trennung der beiden Patientengruppen, zumindest in den therapeutischen Angeboten im engeren Sinne: Zwar waren die Teerunden und das Mittagessen, weiterhin die Stationsversammlung, die Außenaktivitäten und die Gymnastik gemeinsames Angebot für alle, doch zeigte sich, daß die für beide Patientengruppen getrennt angebotenen Aussprachegruppen und Beschäftigungstherapie-Programme ein zunehmendes Übergewicht erhielten. Offenbar wurden die Aussprachegruppen und die Beschäftigungstherapie von den Patienten als „die Behandlung“ angesehen und mit höherer Wertigkeit bedacht als die übrigen Angebote. Von dieser unterschiedlichen Wertsetzung schien auch das Personal nicht frei. Es entwickelte sich eine Art innere Spaltung im Stationsleben, sowohl in der Patientengruppe als auch im therapeutischen Team. Die Patienten lebten zwar tagsüber äußerlich zusammen, es wurden auch die notwendigen Verrichtungen und gemeinsamen Veranstaltungen zusammen besucht und mitgetragen, doch entstand zunehmend der Eindruck, als hätten sich die beiden Gruppen „nichts zu sagen“, eine Art Sprachlosigkeit, die wir ja mit der Vorgabe der getrennten Aussprachegruppen bereits vorweggenommen hatten. Es blieb eine innere Distanz zwischen psychotisch kranken Patienten und Krisenpatienten unverkennbar, sicherlich zum Teil auch vorgegeben durch mitgebrachte Vorurteile, sicherlich aber auch verstärkt durch die Wegnahme gemeinsamer Aussprachemöglichkeiten durch uns. Wohl aufgrund dieser Voraussetzung entwickelte sich auch die Stationsversammlung nicht zu einem Organ der Auseinandersetzung, sondern über lange Strecken zu einem Forum der organisatorischen Planung. Auftretende Konflikte zwischen Patienten beider Gruppierungen wurden bei den einzelnen Patienten nicht zugelassen und angenommen, es war auf Seiten der Krisenpatienten oft so, „als habe man mit psychotischen Patienten keine Konflikte“.

Diese zunehmende Trennung innerhalb der Patientengruppe fand auch ihre Entsprechung im Therapeutenteam: bezeichnenderweise leiteten der Arzt und

die Krankenschwester mit Zusatzausbildung, also die erfahreneren Kräfte der Tagesklinik, die Aussprache- und Beschäftigungsaktivitäten in der Kriseninterventionsgruppe, während die Rehabilitationsgruppe den etwas jüngeren Mitarbeitern vorbehalten blieb. In den täglichen Mittagsteamrunden wurde zunehmend länger über Mitglieder der Krisengruppe gesprochen mit ausgiebigeren psychodynamischen Erwägungen, die RehaGruppe erlangte in diesen Gesprächen ein etwas randständigeres Dasein. Die Krisengruppe machte die „attraktivere Therapie“. Die vormittäglichen Aussprachegruppen, angereichert durch Rollenspiele, wurden in der Krisengruppe des Nachmittags in identisch zusammengesetzten BT-Gruppen fortgeführt am bildnerischen Material mit Kollagen, Malen, Tonformen etc., und deren Ergebnisse wurden wieder in die Aussprachegruppe zurückgeführt. Daraus ergab sich eine „Fülle von Material“, uns entging jedoch zunächst, daß wir zunehmend einer heimlichen Anspruchshaltung der Patienten auf mehr Therapie aufsaßen und diese Anspruchshaltung durch das Züchten von Materialfülle ganz erheblich stärkten. Es wurde damit immer schwieriger, die Krisentherapie, wie es den Zielvorstellungen entsprach, hier und jetzt zu halten. Dabei machte sich die Unzufriedenheit im Team zunächst nicht in einer offenen Auseinandersetzung über diese Spaltung, sondern mehr an Einzelsymptomen deutlich: Es wurde breit diskutiert, wie ausführlich Anamnesen zu sein hätten, welchen Sinn und Stellenwert Einzelgespräche hätten, ob man auf diese nicht überhaupt verzichten müsse, es wurden breite Diskussionen um die Rolle des Arztes geführt, die neben den persönlichen Aspekten sicherlich auch den Inhalt hatten, eine Funktion in der Auseinandersetzung des gespaltenen Teams zu sein, kurz, es lief auf vielfältigen Ebenen eine eher unterschwellige Auseinandersetzung mit der Spaltungssituation in der Tagesklinik.

Der Versuch des Teams, diesen Schwierigkeiten dadurch zu begegnen, daß die Leitung der Gruppen anders besetzt wurde, gegeneinander ausgewechselt wurde, brachte keine wirkliche Änderung. Uns ergab sich: Solange durch das Setting vorweggenommen würde, daß Krisenpatienten und Rehapatienten sich nichts zu sagen hätten, sich nicht austauschen könnten und dabei gegenseitig auch profitieren könnten, solange das Setting so angelegt war, daß lediglich ein äußeres Zusammenleben, besser: Nebeneinanderherleben möglich sei, solange würde sich an der Spaltung in der Patientengruppe nichts wirklich ändern.

In dieser Situation brachte uns der Besuch der Tagesklinik Hamburg-Eppendorf eine wichtige Anregung: Die Hamburger nämlich berichteten uns, daß sie keinerlei getrennte Gruppentherapien anböten, sondern alle Patienten unabhängig von der diagnostischen Zuteilung in gemeinsamen Gruppen zusammenfaßten. Grundgedanke sei dabei, jeder Patient habe jedem irgendetwas zu sagen, jeder löse in jedem etwas aus, was zu bearbeiten sich lohne und was mit eigener Problematik zu tun haben könne.

Diese Anregung führte zu langen Diskussionen in unserem Team. Es gab eifrige Verfechter dieser neuen Verfahrensweise, es wurden bei anderen auch

Ängste laut: Würde der Druck in gemeinsamen Gruppen für die psychotisch Erkrankten nicht zu groß, das Klima nicht zu „dicht“? Müssen wir mit psychotischen Überflutungen und Dekompensationen rechnen? Würden psychotisch Erkrankte gegenüber den oftmals verbal stärkeren Krisenpatienten nicht zu kurz kommen? Würde inadäquates Verhalten der psychotischen Patienten nicht den Gruppenprozeß stören? Die Bereitschaft zur offenen Teilnahme an den Gruppensprachen sinken lassen? Hinter diesen und ähnlichen Einwänden gegen das mögliche neue Konzept standen sicher auch eigene narzißtische Bedürfnisse einzelner Teammitglieder nach tiefergehender, differenzierterer Gruppentherapie.

Trotz aller dieser Einwände war jedoch allen Teammitgliedern im Prinzip deutlich, daß in der bisherigen Form nicht sinnvoll weitergearbeitet werden könnte. Es wurde daher nach breiter Diskussion beschlossen, daß in Zukunft in zwei parallel laufenden Patientengruppen Reha- und Krisenpatienten gemeinsam arbeiten sollten. Die Gruppenzuteilung sollte zufällig nach Maßgabe möglichst gleich starker Gruppen erfolgen, lediglich sollte darauf geachtet werden, daß Krisenpatienten und Rehapatienten sich in den einzelnen Gruppen einigermaßen die Waage hielten. Seither, seit knapp 1 1/2 Jahren, läuft bei uns ein für alle Patienten gemeinsames Programm: Reha- und Krisenpatienten sitzen gemeinsam in den Aussprachegruppen, ebenso werden aber auch die sozialen Trainings- und BT-Gruppen von allen Patienten gemeinsam besucht.

Für das therapeutische Team war die Arbeit damit inhaltlich sicher nicht leichter geworden, andererseits ist die Gefahr einer inneren Spaltung durch die gleichgewichtigeren Arbeitsverteilung nicht mehr so groß. Es zeigt sich nämlich, daß die Trennung beider Patientengruppen heute unschärfer wird, daß die Mitglieder beider Gruppen einander mehr „wahrnehmen“, daß man sich auseinandersetzt, daß durch vermehrte Bezogenheit der beiden Patientengruppen aufeinander z. B. die Gefahr der „stummen Diskriminierung“ der Rehapatienten geringer geworden ist, daß persönliche Auseinandersetzung zwischen Mitgliedern beider Gruppen durchaus Gewinn für beide Teile erbringt.

Eine wichtige Aufgabe in der gemeinsamen Gruppenarbeit ist, immer wieder zu erspüren, wenn ein Rehapatient von Krisenpatienten regelrecht „benutzt“ wird, um eigene Konflikte und Schwierigkeiten an diesem indirekt „abzuarbeiten“. Eine solche Tendenz zum Benutzen von Rehapatienten steht im Dienste der eigenen Abwehr, wenn z. B. endlos über das Fehlverhalten solcher Patienten diskutiert und damit Arbeit an eigener Problematik vermieden wird. Die ständige Aufgabe der Therapeuten ist es, dieses zu erspüren, den Rehapatienten rechtzeitig zu stützen und die eigenen Anteile dem beteiligten Mitpatienten zurückzuspiegeln.

Aus dieser Anforderung aus den inhomogen zusammengesetzten Therapiegruppen erwächst eine hohe Beanspruchung des therapeutischen Personals. Ohne eine dichte Supervision ist diesem Anspruch kaum über längere Zeit nachzukommen. Wir haben es uns zur Regel gemacht, daß neben Therapeut und Co-Therapeut, die die Gruppe leiten, immer ein weiteres Teammitglied als

Beobachter außerhalb der Gruppe sitzt und alternierend die Gruppentherapie zusätzlich oberärztlich supervidiert wird. Jede Gruppe wird intensiv vor- und nachbesprochen, wobei wir großen Wert darauf legen, uns in dieser Aufarbeitung auch mit unserer eigenen Betroffenheit, mit unseren eigenen Anteilen die durch die Problematik der Patienten angerührt werden, auseinanderzusetzen. Nur so glauben wir, genügend dicht am Erleben unserer Patienten zu sein, um rechtzeitig zu erfahren, wie lange wir fordern und wann wir stützen müssen.

Auf diese Weise haben wir es bislang vermeiden können, daß trotz einer recht dichten Atmosphäre in den Therapiegruppen ein Patient aus der Gruppentherapie heraus z. B. mit einer psychotischen Exacerbation reagierte, auch hatten wir bislang keine Suicidé oder Suicidversuche in der Tagesklinik zu verzeichnen. Dabei muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß Patienten, die mit einer akuterer psychotischen Symptomatik im Sinne der oben erwähnten Krisenintervention direkt von außen zu uns aufgenommen werden, nicht immer von Anbeginn an den Aussprachegruppen teilnehmen, sondern, wenn nötig und möglich, oft zunächst einer Einzelbetreuung zugeführt werden.

Ich will diese kurze Darstellung unserer bisherigen Arbeitsweise und unseres Werdegangs in der zweigleisigen Tagesklinik abschließen, indem ich noch einmal einige Chancen und Schwierigkeiten dieser Arbeitsweise einander gegenüberstelle:

Als Chance oder Gewinn hat sich uns ergeben:

a) Das therapeutische Milieu wird „normaler“, die einzelnen Patientengruppen, insbesondere die psychotischen Patienten, kommen aus ihrem Ghetto-Dasein heraus.

b) Es erfolgt eine Aufwertung der Psychotikerguppe. Die oftmals große Sensibilität psychotischer Patienten und deren Gespür für verborgene Gefühlsinhalte mit oft direktem Ansprechen derselben „umgeht“ oft lange Abwehrmanöver der Krisenpatienten, trifft diese „auf den Punkt“, so daß diesen die Bearbeitung unmittelbarer möglich ist.

c) Die oftmals mehr im Konkreten, Alltäglichen liegende Problematik der Rehapatienten fördert ein Klima verstärkter „Hier-und-Jetzt-Arbeit“, fordert und hilft auch Krisenpatienten, sich im Gegensatz zu vertiefter „Nabelschau“ mehr mit eigenem Verhalten und alltäglichen Situationen auseinanderzusetzen, an „kleinen Schwierigkeiten kleine Schritte zu üben“.

d) Die Rehapatienten erfahren eine vermehrte Realitätskontrolle.

e) Alle Teammitglieder arbeiten in ähnlich zusammengesetzten Gruppen, einer Polarisierung im Team wird damit vorgebeugt.

Chance und Schwierigkeit der zweigleisigen Arbeit zugleich sind die sehr hohen Anforderungen an Einfühlvermögen, aber auch Abgrenzung, an Ausdauer und Durchhaltevermögen des therapeutischen Teams. Immer wieder treten bei Teammitgliedern Phasen von Erschöpfung und Resignation auf.

Ohne „funktionierendes“ Team, ohne genügende gegenseitige Offenheit und gegenseitiges Vertrauen, ohne Bereitschaft zur gegenseitigen Stütze aber auch zur offenen gegenseitigen Rückmeldung ist u. E. die Arbeit im oben erwähnten Sinne kaum möglich. Wenn es jedoch gelingt, in der oben geschilderten Form über längere Strecken in diesem Sinne zu arbeiten, dann ist die Atmosphäre gegenseitiger Bezogenheit für alle in der Tagesklinik vertretenen Gruppen einschließlich der Teammitglieder gewinnbringend.

An Schwierigkeiten und Gefahren will ich

a) die sogenannte Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Emotionen der Mitglieder anführen. Diese kann bei drohender Überschwemmung psychotischer Patienten mit eigenen andrängenden Impulsen zur Notwendigkeit paranoid-halluzinatorischer Abwehr, mithin zu einer Exacerbation der Psychose führen. Das therapeutische Team ist somit ständig gefordert, aufkommende Gefühlsquantitäten früh und rechtzeitig zu erkennen, stützend einzugreifen, Emotionen auf mehrere Patienten zu verteilen und damit gegenseitige Stütze zu ermöglichen, Probehandeln rechtzeitig, z. B. im Rollenspiel an „nicht so gefährlichen Objekten“ zu initiieren. Wir sind uns dennoch bewußt, daß mit der Gefahr psychotischer Exacerbation bei dieser Form der gemeinsamen Gruppenbehandlung eher zu rechnen ist, als bei getrennter Therapie.

b) Der Übergang in die zweigleisige Tagesklinik mit gemeinsamem Therapieprogramm fällt vielen Krisenpatienten oft im Beginn nicht leicht. Zu unvorhergesehen trifft es sie oft, daß sie mit psychotischen Patienten in einer gemeinsamen Therapie sitzen, sich mit diesen austauschen sollen. Vorbestehende innere Barrieren können oft nicht ganz schnell aufgegeben werden. Auch aus diesem Grunde haben wir die anfänglich starre 4-Wochen-Regelung für Krisenpatienten mit Beginn der gemeinsamen Therapie aufgegeben. In der Regel gestehen wir den Krisenpatienten heute eine 6- bis 8-wöchige Behandlung zu, wobei wir nach einer 1- bis 2-wöchigen „Anwärmphase“ den endgültigen Entlassungstermin mit dem Patienten zusammen fest definieren.

Ich will zum Schluß kommen. Nach den bislang bei uns gemachten Erfahrungen glauben wir sagen zu können, daß Kriseninterventions- und Rehabilitationsarbeit in einer psychiatrischen Tagesklinik durchaus gleichzeitig zu leisten sind, wenn ein funktionierendes Team, bereit zu gegenseitiger Stütze, aber auch Offenheit, sich gefunden hat, wenn regelmäßige Supervision gewährleistet ist und wenn schließlich unabdingbar das Team auch stellenplanmäßig einigermaßen bevorzugt besetzt ist.

Ich habe die Entwicklung unserer Tagesklinik, auch die Chancen und Schwierigkeiten unseres Modells hier nur kurz anreißen können. Insgesamt können wir sagen daß die Chancen für beide Patientengruppen bei gemeinsamer Therapie die durchaus vorhandenen Schwierigkeiten und Gefahren deutlich überwiegen.

Diagnosenprofil Aufnahmen Tagesklinik 1. 1.—31. 12. 81

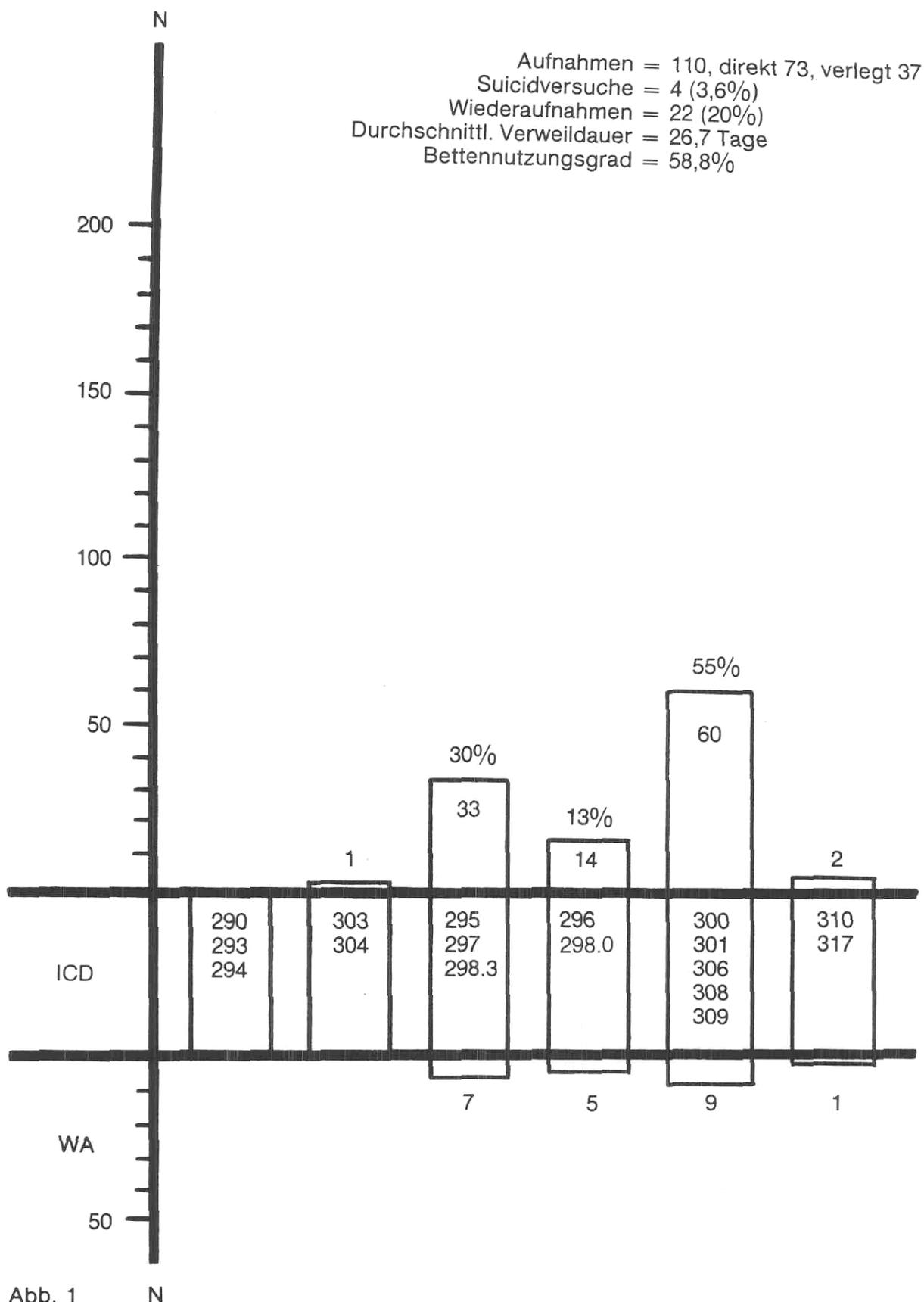


Abb. 1

Altersverteilung Aufnahmen Tagesklinik 15. 10. 80—31. 12. 81

Σ = 127
 gesamt = 
 ♂ = 
 ♀ = 

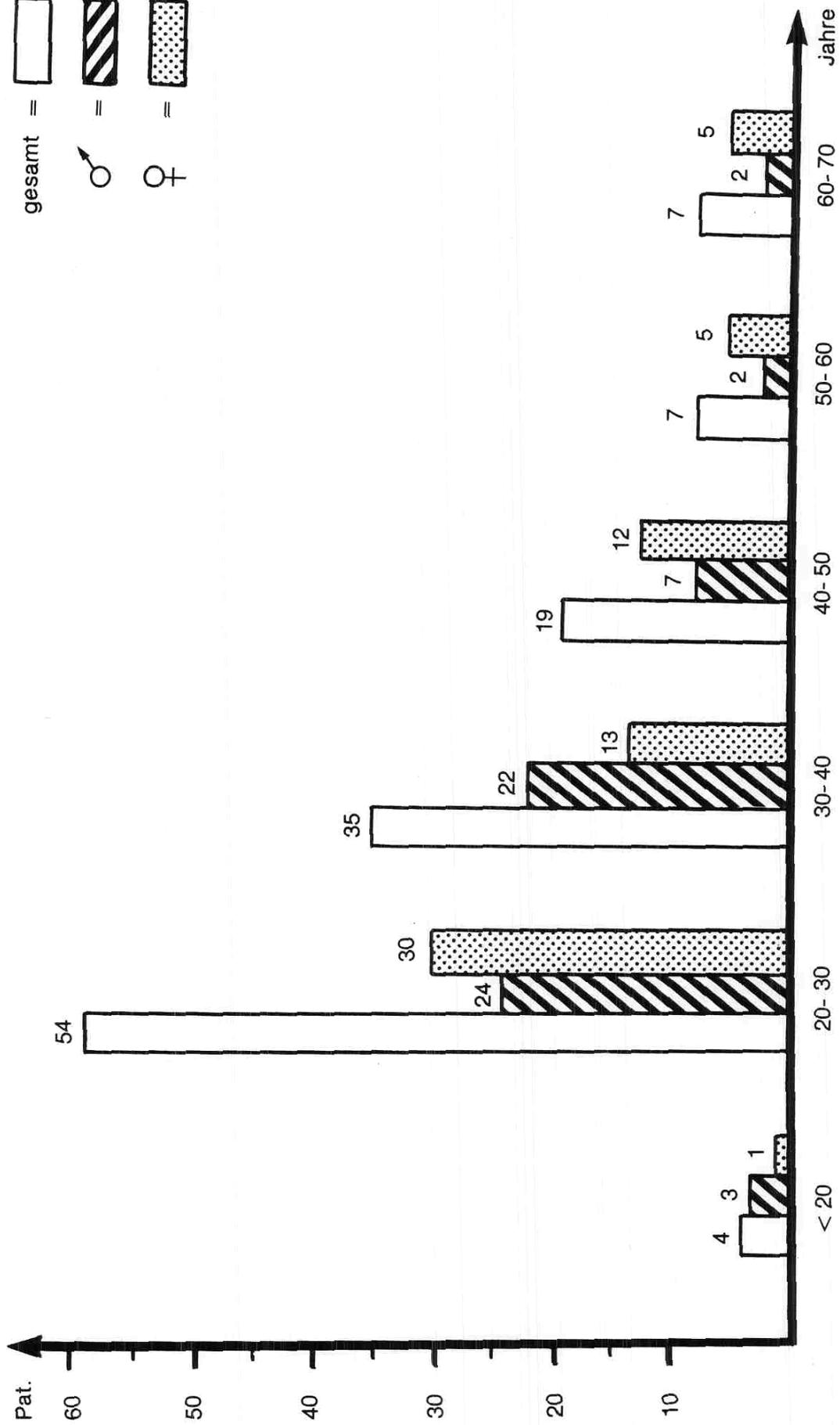


Abb. 2

Schulische Vorbildung der Patienten:

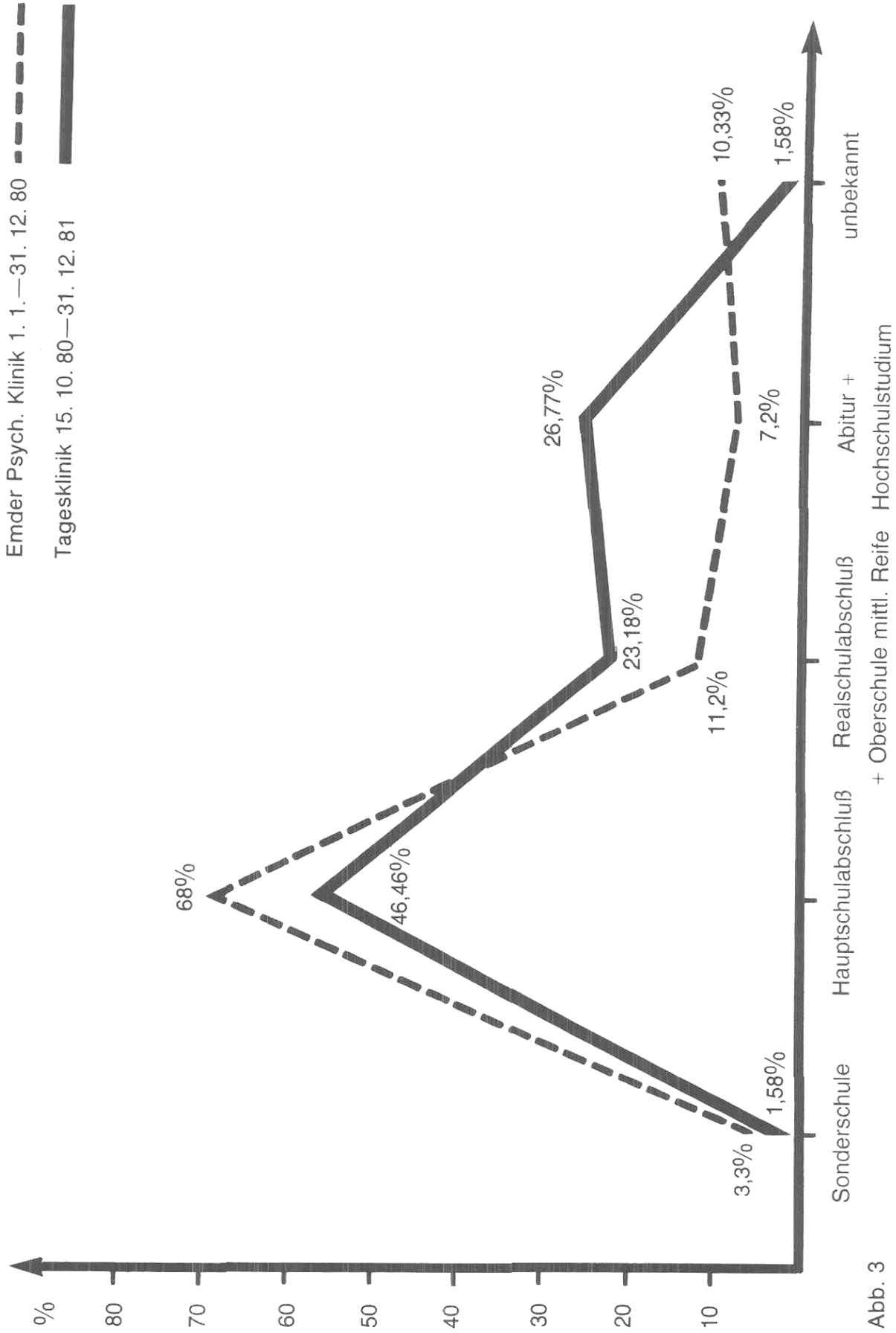


Abb. 3

Berufliche Herkunft der Patienten:

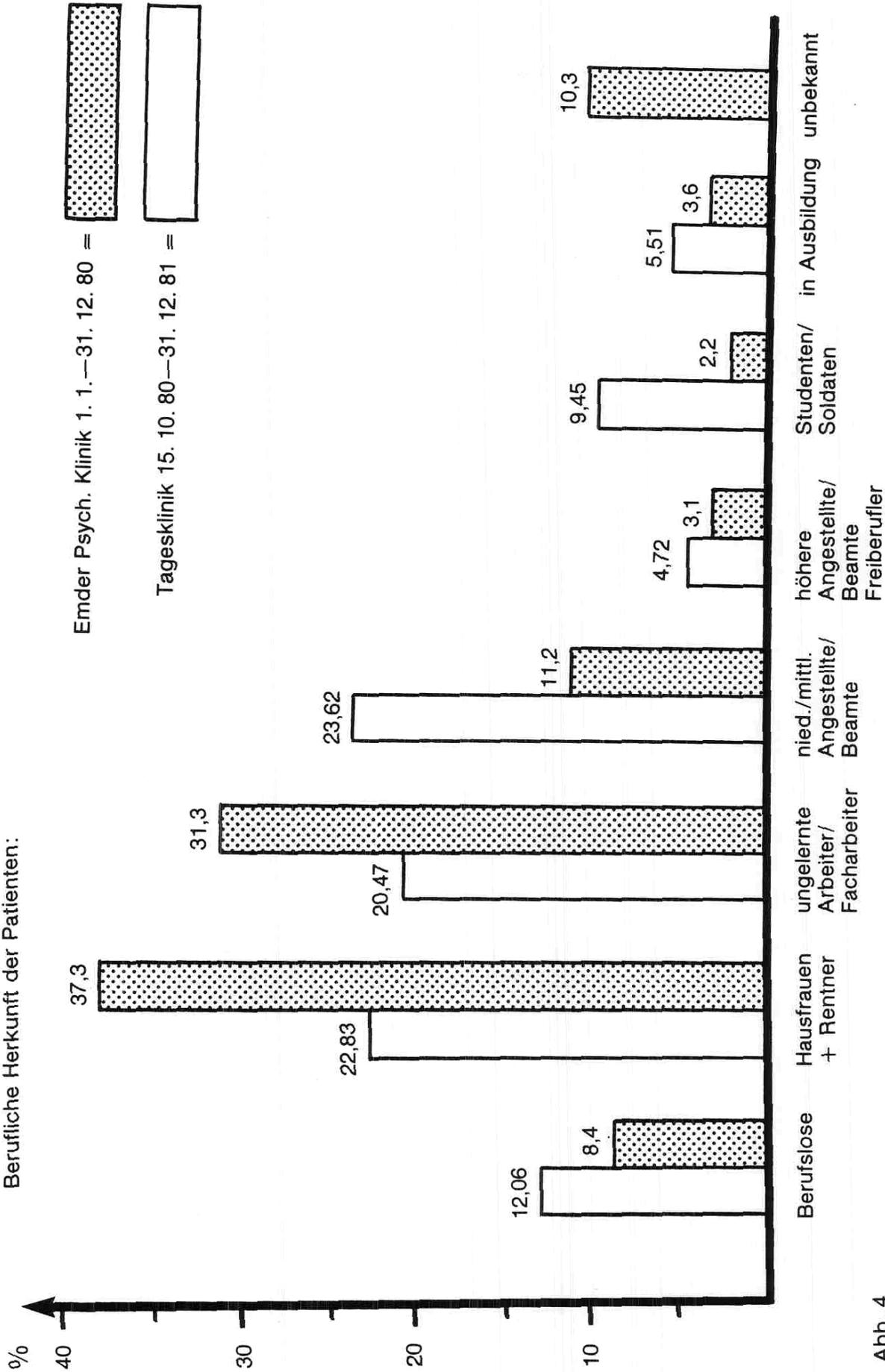


Abb. 4

Zuweisungsmodus aller Tagesklinikpatienten ($\Sigma = 127$) 15. 10. 80—31. 12. 81

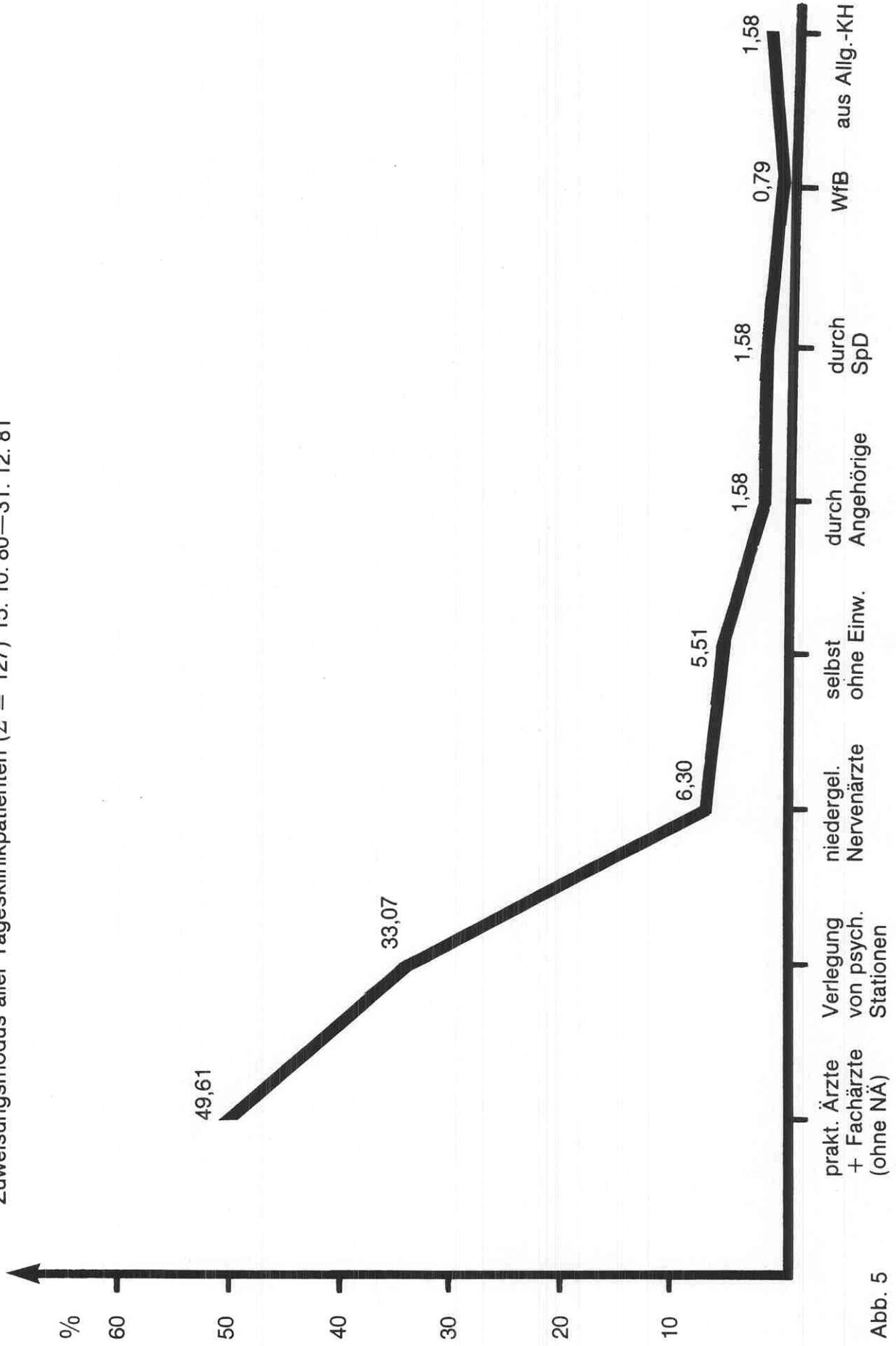


Abb. 5

Abb. 6

Tagesklinik-Wochenplan					
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
9.00 Uhr	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde
9.30 Uhr	Abwaschen	Abwaschen	Abwaschen	Abwaschen	Abwaschen
10.00 Uhr	Gesprächsgruppe	Behördengänge/ Außenaktivitäten	Gesprächsgruppe	Koch- und Backgruppe	Gesprächsgruppe
11.15 Uhr – 11.45 Uhr	Bewegungs- u. Ent- spannungsübungen	Mittagspause	Bewegungs- u. Ent- spannungsübungen	Bewegungs- u. Ent- spannungsübungen	Bewegungs- u. Ent- spannungsübungen
12.00 Uhr – 14.00 Uhr	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
14.00 Uhr – 16.00 Uhr	Beschäftigungs- therapiegruppe	Beschäftigungs- therapiegruppe	Beschäftigungs- therapiegruppe 15.15 – 15.30 Uhr Beschäftigungs- therapie- besprechung	Außenaktivitäten	Freies Werken
16.00 Uhr	Teerunde	Teerunde	Teerunde	Teerunde	Teerunde
16.30 Uhr	Aufräumen	Aufräumen	Aufräumen	Aufräumen	Aufräumen

Jeden Nachmittag finden nach Bedarf Einzelgespräche statt – 19.00 Uhr Angehörigen-Gruppe

Die Tagesklinik als Alternative zur vollstationären Behandlung

H. Heise

Mit meinem Referat möchte ich die Tagesklinik als therapeutische Institution vorstellen, die in der Lage ist, die Behandlung von psychiatrischen Patienten zu übernehmen und damit eine psychiatrische Hospitalisierung zu ersetzen. Als ich daranging, meine Überlegungen zu diesem Thema zu ordnen, kreisten meine Gedanken immer wieder um das Wort Alternative. Alternativ hat heutzutage einen starken Beiklang bekommen, ist zum Modewort für die einen, zum Reizwort für die anderen geworden. An sich ist die Bedeutung eine neutrale: Freie Entscheidung zwischen zwei Möglichkeiten, Möglichkeit des Wählens zwischen mehreren Möglichkeiten; und Zweitmöglichkeit. Es ist klar, daß eine freie Wahl nur dort stattfinden kann, wo eine ausreichende Kenntnis über die beiden Möglichkeiten besteht. Für unser Thema, nämlich Tagesklinik oder Vollhospitalisation heißt das, daß Therapeut und Patient nur dann eine gute Entscheidung treffen können, wenn sie über die Behandlungsformen ihrer lokalen Klinik und ihrer lokalen Tagesklinik ausreichend Bescheid wissen. Nun zur aktuellen Konnotation des Wortes alternativ im Sinne von menschlicher, lebenswerter. Ich bin tatsächlich der Auffassung, daß die Tagesklinik oftmals die bessere Lösung ist. Sie ist gemeindenäher und berücksichtigt den Grundsatz der Mental-Health-Bewegung, die Therapie im „the least restrictive setting“, also mit so wenigen Restriktionen wie möglich durchzuführen.

Unsere Tagesklinik befindet sich mit ihren Räumlichkeiten in einem modernen, zweckmäßigen Gebäude, das auch psychiatrische und sozialpsychiatrische Ambulatorien beherbergt, recht zentral in der Stadt Bern. Organisatorisch gehört die Tagesklinik zur Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern. Das Team der Tagesklinik ist klein: Eine Psychiatrieschwester, eine Ergotherapeutin, eine Sozialarbeiterin, ein Erwachsenenbildner, ein Assistenzarzt und ein Oberarzt zu etwa 50%. Einige Stunden pro Woche ist noch ein Bewegungstherapeut bei uns tätig. Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen ist nicht ganz einfach. Der sozialpsychiatrische Ansatz — Verhaltensweisen des Einzelnen im Kontext seiner Gemeinschaft zu verstehen, ohne deshalb die Nosologie zu ignorieren — hilft uns dabei, natürlich auch die Kontinuität der Zusammenarbeit und die Supervision.

Bis maximal 18 Patienten können wir aufnehmen. 1981 betreuten wir 84 Patienten, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 60 Tage.

Am Beginn der Behandlung steht das Aufnahmegespräch, das vom Arzt und einem weiteren Teammitglied mit dem Patienten geführt wird. Häufig nehmen auch noch Angehörige teil oder Therapeuten bzw. Betreuungspersonen. In

diesem Gespräch streben wir eine Übereinstimmung über die Ziele der Behandlung an, und vereinbaren eine ungefähre Behandlungsdauer. Das sorgfältig geführte Aufnahmegespräch ist ein erster und wichtiger Schritt im Therapievertrag. Die Behandlung in der Tagesklinik ist einerseits allgemein, andererseits auf jeden einzelnen Patienten hin ausgerichtet. Allgemeine Behandlung, damit meine ich das Leben in der Gemeinschaft, die verschiedenen Kontakte und Konflikte sowie die Arbeiten, die verrichtet werden müssen. Es wird gekocht, Geschirr gewaschen, die Räume müssen gereinigt werden, und die Aufgaben werden untereinander verteilt. Jeden Morgen sitzen wir gemeinsam an unseren großen runden Tisch und finden uns zum Morgengespräch ein, in welchem alles Platz hat, was einen beschäftigt. Neben der Milieuthherapie hat jeder Patient seine spezifische Behandlung, die vom Arzt und Personal durchgeführt wird. Ein Therapieplan wird kurz nach Eintritt des Patienten entworfen und der Verlauf allwöchentlich reflektiert. Elemente dieser patientenzentrierten Therapie sind stützende oder Einsicht vermittelnde Gespräche, Familientherapie, Psychopharmaka, Training von Durchhaltevermögen oder sonstigen sozialen Fertigkeiten, soziale Abklärungen und Interventionen. All dies entwickelt sich je nach Abmachung aus dem Potential der Tagesklinik heraus oder in Zusammenarbeit mit externen Therapeuten.

Einige Zahlen und Fakten: 1981 haben wir 84 Patienten im Alter von 17—68 Jahre (Durchschnittsalter 34) behandelt. In der psychiatrischen Klinik unserer Spitalregion wurden ungefähr 20 mal so viele Patienten behandelt, nämlich 1736. Von unseren Patienten hatten 55% (46) die Diagnose einer Schizophrenie und 63% (53) diejenige einer nicht organischen Psychose. 35% (29) hatten nichtpsychotische, psychische Störungen, also Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Psychotiker und Neurotiker sind bei uns prozentual stärker vertreten als in der psychiatrischen Klinik, dafür sind andere Patientengruppen (Psychoorganiker, Oligophrene und Süchtige) nicht in unserer Behandlung. Die Psychotiker sind bei uns in etwa gleich großer prozentualer Häufigkeit wie in unserem sozialpsychiatrischen Ambulatorium. Die Zuweisung der Patienten erfolgte zu 38% aus den verschiedenen Institutionen des sozialpsychiatrischen Dienstes. 28% kamen aus einer psychiatrischen Klinik, 11% durch den psychiatrischen Notfalldienst, 8% durch niedergelassene Ärzte, weitere 8% von selbst oder durch Angehörige und 7% aus einem Spital. Bei unseren Patienten erfassen wir die Arbeits- und Wohnverhältnisse bei Eintritt, und wir beschreiben den Lebensbereich, in dem sich die psychische Dekompensation vor allem bemerkbar macht. Unsere Erwartungen bezüglich der Therapieziele und Dauer haben wir jeweils festgehalten. Bei Austritt vergleichen wir, ob wir die Ziele erreicht haben, und daran sowie an den objektivierbaren Veränderungen im Wohn- und Arbeitsbereich können wir in Ansätzen den Erfolg unserer Arbeit messen.

Inwiefern kann nun die Tagesklinik eine Alternative zur Klinik darstellen? Als Aufgaben der Klinik werden von verschiedenen Autoren (z. B. DINGMAN im Buche „State Mental Hospitals“, AHMED u. PLOG, 1976 N.Y.) die folgenden Funktionen bezeichnet: 1. Abstand bieten und Ruhepause für den Patienten

gewähren. 2. Behandlung sicherstellen. 3. Schutz des Individuums vor der Umwelt und vor sich selbst. 4. Schutz der Umwelt vor dem Individuum. 5. Langzeitbetreuung schwerst Kranker. Dazu kommen noch 6. Ausbildungstätigkeit und 7. Forschungstätigkeit.

Die Tagesklinik kann nicht so vielfältige Aufgaben übernehmen. Sie kann vor allem nicht dort schützen, wo Schutz durch Abschirmung erreicht wird. Sie kann nur diejenigen behandeln, die dies auch wünschen oder zumindest geschehen lassen. Das Angebot der Tagesklinik umfaßt also einen relativen Schutz, eine intensive Behandlung und eine begrenzte Behandlungsdauer. Die Stärke der Tagesklinik sehe ich in zwei Bereichen: Zum einen in der Behandlung durch ein eingespieltes, erfahrenes Team in einem überschaubaren Rahmen. Zum anderen in dem partiellen Schutz, den sie den Patienten gewährt.

Ein Beispiel: Das 18jährige Mädchen aus bürgerlichem Haus ist die älteste Tochter, ihr Vater ist Naturwissenschaftler, ihre Mutter Musikerin, die Eltern leben in einer permanent angespannten Beziehung. Die Patientin war in der Vergangenheit einige Male psychotisch dekompenziert und jeweils in der psychiatrischen Klinik hospitalisiert worden. Sie macht nun die Ausbildung an einer Musikschule, bestand gerade eine Zwischenprüfung und wollte in den Semesterferien Geld verdienen. Kurzfristig klappte es mit der versprochenen Stelle nicht, und daraufhin fiel sie in ein „Loch“. Sie blieb lange im Bett, bedrängte ihre Eltern, teils aggressiv, teils zärtlichkeitssuchend, redete weitschweifig und phantastisch, und geisterte nachts durchs ganze Haus. Sie war in ihrer Verfassung daheim nicht mehr tragbar und kam in unsere Tagesklinik. Der geregelte Tagesablauf gab ihr äußeren Halt, sie fand Zuhörer und auch Kritiker ihrer Gedankengänge. Daheim ging es rasch besser, nachdem wir mit der Patientin und den Eltern Regeln für das Zusammenleben erarbeitet hatten und diese auch kontrollierten. Nach drei Wochen trat sie aus der Tagesklinik aus, machte noch eine kurze Ferienreise und setzte dann ihre Ausbildung fort.

Eine andere Situation: Ein Mittvierziger, verheiratet, mit zwei Kindern, ist chronisch psychotisch und hat seine frühere Arbeitsstelle als qualifizierter Arbeiter verloren. Er ist immer noch im gleichen Betrieb beschäftigt, kann jedoch nur noch einfachste Verrichtungen ausführen. Nun geht auch das nicht mehr. Während des Tagesklinikaufenthaltes werden die Verhältnisse am Arbeitsplatz genau abgeklärt, und es stellt sich heraus, daß eine Versetzung des Patienten sinnvoll ist. Zugleich wird die medikamentöse Therapie dem vorherrschenden Syndrom gemäß abgeändert. Der Patient bekommt bei uns Zuwendung, tankt etwas Selbstvertrauen und bleibt doch in seiner Familie daheim. Nach ungefähr zwei Monaten kann er in einer geschützten Werkstätte anfangen, wo die Arbeit seinem Leistungsvermögen entspricht.

Diese Kurzberichte zeigen Patienten in Situationen der Dekompensation. Eine ambulante Behandlung reichte in beiden Fällen nicht mehr aus. Die umfassendere Therapie hatte in der Klinik oder in der Tagesklinik zu erfolgen. Hier wurde von den einweisenden Ärzten die Tagesklinik gewählt, was den Patienten erlaubte, trotz wirkungsvoller Behandlung in ihrem sozialen Umfeld zu bleiben.

Der therapeutische Eingriff wurde nicht überdosiert, der Schock der Hospitalisierung wurde ihnen erspart und doch erhielten sie einen ausreichenden Schutz.

Der partielle Schutz der Tagesklinik bedeutet, gleichzeitiges „Patientsein“ in einer Institution und „Nicht-Patientsein“ oder „soziales Wesen sein“ in der gewohnten Umgebung. Unsere Patienten sind gleichsam doppelt verankert im therapeutischen Milieu und in ihrer Primärgruppe. Das soziale Umfeld der Patienten besitzt oftmals supportive Eigenschaften und vermittelt den Patienten Sicherheit, Vertrautheit und Beständigkeit. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Leidensschwerpunkt des Patienten außerhalb der Primärgruppe liegt, zum Beispiel bei Arbeitsstörungen oder bei endogenen Erkrankungen. Die Tagesklinik und die Familie helfen dem Patienten in partnerschaftlicher Weise. Andererseits bestehen aber häufig Spannungen zwischen dem Patienten und seinen unmittelbaren Mitmenschen. Dieser Konfliktbereich wird durch eine Teilhospitalisierung entschärft, die Tagesklinik entlastet hier den Patienten und seine Familie, und dies ist in der Regel bereits eine wirkungsvolle Hilfe. Ich will in diesem Zusammenhang die Untersuchungen von VAUGHN und LEFF sowie BROWN und Mitarbeitern erwähnen, die zeigten, daß die Rückfallgefahr für Schizophrene in emotional belastenden Familien geringer ist, wenn der direkte Kontakt weniger als 35 Stunden pro Woche beträgt (Rückfallgefahr bei high EE-Familien über 35 Stunden pro Woche = 71%, bei high EE-Familien unter 35 Stunden pro Woche 28%). Nebst der Reduktion der konflikthafter, familiären Interaktionen erfolgt immer auch eine therapeutische Bearbeitung des Spannungsfeldes. Der Einstieg in diese Therapie wird unter den Bedingungen der Tagesklinik erleichtert. Täglicher Kontakt zwischen Patienten und seinen Angehörigen läßt es nicht zu, daß familiäre Konflikte verdrängt oder abgespalten werden, auch der Therapeut kann sie nicht aus den Augen verlieren. Das Einbeziehen der Angehörigen in die Behandlung ist naheliegend, und es ergeben sich die vielfältigsten Berührungspunkte; so ruft uns z. B. eine Mutter an, um mitzuteilen, daß ihr Sohn nicht in die Tagesklinik kommen werde. Er habe ihr gesagt, daß ihm schlecht sei, sie wisse aber nicht ob dies stimme oder ob er sie anlüge. Wir haben dann die Familie einbestellt, um gemeinsam herauszufinden, was das Vertrauensverhältnis zwischen Mutter und Sohn so belastete.

Die Vorteile der Tagesklinikbehandlung sind offenkundig. Die Selbständigkeit der Patienten in verschiedenen Lebensbereichen bleibt erhalten. Sie kommen mit öffentlichen oder privaten Verkehrsmitteln zu uns, sie durchqueren die Stadt und legen einen Arbeitsweg zurück. Auf dem Heimweg verrichten sie Einkäufe, und sie bleiben im Kontakt mit dem Leben draußen. Die Tagesklinik ist eben keine totale Institution und Wohnen, Freizeit und Arbeit, wobei die Arbeit der Patienten ihre Therapie ist, spielen sich in verschiedenen Umfeldern ab. Der Rahmen der Tagesklinik selbst ist klein und für alle überschaubar. Die Anzahl der Patienten und die Konstanz der Betreuer lassen persönliche Beziehungen zu. Die Beziehungen zwischen Patienten und einzelnen Mitarbeitern werden gefördert und sind die Basis der Behandlung. Das Verhältnis der Patienten zueinander ist das von Gruppenmitgliedern. Das therapeutische Ziel

jedes Patienten wird zumindest in allgemeinen Zügen offen besprochen, die Krisen des einzelnen, aber auch deren Überwindung, werden von der Gruppe beobachtet und miterlebt. Die Überschaubarkeit der Tagesklinik und die Verlässlichkeit der Mitarbeiter scheinen mir therapeutisch von größter Bedeutung zu sein. Die Patienten können sich daran orientieren und auch die praktizierenden Psychiater und die Kollegen im Ambulatorium finden sich mit uns zurecht. Eine therapeutische Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Therapeuten und uns ist möglich. Die Patienten werden bei uns nicht „abgegeben“ und am Ende der Hospitalisierung „übernommen“, sondern der Therapieplan wird oftmals gemeinsam erarbeitet, und auf die Kontinuität der Behandlung wird geachtet.

Nun werde ich auch auf Minuspunkte hinweisen, welche in Form von Einschränkungen und Gefahren vorhanden sind. Der wohl größte Nachteil der Tagesklinik ist die begrenzte Indikationsbreite. Patienten müssen über ein ausreichendes Maß an Eigenverantwortlichkeit verfügen, andernfalls können sie nicht an dieser teilstationären Behandlung teilhaben. Es ist also eine Alternativlösung nur für eine eingeeengte Patientengruppe. Allerdings erweitert sich diese Population, wenn die Frage der Tagesklinikbehandlung nicht nur zu Beginn der Erkrankung, sondern auch im Verlauf einer intensiven psychiatrischen Behandlung gestellt wird. So kamen im Jahre 1981 28% (23 Patienten) aus einer psychiatrischen Klinik und 7% (6 Patienten) aus einem sonstigen Krankenhaus. Die vorangegangene Hospitalisation diente jeweils der Behandlung der akutesten Phase und dauerte in der Regel nicht länger als einige Wochen (3 Patienten waren jedoch mehrere Monate und 1 Patient mehrere Jahre in der Klinik gewesen). Diese Form der Zusammenarbeit, zunächst Vollhospitalisation, dann Tagesklinikbehandlung, ist bei guten Kontakten zwischen den Ärzten der verschiedenen Institutionen und bei gegenseitiger Information erfolgreich.

Es gibt dann aber auch schwerkranke Patienten, die über ein geringes Heilungspotential verfügen und mit ihren langwierigen Verläufen die therapeutischen Möglichkeiten der Tagesklinik überfordern. Oft wird dies erst nach längerdauernden Bemühungen, nach Rückfällen und nach Niedergeschlagenheit des therapeutischen Teams klar. 1981 mußten wir 16% der behandelten Patienten in eine psychiatrische Klinik überweisen (14 Patienten).

Auch in der Tagesklinik besteht die Gefahr der Chronifizierung. Es handelt sich zumeist um Patienten, die sich gut damit abfinden, tagsüber in einem therapeutischen Milieu zu sein und daneben an den Abenden und Wochenenden ihr Privatleben zu besitzen. Der Hospitalismus in der Tagesklinik ist eine besondere Herausforderung für uns Therapeuten. Es liegt nicht nur am Patienten, auch wir finden mitunter die Tagesklinik menschlicher als einen monotonen Arbeitsplatz, und wir gewöhnen uns an die Anwesenheit des Patienten, anstatt sie in Frage zu stellen.

Nach unserer Erfahrung gibt es Patientengruppen, die in besonderem Maße von der Alternativbehandlung in der Tagesklinik profitieren können: Jugendli-

ehe, die in der Leaving-Home-Situation psychotisch dekompenziert sind. Ihre Ablösung ist in der Regel übereilt erfolgt, sie haben keine ausreichende Autonomie entwickelt, und sie benötigen Unterstützung für diese Reifungsschritte. Wenn diese Jugendlichen während oder nach einer psychotischen Dekompensation in die Tagesklinik kommen, wohnen sie zumeist wieder in der elterlichen Wohnung und wir arbeiten mit ihnen daran, den Auszug von daheim langsam zu vollziehen und schrittweise selbständiger zu werden. Dieser Prozeß wird dadurch gefördert, daß in der Tagesklinik zumeist eine Peer-Group von Jugendlichen ist, welche den Einzelnen unterstützt. Eine zweite Kategorie von Patienten sind diejenigen, die durch ihre Erkrankung die Arbeit verloren oder zumindest unterbrochen haben. Das Programm der Tagesklinik wird zum Ersatz für den Arbeitstag und tangiert das Selbstgefühl der Patienten weniger als eine Vollhospitalisation. Häufig reicht schon ein kurzer Aufenthalt zum Sammeln der Kräfte, und der Patient kann seine Arbeit wieder aufnehmen. Drittens die vereinsamten Patienten. Diese zumeist älteren Menschen, getrennt oder verwitwet, haben sich nach einem enttäuschenden Erlebnis depressiv zurückgezogen und sind schließlich isoliert. Im Verlaufe einer Tagesklinikbehandlung öffnen sie sich langsam ihren Mitpatienten gegenüber, und es entwickeln sich oftmals Beziehungen, die über die Behandlung hinweg andauern.

Diskussion zur Aufgabenstellung der Tagesklinik

Moderation: C. Kulenkampff

(gekürzte Fassung)

Kulenkampff: Wir sind heute nachmittag mit der konkreten Realität einzelner Einrichtungen konfrontiert worden. Mir fällt dabei auf, daß sich offenbar ein sehr breites Spektrum von Variablen zeigt, wie jeweils tagesklinische Aktivität gehandhabt wird. Wir haben hier ein Modell von einer sehr spezialisierten Krisenintervention, aber auch als integriertes Element in einen klinischen Betrieb. Wir haben eine tagesklinische Einrichtung, die man eigentlich eher als ein Rehabilitationszentrum bezeichnen könnte, bishin zum Arbeitstraining und berufsfördernden Maßnahmen in allen möglichen Abschattierungen und schließlich eine Tagesklinik im Rahmen einer sozialpsychiatrischen Klinik, die über noch sehr viel andere Einrichtungen verfügt, nämlich Wohnheime, eine benachbarte Klinik, ambulante Dienste, also ein ganzes Netz von Angeboten hat, in der die Tagesklinik nur ein Element ist. Das ist ein Gesichtspunkt, der vielleicht heute früh in der Diskussion gar nicht ins Bewußtsein drang, weil wir hier die Tagesklinik eher als ein isoliertes Gebilde gesehen haben, jetzt aber gezeigt bekommen haben, daß es auch in den Systemen von Krisenintervention, klinischer Tätigkeit und Rehabilitation ein tagesklinisches Element geben sollte, sicher dann als Ersatz für das Bett. Nun werden wir morgen noch etwas über die sogenannten isolierten Tageskliniken erfahren. Das wollen wir nicht vorwegnehmen. Aber ich würde denken, daß die Diskussion an diesem Punkt ansetzen sollte. Es sind übrigens alle Einrichtungen, die Ambulanzen haben, bei denen also der Anlaufpunkt aus der Ambulanz gegeben ist und die Kooperation mit den ambulanten Diensten immerzu, sowohl im Hereinkommen als auch in der Nachsorge, offensichtlich gegeben ist. Das nur vorweg, um das Problemfeld zu zeigen.

Degkwitz: Ich habe eine informatorische Frage an Herrn Heise: Wenn ich richtig gerechnet habe, sind auch Sie innerhalb Ihres ganzen Netzes psychiatrischer Versorgung, in dem Ihre Tagesklinik ja gut bekannt sein muß, immer noch permanent zu wenig ausgelastet. Sie haben ein psychiatrisches Haus, und ich weiß nicht, ob so ähnliche Hintergründe, wie sie von uns heute aufgezeigt wurden, auch bei Ihnen wirksam sind. Oder ist das anders organisiert? Ich bitte um eine kleine Ergänzung, weil ja das finanzielle und das Bettenproblem und ich weiß nicht, was alles, bei Ihnen vielleicht anders organisiert ist als bei uns.

Heise: Ich glaube, es ist tatsächlich etwas anders als in der Bundesrepublik, indem die Zahlen für die Plätze nicht so streng und starr gehandhabt werden. Wir haben uns mit unserem Chef abgesprochen. Wir können bis zu 18 Patien-

ten versorgen. Und er hat nichts dagegen, wenn wir mal nur 12 haben, sei es, weil wir gerade schwierige Patienten haben, oder sei es, weil ein Teammitglied für längere Zeit erkrankt ist. Wir stehen nicht unter dem Druck, daß wir immer wieder ausrechnen, wieviel Prozent der Plätze besetzt oder nicht besetzt sind. Offenbar ist es in der Schweiz, im Kanton Bern, möglich, die Absprache mit dem Kostenträger so zu gestalten, daß das nicht immer wieder überprüft werden muß. Was nun die Belegung betrifft: Die Belegung ist natürlich auch sehr abhängig von unseren Aktivitäten. Wir haben zeitweilig Aktionen gestartet, um mit den niedergelassenen Psychiatern vermehrt in Kontakt zu kommen; wir haben einen eigenen Prospekt von der Tagesklinik, den wir verschickt haben, wir haben einen Orientierungsabend veranstaltet. Und das hat dann zur Folge! daß wir sofort sehr viele Anmeldungen bekommen. Ähnliches gilt, wenn wir mit der Klinik Kontakt aufnehmen: wenn ich dort jemanden anrufe und sage, die Tagesklinik hat freie Plätze, dann wird das bei einem Report weitergegeben und dann kann passieren, daß wir innerhalb der nächsten zwei Wochen bis zu zwanzig Anmeldungen kriegen.

Und was passiert dann? Dann nehmen wir die ersten fünf oder sechs, und dann müssen wir bremsen und sagen: Wir können nicht mehr. Dann heißt es wieder, Sie sagen zwar, Sie haben Platz, aber entweder suchen Sie gewisse Patienten aus, oder Sie haben jetzt doch keinen Platz, weil einfach die Kapazitätsverhältnisse unterschiedlich sind, Herr Boecker, der Chef der psychiatrischen Klinik in Bern, hat gesagt, er kommt sich vor wie ein Kapitän von einem Öltanker. Um bei dem Bild zu bleiben, muß ich sagen: und ich bin in einem Ruderboot. Und wenn der Tanker mal abladen will, dann gibt es nicht viel Platz in dem Ruderboot.

Keuter: Ich hätte eine Frage an Herrn Henrich zu seinen Ausführungen. Mich hat diese hohe Zahl der Einweisungen durch die niedergelassenen Ärzte in Ihre Tagesklinik etwas überrascht. Sind diese nun echte Einweisungen an die Tagesklinik oder sind es möglicherweise dadurch, daß sie in einem engen Verbund zum psychiatrischen Krankenhaus stehen und arbeiten, auch Einweisungen an die Klinik, und nehmen Sie dann intern möglicherweise gleich die Weiterleitung an die Tagesklinik vor? Das wäre ja eine ganz wichtige Frage, auch weil wir heute früh schon über die Finanzierungsmöglichkeiten gesprochen haben, wenn es in Emden möglich wäre, eine so hohe Einweisungsrate durch niedergelassene Ärzte zu erzielen.

Henrich: Da ist bei uns sicher eine Entwicklung zu verzeichnen. Anfänglich waren kaum Einweisungen zu verzeichnen, auch jetzt nehmen die Direkteinweisungen in die Tagesklinik erst langsam zu. Auch wir haben lange erst informiert, Rundschreiben gemacht, immer wieder überhaupt erst mal dargestellt, was Tagesklinik ist. Diese hohe Rate von Direktaufnahmen ist wesentlich dadurch mitbedingt — am Anfang war das noch viel deutlicher —, daß wir in der Klinik sogenannte Aufnahmegespräche haben. Wir haben also in der Klinik einen Vormittag dafür vorgesehen, daß niedergelassene Ärzte ihre Patienten dahin kanalisieren können, und wir haben ein Aufnahmegespräch, setzen uns

dann hinterher zusammen und gucken, was ist sinnvoll für den Patienten, und da landet er dann. Das heißt, daß wir mit Klinik und Tagesklinik zusammen beraten, was sinnvoll wäre.

Wolpert: Ich hätte an die Referenten, die die Tagesklinik als Kriseninterventionsstation angeboten, propagiert und genutzt haben, eine Frage.

Idealtypischerweise fordern wir hier, das jeweils das Therapie- und Versorgungsangebot bereitgehalten wird, das dem Patienten idealerweise nutzt. In der Realität ist es aber so, daß das genutzt wird, was einfach da ist. Und wenn Sie in Emden oder auch in Hamburg einen so großen Anteil an neurotischen Krisenpatienten in der Tagesklinik haben, liegt es nicht vielleicht daran, daß Sie keine anderen Therapieangebote für den Patienten zur Verfügung haben, daß Sie hier etwas als unbedingt sinnvoll, nachahmenswert herausstellen, was vielleicht durch ein breiteres, ambulantes Angebot an Psychotherapie nicht in dem Ausmaß nötig wäre? Sind viele der hier propagierten Konzepte nicht Übergangsphänomene und nicht unbedingt auf die Dauer nachahmenswert? — Ich denke, unterm Strich sollte man sich überlegen, was ist fester Bestand an Wissen und empfehlenswert für den Aufbau und die Führung von Tageskliniken, und was ist zufällig eine Konzeption, die den augenblicklichen Bedarf, der sonst nicht gedeckt ist, abdecken soll?

Dziewas: Dazu kann ich aus unserer Situation etwas sagen: Ich hatte Ihnen ja über die Kombination von neurotischer Gestörtheit und Abhängigkeit berichtet. Ich glaube, dabei handelt es sich um Menschen mit komplexen psychosozialen Störungen, vielleicht neurotischen Störungen, die in der Frühphase einer Abhängigkeit sind, in der sie noch keinesfalls motiviert sind, etwas von sich aus zu tun. Sie werden in der Regel von psychotherapeutischen Einrichtungen nicht genommen und vom Suchtbereich auch nicht; bei den einen, weil sie nicht die Indikationskriterien für eine klassische Psychotherapie erfüllen, und bei den anderen, weil sie halt noch nicht so weit mit ihrer Sucht sind. Wir haben früher, als wir noch nicht so intensiv in der gemeindenahen Versorgung waren, wie das jetzt der Fall ist, auch eine Untersuchung gemacht. Damals waren wir eher eine Einrichtung für Menschen, die aus den psychosozialen Berufen kommen und die für sich selbst moderne psychiatrische Versorgung suchten. Das ist jetzt einige Jahre her. Damals haben wir eine vergleichende Untersuchung zwischen dem Konzept einer Tagesklinik und dem einer sogenannten Stundenklinik gemacht. Das heißt, wir verglichen jeweils 19 Patienten der Tagesklinik und der Stundenklinik, in der die Patienten zwei Stunden am Tag von Montag bis Freitag an einer Gesprächsgruppe teilnahmen. Da hat sich dann in der Drei-Monate-Katamnese gezeigt, daß das Ergebnis ungefähr vergleichbar war. Ich glaube, daß unsere Patienten inzwischen schwerer gestört sind als damals. Ich kann mir vorstellen, jetzt auch innerhalb der ambulanten Angebote differenzieren zu müssen, wenn es möglich ist, im ambulanten Rahmen etwas zu etablieren, was diesen unterschiedlichen Erfordernissen entspricht; dann würden auch einige unserer Krisenpatienten nicht mehr in unsere Tagesklinik aufgenommen werden müssen.

Kulenkampff: Darf ich die Frage noch etwas ergänzen? Herr Wolpert hat, glaube ich, gemeint: Wie sind Sie darauf gekommen, ein solches tagesklinisches Angebot in Ihr Gesamtsetting zu fügen. Hat das die Ambulanz, hat das die Tagesklinik von Ihnen gefordert?

Dziewas: Die Hamburger Universitätsklinik war die einzige psychiatrische Klinik in der Mitte der Stadt, bis es die Klinik Eilbek gegeben hat. Unsere Klinik ist Einzugsgebiet für den Unfallwagen im zentralen Aufnahmedienst der medizinischen Klinik und für die chirurgischen Notfälle. Dort wird eine hohe Zahl von Menschen mit Suicidversuchen und Erregungszuständen und körperlichen Verletzungen eingewiesen. Wir hatten zwei Einrichtungen als Antwort auf diese Notsituation der diensthabenden Kollegen und auch der aufnehmenden Stationen: Das eine war eine Suicidambulanz, die als ein Projekt angelaufen ist, was jedoch in der Zwischenzeit nicht mehr weiter finanziert worden ist, und gleichzeitig die Kriseninterventionstagesklinik. Und beide Bereiche hatten in unserer Sicht eine sehr sinnvolle Funktion. Ich glaube, daß das für eine großstädtische Region, wie wir sie zu versorgen haben, etwas sehr Angemessenes und Vernünftiges ist. Ich kann mir schlecht vorstellen, daß die Patienten, die wir im Moment versorgen, anders auch gut versorgt wären.

Henrich: Ich würde Herrn Wolpert recht geben und nicht recht geben für die Situation in Emden. Es ist schon so, wir haben einen psychiatrisch weitgehend leeren Raum vorgefunden, der psychiatrisch und psychotherapeutisch im ambulanten Bereich absolut unterversorgt war. Das ist gar keine Frage. Und wir sind zu unserer Konzeption gekommen, weil unser ursprünglich geplantes Modell — wir hatten über die Modellförderung der Bundesregierung ein mobiles Kriseninterventionsteam beantragt, und wir streiten uns zur Zeit seit zwei, drei Jahren vor dem Sozialgericht Hannover immer noch um die Einrichtung einer Institutsambulanz — weil diese beiden Einrichtungen scheiterten oder erst einmal auf Eis lagen. Deshalb mußten wir damit rechnen, daß viele Patienten eben aus diesem Bereich bei uns vorzufinden sind. Und das hat uns veranlaßt, in der Tat auch diese Klientel aufzunehmen und das Wagnis der zweigleisigen Arbeit anzugehen. Nur sehen wir inzwischen auch, daß diese Arbeit auch ihre Chancen hat, unabhängig von den äußeren Erfordernissen, und ich denke in der Tat, daß auch bei besserem Angebot — und Hamburg ist nun im Gegensatz zu Emden im ambulanten Bereich hervorragend oder sehr gut versorgt —, ich denke, daß sicherlich ein Teil unserer Klienten wegbleiben würde, wenn wir bessere ambulante Versorgungsbedingungen hätten. Aber ich glaube auch, daß ein fester Prozentsatz übrig bleiben würde, der weiter in die Tagesklinik käme. Etwas hat sich diese Verlagerung schon angedeutet. Mit Eröffnung der Tagesklinik in Emden hat sich die Belegung der Psychotherapie-Station, der stationären Einrichtung unserer Klinik, von 26% auf 17% reduziert. Und ich könnte mir gut vorstellen, wenn ein ausreichendes ambulantes Angebot da wäre, daß sich die Tagesklinikpopulation gerade der Neurotiker deutlich reduzieren würde. Aber ich denke auch, daß ein fester Stamm übrigbleiben würde, und wenn ich heute morgen die Zahlen von Herrn Bosch gehört habe, bin ich mir nicht mehr so sicher, ob das, was alles unter anderen

Bezeichnungen an Tageskliniken läuft, nicht in Wirklichkeit auch zweigleisige Arbeit ist. Denn fast immer waren Psychotiker in verschiedener Gewichtung und Neurotikergruppen mitgenannt. Es war mal mehr, mal weniger. Ich weiß die Gründe nicht, warum die Tageskliniken weiterhin sagen, wir machen alternativ oder wir machen Reha, oder wir machen Krisen. An den Zahlen zeigt sich, daß offenbar noch beide Patientenklientele vertreten sind. Und ich meine, sie werden weiter vertreten sein.

Wolpert: An der Stelle sollte ich ehrlicherweise sagen, daß wir auch etwa 1/3 neurotische Patienten und Persönlichkeitsstörungen in der Tagesklinik haben. Aber das mag ein Phänomen einer Tagesklinik sein, die gerade erst eröffnet hat. Ich denke, das erklärte Ziel ist bei uns Rehabilitation, und dennoch erscheinen diese Patienten auf irgendeine Weise in die Tagesklinik.

Keuter: Für mich ist die heutige Diskussion wichtig für die Zukunft. Der Erfahrungsaustausch soll mir eigentlich aufzeigen, welche Versorgungsinstrumente wir in einer Region brauchen, wenn sie optimal wäre. Und wir befassen uns gerade in Berlin wieder mit der Teilfortschreibung des Krankenhausbedarfsplanes zur Psychiatrie. Ich habe jetzt gerade bei diesem Punkt Tageskliniken und Kriseninterventionen doch mal eine Frage an das Podium: Ob es eigentlich sinnvoll ist, an einer Tagesklinik eine Kriseninterventionsstation zu haben, oder ob es nicht besser wäre, eine Kriseninterventionsstation an Rettungsstellen oder Erste-Hilfe-Stellen zu haben, wo rund um die Uhr ein entsprechender Dienst vorhanden ist, der dann die Krisen bewältigen kann. Und das setzt auch voraus, daß eine solche Station über eine gewisse Zahl von Betten verfügt, die dann für mehrere Tage in Anspruch genommen werden kann, bis diese akute Krise bewältigt ist, um die Patienten dann anderen Versorgungseinrichtungen zuzuführen. Denn ich sehe im Moment noch die Schwierigkeit, wenn wir die Tageskliniken außerhalb von Großkliniken haben, wie eine Tagesklinik die Krisen wirklich bewältigen kann, die zum Beispiel an Wochenenden eintreten. Herr Heise hat ja vorhin in seinem Referat gesagt, daß es eigentlich wichtig ist, Übernachtungsmöglichkeiten zu haben. Da würde ich doch gerne wissen, wie die Einstellung auch im Podium ist, ob man dieses nicht besser trennen sollte?

Dziewas: Ich habe im letzten Teil etwas anderes vorgeschlagen, nämlich das Modell aus dem Camberwell District. Und das, was Sie sagen, verlagert die Versorgung der psychisch Kranken ans Allgemeinkrankenhaus. Das ist ein etwas anderes Modell und führt dann auch erneut zu einer Zuweisungsproblematik. Ich denke, daß man das so alternativ diskutieren muß, solange wir nicht in der Situation sind, daß wir in allen Regionen auch psychiatrische Abteilungen haben, was mir persönlich das liebste wäre; bis dahin muß man sich Gedanken darüber machen, was mit den vielen hundert Menschen geschieht, die jeden Tag in internistische oder psychiatrische Aufnahmestationen kommen.

Hirschmüller: Herr Heise hat als eine der drei Gruppen von Patienten, die am meisten von Tageskliniken profitieren können, die vereinsamten depressiven Patienten genannt. Dabei wird es sich ja dann in der Hauptsache um ältere

Patienten handeln. Meine Frage geht dahin: Wie gut eine gemeinsame Behandlung dieser typischen, eher jugendlichen schizophrenen Klientel und dieser älteren, eher depressiven Patienten funktioniert? Ob es anderswo Erfahrungen damit gibt? Ich frage deshalb, weil an unserer Klinik im Zuge einer Patientenflaute im vergangenen Sommer der Gedanke auftauchte, nun die Tagesklinik für solche älteren Patienten zu öffnen, wobei man dann auch im Angebot entsprechende Anpassungen hätte vornehmen müssen, z. B. mit der Bedingung, daß die Patienten in der Lage sein müssen, alleine zu kommen, nun etwas flexibler zu werden.

Ich darf vielleicht eine zweite Frage gleich anschließen, die die Angehörigen-Gruppen betrifft, die heute wiederholt erwähnt worden sind: Mich hätte noch ein bißchen genauer interessiert, was mit solchen Gruppen für Erfahrungen gemacht worden sind und insbesondere, welche Argumente eigentlich dafür sprechen, solche Gruppen an der Tagesklinik selbst anzusiedeln, statt sie vielleicht eher personell oder räumlich getrennt, z. B. an eine benachbarte Poliklinik anzubinden, um dem vorzubeugen, daß nun in den Angehörigen-Gruppen von denselben Therapeuten über die Patienten gesprochen wird, was ja möglicherweise eine Befürchtung der Patienten selber ist.

Bosch: Ich möchte zur Frage der Krise noch einmal versuchen, etwas Grundsätzliches zu sagen, vielleicht am besten im Anschluß an Ihre Frage, Herr Keuter. Die Diskussionen werden immer dann schwierig, wenn viel über Krisen geredet wird, weil jeder unter Krise etwas anderes versteht. Es stehen hier eine ganze Reihe von Krisenbegriffen im Raum. Die einen bezeichnen als Krise so etwas wie kritische Zuspitzungen der Lebenssituation: Lebenskrise, Pubertätskrise oder Ehekrise. Die anderen verstehen unter Krisen akute psychotische Exacerbationen oder Rückfälle. In der tiefergehenden Interpretation von Herrn Dzierwas ist Krise etwas weit Umfassenderes. Was im Berliner Jargon unter Krise läuft, ich denke, das ist nochmals etwas anderes, das sind die Patienten mit scharfer Akzentuierung auf der Suicidgefährdung oder auf den bereits erfolgten Selbstmordversuch. Ich denke, Ihre Frage zielte auf diese Patientengruppe.

Zur generellen Unterteilung der Tageskliniken nach den drei Gruppen, die den Referaten heute mit zugrundeliegen, muß ich einen Irrtum korrigieren, der immer wieder in die Diskussion kommt. Wenn z. B. gesagt wird, man wundere sich, daß bei der Statistik in allen Fällen herauskam, daß immer alle Gruppen der Patienten, also typischerweise sowohl die Schizophrenen wie die Neurotiker auftauchen, so muß ich noch einmal daran erinnern, daß die Frage, die wir an die einzelnen Institutionen stellten, nicht lautete: „Wie verstehen Sie sich?“ sondern: „Wie verstehen Sie sich in erster, zweiter, dritter und vierter Linie?“. Wenn man die Frage so stellt, dann ist es eigentlich ganz logisch, daß sich als Ergebnis immer alle Patientengruppen finden, allerdings in verschiedener Mischung. Wenn heute morgen gesagt wurde, man könne das alles nicht so recht voneinander unterscheiden, würde ich theoretisch zustimmen: Behandlung ist immer Rehabilitation und Rehabilitation erfordert immer Behandlung. Das läßt sich prinzipiell sicher nicht trennen. Wenn man aber getrennt unter-

sucht, dann finden sich eine unterschiedliche Klientel, unterschiedliche Aufenthaltsdauern, und eine Fülle von anderen Parametern, die sich anhand dieser Gruppierungen nach dem Selbstverständnis unterscheiden. Ob die Bezeichnungen richtig sind, ist eine andere Frage. Aber daß manches im Vorgehen dieser verschiedenen Typen von Tageskliniken verschieden ist, ist klar. Ich meine, daß das auch in den Referaten heute sehr schön zum Ausdruck gekommen ist.

Kulenkampff: Darf ich jetzt an das Podium die Frage richten: Das eine war das Problem der Mischung von Älteren und Jüngeren und das zweite die Frage der Familiengruppen.

Heise: Zu den älteren Patienten: Ich habe mit der Gruppe der älteren Patienten diejenigen gemeint, die noch nicht ganz so alt sind. Ich habe nicht an ausgesprochen geriatrische oder sagen wir gesellschaftliche Probleme gedacht, also nicht an Rentner, die als einzige in ihrer Verwandtschaft noch am Leben sind und um die sich niemand mehr kümmert. Ich habe eher an die Gruppe derer so zwischen 50 und 70 gedacht, die schon etwas depressiv und etwas mißtrauisch und schwierig im Umgang sind und sich in ambulanter Behandlung befinden, bei denen der Therapeut aber merkt, daß es wenig nützt, wenn er sie alle zwei Wochen einmal sieht und ein bißchen mit ihnen redet, und daß die Medikation mit Ludiomil oder was auch immer wenig Sinn hat. Diese Patienten müssen einfach mehr Kontakt haben, und dann weiß er nicht wohin mit ihnen. Hier haben wir in der Tagesklinik eigentlich gute Erfahrungen gemacht, und zwar gerade wegen der jungen Patienten; es entsteht dann oft eine gute Dynamik, wobei sehr viele Generationsprobleme auftauchen. Und im Unterschied zu früheren Erfahrungen, die ich überwiegend mit Süchtigen gemacht habe, wo es dann so schwierig wurde, daß man nicht mehr damit umgehen konnte, haben wir das hier eigentlich so erlebt, daß es sehr produktive Auseinandersetzungen waren und daß die wichtige Erkenntnis gewonnen wurde, daß alte Menschen nicht einfach so und junge Menschen nicht einfach anders sind.

Ich möchte noch ganz kurz auf die zweite Frage nach der Angehörigengruppe antworten. Wir haben in Bern damit eigentlich schlechte Erfahrungen gemacht. Es ist mir jetzt deutlich geworden, warum. Ich habe gerade auf der Fahrt hierher das Buch von DÖRNER u. a. gelesen, das vor einigen Monaten erschienen ist, „Freispruch der Familie“. Darin schreibt er sehr viel über die Angehörigengruppen und führt eigentlich sehr gut aus, wie die Regeln für die Angehörigengruppen sind. Wir haben manche nicht beachtet. Und er gibt dort auch sehr gute Argumente dafür, daß es sinnvoll ist, wenn's am gleichen Ort stattfindet, Daß das auch eine Möglichkeit ist, daß die Angehörigen wieder mehr miteinander in Kontakt kommen. Und daß es wahrscheinlich schwerer ist, wenn die Angehörigengruppen und die Betreuung der Patienten an verschiedenen Orten stattfindet.

Uchtenhagen: Zur Frage der Angehörigengruppe würde ich auch eher meinen, daß es im Gegensatz zu dem, was man vielleicht denken könnte, weniger Nachteile mit sich bringt, wenn sie am selben Ort stattfinden, an dem auch die

Patienten behandelt werden. Und zwar nicht wegen dem, was an Konzept hinter der bifokalen Gruppentherapie von Schindler stand, daß sich diese Fremdbilder dann in derselben Therapeutenperson zentrieren, sondern weil es meiner Meinung nach sehr viel um Informationsfragen geht und nicht um Erörterung von Konzepten und Ideologien und weil der, der mit den Angehörigen arbeiten sollte, und keine Informationen über den Patienten hat, bald am Ende seines Lateins sein könnte und die Angehörigen sich fragen, was das soll.

Aber etwas anderes möchte ich noch dazu sagen. Die Zahl der Patienten nimmt zu, die eine Art Wanderung durch die psychiatrische Institutionsszene machen. Und von dorthin scheint mir die Frage sehr berechtigt, ob die Angehörigen eigentlich am besten in den Tageskliniken untergebracht sind, weil die Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik ja eigentlich etwas Begrenztes ist und sein sollte. Ob von dem Gesichtspunkt her die Angehörigengruppe nicht eigentlich dort sein sollte, wo der Patient am längsten Kontakt hat, nämlich in der ambulanten Langzeitbetreuung? Das wäre eigentlich der Schluß, den ich heute ziehen würde.

Blumenthal: Ich habe nach den Referaten heute vormittag und heute nachmittag ein wenig die Furcht, daß wir Schwierigkeiten bekommen mit der Rechtfertigung der Tagesklinik als vollwertige Alternative zur stationären Behandlung und als Krisenintervention. Sind wir nicht dabei, diesen beiden Ansprüchen ein Begräbnis erster Klasse zu bereiten, wenn wir sagen, die Krisenintervention geht nur innerhalb der Vierzig-Stunden-Woche, ansonsten müssen es andere machen? Und die Alternativbehandlung geht nur, wie wir im letzten Referat gehört haben, unter vielen Einschränkungen — Patienten müssen kooperativ sein und so fort. Die normale psychiatrische Versorgung kann ja diese Einschränkungen alle nicht machen. Wie stellt sich das in der Sicht des Podiums dar, und wie müßte eventuell die Tagesklinik weiterentwickelt werden, um diesen weitreichenden Ansprüchen auch gerecht zu werden?

Kunze: Ich möchte Herrn Uchtenhagen noch einmal auf sein Referat ansprechen. Mich hat beeindruckt, daß er eigentlich als therapeutisch relevante Aktivitäten Dinge dargestellt hat, die sonst üblicherweise nicht in dem Maße diesen Rang haben; er hat eigentlich eine Umwertung der Therapiewerte dargestellt, und das bezeichnenderweise aufgrund der längsten Entwicklung, die heute im Podium dargestellt worden ist. Wie haben denn die Therapeuten das entweder selbst betrieben oder akzeptiert oder verarbeitet, daß die Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen offenbar anders sind als bisher oder sonst üblich? Wie hat sich das auf das informelle Prestigegefälle zwischen den verschiedenen Therapiegruppen und auch auf ihre Selbstwertgefühle ausgewirkt?

Uchtenhagen: Ich fühle mich sehr verstanden. Es geht mir um etwas sehr Wichtiges, nämlich, daß sich Behandlung überflüssig machen kann und daß wir selbst eigentlich überrascht sind durch die Erfahrungen, daß das nicht als Therapie Deklarierte am ehesten zu dieser Zielsetzung beiträgt. Die Mitarbeiter, um jetzt auf Ihre Frage zu kommen, haben am meisten Mühe mit diesem Umdenken gehabt. Und zwar nicht nur in Bezug auf den Stellenwert dessen,

was man tut, sondern auch in Bezug auf den Arbeitsstil. Diese eher etwas fordernde konfrontative Haltung gegenüber dem Patienten und seinen etwas realitätsfernen Vorstellungen hat den Mitarbeitern ganz große Mühe bereitet, und sie brauchen eine sehr solide Unterstützung darin. Interessanterweise hat sich dann aber innerhalb dieses Jahres zwischen den beiden Subteams in der Tagesklinik ein ganz neues Gefälle hergestellt, indem diejenigen, die mit dem alten Instrumentarium arbeiten, jetzt eher im Berufsförderungskurs sein möchten, obwohl sie eine sehr therapeutische Identität haben. Innerhalb dieser Berufsgruppen selbst ist sonst kein neues Prestigegefälle zu verzeichnen. Es ist nach wie vor eine etwas unklare Rolle, was der Arzt in der Tagesklinik mit diesen doch sehr sektorisierten, chronischen Patienten eigentlich tut. Und eigentliche Ergo-Therapie wird ja auch schon lange nicht mehr gemacht, obwohl ausgesprochene Ergo-Therapeutinnen dabei sind. Der Psychologe, der da ist, macht keine psychologischen Tests, sondern wir haben alle miteinander einen Berufsbegriff „Sozialtherapeut“ geprägt, den es in der staatlichen Besoldungsverordnung nicht gibt und der deshalb auch wieder Probleme schafft, aber doch zum Ausdruck bringt, daß man irgendwie gespürt hat, daß es nicht in erster Linie darum geht, was ich in diese Arbeit als Berufsausbildung mit hineinbringe, sondern darum, zu spüren, wo die momentanen Bedürfnisse der Patienten liegen, und dafür etwas zu tun. Und da sind alle dann wieder auf dem gleichen Niveau.

Kulenkampff: Herr Uchtenhagen, was Sie sagen, finde ich fabelhaft, aber das ist eine Lösung, die kassenrechtlich überhaupt nicht mehr zuzuordnen ist. Und es ist ja vielleicht auch ein sehr bezeichnender Faktor, daß die beste Lösung hier nicht zuzuordnen ist.

David: Mir ist schon am Vormittag, als ich die Zahlen von Herrn Professor Bosch gehört habe, ein Verdacht aufgetaucht, der sich eigentlich bis jetzt nicht entkräftet hat. Ich führe nämlich dieses hohe Ausmaß an Kriseninterventionstätigkeiten, das hier geschildert wird, zum Teil darauf zurück, daß ein Gutteil dieser Fragebögen wohl von Ärzten ausgefüllt worden ist. Und ich denke mir, wenn diese Fragebögen vom Pflegepersonal ausgefüllt worden wären, so wäre vielleicht eine größere Betonung der rehabilitativen Tätigkeit herausgekommen. Ich denke mir auch, daß das am einzelnen Patienten sehr schwer zu trennen ist, daß es wahrscheinlich so ist, daß es in dem Moment, wo der Patient erregter, auffälliger ist, dann plötzlich heißt: Herr Doktor, kommen Sie her, machen Sie was mit dem! Wenn es dagegen darum geht, seine momentanen sozialen Behinderungen zu bearbeiten, also daß er wegen seines Parkinsons zum Beispiel momentan nicht ordentlich essen kann oder Gabel oder Messer ungeschickt hält, daß dann diese Aufgaben mehr den Schwestern und Pflegern zufallen. Ich denke mir auch, die Kriseninterventionstätigkeit wird deswegen so stark betont, weil momentan meiner Schätzung nach dreimal soviel Ärzte und ca. doppelt so viel Psychologen und Sozialarbeiter wie Beteiligte des Pflegepersonals hier sind.

Bosch: Ich glaube, da gibt es ein Mißverständnis. Von 49 Tageskliniken haben drei bei der Frage nach dem Selbstverständnis die Krisenintervention an erster

Stelle genannt und drei weitere haben Krisenintervention und Alternativbehandlung gleich hoch bewertet. Insgesamt haben wir also nur 6 gegen die übrigen 43 Tageskliniken, die sich in den vorderen Rangplätzen überhaupt nicht als Instrument zur Krisenintervention verstanden haben. Es ist also der geringste Anteil, der sich so versteht.

Wolpert: Herr Uchtenhagen, bei Ihrer Konzeption von Tagesklinik fühle ich mich sehr stark an unsere Rehabilitationswerkstätte erinnert, wo es auch am besten funktioniert, wenn das, was die Patienten dort tun, nicht als Therapie ausgegeben wird, und wo das Hauptaugenmerk auf die Bewährung im handwerklichen und sonstigen Leistungsbereich gelegt wird und das Therapeutische möglichst weit zurücktritt. Ich möchte Sie fragen, ob hier nicht nur eine andere Benennung vorliegt und nicht die Zielsetzung, die wir in den Rehabilitationswerkstätten haben, im großen und ganzen die Ihrer Tagesklinik sind.

Uchtenhagen: Vielleicht ist es dasselbe! Aber die Rehabilitationswerkstätten, die ich in unserem Lande kenne, kranken daran, daß ihr Programm auf körperlich Behinderte zugeschnitten ist, und wenn wir unsere Patienten dort unterbringen wollen, dann kommen die regelmäßig zu kurz.

Das ist ein Teil der Antwort. Das zweite ist, daß das Lernprogramm, die Lernforderung in diesen Rehabilitationswerkstätten gar nicht dem entsprechen, was psychiatrische Patienten brauchen. Die Lernprozesse, die sie bewältigen müssen, sind sehr spezifisch, und die werden dort nicht angeboten.

Wolpert: Die Rehabilitationswerkstätte in Darmstadt ist rein für psychisch Behinderte konzipiert und dort werden nur psychisch Behinderte aufgenommen.

Kulenkampff: Das gibt es aber verhältnismäßig selten. In der Regel ist unsere Werkstatt für Behinderte sicher nicht sehr geeignet für die Klientel, die hier gemeint ist. Aber wir befinden uns hier an einer Art Schnittpunkt, und ich möchte eigentlich diesen Abend nicht so ganz vorübergehen lassen, ohne wenigstens mir selbst, vielleicht auch Ihnen, klar werden zu lassen, was nun eigentlich eine Tagesklinik ist und wie wir sie uns plaziert denken. Es ist natürlich möglich, daß wir sagen: Eine Tagesklinik ist ein Instrument innerhalb eines Rehabilitationsvorgangs. Dann müssen wir aber in der Tat das Wort Behandlung in Klammern schreiben und verdecken oder jedenfalls nicht so aussprechen, weil wir bisher ja sogar bis zur Anerkennung als Krankenhaus bei den isolierten Tageskliniken auf das Wort „Klinik“ so einen außerordentlichen Wert gelegt haben — und zwar einfach deswegen, weil wir dann einen Pflegesatz bekommen, den die Kassen oder die Sozialträger bezahlen. Das ist also ein Schnittpunkt, den man sich überlegen muß: wo soll man mit der Kiste hin, in die eine oder in die andere Richtung? Ich persönlich bin gar nicht so abgeneigt zu sagen, wir brauchen sehr viel mehr Rehabilitationsanstrengungen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, obwohl das System, das wir in unserem Lande haben, außerordentlich ausgebaut ist. Bloß geht es an dieser Gruppe völlig vorbei, weil es eben offenbar, wie in der Schweiz auch, für Körperbehinderte und vielleicht noch für geistig Behinderte konstruiert worden ist

und die Paßfähigkeit für unsere Leute nur bedingt funktioniert, zum Beispiel auf dem Gebiet der Berufsförderung, aber auch im ganzen Trainingsbereich. Das mag es wohl zuweilen geben, aber das, was wir mit unseren Reha-Beratern bei einem Herzinfarktpatienten anfangen vom ersten Tag an, wo er wieder zu sich gekommen ist, läßt sich mit dem, was mit unseren Patienten und behinderten Patienten passiert, überhaupt nicht vergleichen. Insofern muß man sich wirklich sehr überlegen, wo man diese Angebote plaziert.

Pörksen: Das war eigentlich auch meine Wortmeldung. Ich will das einmal von meiner Sicht aus zu sagen versuchen. Im Grunde genommen sind ja heute eine ganze Fülle von sinnvollen Tätigkeiten im psychiatrischen Versorgungsbereich und von notwendigen Tätigkeiten im psychosozialen Bereich geschildert worden. Und wir, die wir jetzt schon gelernt haben, immer gleich an diese merkwürdige Kostenregelung zu denken, versuchen das in ein Schema reinzupressen und nach Möglichkeit alles Tagesklinik zu nennen. Meine Schwierigkeit ist, daß alles, was hier beschrieben worden ist, zu einem großen Teil auch in anderen Diensten ablaufen könnte oder auch in anderen Arten von Diensten abläuft. Wir haben ja aus Emden gehört, wenn die einen mobilen Kriseninterventionsdienst hätten, dann brauchten sie den entsprechenden Teil ihrer Tagesklinik wahrscheinlich nicht oder fast nicht. Oder wenn es in Zürich unter dem Oberschema sozialpsychiatrische Rehabilitationseinrichtung laufen würde und nicht als Tagesklinik, würden wir uns wahrscheinlich gar nicht daran stören. Insofern denke ich, daß die Schwierigkeit, mit der wir es hier zu tun haben, die ist, daß wir nach wie vor in institutionellen Schienen denken und nicht danach fragen, wie eine Region am sinnvollsten psychiatrisch zu versorgen ist. Dies sollte nach den Kriterien geschehen, die heute morgen genannt worden sind — ambulant vor teilstationär und so weit wie möglich an der Realität des Patienten orientiert, wie die Entwicklung in Zürich zeigt, und nicht an der Realität des Therapeuten oder der Integration des Patienten in das therapeutische Schema. Aber das geht natürlich nur, wenn man dieses Verhängnis unserer Finanzierung hier in der Bundesrepublik irgendwann auflöst.

Kulenkampff: Herr Pörksen, das hört sich hübsch an. Bloß Sie sind ja auch ein politischer Mensch. Sie wissen, daß das eine politische Aussage ist und daß es keinen Sinn hat, sich Konstruktionen auszudenken, die wir in diesem Lande nicht realisieren können. Ich gebe Ihnen recht, es wäre das beste, man würde von vorne anfangen und das ganze System neu bauen, das uns ja in vieler Hinsicht einbetoniert. Das hat Herr Degkwitz ja mit Recht betont. Bloß davon sind wir in diesem Saal ebenso wie draußen noch weit entfernt. Insofern können wir jetzt nicht einfach sagen, wir wollen so irgendwas machen, mal gucken. Wir wollen ja mit dem, was wir unseren Patienten zugute kommen lassen, überleben und nicht die Bude zumachen müssen, was ja, wie Sie wissen, relativ rasch geht.

Finzen: Ich meine auch, es wäre schön, wenn wir das Finanzierungsproblem so ändern könnten, daß wir uns über Begriffe und Einordnungen nicht streiten müßten. Aber gerade weil wir das müssen, möchte ich davor warnen, jetzt anzufangen und zu sagen, wenn wir übende Verfahren einsetzen, dann ist das

Rehabilitation, wenn wir Medikamente geben, ist das klinische Psychiatrie und wenn wir introspektive Verfahren einsetzen, dann ist das Psychotherapie. Wir haben es bei den Patienten überall in der Psychiatrie, aber gerade in der Tagesklinik mit Kranken zu tun, die in vielfacher Hinsicht krank, beschädigt, behindert sind, oder wie immer wir das nennen wollen, und bei denen wir alle diese Verfahren einsetzen müssen. Gerade bei den schizophrenen Patienten ist ein differenzierter Ansatz auf allen drei Behandlungsebenen notwendig. Wenn wir nun nur deswegen, weil wir einen wichtigen Schwerpunkt auf sozialtherapeutische und übende Verfahren legen, jetzt sagen, wir nennen das nicht mehr Tagesklinik, sondern Rehabilitationseinrichtung — mit all den Konsequenzen, die das für die Kostenregelung hat — das würde mir nicht unbedingt in den Kopf gehen wollen.

Keuter: Als Politiker fällt es mir aber heute abend dann doch schwer, den Stellenwert oder die Einordnung einer Tagesklinik zu finden. Ich habe nach den ganzen Diskussionsbeiträgen und meinen Notizen den Eindruck, als müsse die Tagesklinik das gesamte Versorgungsangebot für die Betreuung der psychisch Kranken und Behinderten bieten. Es gibt z. B. auch den Hinweis, allerdings in der Schweiz, daß sogar so etwas wie industrielle Fertigung stattfindet, sprich Werkstatt. Heute ist die ganze Palette aufgetaucht, was man sich überhaupt vorstellen kann an Versorgungsangeboten. Und nun habe ich die Schwierigkeit zu sagen, ich brauche die Tagesklinik, wie immer auch sie finanziert werden muß. Ich möchte eigentlich vielmehr wissen, welchen Stellenwert denn die Tagesklinik im Versorgungsangebot einnimmt und ob ich dann, wenn ich die Tagesklinik habe, noch weitere Reha-Einrichtungen brauche. Oder müßte man nicht doch versuchen genau festzulegen, welche Aufgabe jede Einrichtung hat. Und dann werden wir uns sicherlich der Frage widmen müssen: Warum macht man denn so komische Umwege? Die macht man doch nur deshalb, weil's sonst nicht finanziert wird. Die Tagesklinik ist heute leicht zu finanzieren, weil die Kassen bereit sind, sie größtenteils zu finanzieren. Aber versteckt finanzieren wir doch auch Maßnahmen, die eigentlich von der Bundesanstalt für Arbeit finanziert werden müßten oder von den Rentenversicherungsträgern. Man muß sicherlich auch heute in dieser Runde aufgrund der Erfahrungen sagen: so und so hat eigentlich eine Tagesklinik mit einem solchen Angebot auszusehen.

Keß: Ich werde durch die unterschiedlichen Diskussionsbeiträge langsam verunsichert! Gibt man dem Kind einfach den Namen Tagesklinik, damit man einen Kostenträger hat oder wird hier tatsächlich medizinische Behandlung betrieben, wie sie die Krankenversicherungsträger aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des 2. Buches der RVO zu finanzieren haben? Nach § 184 der Reichsversicherungsordnung wird die Krankenhauspflege gewährt, wenn sie dem Erkennen, der Behandlung von Krankheiten bzw. Linderung von Krankheitsbeschwerden dient. Dieser Paragraph wurde ab 1. Januar 1982 um die tagesklinische Behandlung bei psychischen Erkrankungen ergänzt, und zwar dann, und da muß ich dem widersprechen, was heute morgen vom BMA gesagt worden ist, wenn die weitere stationäre Behandlung nicht mehr in

einem Krankenhaus erforderlich ist, sondern eine tagesklinische Behandlung ausreicht. Auch im Gesetzgebungsverfahren wurde ausgeführt, daß eine Behandlung in der Tagesklinik dann von den Krankenkassen finanziert werden kann, wenn nach einer längeren oder nach einer vorhergehenden stationären — vollstationären — Behandlung die teuren Klinikbetten nicht mehr belegt werden müssen, sondern die Weiterbehandlung in der Tagesklinik möglich ist. Für mich stellt sich jetzt schlicht und einfach die Frage, die ich ganz gerne beantwortet hätte: Ist die Behandlung, die in der Tagesklinik durchgeführt wird, echte medizinische Behandlung zur Erkennung einer Krankheit und zur Linderung von Beschwerden oder kann das, was in einer Tagesklinik an Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wird, auch ambulant erreicht werden — bzw. handelt es sich gar überwiegend um soziale bzw. berufliche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß?

Kulenkampff: Sie müssen schon entschuldigen, daß in so einem Kreis locker und offen hin und her diskutiert wird. Ich setze voraus, daß Sie das Reha-Angleichungsgesetz kennen und wissen, daß zur medizinischen Behandlung auch die Arbeitstherapie, die Belastungserprobung und die medizinische Rehabilitation gehört, und Sie bezahlen mit Ihren Kassen in jeder Klinik den Beschäftigungstherapeuten und die dort anwesende Arbeitstherapie und alles das, was hier besprochen worden ist, schon jetzt ohne Schwierigkeiten. Insofern brauchen Sie gar keine Angst zu haben, daß in der Tagesklinik, wie sie hier beschrieben worden ist, sich Dinge vorfinden, die nicht auch in einer Klinik schon längst passieren, nur natürlich in einem verminderten Umfang und in einer zeitlichen Begrenzung. Daß also hier soziale Rehabilitation, was Sie verängstigt, stattfinden könnte, das würde ich nicht meinen, es sei denn, daß die Mischung dieser drei Rehabilitationsformen überhaupt ein Problem darstellt. Natürlich schwingt bei beidem, der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation, gerade bei dieser Klientel immer so etwas wie soziale Rehabilitation mit. Aber der Schwerpunkt liegt in der Tagesklinik so, wie sie hier von verschiedenen Stellen in unserem Lande beschrieben worden ist, zunächst auf dem gleichen Feld wie bei einer normalen Klinik, was Leistungsspektrum und Kostenzuständigkeit angeht. Es ist nur die Frage, ob über diesen Komplex hinaus jetzt nicht zusätzliche Leistungen angeboten werden, die in den Trainingsbereich gehen, wie er an der Werkstatt vorliegt, oder gar berufsfördernde Maßnahmen — die sind freilich auch jetzt schon außerhalb des Klinischen angesiedelt und würden einen Wechsel des Kostenträgers bedingen. Das aber ist, soviel ich sehe, bisher an den tagesklinischen Aktivitäten unseres Landes nirgendwo vollzogen worden.

Seidel: Ja, Sie haben weitestgehend schon das gesagt, was ich den Politikern und Kassenvertretern zum Technischen sagen wollte. Zusätzlich möchte ich aber sagen, daß eine völlige Lösung dieses Problems rein in Kategorien bürokratischer Regelungen von Abläufen, die sicher notwendig sind, einfach nicht möglich ist und sicher den Bedürfnissen der Betroffenen Gewalt antun würde. Wobei man sagen muß, daß es ja sicherlich auch Patienten gibt, die einer klinischen Behandlung im Sinne der Reichsversicherungsordnung, einer medizini-

sehen Behandlung bedürfen, aber dennoch ambulant behandelt werden. Und es gibt in der Klinik sicherlich auch Patienten, die im Grunde unter ganz strenger Anwendung dieser Kriterien einfach nicht unter diese Definition der RVO fallen. Aber das ist eben das Problem, in dem wir uns hier bewegen und das uns als Behandelnde bewegt, das wir nie so exakt einordnen können, denn wenn wir exakt einordnen, dann machen wir meistens keine sehr gute Arbeit,

Urbahn: Ja, ich bin eigentlich ganz froh, daß das mal so frisch von Seiten eines Kostenträgers angesprochen ist und ich dann auch entsprechend meinen Unmut los werden kann. Ich habe ja täglich mit Anfragen von Krankenkassen zu tun: Ist denn überhaupt noch eine medizinische Behandlung angezeigt oder welchen Sinn hat die? Ist nicht vielmehr jetzt der Rentenversicherungsträger zuständig? Und dann geht es eben um diese nach meiner Auffassung fiktive Unterscheidung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Aber das ist das Problem, das eben auch in diesen veralteten Definitionen der RVO drin ist. Gut, an die halten Sie sich. Daraus entstehen aber die Probleme. Durch alle Referate hat sich heute der rote Faden gezogen, daß wir die Patienten nicht den Therapeuten anpassen sollen. Wir sollten aber auch analog die Patienten nicht veralteten Begriffen und veralteten Versorgungsvorstellungen anpassen, sondern umgekehrt, wir sollten uns den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten anpassen, und das heißt auch, daß wir die finanziellen und politischen Voraussetzungen den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten anpassen.

Keß: Ich habe hier einen Wochenplan der Tübinger Tagesklinik vorliegen. Wenn Sie sagen, es wird überwiegend medizinische Behandlung durchgeführt, ich hier aber Schreibmaschinenkurse, Ausflüge, Besichtigungen, Schwimmen, Nachbesprechung, Literaturkreis, Malen und Gruppengymnastik aufgeführt sehe, dann frage ich mich, wo bleibt da noch die Zeit für medizinische Behandlung?

Kulenkampff: Das ist richtig, bloß ich würde Sie bitten, mal eine vernünftige mittelgroße psychiatrische Klinik aufzusuchen, wo Sie die gleichen Aktivitäten finden und wo Ihre Kassen ohne Anstand den Pflegesatz bezahlen und das mit abdecken.

Lubecki: Ich will den letzten Gedanken über den Unmut gerne aufgreifen und stelle die Gegenfrage: Was sind denn die Bedürfnisse des Patienten? Wie groß ist denn der Bedarf an Tageskliniken und zwar an Tageskliniken mit Krisenintervention? Wie groß ist der Bedarf an Tageskliniken, die eine Übergangseinrichtung darstellen, und wie groß ist der Bedarf an Tageskliniken, die berufliche Rehabilitation machen? Darüber müssen wir uns hier klar werden. Wir werden das gerne aufgreifen, und zwar die einzelnen Krankenkassen wie auch die einzelnen Krankenkassenverbände. Ich meine, wir müssen hier bei der Bedarfsfrage anfangen.

Finzen: Über die Frage, wie der Bedarf ist, sind wir uns ja nicht einig. Aber es geht letztlich ja seit dreißig Jahren, also seit wir versuchen, die Psychiatrie von einer verwahrenden zu einer therapeutischen zu wandeln, gleichzeitig darum,

ein neues Versorgungssystem zu etablieren. Und dieses neue Versorgungssystem besteht eben nicht mehr nur aus dem Krankenhaus auf der einen Seite und dem niedergelassenen Arzt auf der anderen, sondern es kommt eine Fülle von Einrichtungen zum Tragen, von denen ich denke, daß ihre Vielzahl die Kostenträger in Verwirrung bringen muß. Das hängt aber mit der Natur der psychiatrischen Krankheiten zusammen. Wenn man schon psychiatrische Erkrankungen, psychische Erkrankungen und körperliche Erkrankungen unter die gleichen Gesetze subsumiert — es geht wohl nicht anders — dann muß man sich doch auch von den Kostenträgern her Gedanken darüber machen, was denn bei psychiatrischen Erkrankungen den Maßnahmen bei körperlichen Erkrankungen entspricht. Und das, was wir als Soziotherapie bei sozialen Defiziten anwenden, ist die Folge von dem, was als Krankheitssymptom bei psychisch Kranken auftaucht. Und man müßte, um das Ganze überspitzt auszudrücken, sagen, soziotherapeutische und übende Verfahren sind bei psychisch Kranken medizinische Maßnahmen, also soziale Maßnahmen sind medizinische Maßnahmen bei psychisch Kranken. Daraus sehen Sie, daß die Verwendung von Begriffen, wenn man sie wörtlich nimmt, nicht zu sehr viel führt. Sie haben vermutlich diesen Tagesklinikwochenplan meinem Tagesklinikbuch entnommen. Ich weiß nicht, ob der Tagesplan der jetzigen Tagesklinik in Tübingen noch so ist. Und da steht natürlich nicht drin, daß die Patienten auch eine ganze Menge Medikamente bekommen. Das ist auch nichts, womit man sich als Psychiater fürchterlich rühmt. Aber wenn es darum geht zu beweisen, daß es medizinisch ist, dann können wir sagen, wir geben Patienten auch gelegentlich eine Spritze, Medikamente oder Tabletten. Und man kann auch betonen, daß akut suizidale Patienten durch ihre Krankheit lebensgefährdet sind. Wenn das Leben bewahrt wird, dann ist das wiederum medizinisch. Ich denke, wir können von Ihnen als Kostenträger auch verlangen, daß Sie den Versuch machen, sich in das Denksystem einzufinden, daß man braucht, um psychisch Kranke zu behandeln.

von Maltzahn: Ich kann Herrn Finzen nur unterstützen; denn im Vordergrund der Schwierigkeiten steht die Frage der Zuordnung zu einem Kostenträger. Erst einmal haben wir von einem Schweizer Modell von Herrn Uchtenhagen gehört, wo das rehabilitative Programm, wenn ich das richtig verstanden habe, sogar über den Kostenträger der Invaliditätsversicherung getragen wird und nicht über die Krankenkassen. Diese Frage, wer der Kostenträger ist, wurde in unserer Diskussion ganz in den Vordergrund gerückt, weil die Tageskliniken eben auch einen erheblichen rehabilitativen Charakter haben. Ich habe an unserer eigenen Tagesklinik, die im wesentlichen nachstationär arbeitet, überhaupt keine Schwierigkeiten, dies als medizinische Behandlung auszugeben, und zwar in keinem Fall. Die rehabilitativen Komponenten, so wie sie hier teilweise geschildert worden sind, legen ja gelegentlich nahe, Kombinationen zwischen Wohnheim und angegliederter Arbeitsstätte, also eine beschützende Werkstätte für psychisch Kranke mit eventuell berufsfördernden Maßnahmen, einzurichten. Bei uns sind wir noch nicht so weit. Aber selbstverständlich wäre dies kein Ersatz für unsere Tagesklinik. Die Tagesklinik wird bei uns als eine Einrichtung betrachtet, die die Durchlässigkeit verbessert, also vorstationär

und nachstationär geschaltet ist. Leider ist der vorstationäre Teil weniger genutzt, weil wir keine entsprechende Ambulanz eingeschaltet haben, und deshalb funktioniert die Tagesklinik im wesentlichen nachstationär. Sie bleibt in jedem Fall jedoch eine eindeutig teilstationäre Behandlung mit ganz im Vordergrund stehenden medizinischen Anteilen; so ist m. W. bei uns beispielsweise kein einziger Patient völlig medikamentfrei.

Pörksen: Für mich sind immer Fern- und Nahziele etwas, was zusammengehört. Ich sehe das nach der heutigen Diskussion so, daß die Tageskliniken eigentlich das machen, was auch alle anderen psychiatrischen Kliniken machen oder zum Teil auch lieber machen sollten. Insofern denke ich, ist das breite Spektrum dessen, was in der Psychiatrie passiert, auch in den Tageskliniken vorhanden, und so ist es ja eigentlich auch gemeint. Das ist ja keine neue Behandlungsform, sondern das ist im Grunde genommen nichts anderes als eine für die Patienten bessere Alternative, weil sie den Kontakt zu ihrem Zuhause in der Zeit der psychiatrischen Behandlung nicht verlieren, Und zu der Frage des Behandlungsbegriffs, Herr Lubecki, für mich ist es klar, daß jemand, der daran leidet, daß er nicht mehr rausgehen kann, aufgrund irgendeiner psychiatrischen Behandlung keinen Kontakt mehr hat und ganz isoliert ist, mir ist klar, daß ich dem wieder helfen muß rauszugehen, das heißt Ausflüge oder Besuche zu machen. Es gibt keine Ausgangspille oder keine Ausgangsspritze. Das muß man anders lernen, und das ist in einem solchen Fall dann auch Behandlung. Über die Tatsache, daß ein nahtloser Übergang zu anderen Dingen erfolgt und daß man nicht alles den Krankenversicherungen anlasten kann, sind wir ja auch miteinander einig. Daß die Diskussion um die Mischfinanzierung gerade an den Nahtstellen der psychosozialen Versorgung, wo es in den ambulanten rehabilitativen Bereich hineingeht, notwendig ist, das ist uns ja auch allen klar. Nur ob man damit die Tageskliniken nicht abtötet?

Kulenkampff: Meine Damen und Herren, das ist in der Tat eine Zusammenfassung des heutigen Tages, die Herr Pörksen gegeben hat. Wir werden diese Probleme hier nicht lösen können. Ich möchte aber doch festhalten, daß die Tagesklinik, wie auch immer sie sich formiert, eine Verlagerung psychiatrischer Behandlungen in ein System ohne Betten ist und nichts weiter, daß man dann darüber nachdenken sollte, was noch dazu kommen kann, und daß diese Dinge in der Abgrenzung sicher schwierig und verhandelbar sind.

III. Teil

Die Funktion der Tagesklinik im Versorgungssystem

Die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik

K. J. Heinhold

Der kinder- und jugendpsychiatrische Bereich hebt sich wissenschaftsgeschichtlich, versorgungsmäßig und aufgabenspezifisch von der Erwachsenen-Psychiatrie ganz erheblich ab. Bei meinen Besuchen kinder- und jugendpsychiatrischer Institutionen im Ausland und vor allem in den Ländern der Bundesrepublik boten sich die Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in ihrem Aufbau, in ihrer Struktur und Organisation sowie mit ihrem gesamten Hintergrund der Versorgungsebenen so vielgestaltig und so verschieden akzentuiert dar, daß ein unmittelbarer Vergleich zwischen den einzelnen kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen erst nach sehr genauer Differenzierung möglich ist.

Jede Planung und jede effektive kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung kann nur im Rahmen der jeweiligen vorhandenen regionalen und überregionalen gesamten Jugendhilfe gesehen werden. Diese Gesamtsicht einer sinnvollen und effektiven kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist theoretisch zwar eine selbstverständliche Forderung, in der Praxis aber fast eine Utopie. Hier heißt es für den Kinder- und Jugendpsychiater, auf der einen Seite Aufgabenfelder abgeben zu können, auf der anderen Seite aber seinen Aufgabenbereich aufgrund seiner nur ihm zustehenden Sachkompetenz unabdingbar in Anspruch zu nehmen, zu verteidigen und den Aufgabenbereich auf- und weiter auszubauen. In dieser Gesamtperspektive ist die Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in der Bundesrepublik zu sehen. In dieser Perspektive werden die Besonderheiten der Entstehung der einzelnen Tageskliniken, deren erstaunlich geringe Anzahl, deren Strukturen und unterschiedliche Einbeziehungen in den gesamten Versorgungsbereich der Jugendhilfe und die speziellen Schwierigkeiten bei der Neuinstallierung von Tageskliniken auch verständlich.

Soweit mir bekannt, bestehen derzeit 2 bis 3 kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken in der gesamten Bundesrepublik, von denen 1 bis 2 erst im Aufbau begriffen sind. In der Schweiz gibt es 2 kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken, die in den 70er Jahren eröffnet wurden.

Es überrascht mich selbst, feststellen zu müssen, daß die Heckscher Klinik in München als Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, als selbständige Abteilung die älteste und größte kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik im deutschsprachigen Raum besitzt. Auffallend erscheint uns, daß bisher andernorts diesbezüglich so wenig unternommen, bzw. deren Notwendigkeit als nicht so dringlich angesehen wurde. Vielleicht lagen die Dinge in der Heckscher Klinik auf-

grund jahrzehntelanger freier Trägerschaft und aufgrund des Vorhandenseins therapeutisch sehr engagierter Kinder- und Jugendpsychiater besonders günstig, da man sich sehr früh und immer wieder neuen Wegen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zuwandte.

Nachdem im Jahre 1926 eine freie Arbeitsgemeinschaft von Nerven- und Kinderärzten, Psychologen, Lehrern, Heilpädagogen und Sozialarbeitern eine kinderpsychiatrische Ambulanz in München installiert hatte, stellte sich bald eine stationäre und teilstationäre Versorgungsmöglichkeit als dringend notwendig heraus. Ein recht umfangreiches Stiftungskapital eines großzügigen Mäzens ermöglichte den Bau einer Klinik mit Tagesklinik, so daß die Heckscher Klinik für Kinder und Jugendliche am 4. November 1929 mit 40 vollklinischen Betten und 25 tagesklinischen Behandlungsplätzen eröffnet werden konnte. Von Anfang an gab es eine voll integrierte Klinikschule und eine kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz. Diese über 50 Jahre des Bestehens der Heckscher Klinik sind ein Spiegelbild der Gesamtentwicklung der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Die Klinik, mit dem damals recht ungewöhnlich erscheinenden Konzept der intensiven Kooperation von verschiedenen Fachdisziplinen und verschiedenen Klinikabteilungen, differenzierte sich zunehmend und baute sich umfassend aus. Aus der freien Trägerschaft einer Stiftung wurde die Klinik im Jahre 1972 vom Bezirk Oberbayern, also einer staatlich-öffentlichen Institution, übernommen. Der Bezirk hat damals eine gut ausgebaute Fachklinik übernommen. Die Heckscher Klinik bekam durch die Übernahme des Bezirks endlich das notwendige finanziell-wirtschaftliche Fundament. Ich selbst leite seit annähernd 20 Jahren diese Klinik, so daß ich beide Situationen, die der freien Trägerschaft und die der staatlich-öffentlichen Trägerschaft, mit allen jeweiligen Vor- und Nachteilen intensiv kennenlernen konnte. Vieles von dem, was in der Heckscher Klinik aufgebaut, wirklich er- und durchgekämpft wurde, erscheint mir heute bei der Schwerfälligkeit staatlich-öffentlicher Institutionen, mit all den vielen Ausschüssen und Genehmigungsabläufen, in einem überschaubaren Zeitrahmen undenkbar sowie kaum zu verwirklichen. Andererseits erscheint die Situation der finanziellen und wirtschaftlichen Grundlagen, auf der die Klinik jahrzehntelang stand, und die ständige Existenzgefährdung im Rückblick schwindelerregend.

Die Heckscher Klinik ist eine Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.

Sie hat z. Z. 5 selbständige Abteilungen, 2 weitere sind im Aufbau.

1. Den vollstationären Bereich für kurzfristige sowie mittelfristige Untersuchungen und Therapien mit 60 Betten, einschließlich Kriseninterventionsstation, geschlossener Wachstation und 3 Nachtklinikbetten, mit allen notwendigen diagnostischen und therapeutischen Funktionseinheiten.
2. Den teilstationären Bereich der Tagesklinik mit 50 Behandlungsplätzen.
3. Die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz als Institutsambulanz.
4. Die in die Klinik voll integrierte Klinikschule mit 110 bis 120 Plätzen,

5. Den Kinder- und jugendpsychiatrischen konsiliarärztlichen Dienst für Heime, Gesundheitsämter, Erziehungsberatungsstellen, Tagesstätten, Pflegeheime und Behinderteneinrichtungen.
6. Zur Zeit im Bau befindet sich eine vollstationäre Abteilung für mittel- und langfristige Behandlungen von Jugendlichen auf der Rottmannshöhe am Starnberger See mit 45 Betten (soll 1984 fertiggestellt sein).
7. Ferner wird eine therapeutische Wohngemeinschaft mit 15 Plätzen in einer vom Bezirk erworbenen Villa in der Nähe der Klinik eingerichtet (soll im Jahre 1983 bezogen werden).

Die *Tagesklinik*, um die es hier geht, ist eine selbständige Abteilung der gesamten Klinik. Sie umfaßt derzeit 50 Behandlungsplätze, eine Zahl, die in Zukunft etwas reduziert werden kann. Während früher die Patienten fast ausschließlich aus unserem vollstationären Bereich oder aus der Ambulanz kamen, kommen heute die Patienten auch aus anderen Kliniken und werden von frei praktizierenden Kinder- und Jugendpsychiatern und von Erziehungsberatungsstellen überwiesen.

Während die vollstationäre Abteilung die Gesamtversorgung Oberbayerns übernimmt, kommen alle Kinder und Jugendlichen der tagesklinischen Abteilung aus München selbst oder aus dem Landkreis München, der wie ein Ring um die Landeshauptstadt liegt. Der Versorgungsbereich der Tagesklinik liegt hier bei 1,2 Mio. Einwohnern. Zu bemerken ist ferner, daß der Bestand von Komplementäreinrichtungen in diesem Raum als recht gut bezeichnet werden kann.

Die Frage des wesentlichen Unterschieds zwischen der vollstationären und der tagesklinischen Versorgung sowie zu den konsiliarärztlichen Versorgungen von heilpädagogischen und sozialpädagogischen Tagesstätteneinrichtungen kann nur pragmatisch beantwortet werden.

Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche, die einer vollstationären Behandlung nicht mehr bedürfen und für die eine ambulante Behandlung, auch eine konsiliarärztlich-ambulante Behandlung in einer heilpädagogischen oder sozialpädagogischen Tagesstätte noch nicht ausreichend ist, müssen in einer Tagesklinik versorgt werden, wobei den Faktoren: pathogenes Familien- und Schulumilieu, Belastbarkeit der Familie und der üblichen Schule eine besondere Bedeutung zukommt. Außerdem ist die Frage der Verfügbarkeit der therapeutischen Angebote in ihrer kombinativ-integrativen Wirksamkeit von besonderer Bedeutung.

Die therapeutischen Ansätze sind in der Tagesklinik keine anderen als die der vollstationären. Aber in der Tagesklinik macht sich viel stärker der Einfluß des häuslich-familiären Milieus bemerkbar als im vollstationären Bereich. Die psychodynamischen Aspekte der Eltern-, Lehrer- und Gruppenarbeit haben daher in der Tagesklinik einen besonders hohen Stellenwert. Den Kindern und Jugendlichen der Tagesklinik steht das gesamte therapeutische Angebot der Gesamtklinik zur Verfügung, das sind u a.: Tiefenpsychologisch fundierte Ein-

zel- und Gruppentherapie, Verhaltenstherapie, Familientherapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, psychomotorische Übungsbehandlung, Rhythmik, Krankengymnastik, Musiktherapie, Logopädie und selbstverständlich die individuelle schulische Förderung.

Fast jedes Kind besucht die Klinikschule. Sie hat sehr kleine Klassen mit 8 bis 10 Kindern. Ihre Methode ist eine möglichst individuelle Förderung.

Einige Jugendliche befinden sich nur in der Arbeitstherapie zur Arbeitserprobung. Einige gehen in Schulen außerhalb der Klinik z. B. Realschulen, Gymnasien oder machen draußen ihren qualifizierten Hauptschulabschluß.

Das Gesamtpersonal der Klinik einschließlich Lehrern und heilpädagogischen Assistenten beträgt z. Z. 161. Die Aufgliederung in die einzelnen Funktionsgruppen müssen wir uns aus Zeit- und Platzgründen sparen.

Im psychopathologischen Erscheinungsbild nimmt die Schule ein großes Störfeld ein, oft ist sie der Auslöser massiver Störungen, sei es im Leistungs- oder Verhaltensbereich. Die Klinikschule hat daher im therapeutischen und rehabilitativen Prozeß eine wichtige therapeutische Funktion. So nehmen die Lehrer regelmäßig an den klinischen Konferenzen, an den Stationsbesprechungen und an den Entlassungsvorbereitungen der Tagesklinik teil. Divergierende Auffassungen pädagogischer und therapeutischer Bemühungen kommen trotzdem immer wieder vor. Die therapeutischen Maßnahmen mit der schulischen Situation außerhalb der Klinikschule bedürfen besonderer intensiver Kooperationen. Eine Tagesklinik ohne spezifische Klinikschule bzw. ohne eine ganz spezielle Kooperation mit einer kinder- und jugendpsychiatrisch sehr aufgeschlossenen und einer mehr als üblich belastbaren Schule erscheint mir uneffektiv und völlig wirkungslos. Was sich hier zwischen den Disziplinen Medizin, Psychologie und Schulpädagogik abspielt, verstärkt auch noch durch festbetonierte Schulgesetze und Schulvorschriften, ist manchmal kaum vorstellbar.

Eine weitere wichtige Forderung ist die Anbindung der Tagesklinik an eine vollstationäre Klinik. Es muß ohne größere Kompetenzerchwernisse jederzeit möglich sein, Patienten bei stärkeren Dekompensationen sofort in den vollstationären Bereich zu verlegen. Gegebenenfalls müssen auch kurzfristige vollstationäre Aufenthalte möglich sein. Nur so kann das Familien-, Schul- und Gruppenmilieu zunehmend belastet werden. Die Verbindung mit der Vollklinik ermöglicht auch die Verbreiterung und Differenzierung des gesamten therapeutischen Angebots.

Die Aufnahmemodalitäten sind:

Gründliche mehrdimensionale Untersuchungen mit eindeutiger Indikation für eine tagesklinische Behandlung; Abklärung, in welcher Gruppe das Kind am besten therapeutisch gefördert wird und diesbezügliche Abstimmung im therapeutischen und im Stations-Gruppenteam sowie mit Lehrern und Klinikschule, intensivste Elternvorgespräche und Verpflichtung der Eltern zur therapeutischen Mitarbeit. Die Entlassung aus der Tagesklinik erfolgt ganz nach Hause und in eine nor-

male Schulsituation oder in eine heilpädagogische Tagesstätte als weiterer kleiner Förderschritt oder auch selten in ein Heim oder Internat, wenn der weitere Verbleib daheim für längere Zeit nicht mehr möglich ist. Dies alles geschieht nur nach gründlicher Vorbereitung bei den Eltern, der Schule, den Lehrern, den Gruppenleitern der Tagesstätte oder des Heimes.

Als besondere Situation für die Tagesklinik stellt sich die Transportnotwendigkeit der Kinder und Jugendlichen zur Tagesklinik dar. Sie gestaltete sich anfangs recht schwierig. Die Jugendlichen kamen mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Schulkinder wurden zunächst von den Eltern in Fahrgemeinschaften in die Tagesklinik gebracht. Seit 1970 nehmen die Eltern das Bayer. Gesetz über die kostenlose Schülerbeförderung in Anspruch, d. h. die Kinder werden durch Taxi in Fahrgemeinschaften zur Tagesklinik gebracht. Eintreffen bis 7 Uhr 45, Abholen ab 17 Uhr. Da unsere Schule den Status einer staatlich-öffentlichen Schule hat, gehen die Transportkosten während der Schulzeit zu Lasten der Schulbehörde, während der Ferienzeit zu Lasten der Klinik.

Bezüglich der Kostenträger für die tagesklinische Behandlung haben wir immer ganz klar den *tagesklinischen* Charakter mit der Betonung auf klinisch bei den Eltern, den Sozial-, Jugend- und Schulbehörden sowie bei den Krankenkassen herausgestellt, d. h. wir haben es hier mit einer Institution mit voller ärztlicher Betreuung zu tun, also nicht mit einer Tagesstätte bei zeitweiliger konsiliar- oder ambulanter ärztlicher Betreuung. Das heißt nichts anderes, als daß in die Tagesklinik nur Kinder und Jugendliche aufgenommen werden, bei denen, bei Abwägen aller diagnostischer und therapeutischer Faktoren, eine tagesklinische Behandlung indiziert ist. Daß es hier, wie im gesamten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich überhaupt, immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen kommt, ist eigentlich nichts Besonderes. Es bedarf wie immer einer großen Kompromißbereitschaft auf Seiten des Trägers, wie auch auf Seiten der Krankenkassen. Wir haben aber auch die Erfahrung gemacht, daß es nicht immer die Krankenkassen sind, die solche Kompromisse ablehnen, oft ist es auch der Träger, der größere Schwierigkeiten bereitet. Die Rolle, die dann der ärztliche Leiter einer Tagesklinik übernehmen muß, ist recht ungewöhnlich. Bisher sieht die Kostenregelung in unserer Tagesklinik wie folgt aus: 9 Monate übernehmen die Krankenkassen 50% der Kosten, 50% der überörtliche Sozialhilfeträger, der nach 9 Monaten die Kosten voll übernimmt. Für mich als ärztlichen Leiter einer Klinik mit Tagesklinik ist dies eine durchaus akzeptable Lösung. Schlimm wird es nur, wenn sich Verwaltungen, ganz gleich welcher Art, in prinzipielle Haltungen mit Höchstforderungen oder Mindestangeboten verkrallt haben, wo es gerade darum geht, neue Wege der psychiatrischen Versorgung zu erproben.

Der Tagessatz in unserer Tagesklinik beträgt zur Zeit 117,— DM.

Eine *statistische Aufschlüsselung* der Patienten soll die Zusammensetzung der tagesklinischen Patienten etwas anschaulicher darstellen, wobei wir uns auf das laufende Jahr 1982 beziehen. Die interessantesten Veränderungen in der Patientenbewegung bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnosen in den letzten

10 Jahren, mit den dazugehörigen Interpretationen, wäre eine eigene Studie wert, weil sich hier gleichzeitig verändernde Gesamtsituationen im Umfeld der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung aufzeigen lassen. In diesem Jahr haben wir folgendes Bild:

Bis September 1982 war die Klinik zu 100% ausgelastet. In den letzten 3 Monaten nur zu 82%. Dies ist umso auffälliger, als wir die letzten Jahre immer mehr Anmeldungen hatten, als wir aufnehmen konnten. Von den Patienten sind derzeit 78% Buben und 22% Mädchen, das entspricht einem Verhältnis von 3,5 Buben zu 1 Mädchen. Die Altersverteilung beträgt von 7—9 Jahren 19,5%, von 10—12 Jahren 34,1% und von 13—17 Jahren 46,3%.

44% besuchen die normale Grund- und Hauptschule unserer Klinikschule, 25% die Sonderschule L, 20% spezielle Autistenklassen und nur 12% die Sonderklasse GB.

Die Verweildauer der derzeitigen Patienten beträgt bei 35% unter einem Jahr, bei 35% 1—2 Jahre und bei immerhin 30% über 3 Jahre. Das sind vor allem die Kinder mit frühkindlichem Autismus. Hier scheint die Klinik im Münchener Raum eine Monopolstellung innezuhaben. Hier wäre aber bei einigen Kindern durchaus die Frage zu klären, ob nicht nach spezieller Strukturierung anderer Schulen die Unterbringung in einer heilpädagogischen Tagesstätte mit ambulatorischer oder konsiliarärztlicher Betreuung möglich wäre.

Diagnostisch ergibt sich bei der jetzigen Belegung folgende Aufteilung:

30% der Patienten gehören zur Gruppe der milieureaktiven Verhaltens-, Leistungs- und/oder sozialen Anpassungsstörungen, also Neurosen mit oder ohne spezifischer Symptomatik. Davon gehört die Hälfte den älteren Patienten an.

36% zur Gruppe MCT, also des minimalen frühkindlichen organischen Psychosyndroms mit speziellen Verhaltens-, Leistungs- und/oder Anpassungsstörungen, Teilleistungsstörungen mit z. T. sekundärer Neurotisierung. Hier sind es vorwiegend jüngere Patienten. 14% haben ausgeprägte hirnorganische Funktionsstörungen mit geistiger Behinderung und chronischem hirnorganischem Psychosyndrom. 20% haben ein autistisches Syndrom (frühkindlicher Autismus).

Im Rahmen des Gesamtpersonals nimmt die Tagesklinik einen relativ kleinen Raum im Gesamtpersonalstellenplan ein. Es fallen hier auch die Schicht-, Nacht- und Sonntagsdienste weg. Die Urlaube müssen in den Ferien eingebracht werden, in denen nur ein Teilbetrieb in der Tagesklinik aufrechterhalten wird. Die therapeutischen Funktionsbereiche wie Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Logopädie, Audiometrie, Musiktherapie, Psychotherapie, Klinikschule und anderes bleiben in sich geschlossene Einheiten, werden anteilig angebotsgemäß und personalmäßig zur Verfügung gestellt. Die Gruppen sind mit je 8 Kindern und Jugendlichen belegt. Das unmittelbare Betreuungspersonal wird von meist heilpädagogisch zusätzlich ausgebildeten Schwestern und Erziehern gestellt und zwar je einer Voll- und einer Halbtagskraft. Hinzu kommen

Praktikanten, eine Psychologenstelle, ein Sozialarbeiter und 1 1/2 Arztstellen. Das gesamte Personal der Tagesklinik setzt sich aus Mitarbeitern zusammen, die über mehrjährige Erfahrung im vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Team verfügen. Dies scheint uns eine unabdingbare Voraussetzung für die Mitarbeit in der Tagesklinik zu sein. Unsere Tagesklinik stellt sich heute als die Abteilung mit dem am selbständigsten, sehr gut funktionierenden, enorm belastbaren und personalstabilsten Team dar, mit zum Teil Dienstzeiten von über 6 bis 10 Jahren. Vermerkt sei noch, daß für die Tagesklinik die Personalbewerbungen im Gegensatz zum vollstationären Bereich wegen der günstigen Dienstzeiten immer erheblich über dem Bedarf liegen.

Wegen der unmittelbaren Einwirkungen aus dem Elternhaus, aus dem gesamten Miterziehermilieu in den therapeutischen Prozeß, bedarf das Tagesklinik-personal intensiver Teambesprechungen und Supervisionshilfe.

Auf *einige besondere Schwierigkeiten* soll noch hingewiesen werden. Da die Eltern, die Familie mit all den pathogenen Familienbeziehungen in den therapeutischen Plan und Prozeß ständig hineinwirken, verstärkt durch wohlmeinende Besserwisser von außen, wird das Durchziehen der therapeutischen Pläne und Strategien oft recht schwierig. Auf der anderen Seite kommt es nicht selten vor, daß man sich dann jeglicher therapeutischer Mitarbeit von Seiten der Eltern entzieht, nachdem es zur Besserung der Schulleistungen und des Verhaltens gekommen ist. Man gibt sich dann mit diesem Teilerfolg in der Schon-Situation zufrieden. Kommt es aber zu Krisen und zur Verschlechterung des Befindens, werden die Schuldzuweisungen je nach Sympathie oder nach der emotionalen Bindung an diesen oder jenen Mitarbeiter des therapeutischen Teams oder der Schule recht unterschiedlich und aufspaltend verteilt. Ein Zustand, den das Personal im vollstationären Bereich kaum kennt.

Es konnten hier nur einige spezifische unterschiedliche Aspekte gegenüber dem vollstationären Bereich aufgezeigt werden.

Es wundert einen fürwahr, wie gering die Zahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken in der Bundesrepublik ist. Tageskliniken sind überaus notwendig. Sie schaffen ein ganz spezifisches Behandlungsangebot, sie entsprechen der Forderung der Familiennähe und sind ein ganz entscheidender Fortschritt für eine bessere Rehabilitation in die Familie und Schule. Sie sind nicht dadurch charakterisiert, daß sie etwas weniger wären als eine vollstationäre Behandlung. Sie sind qualitativ etwas anderes. Wegen der Transportsituation werden sie sich vor allem in Ballungsräumen etablieren lassen. Sie bedürfen einer besonderen Konzeption, besonderer Voraussetzungen personeller und organisatorischer Art. Die Tageskliniken können nicht mit einem Team von kinder- und jugendpsychiatrischen Anfängern aufgebaut werden, auch wenn diese sozialpsychiatrisch oder psychotherapeutisch noch so sehr engagiert sind. Im vollklinischen Bereich können diese Schwachstellen der weniger Erfahrenen einigermaßen aufgefangen werden, im tagesklinischen Bereich kaum. Die Tageskliniken und auch die Ambulanzen im kinder- und Jugend

psychiatrischen Bereich bedürfen vor allem eines theoretisch gut ausgebildeten, eines kinder- und jugendpsychiatrisch überaus erfahrenen Mitarbeiterteams. Die Arbeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik ist nicht, wie es manchmal scheint, leichter, im Gegenteil, sie ist schwieriger, weil für alle Mitarbeiter psychodynamisch belastender und entscheidungsvariabler.

Die gerontopsychiatrische Tagesklinik

L. Ernst und C. Wächter

I. Einleitung

Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist auch die Zahl seelischer Erkrankungen im höheren Lebensalter gestiegen. Behandlungsangebote für ältere psychisch Kranke müssen dem besonderen Hilfesuchverhalten, der häufig eingeschränkten Mobilität, der vermehrten Sensibilität gegenüber Veränderungen im Lebenslauf und der Multimorbidität dieses Personenkreises Rechnung tragen. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, sind im Rahmen der Psychiatrie-Enquete 1975 für das Gebiet der Gerontopsychiatrie neben anderen neuen Versorgungsstrukturen Tageskliniken gefordert worden. Bisherige Erfahrungen mit gerontopsychiatrischen Tageskliniken bestätigen die Notwendigkeit des Auf- und Ausbaus weiterer solcher Einrichtungen.

Die Tagesklinik, über die hier berichtet werden soll, wurde 1980 an der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München eingerichtet. Die neben der nun folgenden Beschreibung unserer Tagesklinik erwähnten Daten beziehen sich auf einen von uns untersuchten Einjahreszeitraum (1.8. 1980 bis 31. 7. 1981), in dem 58 Patienten behandelt wurden.

II. Beschreibung der Tagesklinik, erste Ergebnisse

Organisatorischer Rahmen

Die Tagesklinik befindet sich im Erdgeschoß einer Altbauvilla im Osten von München. Sie verfügt über 15 Behandlungsplätze und ist einer Psychiatrischen Universitätsklinik mit 42 Betten und einer psychiatrischen Poliklinik angegliedert. Die räumliche Nähe zu einer psychiatrischen Bettenstation und die enge Kooperation mit der Poliklinik erweisen sich für eine psycho-geriatrische Tagesklinik als äußerst wichtig. Durch eine sorgfältige Voruntersuchung in der Poliklinik können Fehlplatzierungen weitgehend vermieden werden. Dies ist besonders für eine kleine Einrichtung wichtig, um nicht binnen kurzem die wenigen Behandlungsplätze mit „Dauerpatienten“ zu belegen. Andererseits können Patienten je nach den Erfordernissen des Einzelfalles auch kurzfristig stationär untergebracht werden.

Der *Aufnahmebezirk* ist prinzipiell nicht eingegrenzt. Die geringere Mobilität älterer Patienten hat aber zur Folge, daß die meisten aus dem Klinikstadtteil und den direkt daran angrenzenden Stadtbezirken zur Aufnahme kommen.

Schwerer körperlich behinderte Patienten können mit einem eigenen Kleinbus abgeholt werden.

Die *Behandlungszeit* ist montags bis freitags von 8.30 Uhr bis 16.00 Uhr.

Die *Behandlungsdauer* ist nicht fest begrenzt; sie lag im untersuchten Zeitraum im Durchschnitt bei 1,9 Monaten und reichte von ein bis zwei Wochen bis zu gut einem halben Jahr.

Zu den festen *Mitarbeitern* gehören ein Arzt, zwei Krankenpflegekräfte und ein Zivildienstleistender. Zusätzlich sind stundenweise eine Sozialarbeiterin, eine Beschäftigungstherapeutin und eine Krankengymnastin tätig.

Zielsetzung

Innerhalb der ersten ein bis zwei Wochen des Tagesklinikaufenthaltes erfolgen umfangreiche *diagnostische Maßnahmen*. Bei allen Patienten wird neben einer eingehenden körperlichen Untersuchung routinemäßig eine internistische Basisdiagnostik (z. B. Röntgen-Thorax, EKG, laborchemische Routineparameter, etc.) durchgeführt. Ergibt sich der Verdacht auf eine hirnorganische Erkrankung, werden weitere speziellere Untersuchungsverfahren (z. B. EEG, CCT) eingesetzt. Wegen der Multimorbidität der Patienten sind häufig zusätzliche fachärztliche Untersuchungen erforderlich, die in den entsprechenden Fachambulanzen des Klinikums vorgenommen werden.

Wiederholte psychiatrische Gespräche in der Eingangsphase zielen darauf ab, die hauptsächlich belastenden Probleme und die psychiatrischen Symptome genau zu erfassen und die zugrundeliegende seelische Erkrankung zu klassifizieren. Möglichst genau werden soziale Probleme erfaßt. Immer wird ein persönlicher Kontakt zu den Angehörigen angestrebt. In der Regel wird dem älteren Menschen und seinen Angehörigen ein Hausbesuch angeboten, der von unserer Sozialarbeiterin durchgeführt wird. Auf diese Weise gelingt es unmittelbar, die Lebenssituation des älteren Menschen, seine familiäre Eingebundenheit und seine Sorgen zu erfassen.

Im Anschluß an die diagnostische Phase werden die *Behandlungsziele* definiert, die im wesentlichen folgendermaßen lauten:

1. Hilfestellung bei der Anpassung an veränderte Lebensbedingungen im Alter, soweit diese zu einer seelischen Krise geführt haben (z. B. Ausscheiden aus dem Beruf, Umgang mit seelischer und körperlicher Krankheit etc.).
2. Bearbeitung aktueller Konflikte, die sich beispielsweise in Form einer pathologischen Trauerreaktion ausdrückten.
3. Pharmakotherapie und rehabilitative Maßnahmen bei Patienten mit endogenen Psychosen.
4. Orientierungsübungen für Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen.
5. Vermittlung sozialer und pflegerischer Hilfen (z. B. Hilfe bei Wohnungsproblemen, Berentung, Hauspflege etc.).

6. Beratung der Angehörigen, *Alter*,

Geschlecht und Diagnosen

Von den insgesamt 58 Patienten, die in dem erwähnten Einjahreszeitraum in der Tagesklinik behandelt wurden, waren 38 Frauen und 20 Männer. Das Durchschnittsalter betrug 68 Jahre, der jüngste Patient war 45, der älteste 88 Jahre alt.

Bei der *diagnostischen Zuordnung* machten affektive Psychosen mit gut der Hälfte den Hauptteil der Patienten aus. Es folgten psychogen Erkrankte mit 1/5 und organische Psychosyndrome unterschiedlichen Ausprägungsgrades mit ca. 1/6 der Aufnahmen. Relativ selten kamen Patienten mit schizophrenen Psychosen bzw. mit primären Suchterkrankungen zur Aufnahme.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß sich für eine tagesklinische Behandlung vor allem isolierte Ältere mit depressiven oder paranoiden Reaktionen oder mit neurotischen Erkrankungen eignen. Aber auch Patienten mit affektiven oder schizophrenen Psychosen können in einer Tagesklinik behandelt werden, sofern nicht eine ausgeprägte depressive Verstimmung mit akuter Suicidgefahr bzw. eine hochgradige Agitiertheit vorliegen. Ebenso sind die Erfolgsaussichten für die tagesklinische Behandlung von Suchterkrankungen im höheren Lebensalter durchaus günstiger, als dies bei jüngeren Erwachsenen der Fall wäre. Dagegen stellt die Behandlung fortgeschrittener hirnorganischer Psychosyndrome ein Problem dar. Die Tagesklinik ist nicht abgeschlossen, so daß desorientierte Patienten zuweilen fortlaufen. Es fehlt der nötige Raum, den die meist psychomotorisch erregten Patienten benötigen. Auch reagieren manche dieser Patienten auf die neue Umgebung und auf die Erfordernis, sich täglich auf die Tagesklinik wieder einstellen zu müssen, mit rascher Zunahme der Desorientierung und Agitiertheit. Daher werden Patienten mit ausgeprägten organischen Psychosyndromen vor allem für eine kurzzeitige umfassende Diagnostik und für eine zeitlich begrenzte Entlastung der Angehörigen aufgenommen.

Zuweisungspraxis

Gut 3/4 (77,5%) der Patienten kamen als akut Kranke direkt aus *ambulanter* Betreuung, zur einen Hälfte (39,5%) von niedergelassenen Kollegen, zur anderen (38%) über unsere Poliklinik. Bei den Patienten, die von niedergelassenen Ärzten eingewiesen wurden, erfolgte der erste Kontakt zur Tagesklinik in einem größeren Prozentsatz durch Mitarbeiter der offenen und geschlossenen Altenhilfe. Knapp 1/4 (22,5%) der Patienten befand sich zuvor in *stationärer* Behandlung. Zum größten Teil wurden diese Patienten aus anderen medizinischen Fachabteilungen (14%) des Klinikums rechts der Isar zuverlegt. Insbesondere handelt es sich hierbei um Patienten nach einem Suicidversuch. Dagegen machten zuvor vollstationär psychiatrisch behandelte Patienten zur Nachbehandlung mit 8,5% den kleinsten Teil aus. Dies liegt vor allem daran, daß über 60 Jahre alte Patienten unter den in unserer Klinik vollstationär

Behandelten relativ gering vertreten sind (ca. 10% der stationären Aufnahmen).

Therapie

Eine *somatische Basisbehandlung* ist bei dem überwiegenden Teil der Patienten erforderlich. In Übereinstimmung mit Feldstudien, die einen deutlich schlechteren körperlichen Gesundheitszustand psychisch erkrankter älterer Menschen im Vergleich mit der Normalbevölkerung nachweisen, findet sich auch bei den in der Tagesklinik behandelten Patienten eine vermehrte körperliche Morbidität. Knapp 2/3 (62%) der Älteren leiden an mindestens einer behandlungsbedürftigen körperlichen Erkrankung. In erster Linie handelt es sich dabei um Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems. Dies macht in vielen Fällen die Behandlung mit Digitalis- und Kreislaufpräparaten erforderlich. Häufig liegen Hör- und Sehstörungen vor, die einer apparativen Korrektur bedürfen. Psychopharmaka werden bei den älteren Menschen in einer geringeren Dosierung eingesetzt, als dies bei jüngeren üblich wäre. Sowohl unerwünschte vegetative Begleiteffekte wirksamer antidepressiver Substanzen als auch extrapyramidal-motorische Störungen bei der Neuroleptika-Behandlung stellen trotz Dosisanpassung ein schwieriges Problem in der Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen dar. Bei allen medikamentösen Verordnungen ist eine gründliche Beratung erforderlich. Häufig besteht Medikamenten gegenüber Mißtrauen bzw. werden die verordneten Präparate recht eigenwillig eingenommen. Um Einnahmefehler möglichst zu vermeiden, haben sich Medikamenten-Dosetts bewährt, die vom Personal der Tagesklinik morgens gefüllt werden und aus denen auch schwerer gestörte Patienten zu den verschiedenen Tageszeiten lernen können, ihre Medikamente selbständig einzunehmen.

Zur Durchführung der *Psychotherapie* werden die Patienten je nach Schwere und Art ihrer Erkrankung in zwei Gruppen mit jeweils sechs bis acht Personen eingeteilt. In der einen Gruppe werden bestimmte Themen, die für Ältere von besonderer Bedeutung sind (z. B. Auseinandersetzung mit körperlicher und seelischer Erkrankung, damit verbunden zunehmender Hilflosigkeit und Abhängigkeit, etc.), angesprochen. Die hauptsächliche Zielsetzung dieser themenzentrierten Gruppenarbeit besteht darin, die Auseinandersetzung mit altersspezifischen Problemen auf einer bewußten Ebene anzuregen, gemeinsam nach Lösungen zu suchen und die Selbständigkeit zu stärken. Diese Gruppengespräche eignen sich vor allem für Patienten mit endogenen Erkrankungen, sofern keine akut-psychotische Symptomatik mehr vorliegt, und für Patienten mit lebenslangen neurotischen Entwicklungen.

Die zweite Gruppe, in der sich vor allem Patienten mit akuten psychoreaktiven Erkrankungen, aber auch Patienten mit affektiven Psychosen befinden, sofern die akute Krankheitsphase überwunden ist und erhebliche Konflikte deutlich wurden, arbeitet nach einem problemzentrierten Behandlungskonzept auf dem Boden eines psychoanalytischen Verstehensmodells. Die Bearbeitung der Verlustprobleme und ihre innerpsychische Bedeutung steht in dieser Gruppe im Vordergrund.

Da für ältere Menschen die Auseinandersetzung mit eigenen Problemen, zudem in einer Gruppe, ungewohnt ist und Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie eine Minderung der Hörfunktionen die konzentrierte Bearbeitung intra- und interpsychischer Erlebniszvorgänge innerhalb der Gruppe erschweren, strukturieren die Gruppenleiter den Ablauf der Gespräche stärker, als dies in der Psychotherapie Jüngerer erforderlich wäre. Bei Abweichen oder Abschweifen vom Thema wird zum eigentlichen Konflikt oder zum hauptsächlichen Thema zurückgeführt. Patienten, die sich am Gruppenprozeß nicht beteiligen, werden vorsichtig daraufhin angesprochen und zu aktivieren versucht.

Bewährt hat sich, daß in jeder Gruppe zwei Therapeuten anwesend sind. Dadurch können nach jeder Sitzung gemeinsam der Ablauf der Gruppenstunde reflektiert, der Gruppenprozeß besser verstanden und Übertragungsprobleme eher erkannt und bearbeitet werden.

Dieses gruppenpsychotherapeutische Vorgehen hat sich gerade auch bei der tagesklinischen Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen als vorteilhaft erwiesen. Innerhalb solcher Gesprächsgruppen gelingt es leichter, zu gegenseitigem Erfahrungsaustausch und Hilfe untereinander anzuregen, Kontaktstörungen günstig zu beeinflussen und zu einer Lösung akuter, klar abgrenzbarer Konflikte beizutragen. Zusätzliche regelmäßige Einzelgespräche erweisen sich allerdings als unerlässlich. Manche Themen werden erstmals im Einzelgespräch genannt und erst dann in der Gruppe eingebracht.

Ebenfalls in Gruppen werden die *Beschäftigungstherapie* und die *rezeptive Musiktherapie* durchgeführt. Die Beschäftigungstherapie hat zum Ziel, die Patienten zu aktivieren, ihre Konzentration und Ausdauer zu üben und ihre Bereitschaft zu stärken, sich mit neuen Materialien und neuen Situationen auseinanderzusetzen. Bei der Musiktherapie wird gemeinsam Musik nach Wunsch der Patienten angehört und anschließend über die Erlebnisse beim Anhören gesprochen. Damit wird das Ziel verfolgt, emotional besetzte Erinnerung wieder erfahrbar zu machen und einer gemeinsamen Bearbeitung zuzuführen, die Wahrnehmung zu üben und entspannende Impulse zu vermitteln. Wenn indiziert, bieten wir zusätzlich Entspannungsübungen an.

Auch außerhalb der eigentlichen Therapiegruppen versuchen wir, möglichst viel zu Aktivität und mitverantwortlichem Denken und Handeln anzuregen. Dies kann die Selbständigkeit erhalten und stärken und die Bereitschaft, innerhalb oder außerhalb der Tagesklinik neue Beziehungspersonen kennenzulernen, fördern.

Angehörigenbetreuung

Von besonderer Bedeutung ist die regelmäßige Arbeit mit den Angehörigen. Dabei geht es einerseits um die emotionale Entlastung der Angehörigen und die Vermittlung instrumenteller Hilfen, wenn der psychisch kranke alte Mensch unter häufig großen seelischen und körperlichen Belastungen der übrigen Familienmitglieder weiterhin im Familienverband gehalten werden soll. Manen-

mal ist es aber auch erforderlich, um Verständnis für die Erkrankung des Patienten zu werben und gegebenenfalls Verhaltensänderungen bei den Familienangehörigen anzuregen.

Nachbehandlung

In der Regel führen wir keine ambulanten Nachbehandlungen durch. Um jedoch besonders gefährdeten Patienten auch im Anschluß an die tagesklinische Behandlung längerfristig eine Stützung und Hilfestellung bei neuen aktuellen Problemen anbieten zu können, wurde Anfang 1981 eine Nachsorgegruppe eingerichtet. Unter Leitung von zwei Pflegekräften treffen sich regelmäßig einmal wöchentlich sechs bis acht ehemalige Tagesklinik-Patienten zu Gruppengesprächen, die vorwiegend themenzentriert verlaufen, in denen aber auch intrapsychische Probleme angesprochen und bearbeitet werden. Die Gruppe wird in halboffener Form geführt und setzt sich überwiegend aus Patienten mit affektiven Psychosen zusammen. Bei den meisten dieser Patienten besteht zusätzlich eine ambulante nervenärztliche Betreuung. Unser bisheriger Eindruck ist, daß durch die Möglichkeit, längerfristig in einer solchen nachsorgenden Gesprächsgruppe Rat und Stützung zu finden, eine neuerliche teil- oder vollstationäre psychiatrische Behandlung vermieden oder zumindest verkürzt werden kann.

Bewährt hat sich ebenfalls, daß sich einmal pro Woche entlassene Patienten in ungezwungener Atmosphäre in den Räumen der Tagesklinik zu einem Kaffee-nachmittag treffen. Diese Zusammenkunft stellt für manche Patienten die einzige Begegnungsstätte mit ihnen vertrauten Menschen dar, was ihnen die Möglichkeit bietet, Kontakt und Rat zu suchen und zu finden.

Behandlungsergebnisse

Bisher erfolgte in der Tagesklinik keine standardisierte Befunderhebung. Einerseits wäre dies in der Aufbauphase nur schwer zu verwirklichen gewesen, andererseits liegen nach unserer Meinung für den klinischen gerontopsychiatrischen Bereich bisher keine ausreichend zuverlässigen und praktikablen Skalen vor. Daher können hier lediglich Erfahrungen mitgeteilt werden, die sich auf den klinisch beobachtbaren Verlauf beziehen.

Da das wesentliche Ziel der tagesklinischen Behandlung darin besteht, durch Einsatz umfangreicher therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen die Selbständigkeit älterer Menschen weitgehend zu erhalten oder wiederherzustellen, soll — nur als ein Beispiel — dieses Merkmal, bezogen auf die Wohnsituation vor und nach tagesklinischer Behandlung, als Verlaufskriterium herangezogen werden.

Zu Beginn der tagesklinischen Behandlung lebten 2/3 (66%) der Patienten allein oder mit Partner bzw. Familienangehörigen zu Hause; ein weiteres Fünftel (20%) kehrte mit Beginn der tagesklinischen Betreuung und Entlassung aus stationärer Behandlung in die eigene Wohnung zurück; knapp 1/7 (14%) wohnte in einem Altenheim.

Bei Entlassung der Patienten hatte sich an dieser Verteilung grundsätzlich nichts geändert. Gut 2/3 (69%) konnte nach Hause und in weitere ambulante ärztliche Betreuung entlassen werden. Die Anzahl stationär aufgenommenen Patienten entsprach der, die in stationäre Weiterbehandlung (19%) verlegt werden mußten. Dabei waren Gründe für die stationäre Aufnahme bei der einen Hälfte akute körperliche Erkrankungen, bei der anderen zunehmende depressiv-suicidale Symptomatik und Entlastung der gespannten familiären Situation durch vorübergehende räumliche Distanz. Bei nur einem Patienten, der an einem rasch progredienten hirnatrophischen Prozeß litt, war eine Heimunterbringung erforderlich. Dies ist umso erstaunlicher, als ein größerer Teil insbesondere der älteren, allein lebenden Patienten mit einer solchen Fragestellung in die Tagesklinik eingewiesen worden war. Bei diesen Patienten gelang es, durch die Behandlung körperlicher und seelischer Erkrankungen, die Verbesserung der Kontaktbereitschaft und Vermehrung von Kontakten und durch Einschalten der offenen Altenhilfe die bisherige Wohnform zu erhalten. In einigen Fällen ermöglichte auch die zeitweilige Entlastung und gezielte Beratung der Angehörigen, daß sie ihr chronisch erkranktes Mitglied weiterhin bei sich betreuten.

Als besonders wichtig erwies es sich, daß in den Gruppen häufig das Thema Abhängigkeit und Heimunterbringung angesprochen wurde und daß darüber hinaus mit den Älteren regelmäßige Besuche verschiedener Münchener Altenheime durchgeführt wurden. Dies erhöhte den Informationsstand, half Vorurteile zu verringern und schuf somit die Voraussetzungen, sich mit der Notwendigkeit einer späteren Heimunterbringung auseinanderzusetzen. Ein größerer Teil der Patienten entschloß sich daraufhin, noch während der Tagesklinikbehandlung, sich in einem Heim ihrer Wahl, meist im Wohnbezirk gelegen, längerfristig anzumelden.

///. Schlußfolgerungen

Erfahrungen mit der hier vorgestellten Tagesklinik bestätigen, daß in der Behandlung älterer psychisch Kranker teilstationäre Einrichtungen von besonderer Bedeutung sind.

1. Diese Behandlungsform eignet sich bei Älteren besonderes für Patienten mit depressiven Verstimmungen und einer Vereinsamungsproblematik, zumeist infolge akuter Verluste. Aber auch Patienten mit affektiven oder schizophrenen Psychosen können behandelt werden, sofern nicht zu starke Agitiertheit oder Suicidalität besteht. Häufig läßt sich bei diesen Patienten eine Vollhospitalisierung umgehen oder zumindest der erforderliche stationäre Aufenthalt verkürzen. Dagegen stellt die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen hirnrorganischen Psychosyndromen insbesondere wegen der täglich erforderlichen Einstellung auf eine neue Umgebung weiterhin ein Problem dar.
2. Vergleichbar den Möglichkeiten unter stationären Bedingungen, kann eine gründliche mehrdimensionale Diagnostik vorgenommen werden, die psycholo-

gische, soziale und körperliche pathogenetische Faktoren berücksichtigt und der Multimorbidität psychisch kranker alter Menschen Rechnung trägt. Von Vorteil dabei ist die enge Kooperation mit einem Allgemeinkrankenhaus, das über sämtliche medizinische Fachabteilungen verfügt, und die Nähe zu einer vollstationären psychiatrischen Versorgungseinheit, um bei akuten Erkrankungen oder Verschlechterungen eine vollstationäre Behandlung rasch einleiten zu können.

3. Neben umfassender medikamentöser Behandlung bietet diese Organisationsform günstige Voraussetzungen für die Anwendung bestimmter psycho- und soziotherapeutischer Verfahren. Dabei hat sich für den Großteil der Patienten bewährt, daß sich die Tagesklinik in ihrem Behandlungskonzept an das Prinzip einer therapeutischen Gemeinschaft anlehnt und vor allem gruppentherapeutische Elemente wesentlich mit einbezieht. Trotz der Möglichkeit, ein breitgefächertes und intensives Behandlungsprogramm anzubieten, wird einer allzu großen Regressionsneigung und Hospitalisierungstendenz mit einer tagesklinischen Behandlungsform dadurch begegnet, daß infolge täglicher Rückkehr in die häusliche Umgebung und freier Wochenenden soziale Bindungen erhalten bleiben, in den therapeutischen Kleingruppen der Erwerb neuer Beziehungen angeregt wird und der Tagesablauf neben stützenden vor allem auch anregende Impulse vermittelt.

4. Die personelle Zusammensetzung, sowie die personelle Kontinuität durch fehlenden Schichtdienst bietet zahlreiche Vorteile. Der vermehrte Zugang zu den Problemen der Patienten, der sich z. B. aus der Teilnahme an bestimmten Gruppen, durch Kontakt zu Angehörigen oder durch einen Hausbesuch ergibt, führt zu einem differenzierteren Umgang mit den Patienten und beeinflusst die Interaktion zwischen den Mitarbeitern positiv.

5. Von wesentlicher Bedeutung ist die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der offenen Altenhilfe, sowie den niedergelassenen ärztlichen Kollegen, wodurch oft erst möglich wird, dem älteren Patienten seine bisherige Wohnform in weitgehender Selbständigkeit zu erhalten.

6. Die Frage der Effizienz tagesklinischer Einrichtungen ist heute noch nicht eindeutig zu beantworten. Kontrollierte Studien, die unter experimentellen Bedingungen ambulante, teilstationäre und vollstationäre Behandlungen verglichen haben, sind uns nicht bekannt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen aber, daß sich mit Hilfe einer Tagesklinik bei einem Teil psychisch erkrankter älterer Menschen Vollhospitalisierungen vermeiden oder verkürzen lassen und diese Einrichtung optimal dafür geeignet ist, dieser Gruppe von Patienten die bedrohte Selbständigkeit weitgehend zu erhalten oder bei der Wiedererlangung der Selbständigkeit behilflich zu sein. Die Tagesklinik will und kann aber nicht in Konkurrenz mit anderen psychiatrischen Versorgungsstrukturen treten. Vielmehr versteht sie sich als ein Glied in einer therapeutischen Kette für eine bestimmte Gruppe von Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Krankheit.

Diskussion zur kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik und zur gerontopsychiatrischen Tagesklinik

Moderation: A. Veltin

(gekürzte Fassung)

Veltin: Ganz besonderen Dank Ihnen, Herr Ernst, daß Sie uns so gut in das Thema gerontopsychiatrische Tagesklinik eingeführt haben. Ich werde unverzüglich die Diskussion eröffnen und um Voten bitten.

Nieder: Was war denn der wesentliche Grund für die Verlegung in den vollstationären psychiatrischen Bereich aus der Tagesklinik?

Ernst: Wesentliche Gründe waren einerseits akute Suicidalität bei schwer depressiven Patienten, andererseits zunehmende Desorientierung und Agitiertheit, mit welcher Patienten mit fortgeschrittenen hirnorganischem Psychosyndrom in der neuen Umgebung und räumlichen Enge unserer Tagesklinik gelegentlich reagierten,

Becker: Eine Frage an Herrn Heinhold; Wie ist es 1929 dazu gekommen, daß man kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken geschaffen hat? Hat das etwas damit zu tun, daß sozusagen das zur Schule gehen eine ähnliche Tätigkeit war, oder wie ist man überhaupt auf die Idee gekommen, teilstationär zu behandeln? Das ist ja damals wohl mehr oder weniger weltweit eine ganz junge Idee gewesen.

Heinhold: Es war damals Prof. Isserlin, der erste Klinikdirektor der Heckscher Klinik, der von der Idee überzeugt war, die psychisch gestörten Kinder möglichst so lange in der Familie zu belassen, solange die Belastungen aufgrund der Psychopathologie auch von der Familie getragen werden konnten. Das war damals nur möglich, weil zur damaligen Zeit bereits in der Heckscher Klinik ein multiprofessionelles therapeutisches Team bestand und eine Ambulanz vorhanden war, die, heute würde man sagen ausgesprochen familientherapeutische Ziele hatte, in diesem Team, das sich noch bescheiden als Arbeitsgemeinschaft bezeichnete, waren die Berufsgruppen Kinder- und Nervenarzt, Psychotherapeut, sogar bereits ein Psychoanalytiker, Psychologe, Sonderpädagoge, Heilpädagoge und Sozialarbeiter vertreten. Alle waren damals der Überzeugung, daß Kinder und Jugendliche, seien sie psychisch gestört oder behindert, solange wie möglich in der Familie bleiben und auch sobald als möglich wieder in das familiäre Milieu zurückkehren sollten, wobei aber alle notwendigen therapeutischen Hilfen zur Verfügung stehen sollten.

Becker: Hat man da denn irgendwie an andere Ideen angeknüpft oder ist das dort wirklich so entwickelt worden?

Heinhold: Das ist in unserer Klinik so entwickelt worden. Aus der Geschichte unserer Klinik, die vor einiger Zeit sehr differenziert zusammengestellt wurde geht deutlich hervor, daß bereits 1929 der tiefenpsychologisch-psychoanalytisch-psychotherapeutische Aspekt, der psychodynamische-familiendynamische Bereich mit all den psychohygienischen Auswirkungen ganz wesentlich in das therapeutische Konzept eingebaut war. Während man heute sehr oft den Eindruck hat, es wird von oben etwas geplant und dann modellhaft vollzogen, ist die Idee der Tagesklinik ganz auf der praktischen vollstationären und ambulanten Arbeit der Heckscher Klinik in engster Zusammenarbeit der damaligen Arbeitsgemeinschaft der verschiedenen Berufe entwickelt worden.

von Maltzahn: Herr Heinhold, ich habe an Sie auch noch eine Frage hinsichtlich der räumlichen Ordnung Ihrer Tagesklinik. Ich hatte nach den vielgefächerten Angeboten, die Sie hatten, den Eindruck, daß die Patienten der Tagesklinik dezentralisiert innerhalb der gesamten Klinik verteilt sind, so daß das gar keine kohärente Gruppe mehr ist. Wie sieht das bei Ihnen aus?

Heinhold: Das ist eine wichtige Frage. Bei uns sind die verschiedenen Abteilungen räumlich getrennt. Wir hatten das große Glück, immer wieder einmal anbauen zu können, so daß beides parallel lief, die neuen Ideen und deren räumliche und personalmäßige Verwirklichung. Der vollstationäre, der tagesklinische, der ambulante Bereich und die therapeutische Wohngemeinschaft sind räumlich und auch personalmäßig völlig getrennte und selbständige Abteilungen der Klinik. Dasselbe gilt für die Klinikschule.

Grenner: Zwei Fragen an Herrn Heinhold und zwar erstens: Bedingt der Schonraum der Klinikschule nicht nachher erst recht größere Schwierigkeiten bei der Eingliederung in die offiziellen örtlichen Schulen? Und zweitens: Haben Sie Erfahrungen mit endogenen Psychosen?

Heinhold: Es besteht gar kein Zweifel, daß für die Kinder die Klinikschule eine Schonsituation ist. Aber unsere Katamnesen ergaben, daß selbst Kinder, die draußen absolute Schulversager waren, nach der Klinik- oder Tagesklinikbehandlung und dem Besuch der Klinikschule in der normalen offiziellen örtlichen Schule und selbst in der Oberschule gut integriert werden konnten. Es zeigte sich nämlich fast ausnahmslos, daß aufgrund der multidimensionalen therapeutischen und heilpädagogischen Hilfsangebote diese Kinder und Jugendlichen aus ihrer Lernhemmung, ganz gleich welcher Ätiologie, herausgebracht werden konnten und daß sie lernten, entsprechend ihres Begabungsniveaus, überhaupt Lernen zu können. Sie erlebten ihre Begabungsschwerpunkte oder Begabungseinschränkungen und wurden individuell ganz intensiv gefördert. Sie erfuhren auch in der Klinikschule, welche adäquate Schulform sie benötigten. Von selten der Eltern bestand dann immer wieder die Schwierigkeit, die Kinder und Jugendlichen aufgrund ihrer bisherigen sehr negativen Schulerfahrungen möglichst lange in dieser Schonsituation zu belassen, was durchaus verständlich ist, da es ja für diese leistungs- oder verhaltensgestörten Kinder keine günstigere Ausgangsposition gibt, nämlich alle therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung zu haben und gleichzeitig eine

recht günstige schulfördernde Einrichtung. Unser Bemühen ist es aber, die Kinder so bald wie möglich den üblichen sozialen und schulischen Belastungen zu überlassen, sobald man es therapeutisch für möglich und verantwortbar hält. Dies stößt, wie bereits gesagt, bei den Eltern oft auf Widerstand und bedarf intensiver Vorbereitungen sowohl bei den Eltern als auch in der örtlichen Schule.

Zur zweiten Frage, nämlich, ob wir Erfahrungen mit endogenen Psychosen im Kindes- und Jugendalter haben:

Wir sind im Münchener Raum, überhaupt im oberbayerischen Raum, die größte kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung. Wir haben einen vollen Versorgungsauftrag und müssen alle Jugendlichen aufnehmen, die psychisch gestört sind. So ist es auch verständlich, daß es bei uns eine geschlossene und Kriseninterventions-Station gibt. Wir haben deshalb auch jugendliche Psychosen im vollklinischen wie im tagesklinischen Bereich. Die Erfahrungen mit psychotischen Kindern und Jugendlichen sind daher sehr umfangreich. Dies wäre ein gesondertes Thema: psychotisch gestörte Kinder und Jugendliche und Schule.

Kretschmar: Ich habe einige Anmerkungen zu Ihren Ausführungen, Herr Ernst. Wir haben ja auch eine Nachuntersuchung gemacht nach einem halben Jahr und hatten ähnliche Erfahrungen mit den affektiven Psychosen und einer besonderen Gruppe depressiver und paranoider Syndrome. Wir versuchen jetzt auch einige mindestens bis mittelmäßig hirngestörte Psychotiker in die Tagesklinik zu integrieren, u. a. aus den Gründen, die sich aus der Angehörigenbetreuung ergeben, nämlich um die Angehörigen, die ihre organischen Psychotiker zu Hause betreuen, in Krisensituationen zu entlasten. Im Gegensatz zu Ihnen bekommen wir den Hauptteil unserer Patienten immer noch von den Stationen. Nur drei unserer sehr vielen niedergelassenen Nervenärzte in Düsseldorf überweisen direkt in die Tagesklinik, obwohl wir sehr viel Propaganda und Informationsveranstaltungen gemacht haben. Dann wollte ich noch fragen: Welche Patienten überweisen Sie an Ihre Poliklinik und welche geben Sie ab an die Niedergelassenen?

Ernst: Die große Zahl von Direktaufnahmen aus zuvor ambulanter Behandlung macht deutlich, daß wir uns bisher um eine gute und möglichst enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen bemüht haben und eine solche auch besteht. Da wir mit dieser Einrichtungsform nicht in Konkurrenz mit anderen psychiatrischen Versorgungsstrukturen treten können oder wollen, sondern sie als zusätzliche Möglichkeit für eine bestimmte Gruppe von Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Krankheit sehen, führen wir in der Regel keine ambulanten Nachbehandlungen durch. Dies wird bei der Aufnahme sowohl mit dem Patienten als auch mit dem einweisenden niedergelassenen Kollegen klar besprochen. Allerdings besteht bei den meisten Patienten eine ambulante nervenärztliche Betreuung durch die niedergelassenen Kollegen.

Bosch: Sie haben beide ein System der Tagesklinik als Kette in einem breiteren System geschildert, bei aller Eigenständigkeit, die möglich ist. Könnten Sie, Herr Heinhold, in Prozenten sagen oder schätzen, wie viele Patienten Sie direkt von draußen übernehmen, die dann auch wieder nach draußen gehen, also nur tagesklinische Betreuung erfahren? Wieviel Prozent machen den Weg über die Tagesklinik in die Station, weil es in der Tagesklinik nicht geht oder weil das sogar intendiert ist, und wieviele Patienten machen den Weg vom stationären Bereich über die Tagesklinik nach draußen?

Heinhold: Ich kann es prozentual nicht genau sagen. Ich habe die Zahlen nicht bei mir. Von 50 Tagesklienten sind es ungefähr 13 bis 15, die direkt von draußen, vom Kinderarzt, Nervenarzt, Erziehungsberatungsstellen, heilpädagogischen Tagesstätten oder von den Schulen in die Tagesklinik überwiesen werden. 35 kommen über unsere Ambulanz und aus unserer stationären Behandlung. Wir haben eine eigene Institutsambulanz, und hier sollte eine kleine Besonderheit vermerkt werden: unsere Ambulanz ist so eingerichtet, daß jeder Kollege aus dem Stationsbereich auch noch 1 oder 2 Fälle in der Woche im Ambulanzbereich mit untersucht und versorgt, so daß sich eine überaus differenzierte Indikation ergibt, ob das Kind oder der Jugendliche noch im tagesklinischen Bereich versorgt werden kann oder vollstationär aufgenommen werden muß oder auch nur ambulant versorgt zu werden braucht. Eine andere Frage ist, wie man diese sowohl für Patienten als auch Ärzte überaus positive Situation in der Personalstellenbesetzung ausweist.

Patscher: Herr Heinhold, ich habe ein paar Fragen an Sie. Sie haben sich sehr skeptisch darüber geäußert, daß die Kinder Ihrer Tagesklinik öffentliche Schulen anstelle der Klinikschule besuchen. Wenn Sie das vielleicht noch ein bißchen ausführen könnten. Eine andere Frage ist noch: Bei Tagesklinikkindern kann ich mir vorstellen, daß Fehlzeiten auftauchen — Mutter ruft morgens an, der Junge ist krank, hat Fieber. Wie gehen Sie damit um und wie haben Sie das mit den Kostenträgern geregelt? Und schließlich eine letzte Frage: Gibt es Gruppenbildungen zwischen Ihren stationären Patienten und den Kindern der Tagesklinik? Gibt es da Neidreaktionen oder so ähnliches?

Heinhold: Zur ersten Frage: Hier habe ich mich vielleicht etwas mißverständlich ausgedrückt. Ich habe mich gegenüber der öffentlichen Schule insofern skeptisch geäußert, daß die öffentlichen Schulen für psychisch gestörte Kinder und Jugendliche immer weniger belastbar werden. Die Rückführung in die öffentlichen Schulen aus der Klinikbehandlung einschließlich der Tagesklinikbehandlung wird immer schwieriger. Hier scheint es, daß die öffentliche Schule zu schnell die Aussage macht: das Kind sei für sie untragbar. Es gehöre nicht mehr dorthin. Es bedarf dann einer sehr intensiven Vorarbeit durch den Lehrer der Klinikschule, durch den Sozialarbeiter, durch den Arzt, ehe die Schule wieder eine gewisse Bereitschaft zeigt, das Kind wieder aufzunehmen. Das muß immer sehr ausgiebig geklärt sein, wenn man kein Rezidiv riskieren will. Man ist doch immer wieder erstaunt, welche Sperrn, Bedenken von Seiten der Pädagogik sich auftun, um einmal psychisch auffällig gewordene Schüler wieder zu integrieren.

Zur zweiten Frage nach den Fehlzeiten. Ich habe hier die prozentualen Zahlen vorliegen. Wir haben sehr geringe Fehlzeiten. Das kommt daher daß wir vor Aufnahme in die Tagesklinik mit den Eltern der Kinder sehr ausgiebige Vorgespräche führen und sie zur Mitarbeit verpflichten. Hier kommt eine sehr intensive Elternarbeit zustande. Unter anderem besteht eine Elterngruppe die sich über lange Zeit regelmäßig zu therapeutischen Gesprächen trifft. Ein anderer Teil der Eltern kommt nur zu den Elternnachmittagen und -Sprechstunden oder zu den Elternabenden. Wenn die Eltern sich konstant aus der Elternarbeit heraushalten, stellt man ihnen anheim, das Kind aus der Tagesklinik herauszunehmen. Die Elternmitarbeit ist eine Voraussetzung, daß das Kind überhaupt die Tagesklinik und die Klinikschule besuchen kann. Wir haben deshalb auch keine großen Fehlzeiten. Auch die Auslastung unserer Klinik ist optimal.

Zur dritten Frage nach Gruppenbildungen zwischen stationären Patienten und der Tagesklinik. Hier konnten wir nichts beobachten. Da die Patienten alle in die gleiche Klinikschule gehen, sind sie ja einen großen Teil des Tages zusammen. Auch die therapeutischen Bemühungen laufen zum Teil gemeinsam, sei es Logopädie, Mototherapie, Musiktherapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Jedenfalls habe ich noch keine Neidreaktionen oder etwas ähnliches zwischen den beiden Gruppen feststellen können.

Wolpert: Frage an Sie, Herr Ernst. Wir haben in Darmstadt eine Klinik sehr weitgehend nach Ihrem Muster aufgemacht, weil wir uns an Ihre Erfahrungen anhängen wollten. Die Größe, die Ausstattung ist sehr ähnlich, auch die Zielsetzung. Nun haben wir aber in mancher Hinsicht schon von vorneherein andere Erfahrungen gemacht. Wir haben nämlich die Klinik aus dem vollstationären Bereich belegt zur gestuften Entlastung, zur Erleichterung des Entlassungsprozesses, der Verselbständigung, und ich staune, daß Sie die Klinik aus dem ambulanten Bereich nahezu vollständig belegen. Außerdem wird unsere Klinik zum Teil zur Krisenintervention für Heimbewohner genutzt. Mit den Heimen besteht eine enge Kooperation, und sie sind froh, daß sie dann nicht stationär einweisen müssen, sondern bei den Krisen tagesklinisch behandelt werden kann. Steckt bei Ihnen Methode dahinter, daß Sie die Tagesklinik nicht zur nachstationären Behandlung benutzen? Steckt Methode dahinter, daß Sie in der Zusammenarbeit mit der geschlossenen Altenhilfe nicht Patienten in den Altenbereich zurückverlegen, oder was mögen die Gründe sein für diese sehr deutlichen Unterschiede?

Ernst: Natürlich benützen wir, wenn immer nur möglich, was unsere kleine psychiatrische Abteilung mit 42 Betten betrifft, die Tagesklinik zur nachstationären Behandlung. Gründe für die kleine Anzahl an Übernahmen sind z. B., daß ein Teil der zur stationären Aufnahme anstehenden Patienten bereits an die Tagesklinik verwiesen wird, bei einem erheblichen Teil stationärer Patienten der weite Anfahrtsweg in die Tagesklinik einen Hinderungsgrund darstellt und ein weiterer Teil der Patienten eine tagesklinische Behandlung ablehnt, z. B. mit der Begründung, nicht nur mit Älteren Zusammensein zu wollen, oder aus Angst vor insbesondere den Gesprächsgruppen. Vielleicht könnte man

noch etwas überspitzt hinzufügen, daß wir bei niedergelassenen Kollegen besser bekannt sind als in den übrigen Abteilungen im Hause.

Was Ihre Frage bezüglich der Zusammenarbeit mit der geschlossenen Altenhilfe betrifft, habe ich mich vielleicht mißverständlich ausgedrückt. Alle unsere Patienten aus Altenheimen (ca. ein Zehntel) kehrten nach der Behandlung dorthin zurück. Allerdings war es in diesem Einjahreszeitraum in keinem Fall notwendig, einen vorher in eigener Haushaltsführung lebenden Patienten in einem Heim unterzubringen. Dies sicherlich aufgrund guter Zusammenarbeit mit der offenen Altenhilfe.

Linder: Ich möchte von Herrn Heinhold gerne wissen, ob die Diagnoseverteilung von den vollstationären Patienten sich wesentlich von den Patienten unterscheidet, die in der Tagesklinik sind? Und ob auch die Schichtenzugehörigkeit oder die schulische Verteilung, insbesondere die Schulbesuche außerhalb der Klinik, sich zwischen dem stationären und dem tagesklinischen Patienten wesentlich unterscheidet. Und drittens: In München gibt es eine recht große Zahl von Ausländerkindern; wie ist da eigentlich die Verteilung, und wie wird der Schulbesuch geregelt?

Heinhold: Auf die Frage nach der Diagnoseverteilung kann ich keine genauere statistische Antwort geben. In München steht dazu genaueres statistisches Material zur Verfügung. Es gibt sicher bei den Diagnosen einige Unterschiede insofern, als im stationären Bereich die Psychosen, die hirnorganischen Psychosynndrome mit massiven Erregungszuständen und die neurotischen Verhaltensstörungen mit erheblichen destruktiven und suicidalen Tendenzen überwiegen.

Bezüglich der sozialen Schichtenzugehörigkeit gibt es keine Unterschiede.

Zu Frage drei, bezüglich der Ausländerkinder: Auch in unserer Klinik einschließlich der Tagesklinik nimmt der Anteil der Ausländerkinder zu. Hier sind es vor allem schwere Eingliederungsprobleme von Türkenkindern, vor allem von türkischen Mädchen in der vorpubertären und adoleszenten Lebensphase, bei denen man bezüglich der Diagnose überaus große Schwierigkeiten hat. Wir arbeiten deshalb mit psychologischen Mitarbeitern des türkischen Sozialdienstes zusammen. Trotzdem bleibt die klare Abgrenzung einer eventuellen Psychose nach wie vor sehr schwierig. Eindeutiger ist die Diagnose eines hirnorganischen Psychosyndroms.

Urbahn: An beide unterschiedliche Fragen. Einmal an Sie, Herr Heinhold: Sie haben zu Recht betont, und das war recht anschaulich, daß die Schule ein sehr großes Störfeld darstellt. Jetzt im Sinne der Prophylaxe: Würde das dann andererseits bedeuten, daß die Verbesserung der Schule solche Fehlentwicklungen von vornherein verhindern würde, d.h. wie weit können sie ihre Erfahrungen für die Pädagogen in den Schulen oder für die Schulpartner auch noch fruchtbar machen? Ich denke zum Beispiel daran, daß die integrierte Gesamtschule, die ich in Hannover kenne, durchaus den Ehrgeiz hat, im Primärbereich die Verschiebung, so wird das hier genannt, an die Sonderschulen durch

besondere pädagogische schulpsychologische Maßnahmen zu verhindern
Wie stehen Sie dazu?

Und dann zu Herrn Ernst Sie haben gesagt, daß über 50% der Patienten der Diagnosegruppe der affektiven Psychosen zuzuordnen ist. Wieso hat das etwas mit Gerontopsychiatrie zu tun, sage ich jetzt mal ganz ketzerisch nach dem wir doch wohl soweit gekommen sind, die Involutionspsychose als fiktiv darzustellen. Wie weit, würden Sie dann sagen, sind diese Patienten auch in einer allgemein psychiatrischen Tagesklinik zu behandeln? Wieweit geraten Sie da nicht einfach in Konkurrenz zu einer allgemein psychiatrischen Tagesklinik? Das würde bedingt dann auch für die paranoiden Syndrome gelten, die alters- und kontaktmangel-paranoiden. Es ist ja auch eine Frage, ob das eine so altersspezifische Erscheinung ist. Das wird ja auch angezweifelt. Liegt hier nicht letzten Endes ein diagnostisches Mißverständnis vor?

Heinhold: Es besteht für mich kein Zweifel, daß die Schule ein großes Störfeld ist. Ich bin aber der Überzeugung, daß die Schule im Kindes- und Jugendalter immer ein Störfeld bleiben wird, weil dieser Lebensbereich eigentlich das entscheidende Feld ist, in dem kindliche Leistungs- und Verhaltensstörungen besonders deutlich zum Ausdruck kommen.

Unsere kinder- und jugendpsychiatrische Prophylaxe für die Schule besteht vor allem im Ausbau des konsiliarärztlichen Dienstes, vor allem durch Mitarbeit in den Erziehungsberatungsstellen und im schulpsychologischen Dienst. Hier hat München den großen Vorteil, daß beide Bereiche recht gut ausgebaut sind. Das Hauptproblem, das Sie angesprochen haben, scheint mir in der zunehmend geringeren Belastbarkeit des Lehrers psychisch gestörten Kindern gegenüber zu liegen. Obwohl die Lehrer mit so viel psychologischem Wissen gefüttert werden, obwohl man immer wieder vom pädagogischen Verständnis spricht, hat man doch den Eindruck, daß die persönliche Belastbarkeit des Lehrers zunehmend geringer wird. Das ist ein wirklich schwieriges Problem für uns Kinder- und Jugendpsychiater. Wie man hier effektivere prophylaktische Arbeit tun kann, ist mir noch nicht sehr klar. Wir meinen, daß unsere Klinik, vor allem unsere Klinikschule, insofern intensive prophylaktische Arbeit auch für die Schule leistet — es sind immerhin 30 Lehrer in unserer Klinikschule —, als sie die aus dem normalen öffentlichen Schulbereich ausgegliederten Kinder und Jugendlichen wieder schulfähig machen und so den Lehrern erlebbar machen daß diese Kinder und Jugendlichen durchaus schulisch gefördert und schulisch eingegliedert werden können. So kommt es eben zur intensiven Zusammenarbeit mit den Lehrern der öffentlichen Schulen bei, der Reintegration. Dieses Thema ist überaus interessant und bedürfte einer intensiveren Bearbeitung wie man der öffentlichen Schule dazu verhelfen könnte, weder zu einer größeren Belastbarkeit bei psychischen Störungen im Leistungs- und Verhaltensbereich zu kommen.

Ernst : Ich glaube, das sie völlig recht haben, unsere Patienten auch in einer entsprechend großen allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik behandelt werden könnten. Nur, zum einen besteht bisher keine solche Einrichtung in München

mit ausreichender Platzzahl, sodaß keine Konkurrenzsituation gegeben ist; zum anderen besteht gerade in unserem Aufnahmebezirk ein ausgeprägt hoher Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung, was eher noch weitere solcher spezifischen Einrichtungen rechtfertigen würde.

Veitin: Ich darf mich bei Ihnen beiden recht herzlich bedanken.

Die Tagesklinik als Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Vollversorgungssystems

R. Seidel

Das Bett ist das Nest einer Menge von
Krankheiten

Immanuel Kant, 1798

Der Psychiater, Schriftsteller und Freiheitskämpfer Frantz Fanon schrieb vor 23 Jahren:

„Die Internierung bedeutet mehr oder weniger explizit, daß der Kranke die Waffen strecken muß, daß er sich uns überantwortet, daß der Kampf ungleich wird und daß er im buchstäblichen Sinn Bevormundung und Schutz braucht. Das Tageshospital bietet sich im Gegenteil als vorübergehende Unterstützung an, als augenblickliche Verstärkung der Persönlichkeit, wie ein verlängerter Besuch beim Therapeuten“.

Tageskliniken sind eine Art Idealtyp offener, „freiheitlicher“ Psychiatrie im Lebenszusammenhang der Betroffenen. Tagesklinikpatienten sind Grenzgänger. 40 Psychiatristunden stehen 128 Wochenstunden bei sich zu Hause gegenüber. Ihre Mitarbeiter sind die Hirten der grünen Grenze zwischen psychiatrischer Institution und Gemeinde.

Gemeindepsychiatrie

Der Begriff Gemeindepsychiatrie¹ meint die Rückführung psychischen Leidens an den Ort seines Entstehens: Familie, Arbeitsplatz, Stadtteil, Kneipe, Nachbar, Freund. Oder die Abgeschlossenheit, Verlassenheit des Einzelnen von alledem.

Gemeindepsychiatrie ist nicht als Zustand, sondern stets als Prozeß zu beschreiben. Dennoch kann gemeindepsychiatrische Arbeit nicht „funktionieren“, ohne sich auch Organisationsprinzipien aufzuerlegen.

¹ Eine reflektierte, ausführliche Darstellung des Begriffes „Gemeindepsychiatrie“ im hier gemeinten Sinn findet sich bei H. Hasselbeck, in: Krüger, H., 1981. Eine soziologisch-kritische Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Gemeindebegriff ist bei U. Braun/D. Degen „Gemeinde“. Ort der Gemeinschaft oder Versorgungsgebiet? in: Keupp/Rerrich (Hrsg.), 1982, nachzulesen,

Hierzu zähle ich:

- die Begrenzung der Zuständigkeit auf eine überschaubare, möglichst „gewachsene“ Region — um so den konkreten Bedürfnissen der Hilfesuchenden möglichst nahe zu kommen. („Sektorprinzip“)
- die Wahrnehmung der Zuständigkeit für weitgehend alle Formen vor allem schwersten psychischen Leidens, einschließlich der Behandlung unter Zwang (PsychKG, Vormundschaft, Pflegschaft) — um kein soziales Gefälle in der Behandlungsqualität entstehen zu lassen. („Prinzip der Versorgungsverpflichtung“)
- die Bereitstellung unterschiedlicher ambulanter, komplementärer, teilstationärer und stationärer Dienste, auch für Suchtkranke und alte Menschen, bei weitgehender personaler Kontinuität der Therapeuten — um so der Unterschiedlichkeit der Hilfebedürfnisse verschiedenartig erkrankter oder notleidender Menschen Rechnung zu tragen. („Prinzip der therapeutischen Kette“)
- die Unterstützung von Laieninitiativen zur Hilfe in psychosoziale Not geratener und psychisch kranker Bürger, um die stets durch Kontroll- und Ordnungsfunktionen notwendig gebundene Expertendominanz auszugleichen und eine zu weitgehende Psychiatrisierung des Alltagslebens unter präventiven Vorzeichen zu verhindern. („Selbsthilfeprinzip“)
- die Arbeit in berufsübergreifenden, jedoch spezifische Berufsrollen anerkennenden Teams — um eine distanzgebietende Objektivierung psychiatrischen Handelns zu vermeiden. („Teamprinzip“)

Tageskliniken — als Ort der Mitte zwischen Gemeinde und Institution — stellen einen empfindlichen Indikator für das Selbstverständnis einer psychosozialen Versorgung, die den Anspruch erhebt, „Gemeindepsychiatrie“ zu sein, dar. Wo sie sich schlecht entwickeln, ist meist die Integration der Tagesbehandlung in ihr sozialtherapeutisches Umfeld nicht hinreichend bedacht oder gewollt.

Die Gemeinde Mönchengladbach und ihre Psychiatrie

Die Stadt Mönchengladbach, im Rahmen der Kommunalreform vom 1.1. 1975 um die damalige eigenständige Großstadt Rheydt und die Gemeinde Wickrath erweitert, hat etwa 265 000 Einwohner. Sie liegt 25 km westlich von Düsseldorf nahe der niederländischen Grenze. Die Arbeitslosenquote (1981) lag zwischen 6,3 und 8,9% deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die Gesamtzahl der Sozialhilfeempfänger betrug 10692 (4,14%), davon 6761 Frauen.

2 Um die Entwicklung der Gesamtversorgung zu einer stärkeren Beteiligung der Tagesbehandlung hin zu verdeutlichen seien noch die Zahlen von 1973 bis 1978 ausgeführt.

	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Aufnahme Klinik insgesamt	390	535	620	762	672	777
Aufnahmen Tagesklinik	15	40	72	105	117	149

Bis zur Eröffnung der Klinik Mönchengladbach-Rheydt vor heute fast genau 10 Jahren, unter der Leitung von Alexander Veltin, wurde die stationäre psychiatrische Versorgung fast ausnahmslos vom 16 km entfernten Landeskrankenhaus Viersen-Süchteln erfüllt. 1972/73 übernahm die auf dem Gelände des alten Stadtkrankenhauses entstandene Landeslinik Rheydt die Pflichtversorgung aller einer stationären und teilstationären Behandlung bedürftigen psychisch kranken Erwachsenen, einschließlich Suchtkranker und gerontopsychiatrischer Patienten der Stadt Rheydt mit 100 000 Einwohnern. Ausgenommen von der Aufnahmepflicht waren lediglich — gemäß der im Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker im Rheinland angestrebten Lösung — psychisch kranke Rechtsbrecher, oligophrene Patienten und psychisch auffällige Jugendliche. Die Klinik verdankt ihr Entstehen dem politischen Willen ihrer verwaltenden Organe im kommunalen Spitzenverband und der Förderung durch den damals neu im Amt befindlichen reformorientierten Psychiatriedezernenten des Landschaftsverbandes, C. Kulenkampff.

Bald zeigte sich, daß bei einer psychiatrischen Gemeindeversorgung mit vielfältigen Kontakten zu den kommunalen Verwaltungen, Gesundheitsämtern, Diensten der freien Wohlfahrtspflege, Altenheimen, Ärzten in Praxen und Betrieben weniger belegte Plätze als ursprünglich angenommen benötigt wurden. So wurde 1975 der Versorgungssektor auf eine Einwohnerzahl von 140 000 und 1980 von 180 000 erweitert. Das Bettenangebot mußte dabei nicht erhöht, jedoch um Plätze in einem Wohnheim und Wohngemeinschaften komplementiert werden. Diese für potentiell betroffene Bürger sicher günstige Entwicklung wäre nicht möglich gewesen, ohne die Einrichtung einer Vielzahl, nicht nur institutionsgebundener, ambulanter und komplementärer Dienste — ambulanter Nach- und informeller Vorsorge, Wohngemeinschaften, Patientenclubs, Wohnheim, Kontaktzentrum, Verbindung zu Selbsthilfegruppen in Suchtkranken- und im engeren Sinne Psychisch-Kranken-Bereich.

Zum Arbeitskonzept der Institution ist zu bemerken, daß sämtliche Stationen von Anfang an, trotz Aufnahmepflicht, offen und durchgehend gemischtgeschlechtlich belegt waren. Von entscheidender Bedeutung hierzu scheint mir — neben dem durch Erfahrung gefestigten Mut, mit dem A. Veltin die Aufbauarbeit in Angriff nahm, auch der Umstand zu sein, daß die Entwicklung der Mönchengladbacher Gemeindepsychiatrie aus der auf dem Gelände der Klinik schon drei Jahre lang arbeitenden Tages- und Nachtambulanz gestaltet wurde. Die Vertrautheit mit der freiheitlicheren, wenn auch oft risikvolleren Arbeit einer teilstationären Einrichtung hat das Aufrechterhalten offener Strukturen im vollstationären Bereich sicher gefördert.

Die Tagesklinik

Zur Entwicklung

Von 1969 bis 1973 bestand die Tages- und Nachtambulanz als Tochtereinrichtung des Landeskrankenhauses Viersen. Beide Einrichtungen wurden von je einer erfahrenen Krankenschwester — Christel Roth und Marlene van Lier - relativ unabhängig vom Landeskrankenhaus geführt.

Der Stil der leitenden Schwestern bestimmte die Atmosphäre der Institution. So herrschte in der Tagesklinik ein soziotherapeutisches Milieu, in dem auch äußerst schwierige Entscheidungen, oft durchaus direktiv, jedoch in der Sache kompetent getroffen, von der Patientengruppe getragen wurde. In der Nachtambulanz beeindruckte ein partnerschaftlicher, völlig „normaler“ und gar nicht „fürsorglich-medizinischer“ Umgangsstil. Der Tages- und Nachtambulanz war ein Patientenclub mit Selbstverwaltung und hohem Selbsthilfepotential angeschlossen. Über die Tages- und Nachtambulanz sowie über den Patientenclub konnten zum Teil bis zu 30 Jahre lang hospitalisierte Patienten in ein relativ unbehindertes Leben in der Gemeinde zurückgeführt werden.

Gegen Ende des Jahres 1973 stellte sich die Aufgabe, die durch den Ausbau therapeutischer Angebote erweiterten Möglichkeiten der Gesamtklinik für die Tagesbehandlung zu nutzen. Das zunehmend differenziertere therapeutische Angebot aller Klinikdienste ging zunächst eindeutig auf Kosten sicherer Strukturen in der Tagesklinik.

Weitere Rückschläge für die Arbeit stellten sich durch die stagnierende wirtschaftliche Situation ein. Patienten fanden nur noch selten befriedigende Arbeitsplätze, ja sie waren die ersten Opfer der neuen Arbeitsmarktsituation.

Über gemeinsam besuchte Fortbildungsveranstaltungen und den personellen Austausch mit anderen Diensten der Gesamtklinik konnte eine erhebliche Sta-

Tageskliniken Mönchengladbach-Rheydt (Aufnahmen) ⁽¹⁾				
	1979	1980	1981	1982 (1.1. – 30.9.)
Direktaufnahmen	71	64	70	79
Verlegungen v. Stationen	79	118	136	86
Σ (Summe)	150	182	206	165
Klinik insgesamt	775	875	973	687
Klinik ohne Suchtpatienten	460	530	596	450
Anteil der TK.-Patienten an Klinik insgesamt – ohne Suchtpat. – in %	(32,5)	(34,3)	(34,6)	(36,7)

bilisierung der Tagesklinikereinheit im gemeindepsychiatrischen Gesamtkonzept erwirkt werden. Dies zog fast zwangsläufig eine deutliche Verschiebung der Leistungspotentiale vom stationären zum tagesklinischen und ambulanten Bereich hin nach sich.

Heute verfügt das Mönchengladbacher Behandlungszentrum über zwei Tageskliniken mit insgesamt über 30 Plätzen bei einer Gesamtbettenzahl der Klinik von 130. Die Tagesklinik ist bemüht, eine relativ fordernde Anleitung zur Selbsthilfe in der Tagesgemeinschaft zu vermitteln. Der Tagesablauf ist weitgehend strukturiert durch den Wochenplan, dessen Hauptveranstaltung die Tagesklinikvollversammlung als Ort der Auseinandersetzung zwischen Patient und Therapeuten in ihrem Lebensalltag ist. Sie ist der Ort der „verifica“ — um einen Begriff der neuen italienischen Psychiatrie zu gebrauchen —, der Wiedergewinnung oder Erhaltung der persönlichen Identität als Bürger gegen die Macht der tendenziell stets ausgrenzenden Institution Psychiatrie. Das flexible Festhalten an vorgegebenen Strukturen scheint, wie vor allem die englische Sozialpsychiatrie unter Bennett und Wing nachgewiesen hat, bei Patienten mit ausgeprägten sozialen Behinderungen die notwendige Stimulation gesellschaftlich anerkannten Verhaltens zu fördern.

In dieser Tagesklinik (Tagesklinik I) werden zwei Patientengruppen „behandelt“. Eine, als Rehabilitationsgruppe bezeichnet, ist vergleichbar der Gruppe, die A. Uchtenhagen für seine Züricher Tagesklinik hier beschrieben hat. Dazu eine „Kriseninterventionsgruppe“, mit vierwöchig begrenzter Verweildauer und anschließendem Gruppenangebot — ähnlich dem von H. Dziewas dargestellten Hamburger Beispiel³.

Die zweite Tagesklinik (Tagesklinik II) ist im ersten Stock eines Wohnhauses am Rande des Klinikgebäudes, in dem außerdem zwei leitende Mitarbeiter des Hauses wohnen, untergebracht. Ihre Zielgruppe sind ältere Menschen. Die meisten leiden unter depressiven Erkrankungen, Frauen überwiegen Männer bei weitem. Hier werden in überwiegend protektiver Atmosphäre Angebote zur „sinnvollen Tagesgestaltung“, wie das Erlernen von Fähigkeiten zur Freizeitbewältigung, Kontaktaufnahme zu Altenclubs, Kirchengemeinden, dem Sport für betagte Bürger u. a., unterbreitet. Der therapeutische Aufwand ist eher auf Begleitung als auf intensive, dichte, spezialisiertere Behandlungsangebote ausgerichtet.

Der Ort

Die Tages- und Nachtklinik in Rheydt, später Mönchengladbach, war zunächst im stadtwärtigen Bereich des Klinikgeländes untergebracht. Heute verfügt die größere Tagesklinikgruppe (Tagesklinik I) über ein eigenes Gebäude in einem großbürgerlichen zweistöckigen Wohnhaus in der Stadt. Im Unterstock sind vor allem ein weitläufiger Wohnraum als Ort der Begegnung, die Küche und ein Therapeutendienstzimmer untergebracht. Im Obergeschoß finden sich Grup-

3 cf. A. Uchtenhagen, H. Dziewas, R. Henrich, H. Heise (alle in diesem Buch)

penräume und weitere Dienstzimmer, im Dachgeschoß eine kleine Wohnung eines ehemaligen Patienten, der Hausmeisterfunktionen wahrnimmt. Im Nachbarhaus haben mehrere ehemalige Patienten in einer Wohngemeinschaft Platz gefunden.

So trägt die Tagesklinik I der Forderung nach einem optimalen Standort einer Tagesklinik innerhalb des Versorgungsbereiches weitgehend Rechnung. Er sollte möglichst zentral, im Mittelpunkt der Gemeinde gelegen sein, gut erreichbar, umgeben von anderen öffentlichen Einrichtungen — Märkten, Ämtern, Geschäften, Cafés.⁴ Daneben bemühte man sich, auch die Räumlichkeiten selbst in dem Sinne zu gestalten, wie es Bruno Bettelheim für ein Haus forderte, in dem psychiatrische Patienten behandelt werden.

„Es sollte solide und kompakt und dadurch beschützend; aber nicht einengend wirken: Ein bequemes Haus, in dem man sich wohl fühlt wie in bequemen Schuhen.“⁵ Es scheint mir sicher, daß sich auch Standorte und Räume ihre Patienten suchen.

Gegessen wird, für alle Tagespatienten, im Kasino der Klinik, gemeinsam mit Mitarbeitern, Suchtpatienten und den Bediensteten des Mönchengladbacher Fernstraßen-Neubauamtes.

Die personelle Besetzung gleicht der in Emden. Hervorzuheben ist, daß gerade das Pflegepersonal über eine langjährige psychiatrische Berufserfahrung verfügt.

Die Patienten

Ziel tagesklinischer Behandlung im gemeindepsychiatrischen Kontext muß es sein, möglichst viele sonst ausschließlich stationär behandelte Patienten aufzunehmen. Das sind Patienten mit meist schweren psychotischen Störungen, die lediglich in der Lage sein müssen, den Weg in die Tagesklinik zu finden — in Mönchengladbach eine mit öffentlichen Verkehrsmitteln meist gut zu bewältigende Aufgabe — sowie die tagesklinikfreie Zeit einigermaßen befriedigend, das heißt ohne allzu hohes Suicidrisiko zu überstehen. In der „Rehabilitationsgruppe“ finden sich meist langfristig psychotisch Kranke, vorwiegend mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, in der „Kriseninterventionsgruppe“ häufig auch Patienten, die gerade nach Suicidversuchen aufgenommen wurden.

Suchtpatienten können nur in Ausnahmefällen in unserer Tagesklinik behandelt werden. Anzumerken ist jedoch, daß Tageskliniken zur Suchtkrankenbehandlung — wie etwa in Bremen — durchaus sinnvolle Angebote darstellen.

Eine Tabelle, leider nicht differenziert nach den verschiedenen Tageskliniken und deren Untergruppen, soll das Gesagte veranschaulichen.

4 W. Mühlich, S. 2391 u. a.

5 B. Bettelheim, *Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie*, Stuttgart 1975, S. 104. — Der Hinweis auf Bettelheims Ausführungen stammt aus den vorzüglichen Betrachtungen des Architekten W. Mühlich (Wunstorf 1978).

Tagesklinik I und II			
Zugänge, Abgänge und Stichtagsbestand nach Diagnosen (ICD 9. Revision)			
Diagnosen	1.1. – 30.9.82 Zugänge	1.1. – 30.9.82 Abgänge	30.9.82 Stichtag
Org. Psychosen	1	—	1
Schizophrenien	23	54	14
Affekt. Psychosen	31	31	10
Kleine Psychiatrie incl. Neurosen	16	34	4
Alterspsychosen	—	1	—
Sucht	2	5	1
Kinder/Jugend	—	—	—
Oligophrenie	—	—	—
Neurol.-somat. Kl.	—	—	—
Unbekannt		1	
	73	126	30

Es ist zu betonen, daß sich Diagnosen in der Tagesklinik weniger als hypostatisierte Befunde psychischen Leidens im Klinikmilieu, denn als Bestandsaufnahme bestehender sozialer Fertigkeiten oder als Basis zu entwickelnder Möglichkeiten besserer Lebensgestaltung der Patienten darstellen.

Das bedeutet jedoch nicht die Aufgabe psychopathologischen Hintergrundwissens, sondern lediglich die Relativierung klinisch-psychopathologischer Kenntnisse durch ihre Einbettung in die umgebende Lebenswelt und innere Dynamik des Patienten. Gemeindepsychiatrie muß Psychopathologie in ihrem historischen und lebensumweltlichen Zusammenhang sehen oder sie bleibt stationär — und steckt ihre Patienten ins Bett.⁶ Wo dies nicht beachtet wird,

6 cf. das „Mißverständnis“ zwischen R. Degkwitz und W. Engelke, in der Diskussion um das „Streitgespräch“ Degkwitz/Finzen (in diesem Band), Degkwitz argumentiert aus der Klinik psychopatho-kausal-logisch, Engelke aus dem ursprünglichen Lebensumfeld der Patienten psychopatho-operational-logisch, cf. auch die Ausführung von H. Heise zur Frage der Diagnose im tagesklinischen Kontext (in diesem Band).

müssen Tageskliniken schließen. Dafür gibt es Beispiele, auch hier im Rheinland. Außer Frage steht, daß somatisch-medizinische Basisuntersuchungen gerade auch in der Tagesklinik gründlich und mit allen zur Verfügung stehenden technischen Hilfsmitteln vorgenommen werden müssen.

Zur Verweildauer und zum Alter der Patienten noch zwei graphische Darstellungen, (s. S. 161)

Es muß betont werden, daß auch in diesen Tabellen alle Tagesklinikpatienten der drei genannten Gruppen gemeinsam aufgeführt werden. Sie können daher nur eine äußerst grobe Orientierung über die tagesklinische Gesamtsituation bieten und lassen keine differenzierteren Schlüsse zu. Es muß des weiteren bemerkt werden, daß die Zahl der Abgänge deshalb so viel höher liegt als die Zugänge, weil ein großer Teil der Patienten nicht direkt, sondern von den Stationen in die Tagesklinik aufgenommen werden. Sie gelten statistisch als „stationäre Aufnahmen“.

Angehörige

Wir sollten heute wissen, in welcher Not sich gerade die Angehörigen psychiatrischer Patienten befinden. In welcher Verlassenheit mit ihren Schuldgefühlen, von ihrer Umgebung. Wir wissen auch, daß die Psychiatrie zu dieser Not täglich beiträgt.⁷

In Mönchengladbach wurde von Anfang an der Versuch gemacht, Angehörige in die Arbeit mit einzubeziehen. Während der ersten Jahre durch eine 14tägig stattfindende „Aussprachegruppe“ für Angehörige der Tagesklinik und Patienten der Stationen. Später war ein Treffen ausschließlich für Angehörige der Tagesklinikpatienten geplant.

Wir schrieben Briefe an sie, besuchten sie zu Hause, gemeinsam mit den Patienten, diskutierten in der Vollversammlung und im Team. Doch es kamen nur wenige. Im nachhinein glaubten wir, zu fürsorglich vorgegangen zu sein, zu sehr als Komplizen der Patienten, zu sehr den Eindruck vermittelnd, Familienmitglieder als „Schuldige“ therapieren zu wollen.

Heute findet einmal wöchentlich ein 1 1/2 stündiger Ausspracheabend für Angehörige und Patienten statt, ohne therapeutische Orientierung, ohne hohen Anspruch. Er wird lebhaft besucht.

Die Arbeit

Sie haben durch meine Vorredner schon genug über den Ablauf der Arbeit in der Tagesklinik gehört. Über Wochenpläne, Therapieschulen, Psychopharmaka, Gruppen- und Teamarbeit, Arbeits- und Beschäftigungstherapie⁸. Mir

⁷ Hierzu sei auf das gerade erschienene Buch von K. Dörner, A. Egetmeyer, K. Koening, 1982, verwiesen, cf. auch Finzen, A., 1977 — S. 321—322.

⁸ Eine umfassende Darstellung findet sich in: Seidel, R., 1982 — S. 111 — 116

Tagesklinik I und II Zugänge, Abgänge und Stichtagsbestand nach Alter			
Alter	1.1. – 30.9.82 Zugänge	1.1. – 30.9.82 Abgänge	30.9.82 Bestand
0 – 18	2	—	1
19 – 30	17	33	7
31 – 40	18	33	6
41 – 50	20	30	7
51 – 60	10	17	5
61 – 70	5	10	3
71 – 80	1	3	1
	73	126	30

Tagesklinik I und II Abgänge und Bestand nach Verweildauer		
Tage/Monate Jahre	Abgänge 1.1. – 30.9.82	Bestand 30.9.82
0 – 8 Tage	10	3
9 – 31 Tage	40	8
1 – 3 Monate	49	9
3 – 6 Monate	18	4
6 – 12 Monate	6	1
1 – 2 Jahre	2	4
2 – 5 Jahre	1	1
5 Jahre	—	—
	126	30

geht es an dieser Stelle darum, spezifische Merkmale einer gemeindepsychiatrisch orientierten Tagesklinik zur Darstellung zu bringen. Hier gilt es zunächst, die Zusammenarbeit mit den stationären Bereichen der Klinik ständig aktiv aufrechtzuerhalten. Es besteht aufgrund der Geschichte und konzeptionellen Ausgestaltung des Mönchengladbacher psychiatrischen Behandlungszentrums ein prinzipieller Konsens darüber, Patienten, sobald es ihr Befinden und ihre soziale Situation gestattet, eine Weiterführung der Therapie in der Tagesklinik vorzuschlagen. Dennoch gerät diese zunächst selbstverständliche Übereinkunft unter allen Mitarbeitern in der Routine des Klinikalltags immer wieder in Vergessenheit. Die Unsicherheit darüber, was einem Patienten schon zuzumuten sei, insbesondere bei nicht auszuschließender suicidaler Gefährdung und unklaren sozialen Verhältnissen, spielt hier sicher eine große Rolle. Auch die implizite Neigung des Personals der Stationen, gerade dann nicht gerne zu „verlegen“, wenn sich der Patient zu einem kooperativen Partner des stationären Behandlungsgefüges entwickelt hat. Auch darf nicht übersehen werden, daß Verwaltungen zunehmend aus betriebswirtschaftlichen Gründen — hier der Bettenbelegung — stationäre gegenüber tagesklinischen oder gar ambulanten Behandlungen favorisieren. — In Mönchengladbach hat sich die wöchentlich stattfindende Mitarbeitervollversammlung als durchaus wirksames Diskussionsforum der genannten Probleme erwiesen, ergänzt durch die Teilnahme einzelner Tagesklinikmitarbeiter an Teambesprechungen auf den Stationen sowie vielfältige informelle Kontakte, wie sie in einem überschaubaren Mitarbeiterkreis noch möglich sind.

Auf die Zusammenarbeit mit den Familien, die durch Hausbesuche ergänzt wird, habe ich schon verwiesen.

In der Gemeinde selbst gilt es vor allem, die Kontakte mit den ambulant tätigen sozialen Instanzen zu pflegen.

Die Kooperation mit der eigenen Ambulanz ist engmaschig geregelt und über regelmäßige persönliche Kontakte gefestigt. In Einzelfällen werden jedoch durchaus Nachsorgeaufgaben auch von den Mitarbeitern der Tagesklinik selbst wahrgenommen. Niedergelassene Nervenärzte sind sehr unterschiedlich am Tagesklinikgeschehen beteiligt. Die Zusammenarbeit mit den sozialpsychiatrischen Diensten des Gesundheitsamtes ist in Rheydt schon dadurch gewährleistet, daß der leitende Psychiater dieses Dienstes gleichzeitig Oberarztfunktion in der Klinik wahrnimmt.¹⁰

In der Tagesklinik finden zweimal wöchentlich Clubabende statt. Einer hat mehr Nachsorgecharakter mit Sprechstundenfunktionen und medizinischer Behandlung (Depotmedikation, u.a.), während der andere weitestgehend als

9 Siehe hierzu: Veltin, A., 1977

10 Die ganz entscheidend wichtigen Bindungen zwischen ambulanten Diensten und der Einrichtung Tagesklinik konnten hier nicht in der gebotenen Ausführlichkeit dargestellt werden. Hierzu sei auf den Beitrag von W. Engelke verwiesen, der auch in diesem Sinn eine wertvolle Ergänzung zu den hier gemachten Ausführungen darstellt.

selbsthilfeorientierte Betroffenengruppe ohne professionelle Begleitung gestaltet ist. Es bestehen lockere Verbindungen zu Kirchengemeinden, Gewerkschaften und Arbeitgebern.

Hannover — Sektorvorsorgung und Hochschulpsychiatrie

Fraglos ist die psychiatrische Arbeit in Mönchengladbach selbstverständlicher in den Gemeindealltag integriert als in Hannover. Sie wird in Mönchengladbach-Rheydt als die gemeinsame Aufgabe verstanden, der sich alle Mitarbeiter verpflichtet fühlen. Angehörigenarbeit ohne hohe therapeutische Ansprüche ist selbstverständlich. Klinikfeste, Informationsstände in der Stadt, Verkaufsbasare werden von fast allen Mitarbeitern und deren Familien gerne besucht. Man kennt sich und trifft sich beim Einkaufen, auf dem Fußballplatz, wohnt beieinander, geht in politische Versammlungen, liest die Lokalzeitung. Die meisten Mitarbeiter bleiben vergleichsweise lange am Ort.

Hannovers Sektorpsychiatrie dagegen verfügt über ein vorzügliches Angebot sozialpsychiatrischer Beratungsstellen mit Behandlungsberechtigung, differenziertere psychotherapeutische, pädagogische und werktherapeutische Möglichkeiten. Sie bietet Therapien bei Sexualstörungen, steht im engen Kontakt mit den anderen medizinischen Disziplinen der Hochschule und ist begehrter Praktikumsplatz für angehende Psychologen, Sozialarbeiter, Soziologen — gelegentlich auch für Juristen. Sie ist eine hervorragende Weiterbildungsstätte für alle psychiatrisch tätigen Berufsgruppen — ohne ständige übergebürliche Belastung der Privatsphäre ihrer Mitarbeiter. Sektorvorsorgung ist jedoch weniger eindeutig für jeden Mitarbeiter als vorrangige Aufgabe verinnerlicht. Sie konkurriert mit den vielfältigen Verpflichtungen, die sich aus der Einbindung in eine Hochschule ergeben. Die Tagesklinik in Hannover hat die Vorzüge und Lasten ihrer universitären Abkunft mitzutragen.

Eine echte räumliche Identität ist der Tagesklinik leider nicht gegeben¹¹. Ist schon die Hochschulklinik selbst ein unwirtlicher Ort, ein „Haus zu Babel“¹², so zwingt sich die Tagesklinik in einige kleine Räume um einen — zugegeben noch hübschen — Innenhof der psychiatrischen Klinik. Daß sie dennoch gute Arbeit leistet, muß einerseits dem gemeindepsychiatrischen Grundkonzept der Hannoverschen Klinik, zum anderen dem unkonventionellen Entschluß des zuständigen Abteilungschefs, einen hocherfahrenen, sozialpsychiatrisch ausgebildeten Krankenpfleger, D. Rockstroh, zum Tagesklinikleiter zu bestimmen, zugeschrieben werden. So können auch hier „schwierigste Patienten“ mit psychotischen Störungen die Tagesklinik besuchen. Auch in Hannover stellt die tagesklinische Behandlung eine echte Alternative zur stationären Therapie im Sektor dar.

11 cf. Mühlich, W., 1978

12 cf. P.C. Jersild's gleichnamigen Roman, der von einer schwedischen Hochschul-
(Mammut)-Klinik handelt (Köln, 1980)

Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover 1981 (Zentrum psychologische Medizin)	
Direktaufnahmen (einschließlich aus Wohnheimen, Frauenhaus u. a.)	123
Verlegungen (von Stationen)	41
SUMME (davon Sektor: 60%)	164
Klinik (insgesamt)	1292
(davon Sektor: 777 = 60,1%)	

Sinn tagesklinischer Behandlung

„Die Qualität des psychiatrischen Dienstes seiner letzten Bezirksstadt ist die sozialethische Visitenkarte eines Landes.“ Dieser Satz Kiskers gilt um so mehr für ein Land, das die Bürde einer ganz auf Leistung oder Vernichtung orientierten Psychiatrie/Medizin abzutragen verpflichtet ist.

Tageskliniken nehmen, neben den ambulanten sozialpsychiatrischen Diensten, den Platz in der Mitte des „traditionellen Betten-Lücke-Sprechstundensystems“ ein. Die „Lücke“ sinnvoll, unter Abbau bettenbezogener Hilfen zu füllen, wäre ein Schritt, die sozialethische Visitenkarte der Bundesrepublik würdiger zu gestalten. Wir haben gesehen, daß Tageskliniken dies gut im Interesse der Bedürfnisse ihrer Klienten zu leisten vermögen. Natürlich muß das Bett letzter Zufluchtsort für Schwerkranke, Rückzugsort für besonders Leidende bleiben dürfen. Doch nicht in abgelegenen „Großghettos“, sondern als „gestreute Verdichtungspunkte“ eines ambulanten Netzwerkes, „eingeordnet in medizinische und soziale Institutionen, welche auch anderen als psychisch Behinderten dienen.“¹³ Die Tagesklinik als engste Form ambulanter Betreuung hat ihre Möglichkeiten noch lange nicht ausgeschöpft.

Sie könnte in Zukunft das Zentrum einer Gemeindepsychiatrie darstellen, von dem aus sich lediglich ein Teil der Patienten über Nacht auf die Stationen als umgreifenden Schutzraum zurückzieht. D. Bennett, der Altmeister der englischen Sozialpsychiatrie, meint, daß 2/3 aller schwerstgestörten psychisch kranken Menschen tagesklinisch behandelt werden könnten.¹⁴ Und tagesklinische Behandlung bedeutet freiheitlichere, humanere, lebensnähere Therapeutik langfristig Kranker und psychosozial besonders gefährdeter Bürger.

¹³ Kisker, K.P., 1973 - S. 192

¹⁴ Bennett, D. — Abschlußplenum der Tagung „Der Mythos vom harten Kern“ der „Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie“, Wuppertal, Oktober 1982, cf. Sozialpsychiatrische Informationen 73/74, 1983 (enthält jedoch nicht die Plenumsbeiträge)

Literaturverzeichnis

- Bauer, M.,
Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik
Stuttgart (Enke), 1977
- Bennett, D.,
The Day-Hospital
in: Flegel, H. u. a. — Sozialpsychiatrie
Basel, New York, 1969
- Bosch, G.,
Zur Indikation tagesklinischer Behandlung
Nervenarzt 42 (1971)
- Brodbeck, H.,
Tagesklinik als Instrument gemeindenaher psychiatrischer Versorgung in:
Gemeindenaher Psychiatrie, Köln 1975
- Chasin, R. B.,
Special Problems in Day Hospitalisation
Amer. J. Psychiat. 123: 7 (1967)
- Dörner, K., R. Köchert, G. v. Laer, K. Scherer,
Gemeindepsychiatrie Stuttgart u. a.
(Kohlhammer), 1979
- Dörner, K., A. Egetmeyer, K. Koenning, Freispruch
der Familie Wunstorf (Hannover) (Psychiatrie-
Verlag), 1982
- Engelke, W., R. Vandieken
Dokumentation zur psychiatrischen Tagesklinik
Siegburg, 1978
- Finzen, A.,
Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebensschule
München (Piper), 1977
- Groth, R.,
Sozialarbeit in der Kriseninterventionstagesklinik
der Universität Hamburg-Eppendorf
Soz. psych. Infos Nr. 44/45 (1978) S. 84-98
- Haselbeck, H.,
Gemeindepsychiatrie als Alternative zur Ausgrenzung der schizophrenen Menschen in:
Krüger, H. — Die Schizophrenien, Stuttgart (Enke), 1981
- Jakubaschk, K.,
Zehn Jahre Tagesklinik in Heidelberg
Psychiatr. Praxis 6 (1979), 1—6
- Keupp, H., D. Rerrich (Hrsg.)
Psychologische Praxis — gemeindepsychologische Perspektiven.
Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen
München u. a. (Urban und Schwarzenberg), 1982
- Kisker, K. P.,
Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik
Nervenarzt 44 (1973), 184—194
- Köppelmann-Baillieu, M.,
Gemeindepsychiatrie. Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich
Frankfurt/M., New York (Campus), 1979

- Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“
 Aufbau und Inanspruchnahme eines psychosozialen Dienstes eines großstädtischen Gemeinwesens Projekt Mönchengladbach. Schriftenreihe BMJFG Bd. 162, 1983
- Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“
 Sozialpsychiatrische Dienste in einer Großstadt
 Projekt: Hannover. Schriftenreihe BMJFG Bd. 163, 1983
- Mühlich, W.,
 Psychiatrie und Architektur
 Entwicklung konzeptorientierter Raumstrukturen am Beispiel psychiatrischer Tagesbehandlung
 Wunstorf (Psychiatrie-Verlag), 1978
- Roth, Gh., A. Veitin
 Tagesbehandlung an der Rheinischen Landeslinik Rheydt
 Psychiatr. Praxis 1 (1974), 54—56
- Seidel, R.,
 Sozialpsychiatrie
 in: Bastine, R. u. a. (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie,
 Weinheim u. a. (edition psychologie), 1982
- Seidel, R.,
 Soziale Psychiatrie in der BRD am Beispiel der Tagesklinik des Psychiatrischen Behandlungszentrums Mönchengladbach in: A. Gaertner (Hrsg.): Sozialtherapie
 Neuwied, Darmstadt (Luchterhand), 1982
- Veltin, A.,
 Die Funktion von Tages- und Nachtkliniken
 Gütersloh 1975
- Veltin, A.,
 Probleme und Zukunftsperspektiven einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch Tagesklinik, Nachtklinik und extramurale Dienste in: Gemeindenahe Psychiatrie,
 Köln 1975
- Veltin, A.,
 Gemeindenahe Psychiatrie. Das psychiatrische Behandlungszentrum Mönchengladbach
 Psychiatr. Praxis 4 (1977), 213—222
- Wiethölter, H.,
 Tagesbehandlung
 Ein Schritt auf dem Weg zu einer alternativen Psychiatrie
 Tübingen 1975
- Wolff, St.,
 Kommunale Psychiatrie als Stadtteilarbeit in München-Haidhausen Soz.
 Psych. Infos. 44/45 (1978)
- Zimmer, B., A. Andreas, K. Schmied, A. Uchtenhagen
 Bericht über das Tageszentrum des Sozialpsychiatrischen Dienstes Zürich Soz.
 Psych. Infos Nr. 44/45 (1978), 98—110

Die Tagesklinik als wesentlicher Bestandteil eines Versorgungssystems aus teilstationären, komplementären und ambulanten Diensten

I. Steinhart und G. Bosch

Die Impulse zur Eröffnung teilstationärer Institutionen sind in der Bundesrepublik zumeist von stationären Bereichen ausgegangen. Tageskliniken sind fast durchgehend administrativ und z. T. auch personell mit stationären Einrichtungen verbunden. Die Abteilung für Sozialpsychiatrie hat sich aus mancherlei Gründen von der ambulanten Seite der psychiatrischen Versorgung her über teilstationäre und komplementäre Einrichtungen entwickelt. Dabei konnte die von Anbeginn geplante und für eine sektorbezogene Vollversorgung unentbehrliche Bettenstation aufgrund der allgemeinen Mittelknappheit bisher nicht durchgesetzt werden. So hat sich im Laufe der Jahre ein sektorbezogenes Versorgungssystem mit teilstationären, komplementären und ambulanten Diensten entwickelt, das in dieser Form einzigartig in der Bundesrepublik sein dürfte.

In Schaubild 1 ist die Entwicklung der Abteilung nach den Gründungsdaten der Einzelinstitutionen aufgeschlüsselt (s. S. 168).

Als erste, größte und wie wir meinen wichtigste Teilinstitution wurde im Jahre 1974 die Ambulanz eröffnet: eine poliklinische Einrichtung überwiegend nachsorgenden Charakters mit extramuralen Aktivitäten, die zumindest teilweise in starker Anlehnung an das Modell des „mobilen Teams“ durchgeführt werden. Gleichzeitig entstand ein Patientenclub, der für alle Patienten, ihre Angehörigen und Freunde ein regelmäßiges, überwiegend geselliges Programm anbietet.

1975 kam die Tagesklinik mit 20 Plätzen hinzu.

1978 konnten wir diese 20 Tagesklinikplätze durch 12 nachtklinische Betten ergänzen: Diese Nachtklinik muß von ihrer Organisation und ihrem Stil her jedoch eher als kleines Übergangsheim angesehen werden, in dem auch nicht voll berufstätige Patienten ihren Platz haben.

Als zweite Tagesinstitution stand ab 1979 als wohl einzige Einrichtung dieser speziellen Konstruktion eine arbeitstherapeutische Werkstatt zur Verfügung, Sie bietet eine sehr reale Arbeitsatmosphäre an, da die geschäftliche Seite dieses Druckereibetriebes mit 15 Arbeitsplätzen — hier werden Auftragsarbeiten von der Bestellung und den ersten Kundengesprächen bis zur Auslieferung der Ware durchgeführt — von einem Hilfsverein marktkonform abgewickelt wird. Der aus den Einnahmen erzielte Gewinn dient gleichzeitig der Bezahlung von Betreuern wie von Patienten. An dieser Werkstatt konnten wir in den vergangenen Jahren deutliche, durch das Gesamtsystem bedingte Veränderungen beobachten: Entgegen der ursprünglichen Intention — unspezifisches

Die Tagesklinik als wesentlicher Bestandteil eines Versorgungssystems aus teilstationären, komplementären und ambulanten Diensten

/. Steinhart und G. Bosch

Die Impulse zur Eröffnung teilstationärer Institutionen sind in der Bundesrepublik zumeist von stationären Bereichen ausgegangen. Tageskliniken sind fast durchgehend administrativ und z. T. auch personell mit stationären Einrichtungen verbunden. Die Abteilung für Sozialpsychiatrie hat sich aus mancherlei Gründen von der ambulanten Seite der psychiatrischen Versorgung her über teilstationäre und komplementäre Einrichtungen entwickelt. Dabei konnte die von Anbeginn geplante und für eine sektorbezogene Vollversorgung unentbehrliche Bettenstation aufgrund der allgemeinen Mittelknappheit bisher nicht durchgesetzt werden. So hat sich im Laufe der Jahre ein sektorbezogenes Versorgungssystem mit teilstationären, komplementären und ambulanten Diensten entwickelt, das in dieser Form einzigartig in der Bundesrepublik sein dürfte.

In Schaubild 1 ist die Entwicklung der Abteilung nach den Gründungsdaten der Einzelinstitutionen aufgeschlüsselt (s. S. 168).

Als erste, größte und wie wir meinen wichtigste Teilinstitution wurde im Jahre 1974 die Ambulanz eröffnet: eine poliklinische Einrichtung überwiegend nachsorgenden Charakters mit extramuralen Aktivitäten, die zumindest teilweise in starker Anlehnung an das Modell des „mobilen Teams“ durchgeführt werden. Gleichzeitig entstand ein Patientenclub, der für alle Patienten, ihre Angehörigen und Freunde ein regelmäßiges, überwiegend geselliges Programm anbietet.

1975 kam die Tagesklinik mit 20 Plätzen hinzu.

1978 konnten wir diese 20 Tagesklinikplätze durch 12 nachtklinische Betten ergänzen: Diese Nachtklinik muß von ihrer Organisation und ihrem Stil her jedoch eher als kleines Übergangsheim angesehen werden, in dem auch nicht voll berufstätige Patienten ihren Platz haben.

Als zweite Tagesinstitution stand ab 1979 als wohl einzige Einrichtung dieser speziellen Konstruktion eine arbeitstherapeutische Werkstatt zur Verfügung. Sie bietet eine sehr reale Arbeitsatmosphäre an, da die geschäftliche Seite dieses Druckereibetriebes mit 15 Arbeitsplätzen — hier werden Auftragsarbeiten von der Bestellung und den ersten Kundengesprächen bis zur Auslieferung der Ware durchgeführt — von einem Hilfsverein marktkonform abgewickelt wird. Der aus den Einnahmen erzielte Gewinn dient gleichzeitig der Bezahlung von Betreuern wie von Patienten. An dieser Werkstatt konnten wir in den vergangenen Jahren deutliche, durch das Gesamtsystem bedingte Veränderungen beobachten: Entgegen der ursprünglichen Intention — unspezifisches

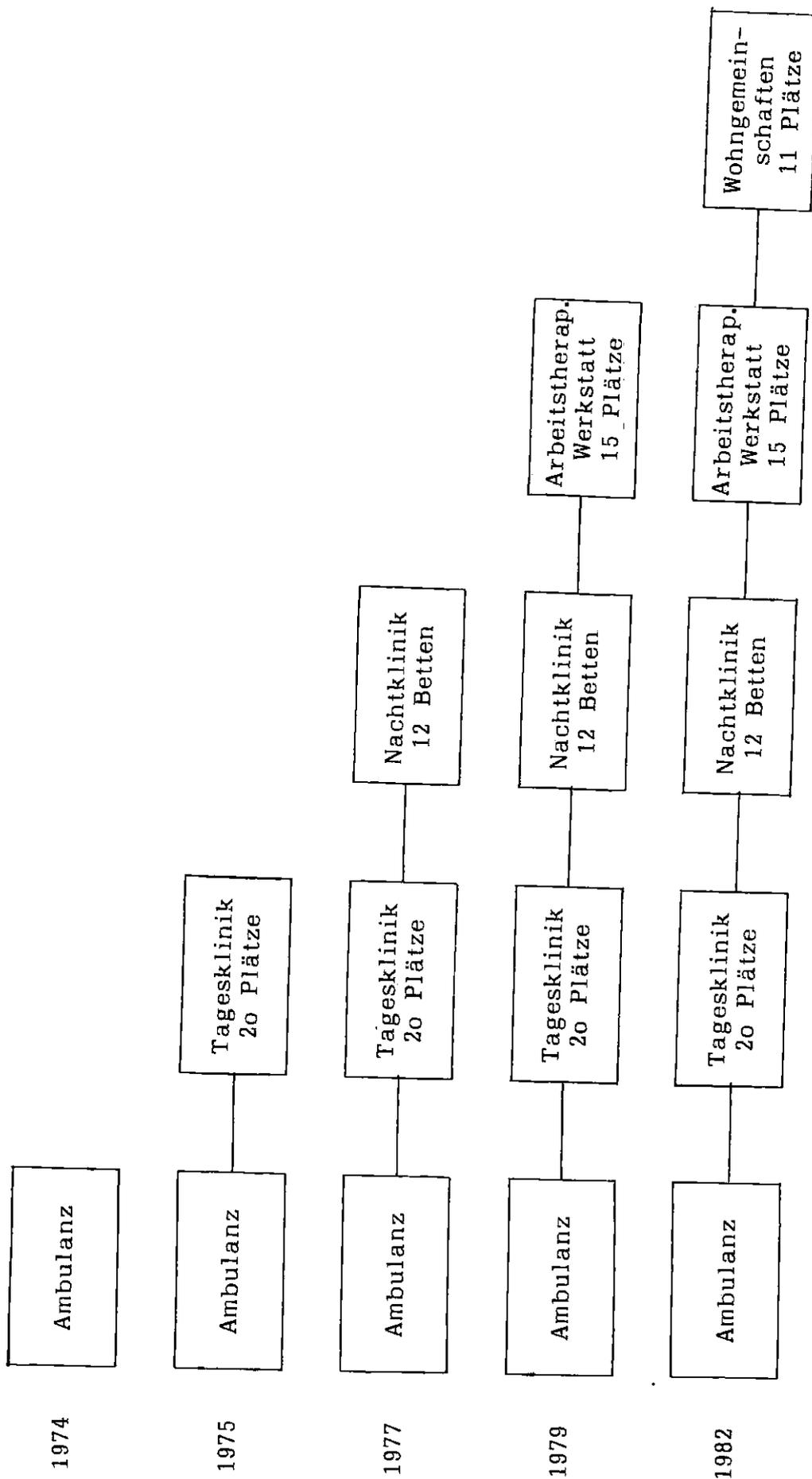


Schaubild 1: Entwicklung der Abteilung für Sozialpsychiatrie

berufliches Rehabilitationsinstrument oder Alternative zur Behindertenwerkstatt — wurde zunehmend ebenfalls eine Tagesklinikkiertel versorgt. Die Werkstatt entwickelte sich somit für einen Teil der Patienten als spezifische Alternative zur Tagesklinik.

1982 kamen mit der Eröffnung dreier unterschiedlich dicht betreuter Wohngemeinschaften weitere 11 Nachtbetten hinzu. Auch hier zeigten sich mit dem Umzug einiger langjähriger Nachtklinikpatienten in die therapeutischen Wohngemeinschaften Veränderungen im Gesamtsystem: Die Durchgangszeiten der Nachtklinik sanken deutlich ab.

Alle diese Einrichtungen sind untereinander stark verzahnt, die Mitarbeiter sind rotierend oder simultan in mehr als einer Teileinrichtung tätig. Die engeren therapeutischen Bezugspersonen — am häufigsten ist eine Kombination Arzt/ Sozialarbeiter — begleiten ihre Patienten nach dem Prinzip der therapeutischen Kontinuität durch alle Teilinstitutionen hindurch und betreuen sie auch während der oft langjährigen Ambulanzzeiten. Auf der kooperativen und koordinativen Ebene arbeitet die Abteilung eng mit den für die stationäre Versorgung unseres Sektors — Berlin-Charlottenburg — zuständigen klinischen Einrichtungen und mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des bezirklichen Gesundheitsamtes zusammen. Unter die Ausschlußkriterien für eine Aufnahme in die Gesamtabteilung fallen gerontopsychiatrische Patienten wie auch das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da hier parallele Einrichtungen der Universität zur Verfügung stehen. Primär Suchtkranke werden entsprechend den überwiegenden Erfahrungen besserer Chancen bei getrennten Versorgungsangeboten in der Regel nicht bei uns behandelt.

	1974 - 1981	1979 - 1981
	N	N
1. Angebotsklientel einschl. Patienten aus Vorkontakten	899	321
2. Aufnahmen (Behandlungsperioden)	513	198
davon Erstaufnahmen (Patienten)	454	169
3. Patienten mit tages- klinischer Behandlung	342	152

Tabelle 1: Aufnahmezahlen der Abteilung für Sozialpsychiatrie

Insgesamt wurden in den Jahren 1974 bis 1981 899 Aufnahmeverfahren eingeleitet (Tabelle 1). Aus dieser Angebotsklientel kam es in 513 Fällen zur Aufnahme in die Abteilung. Die gegenüber den Aufnahmen geringere Zahl von 454 behandelten Patienten erklärt sich aus 12% Wiederaufnahmen. Drei Viertel aller Patienten wurden im Verlaufe einer Behandlung in der Abteilung mindestens einmal in die Tagesklinik aufgenommen. Dies belegt die zentrale Bedeutung der Tagesklinik für das Gesamtsystem. In der rechten Kolonne stehen die gleichen Angaben für die Zeitspanne von 1979 bis 1981, also den Zeitraum, in dem das Gesamtsystem mit Tagesklinik, Nachtambulanz, Werkstatt und Ambulanz voll etabliert war. Im folgenden werden wir uns auf diese Aufnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Tagesklinik konzentrieren.

Zuvor möchten wir jedoch kurz auf Struktur und Arbeitsweise unserer Tagesklinik eingehen: Nach einer mehrjährigen Erprobungsphase mit zahlreichen Programmumstellungen hat sich das in Schaubild 2 wiedergegebene Wochenprogramm als das für unsere Bedürfnisse geeignetste herausgestellt. Wir haben uns bemüht, die Programmstruktur für Patienten wie für Mitarbeiter gleichermaßen überschaubar zu gestalten. Hierfür erscheint ein möglichst gleichförmiger Programmablauf entscheidend zu sein. So verlaufen alle Vormittage der Woche von 8.30 Uhr bis zur Beendigung der Mittagspause um 14.00 Uhr nach dem gleichen Schema. Zwischen 14 und 15 Uhr finden jeden Tag Gruppen statt, montags und freitags Großgruppen, dienstags und donnerstags Kleingruppen. Der Nachmittag gestaltet sich dann jeden Tag unterschiedlich, wird jedoch montags, dienstags und donnerstags mit einem gemeinsamen Abschlußtee, mittwochs und freitags mit einer gemeinsamen Aktivität beendet. Zu erwähnen ist noch, daß dieses therapeutische Wochenprogramm kein fakultatives freischwebendes Angebot, sondern mehr ein quasi-obligatorisches Instrumentarium darstellt. Gleichwohl wird es nicht starr und nicht für alle Patienten in gleicher Weise gehandhabt. Direkt in der Tagesklinik beschäftigt ist eine Krankenschwester, die sich für die Gruppe der Tagesklinikpatienten verantwortlich fühlt. Ferner sind zwei Beschäftigungstherapeuten und ein Arbeitstherapeut in der TK selbst tätig sowie stundenweise Musik-, Bewegungs- und Sporttherapeuten. Die übrigen Programmpunkte sowie die Einzelbetreuung der Patienten werden entsprechend dem geschilderten Prinzip der therapeutischen Kontinuität durch die in allen Bereichen der Abteilung tätigen Mitarbeiter übernommen (s. S. 171).

Wie bereits erwähnt, möchten wir uns jetzt dem Dreijahreszeitraum von 1979 bis 1981 zuwenden, als die Gesamtambulanz als Verbund zweier teilstationärer, einer komplementären sowie einer ambulanten Einrichtung arbeitete. Die Stichprobe soll auf die 169 Erstaufnahmen in die Abteilung während dieser Zeit beschränkt bleiben, um die durch Wiederaufnahmen von ehemaligen Abteilungspatienten zwangsläufig eintretenden Verfärbungen hinsichtlich der Nutzung der Einzeleinrichtungen zu vermeiden.

Auf den Tabellen 2 und 3 sind einige Sozialdaten sowie klinische Merkmale dieser 169 Erstaufnahmen abgebildet. Auffallend ist der hohe Anteil an Ledi-

Schaubild 2: Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin
 Wochenprogramm der Tagesklinik

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.30 - 8.50	Gruppenvisite	Gruppenvisite	Gruppenvisite	Gruppenvisite	Gruppenvisite
8.50 - 9.00	Gruppengymnastik	Gruppengymnastik	Gruppengymnastik	Gruppengymnastik	Gruppengymnastik
9.00 - 10.00	Frühstückspause	Frühstückspause	Frühstückspause	Frühstückspause	Frühstückspause
10.00 - 12.30	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie	Beschäftigungs-/ Arbeitstherapie
12.30 - 13.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00 - 14.00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
14.00 - 14.50	Therapeutisches Rollenspiel (Soziodrama)	Kleingruppen: 1. Gesprächsgruppe 2. lebenspr. Gruppe	Exkursion	Kleingruppen: 1. Gesprächsgruppe 2. lebenspr. Gruppe	Großgruppe Vollversammlung (Patienten und Mitarbeiter)
14.50 - 15.00	Pause	Pause		Pause	
15.00 - 16.30	Therapeutischer Gruppensport	Musik- therapie		Bewe- gungs- therapie	Arbeits- therapie
16.30 - 17.00	Abschlußtee	Abschlußtee			Abschlußtee

<u>Geschlecht</u>	Frauen 46.2 %	Männer 53.8 %							
<u>Familienstand</u>	ledig 60.1 %	verheiratet 16.7 %	getrennt 6.5 %	geschieden 13.1 %	verwitwet 3.6 %				
<u>Wohnsituation bei Aufnahme</u>		Allein 46.7 %	mit anderen 45.6 %	ohne Wohnung 7.7 %					
<u>Unterhaltssituation bei Aufnahme</u>	Arbeits- einkom- men 14.5 %	Ausbil- dungs- hilfe 4.2 %	Kranken- geld 30.7 %	Arbeitslo- senunter- stützung 1.8 %	Sozial- hilfe 18.1 %	Rente 9.0 %	Erspar- nisse 3.6 %	Partner 7.2 %	Angehö- rige 10.8 %

Tabelle 2: Sozialdaten von 169 Erstaufnahmen der Abteilung für Sozialpsy-
chiatrie 1979—1981

Diagnosen:

Schizophrenie

ICD 295.o/295.1	2.4 %
ICD 295.3	47.0 %
ICD 295.6	14.3 %
Sonstige	11.9 %

Gesamt 75.6 %

Affektive Psychosen 6.5 %

Sonstige Psychosen 3.6 %

Neurosen 11.9 %

Sonstige 2.4 %

Stationäre Vorbehandlungen :

Keine 3.0 %

Eine 27.1 %

Zwei 30.1 %

Mehr als zwei 39.8 %

Tabelle 3: Klinische Merkmale von 169 Erstaufnahmen der Abteilung für Sozialpsychiatrie 1979—1981

gen bzw. allein Wohnenden sowie der mit 50% anzugebende Anteil von Patienten ohne selbständiges Einkommen. Bei den klinischen Merkmalen ist die große Zahl (75%) der schizophrenen Patienten hervorzuheben sowie der mit 12% recht geringe Anteil von Neurosen. 70% der Patienten haben zwei und mehr stationäre Voraufenthalte, 40% sogar mehr als zwei. Zusammenfassend läßt sich somit die Mehrzahl der Patienten in unserem Erhebungszeitraum als eine Gruppe von alleinstehenden bzw. alleinwohnenden Schizophrenen mit einer längeren „Psychiatrie-Karriere“ beschreiben (s. S. 172, 173).

Ein zentraler Aspekt bei der Betrachtung und Bewertung psychiatrischer Versorgungssysteme und ihrer Teileinrichtungen ist die Beobachtung von Patientenströmen. Im folgenden soll durch die Analyse von inter- und intrainstitutionellen Zu- und Abgängen der Abteilung die Stellung der Tagesklinik in dem beschriebenen System verdeutlicht werden (s. Schaubild 3 S. 175). Für die Kontakte bzw. Institutionen, über die Patienten in die Abteilung aufgenommen werden, ergibt sich aus Schaubild 3 ein recht eindeutiges Bild: Psychiatrische Krankenhäuser stellen mit 82,8% mit großem Abstand den größten Anteil der Überweisungsinstitutionen, gefolgt mit 6,5% vom Sozialpsychiatrischen Dienst, mit 5,9% durch Eigeninitiative sowie mit 4,8% durch Überweisung von Ärzten oder sonstigen Institutionen zustande gekommenen Aufnahmen. Die Tagesklinik nimmt sowohl bei den Übernahmen aus vollstationärer Behandlung als auch bei den Überweisungen durch niedergelassene Ärzte mit drei Viertel der Patienten deren größten Teil auf. Bei den Überweisungen vom Sozialpsychiatrischen Dienst und bei der Eigeninitiative werden auch die anderen Teilinstitutionen stärker genutzt. Zu vermuten ist, daß ein großer Teil dieser Aufnahmen wegen ihrer spezifischen Indikationsstellungen in andere Teilinstitutionen der Abteilung kommen. Betrachtet man in Schaubild 4 die beschriebenen 169 Erstaufnahmen in die Abteilung ohne Berücksichtigung der Überweisungsinstitutionen, so stellt die Tagesklinik mit 70% der Aufnahmen für den überwiegenden Teil der Patienten den Zugangsweg in die Gesamtabteilung dar (s. S. 176).

Dieser erste Teildurchgang in der Tagesklinik dauert im Schnitt 7 Wochen, da nach unseren Erfahrungen die Tagesklinikaufnahme seltener der Abkürzung des vorhergehenden stationären Aufenthaltes dient, sondern in der Mehrzahl der Fälle eher als zusätzliche Behandlungsmaßnahme im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung angesehen werden muß. Ein entsprechender erster Durchgang in der Werkstatt dauert etwa drei Monate, in der Ambulanz ca. 7 Monate.

Die Weiterbehandlung der Tagesklinikpatienten nach dem ersten Teildurchgang erfolgt zum überwiegenden Teil in unserer eigenen Ambulanz (Schaubild 5). Nur eine kleine Patientengruppe muß in vollstationäre Behandlung verlegt bzw. zurückverlegt und hinsichtlich des Versuches teilstationärer Behandlung zunächst als Mißerfolg betrachtet werden. Hier ist die Übernahme aus vollstationärer Behandlung zu früh erfolgt, die Krankheitsausprägung für eine teilstationäre Behandlung — für Patienten, Mitpatienten oder Mitarbeiter — zu belastend. Verlegungen aus der Tagesklinik in andere teilstationäre oder komple-

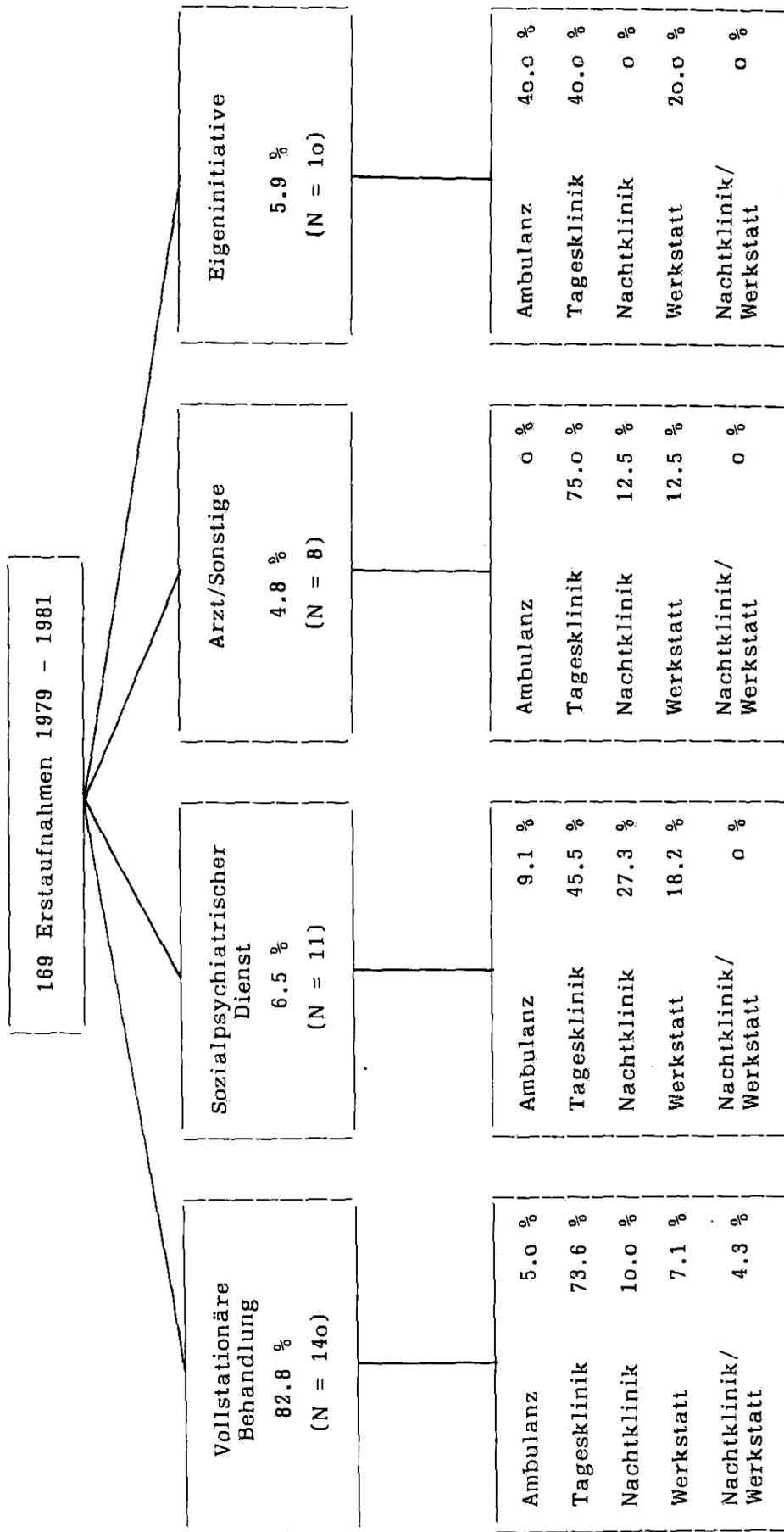


Schaubild 3: Erstaufnahmen in die Abteilung für Sozialpsychiatrie 1979—1981

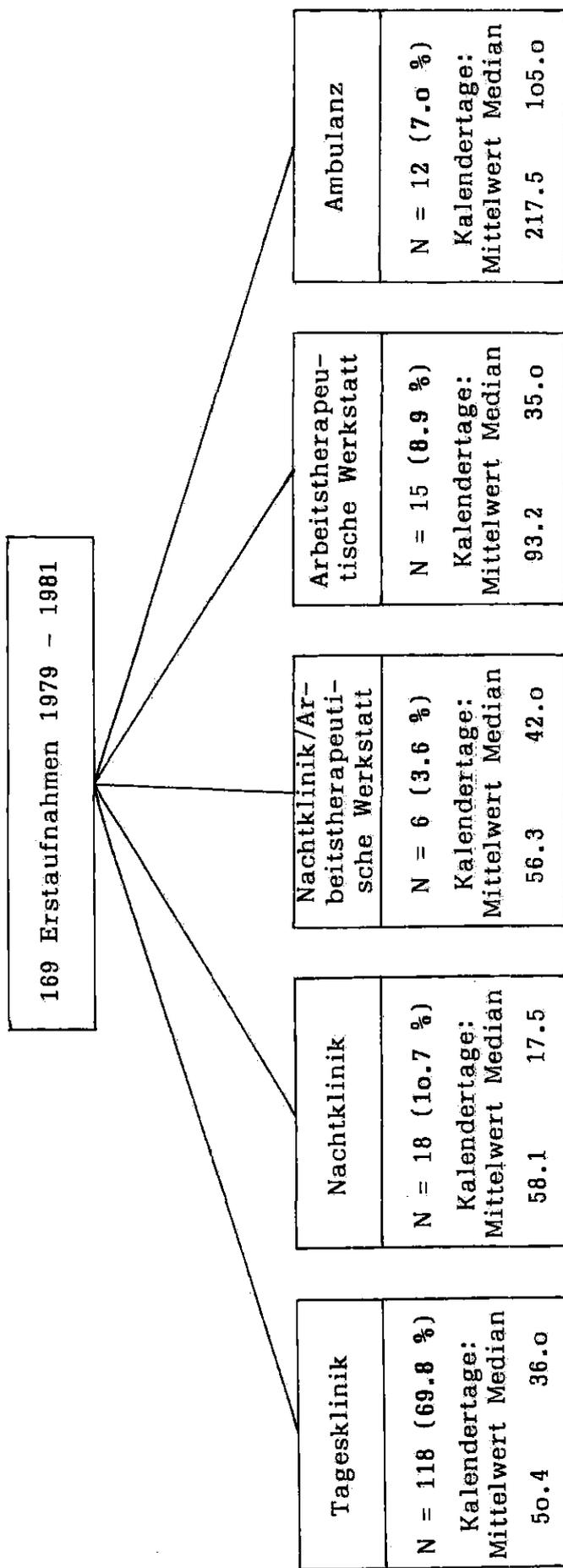


Schaubild 4: 1. Teildurchgang in der Abteilung für Sozialpsychiatrie

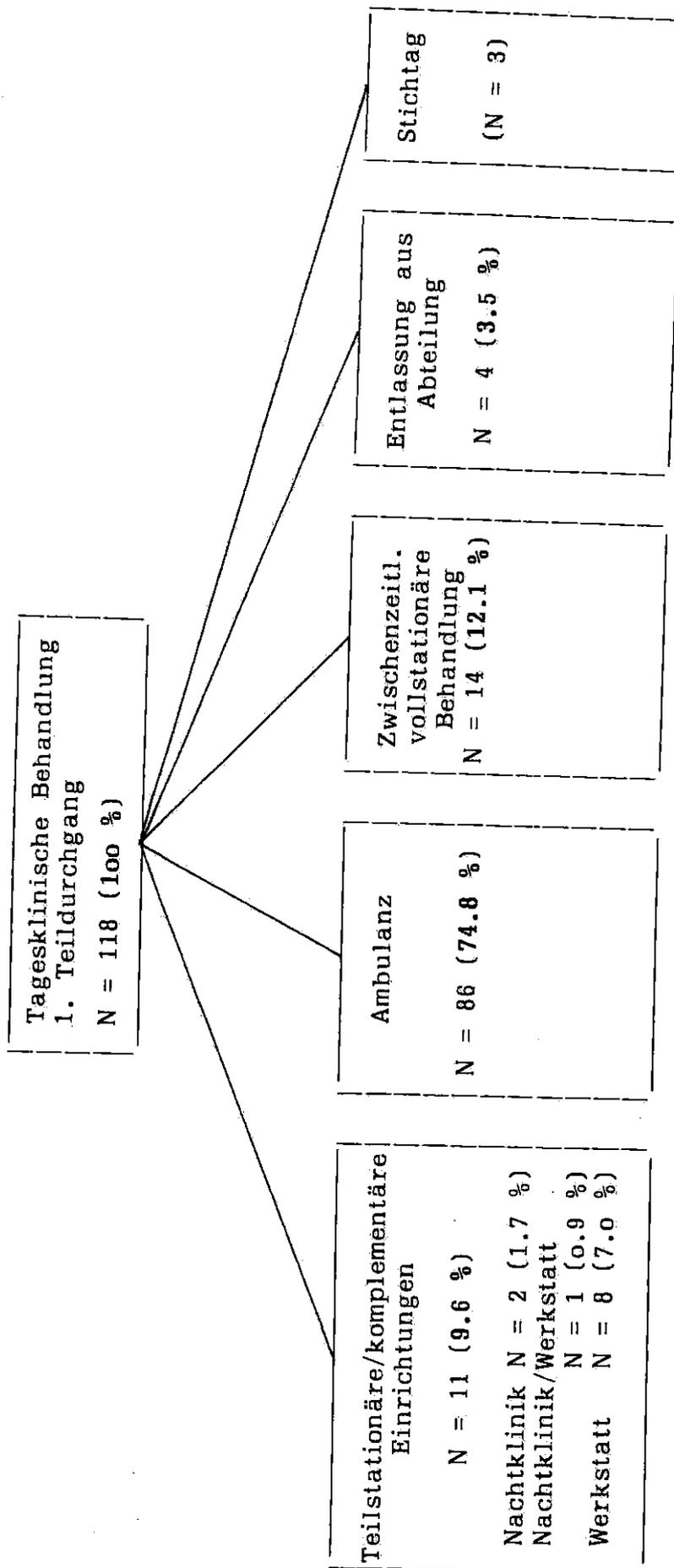


Schaubild 5: Weiterbehandlung nach einem 1. Teildurchgang in der Tagesklinik

	Zahl der Behandlungen in		Kalendertage		
			Summe		Mittelwert
Tagesklinik	208	(31.0 %)	9.426	(15.3 %)	45.3
Nachtklinik/ Tagesklinik	4	(0.6 %)	273	(0.4 %)	68.3
Nachtklinik	49	(7.3 %)	2.645	(4.3 %)	54.0
Nachtklinik/ Werkstatt	32	(4.8 %)	1.863	(3.0 %)	58.2
Werkstatt	45	(6.7 %)	3.545	(5.7 %)	78.8
Ambulanz	247	(36.7 %)	39.187	(63.4 %)	158.7
Vollstationäre Behandlung	87	(12.9 %)	4.856	(7.9 %)	55.8

Tabelle 4: Behandlungen und Kalendertage in den Teilinstitutionen der Abteilung für Sozialpsychiatrie (Erstaufnahmen 1979—1981)

mentäre Einrichtungen der Abteilung sind ebenfalls selten. Den überwiegenden Anteil übernimmt hier die Werkstatt als Anschlußbehandlung zur beruflichen Rehabilitation. Eine Entlassung aus einer ersten Tagesklinikbehandlung mit gleichzeitiger Entlassung aus der Behandlung der Gesamtabteilung überhaupt ist ganz selten (s. S. 177).

Anhand des vorgelegten Zahlenmaterials konnte für die Tagesklinik ein sehr hoher Stellenwert bezüglich des Zugangs in die Abteilung und der anschließenden Weiterbehandlung in anderen Bereichen des Gesamtsystems nachgewiesen werden. Es war zu fragen, ob der Tagesklinik für die gesamte Behandlung der Patienten eine ebenso zentrale Bedeutung zukommt. Tabelle 4 illustriert anhand der Behandlungen und der Behandlungstage in den betreffenden Teilinstitutionen die absoluten sowie relativen Anteile der einzelnen Bereiche am Gesamtsystem der Abteilung während der drei Jahre 1979 bis 1981 (s.S. 178).

Betrachtet man nur die Zahl der Behandlungen, so rangiert die Tagesklinik mit 208 Aufnahmen direkt hinter der Ambulanz. Dies spiegelt den Alltag in der Institution und auch das Erleben der Mitarbeiter wider. Durch die hohe Zahl der Behandlungen steht die Tagesklinik meist im Mittelpunkt, dort ist immer viel los" der Durchlauf ist relativ hoch. Damit übernimmt die Tagesklinik sozusagen die Funktion der Bettenstation in anderen Versorgungssystemen. Fast könnte man meinen, die von uns betreuten Patienten seien immer in der Tagesklinik. Betrachtet man aber die Kalendertage in den einzelnen Teilinstitutionen, so ergibt sich ein ganz anderes Bild: Die meiste Zeit entfällt auf die ambulante Behandlung. Der teilstationäre und komplementäre Bereich mit

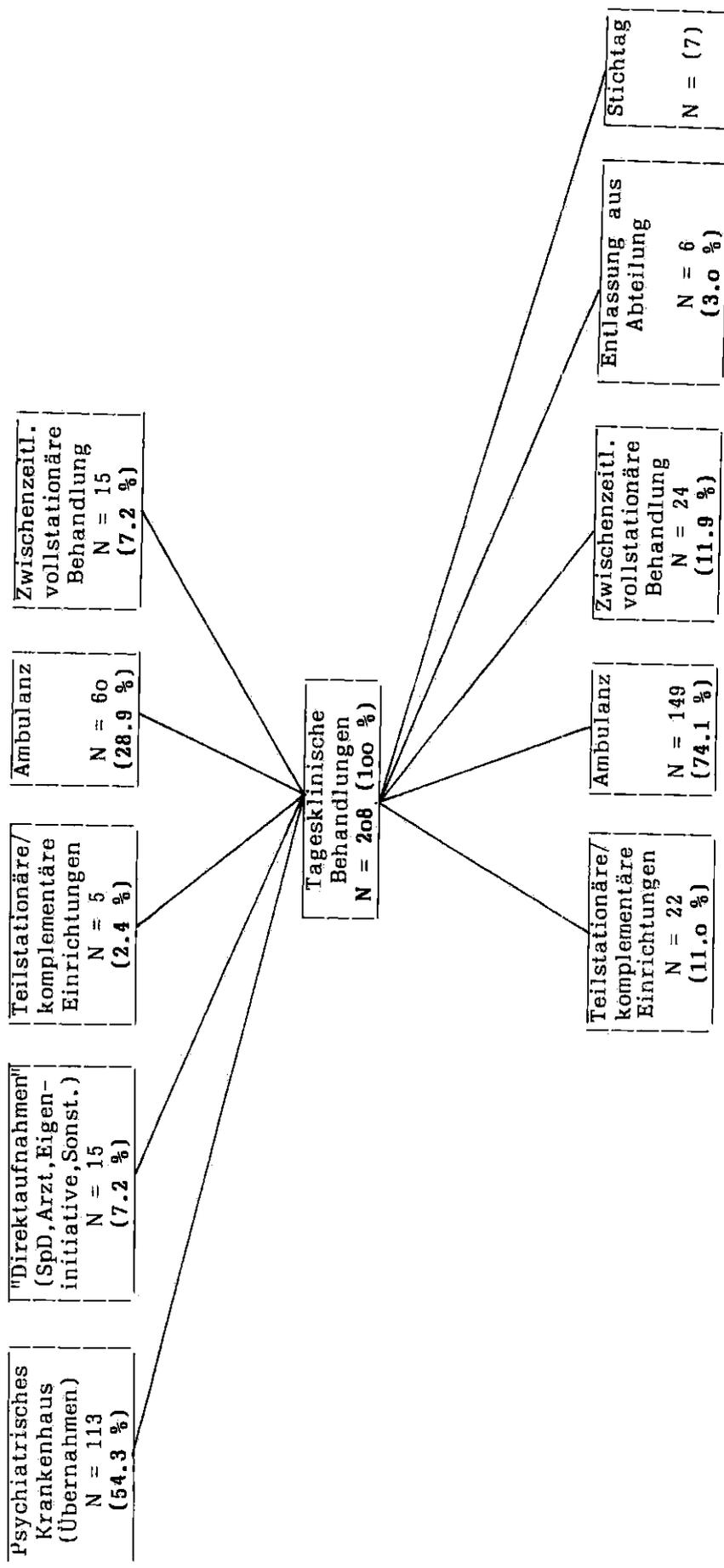


Schaubild 6: Übernahmen in tagesklinische Behandlung und Weiterbehandlung nach tagesklinischer Behandlung im Zeitraum 1979—1981

einem Anteil von 30% teilt sich zeitlich zu etwa gleichen Teilen in tagesklinische Behandlungen einerseits und Behandlungen in Nachtambulanz und Werkstatt auf.

Betrachtet man diese insgesamt 208 tagesklinischen Behandlungen und fragt woher die Tagesambulanzpatienten kamen und wohin sie im Anschluß an eine Behandlung in einem solchen System gingen, ergibt sich das in Schaubild 6 dargestellte Schema (s. S. 179).

Bei der Herkunft stellen die Aufnahmen von „außen“ — aus psychiatrischen Krankenhäusern und die Direktaufnahmen — den größten Anteil. Aber immerhin ein knappes Drittel der tagesklinischen Aufnahmen kommt aus der eigenen Ambulanz.

Nach Abschluß der tagesklinischen Behandlung folgt in den meisten Fällen eine ambulante Phase. Eher selten kommt es zur Verlegung in die Nachtambulanz oder Werkstatt. In einigen Fällen reicht die tagesklinische Behandlung zur Bewältigung akuter Krisen nicht aus. Zu einer dann notwendig werdenden zwischenzeitlichen vollstationären Behandlung kommt es allerdings nur in 12% der Tagesambulanzaufnahmen.

Zu fragen bleibt noch, welche Patienten überhaupt in unserer Tagesambulanz behandelt wurden. In Tabelle 5 ist die Gruppe aller Patienten, die irgendwann einmal in die Tagesambulanz aufgenommen wurden, einer anderen Gruppe von Patienten gegenübergestellt, die während der Behandlung in der Abteilung für Sozialpsychiatrie nie tagesklinisch behandelt wurden. Auffallend ist, daß alle Patienten mit affektiven Psychosen in die Tagesambulanz aufgenommen wurden. Der Anteil an Neurosen ist in der Nicht-Tagesambulanz-Gruppe deutlich größer. Diese Patienten werden oftmals nur ambulant behandelt und nach kurzer Zeit an Psychotherapieeinrichtungen überwiesen. Auch bei uns findet sich damit eine bemerkenswerte und schwer zu begreifende Reserviertheit gegenüber der Behandlung von Neurosen in einer Tagesambulanz. Die Abweichung der Geschlechterverteilung — in der Nicht-Tagesambulanzgruppe findet sich ein viel größerer Prozentsatz männlicher Patienten — kann mit den Aufnahmen in die arbeitstherapeutische Werkstatt erklärt werden. Sowohl die Anzahl der Behandlungen als auch die Behandlungsdauer in der Werkstatt korrelieren mit dem Geschlecht. Männer haben hier einen deutlich höheren Anteil. Insbesondere für sie wird die Werkstatt als Alternative zur tagesklinischen Behandlung genutzt. Bezüglich der vorhergehenden stationären Aufenthalte lassen sich zwischen beiden Gruppen keine bedeutsamen Unterschiede feststellen (s. S. 181).

Es könnte im Anschluß an diese, unsere innere Struktur betreffenden, Überlegungen nicht uninteressant sein zu fragen, wie unsere Institution und hier insbesondere die Tagesambulanz von außen gesehen wird. Hierzu wurden aus einer Totalerhebung aller vollstationären Behandlungen Charlottenburger Bürger in psychiatrischen Kliniken Berlins aus dem Jahre 1971 alle Patienten, die den Ausschlußkriterien der Abteilung für Sozialpsychiatrie entsprachen, rechnerisch herausgelöst. In der linken Kolonne von Tabelle 6 ist die dann verbleibende Patientengruppe nach Diagnosen und stationären Voraufenthalten auf-

	Aufnahme in Tages- klinik während der 1. Behandlungs- periode (N = 130)	Keine Aufnahme in Tagesklinik während der 1. Behandlungs- periode (N = 39)
<u>Geschlecht</u>		
Frauen	50 %	33 %
Männer	50 %	67 %
<u>Diagnosen</u>		
Schizophrenie		
ICD 295.0/295.1	2 %	3 %
ICD 295.3	47 %	49 %
ICD 295.6	14 %	15 %
Sonstige	13 %	8 %
Gesamt	76 %	74 %
Affektive Psychosen	9 %	0 %
Sonstige Psychosen	3 %	5 %
Neurosen	9 %	21 %
Sonstige	3 %	0 %
<u>Stationäre Vorbehandlungen</u>		
Keine	2.3 %	5.3 %
Eine	29.7 %	18.4 %
Zwei	28.9 %	34.2 %
Mehr als zwei	39.1 %	42.1 %

Tabelle 5: Unterschiede zwischen „Tagesklinik-“ und „Nicht-Tagesklinik-Patienten“ der 169 Erstaufnahmen 1979—1981

	Charlottenburger Patienten* - Auf- nahmen in statio- näre Behandlung 1971 N = 378	Erstangebote* an die Abtei- lung für So- zialpsychiatrie 1975-1981 N = 305	Übernahme* in tagesklinische Behandlung 1975-1981 N = 189
<u>Diagnosen</u>			
Schizophrenie			
ICD 295.0/295.1	3.4 %	2.3 %	1.6 %
ICD 295.3	7.1 %	33.4 %	42.3 %
ICD 295.6	6.1 %	10.2 %	6.9 %
Sonstige	8.2 %	20.3 %	18.0 %
Gesamt	24.9 %	66.4 %	68.8 %
Affektive Psychosen	13.2 %	8.9 %	11.6 %
Sonstige Psychosen	8.7 %	11.1 %	8.5 %
Neurosen/ Persönlich- keitsstörungen	53.2 %	13.8 %	11.1 %
<u>Stationäre Aufenthalte</u>			
eins	52.6 %	34.8 %	33.9 %
mehr als eins	47.4 %	65.2 %	66.1 %
* Aufnahmen bzw. Angebote ohne Patienten mit Ausschlusskriterien der Abteilung für Sozialpsychiatrie			

Tabelle 6: Vergleich einer stationären Charlottenburger Population mit Erstangeboten an die Abteilung für Sozialpsychiatrie und tatsächlichen Übernahmen

geschlüsselt. In der mittleren Kolonne sind die Angebote derselben stationären Einrichtungen an die Tagesklinik in den Jahren 1975 bis 1981 aufgeführt. In der rechten Spalte stehen die tatsächlichen Übernahmen in die Tagesklinik (s S. 182).

Auffallend ist die große Diskrepanz zwischen der Klientel des Sektors und dem Angebot an die Abteilung. Patienten mit neurotischen Krankheitsbildern werden kaum überwiesen, dafür in hohem Maße schizophrene Langzeitpatienten. Aus dem Vergleich der Angebotsklientel mit den tatsächlich erfolgten Übernahmen ergibt sich, daß wir das Angebot im großen und ganzen übernehmen und trotz zahlreicher etablierter Kontakte mit den einzelnen Institutionen nicht in der Lage sind, hier korrigierend einzugreifen. So hat sich über die Jahre hinweg durch die Betrachtungsweise von außen, aber sicher auch durch die Verinnerlichung dieser Sicht durch die Mitarbeiter der Abteilung selbst die Tagesklinik und auch die Gesamtabteilung in Richtung auf ein Langzeitbetreuungsinstrument schizophrener Patienten entwickelt.

Es kann kaum bezweifelt werden, daß unsere Tagesklinik gerade im Hinblick auf ihren Einbau in das Gesamtsystem der Abteilung für die Rehabilitation und Betreuung solcher Patienten gut geeignet ist. Die darüber hinausgehenden Möglichkeiten eines solchen flexiblen Systems — einen größeren Anteil an der Vollversorgung des Sektors zu übernehmen — können so aber nicht ausreichend genutzt werden.

Die Tagesklinik als eigenständige Institution im Versorgungssystem

W. Engelke

Unabhängig arbeitende kleine Tageskliniken haben in Deutschland keine Tradition. Das liegt vor allem an unserem gegliederten Versorgungssystem mit einer starren Trennung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsträgern, die für die Psychiatrie ja erst in jüngster Zeit gelockert und modifiziert wurde (§368n Abs. 6 und § 184 RVO). Eingebunden in Planungsvorstellungen von Groß- und Mittelkliniken mit der Festlegung unterer Bettenzahlen um etwa 200 pro Einrichtung waren kleine Behandlungseinheiten von nur Stationsgröße mit angeschlossener Ambulanz selbst noch in der Psychiatrie-Enquete unvorstellbar. Konzepte kontinuierlicher therapeutischer Ketten unter gleicher Trägerschaft wie auch des ausdifferenzierten bürgernahen psychiatrischen Fachkrankenhauses beherrschten die Vorstellungen jener Planer, die z. B. hier im Rheinland in gemeindeferne Großkliniken Standardbettenhäuser bauten, in deren oberster Etage sie eine Tagesklinik vorsahen. Dabei wurden jene Erfahrungen schlichtweg ignoriert, in denen wichtige Anstöße zur tagesklinischen Entwicklung auch in Deutschland gerade von jenen Einrichtungen kamen, die einen hohen Grad organisatorischer, räumlicher und personeller Unabhängigkeit von Fachkliniken aufwiesen. Dagegen hatten lange Zeit gerade die fest in die Klinikstruktur eingebundenen Tageskliniken eine weniger bedeutende Funktion und stellten mehr ein Alibi dar.

So war es dann eine bemerkenswerte Entwicklung[^] daß die Tagesklinik Siegburg als Sonderkrankenhaus für Psychiatrie 1978 in den Krankenhausbedarfsplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen und so formell lebensfähig wurde. Damit unterlag die Tagesklinik dem Krankenhaus-Finanzierungsgesetz und der Bundespflegesatzordnung als eigene psychiatrische Einrichtung. Durch eine Reihe pragmatischer Lösungen des Trägers — einem eingetragenen Verein des Johanniter-Ordens — und der Strukturierung des therapeutischen Raums durch psychiatrienerfahrene Mitarbeiter gelang auch eine inhaltliche Konsolidierung der Klinik. Die Tagesklinik liegt im Rheinland im dichtbesiedelten Großraum Köln/Bonn und umfaßt im unmittelbaren Einzugsgebiet einen Bevölkerungsraum von ca. 500000 Einwohnern. Mitten in der City von Siegburg arbeiten dabei auf 570 qm 11 Mitarbeiter und einige Teilzeitkräfte. Neben der Institutsambulanz hat die Klinik 30 teilstationäre Behandlungsplätze. Bei einer vollstationären Behandlung vergleichbaren Aufwand entspricht der jetzige Tagessatz von 103,85 DM bei Umrechnung auf die 7-Tage-Woche einem vergleichbaren stationären Tagessatz von etwas über 70,— DM. Die Gesamtregion ist mit 2 psychiatrischen Fachkliniken, sozialpsychiatrischen und kom-

plementären Einrichtungen sowie einem hohen Anteil niedergelassener Nervenärzte im Bundesvergleich psychiatrisch eher gut versorgt.

Von den über 900 Menschen, die in der Zeit von Oktober 1978 bis Ende 1981 Kontakt mit der Klinik aufnahmen (z. T. auch telefonisch), wurden bei 722 diagnostische Erstgespräche durchgeführt. Die Patienten kamen dabei zu über 66% aus dem dichtbesiedelten Gebiet zwischen Bonn und Siegburg-Troisdorf.

In der Instituts-Ambulanz werden die zugewiesenen Patienten in ausführlichen, teilweise mehrfachen Gesprächen diagnostisch eingeordnet und ein individuell geeigneter therapeutischer Weg vorgeschlagen oder direkt eingeleitet. Eine eigene Behandlungsfunktion übernimmt die Ambulanz vorübergehend nur bei etwa 10% der Patienten. Es werden auch nur 31% der zugewiesenen Patienten direkt in die Tagesklinik aufgenommen. Diese Zahl drückt die Indikationsstellung und Verteilerfunktion, die von der Ambulanz vorgenommen wird, aus. Nur bei entsprechend klarer Auswahl läßt sich nach unseren Erfahrungen das Instrument der Tagesklinik auch hinreichend effektiv einsetzen, wobei die Kriterien der Behandlungsmotivation für eine Selbstinitiative und Aktivität verlangende psychiatrische Behandlung von entscheidender Bedeutung sind.

Im Überweisungsmodus kommt der überwiegende Anteil der Patienten aus dem ambulanten Bereich (71%), und diese werden auch zum überwiegenden Teil in die Tagesklinik aufgenommen (60%). Dabei fällt eine deutliche fachpsychiatrische Selektion auf die von den Fachkliniken (35%) und niedergelassenen Nervenärzten (31%) zugewiesenen Patienten auf. Ebenso eindeutig erfolgt bei den Diagnosen eine Konzentration auf die endogenen Psychosen (38% der Erstgespräche, 61% der teilstationären Patienten), wobei der Anteil der schizophrenen Patienten in der Tagesklinik, auch beim Vergleich mit anderen teilstationären Einrichtungen, eher hoch ist (56%). Gerade diese Patienten zeigen eine erstaunliche Konstanz im Besuch der Tagesklinik, auch wenn hier die zeitlichen Eingrenzungen der Behandlung auf 6 Monate nur begrenzte Behandlungserfolge zulassen.

In der Altersverteilung erscheinen in der Ambulanz überwiegend jüngere Patienten, die auch in einem besonders hohen Maße in die Tagesklinik aufgenommen werden. Dem entspricht in der beruflichen Verteilung auch der hohe Anteil von Menschen in Berufs- und Schulausbildung (24%). Darüber hinaus ergibt die Berufsstatistik außer einem regional bedingten hohen Anteil von Beamten und Angestellten keine Auffälligkeiten. Dafür ist der Anteil der Alleinlebenden in der Gesamtklientel außerordentlich hoch und erreicht fast 2/3 der teilstationären Patientenzahl. Viele der Alleinstehenden leben dabei noch in ihren Primärfamilien. Hoch erscheint auch der Anteil der getrennt lebenden Menschen (14%). Hier zeigt sich auch für die tagesklinische Behandlung eine deutliche soziale Komponente.

Die Patienten bleiben im Mittel etwa 127 Tage (einschließlich Wochenende und Feiertage) in der Klinik. Danach können fast 79% in weitere ambulante

Behandlung verwiesen werden, wobei die Tagesklinik nur für ca. 11% eine vorübergehende Nachbetreuung übernimmt. Der Anteil der Verlegungen in eine vollstationäre Klinik liegt bei 7,1% mit einer deutlich abnehmenden Tendenz über die Jahre der Entwicklung (1979: 14%, 1981; 2%) durch die verbesserte Indikationsstellung zur Aufnahme. Bei den Verlegungen handelt es sich ausschließlich um endogene Psychosen, teilweise mit organischen Begleiterkrankungen, teilweise bei chronischen Hospitalisierungssyndromen mit einer Reizüberflutung und teilweise durch zunehmende Regressionsneigung bei akuten Psychosen. Die Zusammenarbeit mit den Kliniken war hier in allen Fällen unproblematisch, so daß sich eine Begründung einer notwendigen Anlehnung an eine vollstationäre Einrichtung aus diesen Erfahrungen nicht ergibt. Der Anteil der Abbrecher ist mit fast 14% relativ konstant. Hier bricht überwiegend der Patient selbst die Behandlung ab, wobei sich jedoch in den letzten Jahren die Tendenz verstärkt hat, daß auch von Seiten des therapeutischen Teams die Behandlung beendet wird.

Wie schon aus diesen Daten hervorgeht, hat sich in den Tageskliniken heute längst eine eigenständige therapeutische Kultur entwickelt, die mit den Begriffen der „Klinik ohne Betten“ oder „erweiterten Ambulanz“ nicht mehr zu fassen ist. Durch die Fokussierung der Behandlung auf bestimmte gestörte Verhaltensmuster bei gleichzeitiger Unterstützung stabiler Persönlichkeitsanteile sind eigene therapeutische Konzepte möglich geworden, Basis der therapeutischen Beziehung ist dabei ein gegenüber der vollstationären Behandlung wesentlich autonomeres Verhältnis zwischen Therapeuten und Patienten sowohl hinsichtlich gemeinsamer Absprachen als auch auf Seiten des Patienten durch die Möglichkeit, den therapeutischen Einfluß durch das selbständige Kommen jederzeit steuern zu können. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, daß das tagesklinische Setting eine Steuerung passiv-regressiver Tendenzen eher möglich werden läßt. Als weiteres Charakteristikum werden die Patienten nicht aus ihrer sozialen Umwelt herausgerissen und ergibt sich zusätzlich die besondere Möglichkeit einer nahtlosen und von allen Beteiligten auch am ehesten für sinnvoll gehaltenen Integration dieses Feldes in die Gesamtbehandlung. Dadurch haben auch die gestörten Verhaltensanteile und psychopathologischen Abweichungen eine verständlichere Beziehung zur Psychodynamik.

Die besonderen Möglichkeiten von kleinen selbständigen Tageskliniken liegen dabei in der direkten Integration der Erfahrung aller Mitarbeiter über den Umgang mit dem Patienten, ohne die vielfachen externen Störungsbedingungen großer differenzierter klinischer Institutionen. Dabei können folgende wesentliche Elemente und Ebenen zur Integration gebracht werden:

1. Die körperliche Ebene. Der Patient lernt die somatischen Korrelate seiner psychischen Empfindungen wie Angst und Spannung zu erkennen und findet so ein besseres Verständnis für seine Beschwerden. Darüber hinaus sind gerade bei schweren psychischen Störungen somatische Differentialdiagnose und effiziente Pharmakotherapie von besonderer Bedeutung.

2. Die Milieu-Ebene. Im engen sozialen Bezugsrahmen der Tagesklinik wiederholen sich Konflikte und Schwierigkeiten im Alltag und lassen sich so direkt in den therapeutischen Prozeß einbeziehen.

3. Die biographische Ebene. Durch ein spezielles tiefenpsychologisches Verständnis auch über die Genese schwerer psychischer Störungen kann es dem Patienten gelingen, wieder Zugang zu seiner eigenen Lebensgeschichte zu finden und sich über Wiederholungsprozesse psychischer Störungen klarer zu werden.

4. Die Handlungs-Ebene. Bei vielen Menschen ist die Beziehung zwischen ihren Erkenntnismöglichkeiten und der Umsetzung in konkrete realisierbare Handlungen erheblich gestört. Durch die Verbindung zur konkreten Projektarbeit in der Beschäftigungstherapie, den Handlungen im Tagesablauf der Klinik und auch den Möglichkeiten von Arbeitserprobungsmaßnahmen ist hier wieder eine Einheit herzustellen.

Unter der Voraussetzung einer gleichgewichtigen Integration dieser verschiedenen Ebenen, die vorwiegend über eine kontinuierliche Teamarbeit geleistet werden muß, kann in der Tagesklinik somit der poly-ätiologische Ansatz schwerer psychischer Erkrankungen für eine Behandlung zugänglich gemacht werden.

Lange Zeit war es umstritten, ob es eine eigenständige Indikation für eine tagesklinische Behandlung gibt oder ob die teilstationäre Behandlung nur als eine Anschlußbehandlung an eine vollstationäre Krisenintervention zu sehen ist. Nach unseren Erfahrungen gibt es eine spezifische Klientel und Störungsmuster dort, wo eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und eine vollstationäre entweder nicht sinnvoll oder deren Fortsetzung sogar schädlich ist. Allen Patienten ist gemeinsam, daß sie bedingt durch ihre psychische Grundstörung eine Einschränkung ihrer persönlichen Autonomie erfahren haben. Sie erleben, daß sie ihre sozial-aktiven, expansiven Fähigkeiten in Beruf und Partnerschaft nicht verwirklichen können. Sie stellen fest, daß sie in einem noch großen Ausmaß an ihre primären Beziehungspersonen gebunden geblieben sind. Dabei betrifft diese soziale Einschränkung in unterschiedlicher Intensität und inhaltlicher Akzentuierung die drei Diagnosegruppen der schizophrenen Psychosen, frühen Störungen im Sinne einer Borderline-Struktur und einen Teil der neurotischen Erkrankungen.

1. Bei den Psychotikern handelt es sich vorwiegend um jüngere Patienten mit mittlerem Krankheitsverlauf, bei denen Rückfälle im Zusammenhang zu sozialen Bewährungssituationen stehen und bei denen ausgiebige depressiv und antriebsbetonte Residualsyndrome die Gestaltung eines unabhängigen Lebensweges behindern. Bei anderen wird deutlich, daß die paranoiden Symptome einen Sinn im Ausweichen aus einer kränkenden Realität haben. Die Behandlungsmotivation dieser Patienten ist fast immer durch den Druck der Lebenssituation und ihrer sozialen Bezugspartner mitbestimmt. Es ist daher wichtig, von vornherein diese Bezugspersonen als Helfer in den therapeutischen Prozeß zu integrieren. Mit dem Patienten selbst sind grundlegende

Wahrnehmungsbereiche und emotionale Resonanzfähigkeit in handelnden Alltagsabläufen zu trainieren.

Die Grenzen teilstationärer Behandlung sind bei akut paranoid-halluzinatorischen Psychosen dort gesteckt, wo keine kooperativen Angehörigen vorhanden sind, der Patient eine Medikamenteneinnahme verweigert und die Belastungsfähigkeit des therapeutischen Teams erreicht ist. Patienten mit hoher Hospitalisationsneigung und schwersten Antriebsstörungen sind in der Tagesklinik ebenfalls problematisch. Bei langjähriger Hospitalisation wird das offene, therapeutisch aktive Milieu leicht als Reizüberflutung erlebt, es kommt zu akuten Symptomen und dem Wunsch zur Rückverlegung in eine vollstationäre Klinik. Tagesstätten und geschützte Wohnformen scheinen da geeignetere Alternativen. Patienten mit einer hohen, destruktiv gefärbten Regressionsneigung infolge erheblicher neurotischer Überlagerungen erfordern von vorneherein eine klare Strukturierung und Abgrenzung zum außerklinischen Lebensbereich. Andernfalls kommt es zu einem zähen Kampf mit einer immer größeren passiven Anspruchshaltung an die Therapeuten auch außerhalb der Klinik und einer sich kontinuierlich ins Maligne steigernden Regression.

2. Bei den sogenannten Boderline-Patienten mit ihrer Neigung zu diffusen Ängsten und primitiven Abwehrformen wie Spaltung und Externalisierung sowie ihren Schwierigkeiten in affektiv resonanzfähigen Beziehungsformen, ist das sichernde und gewährende Milieu der Tagesklinik von hoher Bedeutung. Nur auf dieser Grundlage sind überhaupt Lernprozesse möglich. Stabile Beziehungen zu den in ihrer Persönlichkeit deutlich erkennbaren Therapeuten und Mitpatienten bilden die Basis für realitäts- und strukturfördernde therapeutische Maßnahmen, wobei die bereits vorhandenen, stabilen Ich-Funktionen eher verstärkt und unterstützt werden. Es geht insbesondere bei diesen Patienten um eine notwendige Korrektur eines narzißtisch überhöhten Selbstbildes mit Integration kränkender und eingrenzender Persönlichkeitseigenschaften sowie um die Bearbeitung depressiver und aggressiver Strukturanteile.

Vieles läßt darauf schließen, daß die Tagesklinik als gemeindenahe, konkret sichtbare Institution gerade von diesen Patienten als Übergangsraum in der Wiederholung nicht vollzogener innerer Trennungen genutzt werden kann. Gerade diese Patienten müssen sich der Existenz der Tagesklinik auch nach ihrer Behandlung noch oft versichern. Bei diesen in ihrer Individuation zu einem genetisch frühen Zeitpunkt behinderten Menschen sind stabile therapeutische Einzelbeziehungen und die ständige Verbindung zum handelnden Verändern innerlich vollzogener Erkenntnisprozesse von besonderer Bedeutung. In diesem Behandlungskonzept sind bei zusätzlicher medikamentöser Abschirmung auch jene Psychotiker zu integrieren, bei denen keine strukturverändernden Symptome der Plus- oder Minusseite eine Rolle spielen, sondern psychotherapeutische Maßnahmen im Sinne einer Rückfallprophylaxe nach abgelaufenem Krankheitsschub angezeigt sind.

3. Bei der großen Gruppe der neurotisch Erkrankten können besonders die

genetisch frühen Störungen aus dem intentionalen und depressiven Strukturbereich von der Behandlung in der Tagesklinik profitieren. Dabei stehen oft die phobischen Symptome mit resultierenden sozialen Einschränkungen im Vordergrund. Aufgrund psychosomatischer Ausdruckserkrankungen sind oft langjährige Therapien im somatischen Versorgungsbereich vorausgegangen. Diese Patienten können dadurch Belastungen der Arbeitssituation nicht mehr schaffen, häufig spielen Partnerschaftskonflikte auf Grund nicht gelöster innerer Bindungen zur Primärfamilie eine wichtige Rolle. Die Behandlung ist hier konfliktorientiert, oft werden die Partner mit einbezogen, die Grenze zum außerklinischen Bereich muß bei Tendenz zum Agieren sehr scharf gezogen werden. Gerade eine konkrete Entscheidung zur Annahme der tagesklinischen Behandlungssituation, verbunden mit einer selbständigen Anreise zur Klinik und einem täglichen Erscheinen, sind für diese Gruppe besonders wichtig.

Wie schon aus diesen klaren Indikationsfeldern deutlich wird, ist das tagesklinische Setting durch seinen speziellen Wechsel zwischen Patientenrolle und dem Leben in „Normalität“ in einem hohen Maße sensibel für Verselbständigungsprozesse psychisch kranker Menschen. Die beschriebenen Diagnosegruppen scheinen dabei genetisch unterscheidbare Störungsstufen der Ich-Entwicklung zu entsprechen, die sich im späteren Verlauf auf unterschiedlichen Stufen der Selbstwerdung zu Symptomen und Behinderungen ausbilden können und so auch unterschiedliche therapeutische Ansätze ermöglichen. Während der Psychotiker in der Regel den inneren Trennungsprozeß aus der Familie durch besondere schicksalhafte Familienkonstellationen nicht schaffen konnte, ist es dann in konkreten beruflichen Ausbildungssituationen oder eigenständigen Partnerschaften zu ersten Problemen und Rückbindungen in die Abhängigkeit des Elternhauses gekommen. Bei den Borderline-Patienten hingegen geht es hauptsächlich um eine Integration des eigenen Selbstbildes in ein realisierbares und innerlich akzeptierbares Lebenskonzept. Bei den hier beschriebenen neurotischen Störungen sind aufgrund stabiler Ich-Strukturen berufliche und soziale Voraussetzungen aufgebaut worden, es ist jedoch in speziellen lebensgeschichtlichen Krisensituationen zur Wiederbelebung innerer Bindungsproblematiken gekommen. Alle drei Störungsbereiche und Diagnosegruppen lassen sich dabei nach unseren Erfahrungen in einem tagesklinischen Setting zusammenfassen.

Diese Problemsicht hat auf der institutionellen Ebene und auch der Einstellung der therapeutischen Mitarbeiter zu einer besonderen Sensibilisierung gegenüber äußeren und inneren Bindungen geführt. Auf der einen Seite mußten wir die Existenz der Klinik immer wieder gegen Bedrohung von außen durch Konkurrenz, Anfeindungen und Neid verteidigen, auf der anderen Seite mußten wir uns auch eigenen Versuchungen zur Erweiterung der Klinik mit Angliederung eigener komplementärer Einrichtungen erwehren. So waren stabile, psychiatrienerfahrene Mitarbeiter gefordert, die in der Lage waren, vom Patienten übertragene narzißtische Krisen, Kränkungen und Ambivalenz auszuhalten, ohne selber zu Abwehrmechanismen greifen zu müssen. Es war die ständige Selbstregulation des Teams zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit gefor-

dert. Immer wieder schwankten wir zwischen der Phantasie einer heilen Familie mit viel Selbsterfahrung und Abgrenzung nach außen und dem Auftreten von übermäßig viel Distanz, Verstrickung in gegenseitigen Intrigen und Schuldzuweisungen mit einer folgenden institutionellen Lähmung und Passivierung. Unser gemeinsames Credo sozialpsychiatrischer Arbeit über die Parallelität von Prozessen im Team und den Vorgängen mit den Patienten forderte von uns eine ständige supervisionsgestützte Bearbeitung dieser Probleme sowie der dichten Beziehungen zu den Patienten. Es wurde von uns auch eine erhebliche Flexibilität in der Anpassung der therapeutischen Konzepte an jeweils neue Entwicklungen und Erfahrungen gefordert. Nur so konnte es in einer kleinen Institution gelingen, die Arbeit weitgehend auf die individuellen Probleme der Patienten und nicht auf institutionelle Probleme zu konzentrieren und so viel eigene Sicherheit zu gewinnen und zu übertragen, daß auch die akuten psychischen Dekompensationen und chaotischen Strukturentgleisungen bei den Patienten seltener und besser angebar wurden. Gerade die Kleinheit der Institution mit einer ständigen eigenen Verantwortlichkeit des gesamten Teams förderte diesen Prozeß erheblich.

Wir glauben, daß wir mit unserer Arbeit auf dem Wege zur Tagesklinik als eigenständige und im klaren Indikationsbereich auch effektive Behandlungseinrichtung befinden, die nicht in Konkurrenz, sondern in einer sinnvollen Zuordnung und Entlastung der bisherigen ambulanten und stationären Behandlungsträger psychiatrischer Versorgung steht. Umso mehr trifft es uns, daß die im Rahmen der Kostendämpfungsmaßnahmen durch eine unglückliche oder absichtsvolle Ergänzung des § 184 RVO die Tagesklinik auf eine Anschlußbehandlung der Krankenhausbehandlung festgelegt werden soll. Dies widerspricht dem Sinn teilstationärer Behandlung, die auch im Falle einer nachstationären Therapie immer eine eigenständige und mit einem spezifischen Instrumentarium der Tagesklinik versehen ist. Ebenso widerspricht es den Interessen der Patienten an einer Verhinderung einer Klinikeinweisung und dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen. Nach unserer Auffassung können unabhängige kleine Tageskliniken quasi als organisatorisch und geographische Satelliten-Kliniken im Vorfeld stationärer Behandlungseinheiten und zur Stützung ambulanter Versorgungsträger sinnvoll werden, wobei die Zusammenarbeit und nicht die Kontrolle durch andere Versorgungsträger gefordert werden muß. Dennoch bleibt zu befürchten, daß im Rahmen der immer knapper werdenden finanziellen Möglichkeiten im Gesundheitssystem der Raum zwischen den etablierten stationären und ambulanten Versorgungsträgern auf Kosten der neuen teilstationären Behandlungsformen wieder geschlossen werden soll.

Diskussion zur Funktion der Tagesklinik im Versorgungssystem

Moderation: A. Veltin

(gekürzte Fassung)

Wolpert: Gestern wurde kritisch angemerkt, daß die Tagesklinik keine rechte Identität habe. Es wurde eine sehr breite Skala von inhaltlichen und formalen Variationen vorgetragen. Wie Sie sich erinnern, wurde das kritisch diskutiert und gerade von den Kostenträgern als besonders mißtrauerregend aufgegriffen. Heute erscheint es mir notwendig, diese Kritik auf den Kopf zu stellen und gerade als positiv herauszustellen, daß die Rahmenbedingungen einer Tagesklinik ein sehr flexibles Instrument darstellen und imstande sind, den Bedarf von der nicht ambulanten, nicht stationären, aber doch notwendigen Therapie bis hin zu nahezu rein rehabilitativen Ansätzen abzudecken, und dazwischen eine breite Skala von Mischkonzepten zu umgreifen. Ich denke, es hat Sinn, dies herauszustellen, weil heute auch deutlich wurde, daß die Tagesklinik niemals allein dasteht, sondern ihre Form immer im Kontext eines Versorgungssystems und eines jeweiligen individuellen Bedarfs findet.

Flock: Herr Engelke, können Sie etwas über den Anteil sagen, den die Siegburger Tagesklinik an der Gesamtversorgung in der Region hat?

Engelke: Wir sind gerade dabei, das auch nach diesen Parametern zu untersuchen. Das ist natürlich sehr schwer, weil es ja gar keine vollständigen Daten über die Gesamtregion gibt; aber sehr deutlich ist, was ein Nervenarzt, der bei uns in der Nähe wohnt, einmal gesagt hat. Er hat gesagt: Seitdem es die Tagesklinik gibt, muß ich nur noch zwei Patienten pro Jahr in die Nervenklinik oder ins LKH einweisen. Das war sicher auch ein bißchen übertrieben, aber ich denke, daß wir eigentlich mittlerweile über die niedergelassenen Nervenärzte, mit denen wir gut zusammenarbeiten, den Bereich schon abdecken, der der Tagesklinik zukommt; dieser Bereich scheint mir in seinem Umfang etwa der Zahl aus dem ambulanten Bereich zu entsprechen, nämlich bei einem Drittel aller Patienten zu liegen. Bei den Überweisungen aus dem stationären Bereich ist das ein viel schwierigeres Problem, weil das wesentlich mehr mit internen Prozessen in der Klinik zu tun hat als mit sachlicher Notwendigkeit. Und da sind wir eigentlich sehr ratlos, wie wir das machen können.

Holtschmidt: Herr Seidel, bei Ihrem Vortrag kam zum Ausdruck, daß es im Grunde Ihre Zielvorstellung ist, daß die stationäre Versorgung der Patienten eigentlich nur noch für die Notsituation da sein sollte. Sie haben sich in Ihrer Klinik in Mönchengladbach auch schon etwas dieser Zielvorstellung genähert. Sie sagen, der Patientenanteil unserer Tages- und Nachtambulanz ist im Vergleich zu den stationären Patienten wesentlich höher als bei den anderen Kliniken. Meine spezielle Frage in dem Zusammenhang ist jetzt die: Wenn man die

Tagesklinik auch als Instrument der Krisenintervention betrachtet, wie wollen Sie dann Krisen an Wochenenden bewältigen?

Seidel: Ich habe das vielleicht ein bißchen pointiert ausgedrückt, weil ich noch die Nachwehen der gestrigen Diskussion in mir verspürt habe. Aber in der Tendenz ist es völlig richtig, was Sie gesagt haben. Ich würde dem nachdrücklich zustimmen, was Herr Dziewas gestern sagte, und was auch von Bennett in London kommt, daß nämlich der Ausgangspunkt in unserem Denken überhaupt sich wandelt und daß wir sagen: Zunächst ambulant oder wenn institutionell, dann tagesklinisch behandeln. Das heißt aber nicht, daß es nicht Krisensituationen an Wochenenden gibt, für die man irgendetwas vorhalten muß. Da kann man sich auch verschiedene andere Formen der Betreuung vorstellen, man kann auch Betten bereithalten — wir hatten zum Beispiel am Anfang von 1969—1973 eine Tages- und Nachtambulanz, und da konnte man halt übers Wochenende Patienten auch mal in der Nachtambulanz schlafen lassen. Mit ein bißchen Phantasie gibt es eine Menge von Möglichkeiten, wie man auch am Wochenende Krisen auffängt. Und das, meine ich, sollte man auch jeweils den örtlichen Gegebenheiten anpassen. Wenn man eine Klinik hat, kann man die Patienten auch übers Wochenende in die Klinik geben, oder sie können sich tagsüber in der Klinik aufhalten. Das wird natürlich gemacht, sowohl in Hannover wie in Mönchengladbach. Es ist völlig klar, daß man da ein paar Möglichkeiten freihalten soll — in Mönchengladbach lief es zum Teil auch über das Kontaktzentrum. Das ist wieder personell nicht einfach; denn wie bestücken Sie das? Aber ich sehe das Problem und ich denke, es muß bewältigt werden. Ich sehe auch noch ein anderes Problem. Es wird sicherlich immer Langzeit-Patienten geben, die einfach auch einer stationären Hilfe bedürfen, und für die wird man auch Betten, die ich ja ein bißchen in die Kritik gestellt habe, vorhalten müssen, aber die Frage ist doch: Wie klinisch muß das sein? Die müssen halt die Möglichkeit haben, sich abends auch noch innerhalb des Klinikbereichs hinzulegen. Aber da wandelt sich ja der ganze Gesichtspunkt vom rein klinischen Denken zu einem flexiblen tagesklinischen Konzept um: „Na ja, wir geben eine Tagesbehandlung, und abends kann er sich noch hinlegen“ — auch, damit die Familien mal entlastet sind. Da gibt es viel Elend, und da muß auch mal eine zeitlich befristete Entlastung für die Familien möglich sein, daß die mal in Urlaub fahren können. Es gibt ja Angehörige psychisch Kranker, die über Jahre nicht in Urlaub gefahren sind. Ich denke, das sollte man ernst nehmen.

Wehmeyer: Herr Seidel, Sie sagten, daß Sie Angehörigengruppen mit den Patienten machen. Welche Erfahrungen haben Sie bezüglich der Offenheit der Angehörigen, wenn die Patienten dabei sind?

Seidel: Ich würde diese Frage gern weiterreichen, vielleicht an Herrn Dörr, der mehr Erfahrung hat, weil ich in der Zeit, wo das lief, nicht mehr in der Mönchengladbacher Tagesklinik war.

Dörr: In einer solchen Angehörigengruppe geht es ja darum, daß die Angehörigen mit den Patienten überhaupt mal viele Dinge ansprechen, über die sonst

gar nicht miteinander geredet wird, und auch darum, daß Angehörige sich auch untereinander etwas sagen können, weil einige schon Erfahrungen mit bestimmten Problemen gemacht haben und sagen können, ja, bei uns ist das so, wir gehen da so mit um. Das Maß der Offenheit ist eigentlich recht groß.

Becker: Herr Seidel, am Anfang Ihres Vertrages stand ja das Prinzip der therapeutischen Kette, und am Ende hat etwa das Modell von Bennett gestanden. Ist das nicht ein Widerspruch? Müßte man dann nicht zumindest das Prinzip der möglichst kurzen Kette daraus machen, weil diese therapeutische Kette ja auch irgendwo eine Zergliederung des Versorgungssystems und des Patienten ist? Sind wir hier nicht schon weiter gekommen, indem wir sagen, die Kette sollte möglichst kurz sein, weil dann die Kontinuität der Behandlung eher gewahrt ist?

Seidel: Ich finde die Frage wichtig und richtig. Die Kette ist schon etwas sehr Problematisches, weil man damit natürlich auch die Patienten an die Kette nimmt. Aber die Glieder dieser Kette sind sehr wichtig und sollten vorhanden sein. Es sollten möglichst verschiedene Angebote für Patienten in möglichst verschiedenen Lebenssituationen, auch recht gestreut, und nahe am Wohnort oder Arbeitsplatz gegeben sein, und es sollte Kontakte zwischen den in den jeweiligen Institutionen Arbeitenden möglich sein, d. h. die Region muß überschaubar sein, sonst funktioniert das sicherlich nicht. Wir wissen ja, wie oft Dienste nebeneinander herarbeiten. Andererseits, wenn es zu verkettet ist, sehe ich diese Gefahr auch, und daher war es auch mein Ziel, am Schluß wieder ein bißchen davon wegzukommen, also dieses zu starke Anbinden an die Kette in Frage zu stellen, nicht aber ihre einzelnen Glieder.

Veltin: Also kurze Kette mit langer Leine.

Gass: Herr Seidel hat in seinem Vortrag kurz angesprochen, daß er sich auch durchaus vorstellen kann, daß es Tageskliniken für Suchtpatienten gibt, während Sucht ja sonst ein klassisches Ausschlusskriterium für tagesklinische Behandlung ist. Wir haben in Bremen in Verbund mit einer Entwöhnungsklinik mit mittelfristiger Therapie eine Tagesklinik für Suchtpatienten, allerdings ausschließlich Alkohol- und Medikamentenabhängige, und haben durchaus große Erfolge damit. Ich möchte das einfach deswegen anmerken, weil hier die Tendenz besteht, Tageskliniken vorwiegend für psychotische Patienten vorzuhalten; daneben gibt es dann noch ein paar gerontopsychiatrische und wenige kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken. Ich denke, auch die Suchtbehandlung ist ein wichtiges tagesklinisches Gebiet, auch da, wo bisher wenig gemacht worden ist. Bei uns erfolgt sie im Anschluß an eine achtwöchige Entwöhnungsbehandlung.

Eilereit: Herr Engelke, ich bin Ihnen sehr dankbar für das Einbringen von psychodynamischen Kriterien. Damit kommen wir nämlich endlich davon weg, daß die Tagesklinik jetzt auf einmal für alles gut sein soll und die Vollstation für eigentlich gar nichts mehr oder nur noch für Notfälle. Es gibt von der Psychodynamik her nämlich Indikationen für eine vollstationäre Behandlung von psychisch Kranken mit einer rund-um-die-Uhr-Versorgung, wenn ein gewisses

Maß an Regression von der Psychodynamik her noch einmal wichtig und erforderlich ist. Ich denke, daß sich da Möglichkeiten ergeben, die bisher unklar geblieben sind.

Engelke: Vielleicht noch eine ganz kurze Anmerkung. Wenn ich das richtig sehe, sind viele Tageskliniken unseren Erfahrungsweg gegangen und haben mit sozialpsychiatrischen Konzepten angefangen. Sie sind sehr viel auf das Milieu eingegangen und haben oft für alle das gleiche Programm angeboten. Sie sind dann immer mehr diesen Weg der Individualisierung und damit auch des Einbezugs der Lebensgeschichte in ihren Behandlungsraum gegangen und gehen ihn weiter. Wie weit man das treiben kann, wie differenziert das werden kann, ist auch für uns eine noch nicht beantwortete Frage.

Schlußwort

C. Kulenkampff

Meine Damen und Herren, Sie werden von mir nicht verlangen, daß ich jetzt am Ende eine Zusammenfassung gebe. Diese Tagung steht in der Tradition vieler anderer, die die AKTION seit dem Ende der Enquete gemacht hat. Der Sinn dieser Veranstaltung ist, das, was wir damals in der Enquete formuliert haben, fortzuschreiben, im Gedächtnis zu behalten und die Entwicklung in Bewegung zu halten. Dafür ist das Thema Tagesklinik besonders wichtig, weil wir hier sicher vor 10 Jahren korrekturbedürftige Empfehlungen gegeben haben. Wir waren damals auch im Zusammenhang mit dem Ambulanzthema noch verhältnismäßig ängstlich und haben die Tagesklinik eigentlich sehr stark in der Anbindung, beinahe in der Ergänzung zum stationären Teil gesehen und waren natürlich sehr froh, daß überhaupt so etwas wie eine Institutsambulanz in die RVO hineinkommen konnte. Heute denken wir wohl allesamt anders herum und sagen, der Weg geht nicht von der Klinik sozusagen in ergänzenden Schritten über die teilstationäre zur ambulanten Betreuung, sondern umgekehrt, über ambulante, teilstationäre Systeme dann schließlich auch in das stationäre Setting mit dem Bett. Daß das ein Thema ist, das uns noch nicht in Ruhe lassen wird, sehen wir daran, daß sich die Quote von den berühmten 1% Tagesklinikpatienten im Laufe der letzten vielen Jahre nicht verändert hat. Das zeigt auch, daß hier nicht einfach nur lokale Schwierigkeiten oder sonstige Mängel auftreten, sondern daß es in der Tat ein gesamtstrukturelles Problem ist, das sich an diesem Punkt besonders deutlich zeigt und das auch erkennen läßt, daß wir gerade an dem Punkt, weil er eben strukturelle Folgen nach sich ziehen würde, nur sehr langsam vorankommen.

Während wir hier diskutieren, tagen andere Leute, u. a. auch Herr Picard und Frau Adam-Schwaetzer im Bundestag im Haushaltsausschuß, und dort fallen die Entscheidungen, mit denen wir dann hinterher zu tun haben. Es ist deswegen nicht belanglos, wenn wir uns auch um diese Dinge entscheidend kümmern. Die Ergänzung des § 184, unter der wir leiden, ist in einer nächtlichen Sitzung des Vermittlungsausschusses über den Daumen gepeilt in die RVO hineingekommen, und wir wissen alle, daß in letzter Zeit Gesetze so gemacht werden und kein Mensch mehr weiß, was für Konsequenzen das hat. Vorher stand in diesem Paragraphen fast gar nichts, was für die Tageskliniken für Bedeutung sein konnte. Es ist dann auf vielen Kanälen versucht worden, das noch hineinzubringen, und es ist dann schief und krumm hereingekommen. Aber, wenn es schief und krumm hereingekommen ist, dann kann es auch wieder herauskommen. Ich würde sagen, es ist auch eine Aufgabe der AKTION und ihrer Mitglieder und aller Anwesenden, solche Dingen in Ordnung zu bringen, wenn das von der Sache her notwendig ist und wie in diesem Falle — das haben wir hier zwei Tage lang wirklich von allen Seiten beleuchtet — solche

Art von Verknüpfungen, die einen bestimmten Weg vorschreiben, der nicht der richtige ist, in Gesetzen fixiert worden sind. Das scheint bei sehr vielen, auch denen, die das ausführen und zu bezahlen haben, eingesehen zu werden. Ich kann das gerade aus meinen Erfahrungen mit der Etablierung einer eigenständigen Tagesklinik in Wuppertal sagen, wo ich mich selbst in die Verhandlungen eingeschaltet habe, wo man dann über Kooperationsverträge mit einer benachbarten Klinik diese Schwierigkeiten ausgeräumt hat und schließlich dazu kommt, daß man in der Praxis davon nicht behindert zu sein braucht.

Ich hoffe, dies wird heute nicht die letzte Sitzung oder Tagung über diese und ähnliche Fragen gewesen sein. Ich hoffe, sie haben so viel wie ich hier während dieser zwei Tage gelernt. Ich bedanke mich bei allen, die hier mit viel Arbeit beigetragen haben, bedanke mich vor allen Dingen auch bei unseren ausländischen Gästen, die eigens gekommen sind. Ich denke, daß wir einen sehr breiten Blick bekommen haben für die gegenwärtige Situation unserer psychiatrischen Versorgung mit dem Schwerpunkt Tageskliniken.

Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer

Autoren und Moderatoren

Th. BOCK, Diplompsychologe, Psychiatrische Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. G. BOSCH, Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

Prof. Dr. R. DEGKWITZ, Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Freiburg

Dr. H. DZIEWAS, PD, Oberarzt an der Tagesklinik der Psychiatrischen Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf

Dr. W. ENGELKE, Leitender Arzt der Tagesklinik Siegburg

L. ERNST, Arzt an der Psychiatrischen Klinik Rechts der Isar der Technischen Universität München

Prof. Dr. A. FINZEN, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf

W. GÖPFERT, Redakteur, Sender Freies Berlin, ARD Ratgeber Gesundheit, Berlin

Dr. K.-J. HEINHOLD, Direktor der Heckscher Klinik für Kinder und Jugendliche, München

Dr. H. HEISE, Stationsarzt, Sozialpsychiatrische Universitätsklinik Bern R.

HENRICH, Oberarzt, Tagesklinik Hans-Susemihl-Krankenhaus Emden

U. JOHN, Diplompsychologe, Psychiatrische Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, Landesrat a. D., Köln W. PICARD, MdB, Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke, Bonn Dr. R. SEIDEL, Oberarzt, Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover

I. STEINHART, Diplompsychologe, Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin

Prof. Dr. A. UCHTENHAGEN, Direktor des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Dr. A. VELTIN, Leitender Arzt der Rheinischen Landesklinik Mönchengladbach-Rheydt

Dr. C. WÄCHTER, Arzt an der Psychiatrischen Klinik Rechts der Isar der Technischen Universität München

Diskussionsteilnehmer

Prof. Dr. M. BAUER, Leiter der Psychiatrischen Klinik am Stadtkrankenhaus Offenbach

M. BECKER, stud. psych., Mitglied des Vorstands der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie

Dr. W. BLUMENTHAL, Arzt, Reha-Zentrum der Universitätsklinik Köln

Dr. A. BRECHT-BERGEN, Nervenarzt, Berlin

Dr. H. P. DAVID, Arzt, Psychiatrische Universitätsklinik Wien

E. DÖRR, Krankenpfleger, Rheinische Landesklinik Mönchengladbach-Rheydt

Dr. G. ELLEREIT, Arzt, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf

Dr. M. EMUNDS, Arzt, Psychiatrische Tagesklinik am Allgemeinen Krankenhaus
Ochsensoll, Hamburg

M

M. FLOCK, Arzt, Rheinische Landesklinik Mönchengladbach-Rheydt Frau A.

GASS, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Tagesklinik Sebaldsbrück D. GERING,

Dipl.-Soz., Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden

Dr. R. GRENNER, Chefarzt am Zentrum für psychologische Medizin, Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrische Klinik Sonnenberg, Saarbrücken

Dr. A. HIRSCHMÜLLER, Arzt, Tagesklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen

Frau Dr. Ch. HOLTSCHMIDT, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn

W. KESS, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg M.

KEUTER, Bezirksstadtrat, Bezirksamt Steglitz, Berlin

Frau Dr. Ch. KRETSCHMAR, Ärztin, Rheinisches Landeskrankenhaus, Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf

Dr. H. KUNZE, PD, Medizinalreferent, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel

Dr. M. LINDER, Arzt, Psychiatrische Klinik der Universität München

Dr. P. LUBECKI, Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bonn

E. LUITHLEN, MinRat, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Dr. O. von MALTZAHN, Arzt, Psychiatrische Landesklinik Winnenden

Dr. J. NIEDER, Leitender Arzt der Reha-Klinik Pniei mit Tagesklinik, Bielefeld

M. OPIELKA, Dipl.-Päd., Wiss. Mitarbeiter der Fraktion der Grünen im Bundestag, Tübingen/Bonn

K. PATSCHER, Dipl.-Psych., Rheinische Landesklinik Bonn

Dr. N. PÖRKSEN, Leitender Arzt der Psychiatrischen Klinik Hücklingen, Lüneburg

Dr. H. W. SPOHR, MinRat, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf Dr. Th. URBAHN, Arzt, Nervenlinik

Langenhagen J. WEHMEYER, Arzt, Psychiatrisches Landeskrankenhaus

Dortmund Dr. H.-J. WERNER, Arzt, Tagesklinik Frankfurt/Hoechst Dr. E.

WOLPERT, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Elisabethenstift Darmstadt