

RENATE ENGFER

Die psychiatrische Tagesklinik: Kontinuität und Wandel

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143810



Die Autorin

Dr. rer. med. Renate Engfer, geb. 1957: nach Studium von Soziologie, Psychologie und Pädagogik von 1982 bis 1989 Forschungstätigkeit im Bereich der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, der Gesamthochschule Kassel und dem Klinikum Offenbach. Seit 1989 Leitungsfunktion in der Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Offenbach. Seit Juni 2003 stellvertretende Vorsitzende und Geschäftsführerin der neu gegründeten Psychiatrie-Stiftung Offenbach.

Renate Engfer. Die psychiatrische Tagesklinik: Kontinuität und Wandel.

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der theoretischen Medizin aus dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main 2004

ISBN 3-88414-381-6

Zugel.: Univ.-Diss., 2004.

Bibliografische Information der deutschen Bibliothek

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

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2004

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Inhalt

Vorwort	5
1 Einführung: Drei Phasen der Entwicklung psychiatrischer Versorgungssysteme im 19. und 20. Jahrhundert	7
2 Public Mental Health: Bedarf und Versorgung in der Gemeinde	33
2.1 Psychische Erkrankungen: Verbreitung, Ursachen, Verläufe	37
2.2 Institutionen der psychiatrischen Versorgung	62
3 Psychiatrische Tageskliniken: Geschichte, Behandlungskonzepte, Evaluierung	81
3.1 Internationale Entwicklung und heutiger Stand der tagesklinischen Versorgung in Deutschland	81
3.2 Aufbau, Arbeitsweise und Ziele von Tageskliniken	91
3.3 Evaluationsforschung zu Tageskliniken: Indikation, Effektivität, Effizienz	112
4 Das psychiatrische Versorgungssystem für die Stadt Offenbach	133
4.1 Offenbach, Rhein-Main-Gebiet, Hessen: die versorgte Region im Kontext	133
4.2 Der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbunds	141
5 Die Tagesklinik in Offenbach	155
5.1 Versorgungskonzept, Ausstattung und Personal	155
5.2 Patienten 1992–2002: Soziodemographie und Diagnosen	167
5.3 Zugangswege in die Tagesklinik 1992–2002	177
5.4 Änderungen der Behandlungsdauer 1992–2002	194
5.5 Weiterbehandlung und Tagesstruktur nach dem Tagesklinikaufenthalt	204
6 Tageskliniken im Wandel: Chancen und Gefahren	220
Literaturverzeichnis	237
Zusammenfassung/Summary	262

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1-1	Leading causes of years of life lived with disability (YLDs) in all ages and in 15–44-years-olds. Estimates for 2000	38
Tabelle 2.1-2	Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Einwohner	43
Tabelle 2.1-3	Psychische Störungen: Größenordnungen (12 Monatsprävalenzen) Behandlungs- und Nichtbehandlungsquoten	44
Tabelle 3.1-1	Psychiatrische Tageskliniken in Deutschland (nach Bundesländern)	89
Tabelle 5.2-1	Geschlecht, Alter, Familienstand und Wohnsituation der Patienten der TK Offenbach (1992–2002)	170
Tabelle 5.2-2	Ausbildung und Erwerbsbeteiligung der Patienten in der TK Offenbach (1992–2002)	171
Tabelle 5.2-3	Diagnosen und Medikation der Patienten der TK Offenbach (1992–2002)	173
Tabelle 5.2-4	Soziodemographische Merkmale von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen (TK Offenbach)	176
Tabelle 5.3-1	Vorbehandlung, frühere Aufnahmen und Wohnort der Patienten der TK Offenbach (1992–2002)	179
Tabelle 5.3-2	Diagnosen nach einweisenden Institutionen 1992–1998 und 1999–2002 (TK Offenbach)	181
Tabelle 5.4-1	Behandlungsdauer und Behandlungsunterbrechungen in der TK Offenbach (1992–2002)	195
Tabelle 5.4-2	Administrative Verweildauern (7-Tage-Woche) in der TK Offenbach	201
Tabelle 5.4-3	Zahl der Tagesklinik-Aufenthalte pro Patient in der TK Offenbach (1992–2002)	202
Tabelle 5.4-4	Kumulierte Behandlungszeiten pro Patient in der TK Offenbach (1992–2002)	203
Tabelle 5.5-1	Weiterbehandlung und anschließende Tagesstruktur der Patienten in der TK Offenbach (1992–2002)	204

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 2.1-1	Well Targeted Models (nach Thornicroft & Tansella)	45
Abbildung 2.1-2	Poorly Targeted Models (nach Thornicroft & Tansella)	46
Abbildung 3.2-1	Therapeutisches Angebot in Tageskliniken	97
Abbildung 5.1-1	Wochenplan der Psychiatrischen TK in Offenbach	157
Abbildung 5.2-1	Altersverteilung der Diagnosegruppen in der TK Offenbach	176
Abbildung 5.4-1	Durchschnittliche Dauer der Behandlung in der TK Offenbach (1992–2002)	195
Abbildung 5.4-2	Box-Plot der Behandlungsdauern in der TK Offenbach (1992–2002)	197
Abbildung 5.4-3	Administrative Verweildauern in der TK Offenbach (1992–2002)	202

Vorwort

Als Caspar Kulenkampff und Gregor Bosch 1962 in Frankfurt die erste deutsche psychiatrische Tagesklinik gründeten, war die Institution Tagesklinik gerade sechzehn Jahre alt. In England hat sie es zu einer ersten Blütezeit gebracht. Hier zu Lande war das Echo gering. Zehn Jahre später, zu Beginn der Psychiatrie-Enquete war das nicht viel anders. Damals zählte man gerade ein Dutzend Tageskliniken auf deutschem Boden. Für den Versorgungsalltag spielte sie praktisch keine Rolle. Als wir zwei Jahre danach im ersten Heft des ersten Jahrgangs der *Psychiatrischen Praxis* fragten: Hat die Tagesbehandlung in der Bundesrepublik eine Chance?, war das keineswegs rhetorisch gemeint. Die resignativen Untertöne im dazugehörigen Editorial sind nachzulesen.

Dennoch hatte sich mit der Enquete Entscheidendes geändert. Die Tagesklinik war zum Symbol geworden, zum Symbol für offene, gemeindenahe, für zukunftsorientierte Psychiatrie. Anstaltspsychiatrie und Tagesbehandlung schlossen einander aus. Die Tagesklinik gehörte zu jenem anderen Symbol der neuen Psychiatrie, der Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus – obwohl das in der Realität nicht ganz richtig war. So entstand etwa am baden-württembergischen Landeskrankenhaus Winnenden bereits Mitte der Sechzigerjahre eine der ganz frühen Tageskliniken.

Noch einmal zehn Jahre später, 1982, war die Tagesklinik eine etablierte Institution. Es gab etwa achtzig davon, vielleicht ein paar mehr. Die Tagesklinik gehörte fortan zum integrierten gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsangebot; wer noch keine hatte, strebte eine an. Heute gibt es mindestens 350 psychiatrische Tageskliniken in Deutschland. Das Angebot ist zudem unübersichtlich geworden: selbstständige Tageskliniken stehen neben solchen an Kliniken, allgemeinpsychiatrische neben gerontopsychiatrischen, jugendpsychiatrischen und – wenigen – Suchttageskliniken; spezialisierte neben universalistischen; rehabilitative neben psychotherapeutischen und Akuttageskliniken.

Mit gutem Recht lässt sich fragen: Tagesbehandlung wohin? Über Jahrzehnte war die Rehabilitationstagesklinik, überwiegend für jüngere Psychoseerkrankte, unangefochten. Das änderte sich bezeichnenderweise mit der Entdeckung der Persönlichkeitsstörungen für die stationäre Psychiatrie, mit der Entwicklung von angeblich störungsspezifischen Psychotherapien. Damit war auch die Tagesbehandlung in der Postmoderne angekommen. Ihr »Anything goes« wurde zum Leitspruch mancher Tagesklinikprotagonisten.

Es ist kein Zufall, dass die Tagesbehandlung nach Jahrzehnten der relativen

Stille wieder in die Diskussion geraten ist, ja dass man darüber streitet, wohin die Entwicklung gehen soll. Die Gründung eines Interessenverbandes in diesem Jahr signalisierte das ebenso wie der wachsende Strom der Veröffentlichungen zur Tagesbehandlung, Publikationen in Zeitschriften und Bücher.

So kommt die Monographie Renate Engfers zum richtigen Zeitpunkt. Sie beschreibt und analysiert das, was sie im Titel ankündigt: Kontinuität und Wandel der Tagesklinik in der Gemeindepsychiatrie. Besondere Würze erhält es durch ihre Fallstudie zur Stadt Offenbach, wo Manfred Bauer mehr als zwei Jahrzehnte gewirkt hat, der wie viele andere damals junge deutsche Psychiatriereformer um 1970 das Tagesklinikhandwerk beim legendären Douglas Bennett in London gelernt bzw. perfektioniert hat. So schlägt das Buch einen Spannungsbogen von den Anfängen der Psychiatriereform bis heute – einer Psychiatrie, von der wir nicht wissen, wohin sie sich in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Asmus Finzen, Juli 2004

1 Einführung:

Drei Phasen der Entwicklung psychiatrischer Versorgungssysteme im 19. und 20. Jahrhundert

Das Jahrzehnt vor der Jahrtausendwende ist in vielen Bereichen Anlass für Rückblicke, Standortbestimmungen und programmatische Ausblicke auf die Zukunft gewesen. Die Diskussion um den gesellschaftlichen Umgang mit psychischen Krankheiten und um die Strukturen der psychiatrischen Versorgung macht da keine Ausnahme. Im Gegenteil: Der Reflexionsprozess über das in der Vergangenheit Erreichte und über die möglichen Wege in die Zukunft ist in diesem Bereich besonders ausgeprägt, denn in fast allen entwickelten Ländern war die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts eine bewegte Phase tiefgreifender Umwälzungen, in deren Verlauf sich nicht nur die Institutionen der Versorgung und die Therapien, sondern vor allem die Position der Menschen mit psychischen Störungen in der Gesellschaft grundlegend verändert hat.¹ Die Psychiatrie-Reform wurde phasenweise in manchen Ländern zu einem der wichtigsten Themen der gesellschaftlichen Modernisierung. Über Richtung und Schnelligkeit, Erfolge und Misserfolge wurde und wird heftig debattiert. Im Zuge der aktuellen Diskussion werden allerorten die entstandenen Versorgungsstrukturen neuerlich auf den Prüfstand gestellt, denn mittlerweile kann – anders als zu Beginn der Psychiatrie-Reform – vieles auf der Basis eines umfangreichen Bestandes an empirischer Forschung in neuem Licht thematisiert werden.

Im Zentrum der vorliegenden Abhandlung steht die Tagesklinik (in der Allgemeinpsychiatrie), die als Institution ein frühes Kind der Psychiatrie-Reform war, weil sie mit ihrer Mischung aus Krankenhausbehandlung einerseits und Verbleiben der Patienten in der vertrauten häuslichen Umgebung andererseits geradezu symbolisch für innovative und humane Behandlungskonzepte stand. Nach der stürmischen Ausbreitung dieser Behandlungsmodalität steht auch die Tagesklinik heute auf dem Prüfstand. Dabei geht es nicht darum, ihre Existenz grundsätzlich in Frage zu stellen, wohl aber um die folgenden Fragen: Wie muss sich diese Einrichtung in die neuen Versorgungsstrukturen einpassen, welche Funktion soll

1 Als international vergleichende Bestandsaufnahmen und als Überblicke zu den Entwicklungen in einzelnen Ländern vgl. die Beiträge in BECKER, BAUER, RUTZ et al. (2001), BAUER, ENGFER & RAPPL (1991), THOM & WULFF (1990 a), BENNETT (1991), GOLDBERG (1997), FORSTER (1997: 36–61) und ROSE (2001).

sie erfüllen? Welche Zielgruppen gilt es zu versorgen? Stimmen die Behandlungskonzepte angesichts neuer Bedarfslagen, engerer Finanzierungsspielräume und neuer Erkenntnisse der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung noch?

Um diese Fragen zum einen theoretisch und zum anderen empirisch am Beispiel des Versorgungssystems der Stadt Offenbach und seiner Tagesklinik zu untersuchen, ist es notwendig, den historischen und systematischen Kontext, in dem eine solche Studie steht, einführend kurz zu explizieren. Für eine solche Verortung scheint die von Thornicroft und Tansella vertretene Auffassung, derzufolge sich bei der Entwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen im 20. Jahrhundert deutliche *drei Phasen* unterscheiden lassen, außerordentlich hilfreich. THORNICROFT & TANSELLA (1999: 24–37 und 2002) grenzen als erste Periode die Zeit des Aufstiegs der psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten ab (»The rise of the asylum«), und datieren diese Periode auf etwa 1880–1950. Die zweite Periode ist für sie die Zeit der Kritik an der Anstaltspsychiatrie und der Enthospitalisierung der psychisch Kranken (»The decline of the asylum«), die sie – orientiert an den Entwicklungen in England, den USA und Italien – auf etwa 1950–1980 terminieren. Als dritte Phase schließlich sehen sie die Zeit seit etwa 1980 als eine Periode, in der eine neue Pluralität der Versorgungsinstitutionen sich florierend entfaltet, aber auch neu justiert, reformiert und ausbalanciert werden muss.² Die zweite Phase, die sie negativ als Niedergang der Anstalten thematisieren, ließe sich mit gleichem Recht auch positiv, als beginnender Aufstieg der Gemeindepsychiatrie, ansehen. Orientiert an dieser Phaseneinteilung und mit einem stärkeren Akzent auf Entwicklungen in Deutschland soll in den folgenden Abschnitten kurz die Geschichte der Psychiatrie-Reform skizziert werden. Erst vor diesem Hintergrund wird deutlich, in welcher Weise aktuelle Konfliktkonstellationen um die Zukunft der psychiatrischen Versorgung (und auch um die Zukunft der Tageskliniken) durch unterschiedliche Erfahrungen und Bewertungen und überkommene politische und fachwissenschaftliche Grundhaltungen geprägt sind. Es ist völlig klar, dass es sich bei dieser Unterscheidung dreier Phasen um ein protosoziologisches Ordnungsschema handelt, das nicht den Anspruch erhebt, die Entwicklungen in der Psychiatrie gesellschaftstheoretisch zu deuten. Gerade weil der Umgang der Gesellschaft mit ihren »irren« Mitgliedern so häufig als Beleg für allgemeine Theorien des gesellschaftlichen Wandels und als Indikator für langfristige Veränderungen in der Tiefenstruktur der sozialen Welt verwendet worden ist, erscheint die an der (vielleicht nur oberflächlichen) Gleichartigkeit der Reformen in ganz unterschiedlichen Ländern orientierte pragmatische Kategorisierung ein nützlicher Ausgangspunkt. Eine seriöse Diskussion darüber, wie die geschilder-

2 In der Veröffentlichung von 1999 charakterisieren sie diese Periode als »Re-forming mental health services«, im Aufsatz von 2002 als »Balancing mental health care«.

ten Entwicklungen aus der Beobachterperspektive der Geschichts- und Gesellschaftswissenschaften interpretiert werden (könnten), ist in der vorliegenden Arbeit nicht beabsichtigt. Der Fokus dieser Abhandlung verbleibt im Horizont der theoretischen Selbstreflexion der (Sozial-)Psychiatrie als Teil der Medizin und der Gesundheitswissenschaften. Dies schließt freilich nicht aus, dass gelegentlich Argumente von Beobachtern aufgegriffen werden, welche die Psychiatriereform (und die in ihrem Verlauf entstandenen Institutionen und Behandlungsprozesse) aus dem Blickwinkel der politökonomischen Sozialstaatstheorien oder der kritischen Professionssoziologie analysieren, oder die diese Veränderungen als Ausdruck »poststrukturalistischer« Herrschaftsmechanismen oder als nächste Etappe der Medizinalisierung der Gesellschaft rekonstruieren.³

Die Phase der Heil- und Pflegeanstalten

Bis etwa 1800 und vielerorts bis weit ins 19. Jahrhundert hinein gibt es eine medizinische Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen nicht einmal in Ansätzen. Zwar wurden schon seit dem 16. Jahrhundert in aufgelassenen Klöstern vereinzelt Irrenspitäler auf karitativer Grundlage eingerichtet, und in England wurden »madhouses« als privates Geschäft betrieben (vgl. HÄFNER 2003: 115, SCHMITT 1997: 39f.), aber die große Mehrzahl der psychisch Kranken wurde gemeinsam mit Verbrechern, Landstreichern und anderen Außenseitern der Gesellschaft in Gefängnissen und Zuchtanstalten eingesperrt, vegetierte in Armenhäusern oder wurde sogar in Schaubuden vorgeführt. Das abweichende Verhalten wurde nicht als Kranksein gedeutet, sondern als schuldhaftes und Strafgewerbende Abkehr von Moral, Ordnung und Vernunft. Erst im Zuge der Aufklärung gerät diese Auffassung ins Wanken und mit ihr diese Form der gesellschaftlichen Ausgrenzung der psychisch Kranken. Mit der Einsicht, dass es sich bei diesen Störungen um Krankheiten handelt, kommt auch die Idee auf, die alten »Tollhäuser« in Einrichtungen nach dem Muster von Hospitälern umzuwandeln. In den letzten Jahren des 18. Jahrhunderts werden erstmals in Deutschland solche Reformprojekte bekannt (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1975: 58). Die Befreiung der »Geisteskranken« aus den Kerkern für die Verbrecher ist freilich kein

3 FORSTER (1997) hat eine prägnante Zusammenfassung der gesellschaftstheoretischen Deutungsversuche der Psychiatriereform vorgelegt. Er unterscheidet im Wesentlichen drei soziologische Sichtweisen: die polit-ökonomischen Erklärungen des Wandels, die professionalistischen Erklärungen und die poststrukturalistischen Ansätze. Seine eigene These von der zunehmenden Medizinalisierung gesellschaftlicher Phänomene bezeichnet er (in direkter Adaption des angelsächsischen Begriffs) als »Medikalisierung«. Die gewandelte Psychiatrie ist für Forster Indikator für das Erreichen einer neuen Stufe in diesem Prozess. Vgl. auch FORSTER (1999).

Vorgang, der im Namen des medizinischen Fortschritts erfolgt. Die Entstehung einer modernen ärztlichen ›Irrenheilkunde‹ und die Eröffnung von Heilanstalten sind nur im Kontext der politischen Nachwirkungen der Französischen Revolution mit ihrem Kampf für Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit zu verstehen. Die sozialen Umwälzungen und die Folgen der Napoleonischen Kriege erzwangen in vielen Ländern ein neues Verhältnis zwischen Staat und Bürgern. »Die umgebildeten Staaten wandten sich einer vernünftigen sozialen Fürsorge ihrer Bürger zu.« (ebenda) Diese schloss zunehmend auch die Geisteskranken ein. Der Staat übernahm vielerorts die Verantwortung für die »Irrenfürsorge« von den Kommunen, die damit überfordert waren. Von Beginn an sind im Bereich der psychischen Erkrankungen die Bemühungen um eine bessere medizinische Versorgung unentwerrbar verwoben mit dem Kampf für die Menschenrechte der Erkrankten und gegen die Bestrebungen, sie aus der Normalgesellschaft auszustoßen.⁴ Die Rückschau auf das 20. Jahrhundert lehrt, dass dieser doppelte Kampf um Verbesserungen nicht als lineare Fortschrittsgeschichte geschrieben werden kann. In beiden Dimensionen folgten auf Phasen des Erfolgs andere mit herben Rückschlägen. Schließlich war nicht das Zeitalter vor der Französischen Revolution die dunkelste Zeit für die psychisch Kranken, sondern es war die Mitte des 20. Jahrhunderts als ihnen im nationalsozialistischen Deutschland durch Zwangssterilisationen und Euthanasie elementare Menschenrechte und schließlich auch das Lebensrecht abgesprochen wurden.

Zu Beginn war auch die Idee der psychiatrischen Anstalt auf dem Land, weit entfernt von den Zentren gesellschaftlichen Lebens, Ausdruck fortschrittlich gemeinter Reformkonzepte. Die Kranken sollten von den pathogenen Einflüssen ihrer Familien und ihres sozialen Umfeldes befreit werden, um unter der strengen, aber fürsorglichen Aufsicht medizinisch geschulten Personals und unter der Leitung von Ärzten dauerhaft gepflegt oder sogar geheilt zu werden (vgl. HÄFNER 2003: 116 ff., SCHMITT 1997: 43, BLASIUS 2001).⁵ Das frühe 19. Jahrhundert wurde zur Reformära, in der an die Stelle des alten Irrenwesens zunehmend ein System von Einrichtungen trat, in denen die Kranken human behandelt und

4 Als moderne Klassiker zur kritischen Analyse des Verhältnisses von Psychiatrie und Gesellschaft vgl. die Studien von DÖRNER (1995 zuerst 1969) und FOUCAULT (1969).

5 HÄFNER (2003: 117) zitiert Christian F.W. ROLLER (1831) als Protagonisten dieser Auffassung: »Jeder Seelengestörte muss von den Personen getrennt werden, mit welchen er früher Umgang pflog. Er muss an einen anderen, ihm unbekanntem Ort verbracht werden. Die, welche ihn pflegen, müssen ihm fremd sein. Er muss, mit einem Wort gesagt, isoliert werden.« Bei SCHMITT (1997: 43) heißt es: »Die Forderung nach Isolierung entwuchs mehr einem sozialpsychiatrischen Konzept, das in den Beziehungen zur Familie und zur übrigen Umgebung krankmachende Verbindungen sah, deren Unterbrechung Voraussetzung jedes Heilungsprozesses sei. So formuliert auch Reil (der übrigens den Begriff ›Psychiatrie‹ prägte), dass Isolation die erste zu erfüllende Forderung in der Behandlung Geisteskranker sei.«

nach den zeitgenössischen Standards von Hygiene und Medizin gut versorgt werden sollten. Zwischen 1800 und 1860 entstanden rd. 90 psychiatrische Heil- und Pflegeanstalten in Deutschland (HASELBECK 1997: 64). In England stand am Anfang der nationalen Anstaltspsychiatrie der *County Asylums Act* von 1808, der zur Errichtung von 17 Anstalten bis 1842 führte (BECKER 1998).

Die von den Heilungs- und Befreiungs-Idealen getragene Reform in der frühen bürgerlichen Gesellschaft verlor ihren emanzipatorischen Gehalt jedoch unter dem Einfluss forcierter Industrialisierung, der Zusammenballung von sozialen Problemen in den Städten und den sich verschärfenden Klassengegensätzen recht schnell (BLASIUS 2001). Der ursprüngliche Geist verflüchtigte sich, und die Anstalten wurden immer mehr zu dem, was sie äußerlich schienen: von hohen Mauern umgebene Gebäude in einsamen Gegenden, in denen Menschen ohne volle Bürgerrechte hinter verschlossenen Türen leben mussten. Häfner nennt als Ursache für diese Rückentwicklung auch die Hilflosigkeit der Ärzte angesichts stagnierenden medizinischen Fortschritts: »Wissen, was den Krankheiten zugrunde lag und womit man sie wirksam behandeln konnte, war noch nicht zur Hand. So beruhigte man erregte Kranke mit folterähnlichen Methoden, mit Zwangsjacke und bis weit in das 20. Jahrhundert hinein im warmen Dauerbad. Allein diese auf Freiheitsbeschränkung, Zwang und Gewalt angewiesenen Methoden bedingten eine Art Herrschaftssystem mit hierarchisch gegliederter Autorität des Personals und der Ärzte sowie eine ziemlich ohnmächtige und von den mächtigen Pflegern und Ärzten abhängige Position der Patienten im psychiatrischen Krankenhaus.« (HÄFNER 2003: 117) Während des ganzen 19. und frühen 20. Jahrhunderts oszilliert das Bild von der psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt zwischen diesen beiden Polen des paternalistisch behüteten Schutzraums für Heilungsprozesse einerseits und des hermetisch abgeschlossenen auf Zwang und Entrechtung gegründeten Herrschaftssystems andererseits.

Mit der wachsenden Bevölkerung und der Zuspitzung der sozialen Probleme in den großen Städten verliert der romantisierende Ansatz einer Heilung in der ländlichen Idylle nach und nach an Bedeutung. Die Priorität der staatlichen Fürsorgepolitik zielt ganz unverbrämt auf die Separierung der Gesunden von den Kranken und unter den abgeschobenen Kranken auf die Trennung der »Heilbaren« von den »Unheilbaren« (BLASIUS 2001). Der forcierte Ausbau der Anstalten wird im Wilhelminischen Deutschland zum Bestandteil einer Politik, die versucht, Armut und soziale Probleme mithilfe von Repression und Aussonderung zu lösen. Von 1877 bis 1904 steigt die Zahl der öffentlichen Anstalten von 93 auf 180, und die Zahl der Anstaltsinsassen von 33 023 auf 111 951 (BLASIUS 2001: 31). Nicht die Hilfe für den einzelnen Kranken, sondern die Sozialisierung der Gesellschaft wird zur Maxime der Psychiatrie-Politik.

In anderen Gesellschaften verläuft die Entwicklung sehr ähnlich. So setzt sich auch in England nach dem *Lunacy Act* von 1890, der die Verantwortung für die

psychiatrische Versorgung den Kommunen übertrug,⁶ die kustodiale Praxis immer stärker durch. Die Schwelle für eine stationäre Unterbringung wurde zwar hoch gesetzt, aber gleichzeitig bedeutete jede Aufnahme meist eine langfristige Unterbringung und gravierende Einschränkungen der bürgerlichen Rechte. Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten waren minimal. Wie in Deutschland stieg die Zahl der Insassen bis zum 1. Weltkrieg zudem dramatisch an. In 97 Einrichtungen, die z. T. weit mehr als 2000 Betten hatten, lebten 1914 etwa 140 000 Patienten (BECKER 1998: 5). Während und nach dem 1. Weltkrieg verschlechterte sich infolge der Versorgungsengpässe die Situation der Anstaltsinsassen noch weit stärker als die der Allgemeinbevölkerung. Viele Patienten starben an Hunger oder wegen nicht behandelter physischer Erkrankungen. Gleichzeitig nahm die Zahl der Erkrankungen zu, teils infolge traumatischer Erlebnisse während der Kampfhandlungen, teils infolge des damit verbundenen Leidens in der Zivilbevölkerung. Die wachsende Kenntnis über psychische Erkrankungen und ein geschärftes Bewusstsein der Bevölkerung führten in der Zeit nach dem 1. Weltkrieg in England zu einer größeren Sensibilität auch für die Missstände in den Anstalten und zu ersten Bestrebungen, das System der Anstaltsversorgung zu reformieren und stärker dem Vorbild der gemeindeintegrierten Versorgung der somatischen Medizin anzunähern. Nach und nach verbesserten sich Rechtsstellung und Lebensbedingungen der Patienten in den Anstalten, und es entstanden erste Ansätze einer psychiatrischen Versorgung in der Gemeinde (vgl. FREEMAN & BENNETT 1991, FREEMAN 1996: 55 f., BECKER 1998). Ungeachtet dieser Reformansätze verblieben die Anstalten, die seit 1930 als sichtbares Zeichen der Annäherung an die Allgemeinmedizin in »Mental Hospitals« umbenannt wurden, unangefochten im Zentrum der psychiatrischen Versorgung, und die Zahl der darin untergebrachten Patienten wuchs noch bis nach 1950 auf etwa 150 000 an.

Auch in Deutschland gibt es um die Wende zum 20. Jahrhundert und nach dem 1. Weltkrieg erste Modelle, wie psychisch kranke Menschen außerhalb von Anstalten versorgt werden könnten. Die »Familienpflege« und die »Offene Irren-Fürsorge« (vgl. HASELBECK 1997) stehen in einer Tradition, die bis auf Griesinger zurückgeführt werden kann. Griesinger vertrat schon Mitte des 19. Jahrhunderts die Auffassung, dass Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns seien, und deshalb die Betroffenen mit denjenigen gleichgestellt werden müssten, die an anderen Körperorganen erkrankt sind. Er empfahl die Einrichtung von »Stadtasylen« als Teil von Allgemeinkrankenhäusern in den größeren Städten (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1975: 60). »Die Wiederentdeckung der Familienpflege

6 Mit dem Gesetz reagierte man auf die Überbelegung der Anstalten, die den Charakter von medizinischen Einrichtungen weitgehend verloren hatten. »Because of their chaotic policy (or non-policy) of admissions, asylums had deteriorated into overcrowded, closed institutions, half workhouse and half prison.« (ROLLIN 2003: 293)

zu Beginn des 20. Jahrhunderts spiegelt die Krise, in die die ›moderne‹ Irrenfürsorge als Anstaltsfürsorge geraten war. Ein System der Irrenbehandlung hatte sich totgelaufen, das dem Irren ein eigenes Lebensrecht letztlich verwehrte. Der Gedanke der Familienfürsorge trat immer stärker in den Vordergrund, auch das ein Indiz für das Weiterschwelen der Krise, für das immer deutlicher werdende Fehlschlagen des Versuchs, das Irrenproblem auf ein Verwaltungsproblem zu reduzieren und mit psychisch kranken Menschen ähnlich wie mit der Armutsbevölkerung umzugehen.« (BLASIUS 2001: 33) Allerdings blieb die Familienfürsorge ein Randphänomen, denn nur etwa 1,5 % der psychiatrisch Betreuten konnte – gegen Arbeitsleistung – in Fremdfamilien gemeindeintegriert leben (HASELBECK 1997: 68).

Die Reformansätze zur Öffnung und Humanisierung der Anstalten in den 1920er-Jahren enden jäh mit der Errichtung der NS-Diktatur. In der NS-Zeit erreicht die Politik der Separierung und Aussonderung der Unheilbaren einen in der gesamten zivilisierten Welt nicht gekannten Tiefpunkt. Die Position der ›Rassenhygieniker‹ gewann in Deutschland ein Gewicht, das sie in keinem demokratisch regierten Land je erringen konnte. Bereits im Juli 1933 wird das ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ erlassen, das im Januar 1934 in Kraft tritt. Bis Kriegsende werden ca. 360 000 Menschen, darunter viele psychisch Kranke, sterilisiert, und die Behandlung und Pflege der Patienten in den Anstalten wird als rassenhygienisch schädlicher Aufwand zur Erhaltung von ›Ballastexistenzen‹ denunziert. Vor diesem ideologischen Hintergrund werden im Rahmen der T4-Aktion des Euthanasie-Programms bis zu deren Beendigung im Sommer 1941 unter aktiver Beteiligung der Universitäts- und Anstaltspsychiatern etwa 71 000 Menschen ermordet. In den Folgejahren sterben eine unbekannte Zahl weiterer Anstaltsinsassen im Zuge der »wilden«, nicht staatlich befohlenen und koordinierten, Euthanasie durch Nahrungsentzug, Überdosierung von Medikamenten und nicht behandelte Krankheiten. Diese Politik der »Lebensvernichtung« (DÖRNER 1975) bleibt nicht auf Deutschland beschränkt. Die in den Anstalten konzentrierten und weit gehend rechtlosen psychisch Kranken werden als Ausgegrenzte in all den Ländern Europas, in denen die Deutsche Besatzung ihr Terrorregime errichten kann, zum Ziel direkter Vernichtungsaktionen, oder sie werden leichter als die Allgemeinbevölkerung zum Opfer der verschlechterten Versorgungssituation. LEDER & PIOTROWSKI (1990: 539) berichten z. B. über Polen: »Zu den ersten Opfern des Besatzungsterrors gehörten die Patienten der psychiatrischen Versorgungsanstalten; annähernd 15 000 wurden ermordet, die Zahl der an Unterernährung Verstorbenen wird auf etwa 10 000 geschätzt.« In den anderen besetzten Gebieten Zentral- und Osteuropas werden die Überlebenschancen der Anstaltspatienten nicht besser gewesen sein. Aber auch im Westen Europas waren – auch ohne zielgerichtete Mordaktionen – die Opferzahlen in den Anstalten enorm. HELD (1990: 466) schreibt über Frankreich: »Ver-

nichtungsprogramme nach der Art der deutschen ›T-4-Aktion‹ existierten (...) nicht. Dennoch sind nach dem heutigen Kenntnisstand in den vier Jahren deutscher Besetzung in französischen psychiatrischen Krankenhäusern 40 000 Patienten an Hunger und dessen Folgen gestorben.«⁷

Auch in den Ländern, in denen das Anstaltssystem der psychiatrischen Versorgung nicht zu den verheerenden Konsequenzen wie in den von der deutschen Rassenhygiene- und Besatzungspolitik betroffenen Gebieten Kontinentaleuropas geführt hatte, verschlechterten sich die Lebensbedingungen der Patienten infolge der Weltwirtschaftskrise und der kriegsbedingten Mangelsituation in den 30er-Jahren und bis in die Nachkriegszeit gravierend. In den USA beispielsweise stieg die Zahl der Anstaltspatienten zwischen 1915 und 1955 von 200 000 auf etwa 550 000 (BREAKEY 1996 a: 22), ohne dass die Ausgaben für Behandlung und Versorgung in vergleichbarem Ausmaß ausgeweitet worden wären. Großbritannien hatte Anfang der 50er-Jahre mit etwa 150 000 Patienten proportional zur Bevölkerungszahl eine etwa gleich große Anstaltspopulation (FORSTER 1997: 42). Allerdings befand sich die britische Psychiatrie zu diesem Zeitpunkt – zwei Jahrzehnte nach den katastrophalen Missständen der Periode der größten Überbelegung nach dem 1. Weltkrieg – bereits auf dem oben angesprochenen Reformkurs der vorsichtigen Relativierung des Modells der Anstaltspsychiatrie. In den USA traten die Probleme dieses Versorgungssystems erst mit Ende des 2. Weltkriegs schärfer ins Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit. FORSTER (1997: 38) fasst die Situation folgendermaßen zusammen: »Die US-amerikanische Anstaltspsychiatrie um die Jahrhundertmitte repräsentiert geradezu beispielhaft den völligen *Niedergang* des einstigen Reformprojekts psychiatrische Anstalt: Die Zahl der durchschnittlich hospitalisierten Personen hatte einen historischen Höchststand von mehr als 550 000 erreicht. (...) Der Großteil dieser Patienten war langfristig, viele bis an ihr Lebensende hospitalisiert. Verglichen mit anderen staatlichen Krankenhäusern waren die ›state mental hospitals‹ extrem unterdotiert und personell unterausgestattet. Manche Anstalten glichen riesigen Lagern: Größenordnungen von zehntausend oder mehr Patienten waren nicht ungewöhnlich. Die Lebensbedingungen der Patienten und die Arbeitsbedingungen des Personals hatten sich weit von den üblichen Standards der US-amerikanischen Gesellschaft entfernt. Das berufliche Prestige der dort Arbeitenden war entsprechend niedrig, die Vorurteile gegen die Psychiatrie und die (ehemaligen) Anstaltspatienten stereotyp und fest verankert. Als Folge einer unfreiwilligen Hospitalisierung verloren psychisch Kranke automatisch eine Reihe von Rechten. Alles in allem diente das psychiatrische Anstaltssystem der US-amerikanischen Gesellschaft zur Ausgrenzung ei-

7 BAUER et al. (2001) geben die Zahl der insgesamt ermordeten psychisch kranken Menschen mit 200 000 an. Angesichts der Vielzahl der betroffenen Länder und der großen Dunkelziffer des Hungersterbens dürfte es sich nur um eine grobe Schätzung handeln.

ner heterogenen Ansammlung von Personen, die als störend, gefährlich, bizarr etc. auffallen und unter dem breiten Etikett einer oft mangelhaft diagnostizierten psychischen Krankheit zusammengefasst worden waren.«

Deinstitutionalisierung und Aufstieg der Gemeindepsychiatrie

In England und den USA beginnt in den Jahren nach dem 2. Weltkrieg die zweite Phase der Psychiatriereform. Die wachsende Kritik an den Missständen der Anstaltspsychiatrie, die sowohl innerhalb der psychiatrischen Profession wie außerhalb in Sozialwissenschaft, Politik und Medien artikuliert wird, führt im Verlauf weniger Jahre zu einer paradigmatischen Wende von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie. Für die Schnelligkeit und Radikalität mit der diese Wende propagiert und politisch ratifiziert wird, werden mehrere Faktoren als Ursachen genannt (vgl. MINTO 1983, SHEPHERD 1991 b: 142 ff., FORSTER 1997: 38 ff., ROSE 2001: 19 ff.). Ein Faktor war die in der Auseinandersetzung mit totalitären Ideologien und Diktaturen gestiegene Sensibilität für die Verwirklichung von Freiheits- und Bürgerrechten. Die weit gehende Entrechtung der Patienten und die verbreitete Praxis der Gewaltanwendung gegen sie wurden zunehmend als unvereinbar mit den Grundwerten demokratischer Wohlfahrtsstaaten angesehen. Ein zweiter Faktor war die Erkenntnis, dass ein Großteil der Leiden psychisch gestörter Menschen nicht ihrer ursprünglichen Erkrankung zuzurechnen ist, sondern den kontraproduktiven Effekten einer falschen Behandlung. Zu dieser Erkenntnis trug gleichermaßen die medizinische Forschung zu Hospitalismusschäden wie die soziologische Forschung zu den biografisch desaströsen Auswirkungen von Langzeitaufenthalten in ›totalen Institutionen‹ bei (vgl. GOFFMAN 1961). Ein dritter Faktor war der Wandel der medizinischen Anschauungen über die Effektivität von Langzeitbehandlungen und die Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten durch pharmakologische Innovationen. In den frühen Experimenten mit einer ›open door policy‹, mit weniger Zwangsbehandlungen und frühzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus wurde schnell klar, dass traditionelle Vorstellungen über das Fremd- und Selbstgefährdungspotenzial bei psychischen Störungen falsch waren.⁸ Die Entwicklung wirksamer Medikamente zur Behandlung von akuten psychischen Störungen in den 50er- und 60er-Jahren trug wesentlich zur Abkehr von den alten Therapiemethoden der Anstalt bei, weil sie die Hinwendung

8 MINTO (1983: 167) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Redeweise von der ›revolving door policy‹ bei psychiatrischen Behandlungen ursprünglich für ein modernes, experimentelles Behandlungsregime stand, das beabsichtigte, Patienten einerseits möglichst schnell wieder in Kontakt mit dem normalen sozialen Umfeld zu bringen, andererseits aber bei einer Verschlechterung des Zustands auch eine schnelle Wiederaufnahme gewährleistete. Insofern ist für ihn die pejorative Redeweise von der ›Drehtürpsychiatrie‹ ein Fall von Begriffsmissbrauch.

zur Politik der offenen Tür und der Kurzzeitbehandlung erleichterte und den Ärzten gleichzeitig das Gefühl gab, über eine genuin medizinische Technologie zu verfügen, die sie näher als jemals zuvor an die allgemeinmedizinische Forschung und Praxis heranrückte. Als vierter Ursachenfaktor für die paradigmatische Wende in der psychiatrischen Versorgung sind schließlich die ersten positiven Erfahrungen mit gemeindeintegrierten Behandlungskonzepten anzuführen. Zum einen handelt es sich um den Aufbau psychiatrischer Praxen und anderer Formen ambulanter Behandlung, zum anderen aber auch um die »Erfindung« der Institution der Tagesklinik.⁹

Als Bedingung der Möglichkeit für ambulante Behandlungen wird oft die Verfügbarkeit psychopharmakologischer Medikamente angeführt. Dies trifft sicher zu. Allerdings darf dieser Umstand nicht dahingehend überinterpretiert werden, dass er zur Hauptursache für die Abkehr von der Anstaltspsychiatrie erklärt wird. Dieser Art von technologischem Determinismus tritt beispielsweise SHEPHERD – ganz im Sinne des mainstreams der Sozialpsychiatrie – entgegen: »Ansätze zur Reformierung und Humanisierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und der Verlagerung der Betreuung Langzeitkranker in die Kommune (waren) bereits vorhanden, *bevor* diese Medikamente weit verbreitet waren. Es war also eher eine soziale als eine pharmakologische Revolution, Neuroleptika erleichterten den Prozess, verursachten ihn jedoch nicht.« (1991 b: 143)

Diese Faktoren entfalteten in den einzelnen Ländern in ganz unterschiedlichen Formen des Ineinandergreifens Druck in die gleiche Richtung: Entinstitutionalisierung (oder Deinstitutionalisierung) der Anstaltspopulation. Ungeachtet der länderspezifischen Ausprägungen hat der Prozess überall die gleiche Grundgestalt: »In theory it consists of three component processes: the release of patients residing in psychiatric hospitals to alternative facilities in the community; the diversion of potential new admissions to the alternative facilities; and the development of special community-based programmes, combining psychiatric and support services, for the care of a non-institutionalized patient population.« (BACHRACH 1996: 4).¹⁰ So unterschiedlich wie die konkreten Auslösebedingungen für den Deinstitutionalisierungsprozess in den verschiedenen Ländern waren, so unterschiedlich waren auch die Gewichtung und die konkrete Ausgestaltung der drei Komponenten dieses Reformprozesses. Je nach Profil des sozialpolitischen Re-

9 Zur Geschichte der allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken vgl. unten Kapitel 3.1.

10 THORNICROFT & TANSELLA (2002) bezeichnen diese drei Grundkomponenten sogar als Definitionsmerkmale des Begriffs: »Deinstitutionalisation can be defined as including three essential components; a) the prevention of inappropriate mental hospital admissions through the provision of community facilities; b) the discharge to the community of long-term institutional patients who have received adequate preparation; c) the establishment and maintenance of community support systems for non-institutionalized patients.« In exakt der gleichen Formulierung werden diese drei Komponenten auch im »World Health Report 2001« (WHO 2001: xvi) genannt.

gimes,¹¹ der gesellschaftlich dominierenden soziokulturellen Werthaltungen, dem Grad der Autonomie regionaler Gebietskörperschaften, den professionspolitischen Ambitionen der beteiligten Berufsgruppen und dem Umfang der zur Verfügung stehenden ökonomischen Ressourcen hat praktisch jedes Land seinen eigenen Pfad der Deinstitutionalisierung eingeschlagen.¹² Entsprechend unterschiedlich und pfadabhängig sind auch die Probleme, die in den verschiedenen Ländern in der dritten Phase, bei der Ausbalancierung, Ergänzung und Revision der neuen psychiatrischen Versorgungsstrukturen, gelöst werden müssen. Die Spannbreite der unterschiedlichen Vorgehensweisen in der Deinstitutionalisierungsphase kann am Beispiel der USA, des Vereinigten Königreichs, Italiens und Deutschlands illustriert werden.

In den USA begann der Deinstitutionalisierungsprozess früher als in Europa, und er verlief schneller und radikaler. Das Zusammenspiel einer sozialpsychiatrischen Avantgarde, einer reformbewegten politischen Elite und einer einflussreichen Bürgerrechtsbewegung brachte schon in den 50er-Jahren eine Neuausrichtung auf den Weg, die im »Community Mental Health Centers Act« der Kennedy-Administration 1963 ihre gesetzliche Grundlage fand. Jahr für Jahr wurden mehr Patienten aus den Anstalten entlassen als aufgenommen, und die Neuzugänge wurden drastisch eingeschränkt. Parallel dazu wurden von lokalen Gebietskörperschaften Community Mental Health Centers (CMHC) errichtet, die für die gemeindeintegrierte Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen zuständig wurden (vgl. als Übersicht Bachrach 1991). Zur stationären Akutversorgung wurden gleichzeitig psychiatrische Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern angegliedert. Die Zahl der Anstaltspatienten sank dramatisch von 1955 bis Ende der 1980er-Jahre: von 550 000 auf 100 000 Personen. Die Zahl der stationären Aufnahmen insgesamt stieg jedoch von 1,3 Millionen (1969) auf 1,8 Millionen (1986); 1986 entfielen nur noch 18 % der Aufnahmen auf die staatlichen Anstalten, der Anteil der privaten Kliniken und Allgemeinkrankenhäuser betrug 60 % aller Aufnahmen (vgl. BREAKEY 1996a: 26). Trotz des beeindruckenden quantitativen Rückgangs der Anstaltspopulation wird die Entwicklung in den USA meist nicht als Erfolgsgeschichte angesehen. Hauptgrund für die Kritik sind die Fehlentwicklungen im Bereich der CMHCs. Zum einen gibt es beträchtliche regionale Disparitäten beim Ausbau dieser komplementä-

11 Das heißt Mischungsverhältnis von staatlicher, kommunaler, freigemeinnütziger und privatwirtschaftlicher Trägerschaft der Institutionen des Gesundheitswesens; steuer- oder versicherungsbasierte Systeme der Kostenerstattung; Generosität der Kostenerstattung; usw.

12 Diese Pfade der Reform sind zwar für jedes einzelne Land inzwischen gut beschrieben worden, eine systematische, international vergleichende Untersuchung, in der das Zusammenspiel der Einflüsse theoretisch analysiert und mit einheitlichem Indikatorensystem empirisch beschrieben wird, steht bislang noch aus. Als deskriptiv-empirischen Ansatz zu einem solchen Indikatorensystem vgl. BECKER & VÁZQUEZ-BARQUERO (2001).

ren Einrichtungen; ökonomisch schwächere Gegenden sind erheblich schlechter versorgt. Zum anderen hat sich unter der Hand die Zielsetzung dieser gemeindeintegrierten Zentren verändert. Ursprünglich gedacht zur Versorgung der schwerer chronisch kranken Menschen, die aus den Anstalten entlassen werden sollten, haben die CMHCs sich schnell ein anderes Betätigungsfeld gesucht: »Subscribing to the notion that their facilities were basically intended for ›mental health‹ and not for ›mental illness‹, they argued that selecting such people for care would effectively preempt resources, and leave nothing for other groups of patients. Furthermore, in the absence of clear direction about who was entitled to care, new categories of people who had been previously unserved in the mental health system – described as the ›worried well‹ (...) or the ›healthy but unhappy‹ (...) – sought and received treatments in CMHCs, while the chronically ill often went unserved.« (BACHRACH 1991: 546)

Der Public Health-Ansatz mit seiner starken Betonung der primären Prävention von Krankheiten (also dem Fokus auf der Behandlung des gesunden Teils der Population) ist in den CMHCs intensiv aufgegriffen worden.¹³ Diese Form hemmungsloser Entgrenzung psychiatrischer Interventionen ist häufig kritisiert worden und hat schon 1979 die American Medical Association (AMA) veranlasst, in einem Positionspapier klarzustellen: »*The primary goal of any community mental health centre or system should be to treat persons who are sick. Scarce dollars and scarce manpower should not be diverted to those persons with social maladjustment problems at the expense of persons with demonstrable mental illness who may go untreated because services are being directed elsewhere.*« (zitiert nach BACHRACH 1991: 547) Auch infolge dieser Abwendung von den ursprünglichen Zielsetzungen sind den CMHCs in den 1980er-Jahren unter einer neokonservativen Administration die Bundesmittel entzogen worden. Heute sind diese gemeindeintegrierten Institutionen völlig heterogen. Teils haben sie umfassendere Versorgungsstrukturen aufgebaut, teils haben sie sich auf bestimmte Patientengruppen spezialisiert, in jedem Fall dominiert die Ausrichtung auf die leichteren und aktiv Hilfe suchenden Fälle. Die schwereren chronisch kranken Patienten waren jedenfalls nicht die Nutznießer der Deinstitutionalisierung. Sie wurden teils einem kommerziellen Sektor von Heimen und Pensionen »mit minimaler Lebensqualität, erneuter sozialer Segregation und mangelhafter Betreuung« (FORSTER 1997: 40) überlassen, teils glitten sie völlig in Obdachlosigkeit und Verwahrlosung ab, und waren für die Strukturen der neu errichteten gemeindeintegrierten Psychiatrie kaum zu erreichen (vgl. DEAR & WOLCH 1987). Epidemiologische Studien zu einzelnen Versorgungsregionen haben ergeben, dass die

13 Dazu bemerkt schon RUBIN (1969) in seiner Darstellung des Community Psychiatry-Ansatzes: »Unfortunately, this supports the continuation of directing to the sickest persons the least interested or experienced treaters.« (501)

große Mehrzahl der Menschen mit schweren chronischen psychischen Krankheiten nie stationär in der Psychiatrie war und keinerlei sonstigen Zugang zu spezialisierten Diensten hatte (HOLLINGSWORTH 1992: 906). »In short, of those with the highest level of need, the mental health care service system serves only a minority.« (ebenda) Insgesamt wird dem US-amerikanischen System zum Vorwurf gemacht, die ausgeprägten sozialen Unterschiede zu reproduzieren und zu verstärken. Während der etablierten Mittelschichtklientel ein gut ausgebautes Versorgungssystem zur Verfügung steht, werden die chronisch Kranken der Unterschicht erneut ausgegrenzt und stigmatisiert. Sie werden überproportional häufig in die verbliebenen gemeindefernen staatlichen Anstalten eingewiesen, oder verbleiben in der Gemeinde als Fremdkörper, der von der Öffentlichkeit nur noch als Quelle von Belästigungen oder als Gefahrenpotenzial wahrgenommen wird. Die Möglichkeit, dass im Zuge der Neu-Justierung moderner Versorgungssysteme für diese Gruppe von psychisch Kranken erneut die Isolation in Anstalten gefordert wird, ist mehr als nur eine theoretische Befüchtung.

Im Vereinigten Königreich (UK) begann die zweite Phase gradualistischer als in den USA und in den später nachfolgenden Ländern Kontinentaleuropas. Das lag zum einen an der kontinuierlichen Tradition von Reforminitiativen seit den 1920er-Jahren, zum anderen aber auch an der deutlich besseren medizinischen Betreuung und den freieren Lebensverhältnissen in den Anstalten. Die Reform der Psychiatrie war eingebettet in eine konsistente Politik des Ausbaus wohlfahrtsstaatlicher Einrichtungen, dessen wichtigster Ausgangspunkt die Errichtung des Nationalen Gesundheitsdienstes 1948 war. Der paradigmatische Umschwung von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie wurde bereits 1959 mit dem »Mental Health Act« ratifiziert. Die informelle und freiwillige Aufnahme in den Krankenhäusern wurde zur Regel. Die Zahl der Betten in den Anstalten war zu diesem Zeitpunkt bereits stark rückläufig, sodass 1961 in einem formellen Krankenhausentwicklungsplan die Auflösung der Anstalten in Angriff genommen wurde. Die stationären Plätze sollten – in deutlich reduziertem Umfang – an Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser neu entstehen. Parallel zur Deinstitutionalisierung war der Aufbau gemeindepsychiatrischer Einrichtungen vorgesehen (für die allerdings in den Folgejahren nur unzureichende Mittel bereit gestellt wurden¹⁴). Als britische Besonderheit gab es

14 FREEMAN & BENNETT (1991) beurteilen die Bereitschaft der Kommunen, in die psychiatrische Infrastruktur zu investieren, außerordentlich kritisch: »Within the budget of each authority, though, mental health had to compete with all other demands, and it was rare for it to get any significant share. Probably no more than lip-service was ever paid generally to the policy of setting up a network of community-based services as an alternative to mental hospitals, since the scale of resources that would have been required for this task never existed in the local authority financial system. Most authorities did very little, and a significant number did nothing at all; many years after the act was passed, the differences between the best and worst authorities remained as wide as ever.« (1991: 56)

innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems eine spezielle Berufsgruppe, die Community Psychiatric Nurses, deren Aufgabe die Pflege der in der Gemeinde lebenden Patienten war. Obwohl auch die britische Entwicklung unter dem Begriff ›Community Psychiatry‹ thematisiert wurde, gab es in den 1960er-Jahren doch »a strong divergence between the interpretation and implementation of community psychiatry in Britain and the United States respectively (...). The British version was one of developing services for defined communities, with emphasis on the needs of those most severely ill or disabled, and integration of hospital with extramural care. On the other hand, American policy, seen in the Kennedy legislation of 1963 and subsequent construction of comprehensive community mental health centers, focused on the goals of primary prevention and ›positive mental health‹, mainly through psychotherapeutic interventions in less severe conditions« (FREEMAN 1996: 58 f.). Die Zahl der Betten in psychiatrischen Krankenhäusern sank infolge der Deinstitutionalisierungsmaßnahmen zwischen 1960 und 1985 von 135 000 auf 69 000 (SHEPHERD 1991 b: 144) und bis 1992 auf 45 000 (FORSTER 1997: 45). Mitte der 1990er-Jahre waren 90 von den um 1950 existierenden 130 Anstalten geschlossen (FREEMAN 1996: 66).

Weil die Psychiatrie-Politik im Rahmen des primär in öffentlicher Trägerschaft befindlichen Gesundheitssystems in England besser auf die Bedürfnisse der am schwersten Erkrankten ausgerichtet wurde, hat sich in der Deinstitutionalisierungsphase weder die Situation der entlassenen Langzeitpatienten, noch die der ›neuen‹ Langzeitpatienten, d. h. derjenigen, die nie in den alten Anstalten waren, weil die Chronifizierung ihrer Krankheit erst in der Phase der Gemeindepsychiatrie begann, in ähnlicher Weise wie in den USA verschlechtert. Im Gegenteil konnte in den begleitenden Evaluationsstudien, insbesondere in der Studie des *Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS)* nachgewiesen werden, dass sich für den übergroßen Teil der schwer erkrankten Menschen die Lebensbedingungen verbessert hatten (vgl. zusammenfassend BECKER 1998: 48 ff.). Allerdings ist fraglich, ob diese Befunde repräsentativ für das gesamte Land sind. Denn insgesamt leidet das Britische Gesundheitssystem seit Jahrzehnten unter finanzieller Auszehrung, und von Kritikern wird darauf hingewiesen, dass zwischen der wohl durchdachten zentralen Planung der gemeindeintegrierten Versorgung chronisch Kranker und deren faktischer Implementation eine große Lücke klafft (HOLLINGSWORTH 1992).

Ein Aspekt dieser Unterfinanzierung ist auch die in den 1990er-Jahren zutage tretende »Bettenkrise« des britischen Versorgungssystems (vgl. BECKER 1998: 51 ff.). Dem Abbau von stationären Kapazitäten in den Anstalten stand kein ausreichender Ausbau von Akutbetten in der Gemeinde gegenüber, sodass Krisenfälle teils nicht versorgt werden konnten, teils doch wieder in die entlegenen Anstalten verbracht werden mussten, oder die stationären Einrichtungen drastisch überbelegt wurden. Sogar suizidale oder aggressive Patienten blieben infolge

dieser Mangelsituation teilweise ohne Bett (ebenda: 56). Das Resultat waren einzelne Fälle von schwerer Gewalttätigkeit. Vor diesem Hintergrund ist im UK eine neue (?) Welle der Stigmatisierung chronisch psychisch Kranker in Gang gesetzt worden: Eine sensationsheischende Medienberichterstattung hat die Ängste und Aversionen in der Bevölkerung durch pejorative und dramatisierende Darstellungen von chronisch psychisch Kranken angestachelt. Das reformpsychiatrische Konzept ›care in the community‹ wurde als ›scare in the community‹ verunglimpft, und in mehreren Kampagnen wurde der Schutz vor der potenziellen Gewalttätigkeit psychisch kranker Menschen als wichtigstes Ziel auf die Tagesordnung der Psychiatrie-Politik gesetzt. »Hence a new socio-political demand is placed on psychiatry: it should take as its principal objective the surveillance and control of the mentally ill in the name of the protection and security of ›the community‹.« (ROSE 2001: 24)¹⁵ In der öffentlichen Wahrnehmung wandelt sich die Psychiatrie zu einer Agentur der Risiko-Identifizierung, Risiko-Bewertung und des Risiko-Managements im Dienste der öffentlichen Sicherheit.

In Italien begann die Deinstitutionalisierung später als in den angelsächsischen Ländern, aber sie wurde rigoros betriebener und hatte mehr als anderswo den Charakter einer politischen Bewegung.¹⁶ Initiator und Führungspersonlichkeit dieser Bewegung der *psichiatria democratica* war der Psychiater Franco Basaglia. Die Zustände in den rd. 100 italienischen Anstalten (1965, im Jahr des Höchststandes, mit rd. 118 000 Betten) waren noch trostloser und rückständiger als in anderen Ländern, und die Rechtsstellung der Insassen wurde noch bis in die 1960er-Jahre durch ein Gesetz von 1904 geregelt. Eine Behandlung auf freiwilliger Basis war nicht vorgesehen. Jede Aufnahme benötigte einen richterlichen Beschluss und war mit dem Verlust der bürgerlichen Rechte, mit der Entmündigung und sogar mit der Eintragung in das Strafregister verbunden! Erst 1968 wurde in einem Reformgesetz die freiwillige psychiatrische Behandlung ermög-

15 Nach dem tödlichen Anschlag auf die schwedische Außenministerin Anna Lindh ist in Schweden eine ähnliche öffentliche Diskussion über die Gefährlichkeit unversorgter psychisch Kranker entbrannt. Auch hier war der Täter in den akuten Phasen der Erkrankung offenbar weder vom ambulanten System (in einem Jahr von »sechs verschiedenen Ärzten 15 Rezepte für elf verschiedene Arzneimittel« GATERMANN 2004: B268) richtig versorgt, noch wurde ihm die stationäre Behandlung, um die er selbst nachgesucht hatte, zugebilligt. Die Gewalttat an der prominenten Politikerin wird von den Medien in eine Serie spektakulärer Morde eingereiht, die von psychisch gestörten Menschen 2003 und 2004 in Schweden begangen wurden. Die Medien zitieren dabei Quellen, die behaupten, 50 % aller Morde und Totschläge in Schweden würden von psychisch Kranken verübt (ebenda). Auch für Deutschland konnte nachgewiesen werden, dass nach Attentaten von psychisch Kranken auf Politiker das Sicherheitsbedürfnis steigt und die offene Psychiatrie unter Rechtfertigungsdruck gerät (vgl. ANGERMEYER & SIARA 1994).

16 Die folgende Darstellung stützt sich auf kurze Übersichten und aktuelle Bestandsaufnahmen: PIRO (1990), TANELLA 1991, FORSTER 1997: 46 ff., DE GIROLAMO & COZZA 2000, BURTI 2001, HINTERHUBER et al. 2001.

licht, und der allgemeine Grundsatz einer gemeindenahen Versorgung wurde eingeführt. Aber das Gesetz beseitigte nicht die rechtliche Diskriminierung der Kranken, und die Dominanz der Anstalten blieb im Kern unangetastet. Diese Missstände wurden in den folgenden Jahren in einer international beispiellosen Weise von progressiven Intellektuellen, den in der Psychiatrie Tätigen, den Medien und den Linksparteien politisiert. Um einem Volksentscheid zuvorzukommen, ließ die Regierung 1978 das von einer hastig eingesetzten Kommission unter Leitung Basaglias geschriebene »Gesetz Nr. 180« verabschieden. Das Gesetz nahm wichtige Bestimmungen der wenig später folgenden Einführung eines Nationalen Gesundheitsdienstes vorweg. Das ganze Land wurde in überschaubare Gesundheitsbezirke von 100 000–150 000 Einwohner gegliedert, in jedem Distrikt sollten Gesundheitszentren errichtet werden. Auf Basis dieser neuen Struktur sollten gemeindeintegrierte stationäre psychiatrische Einheiten an den Allgemeinkrankenhäusern, gemeindepsychiatrische Dienste und komplementäre Einrichtungen gegründet werden. Die alten Anstalten sollten schrittweise durch die neuen kommunalen Strukturen ersetzt werden, in dem ihnen die Neuaufnahme von Patienten untersagt wurde. Für alle neuen stationären Fälle – freiwillig oder zwangsweise – wurden die Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern zuständig. Dadurch sollten innerhalb eines Übergangszeitraumes die alten Anstalten »ausgetrocknet« und das Personal transferiert werden. Die schlechten US-amerikanischen Erfahrungen vor Augen, lag das Schwergewicht eher auf der Verhinderung von neuer Institutionalisierung statt auf beschleunigter Enthospitalisierung. TANSELLA (1991) weist außerdem darauf hin, dass man in Italien nicht den Fehler der USA begehen wollte, sich mit den neuen kommunalen Strukturen auch neuen, leichteren Patienten zuzuwenden. Das italienische Modell sollte in erster Linie sicherstellen, dass die schwer chronisch erkrankten Menschen gut in der Gemeinde betreut werden. Mit ihrem Endziel, der definitiven Schließung aller Anstalten innerhalb eines überschaubaren Zeitraums, war die italienische Reform radikaler als alle bekannten Vorgänger. Sie blieb deshalb in der Folgezeit auch heftig umstritten und wurde lange Zeit in bestimmten Landesteilen nur halbherzig umgesetzt.

Die große Kluft zwischen dem fortschrittlichen politischen Programm und der lückenhaften oder dilatorischen Umsetzung ist von ausländischen Beobachtern als größter Mangel der italienischen Psychiatrie-Reform kritisiert worden (vgl. HINTERHUBER et al. 2001). 1994 wurde das Gesetz 180 novelliert, wobei im Prinzip die seinerzeitigen Vorgaben nur aktualisiert und deren Umsetzung angemahnt wurden. Die endgültige Schließung der Anstalten sollte bis 1996 erfolgen. Diese Frist wurde dann mehrfach prolongiert. Außerdem wurden detailliertere Vorgaben zum Ausbau der gemeindeintegrierten Strukturen gemacht. Als Hauptprobleme werden die mangelnden Einrichtungen zur Rehabilitation und zur Krisenintervention sowie die großen Defizite bei der personellen Ausstattung (quantitativ und quali-

tativ) der kommunalen Dienste benannt. Als Minimalausstattung wurden 0,1 stationäre Behandlungsplätze pro 1000 Einwohner vorgeschrieben – ein Wert, der weit unterhalb dessen bleibt, was in anderen entwickelten Ländern als Standard gilt. In vielen Distrikten ist jedoch bis heute selbst dieser Wert noch nicht erreicht, sodass die kommunalen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern, deren Größe auf maximal 15 Betten beschränkt ist, nur die dringendste Akutversorgung aufrechterhalten können, und die Verweildauern mit zwei bis drei Wochen relativ kurz sind (ebenda: 507). Viele Patienten sind deshalb nach wie vor auf die traditionellen Anstalten angewiesen, sind in Abteilungen der somatischen Medizin fehlplatziert oder wandern ab in eine wachsende Zahl von privaten, freigemeinnützigen und kirchlichen Krankenanstalten, über die wenig bekannt ist. »Patienten aus höheren sozialen Schichten suchen bei Bedarf einer stationären Behandlung private Sanatorien auf oder wenden sich an ausländische Kliniken.« (HINTERHUBER et al. 2001: 508). In der ambulanten Versorgung ist die Zahl der Psychiater in freier Praxis verschwindend klein, im Rahmen des staatlichen Gesundheitsdienstes waren 1993 507 »Zentren für psychische Gesundheit« in Betrieb. Sie versorgen in der Mehrzahl die Menschen mit chronischer Schizophrenie sowie »Angehörige der unteren Sozial-schichten« (ebenda) und arbeiten intensiv mit Hausbesuchen. Im Bereich der komplementären Versorgung sind bis Ende der 1990er-Jahre ferner 640 (Übergangs-)Wohnheime und 336 Tagesstätten entstanden. Außerdem wurden 589 Tageskliniken (z. T. in privater Trägerschaft) eröffnet. Die in Italien besonders aktiven Angehörigenverbände bemängeln die großen Belastungen, die mit den unterfinanzierten (kommunalen) psychiatrischen Einrichtungen für die Angehörigen verbunden sind, und sie fordern den Ausbau der stationären Kapazitäten, des betreuten Wohnens und vor allem die Überwindung der gravierenden regionalen Disparitäten der Versorgung.

Beginn der Gemeindepsychiatrie in Deutschland¹⁷

Anders als in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern war die Situation von psychisch Kranken in Deutschland während der ersten zwei Jahrzehnte nach dem 2. Weltkrieg kein wichtiges Thema in den politischen Debatten. Die (Anstalts-)Psychiatrie konstituierte sich nach Kriegsende weitgehend unter restaurativen Vorzeichen und blieb von den sozialpsychiatrischen Entwicklungen

17 Die folgenden Passagen beziehen sich ausschließlich auf die Situation in Westdeutschland. Es würde den Rahmen dieser Einführung sprengen, systematisch auf die spezifischen Besonderheiten der Psychiatrie-Reform in der DDR einzugehen. Als regionale Fallstudien und Überblicke vgl. WEISE 1991, BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1991, BAUER 1992 und 1994, HANRATH 2003, SCHULZ 2003.

in anderen Ländern im Wesentlichen unberührt (vgl. KULENKAMPFF 1997). Die aus dem 19. Jahrhundert stammenden Anstalten hatten riesige Einzugsbereiche, sie erhielten ihre Patienten auf der Basis veralteter Unterbringungsgesetze überwiegend per Zwangseinweisung, und infolge ihres gesetzlichen Status als »Sonderkrankenhäuser« betrug der Tagessatz nur 50 % des für Allgemeinkrankenhäuser üblichen Betrags (FINZEN 1988: 28). Dementsprechend schlecht waren die Personalausstattung, die bauliche Substanz und die Möglichkeit, moderne Therapieformen unter Einbeziehung nichtmedizinischer Berufe zu realisieren. Infolge der Mordaktionen der NS-Zeit hatte Deutschland zwar nur eine relativ kleine Anstaltspopulation, und die Aufnahmekapazität war mit 1,6 Betten pro 1000 Einwohnern im internationalen Vergleich gering,¹⁸ die 68 Landeskrankenhäuser wiesen aber im Durchschnitt 1200 Betten auf (FINZEN 1988: 23) und waren damit unverändert in den alten, auf kustodiale Verwahrung zugeschnittenen, Dimensionen. Neben den Anstalten gab es für die stationäre Versorgung in Westdeutschland rd. 20 Universitätskliniken, die unter besseren Bedingungen vor allem Akutfälle versorgten, aber keine Versorgungsverpflichtung für eine Region hatten. Im Bereich der ambulanten Versorgung besaßen die niedergelassenen Nervenärzte eine Art Monopolstellung. Deren Praxen waren meist nur in den Ballungszentren verfügbar, und bis Anfang der 1970er Jahre lag ihre Zahl deutlich unter 1000. Das heißt: »Die Mängel in den Krankenhäusern hatten ihre Entsprechung im ambulanten Raum.« (FINZEN 1988: 27)

Erst in der Mitte der 1960er-Jahre wurde von einer neuen Generation von Psychiatern versucht, die katastrophalen Zustände in der stationären Versorgung öffentlich zu thematisieren,¹⁹ und es wurden erste praktische Experimente mit neuen gemeindenahen Versorgungsinstitutionen realisiert.²⁰ Die Reformanstöße gewannen in kürzester Zeit im allgemeinen Klima der kulturellen Modernisierung und des (studentischen) Protestes an Schubkraft. »1968« wurde zur »psychiatriegeschichtlichen Zäsur« (KERSTING 2001). Innerhalb weniger Jahre formierte sich eine Reformbewegung aus Ärzten (und anderen beteiligten Berufsgruppen) so-

18 Vergleichszahlen für Großbritannien und die USA vor Beginn der Deinstitutionalisierung (ca. 1954) sind: 4,5 Betten pro 1000 Einwohner in USA und 3,5 Betten in Großbritannien (HÄFNER 2003: 122). In Irland (mit 6 pro 1000) und Schweden (mit 5 pro 1000) lag dieser Indikator international am höchsten (HÄFNER 2000: 150).

19 Die wichtigsten Dokumente, die den Anstoß zur Diskussion geben sollten, waren: KISKER KP (1964) *Klinische und gemeinschaftsnahe psychiatrische Behandlungszentren heute und morgen*. In: *Nervenarzt*, 35, 233–237; sowie: HÄFNER H, v. BAEYER W & KISKER KP (1965) *Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Über die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Einrichtungen (psychiatrischer Gemeindezentren)*. In: *Helfen und Heilen. Diagnose und Therapie in der Rehabilitation*, 4, 118–125.

20 Über Einrichtungen, Akteure und Behandlungskonzepte informiert der (Tagesklinik-)»Reisebericht« von DÖRNER & PLOG 1999 (zuerst 1968).

wie Öffentlichkeit²¹ und engagierten Politikern.²² An erster Stelle ist hier der CDU-Bundestagsabgeordnete Walter Picard zu nennen, der erstmals in der Geschichte der BRD eine Parlamentsdebatte über die Missstände in der Psychiatrie erzwang (vgl. BAUER 2000c). Sichtbarstes Ergebnis dieser Reformbewegung war die Einsetzung einer Enquete-Kommission durch den Deutschen Bundestag, die von 1971 bis 1975 eine der politisch folgenreichsten Untersuchungen in der hundertjährigen Geschichte der Parlaments-Enqueten in Deutschland durchführte. Unter Beteiligung von rd. 200 Experten aus allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung wurde eine Bestandsaufnahme erarbeitet, die ohne Beschönigung die gravierenden Missstände benannte, und die die Prinzipien für eine Neuordnung formulierte:

- Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung
- Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranker und Behinderter
- Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste und
- Das Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1975)

Mit der Psychiatrie-Enquete folgte die Entwicklung in Deutschland zwar einerseits den Vorbildern der Deinstitutionalisierung- und Dezentralisierungspolitik der international fortschrittlichsten Länder, aber sie tat das in einer kompromissleichen und letztlich widersprüchlichen Form: Einerseits sollten die psychisch Kranken mit körperlich Kranken gleichgestellt werden. Demnach hätte die stationäre Versorgung in Form von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern reorganisiert werden müssen. Andererseits sollten die bestehenden Anstalten modernisiert und weiterhin eine wichtige Rolle in der Versorgung spielen.²³ Die durch

21 Exemplarisch hierfür ist das Buch von FISCHER (1969), in dem der Bruder eines schizophrenen Patienten selbst ein Jahr als Hilfskrankenpfleger in zwei Anstalten arbeitete und seine dabei gemachten Erfahrungen aufschrieb. *Die Zeit* druckte in mehreren Folgen Auszüge aus dem Buch ab und stellte dadurch eine breite Öffentlichkeit her.

22 Über die Details der Entstehung dieser sozialen Bewegung informieren die autobiografisch gefärbten Darstellungen von KULENKAMPFF (1997), HÄFNER (2000), HÄFNER (2003), BAUER (1997), BAUER (2003) und FINZEN (1988).

23 Die Mehrheit der Kommissionsmitglieder unterließ allzu weit gehende Reformbestrebungen durch eine »Sperrklausel«, wonach Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mindestens 200 Betten umfassen sollten, »da ihrer Meinung nach nur auf diese Weise ein Auseinanderfallen der psychiatrischen Versorgung in einen Akutbereich (am Allgemeinkrankenhaus) sowie einen chronischen Bereich (im psychiatrischen Krankenhaus) vermieden und der Entwicklung einer ›Zweiklassen-Psychiatrie‹ entgegengewirkt werden könne« (BAUER & ENGFER 1990: 415). Die in der Folgezeit in großer Zahl gegründeten Abteilungen wiesen entgegen dieser Empfehlung im Durchschnitt allerdings nur etwa 75–80 Betten auf.

die Reformbewegung für die Modernisierung der Psychiatrie mobilisierten Finanzmittel flossen daher (zunächst) zum großen Teil in die traditionellen Anstalten. Damit konnten die Zustände dort zwar nachhaltig verbessert werden, aber gleichzeitig wurde die Fortexistenz von nicht in die Allgemeinmedizin und die Kommunen integrierten Sonderkrankenhäusern zementiert. Bis heute hat die Deinstitutionalisierung (mit einer Ausnahme im Saarland) zwar zur Verkleinerung, aber nicht zur Schließung der alten Einrichtungen geführt. Stattdessen begann sich ein dualistisches System stationärer Versorgung zu entwickeln. »Twenty five years later this system still exists. While the number of general hospital psychiatric units has increased from 21 (1971) to 165 (2001) with an ongoing rising trend psychiatric hospitals decreased in size from an average of 1200 beds (1971) to a current number of 200–400 beds with a slightly falling trend.« (BAUER et al. 2001: 28). 1998 verfügten in Gesamtdeutschland die Landeskrankenhäuser über rd. 38 000 Betten, die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (inkl. Universitätskliniken) über rd. 16 000 Betten, damit hat sich der Bestand gegenüber 1971 in etwa halbiert, und die Rate von 1,6 Betten pro 1000 Einwohner ist auf 0,7 pro 1000 Einwohner zurückgegangen (ebenda: 29).²⁴ 85 % der Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern haben mittlerweile eine Versorgungsverpflichtung übernommen, d.h. sie tragen die Verantwortung sowohl für die Akutbehandlung wie für die Versorgung der chronisch kranken Menschen. Auf der anderen Seite sind auch im Jahr 2000 noch etwas weniger als 20 000 Menschen als Langzeitpatienten in den Landeskrankenhäusern untergebracht (ebenda: 30) – meist in als ›Wohnheim‹ reorganisierten ehemaligen Langzeitstationen. Obwohl auch in Deutschland die Psychiatriereform in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich weit umgesetzt worden ist, ist das regionale Gefälle der Versorgungssituation erkennbar geringer als z. B. in den USA und in Italien.

Eine weitere Konsequenz der Psychiatrie-Enquete war der Ausbau der gemeindeintegrierten Versorgungsstrukturen. In 14 Modellregionen wurden mit erheblicher finanzieller Unterstützung des Bundes »Gemeindepsychiatrische Verbünde« entwickelt.²⁵ Nach dem Vorbild dieser Modelle sind heute in fast 90 % der Versorgungssektoren Einrichtungen der ambulanten Psychiatrie, betreutes Woh-

24 Ein zusätzlicher Reformschub wurde durch die Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 in Gang gesetzt. Auf ihrer Basis wurde die Personalausstattung zwischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vereinheitlicht und insgesamt wesentlich verbessert. HÄFNER (2000: 11) fasst die Ergebnisse der Evaluation dieser Verordnung zusammen: »Von 1990 bis 1995 stieg das therapeutische Personal in den untersuchten (216) psychiatrischen Krankenhäusern um 24 % an, während die Planbetten um 20 % und die Verweildauer um 33 % zurückgegangen waren.« Vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. (1998).

25 In anderen Regionen, z. B. in Offenbach, entwickelten sich solche gemeindeintegrierten Versorgungsstrukturen ebenfalls, obwohl sie nicht direkt von diesem Modellprogramm begünstigt wurden.

nen und Arbeiten für Menschen mit chronischen Behinderungen und Angebote zur ambulanten Pflege und Tagesstrukturierung entstanden.²⁶

Insgesamt hat die zweite Phase der Psychiatrie-Entwicklung in Deutschland zwar für einen Großteil der Menschen mit psychischen Störungen, insbesondere bei der Akutversorgung, erhebliche Verbesserungen mit sich gebracht. Aber die grundlegenden Probleme des deutschen Systems sind von einer zufrieden stellenden Lösung noch weit entfernt: die – allerdings in den letzten Jahren durch die flächendeckende Etablierung von Psychiatrischen Institutsambulanzen sowohl an psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern als auch an Universitätskliniken erheblich gemilderte – Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Zersplitterung der Zuständigkeiten im Bereich der Behandlung, Pflege und Rehabilitation von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, die weiter bestehende Kluft zwischen somatischer und psychischer Medizin und die – wie in anderen Ländern zu beobachtende – mangelnde Ausrichtung des Versorgungssystems auf die Bedürfnisse der schwer chronisch kranken Menschen.²⁷

Die dritte Phase: Ausbalancierung gemeindepsychiatrischer Verbundsysteme und Qualitätssicherung

Wie das Beispiel der vier Länder zeigt, hat die Deinstitutionalisierungsphase ein ambivalentes Ergebnis gezeitigt. Einerseits haben sich international im Bereich der psychischen Erkrankungen Prinzipien der Versorgung durchgesetzt, die eine deutliche Verbesserung für einen großen Teil der Patienten bedeuten. An erster Stelle ist hier der paradigmatische Wechsel in den gesellschaftlichen Standards im Umgang mit psychisch Kranken zu erwähnen. Zumindest auf der Ebene von kulturellen Normen und formalen Rechtspositionen werden Menschen mit psychischen Störungen nicht mehr als Minderwertige, Auszugrenzende und zu Iso-

26 Das »Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung« ist Mitte der 1980er-Jahre von einer Expertenkommission ausgewertet worden. In dem 1988 vorgelegten Bericht (vgl. Expertenkommission 1988) werden die Bausteine eines gemeindepsychiatrischen Verbundes genauer spezifiziert, und es wird gefordert, die Entwicklung solcher Einrichtungen zum integralen Bestandteil kommunaler Planungen zu machen. Zur Beschreibung der Bausteine des bundesdeutschen Systems der »Community Psychiatry« vgl. Kapitel 2.

27 Das Festhalten an der dominierenden Stellung der stationären Krankenhausversorgung (sogar in einer dualistischen Form) wird allerdings auch von Reformpsychiatern nicht nur negativ gesehen: »This strategy may appear contradictory at first sight. On the other hand, it has prevented the service system from experiencing the problems arising when mental hospital closure is paralleled by insufficient community mental health services and resources: neglect and loss of follow-up of people with chronic illness, homelessness of some people with mental illness; increase in criminal behavior, etc.« (BAUER et al. 2001: 33)

lierende angesehen, sondern als gleichgestellte Bürger mit einer »normalen« Gesundheitsstörung, die einen legitimen Anspruch auf qualitativ gute medizinische und rehabilitative Behandlung haben. Die Schwelle zur Inanspruchnahme psychiatrischer Dienstleistungen ist deutlich gesenkt worden, und die Stigmatisierung der Erkrankten ist zumindest nicht gestiegen. Andererseits gibt es – mit großen Unterschieden zwischen den Ländern – gravierende Fehlentwicklungen und neue Formen der Unterversorgung, Stigmatisierung und Ausgrenzung. BACHRACH (1996: 5) fasst für die USA die Ergebnisse der Deinstitutionalisierungsphase in einem Satz zusammen: Von den drei Komponenten des Prozesses haben die ersten beiden, die Entlassung vieler Anstaltspatienten in die Gemeinde und die Reduzierung der stationären Neuaufnahmen, gut geklappt, aber die dritte Komponente, die Entwicklung eines bedarfsgerechten gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzwerks für eine nicht-institutionalisierte Patientenpopulation weist mehr oder weniger gravierende Defizite auf. Diese Aussage trifft im Großen und Ganzen auch für die Entwicklung in vielen anderen Ländern zu.

So wie die Langzeit-Hospitalisierung der Patienten in Anstalten eine Uniformisierung von Behandlungen und Patienten-Biografien bewirkte, so führt die Deinstitutionalisierung zu einer Heterogenisierung und Individualisierung von Patienten und Behandlungsbedarf. Die Versorgung in der Gemeinde kann die Unterschiedlichkeit der einzelnen Menschen im Hinblick auf Diagnose, Funktionsniveau, Symptomatologie, vorhandene Bewältigungsressourcen und lebensbereichsspezifischen Hilfe-Bedarf nicht einfach ignorieren, sondern muss sie zum Ausgangspunkt der Planung von Versorgungsangeboten machen (vgl. BACHRACH 1996: 6). Es geht also – in der Formulierung von THORNICROFT & TANSELLA (2002: 87 f.) – um den Wandel vom Modell des undifferenzierten »block treatment« in den traditionellen Anstalten, in dem Hilfe und Behandlung in den sechs entscheidenden Bereichen (»mental health, social life, physical health, accomodation, occupation and money«) allen Patienten gleichermaßen (und – mit Ausnahme des Geldes – meist »überdosierte«) verabreicht wurden, hin zu einem Modell der individualisierten Hilfe und Behandlung durch ein Netzwerk von ausdifferenzierten Spezialdiensten, in dem ein Mensch mit psychischen Störungen genau die Unterstützungen erhält, die er braucht – aber nicht mehr und auch nicht weniger.

In Deutschland wird dieser Wechsel unter dem Stichwort »*personenzentrierter Ansatz*« diskutiert (vgl. KRUCKENBERG et al. 1997, KUNZE 1997). Die komplexen Hilfeleistungen, die schwer chronisch Kranke benötigen, sollen nicht mehr nur stationär, sondern zunehmend ambulant zugänglich werden. Das wäre in Deutschland eine Art »Paradigmenwechsel«, denn bislang ist eine komplexe Hilfeleistung, bei der verschiedene therapeutische Fachkräfte nach einem gemeinsamen Konzept unter einheitlicher Leitung tätig werden, nur zugänglich »wenn man sich in das Bett einer Einrichtung legt« (KUNZE 1997: 18). Jemanden auf eine Station, in ein Übergangs-, Wohn-, oder Altenheim aufzunehmen ist viel einfa-

cher, »als ein Netz von Hilfen zu knüpfen, durch das es gelingt, die in der eigenen Wohnung lebende Person ausreichend zu behandeln und zu fördern und sich kümmernde Angehörige zu unterstützen bzw. zu entlasten. Es geht also darum, komplexe Hilfen, *Komplexleistungen auch ambulant* zugänglich zu machen, die bisher nur als stationäre Behandlung, stationäre Rehabilitation, stationäre Eingliederung, stationäre Pflege usw., d. h. nur in Verbindung mit der Unterbringung in den Räumen einer Einrichtung realisiert werden« (KUNZE 1997: 18).²⁸

Wie ein solches Versorgungssystem konkret aussehen sollte, ist derzeit in den meisten Ländern heftig umstritten. Angesichts der Tatsache, dass die Psychiatrie-Reform länderspezifischen (und innerhalb der Länder: regionalspezifischen) Pfadabhängigkeiten folgen wird, ist kaum zu erwarten, dass sich hier in absehbarer Zeit ein »one best way« als universeller Lösungsansatz herauskristallieren wird. Stattdessen ist eher zu erwarten, dass sich auf Dauer eine Vielzahl von praktikablen Konzepten etablieren wird (und auch bereits etabliert hat), die im Zuge von verstärktem Qualitätsmonitoring und wissenschaftlicher Evaluation sowie unter dem Einfluss übergeordneter wohlfahrtsstaatlicher Reformpolitiken einem kontinuierlichen Anpassungsprozess unterliegen werden. Die wichtigsten Bausteine solcher Versorgungsstrukturen und die in Deutschland als Planungsvorgaben festgeschriebenen Konzepte werden im zweiten Kapitel vorgestellt.

Bei allen Kontroversen um die zukünftige Ausgestaltung moderner Versorgungsangebote sollten jedoch die Lehren aus den Fehlentwicklungen und unintendierten Folgen der Deinstitutionalisierungsphase in Erinnerung behalten werden. So lässt sich zumindest eine Negativ-Liste von Problembereichen formulieren, die bei der Implementation gemeindeintegrierter Verbundsysteme in der dritten Phase der Psychiatrie-Reform vermieden werden sollten. Die Abfolge der aufgeführten Punkte ist nicht als Rangfolge nach Prioritäten gemeint, und die Problembereiche überschneiden sich zum Teil:

(a) *Vermeidung von Transinstitutionalisierung*.²⁹ Der Übergang zu gemeindeintegrierten Formen der Versorgung sollte für die chronisch Erkrankten mit einem Zugewinn an Lebensqualität und gleich bleibender oder verbesserter medi-

28 Die Zielpopulation eines solchen Komplexprogramms ist relativ klein. Es geht um einen kleinen Kreis von schwerer und chronisch psychisch Kranken, die entweder unterversorgt bei überforderten Angehörigen, oder in verschiedenen Heimen, Langzeitbereichen von Anstalten, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder »zunehmend in der Obdachlosigkeit« (KUNZE 1997: 18) leben.

29 SHEPHERD (1991) unterscheidet für das UK als die zwei Hauptformen der Transinstitutionalisierung die dezentralisierte Unterbringung in kleinen Einrichtungen in der Gemeinde. Sie hat sich als relativ teuer herausgestellt, trägt aber deutlich zur Entstigmatisierung bei. Allerdings trifft diese Wohnform auch auf Widerstände in der Gemeinde. Der zweite im UK beschrittene Weg ist die Konzentration in größeren Heimen, oft auf dem Gelände der alten Anstalten, aber mit einer stärker häuslich-familiären Infrastruktur. Dieses Modell ist kostengünstiger, befreit die Patienten aber wenig von ihrer Stigmatisierung.

zinischer Betreuung verbunden sein. Die Formen selbstständigen Wohnens oder des Zusammenwohnens in kleinen betreuten Wohneinrichtungen verstreut in der Gemeinde sind allen Formen der Reinstitutionalisierung vorzuziehen. Wenn chronisch Kranke weiterhin abgesondert in den zu Langzeitpflegebereichen umgewidmeten Stationen der alten Anstalten wohnen, wenn sie zur Geldquelle schlecht geführter und medizinisch nur minimal betreuter privater Heim-Betriebe werden, oder wenn sie – auffällig geworden – mit Zwangsmaßnahmen in forensische Einrichtungen verbracht werden, ist weder für die medizinische noch für die rechtliche und soziale Besserstellung etwas gewonnen. Als extremste Fehlentwicklung, die aber in keinem Land völlig vermieden werden konnte, ist die Obdachlosigkeit der chronisch Kranken anzusehen.³⁰

(b) *Zu weit gehender Abbau der stationären Versorgung.* In verschiedenen Ländern ist in den 1990er-Jahren offensichtlich geworden, dass der Aufbau von Bettenkapazitäten für die Psychiatrie an den Allgemeinkrankenhäusern in den Kommunen nicht das Niveau erreicht hat, das dem Bedarf entspricht.³¹ Die Folge sind fehlende Betten zur Versorgung der akuten Fälle, Überlastung der Angehörigen und eine Dramatisierung der Gefahren für die öffentliche Sicherheit in den Darstellungen der Medien, die den Prozess der Entstigmatisierung zu konterkarieren droht.³²

(c) *Versorgungsdefizite bei neuen Langzeitpatienten.* Etwa 15–20 Personen pro 100 000 Einwohner (SHEPHERD 1991 b) gehören zu einer Gruppe von Patienten, die nie langfristig in stationären Einrichtungen waren, sondern die seit Beginn des Ausbruchs ihrer Krankheit in den noch nicht umfassend ausgebauten gemeindeintegrierten Strukturen versorgt werden mussten. »Thus, what distinguishes them from long-term psychiatric patients of the past is not their illness *per se*, but rather their aggregate demand for services and their unique impact on the

30 Während das Problem psychisch kranker Obdachloser in den USA schon vor Jahrzehnten unübersehbar war (vgl. GOLDMAN & MORRISSEY 1985), beginnt man in Deutschland erst in den letzten Jahren, die Zusammenhänge von Deinstitutionalisierung und Obdachlosigkeit zu erforschen. Vgl. das Buch von NOUVERTNÉ, WESSEL & ZECHERT (2002). Es versammelt Beiträge zur empirischen Stützung folgender These: »Trotz des Aufbaus und Ausbaus ambulanter und komplementärer psychiatrischer Facheinrichtungen wird ein Großteil der psychisch Kranken von diesen Einrichtungen entweder nur mangelhaft fachlich betreut oder lebt gänzlich ohne jegliche Hilfe auf der Straße bzw. in Notunterkünften.« (ebenda: 10)

31 Idealtypisch wird das Problem von MUNK-JORGENSEN (1999) für Dänemark thematisiert. Die Auswertung des psychiatrischen Fallregisters hatte ergeben, dass sich die Selbstmordrate unter Psychotikern während des Deinstitutionalisierungsprozesses um 100 % erhöht hatte, die kriminellen Delikte dieses Personenkreises mit einer Rate von über 6 % jährlich angestiegen waren, und die verbliebenen Betten zu 90 % mit Akutfällen belegt waren.

32 Die Dramatisierung in den Medien steht in deutlichem Gegensatz zum Stand der wissenschaftlichen Forschung über den Zusammenhang von Gewalt und psychischen Krankheiten (vgl. STUART 2003).

service system.« (BACHRACH 1996: 9) Die meisten haben die Diagnose Schizophrenie, bipolare affektive- oder Persönlichkeitsstörung. Diese Patienten sind entweder ›heavy users‹ des Systems oder lehnen im Gegenteil jegliche psychiatrische Hilfe ab und bleiben komplett unversorgt. Die Nutzer des Systems kommen meist in einer Drehtür-Manier, und sie tauchen mehr oder weniger regelmäßig auch bei Polizei und Justiz oder in den Notfallabteilungen der Körpermedizin auf. Häufig gibt es eine Zweitdiagnose Suchtabhängigkeit (meist Alkohol). Das Problem ist, dass auch in den zuständigen Versorgungsstrukturen kaum jemand daran glaubt, dass diesen Menschen geholfen werden könnte. Man sieht sie nur als negativistisch, schwierig und Furcht einflößend an. Das große ungelöste Problem ist, wie man für diese Gruppe ein tragfähiges Milieu schaffen kann (vgl. HOFFMANN 1993, ROICK et al. 2002).

(d) *Creaming-off-Prozesse in gemeindeintegrierten Einrichtungen.* Eng verbunden mit dem Problem der Vernachlässigung der ›schwierigen‹ Patienten ist die vielfach beobachtete (und kritisierte) Tendenz der gemeindenahen, entstigmatisierten neuen Einrichtungen, sich eine neue, angenehmere Klientel zu suchen.³³ In der dritten Phase der Psychiatrie-Reform ist es oft schwierig, die traditionellen Versorgungsverpflichtungen gegenüber den Menschen mit schweren psychotischen Störungen in Balance zu halten mit der neuen Nachfrage von Seiten der milder Erkrankten, die aufgrund der geringeren Zugangsbarrieren einer ins Allgemeinkrankenhaus integrierten Psychiatrie in wachsender Zahl dieses Dienstleistungsangebot für sich entdecken und nutzen. PRIEBE (2003: 51) thematisiert in diesem Zusammenhang die Gefahr einer Spaltung des Versorgungssystems in zwei Bereiche mit unterschiedlichen »Kunden«: Während die neue Klientel aktiv die Kundenrolle ausfüllt und das System an seine Bedürfnisse anpasst, sind die Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, die möglicherweise auch die öffentliche Sicherheit bedrohen, oft keine von sich aus Hilfe Suchenden. Nicht sie sind deshalb die ›Kunden‹ des Hilfesystems, sondern es ist die Allgemeinheit; und deren ›Kundenwunsch‹ könnte die Verstärkung der sozialen Kontrolle und die Risikoprävention sein – auch ohne große Rücksicht auf Aspekte des Patientenwohls.

33 BENNETT (1991: 635f.) führt die Niederlande als bestes Beispiel für Fehlentwicklungen dieser Art an. Sozialpsychiatrie wurde zum Begriff für die Behandlung der mild Erkrankten. »Little is done for the community care of chronic patients, doctors and other staff being more interested in counselling the less ill than in treating severe disorders, and (...) a critical situation is therefore developing in the care of this group of patients.«

Zum Aufbau dieses Buches

Die alltagspsychiatrische Tagesklinik ist eine der wichtigsten institutionellen Innovationen der Sozialpsychiatrie. Im Zuge der Deinstitutionalisierungsphase und damit einhergehender gemeindepsychiatrischer Konzepte entstanden, hat diese Behandlungsform sich einerseits beständig entwickelt, andererseits ist ihre Funktion im Kontext der *neuen* gemeindepsychiatrischen Verbände umstritten und ihre zukünftige Entwicklung ungewiss. In der vorliegenden Studie wird der theoretische und empirische Forschungsstand zu alltagspsychiatrischen Tageskliniken aufgearbeitet. In einer Fallstudie zur Tagesklinik in Offenbach wird dann die Arbeitsweise dieser Institution analysiert. Das Ziel der Studie ist es, auf dieser gleichermaßen theoretischen und empirischen Basis Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die künftige Rolle und Funktion dieser Institution in ausgebauten gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen in Deutschland zu formulieren. Die Darstellung erfolgt in fünf Schritten: Zunächst werden die Grundlagen der Planung von psychiatrischen Versorgungsinstitutionen aus einer Public Health-Perspektive dargestellt, und es wird eine Übersicht über die Bestandteile zeitgenössischer Versorgungssysteme in Deutschland gegeben (Kapitel 2). Im folgenden Kapitel wird dann die Literatur zur Geschichte, zu Arbeitsansätzen und zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung aufgearbeitet (Kapitel 3). Die beiden nächsten Kapitel behandeln die Fallstudie zur Stadt Offenbach am Main. In Kapitel 4 wird die Entwicklung, die derzeitige Struktur und die Arbeitsweise des gemeindepsychiatrischen Verbunds in Offenbach nachgezeichnet; Kapitel 5 analysiert die Tagesklinik des Städtischen Klinikums. Empirische Basis dieser Einzelfallstudie sind neben den Dokumenten zu Aufbau und Arbeitsweise der Tagesklinik, vor allem qualitative Aktenanalysen zu Behandlungsverläufen (Patientenfallstudien) und eine quantitative Auswertung der Basisdokumentation für den Zeitraum von elf Jahren (1992–2002). In Kapitel 6 werden die Schlussfolgerungen aus der Fallstudie, den Public Health-Überlegungen des zweiten Kapitels und dem aktuellen Stand der internationalen Tagesklinik-Forschung gezogen.

2 Public Mental Health: Bedarf und Versorgung in der Gemeinde

Wie der Überblick zur historischen Entwicklung der Psychiatrie im 20. Jahrhundert zeigt, sind im Bereich der psychischen Störungen die medizinischen Aspekte der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbehandlung schon immer stärker als in der körperlichen Medizin mit dem sozialen Kontext, in dem die Betroffenen stehen, und mit übergreifenden gesellschaftlichen Entwicklungen im Zusammenhang gesehen worden. Dies betrifft sowohl die theoretischen Vorstellungen von den Ursachen solcher Störungen als auch die Überlegungen zur angemessenen Behandlung der Menschen mit psychischen Problemen. Politisch-ideologische Vorurteile und Dogmen sind dabei zeitweise einflussreicher gewesen als Ansätze, die ihre Legitimation aus dem Erkenntniszuwachs durch wissenschaftliche Forschung und kritische Reflexion der medizinischen Praxis herleiten.¹ Heute sind diese Positionen weit gehend überwunden, weil die empirische Forschung der letzten Jahrzehnte erhebliche Fortschritte bei der Aufklärung über die Verbreitung psychischer Störungen, über deren Ursachen und über erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten gemacht hat. Gleichwohl ist das Feld von psychischer Gesundheit und psychischen Störungen weiterhin ein sozialpolitisch brisantes Terrain; denn in der Fachöffentlichkeit gibt es einen breiten Konsens darüber, dass es sowohl in der Forschung als auch bei der praktischen Implementation von Versorgungsstrukturen und erst Recht beim Kampf gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen erhebliche Defizite gibt. Weltweit gilt dies insbesondere für die weniger entwickelten Länder, aber auch für die avancierteren Strukturen in den hoch entwickelten Staaten wird ein Ausbau und eine Fortführung der Reform angemahnt. Ein wichtiges Dokument ist in diesem Zusammenhang der »World Health Report 2001« der WHO, der die Dringlichkeit, die Richtung und die notwendigen Schwerpunkte dieser sozialpolitischen Reformstrategie beschreibt (vgl. WHO 2001).

Das Aktionsprogramm der WHO ist ein umfassendes Konzept zur gesellschaftspolitischen Bewältigung des Problems der psychischen Erkrankungen. Es ist nicht nur eine gesundheitspolitische (oder gar nur medizinische) Strategie, sondern wird

1 Beispiele sind nicht nur die Perversion des Präventionsgedankens in den rassehygienisch motivierten Verbrechen des Nationalsozialismus, sondern auch die Leugnung des Krankheitscharakters dieser Art von Gesundheitsstörungen im Rahmen der »Antipsychiatrie« oder die naive Hoffnung, dass psychische Störungen sich durch radikale Gesellschaftsreformen zurückdrängen ließen.

ausdrücklich als »*Public Mental Health*«-Ansatz vorgestellt. Damit wird vor allem klargestellt, dass dieser Bereich zum Kernbestand der Daseinsvorsorge in Sozialstaaten gehört und von gleicher Wichtigkeit ist wie die – meist mit erheblich größerem finanziellen Aufwand betriebene – Vorsorge und Versorgung im Bereich der körperlichen Gesundheit. Außerdem wird klargestellt, dass die – weltweit noch häufig zu beobachtende – Ausgliederung der psychischen Störungen aus dem allgemeinen Gesundheitswesen überwunden werden muss. »As the ultimate stewards of any health system, governments must take the responsibility for ensuring that mental health policies are developed and implemented. This report recommends strategies that countries should pursue, including the integration of mental health treatment and services into the general health system, particularly into primary health care.« (WHO 2001: 4f.). Wenn die Sorge um die psychische Gesundheit im Rahmen von Public Mental Health-Strategien zur öffentlichen Aufgabe erklärt wird, dann hat das vor allem auch fiskalische Konsequenzen. Der Zugang zu den Leistungen des Systems sollte nicht von der ökonomischen Situation der Bedürftigen abhängen dürfen, und eine »gesunde« Wirtschafts-, Sozial- und Infrastruktur der Gemeinde ist wichtige Voraussetzung der psychischen Gesundheit: »The first meaning of the public health approach as applied to mental health is that *services should be available to everyone in need, independent of their ability to pay*. A second meaning is that the *mental health of individuals is integrally linked with the wider social and economic health of their communities*. A strategy for promoting mental health throughout the whole population must therefore be of public concern and cannot be purely a private enterprise.« (THORNICROFT & TANSELLA 1999: 16)

Der Begriff »*Public Mental Health*« ist geeigneter als die verwandten Begriffe »*social psychiatry*« oder »*community psychiatry*« (bzw. »*Sozialpsychiatrie*« und »*Gemeindepsychiatrie*«),² um sowohl das Themenfeld einer Forschungsrichtung als auch den Zielhorizont eines Politikfeldes zu umfassen. Die Begriffe *Sozialpsychiatrie* und *Gemeindepsychiatrie* werden weit gehend synonym verwendet. SZMUKLER & THORNICROFT (2001: 3) weisen jedoch darauf hin, dass unter dem Begriff *social psychiatry* meist Forschungen und Abhandlungen firmieren, die über die sozialen Ursachen psychischer Störungen aufklären wollen, während sich hinter dem Begriff *community psychiatry* eher Arbeiten versammeln, die die Institutionen und Prozesse des Versorgungssystems behandeln, das zur Prävention und Behandlung dieser Art von Gesundheitsstörungen eingerichtet worden ist. Seit den 1950er-Jahren hat sich dabei der intensionale Gehalt des Begriffs beständig erweitert. Während er zu Beginn meist nur verwendet wurde, um die medizinischen Institutionen zu bezeichnen, die innerhalb einer Gemeinde (als komple-

2 Eine treffende Übersetzung des Begriffs »Public Mental Health« hat sich im Deutschen noch nicht durchgesetzt, deshalb wird in dieser Arbeit der englische Begriff verwendet.

mentäre Einrichtungen zu einer psychiatrischen Anstalt oder als Ersatz für eine Anstalt) entstanden waren, bezeichnet er heute viel umfassender das gesamte Netzwerk von Einrichtungen, die sich um die Gesunderhaltung und Krankheitsbehandlung der in einem abgegrenzten Territorium lebenden Bevölkerung kümmern.³ In diesem Sinn hat der Begriff der Gemeindepsychiatrie zwei deutlich unterschiedene Dimensionen, die SZMUKLER & THORNICROFT (2001) mit dem Begriffspaar »*psychiatry for the community*« und »*psychiatry in the community*« auseinander halten. Bei der erstgenannten Aufgabe der Psychiatrie geht es um die (wissenschaftlich angeleitete) Bestimmung des Bedarfs an Leistungen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit einer Population, bei der Letzteren um das Design von gemeindeintegrierten Dienstleistungsangeboten zur Deckung des so ermittelten Bedarfs. Insgesamt bleibt die Redeweise von Gemeindepsychiatrie (oder *community psychiatry*) aber einer Sichtweise verhaftet, bei der die Medizin und der Aspekt der Behandlungen von Krankheiten im Zentrum steht.

Diese Sichtweise wird im Ansatz des »*Public Mental Health*« bewusst überwunden. Neben die Behandlung von akuten Krankheiten und die Planung von Versorgungsstrukturen für chronisch erkrankte Menschen tritt hier als Aufgabe die Gesundheitsförderung oder Krankheitsprävention hinzu. Die Zielpopulation sind dementsprechend nicht nur die von mehr oder weniger starken psychischen Störungen Betroffenen, sondern alle potenziell Kranken, d.h. also auch der gesunde Teil der Bevölkerung. In diesem Sinne umschreibt KATSCHNIG (1999: 103) den Begriff *Public Mental Health* folgendermaßen: »Public mental health refers both to the promotion of ›positive mental health‹ (i.e. of general ›wellbeing‹) at one end of the spectrum, and to the public planning and organisation of adequate services for persons suffering from defined mental disorders (e.g. schizophrenia or dementia) at the other. Also, the epidemiology of defined mental disorders and their primary, secondary and tertiary prevention are typical public mental health issues. Finally, public mental health claims to deal with life style issues, ›subthreshold‹ disorders, and abnormal behaviours – such as violence, demoralisation and suicidal behavior – which, without being defined mental disorders, may constitute both precursors and consequences of defined mental disorders, but also deserve attention in their own right. A common feature of all these activities, distinguishing them from mainstream medicine, is that they are population rather than individual based.«

3 In diesem umfassenden Sinne definieren THORNICROFT & TANSELLA (1999: 12): »A *community-based mental health service* is one which provides a full range of effective mental health care to a defined population, and which is dedicated to treating and helping people with mental disorders, in proportion to their suffering or distress, in collaboration with other local agencies.«

Gegenüber der traditionellen medizinischen Sicht, die auf die Behandlung des einzelnen Krankheitsfalles fokussiert ist, hat die auf eine gesamte Population bezogene Sichtweise des Public Mental Health Ansatzes einige wichtige Vorzüge. Sie ist geeignet, Informationen darüber zu generieren, wie häufig welche Störungen mit welchem Ausprägungsgrad in bestimmten fest umrissenen Populationen auftreten. Dabei kann je nach Erkenntnisinteresse eine Population geografisch, sozioökonomisch, nach ihrer Stellung im Lebenszyklus, nach speziellen Risikoeexpositionen oder anderen theoretisch relevanten Merkmalen abgegrenzt werden. Auf der Basis solcher Informationen lassen sich dann Interventionsformen konzipieren, die die psychische Gesundheit der betreffenden Population stabilisieren und der Entstehung von psychischen Störungen vorbeugen. Damit wird das Spektrum der für den Erhalt und die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit zuständigen Institutionen systematisch erweitert. Als Komponenten eines solchen bevölkerungsbezogenen Systems der Daseinsvorsorge kommen dann nicht nur die psychiatrischen, psychotherapeutischen und die medizinischen Dienstleistungen allgemein ins Blickfeld, sondern darüber hinaus auch alle anderen gesellschaftlichen Institutionen, die geeignet sind, die psychische Gesundheit zu stabilisieren oder umgekehrt zu destabilisieren. Das reicht von der Familie und alltäglichen sozialen Netzwerken bis hin zu den zentralen organisierten Sozialsystemen moderner Gesellschaften in der Arbeitswelt, im Bildungswesen, in der Rechtspflege usw. In dieser weiten Interpretation wird der WHO-Begriff der »psychischen Gesundheit« (mental health) nahezu deckungsgleich mit dem, was traditionell als »Lebensqualität« (quality of life) bezeichnet wurde. Da praktisch jede politische Maßnahme in jedwedem Politikbereich Auswirkungen auf die Lebensqualität und die psychische Befindlichkeit der Bevölkerung (oder eines Teils davon) hat, fordert die WHO folgerichtig, dass bei allen politischen Entscheidungen diese Auswirkungen systematisch untersucht werden sollten, und dass die Lage der von psychischen Störungen betroffenen Mensch durch solche Entscheidungen nicht noch zusätzlich verschlechtert werden sollte.⁴

Im Folgenden werden zentrale Erkenntnisse des Public-Mental-Health-Ansatzes zur Epidemiologie, zur Entstehung, zur Prävention und zur Rehabilitation psychischer Erkrankungen (Kapitel 2.1) vorgestellt, sie bilden die Grundlage, auf

4 »But because many of the macro-determinants of mental health cut across almost all government departments, the extent of improvement in mental health of a population is also in part determined by the policies of other government departments. In other words, other government departments are responsible for some of the factors involved in mental and behavioural disorder, and should take responsibility for some of the solutions. (...) In addition, mental health input is required to ensure that all government activities and politics contribute to and do not detract from mental health. Policies should be analysed for their mental health implications before being implemented, and all government policies should address the specific needs and issues of persons suffering from mental disorders.« (WHO 2001: 101)

die sich die rationale Planung von Versorgungssystemen beziehen muss. Anschließend werden die Elemente der in Deutschland implementierten Versorgungsstrukturen dargestellt (Kapitel 2.2). In den verbleibenden Kapiteln soll dann analysiert werden, welchen Platz ein bestimmter Baustein, die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik, in diesen Versorgungsstrukturen einnimmt, und in welcher Weise Tageskliniken die Erkenntnisse zu Ursachen, Verbreitung und Verlauf psychischer Erkrankungen aufnehmen und umsetzen.

2.1 Psychische Erkrankungen: Verbreitung, Ursachen, Verläufe

Epidemiologie psychischer Erkrankungen

Voraussetzung jeder Aussage über die Verbreitung psychischer Störungsbilder in einer Bevölkerung sind valide und reliable Methoden der Diagnose auf der Ebene individueller Fälle. Über die Grenzziehung zwischen normalem, unkonventionellem und krankhaftem Denken und Handeln ist lange kontrovers diskutiert worden, und alle vorgeschlagenen und in der Praxis verbreiteten Kategoriensysteme, diagnostischen Methoden und Krankheitsbezeichnungen haben mehr oder weniger Anlass zur Kritik gegeben. Eine Erörterung solcher Fragen der wissenschaftlichen Grundlagen epidemiologischer Studien würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Stattdessen soll davon ausgegangen werden, dass es in den zurück liegenden Jahrzehnten erhebliche Fortschritte in der Diagnostik und bei der Verbreitung einheitlicher Standards gegeben hat. Die WHO sieht jedenfalls heute keinen Grund mehr, von einer diesbezüglichen Sonderstellung der psychischen Krankheiten auszugehen: »Mental disorders can now be diagnosed as reliably and accurately as most of the common physical disorders. Concordance between two experts in the diagnosis of mental disorders averages 0.7 to 0.9.« (WHO 2001: 22)⁵

Im World Health Report 2001 wird konstatiert, dass mehr als 25 % aller Erwachsenen weltweit von einer oder mehreren psychischen Erkrankungen im Laufe

5 Zur Einschätzung der Verbreitung psychischer Erkrankungen gibt es im Wesentlichen vier methodische Ansätze: (a) die systematische Sammlung von prozess-produzierten Daten aus den Behandlungsstatistiken der psychiatrischen Institutionen, die in einigen Ländern (z.B. Italien und Dänemark) zu nationalen Fallregistern aggregiert werden, (b) Survey-Studien von Patienten, die in Kontakt mit den Institutionen der psychiatrischen Versorgung waren, (c) Umfragen auf der Basis von repräsentativen Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung, und (d) statistische Modellierung auf der Basis von Aggregatdaten, bei denen Aufnahmezeiten mit anderen Merkmalen geografisch abgegrenzter Gebiete korreliert werden (vgl. SKAPINAKIS & LEWIS 2001). Zur Abschätzung des Hilfebedarfs eines Individuums wird heute häufig das *Camberwell Assessment of Needs* verwendet (vgl. SLADE et al. 1996).

ihres Lebens betroffen sind, wenn man alle im ICD-10 spezifizierten Störungsbilder berücksichtigt (WHO 2001: 23). Depressive Störungen stehen auf Rangplatz 1 als wichtigste Ursache für die durch Behinderungen beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne. 12 % aller mit Behinderungen verbrachten Lebensjahre sind allein diesem Störungsbild zuzuordnen. Drei weitere psychische Krankheiten rangieren ebenfalls unter den zehn häufigsten Krankheitsursachen für Behinderungen: Alkoholerkrankungen, Schizophrenien und Bipolare Störungen (WHO 2001: 28). Besonders dramatisch wird das Bild, wenn man nur die Gruppe der jüngeren Erwachsenen (15–44 Jahre) betrachtet. Die genannten psychischen Erkrankungen nehmen dann die Rangplätze 1, 2, 3, und 5 als wichtigste Ursachen für Behinderungen ein (vgl. Tabelle 2.1-1).

Tab. 2.1-1: Leading causes of years of life lived with disability (YLDs) in all ages and in 15–44-year-olds. Estimates for 2000 (WHO 2001: 28)

Both sexes, all ages (% total)		Both sexes, 15–44-years-old (% total)		
1	<i>Unipolar depression disorders</i>	11,9	1 <i>Unipolar depressive disorders</i>	16,4
2	Hearing lost, adult onset	4,6	2 <i>Alcohol use disorders</i>	5,5
3	Iron-deficiency anaemia	4,5	3 <i>Schizophrenia</i>	2,8
4	Chronic obstructive pulmonary disease	3,3	4 Iron-deficiency anaemia	4,9
5	<i>Alcohol use disorders</i>	3,1	5 <i>Bipolar affective disorder</i>	4,7
6	Osteoarthritis	3,0		
7	<i>Schizophrenia</i>	2,8		
8	Falls	2,8		
9	<i>Bipolar affective disorder</i>	2,5		
10	Asthma	2,1		

Die verfügbaren Daten zur Verbreitung der einzelnen Störungsbilder sind sowohl international als auch für die Bundesrepublik Deutschland teilweise unterschiedlich, da die Klassifizierungsschemata und Erhebungsmodalitäten nicht einheitlich sind. Die Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen liegt in Deutschland für Männer bei 8–12 % und für Frauen bei 20–26 %. Die Punktprävalenz für beide Geschlechter beträgt 8 %. Die Inzidenz wird mit 1 % für schwere depressive Störungen und mit 5 % bei Einschluss leichterer Fälle angegeben (vgl. AROLT 2003: 606). Die Lebenszeitprävalenz der Major Depression liegt einer Untersuchung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München zufolge für Männer bei 4,4 %, für Frauen bei 13,5 %. »Das wären also für Deutschland 7,8 Mio. Betroffene,

2,8 Mio. Männer und 5 Mio. Frauen. Ungefähr 1 % der Bevölkerung leidet an einer bipolaren Störung (ohne Geschlechtswendigkeit), also ca. 0,82 Mio. Bundesbürger.« (FRITZE et al. 2001: 8)

Nach Erhebungen des im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten Bundes-Gesundheitssurveys zu psychischen Störungen und Erkrankungen der deutschen Bevölkerung im Erwachsenenalter (18–65 Jahre) (vgl. WITTCHEN 2000 und WITTCHEN et al. 1998) liegt die 12-Monats-Gesamtprävalenz bei 32,1 %. Das heißt, innerhalb von zwölf Monaten erfüllten 15,6 Millionen Personen der Bevölkerung ein oder mehrere Kriterien für eine Diagnose nach den in ICD-10 aufgeführten Störungsbildern. Die drei häufigsten psychischen Störungen waren Angststörungen (14,5 % = 7,03 Mio.), affektive (vorwiegend depressive) Störungen (11,5 % = 5,61 Mio.) sowie somatoforme Störungen (11 % = 5,36 Mio.). In allen Altersgruppen zeigten sich mit nur geringen Schwankungen ähnliche Häufigkeiten. Dagegen gibt es deutliche Unterschiede nach Geschlecht: Frauen sind häufiger von den eben genannten Krankheiten betroffen als Männer. Bei diesen spielen die Suchterkrankungen eine erheblich größere Rolle. Von den Betroffenen litten zum Zeitpunkt der Untersuchung die eine Hälfte (52 %) nur an einer Erkrankung, und die andere Hälfte (48 %) an zwei oder mehr Störungsformen.

Auch aus ökonomischer Sicht spielen die psychischen Krankheiten eine erhebliche Rolle. Berger, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), weist darauf hin, dass derzeit über 40 % der Krankschreibungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen, und bei den Frühverrentungen sind die psychischen Erkrankungen inzwischen die häufigste Ursache. 28 % der vorzeitigen Berentungen erfolgen aus diesem Grund (BERGER 2004b: 196). Bei Frauen stehen psychische Erkrankungen als Grund für Erwerbsunfähigkeitsrenten bereits auf dem ersten Platz, bei Männern auf dem dritten (vgl. FRITZE et al. 2001: 7). Insgesamt verursachen psychische Störungen 10,9 % aller direkten Krankheitskosten in Deutschland (vgl. FRITZE et al. 2001).

Zu den Krankheiten, die (weltweit) die größten Kosten verursachen, gehört die Schizophrenie. Denn sie beginnt meist schon im frühen Erwachsenenalter und nimmt häufig einen chronischen Verlauf (vgl. WHO 2001: 33). Wie Tabelle 2.1 zeigt, geht die Schizophrenie zudem häufig mit Behinderung und Erwerbsunfähigkeit einher. Das Lebenszeitrisiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt epidemiologischen Schätzungen zufolge bei 0,5 bis 1 %. Die Rate der Neuerkrankungen pro Jahr liegt bei zehn bis 40 Fällen auf 100 000 Einwohnern (vgl. LEWIS et al. 2001). HÄFNER (2001: 187) hält die Größe von 1 % als »Daumenpeilrisiko« für eine vertretbare Schätzung. Die Prävalenzrate schwankt je nach Methodik und Design der Studien zwischen 1,4 und 4,6 pro 1000 der Bevölkerung (vgl. HÄFNER 2001: 186). Neuere Studien konnten zeigen, dass die Zahl der Krankenhaus-Erstaufnahmen mit der Diagnose Schizophrenie zurückgegangen ist (vgl. LEWIS 2001: 89). Dieses konnte für verschiedene Länder nachgewiesen werden:

Schottland, England, Dänemark, Irland, Kanada, USA und die Niederlande. Allerdings diskutieren LEWIS et al. (2001) diese Befunde kritisch und warnen vor der These, dass es sich um einen realen Rückgang der Inzidenz dieser Krankheit handele. Sie machen stattdessen folgende Faktoren für diesen Rückgang verantwortlich: Zum einen hätte sich die Diagnosestellung verändert. Was früher als Schizophrenie diagnostiziert worden sei, würde heute eher unter Borderline-Störung oder affektiver Psychose subsumiert. Außerdem habe sich durch den Trend zur Gemeindepsychiatrie die Einstellung der Ärzte verändert. Sie würden heute viel zögerlicher als zu Zeiten der Anstaltspsychiatrie die Diagnose Schizophrenie bei einer Ersterkrankung stellen. Wo diese Faktoren keine Rolle spielen, lassen sich im Gegenteil auch Zunahmen der Erkrankungen feststellen. Sie verweisen auf Untersuchungen in zwei Regionen (Camberwell und Salford) des UK, in denen anhand von Fallregistern ein leichter Anstieg der Inzidenzraten für den gleichen Zeitraum festgestellt werden konnte (vgl. LEWIS et al. 2001: 89).⁶ Auch HÄFNER (2001) diskutiert die These vom Rückgang der Schizophrenie kritisch und kommt zu dem Schluss: »Wir müssen feststellen, dass alle Studien, die zum Ergebnis erheblich steigender oder sinkender Erkrankungshäufigkeit an Schizophrenie führten, methodisch so mangelhaft waren, dass sie die Aussage eines Morbiditätstrends nicht tragen können. Die Bilanz dieser Feststellung ist, dass wir derzeit eher Grund zur Annahme haben, unter Berücksichtigung der Alterszusammensetzung der Bevölkerungen habe sich die Schizophreniehäufigkeit in der jüngsten Zeit nicht wesentlich verändert.« (S. 196) In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse einer großen Multicenter-Studie in zehn Ländern aufschlussreich, die zwei unterschiedliche Diagnosekriterien angewendet hat, um Inzidenz, Verlauf und Ausgang der Schizophrenie zu erforschen. Bei einer engen Auslegung der Diagnose schwankte die Inzidenzrate zwischen 7 und 14 pro 100 000 im Jahr, bei einer weiteren Diagnosestellung zwischen 16 und 42 pro 100 000, wobei die Rate in den Entwicklungsländern fast doppelt so hoch war wie in den entwickelten Ländern (vgl. LEWIS et al. 2001: 89). Die gleiche Studie offenbarte allerdings auch gravierende Unterschiede im Verlauf der Krankheit: Während 63 % der Patienten in Entwicklungsländern nach zwei Jahren eine vollständige Remission der Erkrankung aufwiesen, waren es in den entwickelten Ländern im gleichen Zeitraum nur 37 % (vgl. WHO 2001: 33). Als Gründe hierfür werden das größere Ausmaß an sozialen Unterstützungsleistungen durch die Familien und geringere gesellschaftliche Anforderungen an die Patienten genannt. Sowohl die Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens der Krankheit in unterschiedlichen Bevölkerungen als auch die Divergenzen im Verlauf sind noch weitgehend unerforscht.

6 Eine Studie im Südosten Londons zeigte für den Zeitraum 1965–1997 einen kontinuierlichen Anstieg der Inzidenz für Schizophrenien: »The incidence of schizophrenia has doubled in south-east London over the past three decades.« (BOYDELL et al. 2003: 45)

Die Schizophrenie kommt bei Männern und Frauen etwa gleich häufig vor, wobei Männer etwas früher erkranken als Frauen (vgl. WHO 2001: 33, LEWIS et al. 2001: 90, HÄFNER 2001: 202 ff.). Angehörige unterer sozialer Schichten leiden deutlich häufiger an Schizophrenie, und Aggregatdatenanalysen zeigen regelmäßig, dass sowohl die Inzidenz als auch die administrative Prävalenz in unterprivilegierten Gebieten höher ist (vgl. LEWIS et al. 2001: 90 f.). Allerdings ist die Richtung eines möglichen Kausalzusammenhangs unklar. Es kann sein, dass ein Leben in schlechten materiellen Verhältnisse eher zum Ausbruch der Krankheit führt. Aber einiges deutet auch darauf hin, dass sich die Patienten bei Geburt in der sozioökonomischen Verteilung ihrer Herkunftsfamilien nicht von der Normalbevölkerung unterscheiden. Erst infolge des meist biografisch frühzeitigen Ausbruchs der Krankheit verschlechtern sich die Möglichkeiten, den sozialen Status zu halten, und die Betroffenen steigen sozial ab und konzentrieren sich in den schlechteren Wohngebieten (vgl. LEWIS et al. 2001: 90 sowie BECKER & SARTORIUS 1999: 486).

Verbreitung psychischer Störungen und Planung von Versorgungssystemen

Die epidemiologische Forschung zur Verbreitung von psychischen Störungen hat gezeigt, dass nicht alle Erkrankungsfälle erkannt und behandelt werden. Vor diesem Hintergrund haben GOLDBERG und HUXLEY in ihren Übersichtsarbeiten (1980 und 1992) die Public Mental Health-Implikationen dieser Befunde herausgearbeitet. Sie entwickelten ein theoretisches Fünf-Ebenen-Modell der Versorgung, das verdeutlicht, dass jeder Krankheitsfall vier »Filter« passieren muss, bevor er als Behandlungsfall in einer stationären psychiatrischen Einrichtung auftaucht.⁷ Die *erste Ebene* ist die z. B. in Gesundheitssurveys ermittelte Verbreitung einer psychischen Störung in einer bestimmten Population. Die *zweite Ebene* ist die in der primären, ambulanten Versorgung ermittelte Prävalenz von psychischen Störungen, in Deutschland z. B. durch Erhebungen in den Praxen der Hausärzte. Dazwischen liegt der *erste Filter*. Nicht alle Menschen mit psychischen Störungen treten mit dem System der medizinischen Versorgung in Kontakt, teils weil die Störungen sich spontan zurückbilden, teils, weil sie aus unterschiedlichen Gründen keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Bei den Fällen, die in der medizinischen Primärversorgung auftauchen, wird dann nur z. T. die psychische Störung vom Arzt richtig erkannt und diagnostiziert. Diese entdeckten Krankheitsfälle haben den *zweiten Filter* passiert und sind auf der *dritten Ebene* gelandet. Teils werden die

⁷ Das Modell ist theoretisch insofern, als jeder einzelne empirische Fall natürlich seinen jeweils eigenen Pfad durch die Institutionen der Diagnose und Therapie psychischer Störungen nimmt.

betreffenden Personen dann weiter im primären System versorgt, teils werden sie in psychiatrische Facharztbehandlung überwiesen. Letztere Fälle passieren den *dritten Filter* und erreichen die *vierte Ebene* des Versorgungssystems. Je nach Schweregrad und aktuellem Zustand müssen die Patienten z. T. stationär in einem Krankenhaus aufgenommen werden. Sie haben dann den *vierten Filter* hinter sich und befinden sich auf der *fünften Ebene* des Versorgungssystems. Dieses Fünf-Ebenen-Modell ist deshalb bedeutsam für die Versorgungsforschung, weil es den Blick schärft für Disparitäten und Fehlfunktionen existierender Versorgungssysteme. So ist in vielen unterentwickelten Ländern die vierte und fünfte Ebene kaum vorhanden, und die Menschen mit psychischen Störungen werden nur notdürftig im primären System behandelt oder bleiben sogar gänzlich unversorgt, da regelmäßig die Grundversorgung der körperlichen Erkrankungen Priorität besitzt. In entwickelten Ländern, in denen psychiatrische Versorgungsstrukturen vorhanden sind, treten oft andere Schwierigkeiten auf. So werden Patienten z. B. nicht in fachärztliche Behandlung überwiesen, weil die Hausärzte das Störungsbild nicht richtig diagnostizieren können, oder – im anderen Extrem – Patienten mit eher geringem Behandlungsbedarf werden der höchsten Ebene mit den intensivsten Therapien zugewiesen.

Orientiert an dem Modell von Goldberg & Huxley hat die epidemiologische Forschung ermittelt, wie hoch die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen auf jeder Ebene ist. Tabelle 2.1-2 gibt einen Überblick zu den Ergebnissen aus drei Studien, die in Greater Manchester, Groningen und Oberbayern durchgeführt wurden. Unabhängig von den deutlichen Unterschieden in den Prävalenzziffern auf jeder Ebene gibt es doch große Gemeinsamkeiten. Der Befund mit der größten Public Health Relevanz ist dabei die Erkenntnis, dass im System der Primärversorgung nur ein Bruchteil der psychischen Störungen richtig erkannt wird. »... Over the course of a year the majority of disordered patients are seen in primary care settings. However, many of these disorders will not be detected by the clinician seeing them. Providing that it can be shown that detection of such disorders actually helps the patient, *training general practitioners and staff of general medical clinics* in the detection and management of the common forms of mental disorder becomes an important public health task.« (GOLDBERG & HUXLEY 1992: 16, Hervorhebungen im Original).⁸

8 Das Problem der mangelhaften Diagnose psychischer Störungen in hausärztlichen Praxen existiert in Deutschland in ganz ähnlicher Form. So berichten TRESS et al. (1999) von einer Studie Düsseldorf Hausärzte: »Festzuhalten ist, dass ein Drittel der Patienten eines Hausarztes unter psychogenen Erkrankungen leidet, der Hausarzt jedoch nur bei 51,2 % der Betroffenen diese Erkrankung identifiziert.« (S. 336) Als Konsequenz dieser Befunde fordern die Autoren eine bessere Ausrichtung des hausärztlichen Versorgungssystems auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychogenen Erkrankungen und eine stärkere Kooperation mit Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen. SCHMAUß & MESSER (2003: 342) weisen darauf hin, dass

Tab. 2.1-2: Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Einwohner⁹

<u>Ebene</u>	<u>Greater Manchester</u>	<u>Oberbayern</u>	<u>Groningen</u>
1 Prävalenz in der Population	250–315	241	250–303
2 Prävalenz in Hausarztpraxen	230	214	224
3 im Primärsystem erkannt	101,5	132	94
4 in psychiatrischen Institutionen insgesamt	20,8	19	34
5 in stationärer Behandlung	3,4	5	10

Quellen: BAUER (2004: 18) (nach Dilling und Weyerer); GOLDBERG & HUXLEY (1992: 16) (nach eigenen Untersuchungen und Giel, Kroeter & Ormel)

Neben der Frage, wie groß der Anteil der verschiedenen Ebenen an der Gesamtversorgung ist, interessiert vor allem die Frage, wie viele der epidemiologisch festgestellten psychischen Störungen überhaupt behandelt werden. Für Deutschland liegen Informationen dazu erst seit den Erhebungen des Gesundheitssurveys von 1998/99 (Zusatzmodul »Psychische Störungen«) vor. Erhoben wurde die 12-Monats-Prävalenz für die 18–65-Jährigen. Von den 32 % dieser Altersgruppe (= ca. 15,6 Millionen Menschen), die im Erhebungsjahr unter einer psychischen Störung litten, stand nur jeder Dritte wegen dieser Störung in Kontakt mit einem Hausarzt oder mit den ambulanten oder stationären Einrichtungen der psychiatrischen/psychotherapeutischen Dienste (WITTCHEN & JACOBI 2001), d. h. der weitaus überwiegende Teil der Erkrankten hatte keinerlei Behandlung erhalten. Dieser grobe Indikator der »Unterversorgung« ist zwar mit bestimmten kaum vermeidbaren methodischen Unzulänglichkeiten behaftet (insbesondere dem Problem der angemessenen Definition von »Behandlungsbedarf«), aber als dominierendes Ergebnis lässt sich nur eine Schlussfolgerung ziehen: In Deutschland gibt es »eine gravierende Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkran-

besonders die Depression in den Praxen von Allgemeinärzten und Internisten häufig vorkommt. Von dem Drittel der Patienten, die psychiatrisch behandlungsbedürftig sind, haben mehr als die Hälfte depressive Störungen.

9 In der Tabelle wird für die Ebene 2 aus Gründen der Vereinfachung von »Hausarztpraxen« gesprochen. Damit ist nur ein Teil des medizinischen Systems der Primärversorgung erfasst. Natürlich gibt es entsprechende Probleme der Diagnostik psychischer Störungen häufig auch in den Krankenhausabteilungen der somatischen Disziplinen. So kommt beispielsweise eine Auswertung der Krankenhausfälle der DAK zum Ergebnis, dass von allen mit einer *psychiatrischen/psychosomatischen Hauptdiagnose* entlassenen Patienten lediglich 67,6 % auch in diesen Fachabteilungen, aber 32,4 % in rein somatischen Abteilungen behandelt worden waren (MAYLATH et al. 2003: 489)

kungen« (WITTCHEN 2000: 3).¹⁰ Der Versorgungsgrad variiert stark nach Diagnosen. Der Anteil der nicht behandelten Erkrankungen ist bei den Suchterkrankungen, den somatoformen Störungen und den Angsterkrankungen am höchsten (vgl. Tabelle 2.1-3).

Tab. 2.1-3: Psychische Störungen: Größenordnung (12 Monatsprävalenz), Behandlungs- und Nicht-Behandlungsquoten

Diagnosen	Prävalenz		davon:	
	in %	in Mio.	behandelt (%)	unbehandelt
Alle Diagnosen	32,1	15,6	36,4	63,6
Sucht	6,8	3,3	29,0	71,0
Affektive	11,5	5,6	50,1	49,9
Angst	14,5	7,0	43,6	56,4
Somatoforme	11,0	5,4	40,5	59,5
andere (vor allem: Psychosen)	2,9	1,4	61,0	39,0

Quelle: WITTCHEN (2000) S. 12; von den 32,1 % insgesamt Diagnostizierten hatten 48 % mehr als eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen.

Bei der Interpretation der Behandlungszahlen ist dabei zu beachten, dass hier jeder Kontakt zum Medizinsystem gezählt wird unabhängig von der Qualifikation des Behandelnden und der Qualität der Behandlung. WITTCHEN & JACOBI (2001) gehen vor diesem Hintergrund davon aus, dass in Deutschland »konservativ geschätzt« nur rund 10 % der Betroffenen eine adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhalten. Diese Situation ist kein deutsches Spezifikum, denn auch THORNICROFT & TANSELLA (2001) gehen in ihrer Abhandlung über die Prinzipien der psychiatrischen Versorgungsplanung von dieser Größe aus, und sie halten sie für typisch für die Situation in den meisten entwickelten Ländern: »... , since up to 25 % of all adults suffer from some mental health problem in any year, and since the capacity of the specialist mental health services even in the most economically developed countries is to offer contact to 2–3 % of the population in any year, it is clear that only about a tenth of all psychiatric morbidity can receive any clinical contact from specialist services (...). The central question then becomes: *which 10 %?*« (S. 181)

¹⁰ Angemerkt wird in der betreffenden Studie, dass der Versorgungsgrad bei den Kindern und Jugendlichen (14–24-Jährige) mit 17 % noch erheblich schlechter ist (WITTCHEN & JACOBI 2001: 13). Diese Zahlen wurden in Verlaufsanalysen ebenfalls für Ende der 1990er-Jahre ermittelt.

Um zu verdeutlichen, dass real existierende Versorgungssysteme (in einer Region) diese zentrale Frage gut oder schlecht beantworten können, verwenden sie ein einprägsames Modell. Sie unterscheiden drei Gruppen von Patienten: diejenigen, die gar nicht behandelt werden (A), diejenigen, die in der Primärversorgung behandelt werden (B) und schließlich die kleine Gruppe, um die sich die psychiatrisch/psychotherapeutischen Spezialdienste kümmern können (C). Auf der Abszisse eines Koordinatensystems tragen sie symbolisch den Schweregrad der psychischen Störungen ein und auf der Ordinate die jährliche Prävalenz. Das Modell nimmt an, dass mit dem Schweregrad der Störung deren Häufigkeit linear abnimmt. Ein optimales Versorgungssystem müsste so beschaffen sein, dass die wenigen schweren Fälle *alle* von den Spezialdiensten versorgt würden. Auf der anderen Seite blieben die vielen Menschen mit nur sehr leichten psychischen Befindlichkeitsstörungen ohne spezielle medizinische Behandlung. Dazwischen liegt die Gruppe mittelschwerer, mittelhäufiger Störungen, die gut im allgemeinmedizinischen Primärsystem versorgt werden kann (könnte). Die Grenzziehung zwischen den Gruppen könnte durch vertikale Linien erfolgen. Empirisch vorkommende Versorgungssysteme werden dieses Optimum nicht erreichen: d.h. die vertikalen Linien sind mehr oder weniger geneigt. Auch mittelschwere Fälle kommen zu den Spezialdiensten, und manche leichteste Befindlichkeitsstörung wird vom Hausarzt therapiert (vgl. Abbildung 2.1-1).

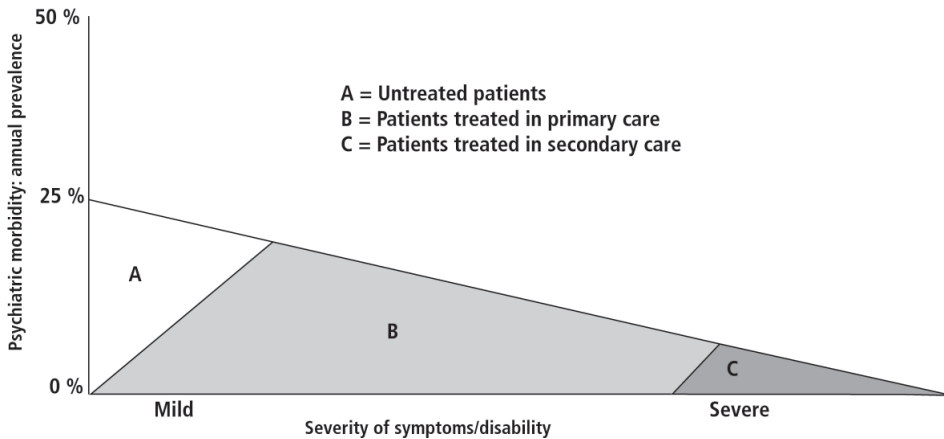


Abb. 2.1-1: Well Targeted Model

Bis zu einem gewissen Grade bleibt die Grenzziehung aber so, dass von »well targeted systems« gesprochen werden kann. Erst wenn der Verlauf der Grenzen sich zu sehr einem horizontalen Verlauf nähert (vgl. Abbildung 2.1-2), wird ein Versorgungssystem »poorly targeted«. Es ist falsch geplant und nicht auf den Be-

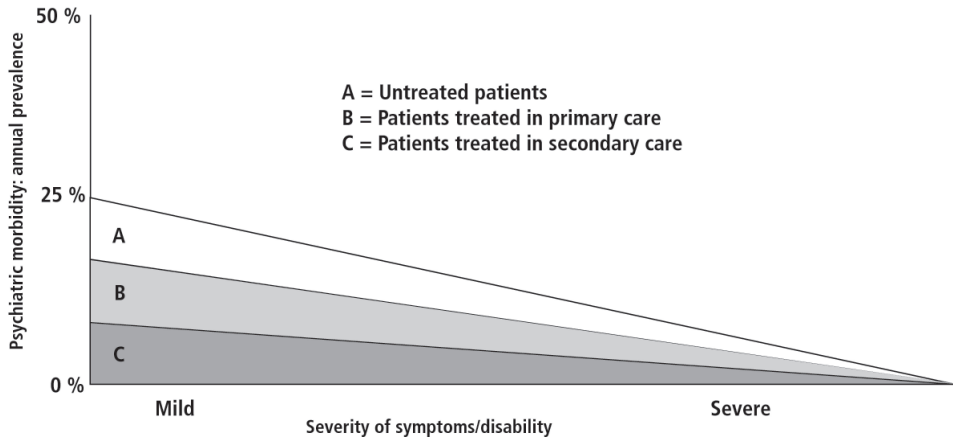


Abb. 2.1-2: Poorly Targeted Model

darf ausgerichtet, weil der Schweregrad der Erkrankung nicht mehr in Beziehung steht zur Qualität der Versorgung: Leichteste Fälle nutzen überflüssigerweise die teuersten Spezialeinrichtungen und auf der anderen Seite bleiben schwerste Fälle gänzlich unbehandelt oder werden unzureichend im allgemeinmedizinischen Betrieb »therapiert«.

Die Grundüberlegungen, die die Schaubilder von Thornicroft & Tansella zum Ausdruck bringen sollen, sind keine unverbindlichen Annahmen im Kontext wissenschaftlicher Reflexion über Versorgungsstrukturen, sondern sie sind in vielen Ländern *geltendes Recht*. In sozialstaatlich verfassten Gesellschaften, in denen der Zugang zu den medizinischen Dienstleistungen nicht allein durch die Kaufkraft der Nachfrage geregelt werden soll, ist der Anspruch auf Krankenbehandlung gesetzlich garantiert, sodass auch die nicht Zahlungskräftigen ein Recht auf Behandlung haben. In Deutschland werden die Anspruchsberechtigungen im *Sozialgesetzbuch V* (insbesondere im § 27 Abs. 1) spezifiziert.¹¹ Die »Kehrseite« dieser Anspruchsberechtigungen ist allerdings, dass der Zugang zu

11 Der § 27 Abs. 1 SGB V nimmt auf die psychisch Kranken besonders Bezug, er lautet: »(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst 1. ärztliche *Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung*, 2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, 3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, 4. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, 5. Krankenhausbehandlung, 6. *Leistungen zur medizinischen Rehabilitation* und ergänzende Leistungen. *Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ...* « (Eigene Hervorhebungen, zitiert nach KUNZE & KALTENBACH 2003: 135).

den verschiedenen Ebenen des Versorgungssystems von *formalen Bedarfsprüfungen* abhängig gemacht wird. Durch sie soll verhindert werden, dass »poorly targeted models« entstehen. Auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherungen dürfen nur »Kranke« medizinische Leistungen erhalten. »Dieses setzt eine Regelwidrigkeit des gesundheitlichen Zustands und Behandlungsbedürftigkeit voraus.« (KUNZE & KALTENBACH 2003: 135) Teurere und intensivere Behandlungen dürfen nur dann in Anspruch genommen werden, wenn weniger intensive Therapieformen nicht ausreichen. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung – als kostenintensivste Behandlungsform – ist in Deutschland nur dann zulässig, wenn nach § 39 Abs. 1 SGB V geprüft worden ist, dass das Behandlungsziel nicht durch ambulante oder teilstationäre Versorgung erreicht werden kann.¹²

Das biopsychosoziale Modell psychischer Krankheiten

Es ist fast trivial darauf hinzuweisen, dass für den Einsatz von Therapiemethoden und die Planung von Versorgungsstrukturen im Bereich der psychischen Erkrankungen eine genaue Kenntnis der Ursachen und Verlaufsformen dieser Störungen unerlässlich ist. GOLDBERG & HUXLEY (1992: 162) weisen jedoch auf eine irritierende Diskrepanz in der historischen Entwicklung beider Bereiche hin: In der »Anstaltsperiode« war »next to nothing« über die Ursachen der Störungen bekannt, aber man hatte – bis in die architektonischen Details – klare Vorstellungen davon, wie die zur Behandlung nötigen Institutionen auszusehen hätten. In den letzten Jahrzehnten gab es dagegen eine explosionsartige Ausweitung des Kenntnisstandes mit Beiträgen von der Molekularbiologie bis zu den Sozialwissenschaften, aber gleichzeitig sind die Ansichten über geeignete Versorgungsstrukturen diffuser, fragmentierter und umstrittener zwischen den beteiligten Professionen geworden.¹³

12 Der § 39 Abs. 1 SGB V regelt die Krankenhausbehandlung: »(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.« (eigene Hervorhebungen)

13 »In England, clinical psychologists know very little about social psychiatry and epidemiology; social workers know very little about either psychology or the biological basis of mental disorders;

Diese Verunsicherung hängt auch damit zusammen, dass der heutige Kenntnisstand es verbietet, die Entstehung psychischer Störungen wie früher einseitig entweder auf »biologische« oder aber auf »soziale« Ursachen zurückzuführen. Auch nach dem gegenwärtigen biomedizinischen Forschungsstand ist die Entwicklung eines Menschen Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von biologischen Faktoren und Umweltfaktoren, insbesondere auch Einflüssen aus der sozialen Umwelt. Dementsprechend werden heute meist drei Typen von Einflussfaktoren unterschieden, die an der Genese psychischer Störungen beteiligt sind: biologische Faktoren, psychische Faktoren und soziale Faktoren.¹⁴ Die dramatischen Fortschritte der Neurowissenschaften und der Genetik (insbesondere der Molekularbiologie) in den letzten Jahrzehnten haben dabei zur Dominanz einer Sichtweise beigetragen, die psychische Störungen als Erkrankungen des biologischen Organs *Gehirn* konzipiert. »We know that mental and behavioural disorders have a basis in the brain.« (WHO 2001: 4) Angesichts der neueren Forschungsergebnisse in den Neurowissenschaften ist diese Aussage aber nicht mehr gleichbedeutend mit der Behauptung, dass alle psychischen Störungen »letztlich« biologische Ursachen haben oder nur durch biologische, chemische oder physikalische Einflussnahme auf das Hirnorgan behandelt werden könnten. Denn die biologische Ausstattung eines Menschen ist nicht unveränderlich, sondern wird von der pränatalen Phase, über die Entwicklung in der Kindheit und Adoleszenz bis zum Alter in vielfältiger Weise von (auch sozialen) Umwelteinflüssen geprägt. Die neurowissenschaftliche Forschung hat darüber aufgeklärt, dass auch Aufbau und Funktionsweise des Gehirns mit jeder neuen Erfahrung, die ein Mensch während seines Lebens macht, sich verändern (können). Die »Anlage versus Umwelt«-Dichotomie ist heute angesichts der vertieften Erkenntnisse über die Funktionsweise des Gehirns obsolet geworden.

Biologische Faktoren in der Ätiologie psychischer Krankheiten: Das Gehirn kombiniert in einer noch längst nicht hinreichend erforschten Weise genetische, molekulare, biochemische und aus der Umwelt stammende Informationen. Die über 100 Milliarden Gehirnzellen unterschiedlichen Typs senden und empfangen dabei Impulse über besondere Strukturen, die Synapsen. Über die Synapsen werden mehr als 100 unterschiedliche chemische Botenstoffe, die Neurotransmitter, vermittelt. Bei jeder Tätigkeit des Gehirns werden hunderttausende von Gehirnzellen zu neuronalen Netzen verknüpft. Dieser Prozess läuft jedesmal neu ab, aber für die zentralen Funktionen gibt es stabile Muster. Jede unbewusste

and our psychiatrists all too often adopt either a narrowly biological approach to their subject, or an approach heavily emphasising dynamic psychiatry which is relatively uninfluenced by recent advances in either biological or social psychiatry.« (GOLDBERG & HUXLEY 1992: 162f.)

¹⁴ Die Darstellung in diesem Abschnitt stützt sich vor allem auf die Forschungsübersichten im WHO World Health Report 2001 sowie die Arbeiten von GOLDBERG & HUXLEY (1992) und RICHTER & EIKELMANN (1999).

körperliche Funktion, aber auch jedes bewusste Erleben, Fühlen, Denken wird durch den Aufbau dieser neuronalen Netze reguliert. In der pränatalen Phase entwickelt sich das Hirnorgan auf der Basis genetischer Programmierung und unter dem Einfluss der Umwelt (z.B. Art der Ernährung der Mutter). Die Fähigkeit zum Aufbau der neuronalen Netze bildet sich heraus, aber dieser Entwicklungsprozess hat kein Ende. »After birth and throughout life, all types of experience have the power not only to produce immediate communication between and among neurons, but also to initiate molecular processes that remodel synaptic connections (...). This process is described as *synaptic plasticity*, and it literally changes the physical structure of the brain. New synapses can be created, old ones removed, existing ones strengthened or weakened. The result is that information processing within the circuit will be changed to accommodate the new experience.« (WHO 2001: 6) Diese synaptische (oder neuronale) Plastizität bleibt über die gesamte Lebensspanne erhalten, und wird als ein wesentlicher Aspekt des evolutionären Erfolgs der menschlichen Gattung angesehen. »Every act of learning ... physically changes the brain.« (ebenda) Aber so bahnbrechend die Erkenntnisse der Neurowissenschaften auch sind: Das Verständnis des unentwirrbar ineinander verwobenen Zusammenspiels von genetischen, neurobiologischen und Umwelt-Einflüssen steht noch ganz am Anfang. Mit den weiteren Fortschritten der Neurowissenschaften und der Entwicklung bildgebender Verfahren verbindet sich aber die Erwartung, dass die Arbeitsweise des Gehirns vollständig entschlüsselt werden kann. »Innovations ... will permit real time cinema of the nervous system at work.« (WHO 2001: 7)

In jedem Stadium des Entwicklungsprozesses, insbesondere jedoch in den frühen Phasen, kann das komplexe Zusammenwirken von genetischen, molekularbiologischen und Umwelt-Einflüssen zu Fehlentwicklungen führen, die sich als Symptome einer körperlichen und/oder psychischen Erkrankung manifestieren. Heute kann nahezu jede psychische Erkrankung in Verbindung gebracht werden mit spezifischen Anomalien oder Kommunikationsstörungen auf der Ebene neuronaler Netze oder mit bestimmten genetischen Dispositionen.¹⁵ Teils sind diese Anomalien nur als Zustandsbild beschrieben, teils ist ihr Zustandekommen bereits ursächlich erklärt. Genetische Dispositionen spielen beim Ausbruch be-

¹⁵ Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, an dieser Stelle auf Forschungsergebnisse (ggf. zu einzelnen Krankheitsbildern) einzugehen. Das ganze Forschungsfeld expandiert dramatisch, und die Resultate sind im Detail für die in den biologischen Grundlagen der Medizin nicht speziell ausgebildeten Laien schwer nachzuvollziehen. Eine aktuelle Handreichung für die Weiterbildung zum Thema Ätiopathogenese der Schizophrenie referiert z. B. in der Übersicht Forschungsbefunde zu folgenden Bereichen: genetische Faktoren, neuropathologisch-anatomische Befunde zur Hirnstruktur, Befunde zur biochemischen Hirnfunktionalität (in Abhängigkeit von unterschiedlichen bildgebenden Messverfahren), Befunde zur Neurophysiologie und zur Neurobiochemie (sowie psychosoziale Befunde). Vgl. WOBROCK et al. (2004).

stimmter Erkrankungen z.T. nur dann eine Rolle, wenn es Interaktionseffekte mit bestimmten Umwelteinflüssen gibt. Beispiel für solche Einflüsse sind: Infektionen, Aufnahme psychoaktiver Substanzen als Fötus, Fehlernährung, Trennung von der Familie, soziale Isolierung oder Traumata (WHO 2001: 12).

Psychologische und soziale Faktoren in der Ätiologie psychischer Erkrankungen: Neben den biomedizinischen Ursachen ist im Bereich der psychischen Störungen seit jeher den aus einzelnen Lebensereignissen oder der gesamten Lebenssituation herrührenden Einflüssen große Beachtung geschenkt worden. In der Literatur werden diese Einflüsse als Stressfaktoren (oder Stressoren) bezeichnet.¹⁶ Inzwischen existiert eine Vielzahl von Untersuchungen zum Einfluss unterschiedlicher Stressoren, die das Risiko erhöhen, an einer psychischen Störung zu erkranken. Die Sozialepidemiologie unterscheidet verschiedene Arten psychosozialer Risiken: belastende Lebensereignisse (stressful life-events), andauernde körperliche und nervliche Belastungen in der Arbeitswelt oder der Familie sowie kritische Übergänge im Lebenszyklus (vgl. WALTZ 1981: 105, HURRELMANN 2003: 54 f.). Demgegenüber stehen psychische und soziale Schutzfaktoren, die diese Belastungen abmildern können. Dazu gehören psychosoziale Ressourcen, d.h. Fähigkeiten, mit einem Problem umgehen zu können (spezifische Persönlichkeitsmerkmale und Copingstrategien¹⁷) und die sozialen Ressourcen, d.h. die Hilfen und Unterstützungen, die ein Mensch durch die Einbindung in soziale Netzwerke bekommt (vgl. WALTZ 1981: 45, HURRELMANN 2003: 53 f.). Mittlerweile sind eine Vielzahl von Themen aus diesem Bereich näher erforscht worden. Wichtige Forschungsfelder waren z.B. die Verwitwetenforschung, die Forschungen zu Schwangerschaft und Geburt, zu Folgen von Trennung und Scheidung, zur freiwilligen und erzwungenen Migration, zu Arbeitslosigkeit und Verrentung, zum Verlust der Eltern, zu Misshandlungen und zum sexuellen Missbrauch sowie zur sozialen Unterstimulation (vgl. WALTZ 1981, BADURA 1981, GOLDBERG & HUXLEY 1992, SIEGRIST 1999, BECKER & SARTORIUS 1999, MECHANIC 2001). Ein weiteres wichtiges Forschungsgebiet ist die *chronische* Disstresserfahrung im Erwerbsleben oder in der Familie. Von dieser Art Dauerbelastung konnte wiederholt gezeigt werden, dass sie mit erhöhten Erkrankungsrisiken und höherer Rückfallhäufigkeit bei psychischen Störungen einhergeht (vgl. SIEGRIST 1999, HÄFNER 2001: 164 ff., SIEGRIST & MÖLLER-LEIMKÜHLER 2003). BADURA (1981:

16 Der Begriff stammt aus der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Literatur, ist aber inzwischen auch im medizinischen Schrifttum gut etabliert. Als Stressfaktoren kommen nicht nur psychosoziale Variablen im engeren Sinn in Betracht, sondern natürlich auch die Belastungen, die sich aufgrund von schweren körperlichen Erkrankungen ergeben, und die zur psychischen Destabilisierung führen können.

17 Solche Ressourcen müssen ihrerseits nicht unbedingt gesundheitsförderlich sein, wenn man zum Beispiel an den Konsum von »Genussmitteln«, Ablenkung durch Überarbeitung oder Flucht in risikoreiche Freizeitaktivitäten denkt.

155 f.) fasst diesen Zweig der Sozialepidemiologie, der die psychosozialen Entstehungsursachen und die Hinderungsgründe bei der Krankheitsbewältigung untersucht, mit dem Begriff der *Belastungsforschung* zusammen. Demgegenüber steht die *Ressourcenforschung*, die sich mit den Bedingungen befasst, die den Ausbruch einer Krankheit verhindern oder eine schnelle Bewältigung unterstützen. Immer wieder lässt sich beobachten, dass Menschen, die den gleichen Stressoren ausgesetzt sind, unterschiedlich darauf reagieren. Die einen werden krank, die anderen bleiben gesund. Die Ressourcenforschung hat inzwischen eine ganze Reihe von Bedingungen identifiziert, die vor negativen Verläufen schützen (vgl. GOLDBERG & HUXLEY 1992).

Zwei Arten von Ressourcen lassen sich unterscheiden: die persönlichen und die sozialen. »Je stärker das persönliche und soziale Immunsystem eines Menschen, umso belastbarer ist der Betreffende bzw. umso geringer ist seine allgemeine Krankheits- oder Unfallanfälligkeit.« (BADURA 1981: 156) *Persönlichkeitsmerkmale* wie Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit, die Überzeugung, Dinge selbst kontrollieren und steuern zu können, beeinflussen den Umgang mit Stressoren positiv, wohingegen Fatalismus, Hilflosigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl Coping-Mechanismen schwächen (WALTZ 1981: 47 f., THOITS 1995). Mit *sozialen Ressourcen* ist meist die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung gemeint. »Unter sozialer Unterstützung (social support) verstehen wir Fremdhilfen, die dem Einzelnen durch Beziehungen und Kontakte mit seiner sozialen Umwelt zugänglich sind und die dazu beitragen, dass die Gesundheit erhalten bzw. Krankheiten vermieden, psychische und somatische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit überstanden und die Folgen von Krankheiten bewältigt werden.« (BADURA 1981: 151) Soziale Unterstützung geben zumeist Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn und Arbeitskollegen. Dabei gibt es häufig Interaktionseffekte mit dem Alter oder dem Geschlecht, z.B. derart, dass im Alter die Bedeutung der Freunde und Arbeitskollegen abnimmt und die der Nachbarn steigt. Das Spektrum der Arten von Unterstützungsleistungen ist breit: Es reicht von emotionaler Unterstützung (Liebe, Zuwendung, Vertrauen, Gefühl der Dazugehörigkeit) über praktische Hilfen und Ratschläge bis hin zur finanziellen Förderung (vgl. BADURA 1981: 159, ANGERMEYER & KLUSMANN 1989, GOLDBERG & HUXLEY 1992, THOITS 1995). Ein weiterer Zweig der sozialepidemiologischen Forschung untersucht die ungleiche Verteilung der Belastungsfaktoren und der Ressourcen in der Gesellschaft. Dabei konnte von einer Vielzahl sozialstruktureller Variablen gezeigt werden, dass sie in Verbindung mit Mortalität, Morbidität, Krankheitsverlauf, Umfang der sozialen Unterstützung usw. stehen: Bildungsniveau, Einkommen, beruflicher Status, Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten, regionale Herkunft u. Ä. Auch Zusammenhänge dieser Variablen mit spezifischen Stressexpositionen, Bewältigungsstrategien, Zugängen zu professioneller Hilfe und gesundheitsrelevanten Lebensstilen konnten nachgewiesen

werden (vgl. BADURA & STRODTHOLZ 2003, SIEGRIST & MÖLLER-LEIMKÜHLER 2003, SIEGRIST 2002, WHO 2001, THOITS 1995).

Seit der Arbeit von ZUBIN und SPRING (1977) wird das Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren bei der Entstehung psychischer Krankheiten meist mit dem *Begriff des »Vulnerabilitäts-Stress-Modells«* zusammengefasst. Erweiterungen, wie die von LIBERMAN (1982), beziehen auch die Bewältigungspotenziale in den Begriff mit ein und sprechen *vom »Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell«* (vgl. HÄFNER 2001: 236) oder vom *»Vulnerabilitäts-Stress-Kompetenz-Modell«* (OLBRICH et al. 2004: 501). Das ursprünglich aus der Schizophrenie-Forschung stammende Modell wird heute bei allen psychischen Störungen verwendet (vgl. ANTHONY & LIBERMAN 1986). Unter *Vulnerabilität* eines Menschen wird dabei nicht nur die biologische Veranlagung zu einer Krankheit verstanden (wie es ein gelegentlich anzutreffendes Missverständnis behauptet), sondern ebenso die psychische oder soziale Ausstattung und Situierung, die anfällig macht. Auch auf der Seite der Stressoren können neben den erwähnten psychosozialen Belastungen biologische Einflussfaktoren wirksam sein. Das Modell ist unmittelbar handlungsanleitend für die klinische Praxis in der Behandlung: »Es geht darum, sich eine Übersicht über die aktuellen und prämorbidem Einschränkungen des Leistungsprofils, über relevante Belastungsmomente seiner gegenwärtigen oder künftigen Lebensumgebung und mögliche Ressourcen (Bewältigungsrepertoire des Patienten, stützendes soziales Umfeld usw.) zu verschaffen.« (OLBRICH et al. 2004: 501) Auf der Basis des Vulnerabilitäts-Stress-Kompetenz-Modells tritt neben die klassische defizitorientierte psychopathologische Einordnung des Patienten eine »ressourcenorientierte« Denkweise, die auch den Faktoren Beachtung schenkt, die sich in der Forschung als für die Gesunderhaltung wichtig herausgestellt haben. In der Public Health Literatur firmiert diese neue duale Sichtweise unter dem Begriffspaar von *Pathogenese* und *Salutogenese* (vgl. BADURA & STRODTHOLZ 2003, HURRELMANN & LAASER 2003, SCHWARTZ et al. 2003, KICKBUSCH 2003). Vorgeschlagen wurde der Begriff *Salutogenese* 1979 von dem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Antonovsky. Antonovsky wollte damit zum Ausdruck bringen, »dass die zentrale Fragestellung seines theoretischen Modells nicht ist, wie Krankheiten zustande kommen und sich entwickeln, sondern vielmehr, warum Menschen trotz einer Vielzahl von gefährdenden und belastenden Faktoren im mikrobiologischen, biochemischen, physikalischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und ökologischen Bereich gesund bleiben und Störungen der Gesundheit positiv ausgleichen können« (HURRELMANN 2003: 55). Auf der Basis dieser Denkweise, die auf die (ggf.: verbliebenen) positiven Potenziale eines Menschen schaut, lassen sich gerade im Bereich der chronischen psychischen Erkrankungen, die mit schweren Behinderungen verbunden sein können, therapeutische Strategien entwickeln, die zu einem Leben in der Gemeinde befähigen.

Prävention psychischer Erkrankungen

Im Rahmen des Public Health-Ansatzes wird unterschieden zwischen Konzepten zur Gesundheitsförderung einerseits und Konzepten der Krankheitsprävention andererseits (vgl. LAASER & HURRELMANN 2003). »*Gesundheitsförderung* bezeichnet alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen suchen.« (ebenda: 395) Die Adressaten sind alle Gruppen der Bevölkerung, insbesondere die Gesunden. In diesem Sinne ist der Begriff der Gesundheitsförderung umfassender als der der Prävention. Ansätze mit dieser Stoßrichtung werden auch als »primordiale Prävention« bezeichnet. Es liegt auf der Hand, dass angesichts des komplexen Verursachungszusammenhangs psychischer Störungen, bei der die psychischen und sozialen Belastungen, denen eine Person ausgesetzt ist, und die in der Sozialisation erworbenen Problembewältigungskapazitäten von ausschlaggebender Bedeutung sind, die gesundheitsgerechte Gestaltung aller Lebensbereiche ein wirksamer Ansatzpunkt zur Eindämmung psychischer Erkrankungen sein könnte. Allerdings dürfte das Spektrum der gesundheitsrelevanten Faktoren im Bereich der psychischen Gesundheit so umfangreich sein wie bei keiner körperlichen Krankheit, denn letztlich können buchstäblich alle gesellschaftlichen Verhältnisse und alle Wechselfälle des individuellen Lebens zum Anlass für Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens oder auch zur Ursache schwererer psychischer Störungen werden. Wegen der potenziell unendlich vielen Ansatzpunkte gesundheitsfördernder Maßnahmen konzentriert sich die Darstellung in diesem Abschnitt auf die Prävention im engeren Sinn, auf die Krankheitsprävention.¹⁸

Prävention kann in diesem Sinn definiert werden als Versuch, den Ausbruch einer Krankheit (oder das Auftreten einer speziellen Symptomatik) bei Personen zu verhindern oder zu verzögern, die zum Zeitpunkt der Intervention frei von diesen Symptomen oder dieser Erkrankung sind. Seit dem Vorschlag der US *Commission on Chronic Illness* von 1957 (vgl. BREAKEY 1996 b: 324) wird dabei häufig die folgende Unterscheidung getroffen: (a) *Primäre Prävention*: Dabei geht es um die Verhinderung des Auftretens einer Erkrankung bei einem Menschen, der bis zu diesem Zeitpunkt von der Krankheit noch nicht betroffen ist. (b) *Sekundäre Prävention*: Damit ist die Reduzierung der Krankheitsausbreitung in einer Population durch

18 In der mehrjährigen Arbeit des *Special Commitees* des britischen *Royal College of Psychiatrists*, in der der Stellenwert der Prävention in der Psychiatrie bestimmt werden sollte, sind »issues of positive mental health« aus ähnlichen Gründen nur am Rande behandelt worden; denn zu Recht sei die Öffentlichkeit recht skeptisch, wenn von Psychiatern Ratschläge erteilt würden, wie die Gesellschaft zu gestalten sei und wie man leben solle (vgl. PAYKEL 1994). Die Mannigfaltigkeit möglicher Empfehlungen stehe in deutlichem Kontrast zur Spärlichkeit wissenschaftlicher Forschungsergebnisse.

Früherkennung und frühzeitige Behandlung gemeint. (c) *Tertiäre Prävention* sind Interventionen, die verhindern sollen, dass eine Krankheit chronisch wird und zu dauerhaften Behinderungen führt.¹⁹ Fast immer wird in der neueren Literatur darauf hingewiesen, dass nur die primäre Prävention einen deutlich abgegrenzten Typ von gesundheitspolitischen Interventionen darstellt, denn Früherkennung, frühzeitige Behandlung und der Versuch, Chronifizierung zu verhindern, sind im Grunde integrale Bestandteile der Behandlung (Kuration), sie sind Kriterien für deren Qualität. Das US *Institut of Medicine* (IOM) hat deshalb 1994 – andere Klassifikationsvorschläge aus den 1980er-Jahren aufgreifend – vorgeschlagen, nur die Verhinderung des Auftretens von Neuerkrankungen als Prävention zu bezeichnen (primäre Prävention). Auf dieser Basis sollte dann aber zwischen »*Universal interventions, directed at whole populations*; *Selective interventions, directed at groups with known risk factors*; *Indicated interventions, for people who have clinical evidence that they, individually, are at special risk*« (BREAKEY 1996b: 324) unterschieden werden (vgl. MRAZEK & HAGGERTY 1994).²⁰

Die enge Verbindung, die der *Community Psychiatry* Ansatz und *Public Health* Ansatz von den 1950er- bis in die 1970er-Jahre eingegangen waren, hatte dazu geführt, dass die Idee der primären Prävention zum wichtigsten Ziel der CMHCs wurde. In einem aus heutiger Sicht unglaublich naivem Optimismus wurde das, was durch präventive Maßnahmen erreicht werden könnte, erheblich überschätzt. Der Begriff der Primärprävention ist dadurch bis heute in gewisser Weise negativ vorbelastet. »Many psychiatrists consider primary prevention of mental illness a hollow term, and they have not forgotten the failed dreams of prevention promised in the community psychiatry movement of the 1970s.« (JENKINS 1994: 12) Die Komplexität des multifaktoriellen Entstehungszusammenhangs psychischer Störungen wurde unterschätzt. Inzwischen ist der Bestand an Forschungsergebnissen stark angewachsen,²¹ und es ist klarer erkennbar, welche psychischen

19 Die Terminologie in dieser vereinfachten Form hat den Vorzug, dass sie bis heute weit verbreitet ist. Der Versuch der WHO aus den 1980er-Jahren, eine präzisere Begrifflichkeit zu entwickeln, hat sich nicht durchgesetzt. Die WHO hatte ein lineares Stadienmodell des Krankheitsverlaufs zugrunde gelegt und folgende Zuordnung vorgeschlagen: primäre Prävention verhindert »*diseases*«, sekundäre Prävention verhindert »*impairments*«, tertiäre Prävention verhindert »*disabilities*«, und quartäre Prävention schließlich verhindert »*handicaps*« (vgl. SARTORIUS 2001).

20 SEGRIST (2003: 538) bezieht sich wohl auf diese Kategorisierung, wenn er »drei Ebenen« der Prävention unterscheidet, »die individuelle, die gruppenbezogene und die strukturelle Ebene, wobei gruppenbezogene Maßnahmen danach unterschieden werden können, ob sie auf bestimmte Risikopopulationen oder aber auf breitere Bevölkerungsschichten angewandt werden«. Hier wird eine enger an die angloamerikanische Begrifflichkeit angelehnte Übersetzung verwendet: universale, selektive und spezifisch indizierte Prävention.

21 Vgl. insbesondere die Bestandsaufnahmen des *Committee on Prevention of Mental Disorders* (des US Institute of Medicine) MRAZEK & HAGGERTY 1994 und des *Special Committee on the Place of Prevention in Psychiatry* (des UK Royal College of Psychiatrists) PAYKEL & JENKINS 1994 sowie die Übersichtsartikel von SARTORIUS (2001), MCGORRY (2001) und GITTELMAN (2001).

Erkrankungen durch Präventionsmaßnahmen verhindert werden können. Dazu gehören beispielsweise die Schädigung des Gehirns durch Mängel der Ernährung oder Infektionen, die Entstehung von Alkohol-, Medikamenten- und anderen Drogenabhängigkeiten, die Verhinderung von Selbsttötungen nach bestimmten Lebensereignissen oder in bestimmten Lebenssituationen. Bei den affektiven Störungen, bei Psychosen und Persönlichkeitsstörungen gibt es zwar einige Erkenntnisse über die Entstehungszusammenhänge in der Kindheit und Jugend, aber ein Instrumentarium der Einflussnahme ist kaum entwickelt. Insbesondere gibt es kaum Möglichkeiten für populationsbezogene universale Präventionsmaßnahmen. Die Ursachen sind so vielfältig, dass PAYKEL (1994: 7) – die herrschende Meinung in der Profession wohl zutreffend wiedergebend – die heutige pragmatische Bescheidenheit in Sachen Primärprävention auf folgende Formel bringt: »Here an important general conclusion emerges: it is better to think small than to think big. In psychiatry targeted preventive medicines are likely to be more profitable than universal measures. It is easier to modify the social micro-environment of the family than the macroenvironment of society as a whole. Similarly it is easier to tackle precipitating factors where the link with onset of disorder is closer, rather than predisposing factors. Coping responses are more amenable to intervention than is removal of social stresses themselves, many of which are bound up with the inevitable consequences of the life-cycle. What is not at present feasible in primary prevention is to change dramatically cultures or societal structures, except for the most deprived. Nor is it possible to avoid interpersonal life events, or, as yet, to prevent functional disorders by tackling biological causes and mechanisms.«

Die spezifisch indizierte Prävention bei einzelnen Individuen oder bei genau abgegrenzten kleinen Risikogruppen²² ist das Einzige, was die Psychiatrie als Profession beim gegenwärtigen Kenntnisstand im Bereich der primären Prävention leisten kann. Bei den stärker populationsbezogenen Interventionen von Typ der universalen oder selektiven Prävention kann sie nur die Rolle des Fürsprechers spielen. Sie kann sich dafür einsetzen, dass bestimmte Ziele von anderen Akteuren z. B. in der Drogen-, Jugendhilfe-, Familien-, Arbeitsmarktpolitik usw. verfolgt werden, und sie kann Expertenwissen zur Frage mobilisieren, wie sich bestimmte Maßnahmen vermutlich auf die Situation der psychisch Gefährdeten oder Erkrankten auswirken werden. Vor dem Hintergrund des eher unentwickelten Kenntnisstandes zur Primärprävention psychischer Erkrankungen wird plau-

22 Beispiele wären etwa die Versorgung traumatisierter Opfer von Naturkatastrophen, Unfällen, kriminellen Attacken, Kriegsereignissen, familiärer Gewalt, sexuellen Missbrauchs usw.; die Betreuung von Schwangeren bei komplizierten Geburten; die Beratung in anderen kritischen Lebenssituationen wie Prüfungsereignissen, Verlust von Angehörigen, finanziellem Ruin, Arbeitsplatzverlust usw.

sibel, dass die Gesundheitswissenschaften hier ein in Zukunft wichtiger werden-
des Feld für innovative interdisziplinäre Forschung sehen (vgl. SIEGRIST 2003).²³

Gibt es wenigstens Erfolg versprechende Ansätze bei der *sekundären Prävention*, also bei der Früherkennung und frühzeitigen Behandlung von psychischen Störungen? Erfolgreiche Maßnahmen der sekundären Prävention setzen zweierlei voraus: zum einen zuverlässige Methoden des Screenings von Populationen, um Manifestationen einer Erkrankung frühzeitig festzustellen, und zum anderen effektive Methoden der Behandlung dieser Krankheiten in einem Frühstadium. Wenn beides verfügbar ist und treffsicher implementiert wird, dann sinkt die Prävalenz der betreffenden Krankheit in der Population. MCGORRY (2001) unterscheidet dabei zwei Ansätze, die besonders viel zur Absenkung der Prävalenz psychischer Störungen in einer Population beitragen können: zum einen die Früherkennung von Krankheiten die sehr häufig auftreten (*high incidence disorders*), zum anderen die Früherkennung relativ selten auftretender Krankheiten, die einen besonders schweren und langfristigen Verlauf nehmen (*low incidence disorders*).²⁴ Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn die Depression als häufige Krankheit und die Schizophrenie als besonders schwerer Störungstyp zu den wichtigsten Feldern der Forschung im Bereich der sekundären Prävention geworden sind. Insbesondere in den 1990er-Jahren sind weltweit zahlreiche Fortschritte bei der Entwicklung von Screening-Instrumenten zur Früherkennung dieser beiden Krankheiten gemacht worden, und es wurden zahlreiche Frühinterventionsprogramme konzipiert, die bei ersten Anzeichen der Krankheit (oder sogar noch früher²⁵) die Patienten durch eine Kombination von Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie vor einem Ausbruch oder zumindest einem schlimmen Ausbruch der Krankheit bewahren sollen. Sowohl für die Depression (vgl. JANÉ-LLOPIS 2003) wie für die Schizophrenie wäre es derzeit aber noch zu früh

23 Das US Institute of Medicine sieht ähnliche Forschungsdesiderate. »The technology of prevention in mental health is still in its infancy, and preventive intervention research to provide more powerful tools for prevention should be given high priority.« (BREAKEY 1996: 334)

24 »The disorders involved are low in incidence but proportionately much higher in prevalence because of their persistence and tendency to recurrence; hence people with these conditions accumulate in service systems and dominate in every respect. Onset cases with ambiguous features, less disability and a different range of needs will appear atypical, and perhaps ›not appropriate‹ for or deserving of access to specialist mental health services.« (MCGORRY 2001: 499)

25 Im Bereich der Schizophrenie-Forschung gibt es besonders in Deutschland viel versprechende Ansätze. Basierend auf den Forschungen einer Gruppe um Häfner zur Prodromalphase der Schizophrenie wurden Instrumente zur Frühdiagnose entwickelt, die weltweit als die zuverlässigsten angesehen werden. Bei den deutschen Ansätzen wird versucht, mit der Behandlung noch früher zu beginnen als bei den Experimenten der australischen Gruppe um McGorry. Mehrere Verfahren der Frühintervention zur Verhütung der Krankheit sind derzeit in Erprobung (vgl. KLOSTERKÖTTER et al. 2000, HAMBRECHT 2001, KLOSTERKÖTTER et al. 2001, WARNER 2001, HAMBRECHT et al. 2002, BECHDOLF et al. 2003).

zu behaupten, es gäbe wissenschaftlich gut abgesicherte Verfahren der Früherkennung und Frühintervention. Insofern hat die Aussage von HAGGERTY & HAMBURG (1994: vi), die den Stand der Forschung vor zehn Jahren zusammenfasst, weiterhin Gültigkeit: »Currently there is little evidence from research that any specific mental disorder can be prevented.« Der Ausbruch des vollen Krankheitsbildes kann auch mit den inzwischen entwickelten Instrumenten nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit prognostiziert werden, die Gefahr falsch positiver Vorhersagen ist sehr groß (WARNER 2001), und bei den Früh-Therapien gibt es zwar viel versprechende Ansätze, aber ihre Wirksamkeit ist wissenschaftlich noch nicht endgültig erwiesen. Zumindest bei einer stark vorurteilsbeladenen Krankheit wie der Schizophrenie ergeben sich zudem gravierende ethische Probleme. Bei einer frühzeitigen Behandlung werden die Betroffenen unweigerlich auch frühzeitig stigmatisiert. Diese Gefahr muss stets abgewogen werden gegen die Chance eines remittierenden Verlaufs nach einer ersten psychotischen Episode. Eine Frühdiagnose kann schlimmstenfalls zur self-fulfilling-prophecy werden, wenn man in Rechnung stellt, »dass die eingesetzten Therapieformen, insbesondere die Medikamente, unerwünschte Nebenfolgen haben könnten, die den positiven Effekt der Behandlung gegebenenfalls ins Negative umkehren« (HAMBRECHT et al. 2002: B2494).

Tertiäre Prävention ist im Bereich der psychischen Erkrankungen im Wesentlichen gleichzusetzen mit allen Interventionsformen, die einer Chronifizierung vorbeugen sollen, Komplikationen verhindern und die dauerhaften Behinderungen so klein wie möglich halten sollen. Regelmäßig gehen Behandlungen mit diesem Ziel weit über die medizinische Therapie im engeren Sinn hinaus. Sie beinhalten auch alle Anstrengungen, den Betroffenen Lebensqualität und Teilhabe in den Bereichen Wohnen, Arbeiten, Sozialkontakte usw. zu erhalten oder zurückzugewinnen. Tertiäre Prävention kann insofern als Teilaspekt von Rehabilitation (oder als Synonym dafür) abgehandelt werden.

Rehabilitation bei psychischen Krankheiten

Die WHO bezeichnet als Rehabilitation alle Maßnahmen, die verhindern sollen, dass Menschen, die bestimmte Aktivitäten nur eingeschränkt oder gar nicht ausüben können, weil sie körperliche oder psychische Funktionseinbußen haben, auch von der Teilhabe in bestimmten Lebensbereichen ausgeschlossen sind. Wichtige Lebensbereiche sind in diesem Sinn z. B. die Erwerbsarbeit, die selbstständige Lebensführung mit Wohnung und Haushalt und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Auf Rehabilitation sind besonders die Menschen angewiesen, die unter einer chronischen Erkrankung leiden, bei denen also eine Erkrankung nicht völlig ausheilt, sondern im Gegenteil immer die Gefahr droht, dass die Einschränk-

kungen stärker werden. Die Rehabilitation soll dann die negativen Folgen der Krankheit möglichst gering halten, die verbliebenen Aktivitätspotenziale stabilisieren und ein Fortschreiten oder eine Verschlimmerung der Krankheit verhindern. Bei chronischen Krankheiten bezeichnen *Rehabilitation* und *tertiäre Prävention* praktisch den gleichen Sachverhalt.

Diagnostiziert wird das Ausmaß der Defizite (aber auch der Ressourcen) mit Hilfe der *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, die als Maßstab einen funktionalen Gesundheitsbegriff zugrunde legt. Personen sind dann gesund, wenn sie in ihrem konkreten Lebenskontext körperlich und psychisch über Fähigkeiten den allgemeinen Normen entsprechend verfügen, und damit alle die Aktivitäten ausüben können, die von Gesunden erwartet werden, und sie somit Teilhabe an allen Lebensbereichen haben können, die ihnen wichtig sind. Umgesetzt ist dieses WHO-Konzept in Deutschland im *Sozialgesetzbuch IX* (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). Damit wird dem gegliederten System der sozialen Sicherung in Deutschland ein umfassendes Rehabilitationskonzept zur Aufgabe gemacht. Chronisch psychisch kranke Menschen sollen nach den Erfordernissen ihres individuellen Hilfebedarfs die notwendigen (und nach den betreffenden Leistungsgesetzen zulässigen) Maßnahmen erhalten, die das Ziel haben, »die krankheitsbedingten Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe an der Gesellschaft zu überwinden – oder, wenn dies nicht möglich ist –, den Betroffenen in den Stand zu versetzen, seine vorhandenen wie auch die beeinträchtigten Fähigkeiten so zu nutzen, dass der größtmögliche Grad an eigenständiger Lebensführung und Integration in die Gesellschaft erreicht werden kann« (BAR 2003: 9). Das *Sozialgesetzbuch IX* unterscheidet dabei drei Leistungsbereiche der Rehabilitationsträger: die *medizinische Rehabilitation*, die *Teilhabe am Arbeitsleben* und die *soziale Rehabilitation* (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft).²⁶ »Allgemeines Ziel und Aufgabe der *medizinischen Rehabilitation* ist, den gesundheitlichen Schaden, sowie die eingetretenen Funktionsausfälle und Beeinträchtigungen hinsichtlich der Verrichtungen des täglichen Lebens einschließlich derjenigen im Berufsleben und der gesellschaftlichen Integration zu beseitigen oder zumindest einzuschränken, den Rehabilitanden bei seiner Bewältigung zu unterstützen und drohende Funktionsausfälle oder Beeinträchtigungen zu verhindern. In dieser Zielsetzung sind bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen von besonderer Bedeutung

26 Als Kostenträger für die einzelnen Bereiche bestimmt das Gesetz die *gesetzlichen Krankenkassen* für die medizinische Rehabilitation, die *Arbeitsverwaltung* (Bundesagentur für Arbeit) für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die *gesetzlichen Rentenversicherungsträger* für die Bereiche der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben. Sofern die *Sozialhilfeträger* für die Kosten aufkommen, können ebenfalls Leistungen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation, aber darüber hinaus auch Leistungen zur Sicherung der Teilhabe an der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation) finanziert werden.

- die seelische und körperliche Stabilisierung und der Aufbau von Motivation,
- die Entwicklung von Fähigkeiten und die Stärkung des Willens zur Krankheitsbewältigung,
- die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einer möglichst selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung und Alltagsgestaltung,
- die Abklärung von Eignung und Neigung, insbesondere im Hinblick auf ggf. erforderliche weiterführende Maßnahmen, z. B. im berufsfördernden Bereich.« (BAR 2003: 9 f.)

Die *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* sollen zum Erhalt oder zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit beitragen. Ziel ist die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Falls das (noch) nicht möglich sein sollte, wird die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem besonderen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen gefördert. Die soziale Rehabilitation dient der gesellschaftlichen Eingliederung in einem sehr umfassenden Sinn. Sie hat zum Ziel, »die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft zu ermöglichen, die die Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie die Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen umfasst« (BAR 2003: 10). Die Leistungen werden nur nach einer Bedarfsprüfung gewährt. Bei ihr muss nachgewiesen werden, dass »Rehabilitationsbedürftigkeit« vorliegt, und dass »Rehabilitationsfähigkeit« bestätigt werden kann. Besonders die letzte Anforderung ist im Bereich psychischer Erkrankungen bedeutsam, denn die Person muss im Hinblick auf Motivierbarkeit und Belastbarkeit für eine Rehabilitation geeignet sein. Der erwartete Erfolg einer Maßnahme muss in einer formellen »Rehabilitationsprognose« spezifiziert und auf ein konkretes Ziel ausgerichtet werden.

Das allgemeine Konzept der Rehabilitation geht von der Vorstellung einer klar abgegrenzten Abfolge von Phasen bei der Krankheitsbekämpfung aus. Am Anfang steht die *Prävention* (und Frühbehandlung) einer Störung. Falls die Krankheit ausbricht, muss sie im Rahmen der medizinischen Akutversorgung behandelt werden (*Kuration*). Danach müssen dann in der *Rehabilitation* die verbliebenen Einschränkungen angegangen werden. Viele chronische Krankheiten, insbesondere aber die chronischen psychischen Erkrankungen, entsprechen dieser idealtypischen Abfolge nicht. Bei dauerhaften psychischen Krankheiten können zusätzlich zu den krankheitsbedingten Behinderungen stets auch akute Krankheitsphasen auftreten. Während einer Rehabilitationsbehandlung kann also – zumindest zeitweise – die Rehabilitationsfähigkeit verloren gehen. Noch schlechter lassen sich bei psychischen Störungen die Maßnahmen der Akutbehandlung von denen der Rehabilitationsbehandlung abgrenzen. Denn: »Bei psychischen Krankheiten ist frühzeitige rehabilitative Behandlung wegen der Tendenz zur Chronifizierung von besonderer Bedeutung und dem Grunde nach nicht von der Akutbehandlung zu trennen. Dies gilt insbesondere für schizophrene Psychosen,

wo wegen des Betroffenseins von Kernbereichen sozialer Kompetenz Methoden der sozialen und beruflichen Rehabilitation integraler Bestandteil jeder Behandlung sein müssen.« (FRITZE et al. 2001: 90)²⁷ Da bei schizophrenen Psychosen Einschränkungen der sozialen Funktionsfähigkeit (d.h. Behinderungen) zum Teil schon Jahre vor der ersten schweren akuten Episode zu beobachten sind, überschneiden sich nicht nur Akut- und Rehabilitationsphase, sondern sogar Präventions- und Rehabilitationsphase. In diesem Sinne ist es konsequent, wenn HÄFNER (2001) die Rehabilitationsmaßnahmen als völlig in den Behandlungsprozess integriert ansieht: »Zeitlich betrachtet unterscheidet man eine Phase der Frührehabilitation, die im optimalen Fall bereits in der Prodromalphase und vor Ausbruch der ersten Episode einsetzt. Ihr Ziel ist die Verhinderung oder Verringerung der in dieser frühen Phase bereits auftretenden sozialen Behinderungen und ihrer Folgen. Als zweite Phase folgt die klinische Rehabilitation mit dem Ziel, während der stationären Behandlung die von der Psychose bedrohten kognitiven, emotionalen und instrumentellen Fähigkeiten nach Möglichkeit zu erhalten, um wiederum deren soziale Folgen zu minimieren. Mit der klinischen Rehabilitation verbindet sich die Vorbereitung auf Entlassung und Nachsorge. Ein wesentlicher Aspekt dieses Bemühens ist, den Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung und vom Krankenhaus in Familie und Gesellschaft vorzubereiten, um den Kranken in dieser verletzbaren Phase möglichst geringen Belastungen auszusetzen und die Fortführung der notwendigen Trainings- und Rehabilitationsmaßnahmen zu gewährleisten. An die klinische Rehabilitation schließt sich die berufliche und soziale Rehabilitation an, deren Dauer vom individuellen Bedarf abhängt.« (S. 350f.) Wenn man psychische Erkrankungen auf der Basis des biopsychosozialen Modells (und nicht nur als rein biomedizinisches Phänomen) versteht, und außerdem die ungewöhnliche Zeitstruktur des Hilfebedarfs in Rechnung stellt, wird offensichtlich, dass die Organisation rehabilitativer Leistungen im Bereich psychischer Erkrankungen jedes Hilfesystem vor eine sehr schwierige Aufgabe stellt. Die spezielle Problematik kann an zwei Punkten verdeutlicht werden.

Der erste Punkt ist die Notwendigkeit, eine *Doppelstrategie von »personalem Zugang« und »ökologischem Zugang«* zu implementieren (vgl. EIKELMANN & REKER 1996, PFAMMATTER et al. 2000). Bei den personalen Maßnahmen geht es

27 PFAMMATTER et al. 2000 leiten den gleichen Sachverhalt theoretisch auf der Basis *des Vulnerabilitäts-Stress-Modells* her: »Die durch die Vulnerabilität beeinträchtigten psychischen Prozesse und die daraus hervorgehenden funktionellen Einbußen können in ihrer die Stresstoleranz vermindernenden Wirkung durch die Aktivierung protektiver Faktoren entweder über personale oder umgebungsbezogene rehabilitative Förderungsmaßnahmen abgeschwächt werden. Das Modell verdeutlicht damit zugleich, dass in der psychiatrischen Versorgungspraxis Prävention, Behandlung und Rehabilitation nicht kategorisch voneinander zu trennen sind, sondern fließend ineinander übergehen.« (S. 62)

darum, den erkrankten, von Chronifizierung bedrohten oder schon behinderten Menschen im Rahmen von Trainingsmaßnahmen Fertigkeiten und Wissen zu vermitteln, die seine Coping-Kapazitäten stärken und das Zurechtfinden im Alltagsleben ermöglichen. Das Spektrum dieser Interventionen ist vielfältig, es reicht von der Aufklärung über die Notwendigkeit einer u.U. dauerhaften Medikation²⁸ bis hin zu speziellen kognitiven, sozialen und arbeitsbezogenen Trainingsprogrammen. Regelmäßig müssen dazu unterschiedliche Berufsgruppen in einem Rehabilitationsteam zusammenwirken. Unter dem Diktat leerer Kassen besteht dabei in allen Ländern die Gefahr, dass die psychosoziale Rehabilitation gegenüber der medizinischen Nachsorge zu kurz kommt. »The lack of the social dimension leads to inappropriate long-term care provision: entertainment instead of rehabilitation. Psychosocial rehabilitation is not entertainment for patients organized by second class staff or by specialists in the most bizarre techniques (painting, acting, playing, singing, sculpturing, etc.); it is re-construction of citizenship through everyday life skills. Indeed, rehabilitation can be a most sophisticated care provision for severely mentally ill, but it requires interdisciplinary and intersectoral strategies and alliances.« (SARACENO 2004: 5) Im Rahmen der ökologischen Zugänge ist es das Ziel, die Umwelt besser an die Bedürfnisse der kranken und behinderten Menschen anzupassen. Auch hier ist das Spektrum der Maßnahmen sehr weit. Es reicht von Interventionen im sozialen Nahbereich (z. B. Aufklärung der Angehörigen und gezielte Erziehung zu gesundheitsförderlichen Veränderungen im Alltagsleben) über die Errichtung spezieller Institutionen²⁹ für die Rehabilitation bis hin zur Errichtung von politischen Vertretungs- und Lobbystrukturen. Diese zuletzt genannten Interventionen sind keine Reha-Maßnahmen im sozialrechtlichen Sinn, aber sie sind unerlässlicher Bestandteil von tertiärer Prävention, denn ohne eine Verbesserung des gesellschaftlichen Umfelds, des Meinungsklimas in der Öffentlichkeit und der Rechtspositionen psychisch kranker Menschen ist schwer vorstellbar, wie Behinderungen im Sinne des englischen ›handicap‹-Begriffs abgebaut werden könnten. »Legislation to provide tax incentives for employers to hire the disabled either part- or full-time,

28 Non-Compliance mit den Medikationstherapien ist einer der Hauptgründe für einen schlechten Verlauf z.B. von chronischen Schizophrenien. Angesichts mangelnder Krankheitseinsicht, fehlender Unterstützung durch Angehörige, häufig auch aufgrund der schwerwiegenden Nebenwirkungen oder wegen unzureichender Aufklärung durch überbeschäftigte Ärzte in der ambulanten Nachsorge wird die Bedeutung der Medikamente für den Verlauf der Rehabilitation von den Betroffenen oft nicht richtig eingeschätzt (vgl. GITTELMAN 2001: 510).

29 PFAMMATTER et al. (2000: 61) listen hier auf: Einrichtung eines besonderen Arbeitsmarktes mit Werkstätten, Zuverdienst- und Selbsthilfefirmen, Einrichtungen im Bereich Wohnen: Wohnheime, Wohngemeinschaften, Familienpflege, betreutes Einzelwohnen sowie Einrichtungen im Freizeitbereich: Kontaktzentren, Tagesstätten, Patientenclubs. Die Institutionen werden unten im Kapitel 2.2 näher behandelt.

campaigns to educate the public about mental illness and efforts to organize family associations and other self-help organizations all reduce the impact of disabilities and help to eliminate handicap and stigma.« (GITTELMAN 2001: 515)

Der zweite Punkt ist das *Problem der zeitlichen und sachlichen Feinabstimmung der Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen eines integrierten Systems*. GITTELMAN (2001) resümiert als Quintessenz aller Studien zum Erfolg psychiatrischer Rehabilitation: »Since the 1950s, it has been recognized that unless systems of treatment and rehabilitation are comprehensive, coordinated and continuous, people with mental illness cannot be expected, on their own, to find and obtain the care they must have.« (S. 514) Das heißt alle Rehabilitationsmaßnahmen müssen *umfassend* sein. Sie dürfen nicht nur medizinische Belange berücksichtigen, sondern müssen auch auf die Wohnsituation, die Arbeit und die sonstigen Bereiche des Alltagslebens der Betroffenen ausgerichtet sein. Sie müssen *koordiniert* sein, d.h. es darf nicht zum Nebeneinander unterschiedlichster Interventionen kommen, die wechselseitig wenig oder nichts voneinander wissen. Und die Hilfen müssen zeitlich gut abgestimmt sein, um die *Kontinuität* der Behandlung zu sichern. So darf es nicht vorkommen, dass aufgrund zeitlicher Brüche die Erfolge einer Maßnahme bis zum Beginn der nächsten Maßnahme wieder verloren gehen. Immer wenn eine der drei Bedingungen nicht gegeben ist, kann sich der prinzipiell mögliche Erfolg psychiatrischer Rehabilitation nicht einstellen. Im Hinblick auf dieses Problemfeld ist die Situation in Deutschland besonders kritisch, denn die komplizierte Zersplitterung der Kostenträgerschaft für die Einzelemente einer umfassenden Rehabilitation, die geringe Koordination zwischen dem System der ambulanten und der stationären Versorgung und die unterentwickelte Kultur des Monitoring und der systematischen Qualitätssicherung sind denkbar ungünstige Voraussetzungen für die Implementation effektiver und effizienter Rehabilitationsmaßnahmen.

2.2 Institutionen der psychiatrischen Versorgung

Jeder Versuch, das System der psychiatrischen Versorgung in Deutschland kurz zusammengefasst darzustellen, hat mit verschiedenen Schwierigkeiten zu kämpfen. Sie rühren daher, dass es keine einheitliche Rechtsgrundlage für den Aufbau gemeindeintegrierter Verbundsysteme gibt. Die einzelnen Bundesländer (und innerhalb der Länder die Gebietskörperschaften) verfolgen z. T. unterschiedliche Ansätze. In einigen Regionen ist die dritte Phase der Psychiatriereform noch kaum angebrochen, in anderen Regionen existiert bereits das volle Spektrum der Hilfsangebote. Im Rahmen dieser verschiedenen Ansätze haben Einrichtungen mit dem gleichen Namen oft unterschiedliche Aufgabenstellungen und Personalausstattungen. Zudem sind die Aufgaben der einzelnen Einrichtungen infolge der Vielfalt der Träger

und Finanzierungsformen nicht klar abgegrenzt. Das Spektrum von Hilfsangeboten des einen Einrichtungstyps überlappt sich oft mit dem eines anderen Typs. Jeder Versuch, die Auflistung der verschiedenen »Bausteine« (so die Terminologie der Expertenkommission 1988) nach einem bestimmten Gesichtspunkt klar zu gliedern, hat deshalb seine Stärken und Schwächen; keiner ist wirklich trennscharf. Weder lassen sich die Einrichtungen trennscharf nach »Behandlung« versus »Rehabilitation« unterscheiden, noch nach »Funktionen«. ³⁰ Rein formaljuristische oder finanzwirtschaftliche Unterscheidungen nach Trägerschaften sind im Rahmen der vorliegenden Arbeit ebenfalls unzumutbar. Gänzlich obsolet geworden ist heute die aus der Phase der Deinstitutionalisierung stammende Vorstellung, die Einrichtungen ließen sich im Sinne einer »Behandlungskette« aneinander reihen. An die Stelle dieses Begriffs ist heute die »Netzwerk« Metapher getreten oder – im offiziellen Sprachgebrauch der Psychiatrieplanung – der Begriff des »gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)«. ³¹ Er ist ein Organisations- und Planungsmodell ohne gesetzliche Verbindlichkeit, aber als Orientierungsrahmen für die verschiedenen Akteure außerordentlich wirksam. Die Bausteine eines GPV werden im folgenden in einer rein pragmatischen Gliederung vorgestellt. Wegen der dynamischen Veränderungen in den letzten Jahren stützt sich die Darstellung im Wesentlichen auf die aktuellsten verfügbaren Übersichten (vgl. insbesondere: Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden 2003, BAR 2003, VOGES & BECKER 2004, BERGER 2004b). ³²

Niedergelassene Ärzte und Psychologen

Für die ambulante Versorgung der psychisch Kranken spielen die *Hausärzte* eine wichtige Rolle. Die rd. 55 000 Hausärzte versorgen rd. 42 Mio. Patienten. Es wird geschätzt, dass ca. 24 % ihrer Patienten auch unter psychischen Störungen leiden

30 Die Expertenkommission (1988) hat eine solche funktionale Betrachtungsweise eingenommen und nach vier Funktionsbereichen unterschieden: »Behandlung/Pflege/Rehabilitation«, »Wohnen«, »Arbeit« und »Kontaktstiftung – Alltagsgestaltung/Tagesstrukturierung – Teilhabe am Leben in der Gesellschaft«.

31 »Definieren lässt sich der GPV als ein verbindlich kooperierendes Netzwerk von Einrichtungen und Diensten mit vertraglicher Verpflichtung zur Versorgung aller, vorwiegend chronisch psychisch Kranker und seelisch Behinderter in einem geografisch begrenzten Gebiet.« (VOGES & BECKER 2004: 261)

32 Die Betrachtung bleibt auf die Allgemeinpsychiatrie beschränkt. Nicht einbezogen werden die speziellen Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Versorgungseinrichtungen für Demenzerkrankte (und Altenpflegeinstitutionen allgemein) sowie die Einrichtungen für suchtkranke Menschen und die Forensik. Detailliertere Darstellungen der psychiatrischen Versorgungsstrukturen wie die der Expertenkommission von 1988, ERNST 1998 und RÖSSLER & SALIZE 1996 sind heute teilweise überholt.

(BERGER 2004b: 197). Auch wenn bei weitem nicht alle Erkrankungen erkannt und behandelt werden, dürften die Hausärzte somit den größten Anteil an der ambulanten Versorgung haben. Häufig sind sie zudem erste Anlaufstelle für Patienten, die ggf. an niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie überwiesen werden. Die ca. 4500 *Nervenärzte* versorgen ca. 2,5 Mio. Patienten pro Jahr (ebenda). Die Tätigkeit der Nervenärzte umfasst Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation von hirnorganischen, endogenen, persönlichkeitsbedingten, neurotischen und reaktiven psychischen Krankheiten oder Störungen (vgl. SCHRÄDER et al. 2002). Demzufolge behandeln sie alle psychischen Störungsbilder, einschließlich der chronisch Kranken. Die Zahl dieser Fachärzte hat sich seit 1980 verdreifacht. Die in der Enquete geforderte Schlüsselzahl von einem Nervenarzt auf 50 000 Einwohner ist längst erreicht. Im Jahr 2000 lag dieser Indikator bei 1: 16 292 (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003: 21); allerdings gibt es große Unterschiede zwischen den Stadtstaaten (z. B. Hamburg: 1: 6813) und den Flächenländern in Ostdeutschland (z. B. Brandenburg: 1: 28 593). Trotz der Zunahme der Fachärzte gibt es gravierende regionale Disparitäten und auch – nach Ansicht der psychiatrischen Fachgesellschaft (DGPPN) – eine deutliche Unterversorgung in der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Eine sachgerechte Behandlung erfordere etwa einen Facharzt pro 6000 Einwohner. Unter den gegenwärtigen Bedingungen sei eine gute Qualität der Behandlung nur schwer zu gewährleisten.³³ Insbesondere dürfte das die Therapieformen der »sprechenden« Medizin betreffen. In Deutschland gibt es zudem nur in Ausnahmefällen in den Praxen der niedergelassenen Fachärzte auch Fachkräfte anderer Berufsgruppen wie z. B. Soziotherapeuten, Sozialarbeiter oder Fachkrankenpfleger.

Besser sieht die Situation in der ambulanten *Psychotherapeutischen Medizin* und insbesondere in der *Psychologischen Psychotherapie* aus. Es gibt ca. 2900 niedergelassene ärztliche psychotherapeutische Mediziner und etwa 12 000 psychologische Psychotherapeuten. Die Zahl hat sich seit 1980 mehr als verzehnfacht, sodass heute pro ca. 4800 Einwohner ein niedergelassener Psychotherapeut zur Verfügung steht (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003). Das am 01.01.1999 in Kraft getretene Psychotherapeuten-Gesetz hat eine Niederlassungswelle bei den psychologischen Psychotherapeuten ausgelöst. Allerdings ist die regionale Ungleichverteilung noch größer als bei den Nervenärzten. Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten in freier Praxis behandeln schwerpunktmäßig Neurosen und körperliche Funktionsstörungen. Bis Mitte der siebziger Jahre dominierten

33 »Somit muss für den ambulanten Bereich zusammenfassend festgestellt werden, dass flächendeckend die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet ist. Die niedergelassenen Fachärzte versorgen zwar etwa 2,5 Mio. Patienten pro Jahr, jedoch ermöglicht die zu niedrige Facharztzahl und das extrem niedrige Budget nur noch Medizin im 5-Minuten-Takt oder wochen- bis monatelange Intervalle zwischen den einzelnen Konsultationen.« (BERGER 2004b: 198)

die psychoanalytisch und tiefenpsychologisch orientierten Verfahren. Seither hat auch die Bedeutung verhaltenstherapeutischer Verfahren, die vielfach von Psychologen praktiziert werden, zugenommen. In der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen spielen Psychotherapeuten kaum eine Rolle. Bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 wurden psychotherapeutische Leistungen von Ärzten nach der Einzelleistungsvergütung abgerechnet, Psychologen konnten nur im Delegationsverfahren mit der kassenärztlichen Vereinigung abrechnen, wenn zuvor ein (Fach-)Arzt die Leistungen verordnet hatte. Seit 1999 können auch approbierte Diplom-Psychologen direkt mit der kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Zugelassen sind jedoch nur psychodynamisch und lerntheoretische Verfahren sowie im Rahmen psychosomatischer Behandlung »übende Verfahren« wie Autogenes Training oder Relaxationsbehandlung nach Jacobson. Alle anderen Verfahren und Leistungen von nicht approbierten Psychotherapeuten müssen von den Patienten/Klienten direkt bezahlt werden und sind in der Regel nicht erstattungsfähig.

Die Mittelverteilung im Bereich der Psychotherapie wird heute z. T. kritisch betrachtet. Weitaus mehr Geld wird für die so genannte »Richtlinienpsychotherapie« ausgegeben als für die psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung – und das, obwohl die Zahl der Patienten in der Grundversorgung dreimal höher ist. 43 % der Mittel für die Richtlinien-Psychotherapie entfallen allein auf Psychoanalyse-Behandlungen. »Das heißt zurzeit wird in der ambulanten Versorgung mehr Geld für die psychoanalytische Behandlung einer umschriebenen Patientengruppe als für die psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung von etwa 2,5 Mio. Patienten verwandt. Insbesondere aufgrund des engen Indikationsbereichs dieses Verfahrens nach evidenzbasierter Medizin muss hier von einer deutlichen Fehlallokation von Mitteln ausgegangen werden.« (BERGER 2004b: 199) In der privatwirtschaftlich organisierten ambulanten Versorgung sind also auch in Deutschland deutliche Tendenzen zu erkennen, sich auf die leichteren Spielarten von psychischen Störungen zu konzentrieren (vgl. ERNST 1998: 63).

Nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen ist die Zusammenarbeit der Mediziner und Psychologen in freiberuflicher Praxis mit den anderen Bausteinen eines GPV mangelhaft. Eine gewisse Verbesserung ist vielleicht dadurch zu erwarten, dass seit Januar 2002 ein Leistungsanspruch auf Soziotherapie (§ 37a Sozialgesetzbuch V) besteht. »Ärzte mit der Gebietsbezeichnung »Psychiatrie« oder »Nervenheilkunde« können – vorausgesetzt, sie erklären sich zur Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen bereit – gesetzlich versicherten Patienten Soziotherapie verordnen, die bei derselben Erkrankung auf maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren begrenzt ist. ... Das Diagnosespektrum ist eingegrenzt auf Krankheiten des schizophrenen und affektiven Formenkreises.« (VOGES & BECKER 2004: 265) Inwie-

weit diese neuen Regelungen die Versorgung der Menschen mit schwereren Störungen verbessern, ist noch nicht endgültig abzusehen. Die bisher vorliegenden Erfahrungen sind jedoch wenig ermutigend.

Ambulante (sozial-)psychiatrische Dienste

Vor dem Hintergrund der früheren und auch der heutigen Defizite in der traditionellen ambulanten Versorgung durch freiberufliche Praxen ist die Entstehung einer für Deutschland neuen Einrichtung zu sehen: die *Institutsambulanz* (vgl. SPENGLER 2003). Historisch gesehen knüpft die Institutsambulanz an die zwischen den beiden Weltkriegen von vielen Anstalten betriebene »Außenfürsorge« an, eine Tradition, die nach 1933 abrupt unterbrochen wurde (sog. Erlanger Modell). 1977 erhielten zunächst die psychiatrischen Fachkrankenhäuser das Recht, solche Institutsambulanzen zur Nachbetreuung der ehemaligen Patienten zu eröffnen (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003: 22). Bei den gemeindeintegrierten Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern war die Errichtung einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) abhängig von der Zustimmung der lokalen Kassenärztlichen Vereinigung, die allerdings in der Regel mit dem Argument versagt wurde, die ambulante Versorgung sei durch die niedergelassenen Nervenärzte gesichert. Erst durch eine Änderung im *Sozialgesetzbuch V* im Jahr 2000 erhielten auch die Abteilungen einen Rechtsanspruch auf Einrichtung einer Institutsambulanz für ihren Einzugsbereich, sofern sie sich an der regionalen Pflichtversorgung beteiligten. Zweck dieser Ambulanzen ist es, die schwer chronisch Kranken und dauerhaft behinderten Menschen zu versorgen, die von Nervenarztpraxen häufig nicht erreicht werden oder aufgrund von Zeitmangel dort nicht angemessen versorgt werden können. Das Behandlungsteam ist multiprofessionell ausgerichtet und bietet das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie an. Institutsambulanzen sind ein wichtiges Mittel, die therapeutische Kontinuität zu gewährleisten. Die Leistungen werden direkt mit den Krankenkassen abgerechnet oder pauschaliert abgegolten. Grundsätzlich sollten Institutsambulanzen auch in der Lage sein, nachgehende Hilfe durch Hausbesuche und Kriseninterventionen zu leisten. Die Leistungsbereitschaft eines solchen Dienstes müsste sich folgerichtig auch auf die Nacht, die Wochenenden und die Feiertage erstrecken. Wo dies nicht der Fall ist, organisieren die Krankenhäuser z. T. *Notfall- und Krisendienste*. Bis heute haben weder alle Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern noch alle Fachkrankenhäuser von ihrem Recht Gebrauch gemacht, Institutsambulanzen einzurichten. So kommen in Bremen, Hamburg und Hessen z. B. ca. 130 000–160 000 Einwohner auf eine Institutsambulanz, während es in Baden-Württemberg noch fast 950 000 Einwohner pro Einrichtung sind (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003: 23).

Die aus den angloamerikanischen Ländern bekannten ambulanten gemeindepsychiatrischen Behandlungsformen des »*Assertive Community Treatment*« (ACT) und des »*Case Management*« (CM), die sich in vielen Studien als sehr effektive Behandlungsregimes erwiesen haben, werden in Deutschland erst ansatzweise praktiziert. Meist ist der institutionelle Rahmen dieser Modelle eine Institutsambulanz. »Allerdings macht das gegliederte, relativ fragmentierte Versorgungssystem in Deutschland eine Umsetzung von ACT und CM nicht einfach. Dies schränkt den praktischen Nutzen der internationalen Wirksamkeitsliteratur ein.« (VOGES & BECKER 2004: 266)

Ein weiterer Baustein eines GPV sind die *Sozialpsychiatrischen Dienste*. Aufgabenspektrum, personelle Ausstattung und Arbeitsweise sind in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich geregelt. Vielerorts besteht ein Sozialpsychiatrischer Dienst aus Ärzten und Sozialarbeitern, häufig auch aus Pflegekräften und Psychologen. Meist hat der Sozialpsychiatrische Dienst zwei Aufgaben: zum einen beteiligt er sich an der Versorgung und Betreuung chronisch kranker und behinderter Menschen, zum anderen hat er Koordinierungsfunktionen. Zu Letzteren gehört z. B. die Beratung anderer (sozialer) Dienste und der niedergelassenen Ärzte oder z. B. die Geschäftsführung eines regionalen Psychiatriebeirats. Bei der patientenbezogenen Arbeit liegt der Schwerpunkt auf vorsorgender und nachgehender Hilfe vor allem für die Menschen, die von sich aus Hilfe nicht aktiv in Anspruch nehmen. »In den meisten Bundesländern sind Sozialpsychiatrische Dienste Bestandteil des öffentlichen Gesundheitswesens und organisatorisch an die kommunalen bzw. staatlichen Gesundheitsämter angegliedert. Sie nehmen hier in der Regel auch hoheitliche Aufgaben (Beteiligung am Unterbringungsverfahren) nach den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) bzw. den Unterbringungsgesetzen der Länder wahr.« (BAR 2003: 66) Nach der Übersicht der Arbeitsgruppe Psychiatrie (2003: 23) gibt es heute fast flächendeckend Sozialpsychiatrische Dienste (586 in 15 Bundesländern³⁴). Nur in vier Ländern verfügen diese Dienste auch über eine Behandlungsbefugnis für die Ärzte (ebenda: 24).

Krankenhaus und Tagesklinik

Wichtigster Baustein eines GPV in einer Versorgungsregion ist die Einrichtung zur stationären Behandlung. Wie in Kapitel 1 bereits dargestellt, hat sich dabei in Deutschland eine in absehbarer Zeit schwerlich zu überwindende Koexistenz von zwei Einrichtungstypen herausgebildet. Zum einen existieren fast alle ehemaligen Anstalten in verkleinerter und erheblich modernisierter Form fort. Sie

³⁴ Für das Land Hessen lagen der Arbeitsgruppe keine Angaben vor.

sind weiterhin reine Sonderkrankenhäuser nur für Menschen mit psychischen Störungen und nicht in das allgemeine Krankenhauswesen integriert. In der Terminologie der Psychiatrieplanung werden sie heute als »*Psychiatrische Fachkrankenhäuser*« oder »*Psychiatrische Fachkliniken*« bezeichnet. Aufgrund ihrer geografischen Lage sind sie meist »gemeindeferne« Einrichtungen, die von den Betroffenen und ihren Angehörigen nur umständlich erreicht werden können. Zum anderen gibt es die »*Psychiatrischen Fachabteilungen*« an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Dieser Einrichtungstyp entspricht in vollem Umfang den Prinzipien der Psychiatrie-Reform, die die volle Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken anstrebt. Die Gemeindennähe und die geringere Stigmatisierung sind die Hauptvorteile der Fachabteilungen. Dazu kommt die bessere Qualität der medizinischen Versorgung in solchen integrierten Krankenhäusern: Somatische Begleiterkrankungen können ohne Zeitverzug und kostenintensive Außer-Haus-Verlegungen von Fachärzten der anderen Abteilungen mitversorgt werden, und umgekehrt ist für die somatischen Fachabteilungen ein psychiatrischer Konsiliardienst unkompliziert verfügbar.

Die Vorteile der Fachabteilungen gegenüber den Fachkrankenhäusern sind heute weitgehend anerkannt, sodass die Planungsrichtlinien in den meisten Bundesländern die Neueinrichtung psychiatrischer Betten nur noch in Form von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zulassen, was konsequenter Weise eine entsprechende Bettenreduktion in den Fachkrankenhäusern nach sich zieht. Allerdings ist klar, dass die institutionellen Beharrungskräfte, insbesondere die Interessen der unterschiedlichsten Besitzstandswahrer, erheblich sind. Ob die Gleichstellung der psychisch kranken Menschen und die Verwirklichung der Ziele der Psychiatrie-Reform in Zukunft weiter voranschreiten, oder ob die Reform »auf halbem Wege« (BÜHRING 2001) stecken bleibt, ist heute schwer zu prognostizieren.³⁵

Die Trends, die die letzten Jahrzehnte prägten, dauern auch heute noch an: Der Bettenabbau in den Fachkrankenhäusern schreitet weiter voran, parallel dazu werden neue Fachabteilungen gegründet oder ausgebaut. »Im Jahr 2000 stellten insgesamt 220 Fachabteilungen und 202 Fachkrankenhäuser die Versorgung im Bundesgebiet sicher. Dabei befanden sich in der Trägerschaft der Fachabteilungen ca. 21 700 Betten und in der Trägerschaft der Fachkrankenhäuser ca. 33 000 Betten (ohne die Betten aus Baden-Württemberg, bei denen eine Differenzierung nicht möglich war).« (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003: 19)³⁶ Insgesamt wird die Zahl

35 Die Argumente der Befürworter einer Weiterführung der Reform der stationären Versorgung werden im »Positionspapier« des Arbeitskreises der Chefarzte und Chefarztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern zusammengefasst (vgl. AUERBACH, BAUER, FÄHNDRICH et al. 2000).

36 Die Zahlenangaben unterscheiden sich erheblich von den Angaben bei BAUER et al. (2001), die im ersten Kapitel berichtet wurden. Offensichtlich stützen sich die Zählweisen auf unterschied-

der »Betten« in der Allgemeinpsychiatrie in Deutschland im Jahr 2000 auf rd. 63400 geschätzt (ebenda). In dieser »Bettenzahl« sind auch die ca. 8400 tagesklinischen Plätze enthalten. Obwohl es in den Fachkrankenhäusern mehr Betten gibt, ist die Zahl der behandelten Patienten mittlerweile in den Fachabteilungen etwa gleich groß, denn die Aufenthaltszeiten sind deutlich geringer als in den Fachkrankenhäusern (Berger 2004b: 200).

Zum Teil versuchen die Fachkrankenhäuser eine bessere Integration in die Gemeinden dadurch zu erreichen, dass sie »Satelliten« als Außenstellen zur »Mutterklinik« gründen. Diese relativ kleinen Einrichtungen sind jedoch regelmäßig nicht in der Lage, eine vollständige Versorgungsverpflichtung für eine Region zu übernehmen. »Schwierige« Fälle müssen dann doch wieder in das entfernte »Mutterhaus« aufgenommen oder verlegt werden. Stationäre Versorgung nach diesem Modell wird zu Recht als »Zweiklassenpsychiatrie« kritisiert.³⁷

Abgesehen von der historisch bedingten Differenz zwischen einem auf Egalität und einem auf Separierung gegründeten Behandlungskonzept haben sich die Standards der Versorgung in beiden Einrichtungstypen heute stark angeglichen. Dazu hat vor allem die Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 (Psych-PV) beigetragen. Sie traf verbindliche Festlegungen über die Anzahl, das Qualifikationsniveau und die Art der (multi-)professionellen Zusammensetzung der Beschäftigten in einer psychiatrischen Klinik. Überall führte die Umsetzung der Psych-PV zu einer beträchtlichen Ausweitung und zur qualifikatorischen Melioration des Klinikpersonals. Mit der Verbesserung der Strukturqualität konnte auch die Prozessqualität gesteigert werden. Besonders in den Fachkrankenhäusern, in denen es früher meist nur Ärzte und Pflegepersonal gab, konnten so modernere Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte eingeführt werden.³⁸ Die Psych-PV setzt die Ergebnisse der modernen Forschung zur psychiatrischen Rehabilitation konsequent um und definiert die Personalausstattung einer Klinik so, dass schon während einer Akutbehandlung die medizinische Reha-Behandlung mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung einsetzen kann.

liche Quellen. Insgesamt ist die Datenlage zur Berechnung der langfristigen Trends in der stationären Versorgung in Deutschland völlig unbefriedigend. Der Arbeitsgruppe der Landesgesundheitsministerien (2003) gelang es jedenfalls weder für alle alten noch für alle neuen Bundesländer, vergleichbare Zahlen für die Jahre 1980, 1990 und 2000 zusammenzustellen.

37 Zu den Pro- und Contra-Argumenten des Satellitenmodells vgl. VOIGTLÄNDER 2002 und GEBHARDT & SCHMIDT-MICHEL 2002.

38 Nach den Angaben bei BAUER et al. (2001: 31 f.) stieg zwischen 1990 und 1995 in 115 Kliniken z.B. die Zahl der Sozialarbeiter um 84 % an, die der Arbeitstherapeuten um 41 %, die der Psychologen um 33 % und die des medizinischen und pflegerischen Personals um 43 % bzw. 18 %. Umfassend dargestellt werden die Auswirkungen der Psych-PV im Ergebnisbericht des zugehörigen Evaluationsprojektes der Aktion Psychisch Kranke, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen (1998).

Ein weiterer Baustein des GPV – meist mit enger Verbindung zu einer stationären Einrichtung – sind teilstationäre Angebote. Der quantitativ wichtigste Typ sind *Tageskliniken*. Daneben gibt es auch noch vereinzelt Nachtkliniken und den Typ der teilstationären Behandlung in einen vollstationären Setting. Tageskliniken fungieren im GPV als Bindeglied zwischen der Lebenswelt des Patienten einerseits und einer medizinischen Intensiv-Behandlung andererseits. Der Aufenthalt im Alltag (über Nacht und am Wochenende) wird verbunden mit einer Krankenhausbehandlung von morgens bis abends. Auf die historische Entwicklung, die Behandlungskonzepte und die Funktion dieser Einrichtung im Rahmen eines GPV soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Sie sind als zentrales Thema dieser Arbeit Gegenstand der folgenden Kapitel.

Völlig unabhängig von den Strukturen der gemeindepsychiatrischen Verbünde hat sich in Deutschland ein zweites System der stationären Versorgung herausgebildet: die so genannten »*psychosomatischen Kliniken*«. Zurzeit gibt es etwa 19 000 Betten in diesem System, davon 4 000 in Akutkliniken und 15 000 in Reha-Kliniken (Berger 2004b: 201). Ursprünglich wurden die Reha-Kliniken von den Rentenversicherungsträgern eingerichtet, um Patienten zu versorgen, die neben somatischen auch psychische Störungen hatten. Das Modell beruht auf der für psychosomatische Krankheiten im engeren Sinn typischen Abfolge von kurativer und rehabilitativer Medizin. Allerdings entwickelten sich diese Kliniken in eine völlig andere Richtung: »Entgegen der initialen Zielsetzung entwickelte sich kein spezielles von psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken differenzierbares psychosomatisches Diagnosespektrum in diesen Kliniken. Etwa 90 Prozent der Patienten leiden an primär psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere an Depressionen und Anpassungsstörungen (...).« (BERGER 2004b: 201) Der einzige Unterschied zum normalen Versorgungssystem der Allgemeinpsychiatrie besteht darin, dass hier lediglich Patienten mit leichteren Störungen behandelt werden. Obwohl die Qualität einer solchen kostenintensiven stationären Versorgung der leichteren Fälle in psychosomatischen Akutkliniken noch nicht evaluiert wurde,³⁹ und obwohl die Psychiatrie-Planung im Grundsatz von der Priorität der ambulanten vor der stationären Versorgung ausgeht, ist auf diese Weise eine Situation entstanden, dass in Deutschland zurzeit »mehr Patienten pro Jahr stationär als ambulant psychotherapeutisch behandelt [werden] (354 000 zu 276 000).« (BERGER 2004b: 201). Da es zudem starke Bestrebungen gibt, dieses besondere System der stationären Behandlung leichter psychiatrischer Fälle weiter auszubauen

39 VOGES & BECKER (2004: 259) weisen daraufhin, dass bei dem gegebenen Diagnosespektrum die »Trennung von kurativer und rehabilitativer Medizin (...) nicht stimmig ist.« Auch FRITZE et al. (2001: 79 ff.) sehen gravierende Defizite bei der Outcome-Evaluation dieses Typs der stationären Versorgung, und sie vermuten einen hohen Grad an Fehlversorgung. Für die Vermutung mangelnder Effektivität dieser Behandlungsform spricht vor allem auch der wohnortferne Standort der meisten dieser Kliniken, der eine Behandlungskontinuität praktisch ausschließt.

en,⁴⁰ besteht zunehmend die Gefahr, dass psychiatrische Fachärzte, die sowieso nicht in ausreichender Zahl vorhanden sind, aus dem traditionellen Versorgungssystem abgezogen werden. Die Folge wäre, dass eine flächendeckende Versorgung der schwerer psychisch Erkrankten – trotz Versorgungsverpflichtung – nicht mehr gewährleistet werden könnte.⁴¹ Das Nebeneinander von zwei Systemen der stationären Versorgung der gleichen – nur im Schweregrad der Erkrankung unterschiedenen – Population gibt es außer in Deutschland nirgends. Offenbar wird das aber auch nirgendwo im Ausland als Defizit der eigenen Versorgungslandschaft angesehen.

Hilfen zum Wohnen in der Gemeinde

Die Entkopplung von medizinischer Behandlung und Wohnen ist der springende Punkt des sozialpsychiatrischen Versorgungskonzeptes. »Denn eine eigene Wohnung zu haben, allein, mit Angehörigen oder selbst gewählten Personen zu leben – das ist ein menschliches Grundbedürfnis, das ist eine entscheidende Voraussetzung für soziale Verwurzelung, psychische Stabilität und personale Identität. ... Wohnen ist der räumliche Bezugspunkt für das Leben in der Gemeinde. ... Mit dem Lebensbereich Wohnen ist besonders die Verwirklichung der Bedürfnisse nach Schutz, Privatheit, Vertrautheit und Kontinuität sowie Zugehörigkeit verknüpft. Von der eigenen Wohnung aus geht man vielen Beschäftigungen nach. Regelmäßige persönliche Beziehungen sind an den Lebensort gebunden und ergeben sich oft aus Aktivitäten am Lebensort. Regelmäßige Arbeitstätigkeit lässt sich auf die Dauer nur bewältigen, wenn ein gesicherter Ruhe- und Rückzugsraum gegeben ist, die eigene Wohnung. Die Verwurzelung in einer Wohnung, die als eigene erlebt wird, ist die entscheidende Grundlage und Voraussetzung für Rehabilitation und Eingliederung, für Integration.« (KUNZE 2001: 52) Ein optimal ausbalanciertes Versorgungssystem sollte also sicherstellen, dass psychisch kranke Menschen im Hinblick auf diesen Lebensbereich der Allgemeinbevölkerung möglichst gleichgestellt sind und dennoch alle medizinischen und sozialen Hilfen erhalten, die sie in ihrer speziellen Situation benötigen.

Derzeit ist eine flächendeckende Verwirklichung dieses Ziels noch in weiter Ferne. Allerdings unterscheiden sich die institutionellen Varianten der Hilfe zum Wohnen entscheidend danach, inwieweit sie sich diesem Ziel annähern. Am

40 Vgl. kritisch dazu auch: FRITZE & BERGER 2003.

41 Nach Einschätzung von BERGER (2004b: 202) ist die Unterversorgungssituation in den neuen Bundesländern z. T. bereits eingetreten: »Die stationäre Versorgungsverpflichtung schwerer Erkrankter, die psychosomatische Kliniken nicht haben, ist in den neuen Bundesländern, wo ebenfalls eine große Zahl von psychosomatischen Kliniken etabliert wurde und werden, bereits in einigen Regionen nicht mehr gesichert.«

stärksten dem alten Anstaltsparadigma verhaftet sind Wohnformen, die im Kontext der gemeindefernen Fachkrankenhäuser verbleiben. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die ehemaligen Langzeitstationen⁴² zu *Wohnheimen* auf dem Klinikgelände werden oder wenn eine reine Transinstitutionalisierung von Großkrankenhäusern in große Wohnheime stattfindet. Solche Wohnheime sind im Zuge des Bettenabbaus in großer Zahl entstanden. Sie stehen für Menschen mit vorübergehendem oder dauerhaftem Bedarf einer 24-stündigen Betreuung zur Verfügung. Oft sind es Patienten, die mehrjährige stationäre Krankenhausaufenthalte hinter sich haben und in ihren Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt sind. Finanziert wird die Unterbringung meist auf der Basis des Bundessozialhilfegesetzes. Träger sind oft die (Landes-)Wohlfahrtsverbände, die Gebietskörperschaften oder freie Trägervereine.⁴³ Ein großer Teil wird aber auch privatwirtschaftlich betrieben. Genaue Angaben zur Entwicklung der Heime sind nicht vollständig verfügbar. Eine Auswertung für sechs Bundesländer lässt aber erkennen, dass zwischen 1980 und 2000 zwar die Zahl der Plätze von 9000 auf rd. 9700 zugenommen hat, die Zahl der Heime jedoch ebenfalls von 99 auf 243 gestiegen ist. Es gibt also einen erkennbaren Trend zu kleineren Wohnheimen. Die enge Kopplung von Hilfsangeboten mit einer speziellen – potenziell diskriminierenden – Wohnform wird zunehmend kritisch betrachtet. Das »personen-zentrierte Behandlungskonzept« lehnt solche Formen der institutionellen Zusammenfassung von Menschen mit ähnlichem Hilfebedarf ab, und favorisiert ambulante Hilfen für Menschen in viel stärker differenzierten Wohnformen.

Den Zielsetzungen eines GPV stärker entsprechende Wohnformen sind die Varianten des *Betreuten Wohnens* (»Außenwohngruppen« mit Anbindung an ein Wohnheim, Wohngemeinschaften, Paarwohnen oder Einzelwohnen). Die Vielfalt der organisatorischen Lösungen ist hier naturgemäß sehr groß. Zumeist handelt es sich bei den Hilfen um eine ambulante Betreuung durch Sozialarbeiter, Krankenpflegefachkräfte, z. T. auch durch Psychologen oder Ergotherapeuten (vgl. BAR 2003: 68). Die ärztliche Versorgung übernehmen Institutsambulanzen oder niedergelassene Ärzte. Die Hilfe erstreckt sich vor allem auf die Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten mit dem Ziel einer eigenständigen Lebensführung,

42 Im Jahr 2000 gab es in den Langzeitbereichen der ehemaligen Anstalten nur noch etwa 1600 Betten. Das entsprach ca. 2,5 % der Gesamtbettenkapazität in stationären Einrichtungen (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003: 19).

43 »Die *Kostenübernahme* für einen Heimplatz (derzeit ca. 1500 Euro pro Monat) ist aus der Leistungspflicht der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger ausgeschlossen, weil es sich um »soziale« Wiedereingliederung handelt und nach noch geltender Gesetzeslage nicht um therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen. So muss der Bewohner oder sein Angehöriger eigenes Vermögen einsetzen. Da dieses meist nicht vorhanden ist, tritt der überörtliche Sozialhilfeträger für die Finanzierung ein. Dieser unhaltbare Zustand wird seit den 70er-Jahren beanstandet, gleichwohl ist es bisher nicht zu einer gesetzlichen Änderung gekommen.« (VOGES & BECKER 2004: 270)

die Unterstützung bei der Geltendmachung von Ansprüchen zur Sicherung der materiellen Lebensgrundlagen sowie Maßnahmen zur Tagesstrukturierung. Verwandte Formen des betreuten Wohnens sind die (seltene) Familienpflege und das betreute Einzel- oder Paarwohnen. Die Versorgung in einer Pflegefamilie wird meist durch ein Familienpflegeteam eines Krankenhauses begleitet. Sozialstationen und Einrichtungen der Hauskrankenpflege u. Ä. Institutionen haben z. T. psychiatrisch qualifiziertes Personal, das ambulante Hilfen für die in der Gemeinde lebenden psychisch kranken Menschen erbringen kann.

Erste Untersuchungen zur Treffgenauigkeit von Hilfen im Bereich des betreuten Einzelwohnens belegen, dass es häufig von Zufällen abhängig ist, ob ein chronisch kranker Mensch in den Genuss der ihm gesetzlich zustehenden Unterstützung kommt oder nicht (LEISSE & KALLERT 2003). Angesichts starrer Betreuungsrelationen (z. B. in Sachsen eine Fachkraft für zwölf Betroffene) haben die Hilfeanbieter ein nachvollziehbares Interesse an einer »guten Mischung« von Menschen mit hohem und niedrigem Betreuungsbedarf. Schwierigere Fälle haben es dann oft schwer, in das System aufgenommen zu werden. Als Abhilfe fordern LEISSE und KALLERT den Einsatz von besseren Instrumenten der Hilfebedarfserfassung und eine Flexibilisierung der starren Betreuungsrelationen, die es ermöglicht, den Betreuungsaufwand besser den Veränderungen des individuellen Hilfebedarfs anzupassen (S. 760).

Freizeit und Tagesstrukturierung

Ehemalige psychiatrische Patienten, die auf Dauer einen umfassenden Bedarf an Betreuung haben, benötigen neben den Hilfen im Bereich Wohnen auch zusätzliche Angebote aktivierender Hilfe bei der Tagesstrukturierung. Dazu sind innerhalb gut ausgebauter gemeindepsychiatrischer Verbände zwei Typen von Einrichtungen entstanden: zum einen die *Freizeit- und Kontaktclubs* zum anderen die *Tagesstätten*. VOGES & BECKER (2004: 268) charakterisieren die Clubs folgendermaßen: »In geselliger Runde bieten sie ohne viel professionelle Eingriffe, oft organisiert von Bürgerhelfern, einen schützenden Ort der freien Aussprache, des Verständnisses und der Hilfe füreinander und ein Übungsfeld sozialen Verhaltens. Wenn gewünscht, können sich die Clubbesucher von einem Sozialarbeiter, Psychologen oder Arzt beraten lassen. Der Club hat engere Verbindung zum normalen Leben als zu psychiatrischen Institutionen und fördert die Integration in die Gemeinde. Träger der Clubs sind oft psychosoziale Hilfsvereine oder Selbsthilfeinitiativen.«

Wesentlich verbindlicher und intensiver ist die Tagesstrukturierung in den *Tagesstätten*. »Bei den Tagesstätten gibt es in den Ländern unterschiedliche Auffassungen, ob es sich hierbei um ein ambulantes oder teilstationäres Angebot

handelt. Dies hat Auswirkungen auf die Zuständigkeit der Kostenträgerschaft. Ferner sind die Hürden des Zuganges unterschiedlich. Bei teilstationären Angeboten ist dieser relativ hochschwellig und setzt entsprechende Begutachtung voraus. Bei ›ambulanten‹ Angeboten in anderen Ländern dagegen können Klienten auch stunden- oder tageweise ohne hohe Zugangsschwelle diese Angebote in Anspruch nehmen.« (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003: 29) Als teilstationäre Einrichtungen verfügen die Tagesstätten über ein multiprofessionelles Team ohne ärztliche Mitarbeiter. Klienten sind hier ausschließlich die chronisch psychisch kranken und behinderten Menschen. Sie erhalten Arbeits- und Beschäftigungstherapie, werden gefördert in ihren alltagspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, in ihrer Fähigkeit soziale Kontakte aufrechtzuerhalten, und es wird versucht, Neigungen und Interessen für eine gesundheitsförderliche Freizeitbeschäftigung kultureller oder sportlicher Art zu wecken (oder zu stabilisieren). Die Angebots- und Organisationsstruktur von Tagesstätten ist sehr unterschiedlich. Eine Idealösung ist schwer erreichbar, denn stets befinden sich Tagesstätten in folgendem Dilemma: Wenn sie personell gut ausgestattet sind, auch an Wochenenden und Feiertagen geöffnet haben und ein differenziertes multiprofessionelles Angebot bieten, dann sind sie teuer, müssen relativ hohe Zugangsschwellen haben und die Klienten zu verbindlicher Teilnahme verpflichten.⁴⁴ Für die Personen mit den schwersten Behinderungen sind sie dann u. U. zu belastend. Werden Tagesstätten dagegen niederschwellig und mit relativ geringem Ressourceneinsatz betrieben, dann erfüllen sie u. U. zu wenig ihre Funktion der Tagesstrukturierung und leisten keinen signifikanten Beitrag zur Rehabilitation der Klienten. Je unverbindlicher die Teilnahmeregeln und je lockerer der Bezug zum GPV ist, desto stärker ähneln Tagesstätten den Kontakt- und Beratungsstellen. Die Finanzierung ist dann meist eine freiwillige Leistung der Länder oder Kommunen. »Ihre Finanzierung ist deshalb fast jährlich gefährdet.« (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003: 29)

Integration in Arbeit

Eine der wichtigsten Funktionen des Versorgungssystems für psychisch kranke Menschen ist die Bereitstellung von Hilfen zur beruflichen Rehabilitation. Je nach Alter des erkrankten Menschen und je nach Ausmaß der eingetretenen Behinderungen geht es dabei um sehr unterschiedliche Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen. Bereits die Psychiatrie-Enquete steckte das weite Leistungsspektrum ab, das erforderlich ist, um die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen herzustellen, wieder

⁴⁴ Das gilt insbesondere dann, wenn Tagesstätten auch Formen regelmäßiger entlohnter Beschäftigung anbieten. Im Unterschied zu den Werkstätten für behinderte Menschen sind hier aber maximal 20 Arbeitsstunden pro Woche zulässig.

herzustellen, zu bessern oder zu erhalten: Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung, Ausbildung, Schulung und Fortbildung, Anpassung der Arbeitsbedingungen, begleitende Hilfen und Beratung bei der Arbeitsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, auf beschützten Arbeitsplätzen oder auf dem besonderen Arbeitsmarkt für behinderte Menschen. Die in diesem Feld in den vergangenen Jahrzehnten entstandenen Einrichtungen und Hilfeformen sind entsprechend vielfältig und können hier nur in groben Zügen dargestellt werden. Im Zentrum stehen hier die Einrichtungen für Menschen mit schweren psychischen Störungen, bei denen eine dauerhafte Behinderung droht oder bereits eingetreten ist.

Im Rahmen moderner Behandlungsansätze beginnt die berufliche Rehabilitation bereits während der Akutbehandlung (vgl. LÄNGLE et al. 2003). Zu ihr gehören sowohl arbeitstherapeutische Behandlungen wie auch die Rehabilitationsplanung in Abstimmung mit den Leistungsträgern, Arbeitgebern und Angehörigen. Ziel ist die realistische Diagnose der Fähigkeiten und Fertigkeiten und die gemeinsame Erarbeitung eines Rehabilitationsziels. Neben die rein klinikinterne Behandlung können dabei – je nach den Möglichkeiten, die in einer Region vorhanden sind – auch schon therapeutische Arbeitsversuche und Belastungserprobungen treten. Sie können in der realen Arbeitswelt oder in den verschiedenen Institutionen des besonderen Arbeitsmarkts für behinderte Menschen angesiedelt sein.

Dem freien Arbeitsmarkt am nächsten stehen *Integrationsfirmen*, *Selbsthilfefirmen* und *Zuverdienstprojekte*. Diese Einrichtungen haben zum Ziel, Hilfe zur Arbeitsmarktintegration für die Menschen bereitzustellen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt überfordert, aber in den Werkstätten für behinderte Menschen unterfordert sind. Juristisch sind Einrichtungen dieses Typs gemäß den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches IX unter dem Begriff der »*Integrationsprojekte*« zusammengefasst (BAR 2003: 72 f.). Voraussetzung für die Aufnahme einer Arbeit in einem Integrationsprojekt ist die Fähigkeit der Betroffenen, mit ihrer Arbeit einen Mindestlohn zu erwirtschaften, denn die Arbeitsplätze dieser Projekte werden aus den Erlösen der produzierten Waren oder Dienstleistungen finanziert. Unter bestimmten Voraussetzungen können Integrationsprojekte aber zusätzlich Fördermittel durch die Integrationsämter (früher: Hauptfürsorgestellen) erhalten, und sie können sich für ihre konkreten Projekte andere Geldquellen (z. B. Europäischer Sozialfonds, Stiftungen, usw.) erschließen. Da chronisch psychisch kranke Menschen häufig zu den Langzeitarbeitslosen zählen, gibt es in diesem Bereich fließende Übergänge zu den Projekten und Maßnahmen, die die Arbeitsverwaltung im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik fördert. Der Vorteil von Integrations- und Selbsthilfefirmen ist, dass deren Beschäftigte in die Sozialversicherungssysteme einbezogen sind. Diesen Schutz genießen sie in den *Zuverdienstfirmen* oder *Zuverdienstprojekten* nicht. Solche Einrichtungen bieten den psychisch behinderten Menschen lediglich die Möglichkeit, durch stundenweisen

Arbeitseinsatz das Einkommen aufzubessern, Ansprüche auf versicherungsbasierte Sozialleistungen können nicht erworben werden. Insofern sind Zuverdienstfirmen eher unter therapeutischen Gesichtspunkten sinnvoll, und sie dienen als Notlösung, wenn die Behandlungskontinuität in einem GPV nicht gewährleistet werden kann: »Neben dem materiellen Anreiz sind solche Beschäftigungen oft eine wichtige Hilfe zur sinngebenden Tagesstrukturierung und Förderung sozialer Kontakte. Sie lassen sich aber auch als Vorbereitung oder zur Überbrückung von Wartezeit auf berufliche Rehabilitationsmaßnahmen nutzen.« (VOGES & BECKER 2004: 272)

Solche Wartezeiten entstehen zum Beispiel häufig dann, wenn psychisch behinderte Menschen in spezielle berufliche Rehabilitationseinrichtungen vermittelt werden. Die wichtigsten Institutionen dieser Art sind die *Beruflichen Trainingszentren (BTZ)*, die *Berufsbildungswerke (BBW)*, die *Berufsförderungswerke (BFW)* und die speziellen *Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)*. Erwachsene mit einer psychischen Behinderung können in BTZs auf einen Wiedereinstieg in die Berufswelt vorbereitet werden. Junge Menschen, die noch keine Ausbildung haben, werden in BBWs und BFWs entsprechend ihrer Möglichkeiten zu einem Ausbildungsabschluss nach dem Berufsbildungsgesetz geführt. Neben den Ausbildungsstätten verfügen die Einrichtungen über begleitende medizinische, psychologische und soziale Dienste (vgl. BAR 2003). Im fragmentierten System der Kostenträger ist in Deutschland der Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitationsbehandlung häufig mit Friktionen verbunden. Die RPKs sind ein Versuch, hier gezielt für die Bedürfnisse der psychisch kranken Menschen eine Verbesserung zu erreichen. »Das Konzept sieht eine Vernetzung medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie eine ineinander greifende Kostenübernahme durch Krankenkasse, Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung vor. Das Antragsverfahren und die auf ein bis zwei Jahre begrenzte Rehabilitationsdauer sind an ein aufwändiges Gutachterverfahren und Berichtswesen mit günstiger Ergebnisprognose gebunden. Hiermit limitieren einengende Zugangskriterien die Möglichkeit der Inanspruchnahme für einen erheblichen Teil der psychiatrischer Langzeitpatienten.« (VOGES & BECKER 2004: 275 f.) RPKs sind bislang nur in zehn Bundesländern eingeführt worden, und ihre weitere Entwicklung ist ungewiss, da die Kostenträger ihre Zusammenarbeit – unter den schlechten Vorzeichen intensiver Bestrebungen zur Kosteneinsparung – gegenwärtig neu verhandeln. Infolge der hohen Zugangsbarrieren und des sehr bürokratischen Antragsverfahrens haben die RPKs jedenfalls »keinen echten Durchbruch« (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003: 33) bei der Rehabilitation psychisch behinderter Menschen gebracht. Selbst wenn, wie geplant, in jedem Bundesland eine RPK eingerichtet werden sollte, ist das zentralistische Konzept sicher keine angemessene Lösung für Rehabilitationsbehandlungen in gemeindepsychiatrischen Verbänden.

Die wichtigsten Einrichtungen zur langfristigen, geschützten Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt sind die »Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)«. Ihre Zahl hat seit den 1980er-Jahren kontinuierlich zugenommen, und gleichzeitig wurden die früheren Mischeinrichtungen für verschiedene Arten von Behinderung entflochten. So sind psychisch kranke Menschen heute häufig nicht mehr mit körperlich oder geistig behinderten Menschen gemeinsam tätig. Das Ziel dieser Differenzierung ist, die Arbeitsplätze besser an die besonderen Bedürfnisse der unterschiedlichen Gruppen von behinderten Menschen anzupassen. Gefördert werden solche Personen, die ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen können, die aber vorübergehend oder dauerhaft zu krank oder zu behindert sind, um auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen zu können, oder eine Berufsausbildung erfolgreich abschließen zu können. Die WfbM erfüllt im Grundsatz zwei Funktionen: Sie ist zum einen Träger von zeitlich befristeten Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation, und sie ist zum Zweiten dauerhafte Arbeitsstätte für Menschen, die sonst völlig aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen wären. Kostenträger für den ersten Bereich, der maximal zwei Jahre dauern kann, sind Arbeitsverwaltung oder Sozialversicherung. Sie fördern mit dem Ziel einer Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt oder mit dem Ziel des Übergangs in eine weiter führende Ausbildung oder in eine der oben genannten Berufsförderungseinrichtungen. Kostenträger für den Langzeitbereich ist der überörtliche Sozialhilfeträger.

Die WfbM sind heute eine weit verbreitete und deshalb häufig gemeindeintegriert verfügbare Form der Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben, sie passen insofern gut zur Idee des GPV. Ein Nachteil dieses wichtigen Bausteins im GPV ist allerdings das institutionsfixierte Konzept, auf dem es basiert: Menschen mit ganz verschiedenem individuellen Hilfebedarf werden in einer Einrichtung zusammengefasst und erhalten eine sehr ähnliche Behandlung. Ein weiterer Nachteil ist, dass die WfbM nur Teil eines gesonderten Arbeitsmarktes sind. Die Teilhabe an diesem Segment des Arbeitslebens wird vielfach nur als zweitbeste Lösung im Vergleich zu einer »echten« Teilhabe am ersten Arbeitsmarkt angesehen. Neuerdings wird deshalb auch in Deutschland alternativen Strategien größere Aufmerksamkeit geschenkt. Solche Strategien sind unter dem Begriff »*supported employment*« aus den USA bekannt. Statt die behinderten Menschen auf dem Weg ihrer beruflichen Rehabilitation von einer Einrichtung in die andere zu lotsen, wird beim *supported employment* der Versuch unternommen, sie direkt in einem Betrieb (oder einer Behörde) des ersten Arbeitsmarktes zu platzieren (vgl. als Übersicht: PFAMMATTER et al. 2000). An diesem mehr oder weniger normalen Arbeitsplatz werden die Betroffenen dann individuell betreut und unterstützt, und der Arbeitgeber kann gezielt beraten werden. Der Erfolg solcher Maßnahmen ist bisher nur in den USA nachgewiesen worden (VOGES & BECKER 2003: 272); in Deutschland gibt es nur Pilotprojekte. So ist im Saarland ein Modellprojekt mit

dem plastischen Titel »*Virtuelle Werkstatt für seelisch behinderte Menschen*« begonnen worden: Die »WfbM« existiert nur virtuell als Vertragspartnerin und Betreuerin für eine Gruppe von Menschen, die tatsächlich auf externen Arbeitsplätzen in ganz unterschiedlichen Betrieben tätig sind. Für Menschen, die mindestens ein Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Arbeitnehmers erbringen können, organisiert die virtuelle Werkstatt möglichst langfristige Arbeitsaufträge in normalen Betrieben. Aus den Erlösen (und aus Lohnkostenzuschüssen) zahlt die virtuelle Werkstatt durchschnittliche Arbeitsentgelte von 250 Euro.⁴⁵ Im Gegensatz zu den meisten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen müssen die psychisch kranken Menschen bei Verschlechterung des Zustands die Rehabilitation nicht abbrechen, sondern sie können sich in den beschützten Rahmen einer kooperierenden nicht-virtuellen Werkstatt zurück ziehen.

Selbsthilfe, Bürgerhilfe und Verbände

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Störungen hat Schnittstellen zu vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen, die mehr oder weniger regelmäßig mit den oben aufgeführten Institutionen des gemeindepsychiatrischen Verbunds kooperieren. Zu nennen sind hier die Rechtspflege (Justiz, Polizei, Anwälte), die Seelsorge (Kirchen und ihre Sozialdienste) oder das Bildungswesen. Im Rahmen der vorliegenden kurzen Übersicht ist das Ausklammern dieser Bereiche sicher vertretbar. Eine solche Übersicht wäre jedoch unvollständig ohne den Hinweis auf die zivilgesellschaftlichen Initiativen und Organisationen, die sich im Zuge der Modernisierung psychiatrischer Versorgungsstrukturen entwickelt haben. Im Hinblick auf Organisationsform, Zielsetzung, Mitgliederstruktur und Engagement-Motive ist dieser Bereich sehr heterogen, und er ist in den Versorgungsregionen ganz unterschiedlich präsent. Wie bei zivilgesellschaftlichen Assoziationen häufig zu beobachten, verschränken sich zwei Funktionen: tätige Hilfe auf der Basis des Solidaritäts-Prinzips im Innenverhältnis und politische Interessenvertretung im Außenverhältnis. Die solidarische Hilfe basiert dabei entweder auf gemeinsamer Betroffenheit (in anderer Terminologie: gemeinsamen Konsumenten-Interessen) oder aber sie entspringt einer altruistischen Engagement-Bereitschaft.

Selbsthilfeinitiativen sind Zusammenschlüsse von gemeinsam Betroffenen, die sich gegenseitig helfen, und die ihr Anliegen als lokale Gruppe und durch Dachverbände politisch vertreten. Im Bereich der Psychiatrie haben sich in dieser Form

⁴⁵ Quelle: Eckpunkte-Papier des Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlands vom 15. September 2003 »Saarbrücker Modell: Virtuelle Werkstatt für seelisch behinderte Menschen« (Laufzeit 2004–2009).

sowohl die *Menschen mit psychischen Störungen* als auch die *Angehörigen von Patienten* zu Selbsthilfegruppen zusammengefunden. In Deutschland sind diese Gruppen erst relativ spät entstanden, und die Interessenkonflikte werden nicht so radikalisiert und ideologisch aufgeheizt ausgetragen wie z. B. in den USA (vgl. McLEAN 2000).⁴⁶ Selbsthilfegruppen von selbst erkrankten Menschen gibt es für einzelne Diagnosegruppen (z. B. Sucht, Affektkranke, Depression, Psychosen) oder für die (ehemaligen) Patienten in einer bestimmten Region. Sie sind oft assoziiert an Tagesstätten, an psychosoziale Beratungsstellen, werden von eigenen Vereinen oder sogar den Krankenkassen getragen (vgl. BAR 2003: 76). Zur gesellschaftspolitischen Interessenvertretung gibt es seit 1992 den »Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.« (mit Landesverbänden in fast allen Bundesländern). *Selbsthilfeinitiativen der Angehörigen* gibt es z. B. für die Familien von Schizophrenie-Kranken. Die Angehörigen unterstützen sich in diesen Gruppen bei der Bewältigung der Belastungen, die mit dem chronischen Verlauf der Krankheit verbunden sind, sie tauschen Informationen über die Krankheit aus, und sie vertreten gemeinsame Interessen gegenüber Ärzten, Krankenkassen oder Rehabilitationseinrichtungen. Angehörige wirken häufig auch in organisierter Form mit an den Angeboten zur Tagesstrukturierung und an der Betreuung von in der Gemeinde lebenden Menschen mit schweren psychischen Störungen. Die Angehörigengruppen haben sich zu Landes- und einem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. zusammengeschlossen (vgl. KATSCHNIG 2002).

In ähnlicher Form wie Patienten und Angehörige engagieren sich auch Personen, die selbst nicht mittelbar oder unmittelbar von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Als *Bürgerhelfer* oder *Laienhelfer* engagieren sie sich aus altruistischen Motiven in der Freiwilligenarbeit oder durch Übernahme von ehrenamtlichen Funktionen. Sie leisten unentgeltliche Nachbarschaftshilfe für Betroffene in Form von Rat, Erledigungen oder Begleitungen. Sie besuchen Patienten im Krankenhaus und organisieren Freizeitaktivitäten für psychisch behinderte Menschen, oft in Form von »*Patientenclubs*«. Wie in vielen anderen Bereichen des ehrenamtlichen Engagements, ist zu befürchten, dass die Bereitschaft in der Bevölkerung, sich zu beteiligen, gegenwärtig nicht zu-, sondern eher abnimmt. »In den letzten Jahren stagniert die Bürgerhilfe.« (VOGES & BECKER 2004: 263) Eine

46 In den USA gab (und gibt es noch heute) scharfe Konflikte zwischen denjenigen, die sich als »Überlebende« einer psychiatrischen Behandlung sehen, und die eine radikal anti-psychiatrische Position vertreten, und anderen Patienten, die sich als »Konsumenten« verstehen, und die – in Kooperation mit den Professionen in der Psychiatrie – für eine bessere Versorgung eintreten. Ähnlich radikalisiert ist die Interessenvertretung eines Teils der Angehörigen-Verbände: Weil zeitweilig die öffentliche Meinung von der Vorstellung geprägt war, dass die Familien Schuld an der Erkrankung eines ihrer Mitglieder trügen, setzten sie sich vehement und ideologisch überspitzt für die Auffassung ein, dass psychische Krankheiten ausschließlich biologische Ursachen haben (vgl. McLEAN 2000).

der wenigen empirischen Erhebungen, die es zur Bürgerhilfe in der Psychiatrie gibt, weist zudem auf die äußerst geringe sozialstrukturelle Diversifizierung des Engagements hin: »82,7 % aller Bürgerhelfer sind weiblich und 68,5 % sind 50 Jahre und älter, in der Altersgruppe bis 40 Jahre sind nur 10 % der Bürgerhelfer vertreten.« (RÖSSLER et al. 1996a: 169)

Auf die sonstigen Verbände, die sich gesellschaftspolitisch für die Belange der psychisch kranken Menschen einsetzen (allen voran die auf Bundesebene aktive »Aktion Psychisch Kranke e. V.«) oder die professionspolitisch motiviert an der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen arbeiten, soll hier nicht eingegangen werden, weil damit der Rahmen einer Darstellung von »Bausteinen« eines gemeindepsychiatrischen Verbundes gesprengt wäre.

3 Psychiatrische Tageskliniken: Geschichte, Behandlungskonzepte, Evaluierung

3.1 Internationale Entwicklung und heutiger Stand der tagesklinischen Versorgung in Deutschland

Die meisten Rückblicke auf die Geschichte der Tageskliniken würdigen DZHAGAROV (1937) als den Erfinder der Idee vom »Krankenhaus ohne Betten«. Infolge akuter Überbelegungen und Mittelknappheit behandelte er zwischen 1933 und 1937 in Moskau weit über tausend Patienten mit meist psychotischen Störungen (vgl. DiBELLA et al. 1982: 6). Arbeitstherapie war die vorherrschende Behandlungsform. Allerdings ist über die Entwicklung der Tageskliniken in der UdSSR nur wenig bekannt. Sicher ist jedenfalls, dass es einen systematischen Ausbau dieser Form psychiatrischer Versorgung gegeben hat, denn besagter Dzhagarov veröffentlichte schon 1944 eine Monographie »*Day Hospitals and the Mentally Ill*«, und sowohl FARNDAL (1961) als auch KRAMER (1962) geben in ihren frühen englischsprachigen Monographien zu Tageskliniken Hinweise auf die Entwicklungen in der UdSSR. Sie beziehen sich auf Übersetzungen eines Berichts von BABAYAN (1957) für die World Health Organization, und sie verweisen auf Dekrete des »Ministry of Public Health of the U.S.S.R.« von 1955 (»*Regulations governing the day treatment department in psychoneurological and psychiatric establishments*«) und von 1956 (»*Decree on day hospitals*«). Offenbar ist die tagesklinische Versorgung dabei alles andere als eine Randerscheinung gewesen, denn Kramer verweist (im Anschluss an FIELD 1960) darauf, dass im sowjetischen Versorgungssystem die großen Hospitäler nicht die zentrale Rolle spielen. »Instead the district neuropsychiatric dispensary is the keystone of psychiatric organization and within this setting the Day Hospital occupies a significant position. (...) it is considered by the Soviet authorities to be a key institution in the psychiatric network.« (KRAMER 1962: 2 f.) Auch FARNDAL (1961: 2) stellt heraus, dass das Konzept tagesklinischer Versorgung zuerst in der UdSSR umgesetzt worden ist: »It would seem, therefore, that day hospitals began in Russia where there has been an extensive system for many years, mainly as part of psychiatric out-patient services.« Aus heutiger Sicht ist allerdings auch wenig verwunderlich, dass unter den Vorzeichen des Kalten Krieges westliche Reformkonzepte sich später kaum noch auf diese Ursprünge bezogen haben.¹

1 Allerdings scheint das Interesse in den USA im Verlauf der 1960er-Jahre wieder geweckt worden

Die Englisch sprechende Welt kennt ebenfalls einige Pionierinstitutionen aus der Frühgeschichte der Tagesklinik in den 20er- und 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts. 1935 eröffnete in Boston das Adams House (für neurotische Patienten) und 1938 das Lady Chichester Hospital in Hove, England. Allerdings handelte es sich in beiden Fällen um isolierte Experimente und nicht um Entwicklungen, die im Kontext der entstehenden sozialpsychiatrischen Bewegung zu betrachten sind. Tageskliniken, die in diesem Sinn als Ausdruck eines neuen Denkens in der Psychiatrie zu verstehen sind, entstanden erst nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges.

Erste Tageskliniken in den 1940er- und 1950er-Jahren

In der westlichen Welt beginnt die Geschichte der tagesklinischen Versorgung mit den fast gleichzeitig erfolgten Gründungen 1946 in London (Marlborough Day Hospital) und in Montreal (Allan Memorial Institute). Wenig später folgten 1948 Yale University Clinic, 1949 in New York (Menninger Foundation), 1951 Bristol Day Hospital, 1952 Massachusetts Mental Health Center und 1953 Maudsley Day Hospital² (vgl. FARNDAL 1961: 2, EIKELMANN 1999: 37, SCHENE 2001: 283, FINZEN 2003). Insbesondere die beiden Pioniergründungen von 1946 und ihre Initiatoren Bierer (in London) und Cameron (in Montreal) sind Beispiele für frühe Versuche, durch tagesklinische Behandlungen die Versorgung der psychisch Kranken zu verbessern und den Gegebenheiten moderner Gesellschaften besser anzupassen. Beide verfolgten jedoch unterschiedliche Ziele mit der Idee der Tagesklinik.

Bierer begann schon in den 30er-Jahren – im Anschluss an Adler und psychoanalytische Theorien – mit therapeutischen Clubs zu experimentieren, und er verstand Tageskliniken explizit als Vorläufer einer Neuordnung der Versorgung im Zuge der sozialpsychiatrischen Reform (BIERER 1951). Tageskliniken sollten zu Behandlungseinrichtungen werden, die unabhängig von Krankenhäusern agieren, und die – mithilfe einer therapeutischen Gemeinschaft – die Patienten soweit wie möglich in ihrem normalen Lebensumfeld halten sollen (vgl. SCHENE

zu sein, denn DÖRNER & PLOG schreiben 1968: »In den USA ist die anfängliche Reserve gegenüber dem dortigen kollektivistischen Ungeist einem regen Interesse gewichen, und in den letzten Jahren sind ständig amerikanische Kommissionen unterwegs, um die Verhältnisse in der SU zu studieren.« (DÖRNER & PLOG 1999: 21)

2 Das 1953 eröffnete Maudsley Day Hospital, das mehr als 20 Jahre lang von Douglas Bennett geleitet wurde, war in der zweiten Hälfte der 1960er- und bis weit in die 1970er-Jahre hinein das Mekka für junge deutsche Sozialpsychiatern, die ihr in England erworbenes Wissen nahtlos in die Enquete-Diskussionen der 1970er-Jahre einbrachten. Der mittelbare Einfluss von Bennett auf die deutsche (Sozial-)Psychiatrie kann gar nicht hoch genug veranschlagt werden und ist selbst in der aktuellen Tagesklinikdebatte noch immer spürbar (vgl. dazu auch FINZEN 2003: 46).

2001).³ Tageskliniken werden bei ihm konzipiert als Alternative zur vollstationären Behandlung. Cameron dagegen dachte stärker an eine Modernisierung des Krankenhauswesens, in dem er darauf hinwies, dass traditionelle Behandlungsformen überdacht werden müssen, wenn man die Krankenhausbehandlung als Standardtherapie auch im Bereich der psychischen Erkrankungen einführt.⁴ Er sah Tageskliniken als spezialisierte und ergänzende Behandlungsformen, die eine normale Krankenhausbehandlung komplettieren. Insofern ist SCHENE (2001: 283) zuzustimmen, wenn er schon bei den Initiatoren der ersten Tagesklinik-Gründungen die spätere Ausdifferenzierung von Tageskliniken und Tagesstätten angelegt sieht: »Without knowing it, these two pioneers represented two distinct visions of the later development of P(artial) H(ospitalization), namely that of the day hospital and day treatment.« Camerons Ansatz verortet die Tageskliniken eher im Rahmen der traditionellen medizinischen Sichtweise, während Bierers Intentionen den Community Psychiatry Ansatz vorweg nehmen, der später die US Community Mental Health Centers prägen wird.

Frühe Verbreitung der Tageskliniken in den USA und im UK

Die Idee tagesklinischer Versorgung findet in den USA und im UK in den folgenden Jahren viele Anhänger. In den USA gab es 1960 bereits etwa 100 Tageskliniken.⁵ Hier wird die Entwicklung maßgeblich durch den Community Men-

3 Der Ansatz und seine Bedeutung für die Entwicklung tagesklinischer Therapie-Ansätze im Vereinigten Königreich wird aus heutiger Sicht von FINZEN (2003: 40 ff.) gewürdigt.

4 CAMERON (1947) schreibt in seinem viel beachteten Artikel (S. 60): »A number of the methods and ideas that psychiatric departments have taken over from other departments of the general hospital have most assuredly proved themselves useful and productive. But we have also taken over some methods and ideas which, while they have validity in many of the divisions in the general hospital, have none in the psychiatric department.« Zu den schlecht übertragbaren Konzepten zählt er dabei insbesondere drei Überzeugungen der somatischen Medizin: »(1) A hospital is a place where the patient goes to bed; (2) a hospital is a place where a patient stays until he is well, or as well as the doctor can make him, and (3) a hospital is a place where only the patient is treated.« Das Experiment Tagesklinik ist vor diesem Hintergrund ein Versuch, die Methoden der Krankenhausbehandlung besser auf die Erfordernisse der Psychiatrie auszurichten: »This unit (Day Hospital) gives expression to the facts that psychiatric patients do not need to stay in bed; that they do not have to remain in hospital until they are well, and indeed, often do not get well if we try to make them stay, and that it is not only the patient but also his family unit and his general social setting which require to be treated.«

5 Genaue Zahlen sind offenbar mindestens bis Mitte der 60er-Jahre nicht verfügbar gewesen; denn in einer der ersten Studien zur wissenschaftlichen Evaluation tagesklinischer Behandlung heißt es 1964: »The rapidity of growth, in both numbers and in diversity of function, of psychiatric day hospitals in the past 15 years has been truly extraordinary. No reliable estimate of the number of such units in the United States is known to these writers.« (ZWERLING & WILDER 1964: 163)

tal Health Act von 1963 beeinflusst, der die Einrichtung von Tageskliniken empfahl und finanzielle Mittel bereitstellte. DiBELLA et al. (1982: 7) verweisen außerdem auf die Auswirkungen des Berichts der Joint Commission of Mental Health von 1961 (*Action for Mental Health*), der innovative Programme zur gemeindenahen Versorgung und Rehabilitation forderte. Infolge dieser Gesetze und der dadurch mobilisierten finanziellen Mittel, steigt die Zahl der Tageskliniken von 112⁶ im Jahre 1963 auf über 300 in 1969. Im Jahre 1963 finden sich die Protagonisten der Tagesklinik-Idee erstmals zu einem gemeinsamen Kongress zusammen (vgl. EPPS & HANES 1964), und im Jahre 1965 wird die *Federation of Partial Hospitalization Study Groups* gegründet, die sich später im Zuge der Konsolidierung von Tageskliniken als regulärer Versorgungsinstitution in *American Association for Partial Hospitalization (AAPH)* umbenennt (vgl. DiBELLA et al. 1982: 7). Partial Hospitalization Programs (PHP) verbreiten sich allerdings nicht flächendeckend und gleichmäßig in den USA, sondern bleiben bis Ende der 60er-Jahre konzentriert auf die Staaten California, New York, Ohio, Pennsylvania und Massachusetts. Erst um 1970 verbreitet sich die Idee boomartig. »Partial hospitalization experienced its greatest growth between 1968 and 1972. By 1972, under the full impact of the Community Mental Health Center program, at least 989 programs were treating approximately 118,343 patients. This represented a dramatic 700 % increase in the number of programs ...« (LUBER 1979: 7). Mitte der 70er-Jahre gab es dann auch nur noch einen Bundesstaat ohne PHP (ebenda). In den Folgejahren haben sich Tageskliniken weiter kontinuierlich ausgebreitet, allerdings weist Nestadt (1996: 258) darauf hin, dass die neuerliche dramatische Zunahme von PHPs Ende der 80er-Jahre vor allem im privatwirtschaftlichen Sektor stattfindet, während es im öffentlichen Sektor sogar einen Rückgang solcher Programme gegeben hat.

Für das UK wird die Gründungswelle Ende der 50er-Jahre schon 1961 als »The Day Hospital Movement« beschrieben (FARNDALE 1961).⁷ Die Gesetzgebung fördert diesen Prozess nachhaltig durch den Mental Health Act von 1960, der die Tageskliniken als ein wichtiges Mittel empfiehlt, um die Deinstitutionalisierung voran zu bringen. Es entstehen mehr als 50 Tageskliniken. In den folgenden beiden

6 Diese Zahl für 1963 wird von CONWELL et al. (1964) berichtet. Sie basiert auf der ersten Umfrage zur Existenz von day-night services bei den Trägern der psychiatrischen Versorgung in den USA. Von den aufgefundenen 114 Einrichtungen dieser Art boten zwei nur Dienste für die Nacht an, 85 nur Dienste für den Tag und 27 unterhielten sowohl day services als auch night services (S. 109).

7 Die Studie von Farndale ist eine umfassende Deskription aller Formen von tagesklinischer Versorgung in Großbritannien. Sie stellt das Konzept tagesklinischer Versorgung vor und vergleicht 65 Kliniken, die in den Jahren 1958–1959 vom Autor besucht wurden. Jede Klinik wird im Hinblick auf bestimmte Merkmale ausführlich beschrieben und z. T. in Photographien vorgestellt. Vgl. auch FINZEN (2003: 30 ff.).

Jahrzehnten (1959–1979) nimmt die Zahl nochmals von 58 auf 303 zu (BROCKLEHURST 1979). Das Britische Gesundheitsministerium hat über Jahrzehnte die Errichtung von ›day services‹ in den Kommunen nachhaltig gefördert. Entsprechende Planungsempfehlungen wurden 1975, 1981 und 1985 herausgegeben (vgl. SHEPHERD 1991). Sie richteten sich stets an zwei unterschiedliche Adressaten: Zum einen an die Institutionen des staatlichen Gesundheitswesens, zum anderen an die Verwaltungen der Kommunen. ›Day services‹ der Gesundheitsbehörden bezeichneten sich meist als ›day hospitals‹, die Einrichtungen in der Trägerschaft der Gemeinden dagegen als ›day centres‹. Erstere boten eine aktivere Therapie, Medikation und vielfältigeres Spektrum professioneller Hilfe an; Letztere waren eher Angebote zur langfristigen Unterstützung chronisch Kranker in der Gemeinde mit dem Schwerpunkt auf beruflicher Rehabilitation und dem Erhalt sozialer Kontakte. Allerdings ist die Unterscheidung beider Institutionen in der Praxis oft schwierig. Darauf weist z. B. SHEPHERD (1991) hin: »This distinction between ›treatment‹ (day hospitals) and ›support‹ (day centres) has never worked out very well in practice. From early on, it has been apparent that the differences between day hospitals and day centres were in fact much less than was originally envisaged.« (S. 389) Shepherd stützt sich bei dieser Einschätzung auf die Survey-Studien von Edwards und Carter,⁸ die eine Stichprobe von etwa 150 Einrichtungen beider Typen miteinander verglichen haben. Sie kamen zum überraschenden Ergebnis, dass sich beide Formen von day service im Durchschnitt nur gering unterscheiden, allein die Personalausstattung war in day hospitals nach Quantität und Qualifikation deutlich besser als in day centres.

Die Richtlinien des Gesundheitsministeriums von 1975,⁹ die den Ausbau tagesklinischer Versorgung vorschrieben, sahen für day hospitals 30 Plätze pro 100 000 Einwohner, und für day centres 60 Plätze pro 100 000 vor. In einem Bericht des Sozialausschusses des Britischen Parlaments von 1985 wurde jedoch festgestellt, dass die Umsetzung dieser Empfehlungen noch nicht gelungen ist. Zwar stieg die Zahl der day hospital Plätze in England und Wales zwischen 1974 und 1982 von 9400 auf 15 300 an, aber sie blieb damit um 1200 unter der in den Richtlinien empfohlenen Zahl. Bei den day centres sah es noch wesentlich schlechter aus: Dort stieg die Zahl der Plätze nur von 3600 auf 5000, blieb also um 28 000 Plätze zu niedrig. Ganz offensichtlich haben die Kommunen, anders als die Gesundheitsverwaltung, den Ausbau von day services nicht mitgetragen (alle Angaben

8 EDWARDS C 1978: A national view of day care services for the mentally ill. In: Report of a seminar on day care for the mentally ill, DHSS, London. EDWARDS C 1981: Research looks at practice difficulties. In: New directions for psychiatric day services. MIND, London. EDWARDS C & CARTER J 1979: Day services and the mentally ill. In: WING JK & OLSEN R (eds.) Community care for the mentally disabled. Oxford University Press.

9 Department of Health and Social Security 1975: Better services for the Mentally Ill. Cmnd 6233. HSMO, London

nach SHEPHERD 1991: 389). Dennoch bleibt festzuhalten, dass im UK schon um 1980 ein ausgebautes Netz tagesklinischer Versorgung bestand, sodass in allen Ländern, in denen diese Reform der psychiatrischen Versorgung mit mehr oder weniger großer Verzögerung nachvollzogen wurde, auf die britischen Erfahrungen zurück gegriffen werden konnte.

Verspätete Ausbreitung der Tageskliniken in Deutschland

In den 60er-Jahren entstehen nach dem Vorbild der angelsächsischen Länder die ersten Tageskliniken in Deutschland. 1962 gründen Kulenkampff und Bosch in Frankfurt am Main die erste Klinik dieser Art.¹⁰ In der Rückschau beschreiben sie den verspäteten und mühsamen Start dieser Versorgungsinstitution: »Der Beginn war eher schleppend. In den ersten fünf 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 Nervenklinik Spandau in Berlin und die Tagesklinik Rheydt – heute Mönchengladbach – hinzu.« (BOSCH & STEINHART 1983: 11) FINZEN (1986: 10) beurteilt die Startphase der Tageskliniken in Deutschland ähnlich: »In der Bundesrepublik hat sich die psychiatrische Tagesklinik dagegen nur zögernd durchgesetzt. Noch immer verfügt nicht jedes psychiatrische Krankenhaus, nicht jede psychiatrische Abteilung über Möglichkeiten der Tagesbehandlung. Weder die Forderung der Psychiatrie-Enquete noch die positiven Erfahrungen in anderen Ländern haben die schleppende Entwicklung der Tagesbehandlung bis in unser Jahrzehnt hinein nachhaltig beschleunigen können. Allerdings gibt es in den letzten Jahren ermutigende Anzeichen.« (Vgl. auch FINZEN 2003: 55 ff.)

Die lokalen Initiativen aus den 1960er-Jahren hatten den Status von Modellexperimenten.¹¹ Erst mit dem Beginn der Deinstitutionalisierungsphase im Kontext der Psychiatrie-Enquete werden Tageskliniken systematisch als Baustein in

10 BOSCH und STEINHART berichten (1983: 11), dass sie sich an angelsächsischen und *französischen* Modellen orientiert hätten. Während die angelsächsischen Vorbilder in der Literatur gut dokumentiert sind, gibt es nur wenige Hinweise auf die Entwicklungen in Frankreich. In der vorliegenden Arbeit bleibt der internationale Überblick deshalb auch beschränkt auf die im angloamerikanischen Schrifttum dokumentierten Entwicklungen.

11 DÖRNER & PLOG (1999, zuerst 1968) beschreiben die Tageskliniken ausführlich in ihrem Reisebericht durch die »sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen«.

»gemeindenahen« Versorgungssystemen konzipiert. Die Psychiatrie-Enquete von 1975 bezeichnet halbstationäre Einrichtungen als wichtiges Glied in der Behandlungskette, sie versteht Tageskliniken (und Nachtkliniken) allerdings noch relativ eingeschränkt als Nachsorgeeinrichtungen im Rahmen einer »gestuften Rehabilitation« (Deutscher Bundestag 1975: 222).

In ihrer als Totalerhebung geplanten Umfrage zu Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland ermitteln BOSCH & STEINHART (1983) für 1982 eine Zahl von 60 bestehenden Tageskliniken, die den Betrieb bereits aufgenommen hatten. Allerdings beinhaltet diese Zahl auch alle Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie geriatrische Tageskliniken. Sie stellen zwar eine Beschleunigung des Gründungsgeschehens seit Beginn der 1980er-Jahre fest (S. 14), da 23 Tageskliniken erst in den beiden Jahren 1980/81 entstanden waren. Aber sie verdeutlichen an einem einfachen Indikator, dass auch im Jahre 1983 die Tagesklinik als Behandlungsform in der deutschen Psychiatrie vergleichsweise unbedeutend ist: Ihrer Hochrechnung zufolge sind 1983 nur etwa 1 % der psychiatrischen »Betten« Tagesklinikplätze.

In den 1980er-Jahren setzte sich die Tagesklinik dann jedoch aber immer schneller als regulärer Bestandteil des Versorgungsangebots durch. FINZEN (1986: 11) schätzt drei Jahre später die Zahl der Tageskliniken schon auf 80–100, und die Zahl der Behandlungsplätze auf 1200 bis 1500. Angesichts der damals etwa 100 000 psychiatrischen Klinikbetten in Westdeutschland bleibt dies dennoch ein eher bescheidener Anteil im Vergleich zu anderen Ländern. In besonderem Maße trifft dies für den Vergleich mit dem UK zu. Aber auch in den Niederlanden gab es Anfang der 80er-Jahre bereits 85 Tageskliniken (SCHENE, LIESHOUT & MASTBOOM 1988: 515); die Zahl der Tagesklinik-Plätze stieg dort zwischen 1965 und 1980 von 100 auf 1400 (SCHENE 2001) und lag damit absolut höher als in Westdeutschland mit der vierfachen Einwohnerzahl.¹²

Im Bericht der Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung von 1988, in dem die Erfahrungen aus den Modellregionen ihren Niederschlag fanden, ging man – dem Stand der internationalen Diskussion entsprechend – von einer umfassenderen Funktionsbestimmung der Tageskliniken aus. Sie wurden nicht mehr nur als Nachsorgeeinrichtungen nach stationärem Aufenthalt, sondern generell als »Zwischenstation« zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie als Alternative zur vollstationären Behandlung angesehen (Expertenkommission 1988: 266). Die Planungsempfehlung sah vor, dass für jeweils 100 000 Einwohner 60–80 Behandlungsplätze in Krankenhäusern vorzusehen seien, davon 15 Plätze als Tagesklinikplätze. Je nach Spezifika der Versorgungsregion sollte die Bandbreite zwölf bis 20 Plätze betragen (ebenda: 278). In

¹² Eine kurze Übersicht zur Entwicklung der Tageskliniken in den Niederlanden und zu den Besonderheiten des Versorgungskonzepts findet sich in WIERSMA et al. 1994.

der Stellungnahme der Bundesregierung von 1990 wird diese Orientierungsgröße übernommen und so interpretiert, dass pro Versorgungsregion von 100 000 bis 150 000 Einwohnern 20 Tagesklinikplätze bereitzustellen seien (S. 11). Bezogen auf den heutigen Gebietsstand der Bundesrepublik mit rd. 80 Mio. Einwohnern wären das 500–600 Tageskliniken mit je 20 Plätzen.¹³

Zahl der Tageskliniken in Deutschland heute

Die tagesklinische Versorgung ist in den 1990er-Jahren und zu Beginn des 21. Jahrhunderts in Deutschland kontinuierlich ausgebaut worden. Zur Abschätzung des heutigen Ausbaustandes stehen im Wesentlichen vier Quellen zur Verfügung: die Zählungen des Statistischen Bundesamtes (2003), das Krankenhaus-Verzeichnis der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) von 2003, die Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie für die 76. Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2003) sowie der Tagesklinik-Survey von KALLERT, SCHÜTZWOHL und MATTHES (2003).¹⁴ Alle vier Quellen enthalten disaggregierte Zahlen für die Ebene der Bundesländer.¹⁵ In Tabelle 3.1-1 sind die Ergebnisse von drei dieser Erhebungen zusammengefasst.

13 Eigene Hochrechnung der Planungsempfehlungen. Die Berechnung der Bundesregierung ist offensichtlich falsch: »Die Expertenkommission empfiehlt, für eine Versorgungsregion von 100 000 bis 150 000 Einwohner mindestens 20 Tagesklinikplätze im Rahmen des Gesamtplatzbedarfs für krankenhausbedürftige Patienten bereitzustellen. Die Gesamtzahl der Tageskliniken dürfte sich dann auf 130 bis 140 bemessen.« (Bundesregierung 1990: 11) Auch wenn man diese Zahl nur auf die Einwohnerzahl in den alten Bundesländern bezieht, verbleibt die Unstimmigkeit.

14 Die 2003 veröffentlichten Daten der Fachserie 12/Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beziehen sich auf das Jahr 2001. Die Umfrage von Kallert, Schützwohl & Matthes fand ebenfalls 2001 statt. Das Verzeichnis der BAG ist in der aktuellsten Fassung auf dem Stand von 2003. Die Daten der Gesundheitsministerkonferenz sind von 2000. Eine weitere Tagesklinik-Umfrage von HALTENHOF et al. (2004) fand schon 1999 statt und berichtet über den Stand im Jahr 1997. Sie wird deshalb in die Übersicht von Tabelle 3.1-1 nicht mit einbezogen.

15 Die Angaben des Statistischen Bundesamtes und der BAG unterscheiden sich besonders auf der Ebene der Bundesländer zum Teil erheblich. Die Diskrepanzen konnten auch durch Rücksprache mit den Verantwortlichen in den Ministerien oder Senatsverwaltungen nicht vollständig aufgeklärt werden, sodass in der tabellarischen Übersicht die unterschiedlichen Zählungen kommentarlos dokumentiert werden. Die Daten der Bestandsaufnahme für die Gesundheitsministerkonferenz weisen ähnliche Differenzen für einzelne Bundesländer aus. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden sie in Tabelle 3.1 nicht gesondert aufgeführt. Auch die Untersuchung der Gesundheitsministerkonferenz geht für das Jahr 2000 von 8430 Tagesklinikplätzen in Deutschland aus.

Tabelle 3.1-1 Psychiatrische Tageskliniken in Deutschland (nach Bundesländern)

	Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2001			Daten nach Verzeichnis der BAG von 2003 ¹⁶		Daten der Stichprobe von Kallert, Schützwohl, Matthes (2003) für 2001		
	(1) Anzahl	(2) Plätze	(3) Plätze pro 100 000	(4) Anzahl	(5) Plätze	(6) Anzahl	(7) Plätze im arith. Mittel	(8) Ausschöpf- fung
Deutschland ins.	329	7664	9,3	353	8439	191	19,8	58 %
Bad.-Württem.	22	443	4,2	31	649	14	22,7	64 %
Bayern	29	668	5,5	23	726	17	24,2	59 %
Berlin	10	474	14,0	25	545	7	17,6	70 %
Brandenburg	17	290	11,1	21	351	8	15,5	47 %
Bremen	2	98	14,8	2	98	7	18,7	100 %
Hamburg	5	221	12,9	6	241			
Hessen	24	510	8,4	26	429	13	17,7	54 %
Meck.-Vorpom	10	119	6,7	9	161	3	11,5	30 %
Niedersachsen	23	565	7,1	26	716	9	22,1	39 %
Nordrh.-Westf.	87	2.174	12,1	84	2487	41	21,0	47 %
Rheinl.-Pfalz	20	424	10,5	17	337	15	18,6	75 %
Saarland	7	196	18,3	7	184	4	26,0	57 %
Sachsen	25	625	14,1	24	584	21	19,8	84 %
Sachs.-Anh.	18	396	15,1	20	467	11	20,0	61 %
Schles.-Holst.	17	286	10,3	16	302	8	14,8	47 %
Thüringen	13	175	7,2	12	184	8	14,6	62 %

Detailliertere Angaben zu »Struktur- und Leistungsmerkmalen« allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken enthalten nur die Studien von KALLERT, SCHÜTZWOHL und MATTHES (2003) sowie HALTENHOF et al. (2004). Obwohl beide postalischen Befragungen recht unterschiedliche Ausschöpfungsquoten in den einzelnen Bundesländern hatten, scheinen sie doch insgesamt ausreichend repräsentativ zu sein, um die derzeitige Situation der Tageskliniken in Deutschland zu

¹⁶ Eigene Auszählung des Verzeichnisses.

beschreiben. Die Zahl der Plätze pro 100 000 beruht auf eigenen Berechnungen anhand der Bevölkerungszahlen der Bundesländer von 2001.

Vergleicht man den heutigen Ausbaustand mit den Planungsempfehlungen der Bundesregierung von 1988, nach denen 20 Tagesklinik-Plätze für Versorgungsregionen von 100 000–150 000 Einwohner vorgesehen waren, ist festzustellen, dass allein im Saarland die Zielgröße in etwa erreicht ist. Dies ist sicher Ausdruck der Tatsache, dass im Saarland die Enthospitalisierung am konsequentesten umgesetzt wurde. Es ist das bislang einzige Bundesland, in dem es seit Schließung des PKH Merzig im Jahre 1998 kein gemeindefernes Großkrankenhaus mehr gibt, und in dem die psychiatrische Versorgung völlig in die Allgemeinkrankenhäuser integriert ist (vgl. Werner 1998).

In allen anderen Bundesländern liegt die Zahl der Plätze noch deutlich unter den Planzahlen. Besonders einige Flächenländer wie Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, und Thüringen sind unterdurchschnittlich mit Tagesklinik-Plätzen versorgt. Weiter fortgeschritten ist der Ausbau in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie in den neuen Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt. Bezieht man die Zahl der heute bestehenden 350 Tageskliniken auf die oben errechnete Zahl von 500–600 empfohlenen, dann wird ersichtlich, dass bisher erst etwa zwei Drittel der erforderlichen Kliniken errichtet worden sind, wobei die Versorgung ganz erheblich zwischen den Bundesländern differiert. Die Zahl der Tagesklinikplätze pro 100 000 Einwohner scheint überdies ein guter Indikator für regional unterschiedliche Fortschritte des Ausbaus gemeindenaher psychiatrischer Versorgung zu sein.

Im Hinblick auf die Kooperation von Tageskliniken mit Einrichtungen zur vollstationären Behandlung haben sich in Deutschland *drei Organisationsmodelle* heraus gebildet. Ein Großteil der Tageskliniken ist Teil von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern¹⁷ oder Universitätskliniken. Sie liegen räumlich häufig in enger Nachbarschaft zu den Allgemeinkrankenhäusern (bzw. Universitätskliniken), häufig auf dem Gelände des Krankenhauses. Eine weitere große Gruppe bilden die Tageskliniken, die als Außenstellen von Fachkrankenhäusern gegründet wurden. Meist sind diese Außenstellen räumlich weit von den Großkrankenhäusern entfernt; teils wurden sie jedoch auch – besonders in den Stadtstaaten – auf dem Gelände des Fachkrankenhauses eingerichtet. Der dritte – wesentlich seltenere – Typ sind »unabhängige« Tageskliniken, die weder Teil eines Fachkrankenhauses noch Teil einer Abteilungspsychiatrie/Universitätsklinik sind. 1978 wurde in Siegburg die erste Tagesklinik dieses Typs gegründet (vgl.

17 Die Untersuchung von RÖSSLER, SALIZE & BAUER (1996) betrifft das Jahr 1993. Sie zeigt aber, dass der Aufbau einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Abteilung und die Gründung einer Tagesklinik meist Hand in Hand gehen. 1993 verfügten über 70 % der psychiatrischen Abteilungen auch über eine Tagesklinik mit durchschnittlich rd. 17 Plätzen (ebenda S. 6).

ENGELKE 1989: 218). Sie befand sich in der Trägerschaft des Johanniter-Ordens und fungierte als Satellitenklinik für mehrere psychiatrische Einrichtungen im Raum Bonn. Über die Anzahl und die Trägerschaft unabhängiger Tageskliniken ist wenig bekannt. Offenbar finden hier zum Teil freie Träger aus der psychiatrischen Infrastruktur einer Region ein zusätzliches Arbeitsfeld.¹⁸ Es kann allerdings vermutet werden, dass sich »unabhängige« Tageskliniken vor allem dort finden, wo die gemeindefernen Fachkrankenhäuser noch die psychiatrische Versorgung dominieren. In der Umfrage von HALTENHOF et al. (2004) gehörten von den 133 befragten Tageskliniken rd. 30 % zu psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder Universitätskliniken, rd. 59 % zu Fachkrankenhäusern und rd. 11 % waren eigenständige Einrichtungen (Stand: 1997).

Die Daten von HALTENHOF et al. (2004) zeigen, dass es in den 1990er-Jahren eine regelrechte Welle von Neugründungen gegeben hat. Knapp über 50 % der von ihnen befragten Tageskliniken wurde nach 1992 gegründet. Dazu beigetragen hat zwar auch die Übertragung der westdeutschen Versorgungsstandards nach Ostdeutschland, aber neue Tageskliniken entstanden in erheblicher Zahl auch in den alten Bundesländern.

Die Unterschiede in der organisatorischen Trägerschaft bedingen, dass es bei der räumlichen Entfernung von teil- zu vollstationären Behandlungsplätzen in einer Versorgungsregion eine große Variation gibt. KALLERT, SCHÜTZWOHL & MATTHES 2003 berichten folgende Verteilung: »23,6 % der Einrichtungen sind im gleichen Gebäude wie die Klinik/Abteilung untergebracht, 28,3 % liegen innerhalb des Krankenhausgeländes, 9,9 % haben ihre Räumlichkeiten in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus, 15,7 % sind innerhalb von 15 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Krankenhaus erreichbar und 23 % der Tageskliniken liegen weiter als 15 Minuten vom Krankenhaus entfernt, wobei hier ein Entfernungswert von $38,1 \pm 15,7$ Minuten angegeben wird.« (S. 76) HALTENHOF et al. (2004) berichten, dass 52,3 % der von ihnen befragten Tageskliniken auf dem Gelände des Krankenhauses liegen, zu dem sie gehören; 47,7 % liegen außerhalb eines Klinikgeländes.

3.2 Aufbau, Arbeitsweisen und Ziele von Tageskliniken

Alle Übersichten zum Thema »Psychiatrische Tagesklinik« haben, insbesondere wenn sie sich auf den internationalen Forschungsstand beziehen, mit dem Problem zu kämpfen, dass es in der Literatur zum einen kein gemeinsames Begriffsverständnis gibt, und sich zudem die unter einem Begriff zusammengefassten

¹⁸ Die Tagesklinik in Friedrichshafen befindet sich z.B. in der Trägerschaft einer gGmbH, die von den drei Vereinen gegründet wurde, die in der Region Bodensee-Oberschwaben einen Großteil der sozialpsychiatrischen Infrastruktur bereit stellen (vgl. KRÜGER & SCHMIDT-MICHEL 1998).

Organisationen bei näherer Betrachtung als recht heterogene Behandlungsansätze erweisen.

SCHENE (2001: 285) spricht von einem »amalgam of terms« und »confusion« und konstatiert eine international abweichende und zum Teil regelrecht falsche Begriffsverwendung. Diese Situation ist andererseits wenig überraschend, wenn man sich vergegenwärtigt, dass Tageskliniken heute auf eine 50-jährige Entwicklungsgeschichte zurückblicken können, die jeweils eingebettet war in unterschiedliche Sozial- und Gesundheitssysteme auf der Ebene von Nationalstaaten und Regionen. Und selbst innerhalb eines bestimmten sozialpolitischen Kontextes zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt bedingen der unterschiedliche Ausbaustand sozialpsychiatrischer Netzwerke und spezifische Präferenzen hinsichtlich der therapeutischen Interventionen erhebliche Abweichungen der tagesklinischen Zielsetzungen und Arbeitsweisen von Ort zu Ort. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, zunächst die Kernelemente des tagesklinischen Behandlungskonzeptes zu benennen und die hauptsächlichen Varianten in der Umsetzung typologisch zu unterscheiden.

Tageskliniken als sozialpsychiatrische Modellinstitution

Die Konsolidierung tagesklinischer Behandlungsprogramme in den angelsächsischen Ländern und der stürmische Aufholprozess in vielen anderen Ländern in den letzten 20 Jahren sind ein Beleg dafür, dass diese Institution nicht mehr – wie verschiedentlich in der Anfangsphase – als »sozialpsychiatrische Modeerscheinung« angesehen wird.¹⁹ Heute gibt es – länderübergreifend – einen breiten Konsens darüber, dass Tageskliniken eine Institution der klinischen medizinischen Versorgung sind, in der das gesamte Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten bereitgehalten wird (oder zumindest potenziell bereitgehalten werden könnte), das zu Heilung oder Linderung psychischer Störungen eingesetzt werden kann. Hauptzielgruppe sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, zumeist mit psychotischen Störungen (vgl. SHEPHERD 1991 a). In ihrer berühmten Definition hat die American Psychiatric Association bereits 1982 ›Partial Hospitalization‹ definiert als »an ambulatory treatment programme that includes the major diagnostic, medical, psychiatric, psychosocial and pre-vocational treatment modalities, designed for patients with serious mental disorders, who require co-ordinated intensi-

¹⁹ FINZEN (1999: 20) berichtet von den hämischen Kommentaren zu den von ihm veröffentlichten Wochenplänen psychiatrischer Tageskliniken von Seiten der Kostenträger anlässlich einer öffentlichen Diskussion im Jahre 1982. Mit dem Vorwurf, »das sei doch Freizeitgestaltung auf Kosten der Solidargemeinschaft«, wurde der Therapie-Charakter der Angebote in Abrede gestellt. Solche Einwendungen sind heute in Fachdiskussionen wohl kaum noch vorstellbar.

ve, comprehensive and multidisziplinary treatment not provided in an out-patient setting« (zitiert nach SCHENE 2001: 291).²⁰ Das besondere Kennzeichen von Tageskliniken ist also die spezifische Verknüpfung von Lebenssituation und Behandlungssituation. Einerseits verbleiben die Patienten täglich über viele Stunden in ihrer Alltagswelt und behalten – sofern vorhanden – Kontakt zu Familie, Bekannten und den öffentlichen Einrichtungen im Wohnumfeld, andererseits steht ihnen meist acht Stunden täglich an fünf Werktagen ein Therapieprogramm zur Verfügung, das umfangreicher ist als bei vollstationärer Behandlung.

Diese Behandlungsform trägt damit in mehrfacher Hinsicht zentralen Forderungen der sozialpsychiatrischen Entwicklung Rechnung. Fast trivial ist dabei zunächst die Tatsache, dass Tageskliniken de facto nicht anders als gemeindeintegriert organisiert werden können. Anfahrtszeiten von 30–45 Minuten mit dem öffentlichen Nahverkehr gelten als maximaler Wert für die Abgrenzung des Einzugsbereichs. Ferner vermeidet die tagesklinische Behandlung langfristige Hospitalisierung in totalen Institutionen. Sie fördert – nach Ansicht ihrer Befürworter – Selbsthilfeaktivitäten, erhält bestehende soziale Beziehungen und ist auf Wiedereingliederung in die Gemeinde und das Arbeitsleben ausgerichtet (vgl. VELTIN 1986). Schließlich befreit die Tagesklinik die Patienten vom Stigma des ›Anstaltspatienten‹: »Die tagesklinische Behandlung bedeutet für den Kranken im Vergleich zur vollstationären Aufnahme (in ein psychiatrisches Krankenhaus oder in eine psychiatrische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses) außerdem eine geringere ›Stigmatisierung‹. Diese offene Form der Behandlung ist darüber hinaus geeignet, der Öffentlichkeit einen realistischen Eindruck von seelischen Erkrankungen und ihrer Behandlung zu vermitteln und damit zum Abbau von diskriminierenden Vorstellungen beizutragen, die überwiegend vom Bild des ›chronischen Anstaltspatienten‹ geprägt sind.« (VELTIN 1986: 10)

Durch nichts ist die Tagesklinik besser charakterisiert als durch ihre Zwischenstellung in zeitlicher, sachlicher und sozialer Dimension. In der Zeitdimension ist sie der Übergangsbereich von vollstationärer 24-Stunden-Behandlung zur ambulanten Behandlung mit Einzeltermin-Abrechnung durch niedergelassene Therapeuten und Ärzte. In sachlicher Dimension steht die Tagesklinik zwischen medizinischer Akutversorgung einerseits und langfristiger Hilfestellung und Rehabilitation andererseits. In sozialer Dimension schließlich steht die tages-

20 Die American Association for Partial Hospitalization (AAPH) hat 1991 in ihren ›*Standards and Guidelines for Partial Hospitalization*‹ (vgl. BLOCK & LEFKOVITZ 1991) diese Definition spezifiziert: Danach ist Partial Hospitalization »a time-limited, ambulatory, active treatment programme that offers therapeutically intensive, co-ordinated and structured clinical services within a stable therapeutic milieu. Programmes are designed to serve individuals with significant impairment resulting from a psychiatric, emotional or behavioral disorder. PH is a general term embracing day, evening, night and weekend programmes which employ an integrated, comprehensive schedule of recognized treatment approaches« (SCHENE 2001: 285).

klinische Behandlung zwischen der Individualtherapie der erkrankten Patienten einerseits und familientherapeutischen und milieutherapeutischen Interventionen im alltagsweltlichen Umfeld der Patienten andererseits. In einer auf Institutionen fokussierten Sichtweise beschreibt REKER (1999) diese Zwischenstellung der Tageskliniken als Schnittstellensituation: »Ihre wichtigsten Schnittstellen hat sie zum psychiatrischen Krankenhaus, zur ambulanten Behandlung und zum komplementär-rehabilitativen Bereich. Zwischen diesen drei Elementen des psychiatrischen Versorgungssystems steht die Tagesklinik.« (S. 27)

In Deutschland ist die Schnittstelle zum komplementär-rehabilitativen Bereich insofern von besonderer Brisanz, weil hier im Klinikalltag Probleme der Kostenträgerschaft entstehen: Medizinische Behandlungen und medizinische Rehabilitation unter ärztlicher Leitung werden von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert, andere Rehabilitationsmaßnahmen dagegen fallen in die Zuständigkeit der Rentenversicherungs- oder Sozialhilfeträger. Die langfristig und rehabilitativ ausgerichteten Behandlungen in Tageskliniken stecken so in einem Dilemma: Einerseits entsprechen sie dem fachlichen state-of-the-art psychiatrischer teilstationärer Versorgung; andererseits stehen sie – aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung – im Verdacht, paralegal zu sein. Dieses Dilemma ist ein Strukturproblem gemeindepsychiatrischer Verbände. Es ist mehr als fraglich, ob sich die Interessenkonflikte dadurch beilegen lassen, dass die Seite der Kostenträger darüber aufgeklärt wird, Opfer historisch überholter Ansichten zu sein. In diesem Sinn argumentiert REKER 1999, wenn er schreibt: »Tageskliniken sind Behandlungseinrichtungen, die eine ärztlich geleitete Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durchführen. Diese allgemein bekannte und eigentlich selbstverständliche Tatsache ist besonders hervorzuheben, da vielerorts noch die (falsche) Auffassung besteht, dass Tageskliniken mehr oder weniger Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung chronisch Kranker sind und sich institutionell und konzeptionell nur unwesentlich von Tagesstätten unterscheiden. Diese Fehleinschätzung ist historisch zu verstehen: vielerorts waren Tageskliniken die ersten Einrichtungen außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser, die auch schwer und chronisch kranke Patienten behandelten. Aufgrund des Fehlens von komplementären Einrichtungen wie betreutem Wohnen, Kontakt- und Freizeitzentren, Übergangseinrichtungen etc. sahen sich viele Tageskliniken vor die Situation gestellt, chronisch kranke Patienten auch nach Abschluss der Behandlung weiter zu unterstützen. So blieben viele Patienten über Jahre ›im Umkreis‹ der Tagesklinik, benutzten sie als Treffpunkt und Kontaktzentrum, nahmen an Kaffeerunden teil und unterhielten informelle Kontakte mit den Mitarbeitern. Aufgrund der Entwicklung im komplementären Bereich und der Differenzierung der außerklinischen Angebote können sich die Tageskliniken heute ganz auf ihren Behandlungsauftrag konzentrieren.«

Der manifeste oder latente Konflikt um die Kostenträgerschaft ist ein Resultat

tat der institutionellen Zwischenstellung der Tageskliniken, und er lässt sich auch in anderen Ländern beobachten. So zeigte sich beispielsweise in der Studie von LEIBENLUFT & LEIBENLUFT (1988), die Kostenträger in den USA befragten, dass es keinerlei einheitliche Kriterien für die Übernahme der Tagesklinik-Kosten gab. Insbesondere die privaten Krankenversicherungen beschränkten die Kostenersatzung häufig auf die Fälle, in denen Tageskliniken im Rahmen der Akutversorgung tätig wurden. Die Finanzierung im Rahmen von Medicare bevorzugte Krankenhaus basierte PHPs und diskriminierte unabhängige Tageskliniken. Die Situation »with respect to Medicaid reimbursement of partial hospitalization is inconsistent and confused« (S. 1519). Strittig war dabei vor allem stets die Kostenersatzung für die Langzeitbehandlung der chronisch Kranken.

Die Befürworter von Tageskliniken haben schon sehr frühzeitig die Vision entwickelt, dass diese Institution in voll entwickelten sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzwerken vom Rand ins Zentrum der psychiatrischen Behandlungsformen rückt. So schlussfolgern ZWERLING & WILDER (1964: 184), dass die Resultate ihrer Evaluationsstudie »would indicate the inevitability of the day hospital becoming the principal modality for the hospital treatment of psychiatric patients and of the 24-hour hospital becoming a necessary but second-line ›back-stopping‹ facility supporting the first-line day hospital unit«. Diese Vision ist – soweit bekannt – noch überall weit von der Verwirklichung entfernt. Allerdings gab es zumindest ein berühmtes Experiment, über das GUDEMAN und Mitarbeiter (1983 und 1985) berichten. Im Massachusetts Mental Health Center, einem Lehrkrankenhaus der Harvard Medical School, wurde 1981 ein neues Versorgungssystem eingeführt, in dem der Tagesklinik die Schlüsselstellung zukam.²¹ Die vollstationäre Behandlung wurde komplett eingestellt, und »all patients believed to require inpatient psychiatric hospitalization are admitted instead to a day hospital. The day hospital is the primary locus of care for hospitalized patients. It is backed up by an inn at the hospital for patients who do not have appropriate living situations and by a 24-hour intensive care unit« (S. 1330). Die Autoren der Studie schätzen das Modell nach vierjähriger Erfahrung als funktionsfähig und vor allem als wesentlich kostengünstiger ein. Kostengünstige Alternative zur vollstationären Behandlung sind Tageskliniken allerdings nur »as long as institutions do not alter admission and discharge policies by ›skimming‹ good patients, ›dumping‹ more difficult patients, or admitting patients who could be treated as outpatients« (1333). Das Experiment zeigt jedenfalls, dass es im Prinzip möglich ist, *alle* Patienten tagesklinisch zu behandeln. Nur für relativ wenige von ihnen ist der Rückgriff auf Einrichtungen der 24-Std.-Betreuung notwendig.

21 Das Massachusetts Mental Health Center verfügt über eine lange Tradition tagesklinischer Behandlung. Die Monographie von KRAMER 1962 bietet neben einem Literaturüberblick zu Tageskliniken allgemein vor allem eine umfassende Beschreibung von Aufbau und Arbeitsweise der Tagesklinik dieses Centers in den 1950er-Jahren.

Therapeutisches Angebot, Räumlichkeiten und Personal

Die Behandlung in Tageskliniken basiert auf wenigen Kernelementen: Ein *multi-professionelles Team* bietet ein *zielorientiertes Programm* an, und die Patienten nehmen *in Gruppen aktiv* daran teil. Bloße Beaufsichtigung (wie häufig in der vollstationären Behandlung) oder reine Individualbeschäftigung werden vermieden. Der organisatorische Rahmen für Patienten und Professionelle ist ein feststehender Wochenplan, in dem alle Aktivitäten relativ starr terminiert sind. Betrachtet man die Wochenpläne verschiedener Tageskliniken, so findet man nur geringe Unterschiede in der Tagesstrukturierung.²² Auch das angebotene therapeutische Programm ist sehr ähnlich. KALLERT et al. (2003) resümieren die Ergebnisse ihrer Umfrage bei Tageskliniken in Deutschland in diesem Punkt folgendermaßen: »Hinsichtlich der therapeutischen Angebote (...) besteht in den deutschen psychiatrischen Tageskliniken insgesamt eine große Einheitlichkeit. Neben therapeutischen Basisvariablen (z. B. Aktivierung, Beratung in sozialen Belangen, psychiatrisch-therapeutische Gespräche) liegen die Schwerpunkte dabei auf ergo-, psychotherapeutischen, -edukativen und sozialkommunikativen Kompetenzen fördernder Elementen.« (S.78) In Abbildung 3.2-1 sind die Detailergebnisse zu den einzelnen erfragten Angeboten in einer grafischen Übersicht zusammengestellt.

Um diese Angebotsvielfalt einer Gruppe von Patienten zukommen zu lassen, sind bestimmte Grundvoraussetzungen räumlicher und personeller Art notwendig. Zur Architektur von Tageskliniken existiert nur wenig Literatur (vgl. ALBERS 1999). Fest steht, »dass Architektur das Verhalten auch psychisch kranker Menschen beeinflusst« (ebenda: 51). Zunächst muss gewährleistet sein, dass genügend Platz für Personal und Patienten insgesamt zur Verfügung steht. Mindestens ein Raum sollte so groß sein, dass alle Mitarbeiter und Patienten zu einem Zeitpunkt gemeinsam zusammen sein können, weitere Räume müssen vorhanden sein, um verschiedene Therapiegruppen parallel betreiben zu können. Aufenthaltsräume für Personal und Patienten müssen vorhanden sein und eventuell auch separate Raucherzimmer und ein Ruheraum. Wichtig sind ferner Funktionsräume für die verschiedenen Teammitglieder (Untersuchungs-, Behandlungs-, Gesprächsräume) sowie ein Raum für gemeinsame Mahlzeiten, Küche, Bad, WC, Lagerräume für Material. Die Räumlichkeit sollte so groß sein, dass genügend Rück-

22 Je nach Ausrichtung der Tageskliniken gibt es Unterschiede in solchen Wochenplänen, aber das Prinzip ist im historischen Verlauf und auch im internationalen Vergleich relativ gleich geblieben. Beispiele für Wochenpläne finden sich in den meisten Monographien zu Tageskliniken: KRAMER 1961: 45, FARNDALE 1962, ECKMAN 1979: 33, WASHBURN & CONRAD 1979: 66 f., DiBELLA et al. 1982: 159, EIKELMANN 1991. Wochenpläne für Tageskliniken mit unterschiedlichen Patientenpopulationen und therapeutischen Ausrichtungen werden vergleichend in VELTIN 1983 abgedruckt.



Abb. 3.2-1: Therapeutisches Angebot in Tageskliniken (in %)

Quelle: Abbildung auf Basis der Zahlen in KALLERT, SCHÜTZWOHL & MATTHES 2003: 78

zugsmöglichkeiten für die Patienten bestehen. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass auch im Außenbereich genügend Platz ist, um im Freien gemeinsame Aktivitäten zu veranstalten (vgl. dazu DiBELLA et al. 1982: 46 ff.).

In der Umfrage von Bosch & Steinhart (1983) verfügten die befragten Tageskliniken über 2 bis 30 Räume (Median 11,5) und eine Gesamtfläche von 50 bis 1300 qm (Median 251 qm, Mittelwert 330 qm) (vgl. Albers 1999). In der Umfrage von Kallert et al. (2003) stand jedem Patienten durchschnittlich ein Platzangebot von $20,7 \pm 9,9$ qm zur Verfügung bei einer Spanne von 4–67 qm. Tageskliniken sollten außerdem möglichst zentral gelegen sein, d. h. nahe zu öffentlichen Verkehrsmitteln, zu Restaurants und Einkaufsmöglichkeiten.

Die Personalausstattung von Tageskliniken, das multidisziplinäre Team, ist ebenfalls vergleichsweise einheitlich. Insgesamt hat sich die Personalausstattung seit der Psychiatrie-Personalverordnung²³ von 1991 (vgl. KUNZE & KALTENBACH 2003) verbessert (vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 1998). Zu den Kernberufsgruppen gehören: Arzt, Psychologe, Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Bewegungstherapeuten, hinzu kommen teilweise Therapeuten für Musik, Tanz, und künstlerisches Gestalten. In der Regel wird das Team unterstützt durch eine Sekretariatskraft (vgl. KALLERT et al. 2003). Aufgrund der engen Verknüpfung von tagesklinischer Behandlung und dem Leben in der Familie und Gemeinde gehört die Bereitschaft und Fähigkeit zur engen Kooperation mit den Angehörigen und den außerstationären Diensten und Einrichtungen zur Basisqualifikation aller Teammitglieder einer Tagesklinik (vgl. DiBELLA et al. 1982: 44).

Gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell setzt auch die tagesklinische Behandlung an diesen drei Säulen an. In der Tagesklinik werden alle Therapieformen, die auch im vollstationären Setting zum Einsatz kommen, angewendet: medizinisch-psychiatrische Diagnostik und Therapie, Psychotherapie und Soziotherapie. Zur medizinisch-psychiatrischen Diagnostik und Therapie einer Tagesklinik gehören selbstverständlich alle medizinisch und psychiatrisch notwendigen Leistungen, die zur Behandlung der jeweiligen Erkrankung notwendig sind. Zur Diagnostik gehören körperliche Untersuchungen, technisch-apparative somatische Untersuchungen und Hirndiagnostik, psychopathologische Befunderhebung, Psychodiagnostik, soziale Diagnostik, Erhebung der sozialrechtlichen Lage der Patienten u. a. (vgl. EIKELMANN 1999: 47). Die Therapie besteht analog aus den drei Säulen Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie und orientiert sich am Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell (vgl. ANTHONY & LIBERMAN 1986).²⁴

23 »Diese Verordnung regelt die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Ärzte, Krankenpflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche mit dem Ziel, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche stationäre oder teilstationäre Behandlung der Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen.« (KUNZE & KALTENBACH 2003: 37)

24 Da die größte Patientengruppe in Tageskliniken Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung ist, beschränken sich die Ausführungen zu Therapieformen auf dieses Krankheitsbild. Dennoch lassen sich diese generellen Ausführungen auch auf die meisten anderen Störungsbilder übertragen.

Pharmakotherapie²⁵

Die medikamentöse Behandlung der Schizophrenie hat durch die Einführung der Neuroleptika Mitte der 50er-Jahre zu einer nachhaltigen Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten geführt. Neuroleptika spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung akuter Psychosen aber auch in der anschließenden Langzeitbehandlung als Rezidivprophylaxe. Patienten, die nach einer akuten Krankheitsphase weiterhin niedrig dosiert neuroleptisch behandelt werden, haben Studien zufolge weniger Rückfallraten als Patienten, die keine Neuroleptika einnehmen. Neuroleptika der ersten Generation (klassische Neuroleptika) sind hochwirksam bei der Behandlung akuter psychotischer Phasen, sie haben jedoch erhebliche Nebenwirkungen, die von den Patienten häufig nicht toleriert werden (können). So wirken sie auf das extrapyramidal-motorische System, das für die Regulation automatischer Bewegungsmuster und des Muskeltonus verantwortlich ist und bewirken bspw. Bewegungsunruhe (Akathisie), erhöhten Muskeltonus, starre Gesichtsmimik, Verlangsamung der Bewegung, Zittern der Arme und Beine, kleinschrittiger Gang (Parkinsonoid), es kann zu sog. Frühdyskinesien kommen, d. h. Blickkrämpfen, Zungen-Schlund-Krämpfen oder auch zu Spätdyskinesien, die noch als Langzeitfolge der Medikamente auftreten können, wie Bewegungsstörungen, zwanghaft auftretende Kontraktionen von Muskelgruppen insbesondere im Gesicht, Hals oder Schulter-Nacken-Bereich, die häufig irreversibel sind. »Nach einer achtjährigen Behandlung kann das Risiko für das Auftreten von Spätdyskinesien bereits bei 40 % liegen.« (BANDELOW et al. 2002: 181) Weitere unangenehme Nebenwirkungen der klassischen Neuroleptika sind Müdigkeit und Schläfrigkeit, Sehstörungen, trockener Mund, Verstopfung, Harnverhaltung, Ausbleiben der Menstruation bei Frauen. Die neuere zweite Generation der Neuroleptika, die sog. Atypika,²⁶ haben deutlich geringere Nebenwirkungen, sind dafür aber erheblich teurer. Je nach Substanz verursachen sie wenig bis keine extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen, sedieren wenig oder gar nicht, verbessern die kognitiven Funktionen und beeinflussen die so genannte Minus-symptomatik positiv.²⁷ Neben den oral einzunehmenden Medikamenten stehen auch injizierbare Substanzen zur Verfügung, die langsam freigesetzt werden und je nach Präparat in einem Intervall von einer bis zu vier Wochen gespritzt wer-

25 Dazu vgl. zusammenfassend: LAMBERT et al. 1999, HÄFNER 2001: 341 ff., DOSE 2000, PHILIPP 2000, BANDELOW et al. 2002.

26 Bezeichnung für neue Neuroleptika im Gegensatz zu den früheren konventionellen, typischen Neuroleptika. Als tabellarische Übersicht zu den Substanzklassen und Handelsnamen der Medikamente beider Gruppen vgl. BANDELOW et al. 2002: 174–176.

27 Allerdings ist die Datenlage zur Wirksamkeit und vor allem zu den langfristigen Folgen einer Behandlung mit Atypika noch sehr dürftig (vgl. DOSE 2002, LIEBERMAN & STROUP 2003, GEDDES 2003).

den müssen. Bisher steht jedoch lediglich ein Atypikum als Depot zur Verfügung. Bei der Behandlung schizophrener Psychosen kommt zwei weiteren Substanzgruppen eine Bedeutung zu. Unruhe, Erregungs- oder Angstzustände können erfolgreich mit Medikamenten vom Typ der Benzodiazepine behandelt werden. Zudem werden auch im Rahmen von Schizophrenien auftretende depressive Symptome mit Antidepressiva behandelt.

Die Erfahrung im Umgang mit schizophrenen Patienten zeigt, dass viele von ihnen immer wieder Krankheitsepisoden haben, die darauf zurückzuführen sind, dass sie ihre Medikamente gegen ärztlichen Rat absetzen. Für viele Patienten ist schwer zu verstehen, dass auch nach Abklingen akuter Krankheitssymptome die weitere Einnahme von Medikamenten erforderlich ist, um Rückfälle zu verhindern. Schätzungen ergaben, »dass 45–60 % der psychiatrischen Patienten die Medikamente von sich aus absetzen« (LAMBERT et al. 1999: 83). In der Akutphase der Erkrankung sind die Menschen häufig sehr gequält von paranoidem Erleben und akzeptieren leichter auch die Nebenwirkungen. Nach Abklingen dieser Symptome jedoch kommt es für die Therapeuten darauf an, die Patienten und ihre Familie davon zu überzeugen, dass eine weitere medikamentöse Therapie erforderlich ist. »Insbesondere diese Aufklärung sollte optimalerweise schon im vollstationären Setting beginnen, ist aber eine Domäne der tagesklinischen Behandlung, da hier bei den Patienten auch die kognitiven Voraussetzungen, nach Abklingen der Akutsymptomatik, für das Verständnis langfristiger rezidivprophylaktischer Verhaltensweisen gegeben sind.« (vgl. LAMBERT et al. 1999: 90) Da die Patienten die Tagesklinik täglich verlassen und ihre Medikamente abends und an den Wochenenden in Eigenregie einnehmen, ist die compliance, d. h. das Befolgen der ärztlichen Anweisungen, nur schwer zu kontrollieren. Hier kommt es auf die Einsicht des Patienten und seines sozialen Umfeldes an. Viele Betroffene neigen dazu, bei der medikamentösen Behandlung vor allem auf die Nebenwirkungen zu achten, und die langfristigen positiven Effekte zu unterschätzen. Selbst gut verträgliche Medikamente werden häufig abgesetzt, allein aus dem Wunsch heraus, nicht ständig an die Krankheit erinnert zu werden. Angesichts dieser Problemlage reicht es nicht aus, Patienten Medikamente zu »verordnen«, stattdessen ist ein Aushandlungsprozess nötig, an dessen Ende im positiven Fall der eigenverantwortliche und informierte Umgang mit den Medikamenten steht. Vor diesem Hintergrund wird in der Fachliteratur vorgeschlagen, den alten Begriff der »compliance« durch den – diesen Verhandlungsprozess besser charakterisierenden Begriff – der »concordance« zu ersetzen (vgl. MULLEN 1997).

Auch die Akutbehandlung einer Psychose muss im tagesklinischen Setting sensibler gehandhabt werden als bei vollstationärer Behandlung. Die Dosierung der Medikamente ist täglich auf den Wechsel zwischen Tagesklinik und Zuhause anzupassen. Hohe Dosierungen, die starke Beeinträchtigungen von Orientierung und Motorik bewirken, sind praktisch ausgeschlossen. Nebenwirkungen gene-

rell werden weniger toleriert, da auch die Familie und das übrige soziale Umfeld mit Kommentaren und z. T. Vorurteilen auf die Medikation reagieren.

Psychotherapie

In der vorneuroleptischen Ära waren psychotherapeutische Behandlungen häufig der einzige Weg, einen Beitrag zur Gesundung von Menschen mit psychischen Störungen zu leisten. Aufgrund der besonderen historischen Umstände in Deutschland haben aber sowohl die auf psychoanalytischen Theorien fußenden tiefenpsychologischen Verfahren als auch die in den angelsächsischen Ländern entwickelten, auf lernpsychologischen Theorien basierenden, verhaltenstherapeutischen Interventionen nur unzureichend Eingang in die psychiatrische Praxis gefunden. Dieser Zustand ist heute weit gehend überwunden, und die psychotherapeutischen Verfahren sind selbstverständlicher Bestandteil des Behandlungsprogramms. Auf der Basis einer großen Zahl unterschiedlicher Ansätze ist Psychotherapie dabei nicht allein das Tätigkeitsfeld methodisch geschulten akademischen Personals, sondern auch der anderen Berufsgruppen in einer Tagesklinik (vgl. EIKELMANN 1999: 73).

Die Vor- und Nachteile der einzelnen Therapieformen und Schulen müssen hier nicht detailliert erörtert werden, denn in der tagesklinischen Praxis »zeichnet sich wie überall sonst ein Methodenpluralismus ab, der im Alltag psychiatrischer Institutionen der puristischen Anwendung einzelner Verfahren überlegen zu sein scheint« (EIKELMANN 1999: 81). Die wichtigsten Psychotherapiemethoden in der tagesklinischen Behandlung sind EIKELMANN (1999: 80) zufolge:

Individuelle Ansätze:

- supportive Psychotherapie
- kognitiv-strukturierende Psychotherapie
- Expositions- und Konfrontationsbehandlung
- Interaktionelle Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieansätze
- Psychoedukative Therapieansätze
- Skills training

Bifokale Ansätze unter Einbeziehung von Patient und Familie:

- supportive family intervention
- psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung des Patienten und seiner Familie
- Angehörigenarbeit

Strategische Orientierung:

- Bewältigungsorientierte Psychotherapie
- Bedürfnisorientierte Psychotherapie für Patienten und Familien

Grundsätzlich sollten alle Therapieverfahren psychiatrischen Patienten zugute kommen, »um dem Patienten ein für seine Probleme und Verhältnisse optimal zugeschnittenes therapeutisches Angebot zu machen« (GRAWE et al. 1994: 747). In der tagesklinischen Behandlung kommt es darauf an, den Patienten während seiner Krankheit zu begleiten, Stressbewältigungsmechanismen zu entwickeln, Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit zu stärken, Hoffnung und Mut zu geben, diese Phase überwinden zu können. Ferner sollen Umgangsweisen mit der Krankheit und deren Folgen erlernt sowie die kognitive und soziale Leistungsfähigkeit gefördert werden (vgl. HÄFNER 2001: 322 ff.). Deshalb kommt der begleitenden, stützenden Therapie (supportive Therapie), die sich nicht an den Defiziten orientiert, sondern die noch vorhandenen Ressourcen des Patienten erkennt und stärkt, eine besondere Rolle zu (vgl. RÖSSLER 2000: 97, BAUER 2000). Empirisch bewährt haben sich vor allem die Verfahren der Verhaltenstherapie mit ihren verhaltensorientierten und kognitiven Techniken (vgl. HORNING 2000, BÄUML & PITSCHEL-WALZ 2003). »Die Wirksamkeit tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Psychotherapie ist noch nicht nachgewiesen. Sie ist als Standardtherapie schizophrener Psychosen nicht vorgesehen und wird bisher nur bei wenigen Patienten mit hoher Behandlungsmotivation und entsprechenden kognitiven und verbalen Fähigkeiten durchgeführt.« (BÄUML et al. 2002: 248 f.) Die geringe Bedeutung psychodynamischer Therapieverfahren bei der Behandlung schizophrener Psychosen zeigte auch eine Meta-Analyse einschlägiger Studien aus den USA (vgl. HÄFNER 2001: 334). HORNING (2000) kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass die Studien zu tiefenpsychologisch orientierten Methoden nicht zeigen konnten, »dass eine psychodynamisch orientierte Behandlung Schizophrener einer anderen psychosozialen (oder ausschließlich supportiven) Therapie hinsichtlich der Rezidivprophylaxe überlegen ist. Die oben zitierten Befunde weisen im Gegenteil darauf hin, dass dies nicht der Fall ist« (S. 134 f.).

Wichtiger Bestandteil tagesklinischer Behandlung sind an der Verhaltenstherapie orientierte psychoedukative Behandlungsverfahren, »die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen« (Arbeitsgruppe Psychoedukation 2003: 3). Dazu kommen Trainingsverfahren zum Erwerb sozialer und instrumenteller Fertigkeiten (soziales Kompetenztraining) sowie kognitive Trainingsverfahren (vgl. BÄUML et al. 2002). Wichtiger als die einzelne Technik oder das Setting ist EIKELMANN (1999: 79) zufolge »die psychotherapeutische Grundhaltung des gesamten Teams«. Es bedarf »des geduldigen, optimistischen Zugehens auf den Patienten und sein Umfeld, die gleichzeitig genug Gelegenheit bekommen sollten, ihre eigenen Vorstellungen einzubringen. Gerade bei chronisch psychisch Kranken sind besonders Vorsicht und Ausdauer als wichtige Teilkomponenten zu nennen«.

Soziotherapie²⁸

»Unter Soziotherapie versteht man die therapeutische Beeinflussung psychischer Krankheiten bzw. psychisch Kranker durch Interventionen im sozialen Umfeld der Patienten. ... Die theoretische Grundannahme des soziotherapeutischen Ansatzes lautet, dass die Symptomatik, das Verhalten und Erleben psychisch Kranker von Faktoren des sozialen Umfeldes abhängen und über Interventionen in diesem Umfeld zu beeinflussen sind.« (vgl. REKER 1999: 62f.) Reker unterscheidet vier Bereiche: 1. Milieuthérapie, 2. Ergotherapie, 3. Arbeitstherapie, 4. Interventionen in einzelnen Lebensbereichen der Patienten.

Milieuthérapie: Bereits Ende der 1960er-Jahre konnte der Einfluss des Milieus auf die Symptomatik psychiatrischer Patienten eindrucksvoll belegt werden. WING und BROWN (1970) zeigten, dass das Ausmaß der sozialen Stimulation durch Beschäftigung, Arbeit und soziale Kontakte einen unmittelbaren Einfluss auf den Krankheitsprozess hatte. Unterstimulation (Isolation, Untätigkeit) führt demnach zu einer Verstärkung der Negativsymptomatik, Überstimulation (Reizüberflutung, Stress, wenig Struktur) hingegen führt zu einer Verstärkung der psychotischen Symptomatik (vgl. REKER 1999). Das Milieu jeder therapeutischen Einrichtung wird sowohl geprägt durch äußere Strukturen wie Architektur, baulicher Zustand, Ausstattung, Sauberkeit, etc. als auch durch innere Milieufaktoren wie Freundlichkeit des Personals, verständiger und flexibler Umgang mit Patienten und Angehörigen, Schaffung einer anregenden, auch Eigeninitiative fördernde Atmosphäre u. v. m. (vgl. BÄUML et al. 2002: 197 ff.). Da psychische Erkrankungen häufig mit einer inneren Strukturlosigkeit einhergehen, sind Maßnahmen zur Strukturierung der äußeren Rahmenbedingungen unerlässlich (vgl. ebenda). Tageskliniken arbeiten mit einem festen Wochenplan, der in der Regel für alle Patienten verbindlich ist. »Er ist eine verlässliche Grundlage und Orientierungshilfe, trägt zur Transparenz des Behandlungsangebotes bei, formuliert verbindliche Ansprüche an die Aktivität und das Engagement der Patienten und stabilisiert damit das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe.« (REKER 1999: 66).

Ein wichtiges Element zur Tagesstrukturierung ist die *Ergotherapie*, die fester Bestandteil jeder tagesklinischen Behandlung ist und in der Regel in Gruppen stattfindet. Wichtiges Ziel der Ergotherapie ist die Förderung lebenspraktischer und arbeitsbezogener Fähigkeiten (vgl. WEIG 2002). Zu unterscheiden sind handwerkliche, gestalterische und lebenspraktische Techniken. Die Förderung sozia-

28 Häufig werden unter Soziotherapie auch Verfahren subsumiert, die unter dem Stichwort Psychotherapie abgehandelt wurden. Im angloamerikanischen Sprachraum spricht man von psychosocial therapy und meint damit auch psychoedukative Verfahren, social-skills-Training und auch kognitive Therapieverfahren. (vgl. REKER 2004a). Zur theoretischen Abgrenzung von Psychotherapie und Soziotherapie vgl. auch die Arbeit von BOSCH (1967).

ler und alltagspraktischer Kompetenzen ist im tagesklinischen Setting wichtiges Ziel der Behandlung. Gemeinsames Kochen, Backen, Kaffee kochen, Spülen, der Weck-, Einkaufs-, Blumen- oder Wäschedienst, die Planung von Außenaktivitäten gehören zum Therapieprogramm. Viele Patienten müssen (wieder) lernen, wie ein Alltag gestaltet wird. Sie sollen lernen, Verantwortung zu übernehmen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten (vgl. REKER 1999). Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sind handlungsorientierte Verfahren, »deren Ziele die Diagnostik und Förderung der sozioemotionalen Arbeitsfähigkeiten wie Antrieb, Motivation, Entscheidungsfähigkeit, Kontaktverhalten, Selbstvertrauen und Verantwortung und der instrumentellen Arbeitsfähigkeiten wie Belastbarkeit, Ausdauer, Umstellungsfähigkeit und Arbeitsplanung sind« (WEIG 2002: 266).

Zu *Interventionen in einzelnen Lebensbereichen* gehört als regelhafter Bestandteil tagesklinischer Behandlung die Angehörigenarbeit. Diese kann in Form von Familientherapie unter Einbeziehung des Patienten stattfinden oder in Form von reinen Angehörigengruppen. Häufig sind auch Interventionen am Arbeitsplatz oder im Wohnumfeld erforderlich, die meist in Kooperation mit anderen psychiatrischen Diensten in der Gemeinde erfolgen (betreutes Wohnen, Integrationsfachdienst) (vgl. REKER 1999). Regelhafter Bestandteil tagesklinischer Behandlung sind Hausbesuche (vgl. STOFFELS & KRUSE 1996). Das soziale Umfeld eines Patienten zu kennen, ihm in seiner vertrauten Umgebung zu begegnen, sind wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Diagnostik und Therapie.

Alle diese Maßnahmen führen im Idealfall zur »*therapeutischen Gemeinschaft*«, einem bereits in den 40er-Jahren entwickelten Konzept, das dadurch gekennzeichnet ist, dass Patienten nicht in die passive Krankenrolle gedrängt werden, sondern sie mit den Mitarbeitern aktiv den therapeutischen Prozess gestalten. Diese Gruppenprozesse ermöglichen es, krankhaftes Verhalten in der Gruppe zu erkennen und zu verstehen. Es können Erfahrungen gemacht werden, die zur Korrektur krankheitsbedingten Fehlverhaltens führen, und gesunde Anteile der Persönlichkeit können durch die Gruppe bestärkt werden (vgl. WASHBURN & CONRAD 1979, FINZEN 1999). DiBELLA et al. (1982) nennen noch weitere Vorteile dieses Gruppengeschehens: Patienten lernen, dass auch andere Menschen ähnliche Probleme haben wie sie, und sie geben sich wechselseitig Unterstützung. Eine einseitige Fixierung auf die Therapeuten wird so vermieden. In der Gruppe von Gleichbetroffenen werden unangemessene Interaktionsmuster besser erkannt, und sie können auch durch den Gruppendruck leichter korrigiert werden. Patienten können in Auseinandersetzung mit anderen Gruppenmitgliedern ihren Realitätsbezug erkennen und ihre Sichtweisen oder Einstellungen verändern. Gruppen bilden ein Terrain, um sich in verschiedenen Rollen zu testen, und die Reaktionen anderer auf eigenes Verhalten erfahren zu lernen. Diese Gruppenprozesse führen häufig zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls der einzelnen Mitglieder. Die Lernchancen für den Einzelnen sind in Gruppen allein durch die Mög-

lichkeit der Identifizierung mit anderen Gleichbetroffenen größer als in Einzeltherapien. FINZEN (1977: 322) spricht sogar von der Tagesklinik als »pädagogischem System« und betitelt sein Buch mit: »*Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebensschule*«.

Was wirkt von den Therapien?

In aller Regel erhalten die Patienten die Behandlungen in der Tagesklinik als komplettes Paket. Zwar haben sie ggf. eine individuelle Medikation und führen Einzelgespräche mit den Therapeuten, ansonsten nehmen sie aber weitgehend unabhängig vom konkreten Krankheitsbild an allen Aktivitäten, die durch den Wochenplan festgelegt sind, gemeinsam teil. Damit erhebt sich die Frage, welches eigentlich die Faktoren sind, die bewirken, dass die tagesklinische Behandlung in vielen Studien besser oder gleich gut abschneidet als andere Behandlungsformen (vgl. unten Kapitel 3.3). In einer innovativen, mit qualitativen Befragungstechniken arbeitenden, explorativen Studie haben HOGE et al. (1988) auf diese Frage eine Antwort gegeben.²⁹ Die Patienten wurden danach befragt, ob und in welcher Form ihnen die Behandlungen geholfen hatten. Die Analyse dieser subjektiven Einschätzungen erbrachte den durchaus überraschenden Befund, dass Patienten und Therapeuten gleichermaßen die positiven Ergebnisse nie einer ganz bestimmten Komponente des Behandlungsprogramms zurechneten, sondern »patients and clinicians attributed positive outcomes to more abstract elements – the elements that we have labeled here as therapeutic factors« (HOGE et al. 1988: 208). Insgesamt identifizierten die Autoren 14 solcher Wirkfaktoren.

Die zwei Wichtigsten waren (weil sie von fast allen Patienten genannt wurden) die *Strukturierung* des Alltags durch die Tagesklinik und die Gelegenheiten zu *interpersonellen Kontakten* während des Programms. Der erste Faktor »Struktur« beinhaltet Aspekte wie den hilfreichen Zwang, sich – beginnend mit dem pünktlichen Aufstehen am Morgen – täglich einer festen *Routine* unterziehen zu müssen, oder auch den Aspekt, von anderen gesagt zu bekommen, was als nächstes zu tun ist (»*direction*«). Zur Strukturierung gehört ferner das Gefühl, ständig mit (irgendetwas) beschäftigt zu sein (»*activity*«), sowie das Gefühl, etwas Zweckdienliches im Rahmen eines klar umrissenen sozialen Settings zu tun (»*purpose*«). Der zweite abstrakte Faktor »interpersonal contact« lässt sich

²⁹ Die Studie ist innovativ vor allem wegen des systematischen qualitativen Forschungsansatzes. Die Autoren haben mit halbstrukturierten Leitfadenterviews 20 Patienten im Day Hospital des Connecticut Mental Health Centers sowie deren behandelnden Therapeuten befragt, und die transkribierten Tonbandaufzeichnungen mit einer Mischform von zusammenfassender und strukturierender Inhaltsanalyse (vgl. MAYRING 1983) ausgewertet.

ebenfalls in mehrere Dimensionen gliedern: Es geht hierbei um das Gefühl, trotz aller Probleme, die man hat, akzeptiert zu sein (*»acceptance«*), und einer Gemeinschaft anzugehören (*»belonging«*). Es geht um das Gefühl, nicht mehr nur mit sich selbst beschäftigt zu sein, sondern »in Gesellschaft« zu sein (*»companionship«*), und es geht um die Erkenntnis, dass andere Personen ernsthaft Anteil an den eigenen Problemen nehmen und zu deren Bewältigung beitragen wollen (*»sharing and support«*).

Der dritt wichtigste Wirkfaktor ist die Medikation. Patienten schätzen sie vor allem als Möglichkeit, die Symptome der Krankheit besser zu kontrollieren. Die restlichen elf, als therapeutisch hilfreich empfundenen Faktoren, werden jeweils nur von einer Minderheit der Befragten erwähnt. Dazu gehören beispielsweise: Das Gefühl, für andere etwas tun zu können; die Erkenntnis, dass es anderen zur gleichen Zeit noch schlechter geht als einem selbst; das Wissen, etwas mehr von der eigenen Krankheit zu verstehen (und dieses Wissen im Alltag zu benutzen); das Gefühl »sicher« zu sein in der Klinik; das Gefühl, mitverantwortlich zu sein, dass im Tagesablauf der Klinik »alles klappt«, und schließlich der Stolz darauf, ein solch komplexes Geschehen wie das Wochenprogramm einer Tagesklinik, erfolgreich durchgestanden zu haben. Alle diese Faktoren zeigen, dass es – in der Wahrnehmung der Patienten – nicht so sehr die konkrete therapeutische Maßnahme (Holzgruppe oder Tanzen, Gespräch oder Rollenspiel) ist, die eine Wirkung entfaltet, sondern es ist die holistische Erfahrung eines spezifischen Schauplatzes therapeutischer Aktionen.

Es ist diese schwer fassliche Mischung aus äußerer Führung einerseits und dem Zwang zur Eigenverantwortung andererseits, in dem HOGE et al. (1988) das Erfolgsrezept von Tageskliniken sehen: »What seems striking is the ability of this modality to provide security and structure while simultaneously promoting patient responsibility and autonomy. This contrasts with outpatient treatment, which can facilitate patient autonomy but generally provides little structure, and with inpatient treatment, which provides considerable structure, but limits patient autonomy. The ability to provide structure while promoting autonomy may explain the particular effectiveness of partial hospitalization in the treatment of certain acutely disturbed psychiatric patients.« (S. 208)

In jüngster Zeit haben KALLERT & SCHÜTZWOHL (2002a) den anregenden Versuch unternommen, die Ergebnisse der Studie von Hoge et al. nutzbar zu machen für die Reform von tagesklinischen Programmen. Sie plädieren für einen Perspektivenwechsel bei der Konzeption von Tagesklinik-Angeboten: Es sollte nicht aus fachlich-professioneller Sicht entschieden werden, was angeboten wird, um dann zu fragen, ob es wirkt, sondern die subjektive Wahrnehmung der Patienten, ihr Empfinden darüber, was ihnen hilft, sollte ernst genommen werden, um daraus Folgerungen für die Ausgestaltung von Tagesklinik-Angeboten abzuleiten. In ihrem Durchgang durch die 14 von Hoge et al. entdeckten Wirkfaktoren

kommen Kallert & Schützwohl dabei zu einer Fülle von Anregungen für die Weiterentwicklung von Tageskliniken.³⁰

Nur wenige andere Studien sind ebenfalls der Frage nachgegangen, welches – aus Patientensicht – die wirksamsten Behandlungsangebote in Tageskliniken sind. In den Untersuchungen von Hsu et al. (1983), BAKER et al. (1986) und HOLLOWAY (1988) wurden zwar jeweils eine größere Zahl von Patienten befragt, aber die inhaltsanalytische Auswertung der offenen Interviews war methodisch wenig elaboriert, sodass die Ergebnisse an der Oberfläche bleiben. Die zusammenfassenden Interpretationen der Autoren stützen aber allesamt die zentrale These, dass es weniger bestimmte Einzeltherapien sind, die als hilfreich empfunden werden, sondern dass es die Gesamt-Atmosphäre von Strukturierung und Gelegenheit zum sozialen Kontakt ist, die den therapeutischen Erfolg ausmachen.³¹

Funktionen tagesklinischer Behandlung

Welche Funktionen sollte – in einem gemeindepsychiatrischen Verbund – die Tagesklinik erfüllen? Als Antwort auf diese Frage werden seit den 1960er-Jahren Kataloge zur Indikation einer tagesklinischen Behandlung vorgeschlagen. KRAMER (1961) nennt drei typische Funktionen: »(a) prevention of full-time hospitalization by direct admission of patients from the community; (b) prevention or control of relaps among patients released from full-time hospitals; and (c) provision of transitional services for convalescing patients.« (S. 91)³² Etwa zur gleichen Zeit schlägt DANIELS (1964) sechs verschiedene Einsatzmöglichkeiten

30 Beispiele für solche Anregungen: Die Wünsche nach Strukturierung müssen sich auswirken auf die Art der sozialarbeiterischen Angebote und die Organisation von Ergotherapie (»Arbeitsdiagnostik«, »Trainingssteigerungen«). Interpersoneller Kontakt sollte durch informelle Patientenaktivitäten stimuliert werden. In Gruppenvisiten sollten Patienten Erfahrungsberichte abgeben. Patienten sollten in Coping-Techniken und anderen psychoedukativen Interventionen geschult werden. Durch Angebote für Angehörige sollten Potenziale familiärer Unterstützung mobilisiert werden.

31 Hsu et al. (1983) resümieren: »Certainly, the supportive atmosphere and structure of the day hospital was regarded as the most helpful factor ...« (63); BAKER et al. (1986) schreiben: »... it was clear from the spontaneous replies (...) that non-specific factors such as getting out of the home and meeting other people (...) were seen by patients as the most helpful factor in day-hospital treatment.« (68); HOLLOWAY (1988) präsentiert viele Äußerungen im Wortlaut und kommentiert etwas ratlos: »The failure of attenders at the day hospital to mention therapy as a function of their day care is intriguing.« (259); »The results indicated that users saw the value of their day care largely in social rather than therapeutic terms.« (261)

32 In der älteren deutschen Literatur findet man eine ähnliche Einteilung bei FINZEN (1977: 39): »1. Anstelle einer Vollhospitalisierung bei akut kranken Patienten. 2. Zur Betreuung nach einer stationären Behandlung im Sinne einer Übergangseinrichtung. 3. Zur Aktivierung chronisch kranker Patienten.« VELTIN (1986: 29) trifft eine ähnliche Unterscheidung.

vor: »(1) As a definite treatment center for many patients now treated in the full-time hospital. (2) As a gradual transition when discharge from the full-time hospital is likely to result in increased symptoms or regression. (3) As a transition into a full-time hospital when patient and family cannot tolerate immediate total separation. (4) As a training center to re-establish work patterns and to facilitate rehabilitation. (5) As a treatment center for patients who after a course of individual therapy need additional treatment emphasizing interpersonal relationships and social factors. (6) As a treatment center where contact with family is maintained and made the focus of treatment.« (S. 26)

Diese Funktionsbestimmungen werden bei DiBELLA et al. (1982) um einen weiteren Aspekt, die Diagnosevalidierung, ergänzt. »A final category for partial hospitals sometimes listed ... is that of *diagnosis*; however, no known program is designed to provide *only* diagnostic services. Nonetheless, there are patients whose symptom/functional picture is so confusing and complex that satisfactory understanding and diagnosis are not attainable through traditional outpatient programs. In these cases, the partial hospital is invaluable for providing the necessary, extensive direct observation, identification of problem areas, and formulation of a treatment plan; at the same time, the disadvantages of hospitalization are avoided.« (S. 139) Diese Funktion wird von anderen Autoren noch ausgeweitet: Tagesklinische Behandlung sei auch dann indiziert, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, eine vollstationäre Behandlung jedoch nicht notwendig ist. Sie dient dann nicht nur der Diagnosevalidierung, sondern auch der Intensivierung der zuvor ambulanten Behandlung (vgl. NEFFINGER 1981, SCHENE et al. 1988, NESTADT 1996, MBAYA et al. 1998, MARSHALL et al. 2001, SCHENE 2001). In der Zusammenschau ergeben sich also insgesamt vier Indikationen für tagesklinische Behandlung:

1. Alternative zur stationären Behandlung
2. Übergangseinrichtung nach stationärer Behandlung
3. Rehabilitationseinrichtung für chronisch Kranke
4. Diagnosevalidierung und Intensivierung ambulanter Behandlung

Es handelt sich dabei freilich um eine analytische Unterscheidung. In der Praxis erfüllt jede Tagesklinik, je nach aktueller Zusammensetzung der Patientengruppe, alle Funktionen in unterschiedlichem Ausmaß.³³

33 In der Literatur wird verschiedentlich die Forderung erhoben, Tageskliniken sollten sich durch die Spezialisierung auf eine bestimmte Funktion schärfer profilieren. Eine solche funktionale Spezialisierung ist aber wohl höchstens in Ansätzen vorhanden. Besonders SCHENE et al. (1988) argumentieren in diese Richtung. Sie versuchen auch erstmals (für die Niederlande) eine empirische Typologie auf der Basis einer solchen funktionalen Kategorisierung. Allerdings sind ihre Kriterien ziemlich willkürlich: Zum Typ »Alternative zu vollstationären Behandlung« zählen Tageskliniken, wenn sie 20 % oder mehr Patienten dieser Art haben, als »Übergangseinrichtung

Zu 1: *Tagesklinik als Alternative zur stationären Behandlung*. In dieser Funktion werden Tageskliniken tätig, wenn Patienten aufgenommen werden, die akut psychisch dekompenziert sind und dringend eine Krankenhausbehandlung benötigen. Der Nachweis, dass zur Behandlung solcher Patienten nicht nur die 24-Stunden-Kliniken, sondern auch die Tageskliniken in der Lage sind, ist zentrales Thema der Tagesklinik-Forschung (vgl. Kapitel 3.3). Heute geht man davon aus, dass ein Drittel bis die Hälfte aller Patienten, die akut erkrankt sind, auch in Tageskliniken behandelbar sind (vgl. NESTADT 1996: 254). SCHENE (2001: 287) schätzt diesen Anteil auf 20–40 %. Einrichtungen, die diese Akutbehandlung durchführen, liegen in der Regel räumlich nahe bei einem psychiatrischen Krankenhaus oder sind organisatorisch Teil davon. Es muss die Möglichkeit zur raschen Umstellung auf 24-stündige stationäre Behandlung geben (vgl. SCHENE et al. 1988). Die Mitarbeiter von Tageskliniken halten diese Funktion meist für überaus wichtig. Schon die Umfrage von BOSCH und STEINHART (1983) zeigte, dass die meisten Tageskliniken in ihrem Selbstverständnis Alternative oder Ergänzung zur stationären Behandlung sind. Noch deutlicher wird diese Selbsteinschätzung in der Umfrage von KALLERT et al. (2003: 76). Die Funktion »Alternative zur stationären Behandlung« rangiert auf dem ersten Platz bei der Selbsteinschätzung der Aufgaben. Empirisch ist die direkte Aufnahme in die Tagesklinik bei akuter Erkrankung aber immer noch eher die Ausnahme. So berichten SCHENE et al. (1988: 519), dass nur 9 % aller tagesklinischen Patienten in den Niederlanden im Rahmen der Akutversorgung aufgenommen wurden. Ähnlich niedrig lag die Zahl in einer Regionalstudie von zehn Tageskliniken im UK, wo nur 13,2 % aller Tagesklinikplätze zur Akutbehandlung genutzt werden (vgl. MBAYA et al. 1988: 286).³⁴ Empirische Befunde zum tatsächlichen Anteil akut kranker Patienten in Tageskliniken liegen für die Bundesrepublik nicht vor (vgl. REKER 2004b). Die von KALLERT et al. (2003: 73) aufgestellte These, dass Tageskliniken seit neuestem verstärkt in dieser Funktion tätig werden, kann daher noch nicht als empirisch bestätigt angesehen werden, sondern bezeichnet eine

nach vollstationärem Aufenthalt« definieren sie Tageskliniken mit mehr als 50 % solcher Patienten. Wenn 80 % der Patienten wegen unzureichender ambulanter Behandlung aufgenommen wurden, dann zählen sie diese Kliniken zum Typ »extended ambulatory treatment«. Schließlich sind Tageskliniken »day care«-Einrichtungen, wenn 40 % der Patienten chronisch Kranke in Rehabilitation sind. Wie problematisch eine solche Typologie ist, zeigt sich schon daran, dass es den Autoren nur bei der Hälfte der untersuchten 85 Tageskliniken gelang, sie einem der vier Typen zuzuschlagen. Dennoch gibt es in den Niederlanden deutlichere Unterschiede zwischen den Tageskliniken als in Deutschland, denn diese Typologie wäre hier zu Lande kaum anzuwenden. In der Auswertung der Tagesklinik-Umfrage von SCHENE, VAN LIESHOUT und MASTBOOM (1986) wird deutlich, dass Tageskliniken in den Niederlanden eher als Teil der ambulanten Versorgung anzusehen sind.

³⁴ Die Gründe für diese geringe Nutzung von Tageskliniken werden in Kap. 3.3 ausführlich erörtert.

wichtige wenngleich offene Frage. Dieser Frage wird auch in der Fallstudie zur Offenbacher Tagesklinik nachgegangen (vgl. Kapitel 5).

Zu 2: *Tagesklinik als Übergangseinrichtung nach stationärer Behandlung.* »Obwohl keine exakten Daten vorliegen, ist davon auszugehen, dass immer noch die Mehrzahl der aufgenommenen Patienten die Tagesklinik im Anschluss an einen stationären Aufenthalt beginnt.« (REKER 2004 b) Die Tagesklinik übernimmt damit eine »Brückenfunktion« zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung (vgl. VELTIN 1986). Diese strukturierte Form der Weiterbehandlung dient dazu, die psychische Symptomatik weiter zu stabilisieren und evtl. auftretende Verschlechterungen durch den Übergang von der Station in die Familie aufzufangen. Auch die Medikamentengabe muss jetzt dem Leben außerhalb des Krankenhauses angepasst werden; denn »Medication regimes that appear sensible in the hospital may be unworkable once the patient is at home« (NESTADT 1996: 255). In dieser Phase wird auch die ambulante oder rehabilitative Weiterbehandlung und Betreuung nach der Entlassung geplant (vgl. SCHENE 2001).

Zu 3: *Tagesklinik als Rehabilitationseinrichtung für chronisch Kranke.* Aufgenommen werden »Patienten mit schleichendem Krankheitsbeginn und chronischen Leiden zur gezielten Behandlung der primären und sekundären Krankheitschäden, auch zur Vorbereitung auf weiter führende Rehabilitationsmaßnahmen. Unter tagesklinischen Bedingungen können sich auch bei chronischen Zustandsbildern, bei denen die ambulanten und vollstationären Möglichkeiten erfolglos ausgeschöpft wurden, noch Besserungschancen eröffnen« (VELTIN 1986: 29). Diese rehabilitative Funktion von Tageskliniken wird in Deutschland jedoch zunehmend in Frage gestellt, da Rehabilitation – kostentechnisch – nicht in das Aufgabengebiet der Krankenkassen falle. »Fachlich ist diese starre Trennung und die damit verbundene Vorstellung einer zeitlichen Aufeinanderfolge von erst Therapie und dann Rehabilitation gerade in der Psychiatrie nicht haltbar und führt letztlich zur sozialrechtlichen Benachteiligung psychisch Kranker.« (REKER 1999: 31) NESTADT (1996) nennt genau diese Verbindung von Behandlung und Rehabilitation als ein Qualitätskriterium von Tageskliniken: »The partial hospital program, with its flexibility, permits a person to work or attend a rehabilitation program while continuing as a patient in the program.« (S. 257) Aufgrund der restriktiveren Aufgabendefinition durch die Krankenkassen haben viele Tageskliniken in der Aktenführung den Begriff Rehabilitation ganz aus ihrem Sprachgebrauch gestrichen, da bei jedem (auch) rehabilitativ behandelten Patienten die Gefahr droht, Kosten nicht erstattet zu bekommen. Die derzeitigen Irritationen über die (absichtsvolle) terminologische Gleichsetzung von klassischen Rehabilitationsmaßnahmen in der somatischen Medizin mit rehabilitativen Behandlungen chronisch kranker Patienten in der Psychiatrie durch die Kostenträger darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Tageskliniken nach wie vor diese wichtige Funktion erfüllen. Allerdings verweist auch dieser Konflikt auf mögliche Verän-

derungen, denen die Tagesklinik-Forschung nachgehen muss. Interessanterweise geht die neue Auflage der Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahr 2003 immer noch von rehabilitativ arbeitenden Tageskliniken aus (vgl. KUNZE & KALTENBACH 2003: 171). Unter rehabilitativer Behandlung wird in der Psych-PV Folgendes verstanden: »Bessern, Lindern der Krankheitsfolgen – mit diesen leben lernen, Enthospitalisierung, Wiedereingliederung« (vgl. ebenda: 44). Die Personalausstattung von Tageskliniken wird also bis heute vor allem anhand der rehabilitativen Funktion bemessen.

Zu 4: Tagesklinik zur Diagnosevalidierung und Intensivierung ambulanter Behandlung: Tageskliniken bieten eine bessere Möglichkeit, Patienten über einen längeren Zeitraum zu beobachten als es im ambulanten Bereich möglich ist. Wenn in der ambulanten Therapie ein Störungsbild nicht eindeutig diagnostiziert werden konnte, ist eine tagesklinische Behandlung zur Klärung der Diagnose hilfreich. Die Tagesklinik ist auch für solche Patienten geeignet, bei denen eine ambulante Therapie nicht ausreicht, eine vollstationäre Behandlung jedoch auch nicht indiziert ist (vgl. SCHENE 2001, NESTADT 1996). Tageskliniken dieses Typs behandeln mehr Patienten mit Angst-, Persönlichkeits- oder depressiven Störungen (vgl. MARSHALL et al. 2001). »The extension ambulatory type offers a fairly psychotherapeutically oriented program, for a carefully selected, younger and more highly educated patient population suffering from neurotic, personality and depressive disorders. Treatment is intensive and protracted, and is given by a multidisciplinary staff in which the psychologists outnumber the rest.« (SCHENE et al. 1988: 521) MBAYA et al. (1988: 286) weisen kritisch darauf hin, dass diese Form der tagesklinischen Nutzung teuer ist und meistens keinen Vorteil gegenüber der ambulanten Behandlung erbringt.

Die Unterscheidung von Funktionen tagesklinischer Behandlung ist auch die Basis für begriffliche Differenzierungen in den USA, die in Deutschland so keine Entsprechung haben. Im Anschluss an NEFFINGER (1981: 263 f.) und ROSIE (1987) lassen sich folgende Programmtypen unterscheiden:

- **Day Hospitals:** Die Einrichtungen funktionieren vor allem als Alternative zur 24-Std.-Behandlung in akuten Fällen und als Übergangseinrichtungen. Die Behandlungsdauer liegt etwa bei zwei bis vier Wochen, hohe Ausstattung mit medizinischem Personal und in enger Anbindung an Akutkrankenhäuser. Behandlungsziel ist die Stabilisierung bei einer akuten Episode.
- **Day Treatment (centers):** Die Einrichtungen funktionieren als Rehabilitationshilfen und Ergänzung der traditionellen ambulanten Versorgung. Behandlungsdauer beträgt etwa drei bis vier Monate und nicht-medizinische Gesundheitsberufe sind zentral für die Behandlung. Hauptziel ist die zügige Verbesserung des Zustands und die Minimierung künftiger Behandlungsnotwendigkeiten. Organisatorisch sind sie von Krankenhäusern getrennt, haben aber Zugriff auf Notfalleinrichtungen.

- Day care (centers): Die Einrichtungen funktionieren als Anlaufstellen für chronisch kranke Menschen, Behandlungsziel ist die Abwehr der weiteren Verschlimmerung der Krankheit und die Verhinderung weiterer Hospitalisierung bei unbegrenzter Behandlungsdauer. Behandelnde sind meist paraprofessionelle Gesundheitsberufe. Organisatorisch sind sie weder mit Notfalleinrichtungen noch mit einem Krankenhaus verbunden.

Die Betriebsformen tagesklinischer Behandlung sind zwar auch in den USA nicht absolut trennscharf institutionalisiert, sondern es kommen sowohl kombinierte day hospital/day treatment-Einrichtungen als auch kombinierte day treatment/day care-Einrichtungen vor, der Unterschied zu Deutschland ist aber insofern vorhanden als es hier nur eine klare Abgrenzung von Tagesstätten (entspricht day care) und Tageskliniken gibt, die – äußerlich schwer erkennbar – eine beliebige Kombination von day hospital und day treatment anbieten.

3.3 Evaluationsforschung zu Tageskliniken: Indikation, Effektivität, Effizienz

Da Tageskliniken eine neuartige Institution im psychiatrischen Versorgungssystem waren, konnten Initiativen zur Einrichtung solcher Programme naturgemäß nicht mit dem Hinweis auf empirische Nachweise der Überlegenheit dieser Behandlungsform argumentieren. Stattdessen wurde häufig »ideologisch« (wie die Kritiker dieser Behandlungsform meinen) argumentiert, d. h. aus den Zielsetzungen der sozialpsychiatrischen Bewegung wurde logisch geschlussfolgert, dass die tagesklinische Form der Behandlung mit ihrer zwangsläufigen Nähe zum Alltagsleben in der Gemeinde ein sinnvolles Angebot sein müsse.

Vor diesem Hintergrund war von Beginn an der Druck groß, durch empirische Forschung Nachweise für die Wirksamkeit zu erbringen. Der Erfolg von Behandlungen in Tageskliniken wird dabei seit über vier Jahrzehnten häufig in Veröffentlichungen beschrieben, die als datengestützte Erfahrungsberichte anzusehen sind. Teils wird darin aufgezeigt, wie die betreffende Tagesklinik arbeitet und wie viele Patienten mit welchen psychischen Störungen behandelt worden sind, teils werden auch Vorher-Nachher-Messungen präsentiert, die den Behandlungserfolg bei einer – meist kleinen – Gruppe von Patienten in einem bestimmten Zeitraum demonstrieren.³⁵ Dieser Typ von Studien wurde und wird (seit das

35 Studien dieses Typs sind z. B. die Untersuchungen von AARON & SMITH 1953, SMITH & CROSS 1957, HYDE 1959, HARRINGTON & MAYER-GROSS 1959, AXEL 1959, KRAMER 1962, McMILLAN & AASE 1964, NISKANEN 1974, FINZEN 1977, JAKUBASCHK 1979, DUNN et al. 1982, STEINHART & BOSCH 1983, BOCK 1985, VIDALIS et al. 1990, EIKELMANN 1991 und 1994, HEITGER & SAAMELI

Experimental-Design zum Credo des mainstreams in der medizinischen Evaluationsforschung geworden ist³⁶) häufig nicht mehr als wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit einer Therapieform akzeptiert. Als Evaluationsforschung im engeren Sinn gelten dann nur noch Untersuchungen, bei denen es mindestens zwei Gruppen gibt, die zu mindestens zwei Zeitpunkten vermessen werden, wobei die Zuteilung zu den Gruppen nach dem Zufallsprinzip vorgenommen werden sollte. Beginnend in den 1960er-Jahren wurden auch im Bereich der Tageskliniken Studien dieses Typs durchgeführt.

Sozialexperimentelle Studien zu Tageskliniken vor 1990

Die Vielzahl sehr unterschiedlicher Untersuchungen lässt sich am besten anhand der tagesklinischen Funktionen kategorisieren (vgl. HERZ 1982, NESTADT 1996, SCHENE 2001). Ein Teil der Studien evaluiert Tageskliniken als Alternative zur vollstationären Behandlung, ein anderer Teil untersucht sie in ihrer Funktion als Übergangseinrichtung. Schließlich gibt es Studien, die den Vergleich zur ambulanten Behandlung ziehen. Relativ selten werden unterschiedliche Tageskliniken miteinander verglichen.

1995. Eine Übersicht zu Studien mit diesem Design findet sich bei MASON et al. 1982. Hier werden auch Untersuchungen aus unterschiedlichen Ländern referiert. HERSON (1979) präsentiert einen ganz eigenständigen Ansatz zur Evaluation tagesklinischer Behandlung: Experimente an Einzelfällen. Dabei wird ein Patient in unterschiedlichen Zeitintervallen ganz unterschiedlichen Therapien unterzogen und Verlaufsdaten zur Symptomatik werden fallintern verglichen.

36 In den 60er- und 70er-Jahren entwickelte sich die Evaluationsforschung besonders in den USA zu einem eigenständigen Zweig der angewandten Sozialforschung mit deutlichen Ansätzen zur Professionalisierung (eigene Fachgesellschaften und Verbände, Zeitschriften, Lehrstühle). Innerhalb dieser Profession wurde der Ansatz des Sozialexperimentals zur »herrschenden Meinung«, wenn es um Designfragen zur Durchführung von summativen Evaluationen geht (vgl. SCRIVEN 1980, ROSSI & FREEMAN 1982, für Deutschland z.B. Lange 1983). Angesichts der überwältigenden Schwierigkeiten, methodisch korrekte Sozialexperimente durchzuführen, und angesichts des erfolgreichen Widerstands von Vertretern mit anderer methodologischer Ausrichtung ist dieser Rigorismus der Anfangsjahre heute überwunden. Die Fraktion der Anhänger des Sozialexperimentals hat den Alleinvertretungsanspruch aufgegeben und den »kalten Krieg« um die Methodenfragen verloren (vgl. CHELIMSKY 1997, COOK 1997). Heute haben z.B. auch die qualitativen Ansätze einen festen Platz im pluralistischen Feld der Evaluationsforschung und den Weg in die Neuauflagen der Lehrbücher (vgl. z.B. Weiss 1998) gefunden. Im Bereich des Gesundheitswesens scheint die Auseinandersetzung mit einiger Verspätung heute die Schärfe anzunehmen, die sie in den 1980er-Jahren in der Pädagogik, Soziologie, Politologie und anderen Sozialwissenschaften besaß. Aber es ist hier offensichtlich noch nicht entschieden, ob der (im Fall von sozialen Interventionsprogrammen) auf wackeligen Füßen stehende Anspruch überlegener Beweiskraft des experimentellen Paradigmas in ähnlicher Form zurück gewiesen werden kann. Sehr einleuchtend kontrastiert BADURA (1999) die in der Sozialmedizin konkurrierenden Positionen am Beispiel der Arbeiten und Personen von Archibald Cochrane und Avedis Donabedian.

a) *Tagesklinik als Alternative zur vollstationären Unterbringung.* Studien mit dieser Fragestellung sind vor 1990 nur in den USA und im UK durchgeführt worden³⁷ (zu USA vgl. ZWERLING & WILDER 1962 und 1964, KRIS 1965, HERZ et al. 1971, WASHBURN et al. 1976, FINK et al. 1978; zum UK vgl. DICK et al. 1985, CREED et al. 1989a und 1990).³⁸ Diese Studien sind insbesondere wichtig zur Abschätzung des Anteils der akut Erkrankten, der überhaupt fähig ist, in Tageskliniken behandelt zu werden. Denn beim Versuch, eine Neuaufnahme der Experimentalgruppe (Tagesklinik) oder der Kontrollgruppe (vollstationär) zuzuweisen, stecken diese Studien offenbar in einem Dilemma: Entweder sie filtern vorab die für Tagesklinik-Behandlung nicht geeigneten Patienten heraus,³⁹ dann bezieht sich die Randomisierung nur noch auf einen – meist: weniger schwer kranken – Teil der Population, oder sie randomisieren 100 % der Neuaufnahmen, müssen dann aber in Kauf nehmen, dass ein beträchtlicher Teil der Experimentalgruppe die Therapie abbrechen und (wenigstens vorübergehend) in die vollstationäre Behandlung wechseln muss. In beiden Varianten zeigt sich, dass nur der kleinere Teil der Akutaufnahmen tagesklinisch behandelbar ist. SCHENE (2001: 287) resümiert: »The overall conclusion must be that P[artial]H[ospitalization] can be a good alternative for 30–40 % of patients in need of acute psychiatric admission.«⁴⁰ Diese Aussage ist allerdings keine besonders »harte« wissenschaftliche Tatsache, denn nach wie vor variiert die-

37 Auch hier gilt natürlich die Einschränkung, dass die hier zugrunde gelegte Review-Literatur sich ausschließlich auf den angelsächsischen (und deutschsprachigen) Sprachraum bezieht. Ein Hinweis, dass es auch in anderen Ländern Forschung dieser Art gegeben hat, ist die jugoslawische Untersuchung von KECMANOVIC (1985), in der das Zurückfinden in Alltagsrollen nach der Entlassung untersucht wird. Beide Formen der Behandlung erweisen sich hier als ebenbürtig.

38 Zu weiteren Studien dieses Typs vgl. die Übersichtstabelle in GREENE & DE LA CRUZ 1981: 194–195 sowie die ausführlichen Literaturübersichten von MASON et al. 1982 und ROSIE 1987.

39 HERZ et al. (1971: 108) schlossen als nicht geeignet beispielsweise alle Patienten aus, die »zu krank« waren, aber auch alle die »zu gesund« waren (und die in die ambulante Behandlung zurückgeschickt werden konnten), ferner wurden Patienten nicht zugelassen, die nachts zu Hause nicht ausreichend beaufsichtigt waren oder die wegen körperlicher Gesundheitsstörungen ein Krankenhausbett benötigten. Bei WASHBURN et al. (1976 a: 667) tauchen (zusätzlich) auch völlig andere Ausschlussgründe auf: »... insufficient funds, refusal to participate, delays in classification, and staff resistance to the day treatment option.« Bei CREED et al. (1990) konnten rd. 42 % aller Aufnahmen aus den unterschiedlichsten Gründen weder der Kontroll- noch der Experimentalgruppe zugeordnet werden. Diese Patientengruppe wies ein deutlich unterschiedliches Diagnose-spektrum auf, hatte größere soziale Probleme (Obdachlosigkeit, Zahl der Polizeikontakte, Überforderung von Familie oder Wohnheimpersonal) oder war zwangseingewiesen. Von den 242 in Frage kommenden Patienten konnten bei DICK et al. (1985) nur 75 in die Studie aufgenommen werden. 39 waren zu gesund, 101 zu krank, 27 verweigerten sich. Ausschöpfungsquote und Selektionskriterien sind praktisch in jeder Studie unterschiedlich.

40 CREED et al. (1990) finden in ihrer Studie einen ähnlichen Anteil: »Roughly 40 % of all acutely ill patients presenting for admission to a psychiatric unit may be treated satisfactorily in a well staffed day hospital. The outcome of treatment is similar to that of inpatient care but might possibly reduce readmissions.« (S. 1033)

ser Anteil stark je nach Ausprägung von Einflussfaktoren die schon DIBELLA et al. 1982 aufgelistet hatten: unterschiedliches Diagnosespektrum in der Population, Ausstattungsmerkmale der Tagesklinik (insbesondere Notfallbetten), Wohn- und Familiensituation der Patienten, (Vor-)Urteile über Tageskliniken bei den aufnehmenden Ärzten, Verkehrsverbindungen und wohl auch Einschätzungen zur Zahlungsbereitschaft der Kostenträger.

Bei der eigentlichen Outcome-Messung⁴¹ wird den Tageskliniken meist ein gutes Zeugnis ausgestellt. Bei der Zurückbildung der Krankheitssymptome sind beide Behandlungsformen gleich erfolgreich, und im Hinblick auf ›social functioning‹ ist die tagesklinische Behandlung sogar erfolgreicher (ZWERLING & WILDER 1964, HERZ et al. 1971). Unterschiedlich sind die Ergebnisse zur Dauerhaftigkeit dieses Effekts.⁴² HERZ et al. fanden heraus, dass die Tagesklinik-Behandlung insgesamt kürzer war, allerdings auch die Zeit bis zur Wiederaufnahme in eine Klinik. Insgesamt verbrachten die Tagesklinik-Patienten mehr Zeit (Tage und Nächte) in der Gemeinde, was in dieser Studie als solches schon als Beleg für die Überlegenheit der Tagesklinik genommen wird.

In der ersten britischen Studie, die der Frage nachgegangen ist, ob Tageskliniken zur Akutbehandlung geeignet sind, können CREED et al. (1990) diese Ergebnisse weit gehend replizieren, auch insofern als sie nur Indizien für die Gleichwertigkeit, nicht aber die eindeutige Überlegenheit tagesklinischer Therapie finden. »Our findings show that day care is feasible for some patients and that it has no major disadvantage over inpatient care. Nevertheless, whether it is a more desirable treatment for acutely ill patients is less clear. Compared with inpatient treatment we did not find any definite advantage of day care in terms of mental state or social outcome scores, though a longer follow up might confirm the clinical impression that inpatients have quicker social recovery than day patients but are at a higher risk of rapid relapse.« (S. 1037) CREED et al. konnten in einer späteren Studie in einem anderen Krankenhaus den Befund, dass ein Großteil der akuten Fälle tagesklinisch behandelbar ist erneut gut replizieren (vgl. CREED et

41 Ebenso unterschiedlich wie die Stichprobendefinition ist in den vorliegenden Studien die Auswahl der Outcome-Dimensionen und die zur Messung verwendeten Instrumente. Zur Bestimmung des Behandlungserfolgs wurden vor allem verwendet: Krankheitssymptomatik, Funktionsfähigkeit in Alltagsrollen, Arbeitsfähigkeit, Dauer der Nichthospitalisierung, Lebensqualität des Patienten, Belastung der Familie.

42 ZWERLING & WILDER 1964 berichten, dass nach einem follow up Zeitraum von 24 Monaten kaum Unterschiede im Hinblick auf Symptome, Belastung der Familien, Compliance bei der Nachsorge und Rehospitalisierung fest zu stellen sind. CREED et al. (1990) wählen als follow up Perioden drei Monate und ein Jahr und bezeichnen diese Entscheidung selbst als Designfehler: »The follow up period was too short reliably to assess whether day treatment leads to a reduced chance of readmission.« (S. 1036) Auch im Hinblick auf die follow up-Ergebnisse sind die Studien schwer zu vergleichen, weil es ihnen in ganz unterschiedlichem Ausmaß gelang, die Patienten wieder zu finden und zur Teilnahme zu motivieren.

al. 1991), und sie konnten nachweisen, dass sich die Patienten in Tageskliniken im Schweregrad der Erkrankung kaum von den Patienten in vollstationärer Behandlung unterscheiden (vgl. CREED et al. 1989 a).

b) *Tagesklinik als Übergangseinrichtung nach vollstationärer Behandlung.* In dieser Funktion kann die tagesklinische Behandlung in zweierlei Richtung verglichen werden. Zum einen können Patienten mit einer kurzfristigen vollstationären Akutbehandlung und anschließendem Tagesklinik-Aufenthalt verglichen werden mit Patienten, die langfristig in vollstationärer Behandlung bleiben. Die Frage ist hier: »Welche Wirkung hat eine verkürzte Hospitalisierung?« Diese Art von Fragestellung liegt vor allem den Untersuchungen von Herz, Endicott, Spitzer et al. in den 70er-Jahren zugrunde (vgl. zusammenfassend HERZ 1982). Zum anderen kann die Frage untersucht werden: »Was bewirkt eine intensivierete ambulante Behandlung (nach einem vollstationären Aufenthalt)?« Hier werden dann solche Patienten, die nur ein ambulantes Nachsorgeprogramm erhalten, verglichen mit anderen, die an einem vollen Tagesklinik-Programm teilnehmen. Eine solche Untersuchung wurde von GLICK et al. (1986) durchgeführt.

Herz und Kollegen untersuchten die Unterschiede zwischen einer vollstationären Langzeitbehandlung (im Mittel 60 Tage) und einer Kombination von kurzer 24-Std.-Behandlung (im Mittel elf Tage) mit anschließender Tagesklinik-Behandlung (im Mittel 45 Tage). In den follow up Perioden von drei, sechs, zwölf, 18 und 24 Monaten schnitten beide Gruppen in den Outcome-Dimensionen gleich gut ab (und zeigten eine deutliche Verbesserung). Im Hinblick auf das ›role functioning‹ war die Tagesklinik-Gruppe zunächst deutlich überlegen, aber nach zwei Jahren hatten sich die Kurz- und die Langzeithospitalisierten wieder angeglichen. Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist außerdem der Befund, dass rd. 50 % derjenigen mit Kurzzeitbehandlung gar nicht mehr am Tagesklinik-Programm teilnahmen, weil sie gleich in ambulante Behandlung wechseln konnten (vgl. HERZ 1982, MASON et al. 1982).

In der Studie von WASHBURN et al. (1976) werden 59 Frauen nach etwa zwei bis sechs Wochen vollstationärer Behandlung zufällig aufgeteilt auf eine Gruppe, die in traditioneller 24-Std.-Behandlung verbleibt und eine Gruppe, die in tagesklinische Behandlung überwechselt. Die Ergebnisse sprechen noch stärker für Tageskliniken, weil es nicht nur einen Gleichstand zwischen beiden Behandlungsformen gibt, sondern die Tagesklinik-Gruppe deutlich besser abschneidet. Anders als bei HERZ et al. wurden in dieser Studie auch die Kosten beider Behandlungsmodalitäten erhoben. Die Vollzeithospitalisierung erwies sich als wesentlich teurer. Alle Studien zusammenfassend formuliert HERZ (1982: 37) als Empfehlung: »Usually, with proper therapeutic management, most acute patients recover sufficiently to leave the hospital within two to three weeks. For patients who need a structured therapeutic environment and are able to cooperate in their own treatment program, day hospitalization is preferable to inpatient care.«

Wesentlich weniger positiv für Tageskliniken sind die Ergebnisse von Studien, die untersuchen, ob es Sinn macht, eine ambulante Nachbehandlung durch eine tagesklinische Therapie zu intensivieren. ETTLINGER et al. (1972) fanden nur geringe und auch nur kurzfristig anhaltende Effekte des Tagesklinik-Aufenthaltes. In der Untersuchung von GLICK et al. (1986) in New York wurde eine Gruppe mit vollem Tagesklinik-Programm nach Entlassung aus Vollzeit-Behandlung einer Gruppe gegenübergestellt, die nur eine wöchentliche 90-Minuten Gruppentherapie ambulant erhielt. Sie fanden heraus, dass hier ebenfalls beide Gruppen praktisch gleich gut die Behandlungserfolge des Krankenhauses halten konnten. Sie vermuten, dass bei gut eingestellter Medikation, die psychosozialen Therapien in der Tagesklinik keinen Zusatzeffekt bringen und halten den zusätzlichen Aufwand für eine Tagesklinik-Behandlung bei Patienten, die nach stationärem Aufenthalt schon gesund genug sind, um ambulant behandelt zu werden, für wenig sinnvoll.

c) *Tagesklinik im Vergleich zur ambulanten Behandlung*: GUY et al. (1969) untersuchten den Behandlungserfolg bei Patienten einer Tagesklinik in Vergleich zu einer Gruppe von Patienten, die in einer Ambulanz in Behandlung waren und nur Medikamente erhielten. Die Rückfallrate war in beiden Gruppen annähernd gleich, aber in der Teilgruppe der Patienten mit schizoaffektiven Störungen war die tagesklinische Behandlung wesentlich effektiver als die ambulante Behandlung ohne Gruppentherapie. Bei der Teilgruppe mit leichteren, nicht schizophrenen Störungen dagegen war die rein ambulante Behandlung nicht schlechter als die Tagesklinik-Behandlung mit ihrem wesentlich höheren Aufwand in Hinblick auf Zeit und Kosten. In ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse der Untersuchungen von WELDON & FRANCES (1977) und WELDON et al. (1979). Schizophrene Patienten konnten durch die Tagesklinik besser in Erwerbsarbeit oder berufliche Trainingsmaßnahmen eingegliedert werden als die Patienten der Ambulanz. Auch MELTZOFF & BLUMENTHAL (1966) finden bei den nur ambulant versorgten Patienten eine höhere Rückfallrate mit vollstationärer Krankenhauseinweisung und einen geringeren Anteil von Personen, die in berufliche Rehabilitation eingegliedert werden können.

Der Schweregrad der Erkrankung scheint der entscheidende Faktor zu sein, von dem es abhängt, ob die tagesklinische Behandlung besser abschneidet als die ambulante Versorgung. So können TYRER et al. (1987) für randomisierte Vergleichsgruppen von Patienten mit neurotischen Störungen zeigen, dass die tagesklinische Behandlung keinerlei Vorzüge gegenüber der ambulanten Behandlung hat. Angesichts der hohen Kosten sprechen sie sich dagegen aus, Tageskliniken für diese Klientel als Routinebehandlung vorzusehen. Für eine Population, die auch Angststörungen und Depressionen als (schwerere) Krankheitsbilder umfasst, können DICK et al. (1991) dagegen zeigen, dass die Tagesklinik-Behandlung im Hinblick auf die klinische Symptomatik und andere Outcome-Dimensionen er-

folgreicher ist als eine ambulante Versorgung. In einem Satz zusammengefasst, bedeuten die Befunde der unterschiedlichen Studien, dass tagesklinische Intensivbehandlung nur bei Patienten mit schweren psychischen Störungen indiziert sind. »Those with less severe neurotic conditions do better with out-patient treatment.« (SCHEINE 2001: 289)

Zur Einschätzung der Bedeutung tagesklinischer Behandlung für schizophrene Patienten ist die Studie von LINN et al. (1979) von besonderer Wichtigkeit,⁴³ da sie auch die Frage untersucht, ob Tageskliniken einen wichtigen Beitrag zur Aktivierung schwer chronifizierter Patienten leisten können (wie es häufig empfohlen wird). Die Ergebnisse sind in dieser Hinsicht zwispältig: »Centers that were successful with chronic schizophrenics provided more occupational therapy, recreational activity, and in general treated their patients longer. Centers with poor results for chronic schizophrenics had more professional counseling staff and counseled more of their patients. They also had a higher patient turnover.« (S. 1065) Nicht jedes Tagesklinik-Programm bekam der untersuchten Gruppe also gleich gut. Lassen sich im Vergleich zur reinen ambulanten Medikamenten-Therapie schon kaum Vorteile der Tagesklinik-Behandlung aufzeigen, so gibt es für den Teil, der chronisch Kranken, der mit dem falschen Programm, nämlich einer zu stimulierenden Gruppentherapie, behandelt wird, Anzeichen, dass die Tagesklinik »toxisch« wirkt.

Zusammenfassend betrachtet schneidet die Tagesklinik in ihrer Funktion als Intensivierung der ambulanten Behandlung also wesentlich schlechter ab, als in ihren Funktionen als Anschlussbehandlung und als Alternative zur vollstationären Akutbehandlung. In einer neueren Cochrane-Meta-Analyse zum Thema »Day hospital versus outpatient care for patients with psychiatric disorders« (vgl. MARSHALL et al. 2001), die sich auch nur auf die fünf erwähnten Studien stützen konnte, wird die Indikation einer tagesklinischen Behandlung dementsprechend zurückhaltend beurteilt. Die Meta-Evaluatoren sehen keinerlei Evidenz für die Effektivität von Tageskliniken bei der Behandlung von chronisch schwer Erkrankten im stillen Intervall, und plädieren deshalb für eine strikte Beibehaltung der Abgrenzung von day care und day treatment Einrichtungen. Für die Nützlichkeit von Tageskliniken bei der Behandlung relativ leichter, nicht-psychotischer Störungen gibt es in der Forschung ebenfalls nur schwache Hinweise: »There was some limited evidence to support the use of day treatment programmes for patients with anxiety or depression who have not responded to standard outpatient treatment.« (S. 53)

43 Die Studie untersucht die Day Treatment Centers der Veterans Administration in den USA. Alle Patienten waren männlich, waren chronisch an Schizophrenie erkrankt und erhielten anti-psychotische Medikamente. Verglichen wurde die traditionelle ambulante Therapie mit Medikamenten im Vergleich zur (erstmaligen) Behandlung in einer Tagesklinik.

Unzureichende Nutzung trotz Kostenvorteilen

In den ersten Jahrzehnten der Entwicklung von Tageskliniken hat die Frage des Kostenvergleichs mit alternativen Behandlungsformen eine eher randständige Rolle gespielt. Die auf den ersten Blick plausible Unterstellung, dass ein achtstündiges Programm an fünf Tagen weniger kostenträchtig sei als eine 24-Stunden-Behandlung an sieben Tagen ist in mehreren Studien bestätigt worden (vgl. WASHBURN et al. 1976, FINK et al. 1978, GUILLETTE et al. 1978, ENDICOTT et al. 1978, DICK et al. 1985) und von Rezensenten der Forschungsliteratur als Vorteil tagesklinischer Behandlung verbucht worden.⁴⁴ Die Methoden des Kostenvergleichs in diesen frühen Studien sind heterogen, und entsprechen sicher nicht heutigen gesundheitsökonomischen methodischen Standards. Deshalb ist der Befund, dass die Ersparnis bei tagesklinischer Behandlung im Bereich von ein bis zwei Drittel der Kosten liegt, mit großer Vorsicht zu interpretieren. Wichtig für die heutige Diskussion sind diese Untersuchungen jedoch insofern, als vor dem Hintergrund ihrer Befunde *die These von der mangelnden Nutzung tagesklinischer Behandlungsmöglichkeiten* entwickelt wurde.

Sowohl WASHBURN et al. (1976) als auch FINK et al. (1978) stellen mit Nachdruck die Frage, warum es angesichts der vielfältigen Befunde zur klinischen Gleichwertigkeit und zu den fiskalischen Vorteilen von Tageskliniken nicht zur verstärkten Nutzung und zu vielen Neugründungen an weiteren Standorten kommt. Beim Versuch, dieses Rätsel der »underutilization« zu lüften,⁴⁵ benennen sie die Faktoren, die auch heute noch strukturelle Hindernisse für eine größere Rolle von Tageskliniken in der psychiatrischen Versorgung darstellen. Es handelt sich im Wesentlichen um drei Faktoren: die institutionellen ökonomischen Zwänge und die Vorbehalte gegenüber Tageskliniken bei den Ärzten und bei den Patienten (und ihren Angehörigen).

44 NEFFINGER (1981) findet zwar auch, dass die Forschungsliteratur zur Frage der relativen Kosten »is somewhat sparse in this area« (S. 267), aber er zählt diesen Aspekt doch eindeutig zu den Vorteilen von Tageskliniken: »In most cases, partial hospitalization costs less than inpatient services – in some cases substantially less.« (Tabellarische Übersicht S. 266). WEISS & DUBIN (1982: 925) fassen die Befunde Anfang der 1980er-Jahre zusammen: »The cost-effectiveness of partial hospitalization has been consistently demonstrated in comparison studies of partial hospital and inpatient treatment.« Auch fast anderthalb Jahrzehnte später urteilt NESTADT (1996: 260): »Lower costs is the most obvious advantage of partial hospitalization. This is crucial where there are fiscal limits to the quantity of service available for a given population.«

45 WASHBURN et al. (1976 a: 674) schreiben: »... our data clearly indicate that the day hospital is a more cost-effective treatment modality than inpatient treatment for a large spectrum of patients judged considerably sicker than patients normally treated in that setting. Yet, despite repeated demonstrations of this fact, day hospitals in the United States continue to be underutilized as a treatment modality.«

a) Auch in der Gemeindepsychiatrie bleibt das Krankenhaus mit 24-Stunden-Behandlung die zentrale Institution des psychiatrischen Versorgungsnetzwerkes, die Auslastung dieser Betten hat Vorrang. »Institutional factors in the health care delivery system may foster underutilization. If both the partial and full-time hospital services are within the same administrative structure, day hospital underutilization may result from the financial pressure experienced by the hospital administration to maintain a high level of occupancy of inpatient beds.« (FINK et al. 1978: 715)⁴⁶ WEISS & DUBIN (1982) schließen daran die These an, dass die Tageskliniken sich erst dann als Quelle von Einsparmöglichkeiten erweisen werden, wenn sie nicht nur als zusätzliches Angebot in die Welt gesetzt werden, sondern wenn parallel dazu Betten abgebaut werden.⁴⁷

b) Die Patienten und ihre Angehörigen tragen aus verschiedenen Gründen zur ›underutilization‹ bei. In den USA wurden Tageskliniken lange schon allein deshalb zögerlich genutzt, weil für viele Patienten die Kostenübernahme nicht kalkulierbar war. Viele Kostenträger schlagen diese Behandlungsform der ambulanten Versorgung zu und limitieren die Erstattungsbeträge in dem für ambulante Behandlungen üblichen Rahmen. Vollstationäre Unterbringung ist dagegen häufig kein Problem. »Because lack of understanding of partial hospital services, incentives provided by payers are often perverse, however, and for an individual there may be a cost disadvantage.« (NESTADT 1996: 261) Aber selbst wenn die Kostenübernahme kein Problem ist, gibt es bei den Angehörigen (und den Patienten) selbst z. T. die Befürchtung, eine Behandlung mit täglicher Rückkehr in den häuslichen Alltag könnte zu belastend sein.⁴⁸ ODENHEIMER (1965) hat diese Befürchtungen schon früh zum Gegenstand einer Studie gemacht und gefunden, dass die Verantwortung oft als zu groß empfunden wird und die Behandlung selbst oft schwer verständlich zu machen ist. Andererseits verweisen WASHBURN et al. (1976a) auf entgegenstehende Befunde zu »less day patient distress, less day family burdens, and greater day family satisfaction« (S. 674), sodass die Vorbehalte bei den Betroffenen für sie der am wenigsten bedeutsamen Grund der ›underutilization‹ ist.⁴⁹

46 In gleichem Sinn äußern sich WASHBURN et al. (1976a: 674f.) »The fiscal planning of hospitals, based primarily on hospital bed occupancy, may also heavily bias patient placement towards 24-hour-facilities.«

47 »Simply adding a partial hospital program to a health care system does not in itself enhance cost-effectiveness. Therefore, the ultimate financial advantage of partial hospitalization can be realized only when hospitals are willing to replace inpatient beds with partial hospital programs.« (S. 926)

48 Der durch die amerikanische Begriffswahl ›partial hospitalization‹ evozierte Verdacht, bei einer solchen Behandlung könne es sich nur um eine ›halbe Sache‹ handeln, ist wohl nur in den Anfangsjahren ein Grund für ablehnende Haltungen bei den Betroffenen gewesen.

49 Die Belastungen der Angehörigen von Langzeitpatienten und die mögliche Vernachlässigung ihrer Bedürfnisse durch gemeindepsychiatrische Versorgungssysteme werden in der Studie von MACCARTHY et al. 1989 untersucht.

c) Am wichtigsten ist für WASHBURN et al. (1976a, 1976b) ein weiterer im Medizinsystem selbst liegender Faktor: die Zögerlichkeit der behandelnden Ärzte, aber auch der Psychologen und des sonstigen klinischen Personals. »The primary therapist feels the responsibility and pressures of the patient's unpredictable behavior and, for peace of mind, seeks the control of 24-hour inpatient hospitalization.« (S. 675) Auch FINK et al. (1978: 715) weisen auf die hartnäckigen Vorbehalte des behandelnden Personals hin, dass die Patienten in akuten Phasen von der Familie abgeschirmt, 24 Stunden unter Beaufsichtigung gestellt und dauerhaft beobachtet werden müssten. Dieser »traditional professional conservatism« (NEFFINGER 1981: 268) ist gleichermaßen Ausfluss der gegenüber den Patienten empfundenen Fürsorgepflicht wie auch Selbstschutz vor möglichen Kunstfehler-Vorwürfen. Überwunden kann er nur werden, wenn die Kenntnisse über die Vorzüge tagesklinischer Behandlung stärker in der Ausbildung des Personals und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.⁵⁰ Teilweise wird die Kritik zugespitzt auf die Mediziner, die in aller Regel die Entscheidung treffen, wohin ein Patient geschickt wird, und sie wird um den Hinweis auf Machtkämpfe zwischen den Professionen erweitert. So stellen PARKER & KNOLL (1990) zunächst resigniert fest: »In an age of deinstitutionalization and cost containment, partial hospitalization should have catapulted to the forefront of all the less restrictive alternative treatment modalities for the mentally ill. However, it has not.« (S. 159), um dann den Ärzten die Schuld an dieser Entwicklung zu geben: »Partial hospitalization continues to have low utilization for several reasons, all of them related to the fact that it is through a physician that most patients enter treatment. 1) Most psychiatrists have little or no training experiences in a partial hospital setting. 2) Full hospitalization is safer in a potential malpractice situation. 3) Psychiatrists can more easily recover third-party payments for full hospitalization. 4) The psychiatrist is easily accepted as the team leader and is more clearly in charge in a medically orientated inpatient setting than in a partial hospitalization setting, which tends to be ›client‹ rather than ›patient‹ orientated. Traditional treatment modalities still offer a psychiatrist the least amount of risk, the greatest acceptance of his or her expertise to guide the treatment, and the most likely chances of reimbursement for services.« (S. 159) Wie ungern Ärzte die Tagesklinik-Option für geeignet halten, wird nicht zuletzt auch an der Tatsache erkennbar, dass in vielen randomised controlled trials die aufnehmenden Ärzte nicht bereit waren, der Experimental-Bedingung (also der Tagesklinik) zuzuweisen. Einige Studien mussten deshalb das Ziel der Zufallsaufteilung sogar ganz fallen lassen (vgl. CREED et al. 1989a: 346).

50 Auch in einer Übersicht neueren Datums kritisiert NESTADT (1996: 262) Ausbildungsdefizite und die negativen Konsequenzen für Tageskliniken: »Unfortunately, it is the exception for professionals to be trained in partial hospitals and, until this situation reverses, there will probably be a continued reluctance to utilize this approach.«

Die fehlende Bereitschaft der Ärzte, in tagesklinische Behandlung einzuweisen, gilt dabei nicht nur für die Akutbehandlung. Schon BOSCH & STEINHART (1983: 35) haben darauf hingewiesen, dass auch bei Anschlussbehandlungen solche Hindernisse bestehen: »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 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.«

In den 90er-Jahren ist die Frage der Kosteneffizienz tagesklinischer Behandlung in drei methodisch elaborierteren Studien erneut untersucht worden (WIERSMA et al. 1995, SLEDGE et al. 1996 und CREED et al. 1997). In der niederländischen Studie von Wiersma et al. lagen die Kosten für voll- und teilstationäre Behandlung etwa auf gleichem Niveau. Allerdings wurden beide Gruppen in demselben klinischen Setting behandelt, und »renumeration for one day of day-treatment equalled one day in hospital, to render the experiment financially neutral and acceptable to the hospital« (S. 56). Weil dies aber auf lange Sicht in der klinischen Praxis entwickelter gemeindepsychiatrischer Dienste wohl nicht die Regel sein wird, und weil die Compliance und die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen bei der tagesklinischen Behandlung größer war, empfehlen sie im Endeffekt diese Form der Behandlung als kostengünstigere Alternative.

In der US-amerikanischen Untersuchung von SLEDGE et al. (1996) war – über einen Zeitraum von zehn Monaten gemessen – die Tagesklinik-Behandlung um ca. 20 % pro Patient kostengünstiger als die vollstationäre Behandlung. Die Effektivität der Behandlung war in beiden Gruppen gleich. Eine Disaggregation nach Diagnosegruppen zeigte allerdings, dass bei den psychotischen Patienten die Kostenunterschiede zwischen beiden Behandlungsformen minimal waren. Die Autoren selbst empfehlen die Tagesklinik-Behandlung entschieden als kostengünstigere Therapieform. In der britischen Untersuchung von CREED et al. (1997) werden ebenfalls erhebliche Kosteneinsparungen pro Patient bei tagesklinischer Behandlung ermittelt. Auch sie empfehlen für die 30–40 % der Akutfälle, für die das möglich scheint, die Tagesklinik als therapeutisch gleichwertige, aber kostensparende Behandlungseinrichtung.

Als Zwischenbilanz kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass der oben (Kapitel 3.1) beschriebene, in vielen Ländern zu beobachtende, Ausbau tagesklinischer Versorgungsangebote vor allem zwei Ursachen hat: Zum einen die Überzeugungskraft normativer Ziele der sozialpsychiatrischen Bewegung, die die möglichst weit gehende Gemeindenähe der Versorgung als Standard politisch hat durchsetzen können. Und zum anderen die mehr oder weniger stichfest nachge-

wiesenen Kostensenkungspotentiale dieser Therapieform. Eine dritte mögliche Ursache, die Begeisterung der Psychiatrie-Profession für dieses Setting, scheidet angesichts der immer wieder unter Beweis gestellten Zurückhaltung bei der Nutzung aus. Für die USA stellen PARKER & KNOLL (1990: 156) lakonisch fest: »Partial hospitalization programs were established because the federal government was attracted to their financial advantages and not necessarily because the psychiatric profession considered them a useful treatment modality.« Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum in den letzten Jahren begonnen worden ist, die vorliegenden – offenbar nicht ausreichend überzeugenden – Forschungsergebnisse erneut kritisch zu evaluieren und methodisch ausgefeiltere Projekte durchzuführen.

Neuere Untersuchungen zur Evidenz der Effektivität tagesklinischer Behandlungen

In den 1980er-Jahren und zu Beginn der 1990er-Jahre wurde der Stand der Forschung zu Tageskliniken durchaus unterschiedlich beurteilt. Einige Reviewer hielten die Wirksamkeit dieser Behandlungsform für erwiesen und stellten z. T. besonders die Befunde zum besseren sozialen Funktionieren heraus (GREEN & DE LA CRUZ 1981, MOSHER 1983, SCHENE & GERSONS 1986, ROSIE 1987, EIKELMANN & REKER 1993), andere Beobachter zweifelten zwar auch nicht den Nutzen von Tageskliniken an, kritisierten aber die gravierenden methodischen Mängel der vorgelegten Studien (VAUGHAN 1983, TANTAM 1985, CREED et al. 1989 b), die ein endgültiges Urteil verböten. Die Liste der methodischen Mängel umfasst die folgenden Punkte: Die *Zahl der einbezogenen Patienten* ist meist sehr klein, sodass schon allein deswegen festgestellte Unterschiede nicht die Signifikanzschwelle überschreiten.⁵¹ Meist werden in den Studien zudem *Variablen, die den Behandlungseffekt beeinflussen können, unzureichend kontrolliert*. Dabei geht es sowohl um soziodemographische und (krankheits-)biografische Merkmale des Patienten als auch um so zentrale Dinge wie Diagnose, Art und Stärke der Medikation, Einstellung der Patienten zur Behandlung und Art der Behandlung zwischen Entlassung und follow-up-Erhebungen. Schwer zu vergleichen sind die Studien außerdem, weil sie ganz *unterschiedliche Selektionskriterien bei der Aufnahme* der Patienten in die Studie verwenden und bei den Nachuntersuchungen mehr oder weniger erfolgreich beim Wiederauffinden und bei der Motivierung zur Teilnahme sind (*attrition rate*). Generell be-

⁵¹ Das Problem unzureichender Stichprobengrößen gilt für viele Bereiche der medizinischen Forschung. Für die klinische Praxis relevante Befunde werden wegen unzureichender statistischer Teststärke dann fälschlicherweise als »negatives« Untersuchungsergebnis bezeichnet. Zur Kritik dieser Forschungspraxis vgl. ALTMAN & BLAND 1995.

steht der Eindruck, dass die exclusion rate zu Beginn der Studie zu hoch, und die Zahl der in follow-up-Erhebungen Erreichten zu niedrig ist. Ähnlich unvergleichlich sind die gewählten *Outcome-Indikatoren* und die eingesetzten *Instrumente zur Messung* der psychiatrischen Symptome, der sozialen Beziehungen, der Lebensqualität, der Angehörigen-Belastungen usw. Ein Standardinstrumentarium von Skalen und Indizes mit halbwegs erwiesener Validität und Reliabilität war über Jahrzehnte nicht verfügbar.

Bei der Rezeption der Forschungsergebnisse tritt als zentrales Qualitätsmerkmal immer stärker der Aspekt in den Vordergrund, ob es sich um ein Experiment mit zufälliger Zuweisung zur Experimental- und Kontrollgruppe handelt (Randomized Controlled Trial, RCT).⁵² GUY & GROSS haben schon 1967 diesen Standard für die Forschung zu Tageskliniken angemahnt. Da bei medizinischen Behandlungen – ganz egal was man im Einzelnen tut – bei einem bestimmten Prozentsatz der Patienten stets eine Verbesserung des Gesundheitszustands beobachtet werden kann, sei es unabdingbar, eine Kontrollgruppe zu untersuchen, die diese Behandlung nicht erfahren habe.⁵³ Idealerweise müsste neben der Randomisierung auch eine Doppelblindsituation hergestellt werden. Da Letzteres in der Tagesklinik-Forschung offensichtlich eine unerfüllbare Forderung ist, wird sie – soweit Forschungsprojekte sich daran orientieren – dahingehend abgeschwächt, dass wenigstens behandelndes Personal und Forschungspersonal nicht identisch sein sollten.

In der Folgezeit hat sich die an der pharmakologischen Forschungspraxis und am RCT-Untersuchungsdesign orientierte Evaluationsforschung weit gehend durchgesetzt. Diese Entwicklung wurde maßgeblich durch den englischen Sozialmediziner und Epidemiologen Archibald Cochrane beeinflusst. Basierend auf seiner Kritik an der inflationären Ausbreitung medizinischer Behandlungsangebote, deren Wirksamkeit nicht erwiesen sei, erhob er die Forderung, nur noch solche Behandlungen vorzunehmen (und zu finanzieren), deren Wirksamkeit mit methodisch korrekten Studien nachgewiesen sei (vgl. BADURA 1999). Das RCT-

52 Die Forschungslogik der RCTs in der Psychiatrie wird von KLUITER & WIERSMA 1996 sowie NEWCOMBE 1988 dargestellt. Für die klinische Praxis in der Medizin hat JADAD 1998 den »state of the art« in Form eines »user's guide« zusammengefasst. Die historische Entwicklung dieses Evaluations-Ansatzes in der Psychiatrie skizziert TANSELLA 2002. Einen Überblick über häufige methodische Probleme in der Durchführungspraxis geben HOTOPF et al. 1999.

53 Die pharmakologische Forschung ist für die Autoren das Vorbild: »Day hospital research thus far has made little use of this concept, and in those cases where it has been employed, care has not always been taken to equate the groups along meaningful dimensions. The basic procedure which we present here is common enough in other areas of evaluative research – particularly chemotherapy. From a common pool, patients are assigned to experimental or control groups by means of a random process. Whenever conscious selection processes are used, there is a danger that bias will occur. In the majority of day hospital studies surveyed, selection bias appears to be a major source of error.« (GUY & GROSS 1967: 114)

Untersuchungsdesign ist dabei das zentrale Qualitätskriterium für den methodisch einwandfreien Nachweis von »efficacy«⁵⁴ einer Intervention. Sofern eine Behandlung sich auf solche Wirksamkeitsnachweise stützen kann, gilt sie als wissenschaftlich bewiesen, als »evidence-based-medicine« (EBM).⁵⁵ Forscher aus aller Welt, die sich dieser Denkweise angeschlossen haben, fanden sich 1993 zur *Cochrane Collaboration* zusammen (vgl. GODLEE 1994, SACKETT 1994, BERO & RENNIE 1995). Zweck dieses Zusammenschlusses ist es, medizinische Forschungsergebnisse und Reviews zu sichten, im Hinblick auf methodische Korrektheit zu bewerten und in Datenbanken als Evidenz-Quelle für jeden Praktiker zugänglich zu machen (vgl. CHALMERS 1993, JADAD 1998: 79 ff.).⁵⁶

Vor dem Hintergrund dieses Ansatzes wird versucht, neue Standards für die Berichterstattung über medizinische Forschungsprojekte vom Typ des RCT (und damit auch für die Planung von Forschungsvorhaben) zu etablieren. 1996 veröffentlichten Epidemiologen, Biostatistiker und Zeitschriften-Herausgeber das CONSORT Statement (Consolidation of the Standards of Reporting Trials), das eine detaillierte Anleitung zur Abfassung von Forschungsberichten gibt mit dem Ziel, alle für die Qualitätseinschätzung erforderlichen Angaben verfügbar zu machen (ALTMAN 1996). Inzwischen haben mehrere bedeutende medizinische Fachzeitschriften sie zur Grundlage für die Annahme von Veröffentlichungen gemacht.⁵⁷ Für die Psychiatrie mit ihren schwer zu erforschenden Behandlungsformen wurde schon früh ein Register der RCT-basierten Studien gefordert (vgl. ADAMS & GELDER 1994), und seit 1998 existiert eine spezielle Fachzeitschrift (*Evidence-Based Mental Health*) mit Beiträgen aus dieser Forschungstradition.

Im Bereich der Tagesklinik-Forschung entsprachen bis etwa 1990 nur fünf Studien dem RCT-Untersuchungsdesign,⁵⁸ sodass neuere Reviews die verbreitete

54 Die Unterscheidung von »efficacy« und »effectiveness« ist im Deutschen nicht prägnant mit einem ähnlichen Begriffspaar abzubilden. »Efficacy« meint die Wirksamkeitsprüfung unter – idealtypischerweise – Laborbedingungen mit artifizierter Kontrolle der Situation und wissenschaftlichen Experten als handelnden Personen. »Effectiveness« dagegen meint den Nachweis der tatsächlichen Wirksamkeit von Behandlungen, die die efficacy-Prüfung bestanden haben, unter Alltagsbedingungen.

55 Die englischen Begriffe werden im Deutschen als »Evidenz basierte Medizin« übernommen. Das ist insofern irreführend, als »evident« und »Evidenz« im Deutschen meist verwendet werden, um einen Sachverhalt als so offensichtlich und klar zu charakterisieren, dass das Nachfragen nach Belegen überflüssig erscheint. Das ist so ziemlich das Gegenteil von dem, was der englische Begriff meint.

56 Innerhalb von zehn Jahren ist die Cochrane Collaboration auf ca. 6000 Forscher in 15 Ländern angewachsen und evaluiert mittlerweile ca. 50 medizinische Fachbereiche (vgl. COOPER 2003: 106).

57 Eine Überarbeitung mit nochmals erhöhten Qualitätsstandards wurde 2001 veröffentlicht (vgl. MOHER et al. 2001 und ALTMAN et al. 2001).

58 Die fünf Studien sind: CREED et al. 1990, DICK et al. 1985, HERZ et al. 1971, KRIS 1965, ZWERLING & WILDER 1964.

Überzeugung, die Tagesklinik-Behandlung hätte ihre Wirksamkeit wissenschaftlich unter Beweis gestellt, als verfrüht einschätzen und teilweise für überholt halten (vgl. KALLERT & SCHÜTZWOHL 2002 b: 147). Mit dem Anspruch größerer methodischer Elaboriertheit wurden deshalb in den 90er-Jahren erneut eine Reihe von RCTs zur Wirksamkeit der Behandlungen in Tageskliniken durchgeführt.

In einer Studie von Sledge, Davidson und Kollegen (vgl. SLEDGE et al. 1996 und DAVIDSON et al. 1996) in New Haven, Connecticut, konnten zwischen der normalen vollstationären und der teilstationären Behandlung schwer Kranker in einem armen städtischen Bezirk mit gut ausgebauter Gemeindepsychiatrie keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die klinische Symptomatik festgestellt werden. Beide Behandlungsformen waren gleich erfolgreich in der Behandlung der Symptome, bei der Förderung der sozialen Funktionsfähigkeit und im Anstieg der Lebensqualität der Patienten. Wegen einiger (nicht-signifikanter) Vorteile auf Seiten der Tagesklinik und wegen der größeren Freizügigkeit der Patienten in dieser Behandlungsmodalität, möchten die Autoren ihre Studie aber insgesamt als einen Beleg für die Zweckmäßigkeit und Effektivität tagesklinischer Behandlung gewertet wissen. Da sie methodische Schwächen als Ursache für den Befund »kein Unterschied« ausschließen, vermuten sie schließlich, dass die Differenzen zwischen den beiden Behandlungsmodalitäten wohl vergleichsweise gering sind angesichts der großen Gemeinsamkeit: Beide Institutionen sind Bestandteil derselben, gut ausgebauten, psychiatrischen Infrastruktur. »The lack of difference in outcome between the two settings described in this report could reflect the fact that both acute care settings are elements of the same community support system. Patients who receive services in these settings are referred from, and return to, a common array of outpatient services and rehabilitation programs. The most effective use of acute care settings in such a context may be to return patients to these ongoing services and supports as soon as is safe and feasible, so that the process of recovery may continue within the patient's natural community.« (DAVIDSON et al. 1996: 719)⁵⁹

In einer kanadischen Untersuchung in Edmonton, Alberta, haben Piper und Kollegen mit einem RCT-Design untersucht, wie wirksam eine Tagesklinik-Behandlung bei Patienten mit affektiven und Persönlichkeitsstörungen ist. Vergleichsgruppe waren gleichartige (matched) Patienten, die (vorerst) nur von niedergelassenen Nervenärzten versorgt wurden (PIPER et al. 1993 und 1994). Die Experimentalvariable war ein 18-wöchiges intensives Tagesklinik-Therapiepro-

59 Sollte diese Vermutung stimmen, wäre eine dichte Beschreibung der Elemente dieses örtlichen Versorgungssystems und eine narrative Schilderung ihres Zusammenspiels als ein Behandlungserfolg stiftender Kontext für *alle* Institutionen der Versorgung vermutlich eine interessantere Art von Evidenz, als der statistische Test von nachrangigen Unterschieden innerhalb dieses Kontexts in ›harten‹ RCTs.

gramm. Die Teilnahme an diesem Programm bewirkte eine signifikante Überlegenheit gegenüber der Kontrollgruppe auf sieben von 17 Outcome-Dimensionen (social dysfunction, family dysfunction, interpersonal behavior, mood level, life satisfaction, self-esteem sowie severity of disturbance). Insgesamt bewerten die Autoren ihre Ergebnisse als starken Beleg für die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung bei diesen Diagnosegruppen.⁶⁰

In mehreren Artikeln berichten Kluiters, Nienhuis, Wiersma und Kollegen über RCT-Studien aus dem (halb ländlich strukturierten) Einzugsgebiet von Groningen in den Niederlanden (vgl. KLUITER et al. 1992, NIENHUIS et al. 1994 und WIERSMA et al. 1995). In einer Art Replikation der Studie von ZWERLING & WILDER (1964) werden akut Kranke entweder dem experimentellen treatment ›Tagesklinik‹ oder der Kontrollgruppe ›standard inpatient treatment‹ zugewiesen. 40 % der akut Kranken konnten in tagesklinische Behandlung genommen werden, bei anderen 40 % war die vollstationäre Aufnahme unerlässlich. Absolute Kontraindikationen konnten nicht ermittelt werden (KLUITER et al. 1992: 1205). Ähnlich wie ZWERLING & WILDER kommen die Autoren zum Ergebnis, dass die Akutbehandlung in Tageskliniken für einen erheblichen Teil der Patienten eine gangbare und weniger restriktive Alternative ist. In der follow-up Untersuchung nach zwei Jahren zeigten sich deutliche Verbesserungen in beiden Modalitäten, und die Tagesklinik-Gruppe schnitt bei verschiedenen Outcome-Messungen nicht schlechter ab (vgl. NIENHUIS et al. 1994). Auch in dieser Studie sind die Autoren überrascht, wie gering die Unterschiede zwischen beiden Behandlungsmodalitäten sind. In jedem Fall widerlegt die Studie ihrer Ansicht nach die unter Psychiatern immer noch weit verbreitete Ansicht, dass die Tagesklinik-Behandlung für viele Patienten möglicherweise gefährlich sein könnte. In einer weiteren niederländischen Studie kommen SCHENE et al. (1993) zu ähnlichen Ergebnissen über die Wirksamkeit der Tageskliniken, und sie ergänzen die Befunde insofern, als sie von einer größeren Zufriedenheit tagesklinisch behandelter Patienten berichten.

Meta-Analysen und Forschungsdesiderate

Es liegt nahe, angesichts der umfangreichen Literatur zur Evaluation der tagesklinischen Behandlung aus mehr als vier Jahrzehnten, mit EIKELMANN & REKER (1993) zu folgern, dass die Effektivität dieser Behandlungsmodalität gut belegt

60 Allerdings hat ihr Behandlungskonzept, das Gegenstand der Untersuchung war, ein sehr spezifisches Profil: Es ist intensiv, psychodynamisch ausgerichtet und durch starke Einbindung in multiple Gruppen charakterisiert. Die Autoren halten vier Monate für die optimale Behandlungsdauer und schränken die Indikation stark ein: »In our opinion, day treatment programs like ours are contraindicated for most patients with schizophrenia.« (ROSIE et al. 1995: 1025)

sei. Allerdings gilt das nur, wenn man von einem weiten und pluralistischen Begriff von EBM ausgeht und auch katamnestiche Untersuchungen, Fallstudien, narrative Erfahrungsberichte aus der klinischen Praxis (sowie weitere methodischen Zugangsweisen) als Belege für die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zulässt.⁶¹ Aus der Sicht der Anhänger von Sozialexperimenten ist diese Einschätzung zum Forschungsstand freilich verfrüht, weil – zum einen – die meisten vorliegenden Studien zur Tagesklinik-Evaluation mit mehr oder weniger schweren methodischen Mängeln behaftet sind, und weil – zum anderen – in Deutschland, ja in ganz Mitteleuropa, Studien dieses Typs überhaupt noch nicht durchgeführt wurden.⁶² In der Tagesklinik-Forschung in Deutschland vertreten vor allem KALLERT & SCHÜTZWOHL diese Position des Mainstreams der EBM (vgl. 2002 b, 2004), und sie haben die erste Multi-Center-Studie mit Randomisierung, ausführlichster Erhebung von Kontrollvariablen und einem weiten Spektrum von Outcome-Kriterien in Angriff genommen (vgl. KALLERT et al. 2003 a).

Vor dem Hintergrund der geschärften methodischen Standards der EBM, die z. B. in der ›Cochrane Collaboration‹ entwickelt werden, sind in jüngster Zeit auch die Ergebnisse der Tagesklinik-Forschung re-analysiert worden. In Meta-Analysen wurde versucht heraus zufinden, was in diesem Feld als bewiesen gelten (und damit zur Anwendung in der klinischen Praxis empfohlen werden) kann (vgl. HORVITZ-LENNON et al. 2001 und MARSHALL et al. 2001). Die Vorgehensweise bei diesen Meta-Analysen ist Folgende: Auf der Basis von Literaturrecherchen werden alle (englischsprachigen) Studien ermittelt, die es zu einem Thema gibt,⁶³ dann wird geprüft, ob diese Studien die für unerlässlich gehaltenen methodischen Mindeststandards erfüllen. Die Daten der so selektierten Untersuchungen werden dann zusammengefasst und mit speziellen statistischen Verfahren für Meta-

61 Die Diskussion über die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Forschungsdesigns im Bereich der Psychiatrie soll hier nicht geführt werden. Der These, dass sich die Wirksamkeit psychiatrischer Behandlungsformen nur (oder zumindest am besten) auf der Basis des RCT-Designs nachweisen lasse, wird mit guten methodologischen, historischen und methodischen Argumenten widersprochen. Vgl. dazu die Diskussionsbeiträge von COOPER 2003, SLADE & PRIEBE 2002, FINZEN 2002, MARSHALL 2002 sowie diverse andere Beiträge in PRIEBE & SLADE 2002. Zur Kritik am vereinseitigten Verständnis von EBM in der Medizin allgemein vgl. RANGACHARI 1997, SWALES 2000, WOLFF 2001, KIENLE et al. 2003.

62 EIKELMANN & REKER (1993) sind sogar der Ansicht, dass RCTs in Deutschland prinzipiell nicht möglich sind: »In der Bundesrepublik Deutschland sind solche Untersuchungen bisher nicht durchgeführt worden und dürften bei den gegenwärtigen ethischen und praktischen Standards auf dem Hintergrund der vorliegenden Erfahrungen auch kaum möglich sein.« (S. 73)

63 Im Fall der Tagesklinik-Forschung waren es zwei Themen. Zum einen der Vergleich zwischen teilstationärer und vollstationärer Akutbehandlung, und zum anderen der Vergleich zwischen ambulanter und teilstationärer Behandlung. Außerdem wurde eine Meta-Analyse von Studien zur beruflichen Rehabilitation schwer psychisch Kranker durchgeführt (vgl. MARSHALL et al. 2001).

Analysen neuerlich analysiert.⁶⁴ HORVITZ-LENNON et al. bezogen 18 Studien in ihre Meta-Analyse ein, weil sie im Hinblick auf die methodische Qualität der Studien nicht sehr wählerisch waren.⁶⁵ MARSHALL et al. (2001) ließen nur (gute) RCTs zu und fanden deshalb von den 51 aufgefundenen Studien nur neun für beachtenswert.⁶⁶

Die Ergebnisse der beiden Meta-Analysen stimmen weit gehend überein. Als praktische Konsequenz wird Klinikern und Gesundheitspolitikern die stärkere Nutzung von Tageskliniken bei der Akutbehandlung schwerer psychischer Störungen empfohlen. Zwar haben sich Tageskliniken nicht als die bessere Behandlungsmodalität erwiesen, aber sie sind für etwa 20–40 % der Menschen, die eine Akutbehandlung brauchen, eine genauso gute Option wie die vollstationäre Unterbringung. Die Behandlungsdauer ist zwar länger, aber dennoch weniger kostenintensiv. Bei der Symptomreduktion, der Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit und bei der Rückfallrate sind beide Formen der Therapie gleich erfolgreich. Allerdings sind Patienten und Angehörige bei tagesklinischer Behandlung zufriedener, und es gibt keine ›Evidenz‹, dass die Belastung im privaten Umfeld bei vollstationärer Unterbringung geringer ist.

Das Urteil über Tageskliniken wird als vorläufig angesehen, da weitere, methodisch bessere, Studien empfehlenswert sind. Insbesondere sollten die folgenden Fragen untersucht werden: Anhand welcher Variablen lässt sich genauer vorher sagen, wann ein Patient in die Tagesklinik gehört? Wie lässt sich die (Kosten-)Effizienz der Tagesklinikbehandlung erhöhen? Welche Beziehungen bestehen zwischen bestimmten Diagnosen, bestimmten Elementen der Therapie und bestimmten Verbesserungen des Outcomes? Ferner sollte die Zufriedenheit der Nutzer der Angebote genauer untersucht werden.

64 Die Literatur zu Logik und Praxis dieser Datenanalyse ist zu einem Spezialgebiet der angewandten Statistik angeschwollen. Sie wird kurz gefasst vorgestellt (und ihrerseits kritisch evaluiert) von FEINSTEIN (1995). Die Aussagekraft von Meta-Analysen ist vor allem dann problematisch, wenn die Originaldaten nicht zur Verfügung stehen und nur die Aggregatdaten aus den Publikationen in die Analyse eingehen (NIEHOFF & BRAUN 2003: 183). Bei der Tagesklinik-Forschung standen die Daten der z. T. sehr alten Studien natürlich nicht gänzlich zur Verfügung.

65 Für elf der Studien lautet ihr Urteil zur methodischen Qualität »poor«. Die Mängel sind folgende: »Validity was typically compromised by lack of baseline comparability between groups, unblinded assessments, or high rates of attrition, while high volumes of exclusions or transfers typically resulted in low generalizability. Other common deficiencies were insufficient reporting of key information, selective reporting of significant results, and use of measures with unknown reliability, most of which were nonstandardized.« (S. 681)

66 Es handelt sich um die Studien von KRIS (1965), ZWERLING & WILDER (1964), HERZ et al. (1971), DICK et al. (1985), CREED et al. (1990), WIERSMA et al. (1991), SCHENE et al. (1993), SLEDGE et al. (1996) sowie CREED et al. (1997).

Forschung zu Tageskliniken im deutschsprachigen Raum

Parallel zur Ausbreitung der tagesklinischen Behandlung hat sich im deutschsprachigen Raum erstaunlicherweise kein Forschungsprogramm entwickelt, das mit den entsprechenden Anstrengungen in den Vereinigten Staaten und im Vereinigten Königreich vergleichbar wäre. In den Anfangsjahren bestand die wissenschaftliche Erörterung dieser Institution zumeist aus Darstellungen zur Gründungsgeschichte einzelner Einrichtungen und aus narrativen Reflexionen über die dort praktizierten Behandlungskonzepte.⁶⁷ Sofern überhaupt eigene Datenerhebungen durchgeführt wurden, handelt es sich meist um Bestandsaufnahmen zum Personenkreis der Behandelten und ihren Diagnosen sowie um Fallbeispiele für bestimmte therapeutische Interventionen. Die Aussagen beziehen sich dabei auf kurzfristige Erhebungszeiträume von wenigen Monaten bis zu einem bis drei Jahren. Das Verdienst dieser frühen Literatur in Deutschland besteht vor allem darin, die Idee tagesklinischer Behandlung gegenüber damals bestehenden Vorbehalten zu verteidigen und die Akzeptanz für diese Institution in der Profession zu steigern. Die Untersuchungsanlage ist jedoch regelmäßig nicht geeignet, um Antworten auf Fragen zur Struktur-, Prozess- oder gar Ergebnisevaluation zu geben.

Studien, die in dieser Weise einrichtungsspezifische Behandlungskonzepte vorstellen und die behandelten Patienten beschreiben, sind auch in jüngerer Zeit erschienen, z. B. im Zusammenhang mit Neugründungen von Tageskliniken, der Einführung neuer Behandlungskonzepte oder der Vorstellung spezieller Psychotherapie-Tageskliniken.⁶⁸ Zum Teil enthalten diese Studien auch Einschätzungen zur Wirksamkeit der Behandlungen auf der Basis von Vorher-Nachher-Messungen (vgl. REISCH et al. 2002) und haben insofern einen eher explorativen Charakter (vgl. ZEECK et al. 2002, KRUSE & SIEVERS 1987).

Ende der 1970er- bis Ende der 1980er-Jahre erschienen dann auch in Deutschland einige Untersuchungen, die die Effektivität tagesklinischer Behandlung zum Thema hatten. RAVE-SCHWANK & HÜNECKE (1979) befragten 105 der 151 Patienten, die 1967–1971 in der Tagesklinik Heidelberg behandelt wurden zwei Jahre nach der Entlassung. Die Tatsache, dass – je nach Diagnosegruppe – 50 % bis 70 % der Personen zu diesem Zeitpunkt voll- oder teilzeit erwerbstätig waren,

67 Vgl. RENNERT & KÜHNE 1968, BOSCH 1971, die Beiträge zum »Rahmenthema Tagesklinik« in *Psychiatrische Praxis* 1974, FINZEN 1977, DZIEWAS et al. 1983, HEISE 1983, SEIDEL 1983, STEINHART & BOSCH 1983, UCHTENHAGEN 1983, MATAKAS 1984, ROCKSTROH 1984.

68 Vgl. z. B. KRUSE & SIEVERS 1987 (Behandlung von Abhängigkeitskranken in Bremen), KRÜGER & SCHMIDT-MICHEL 1998 (über die 1995 gegründete Tagesklinik in Friedrichshafen), REISCH et al. 2002 (über die Psychotherapie-Tagesklinik in Bern), PAAR et al. 1996 (über Rehabilitation langjährig psychisch Kranker), ZEECK et al. 2002 (über die 1998 gegründete psychotherapeutische Tagesklinik in Freiburg).

werten sie als wichtigen Behandlungserfolg. PAYK & WACHENDORFER (1987) berichten, dass von 17 Patienten (Behandlung in 1983), die mit Vorher-Nachher-Messungen untersucht wurden, bei der Mehrzahl eine Besserung eingetreten sei. UNREIN (1990) berichtet ebenfalls über eine Vorher-Nachher-Messung bei 59 Patienten (des Jahres 1982) und eine Nachuntersuchung im Abstand von zwei Jahren. Auch sie findet 71 % der schizophrenen Patienten am Ende in gebessertem Zustand. Da bei diesen Untersuchungen keine Daten aus Vergleichs- oder Kontrollgruppen vorliegen, besteht der Erkenntnisgewinn nur in der Quantifizierung von Effekten, deren Vorhandensein angesichts der klinischen Alltagserfahrung eigentlich unstrittig ist.

Neben diesen Ein-Gruppen-Designs finden sich auch Untersuchungen mit Vergleichsgruppen. Die ausführliche Studie von BOCK (1985) vergleicht Behandlungsdaten von vier Tageskliniken in Hamburg aus den Jahren 1979–1982 und gibt auf der Basis von quantitativen und qualitativen Befragungs- und Beobachtungsdaten einen Einblick in die Arbeitsweise einer der Kliniken. VAITL et al. (1989) analysieren retrospektiv Krankenakten von 1981–1986 zu voll- und teilstationären Anschlussbehandlungen in München, und finden Anzeichen für einen besseren Erfolg der teilstationären Behandlung im Hinblick auf Zahl und Dauer späterer Aufnahmen. EIKELMANN & SEIFERT (1990) untersuchen 80 Tagesklinik-Patienten (aus 1986) in Münster und vergleichen sie mit den Patienten des vollstationären Settings. Auf der Ebene eines Vorher-Nachher-Vergleichs der Gruppen finden sich auch in dieser Studie Hinweise auf die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung.⁶⁹

Zusammenfassend kann die Forschung zu Tageskliniken in Deutschland in mehrfacher Hinsicht als defizitär beschrieben werden. Erstens kommt es Mitte der 80er-Jahre zu einem Abbruch einer ›Forschungstradition‹, die noch gar nicht richtig begonnen hatte. Die vorliegenden Ergebnisse berichten über Patienten und Behandlungssettings aus den Gründerzeiten der Tageskliniken vor 20 Jahren. Zweitens findet die deutsche Forschung zur Wirksamkeit tagesklinischer Behandlungen in dieser Zeit nirgends Anschluss an das in den angelsächsischen Ländern erreichte Niveau. Die Studien arbeiten durchweg mit sehr kleinen Stichproben und sind methodisch meist so wenig elaboriert, dass die wissenschaftliche Beweiskraft minimal ist. Drittens gibt es noch nicht einmal gründliche deskriptive Studien, in denen die Behandlungsdaten einer (oder mehrerer) Tageskliniken

⁶⁹ Diese Studie ist auch in EIKELMANN (1991) wieder abgedruckt. Obwohl die Studie eine der umfangreichsten in Deutschland ist, bleibt die Aussagekraft auf die deskriptiven Informationen zur untersuchten Stichprobe beschränkt. Um – wie angestrebt – die weiter reichenden Fragen zur Ergebnis-Evaluation zu beantworten, ist das Untersuchungsdesign ungeeignet. Darüber hinaus werden bei der Analyse der Daten nicht die üblichen multivariaten Tests eingesetzt, sondern aus unerfindlichen Gründen Verfahren zum Auffinden empirischer Typologien (Clusteranalysen).

für einen längeren Zeitraum dokumentiert werden, und die so zur Basis von Struktur- und Prozessevaluationen werden können.⁷⁰

In Reaktion auf diese offensichtlichen Defizite lässt sich in jüngster Zeit eine deutliche Belebung der Forschungsanstrengungen beobachten. Dem Mangel an aktuellen deskriptiven Vergleichsdaten zu Tageskliniken wird teilweise abgeholfen durch die Tagesklinik-Umfragen in Deutschland von KALLERT et al. (2003), HALTENHOF et al. (2004), DIEBELS et al. (2004) und in Österreich durch WANCATA et al. (2001). Die erste groß angelegte RCT-Evaluationsstudie ist begonnen worden (vgl. KALLERT et al. 2003 a), und neue katamnestische Wirksamkeitsuntersuchungen liegen aus der Schweiz vor (HEITGER & SAAMELI 1995, JOST & SAAMELI 1998). Außerdem werden neue Forschungsfragen wie z. B. »Patientenzufriedenheit« (vgl. SEMMLER 1998) oder »Behandlungsabbrüche« (vgl. SEIDLER et al. 2001 sowie GARLIPP et al. 2001) aufgegriffen.

Die vorliegende Untersuchung will einen anders akzentuierten Beitrag zum Abbau des Defizits im Bereich tagesklinischer Forschung leisten. In einer deskriptiven Analyse sollen erstmals die Behandlungsdaten einer Tagesklinik für einen Elf-Jahreszeitraum ausgewertet werden, der die aktuelle Phase der gesundheitspolitischen Strukturreformen um die Jahrtausendwende mit einbezieht. Auf dieser Basis soll untersucht werden, ob und in welcher Größenordnung es zu Verschiebungen im Diagnosespektrum, bei den Behandlungsdauern und zwischen den Funktionsbereichen tagesklinischer Behandlung gekommen ist. Die aufgrund von Tagesklinik-Umfragen zu diesen Themen erhobenen Daten bilden die tatsächlichen Entwicklungen möglicherweise nicht zuverlässig ab, denn die subjektiven Einschätzungen der Auskunftspersonen können sich vermutlich im Regelfall nicht auf gründliche Auswertungen von Basisdokumentationen stützen, und sie sind durch sozial erwünschte Positionierung im Hinblick auf aktuelle gesundheitspolitische Konflikte (wie z. B. die Diskussion um die Rehabilitationsbehandlungen mit den Kostenträgern) verzerrt. Die quantitativen Analysen der Behandlungen in der Tagesklinik Offenbach werden dabei eingebettet in eine qualitative Analyse des institutionellen Kontextes dieser Institution, und sie werden vertieft durch narrative Schilderungen einzelner Patienten-Biografien zu typischen – erfolgreichen und fehlgeschlagenen – Behandlungsverläufen.

70 Der kleine Übersichtsartikel von JAKUBASCHK (1979) ist in dieser Hinsicht eine Ausnahme, allerdings bezieht er sich auf die Zeit von 1967–1976. Die zentralen Befunde, nämlich die Abnahme der Patientenzahlen und die Zunahme der Verweildauern infolge einer Umsteuerung auf psychiatrische Rehabilitationsbehandlungen, dürften heute überholt sein.

4 Das psychiatrische Versorgungssystem für die Stadt Offenbach

4.1 Offenbach, Rhein-Main-Gebiet, Hessen: Die versorgte Region im Kontext

Die Stadt Offenbach am Main liegt im Zentrum des Rhein-Main-Gebietes. Der Main bildet im Norden die Grenze zur Stadt Frankfurt a. M. und zum Main-Kinzig-Kreis. Südlich und östlich liegen Gemeinden des Kreises Offenbach. Das Stadtgebiet umfasst eine Fläche von ca. 4500 ha mit einer Ost-West-Ausdehnung von 8,4 km und einer Nord-Süd-Ausdehnung von 10 km. Die Einwohnerzahl liegt im Jahr 2000 bei ca. 118 000, das entspricht einer Siedlungsdichte von 2585 Einwohnern pro qkm. Die Stadt Offenbach unterscheidet sich in der Dichte der Besiedlung also kaum von der Stadt Frankfurt a. M. (2592 EW/qkm). Beide Städte grenzen unmittelbar aneinander und bilden einen geschlossenen städtischen Raum. Der Landkreis Offenbach dagegen besteht aus 13 Teilgemeinden mit insgesamt rd. 333 000 Einwohnern und einer Siedlungsdichte von 930 EW/qkm. In Hessen insgesamt liegt die Siedlungsdichte nur bei 286 EW/qkm. Alle Teile des Versorgungsgebietes sind also entweder Kernstadt oder gehören zum direkten Umland des Dienstleistungszentrums Frankfurt/Offenbach und sind dementsprechend wirtschaftlich und kulturell großstädtisch geprägt. Wie in Frankfurt wird auch in Offenbach die Wirtschaftsstruktur dominiert von Handels- und Dienstleistungsunternehmen, die 80 % aller Gewerbebetriebe ausmachen.

Die Zahl der Einwohner in der Stadt Offenbach liegt seit vier Jahrzehnten immer etwa bei 110 000 bis 120 000 (vgl. Stadt Offenbach 2001: 3). Perioden mit Bevölkerungszunahme (bis etwa 1973, sowie 1986–1995) wechselten ab mit Perioden des Bevölkerungsrückgangs (1974–1985, 1996 ff.). Für die Zukunft wird mit einer weiter geringfügig schrumpfenden Bevölkerung gerechnet (vgl. SCHRÄDER et al. 2002). Hinter der relativen Konstanz der Einwohnerzahl verbergen sich jedoch erhebliche Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur. Der Anteil der Wohnbevölkerung ohne deutsche Staatsangehörigkeit hat sich von ca. 10 % in 1970 auf ca. 33 % zu Beginn des 21. Jahrhunderts mehr als verdreifacht. Da in den letzten Jahren etwa 1000 Personen jährlich die deutsche Staatsbürgerschaft annehmen, liegt die Gesamtzahl der Einwohner mit (ausländischem) Migrationshintergrund noch darüber. Städtische Prognosen gehen davon aus, dass der Anteil in den nächsten Jahren auf 38–40 % ansteigt, denn saldiert gibt es mehr Zu-

züge als Wegzüge von Personen mit Migrationshintergrund.¹ Im Vergleich mit anderen Großstädten in Hessen und in Deutschland insgesamt hat Offenbach also einen besonders hohen Anteil an Einwohnern mit Migrationshintergrund.

Im Hinblick auf die Altersstruktur der Bevölkerung gibt es keine Besonderheiten in Offenbach im Vergleich mit anderen Hessischen Kreisen und Großstädten. Der Anteil der über 60-Jährigen beträgt bei den deutschen Einwohnern etwa 24 %, und liegt insgesamt bei rd. 20 %.

Innerhalb des insgesamt wirtschaftlich sehr starken Rhein-Main-Gebietes kann die Stadt Offenbach als Gebiet mit vergleichsweise großen sozialen Problemen charakterisiert werden. Die Arbeitslosenquote war hier mit 11–13 % in den letzten Jahren deutlich höher als in Frankfurt am Main und als in den Umlandgemeinden, die Ausbildungsplatzdichte ist geringer als in Frankfurt oder im Landkreis Offenbach (vgl. Regionalatlas Rhein-Main 2000: 48), und die Zahl der Sozialhilfeempfänger ist mit 93,4 je 1000 Einwohner sehr hoch. Sie liegt 124 % über dem Hessischen Durchschnitt von 41,9 (vgl. SCHRÄDER et al. 2002: 325). In den angrenzenden Regionen des Landkreises Offenbach (33,7) und in der Stadt Frankfurt am Main (60,1) liegt die Zahl der Sozialhilfeempfänger pro 1000 Einwohner ebenfalls deutlich unter dem Offenbacher Wert.

Psychiatrische Erkrankungen und psychiatrische Versorgung in Hessen

Epidemiologische Zahlen zur Verbreitung psychischer Krankheiten speziell für die Stadt Offenbach oder die Region liegen nicht vor. SCHRÄDER et al. (2002) haben jedoch Schätzungen für das Land Hessen insgesamt errechnet (S. 50 ff.)² und diese Zahlen benutzt, um Orientierungswerte für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu erstellen. In einem Regionalisierungsmodell wurden dabei auf Kreisebene für alle Bereiche der psychiatrischen Versorgung die Bestandsgrößen ermittelt und dem zu erwartenden Bedarf gegenübergestellt.

Im Hinblick auf die Verbreitung psychiatrischer Erkrankungen in Hessen geht das IGES-Gutachten (SCHRÄDER et al. 2002: 16 ff.) von folgenden Bedarfszahlen aus: (a) Demenzerkrankungen treten bei etwa 7 % der über 65-Jährigen auf. Das sind 1999 ca. 77 000 Personen. Bis 2007 wird mit einem Anstieg auf 89 000 Per-

-
- 1 Innerhalb der Stadt gibt es große Unterschiede im Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung. Von den 19 statistischen Bezirken der Stadt hatten 1999 z. B. auf der einen Seite fünf Bezirke Anteile zwischen 12 und 16,7 %, auf der anderen Seite fünf Bezirke Anteile zwischen 43,7 % und 58,9 % (Stadt Offenbach 2001). Von der nichtdeutschen Bevölkerung stammen etwa 18 % aus Ex-Jugoslawien, 17 % aus der Türkei, 13 % aus Italien, 11 % aus Griechenland, 6 % aus Marokko, die restlichen 35 % verteilen sich auf sonstige Länder.
 - 2 Es handelt sich um ein Gutachten zur Bedarfsermittlung im Bereich der psychiatrischen Versorgung und des Maßregelvollzugs in Hessen für das Hessische Sozialministerium.

sonen gerechnet. (b) Auf 430–650 000 wird die Zahl der von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen abhängigen Personen in Hessen geschätzt. (c) An Schizophrenie leiden zu jedem Zeitpunkt 24 000 bis 30 000 Menschen (0,4–0,5 % der Bevölkerung), und jährlich kommen 3 000 Patienten hinzu. (d) Wesentlich häufiger treten Depressionen mit 3,2 % bei Frauen und 1,9 % bei Männern auf. Das sind etwa 100 000 Frauen und 56 000 Männer in Hessen. An manischen Zuständen erkranken jährlich etwa 70 000 Personen, an bipolaren affektiven Störungen ca. 24 000. (e) Angststörungen haben eine Punktprävalenz von 7 %, d. h. in Hessen sind es 420 000 Betroffene. Belastungs- und Anpassungsstörungen bedeuten bei einer Punktprävalenz von 5–10 % ca. 300 000 bis 600 000 Betroffene. Zusätzlich wird mit 40 000 bis 120 000 Fällen von Zwangsstörungen und 120 000 Fällen von Persönlichkeitsstörungen gerechnet.

Hessen kann bereits heute als ein Bundesland mit vergleichsweise gutem Ausbaustand der psychiatrischen Versorgung angesehen werden. Allerdings gibt es beträchtliche regionale Unterschiede zwischen den Kreisen, was die Ausstattung mit stationären, ambulanten und komplementären Angeboten betrifft. So konstatiert das IGES-Gutachten zwar allgemein für Hessen: »Die Psychiatriereform wurde in den vergangenen 30 Jahren in weiten Teilen umgesetzt. Die Analyse der Situation zeigt, dass das Land Hessen im bundesweiten Vergleich in vielen Versorgungsbereichen gut dasteht.« (SCHRÄDER et al. 2002: 11). Gleichzeitig wird aber die Vollendung der Regionalisierung in der stationären psychiatrischen Versorgung angemahnt, und es werden die Regionen benannt, die derzeit noch nicht ausreichende Kapazitäten aufgebaut haben. Insgesamt geht es dabei aber nicht um eine Aufstockung der stationären Kapazitäten, sondern darum, den Dehospitalisierungsprozess fortzuführen: »Insgesamt kann man davon ausgehen, dass das vollstationäre Angebot von derzeit 4076 Planbetten (1999) bis zum Jahr 2007 um ca. 9 % reduziert werden kann.« (ebenda) Als Planungsgröße setzen die Gutachter dabei pro 100 000 Einwohner 55 Betten plus 15 Tagesklinikplätze fest.³ Das ist weniger als noch die Expertenkommission von 1988 vorschlug. Damit tragen die Gutachter dem anhaltenden Trend zurückgehender Verweildauern in den stationären Einrichtungen Rechnung (vgl. S. 164–168). Anhand der Ergebnisse des IGES-Gutachtens soll im Folgenden für alle Versorgungsbereiche dargestellt werden, wie der Stand der psychiatrischen Versorgung in Stadt und Kreis Offenbach im Vergleich mit den anderen Regionen Hessens einzuschätzen ist.

3 Das für die Psychiatrie zuständige Hessische Sozialministerium hat diese Zahlen noch einmal für alle neu zu gründenden Abteilungen nach unten korrigiert und legt eine Bettenmessziffer von 0,47 und 0,13 Tagesklinikplätze auf 1000 Einwohner zugrunde (Auszug aus dem Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005 im Anhang zum Entwurf des Hessischen Psychiatrierahmenplans vom 07.01.2004).

Ambulante Versorgung

Im Bereich der ambulanten Versorgung gibt es in ganz Hessen – gemessen an der Bedarfsplanung der kassenärztlichen Vereinigung – Anzeichen einer Überversorgung.⁴ Im Jahre 2003 sollten nach Planungszahlen 253 *niedergelassene Nervenärzte* tätig sein, aber bereits im Jahr 2000 gab es 322 zugelassene Vertragsärzte (S. 98). Seit den Zeiten der Psychiatriereform in den 70er-Jahren hat sich die damalige Mangelsituation ins Gegenteil verkehrt. Allerdings gibt es gravierende Unterschiede zwischen Stadt und Land. In den Hessischen Städten gibt es einen Nervenarzt pro 10–11 000 Einwohner, in den ländlichen Gebieten schwankt dieser Indikator stark; in einigen Kreisen gibt es nur eine Praxis für 34–35 000 Einwohner. Die Richtwerte zur Versorgungsdichte werden im Landesdurchschnitt um etwa 10 % überschritten. In der Stadt Offenbach liegt dieser Wert bei 14 %, im Landkreis Offenbach bei 9 %. Insgesamt lassen sich für die Region Offenbach im Hinblick auf niedergelassene Nervenärzte keine Besonderheiten feststellen.

Im Hinblick auf die Ausstattung mit psychotherapeutischen Praxen gilt Hessen bereits seit langem als überdurchschnittlich gut versorgte Region im Vergleich zu den anderen Bundesländern. Schon im Jahr 1975 zählte Hessen mit einem Psychotherapeuten auf 43 900 Einwohner als überdurchschnittlich ausgestattetes Bundesland. Seit der Psychiatrie-Enquete hat sich diese Situation noch verbessert. Im Jahr 2000 kamen in Hessen auf einen Psychotherapeuten 3043 Einwohner (S. 105), der Bundesdurchschnitt lag im Jahr 1999 bei 5370 Einwohnern je Psychotherapeut. Das Land Hessen liegt damit weiterhin über dem Bundesdurchschnitt. Insgesamt waren 2000 in Hessen 1989 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten tätig. Diese Zahl liegt um fast 100 % über dem Orientierungswert der kassenärztlichen Vereinigung, der bei 1016 Therapeuten, d. h. 5958 Einwohner je Psychotherapeut liegt. Die regionale Verteilung der Psychotherapeuten ist jedoch sehr ungleich. Die Stadt Offenbach hat die höchste Versorgungsdichte unter den hessischen Großstädten; der Richtwert wird um 258 % überschritten. Der Landkreis Offenbach allerdings ist die einzige Region in Hessen, in der der Versorgungsrichtwert nicht ganz erreicht wird (96,8 %). Auch die benachbarten Kreise Darmstadt-Dieburg und Odenwaldkreis weisen keine starken Überschreitungen der Richtwerte aus (S. 107).

Die IGES-Gutachter empfehlen, in allen Regionen *psychiatrische Krisendienste* unabhängig von bestehenden stationären Einheiten einzurichten. Jedoch gibt es nur in der Stadt Frankfurt einen 24-Stunden-Notdienst an sieben Tagen pro Woche. In vielen Regionen wird die Notfallversorgung vom Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. den Gesundheitsämtern übernommen, die aber nur zu den regulä-

4 Dies widerspricht der Ansicht der DGPPN, die im Bereich der niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie von Unterversorgung spricht (vgl. Kap. 2.2).

ren Öffnungszeiten der Ämter zu erreichen sind. In anderen Gebieten übernehmen Institutsambulanzen diese Aufgabe, hier gelten aber die gleichen Einschränkungen der Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten. Stadt und Kreis Offenbach gehören zu den acht Regionen in Hessen, in denen es keinen spezifischen psychiatrischen Krisendienst gibt (S. 115). Insofern gibt es – nach Auffassung der Gutachter – bei der Notfallversorgung ein Defizit.⁵

Ein ähnliches Defizit gibt es in der Versorgungsregion Offenbach im Hinblick auf *Institutsambulanzen*. Im Jahr 1999 gab es in Hessen 34 Institutsambulanzen, seither sind mindestens vier hinzugekommen (S. 118). Alle Fachkrankenhäuser mit einer regionalen Versorgungsverpflichtung betreiben eine Institutsambulanz, die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern dagegen seit ca. zwei Jahren – außer Offenbach – alle. Kreise, in denen keine voll- oder teilstationäre Einrichtung existiert, verfügen regelmäßig auch über keine Institutsambulanz. Sowohl die Stadt Offenbach als auch der Landkreis gehörten zum Zeitpunkt der Berichterstattung zu den sechs Regionen in Hessen, in denen noch keine Institutsambulanz vorhanden war. In der Stadt Offenbach hat sich diese Situation seit dem 1. April 2004 geändert. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Offenbach verfügt seither über eine Institutsambulanz, die auch Patienten des Landkreises Offenbach mit versorgt.

Teilstationäre und stationäre Versorgung

Teilstationäre Behandlungskapazitäten gibt es in Hessen in 16 Städten und Kreisen, in zehn Gebieten fehlt dieser Einrichtungstyp vollständig. Dazu gehört auch der Kreis Offenbach. Bewohner des Landkreises werden je nach Platzkapazität in der Tagesklinik der Stadt Offenbach aufgenommen. Die für den Kreis Offenbach zuständigen Tageskliniken des Psychiatrischen Krankenhauses Riedstadt in Raunheim und Groß-Gerau sind aufgrund der räumlichen Entfernung für Patienten des Kreises Offenbach praktisch nicht erreichbar. Die durchschnittliche Platzzahl beträgt in hessischen Tageskliniken 18, die Mehrzahl liegt zwischen 15 und 20 Plätzen. Ende 1999 wurden für Hessen insgesamt 494 tages- und 23 nachtklinische Plätze ausgewiesen. Damit entspricht die Versorgungsdichte mit 8,5 Plätzen auf 100 000 Einwohner dem bundesdeutschen Vergleichswert (8,6). Der

5 Für die Stadt Offenbach sowie für einen Teil der Landkreisbewohner übernimmt diese Funktion die 24 Stunden an sieben Tagen geöffnete psychiatrische Notfallambulanz am Städtischen Klinikum, allerdings mit der Einschränkung, dass die Notfälle nicht »vor Ort«, sondern eben auf dem Kliniksgelände behandelt werden müssen. Dass diese Struktur gegenüber herkömmlichen Krisendiensten nicht nur Nachteile, sondern vor allem bei der Notfallversorgung erhebliche Vorteile durch die Möglichkeit der sofortigen Hinzuziehung von Internisten, Chirurgen, Röntgenologen, Laborärzten usw. hat, bedarf keiner weiteren Begründung.

Großteil der Plätze wird für die allgemeine Psychiatrie vorgehalten. Der Anteil suchtkranker Personen liegt bei 12 %, derjenige für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen bei 8 %. Die Bearbeiter des IGES-Gutachtens empfehlen eine Ausweitung tagesklinischer Behandlungskapazitäten für Hessen bis zum Jahr 2007 um mindestens 383 Plätze auf 900, was einem Wert von 15 Plätzen auf 100 000 Einwohner entspricht (S. 134). Die Gutachter empfehlen explizit den Aufbau voll- und teilstationärer Kapazitäten für den Kreis Offenbach,⁶ den Kreis Darmstadt-Dieburg sowie den Main-Taunus-Kreis. Auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird der Aufbau von elf teilstationären Plätzen im mittleren oder östlichen Teil des Landkreises Offenbach empfohlen. Aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung und des wachsenden Anteils dementer Menschen in der Zukunft wird ein wachsender Bedarf teilstationärer Behandlungsplätze in der Gerontopsychiatrie für Hessen angenommen.

Die stationäre psychiatrische Versorgung wird derzeit von drei unterschiedlichen Krankenhaustypen geleistet. Nebeneinander existieren psychiatrische Fachkrankenhäuser, Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie psychiatrische Abteilungen an Universitätskliniken. Im Jahr 1990 wurden in Hessen insgesamt 4076 Betten in 34 stationären Einheiten vorgehalten. Davon entfielen auf psychiatrische Fachkrankenhäuser allein 72 %. Der Landeswohlfahrtsverband Hessen ist der dominierende Träger im Bereich der stationären Versorgung; 57 % aller hessischen Betten werden von ihm vorgehalten (S. 146). Der Prozess der Regionalisierung ist in diesem Bereich also noch längst nicht abgeschlossen, denn es gibt nach wie vor für viele Patienten keine Möglichkeit, gemeindenah stationär versorgt zu werden. Das IGES-Gutachten hat insgesamt 15 Fälle von erzwungener Patienten-Wanderung identifiziert (S. 183 ff.). Ein Teil dieser Versorgungsangebote über Kreisgrenzen hinweg ist unproblematisch, weil die betreffenden Fachkrankenhäuser gut erreichbar sind. Ein größerer Teil erfordert jedoch strukturelle Maßnahmen, d. h. den Abbau von Betten in Fachkrankenhäusern und die Schaffung neuer Einrichtungen mit größerer Gemeindenähe. In den südlich von Frankfurt am Main gelegenen Kreisen ist die Situation besonders problematisch. Die im Westen gelegenen Fachkrankenhäuser in Heppenheim und Riedstadt können von den Patienten aus dem Odenwaldkreis und den östlichen Teilen der Landkreise Darmstadt-Dieburg und Offenbach nur schlecht erreicht werden. Im Hinblick auf den Landkreis Offenbach wird empfohlen, stationäre psychiatrische Kapazitäten gemeindenah neu aufzubauen (S. 185 f.).

6 Im Hessischen Krankenhausrahmenplan 2005 wird festgelegt, dass alle neuen Versorgungsangebote grundsätzlich als psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern (mit angeschlossener Tagesklinik) zu realisieren seien. Das bedeutet für den Kreis Offenbach, dass diese Einrichtungen an einem der beiden Allgemeinkrankenhäuser in Langen oder in Seligenstadt eingerichtet werden muss.

Komplementäre Einrichtungen

In Deutschland wurden im Zuge des Dehospitalisierungsprozesses die Angebote in den Bereichen Wohnheim und Betreutes Wohnen weit stärker ausgebaut als es 1975 vorauszusehen war. Bundesweit gab es 1999 rd. 41 Wohnheimplätze auf 100 000 Einwohner und 27 Plätze pro 100 000 in betreuten Wohngemeinschaften. Die entsprechenden Zahlen für Hessen lauten 39 (Wohnheime) bzw. 51 (betreutes Wohnen). Mit 90 Plätzen pro 100 000 Einwohner im Bereich der betreuten Wohnformen nimmt Hessen unter den Flächenländern (gemeinsam mit Schleswig-Holstein) eine Spitzenstellung ein (SCHRÄDER et al. 2002: 251). Da die Logik des Dehospitalisierungsprozesses eine Umschichtung von Wohnheimplätzen zugunsten der gemeindenäheren kleineren Einheiten des betreuten Wohnens nahe legt, prognostizieren die IGES-Gutachter eine Verringerung der Plätze in Wohnheimen von 2247 im Jahr 2000 auf 1920 im Jahr 2007. Im Gegenzug wird der Ausbau des betreuten Wohnens um 426 Plätze empfohlen; erreicht werden sollte ein Orientierungswert von 58 Plätzen auf 100 000 Einwohner. Für die Stadt Offenbach würde dies einen geringfügigen Abbau bei den Wohnheimen und weiteren Ausbau des betreuten Wohnens bedeuten. Im Landkreis Offenbach gibt es eine bemerkenswerte Sondersituation im Vergleich mit allen anderen hessischen Regionen: Zwar liegt das Angebot an betreuten Wohnheimplätzen um mehr als die Hälfte unter dem für 2007 prognostizierten Bedarf, andererseits scheint dieser geringe Bestand derzeit auszureichen, um den Bedarf des Kreises zu decken, denn es lassen sich keine »Wanderungen« unversorgter Patienten in andere Landkreise beobachten.

Der Bedarf an Tagesstätten ist laut IGES-Gutachten fast gedeckt, es wird lediglich ein moderater Ausbau der Plätze von derzeit 19 auf 23 je 100 000 Einwohner bis zum Jahr 2007 gefordert. Allerdings zeigen die Daten auch, dass zwar in allen Städten und Kreisen Tagesstätten zur Verfügung stehen, die Platzzahlen aber häufig nicht ausreichen, um den Bedarf zu decken.

Auch im Bereich der Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung ist die Versorgungssituation in Hessen vergleichsweise gut (S. 284). Der künftige Bedarf hängt auch davon ab, inwieweit es gelingt, seelisch behinderte Menschen über den allgemeinen Arbeitsmarkt in Erwerbstätigkeit zu bringen. Das Ziel ist es deshalb, die Zahl der Plätze sowohl in den Werkstätten als auch in den Integrationsbetrieben maßvoll zu erhöhen. Die Werkstätten für behinderte Menschen sollen bis zum Jahr 2007 von 33,6 auf 38 Plätze je 100 000 Einwohner ausgebaut werden. Die Angebote von Integrationsfirmen für psychisch Kranke sollen auf mindestens sechs Arbeitsplätze je 100 000 Einwohner ausgebaut werden. Die Stadt Offenbach weist genügend Plätze in den Werkstätten auf und verfügt auch über eine Integrationsfirma. Die Situation in den benachbarten Landkreisen Offenbach und Darmstadt-Dieburg ist jedoch dringend verbesserungsbedürftig,

denn diese Regionen sind (gemeinsam mit dem Wetteraukreis) die Einzigen in Hessen, in denen es keine beschützten Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen gibt. Auch die Zahl der Plätze in Integrationsbetrieben ist viel zu gering, allerdings ist in dieser Beziehung die Situation in den meisten anderen hessischen Regionen ähnlich schlecht.

Sozialpsychiatrischer Dienst und Psychiatriekoordination

Beim Ausbau der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) ist man in den einzelnen Bundesländern ganz unterschiedliche Wege gegangen. Teils sind sie eng in die Gesundheitsfachverwaltung eingebunden und haben stark hoheitlich geprägte Aufgaben (z. B. Zwangseinweisung durch ärztliche Mitarbeiter), teils sind sie eher betreuend und beratend tätig und stehen nicht unter ärztlicher Leitung und sind sogar manchmal in freie Trägerschaft ausgegliedert. In fast allen Bundesländern außer in Hessen, Bayern, Baden-Württemberg und dem Saarland arbeiten die Institutionen der psychiatrischen Versorgung auf der Basis besonderer Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen (PsychKGs). Zumeist sind dann die SpDs in diesen Ländern die mit der Durchführung des PsychKGs betrauten Dienststellen. Wo solch eine gesetzliche Grundlage fehlt, haben auch die SpDs ein sehr unterschiedliches fachliches Profil. In Hessen gibt es in allen Städten und Kreisen SpDs, jedoch ist die personelle Ausstattung sehr verschieden (vgl. IGES-Gutachten S. 311). Die Personalausstattung des SpD der Stadt Offenbach (4,3 Stellen pro 100 000 Einwohner) liegt deutlich über dem Landesdurchschnitt (2,7 Stellen pro 100 000). In Hessen befinden sich die sozialpsychiatrischen Dienste in Trägerschaft der kommunalen Gesundheitsfachverwaltung und werden aus den Haushalten der Landkreise und der kreisfreien Städte finanziert. Wesentliche Rechtsgrundlage der Tätigkeit der SpDs ist hier immer noch das »Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« von 1934. Danach haben die Gesundheitsämter Beratungsstellen einzurichten und – z. B. durch gutachterliche Stellungnahmen – mitzuwirken bei der Aufnahme »von Geisteskranken, Psychopathen, Epileptikern und Idioten in Anstalten« (zitiert nach SCHRÄDER et al. 2002: 308 f.).

In Ermangelung einer aktuellen Rechtsgrundlage ist die Koordination der psychiatrischen Versorgung in den einzelnen hessischen Regionen sehr unterschiedlich geregelt. Einen Psychiatriekoordinator gibt es in elf Regionen, in zehn Regionen koordiniert der SpD (oder eine andere Stelle in der Gesundheitsfachverwaltung) die Versorgung, in vier Kreisen verteilt sich die Verantwortung auf das Gesundheitsamt und einen zugeordneten Psychiatrie-Beirat, und in einer Region gibt es die Besonderheit, dass nur ein auf Einladung des SpD sporadisch tagender Beirat existiert, der die Angebote koordiniert – es ist die Stadt Offenbach.

Vor diesem Hintergrund empfehlen die IGES-Gutachter, in allen Kreisen und kreisfreien Städten Hessens die Funktion eines Psychiatriekoordinators einzurichten und die Verantwortlichkeiten durch Gesetzgebung klarer zu regeln. »Es sollte sowohl die Tätigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste, als auch diejenige der Psychiatriekoordinatoren auch rechtlich (z. B. in Landesgesetzen über den öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. über Hilfe und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke) abgesichert werden. Kooperationsstrukturen der psychiatrischen Versorgung sollten auch im für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium verankert werden.« (SCHRÄDER et al. 2002: 310)

In einem Satz zusammengefasst, kann die derzeitige Situation der psychiatrischen Versorgung in Stadt und Landkreis Offenbach folgendermaßen charakterisiert werden: In der Stadt Offenbach existiert ein im Vergleich mit anderen hessischen Regionen gut ausgebautes Netzwerk gemeindenaher Versorgungsinstitutionen, während der Landkreis in diesem Vergleich relativ schlecht abschneidet. Im folgenden Abschnitt wird nachgezeichnet, in welcher Weise dieses moderne Versorgungssystem in der Stadt Offenbach aufgebaut wurde.

4.2 Der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbunds

Den Beginn gemeindenaher psychiatrischer Versorgung in Offenbach bildete die Eröffnung der Psychiatrischen Klinik am 21.04.1981. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden Offenbacher Bürger, wenn sie stationär psychiatrisch behandlungsbedürftig waren, vor allem im Psychiatrischen Krankenhaus Riedstadt und auch – im Falle von Abhängigkeitserkrankungen – im Psychiatrischen Krankenhaus Hadamar behandelt. Beides sind Kliniken, die weit vom Offenbacher Stadtgebiet entfernt liegen.

Das Klinikum Offenbach (früher: Stadtkrankenhaus) nahm zwar auch schon vor der Eröffnung der Psychiatrischen Klinik Patienten mit psychischen Erkrankungen auf, aber dabei handelte es sich im Wesentlichen um Notfälle, meist Suizidversuche, die auf der medizinischen Intensivstation oder den internistischen Stationen behandelt werden konnten. Auch die Entzugsbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit wurde z. T. direkt vor Ort durchgeführt. Patienten mit leichteren psychischen Erkrankungen wie Neurosen oder leichten Depressionen wurden ebenfalls gelegentlich auf allgemeinmedizinischen Stationen des Stadtkrankenhauses behandelt. Die gleichen Vorteile einer gemeindenahen Versorgung genossen z. T. sozial Bessergestellte, die eine psychiatrische Behandlung in einem Spezialkrankenhaus auf jeden Fall vermeiden wollten. Ihnen standen auch Plätze in Privatkliniken in Stadtnähe zur Verfügung (vgl. BAUER & BERGER 1988).

Versorgungskonzept der psychiatrischen Klinik

Bereits 1974 hatte die Stadtverordnetenversammlung in Offenbach einen Grundsatzbeschluss gefasst, nach dem Bezug eines modernen Klinikneubaus einen Teil der Altbausubstanz in eine psychiatrische Abteilung um zu widmen (vgl. BAUER & BERGER 1988: 11). Die Größe der psychiatrischen Abteilung wurde auf 80 Betten festgelegt. Ausschlaggebend für diese Entscheidung war nicht die Größe der zu versorgenden Bevölkerung, sondern schlicht die baulichen Gegebenheiten, denn zuvor war in den betreffenden Räumen eine internistische Klinik mit ebenfalls 80 Betten untergebracht. Der Entscheidung, die Psychiatrie gemeindenah zu organisieren, lagen also im Wesentlichen Überlegungen zur künftigen Organisation eines Großkrankenhauses zugrunde und nicht fachpsychiatrische Versorgungskonzepte im engeren Sinn. Weder an die Einrichtung einer Tagesklinik noch an nicht Krankenhaus bezogene ambulante und komplementäre Einrichtungen wurde gedacht. Entschieden war man in Offenbach allerdings dafür, die Psychiatrie in städtische Trägerschaft zu übernehmen, und sie nicht dem Landeswohlfahrtsverband Hessen zu überlassen. Durch diese Grundsatzentscheidungen und Planungslücken bedingt, bedurfte es einiger Jahre Vorbereitung, ehe die ersten gemeindenahen Institutionen eröffnet werden konnten. Im Rückblick wird diese Ausgangssituation von den Initiatoren als eine große Chance auf viel Gestaltungsfreiraum gewürdigt, der für innovative Lösungen genutzt werden konnte (BAUER & BERGER 1988: 12).

1980 gründeten der designierte Chefarzt sowie weitere zukünftige Mitarbeiter der Klinik und einige interessierte Laien einen psychiatrischen Hilfsverein, der sich Jahre später den Namen »*Lebensräume e. V.*« gab. Ziel war es, den Aufbau komplementärer Dienste in Angriff zu nehmen. April 1981 richtete das Offenbacher Gesundheitsamt den Sozialpsychiatrischen Dienst ein. Gleichzeitig öffnete die Psychiatrische Klinik, drei Monate später die Beteiligungsambulanz. Im Juli des folgenden Jahres schließlich (1982) eröffnete die Tagesklinik und die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) mit 50 Plätzen.

Vom ersten Tag an verfolgte die Psychiatrische Klinik das Ziel, alle stationär behandlungsbedürftigen Offenbacher Bürger aufzunehmen. Im Jahr 1985 verpflichtete sich die Klinik auch vertraglich zur Sektorversorgung für die Stadt Offenbach. Das bedeutet, dass sie zur Aufnahme aller stationär behandlungsbedürftigen erwachsenen psychisch Kranken aus den Behandlungsbereichen Allgemeinpsychiatrie, Suchtkrankenbehandlung und Gerontopsychiatrie aus dem Versorgungssektor verpflichtet ist und diese Verpflichtung auch wahrnimmt. Der Anteil von Patienten aus dem Versorgungsgebiet, die in anderen Kliniken (= gemeindefern) aufgenommen wurden, ging zwischen 1982 und 1988 von fast 40 % auf unter 5 % zurück. Seit 1986 werden auch *alle* zwangseingewiesenen Patienten in Offenbach betreut (vgl. BAUER & BERGER 1990: 32).

Die Klinik war mit 80 Betten für die Einwohnerzahl von Offenbach überdimensioniert. Legt man die heutige im IGES-Gutachten (vgl. SCHRÄDER et al. 2002) geforderte Bettenmessziffer von 55 Betten auf 100 000 Einwohner zugrunde, so wäre für die Stadt Offenbach eine Klinik mit 65 Betten ausreichend. Von Anfang an hat die Klinik deshalb Patienten aus den unmittelbar benachbarten Kommunen des Landkreises Offenbach aufgenommen. Jährlich werden auf diese Weise 250–300 Patienten wohnortnäher versorgt als im eigentlich zuständigen Fachkrankenhaus Riedstadt. Diese Patienten können nur aufgenommen werden, wenn Betten frei sind, ein Anspruch auf Aufnahme besteht für die Bürger des Landkreises Offenbach nicht. Eine Versorgung in Offenbach ist besonders für die Kreis-Patienten wichtig, die neben ihrer psychiatrischen Erkrankung auch somatische Leiden haben; sie können in einem Allgemeinkrankenhaus angemessener versorgt werden als im zuständigen Fachkrankenhaus. Auch Patientinnen mit der Diagnose einer Schwangerschaftspsychose werden Sektor übergreifend aufgenommen, da in Offenbach eine Behandlung sowohl in der Psychiatrischen Klinik wie in der Gynäkologie und der Kinderklinik möglich ist. Ähnliches gilt für Patienten, bei denen eine Koinzidenz von schweren Verbrennungen und psychischen Leiden vorliegt.

Die Psychiatrische Tagesklinik wurde am 01.07.1982 eröffnet Sie verfügt über 18–20 Behandlungsplätze und ist Teil der psychiatrischen Abteilung, räumlich aber in einem eigenen Gebäude untergebracht, einer Jugendstilvilla, die der frühere ärztliche Direktor des Klinikums mit seiner Familie bewohnte. Im Unterschied zur Klinik nimmt die Tagesklinik auch routinemäßig Patienten aus dem Landkreis Offenbach auf, da die Tageskliniken des eigentlich zuständigen Psychiatrischen Krankenhauses in Riedstadt zu weit entfernt liegen. An dieser Stelle wird auf eine Beschreibung der Tagesklinik verzichtet, da sie Gegenstand der ausführlichen Analysen im nächsten Kapitel ist.

Die Psychiatrische Klinik gliedert sich in fünf Stationseinheiten, von denen drei in einem eigenen, in den 1920er-Jahren errichteten dreistöckigen Gebäude auf dem Gelände des Klinikums untergebracht sind. Zwei weitere befinden sich in einem separaten, durch einen Verbindungsgang leicht erreichbaren, Teil des Altbaus. Drei Stationen haben 18 Betten die beiden anderen aus architektonischen Gründen 16 und zehn. Alle Stationen werden gemischtgeschlechtlich belegt und sind rund um die Uhr aufnahmeverpflichtet. Eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht oder Diagnosegruppen gibt es nicht. Die einzelnen Klinikstationen werden in der Regel offen geführt, d. h. die Patienten können die Stationen für ihr Therapieangebot oder für Spaziergänge je nach Gesundheitszustand allein oder in Begleitung verlassen. Die Eingangstüren der Stationen werden allerdings dann verschlossen, wenn ein gefährdeter Patient zu entweichen droht. Die Patienten sind in Zweibettzimmern untergebracht. Auf jeder Station befinden sich Aufenthaltsräume, Gesprächsräume und Funktionsräume für Pflegepersonal und Ärzte.

Die Behandlungsteams der Stationen sind multiprofessionell ausgestattet mit jeweils zwei Ärzten, Pflegepersonal, anteilig Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Physio- und Musiktherapeuten. Maßgeblich für die personelle Ausstattung ist die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV). Die Beschäftigungstherapie ist zentral organisiert und findet für alle Patienten in einem separaten Gebäude auf dem Klinikgelände an fünf Tagen die Woche statt. Es gilt die Regel, möglichst keine Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes innerhalb der Psychiatrischen Klinik zu verlegen, d. h. die Aufnahmestation bleibt auch die Entlassungsstation. Bei Wiederaufnahmen wird darauf geachtet, dass die Patienten auf ihre »alte« Station kommen, wo man sie kennt. Die Therapie umfasst die Bereiche Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie. Stationsübergreifend arbeitet ein multiprofessionelles »Suchtteam«, das sich mit Konzeption und Therapie der Suchtkrankenbehandlung befasst und speziell auf diese Gruppe ausgerichtete Behandlungsangebote macht.

Die größte Gruppe von stationär behandelten Patienten bilden in Offenbach die Menschen mit einer Schizophrenie und anderen paranoiden Syndromen. Ihr Anteil an allen Aufnahmen liegt bei 30 %. Die nächst größere Gruppe sind die Suchtkranken, die mit knapp 25 % aller Aufnahmen zu Buche schlagen, gefolgt von der Gruppe der Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (knapp 20 %), der affektiven Psychosen (ca. 15 %) sowie der organischen Psychosen und Demenzen (ca. 10 %). Diese Verteilung ist Ausdruck der gezielten Bemühungen, sich auf die Versorgung der Menschen mit den schwersten Formen von psychischen Leiden zu konzentrieren.

Niedrige Verweildauer

Die Gesamtaufnahmezahl betrug in den letzten Jahren rd. 1300 bis 1400 Patienten. Die Patienten werden im Durchschnitt ca. 20 Tage in der Klinik behandelt.⁷ Damit ist die Verweildauer die niedrigste in ganz Hessen. In Offenbach ist damit wohl jetzt schon eine Reduzierung der Verweildauer erreicht worden, die von den IGES-Gutachtern (für Hessen insgesamt) erst für das Jahr 2007 prognostiziert wird: 21,3 Tage (vgl. SCHRÄDER et al. 2002: 167f.). Schon beim Vergleich der Verweildauern aus dem Jahr 1999 gehörte die Klinik in Offenbach zu den Krankenhäusern mit den geringsten Verweildauern. Die Behandlungszeiten schwanken 1999 in Hessen zwischen 36,3 Tagen im Kreis Groß-Gerau (Philipps-hospital Riedstadt) und 25,3 Tagen im Schwalm-Eder-Kreis, der Mittelwert lag

⁷ Die Zahlenangaben beruhen auf der Auswertung der Basisdokumentation der Psychiatrischen Klinik für die Jahre 2000 bis 2002. Sie sind den unveröffentlichten Dokumenten der Klinikleitung zur Planung des weiteren Ausbaus der psychiatrischen Versorgung in Offenbach entnommen.

bei 29,8 Tagen.⁸ Die Stadt Offenbach lag zu dem Zeitpunkt bei einer Verweildauer von 26,2 Tagen, die Patienten aus dem Landkreis Offenbach dagegen waren im Schnitt 33,6 Tage im Krankenhaus (im Philipppshospital Riedstadt). Die Zahlen von 1999 sind eine Momentaufnahme eines sehr raschen Wandels bei den Verweildauern seit Beginn der 90er-Jahre. Im Hessischen Durchschnitt lag die Verweildauer 1991 noch bei 58,9 Tagen. Der Rückgang bis 1999 wird im IGES-Gutachten mit 52 % beziffert (S.165).

Die Reduzierung der Verweildauer ist auch eine Konsequenz des fortschreitenden Ausbaus der außerstationären psychiatrischen Infrastruktur in vielen Versorgungsregionen. Die geforderte weitere Reduzierung der Verweildauer bis zum Jahr 2007 auf 20–22 Tage,⁹ wird den Gutachtern zufolge wesentlich von einer besseren Zusammenarbeit zwischen stationären, ambulanten und komplementären Leistungserbringern abhängen (S. 167). Der gravierende Unterschied in der Verweildauer zwischen Patienten der Stadt Offenbach und Patienten aus dem Landkreis resultiert im Wesentlichen aus der unterschiedlichen Erreichbarkeit der einzelnen Kliniken. Ein 1989 durchgeführtes Forschungsprojekt zum Vergleich von gemeindenaher und gemeindeferner psychiatrischer Krankenhausbehandlung in Stadt und Kreis Offenbach konnte diese Unterschiede eindrucksvoll sowohl anhand von Krankenhausdaten wie auch auf der Basis qualitativer Interviews mit Patienten belegen. Die Patienten aus der Stadt sind mit ihrem Versorgungssystem zufriedener, sie scheinen aktiver im Umgang mit der Erkrankung, wenden sich im Bedarfsfall eher von selbst an die Klinik, kommen mithin häufiger zur Aufnahme, bleiben dafür aber kürzer (BERGER & ENGFER 1989 und 1992). Kreispatienten dagegen vermissen wohnortnahe Angebote. Sie fühlen sich mit der Erkrankung alleine gelassen, wirken auch hilfloser im Umgang mit ihr und neigen eher dazu, dem behandelnden Arzt die Initiative zu überlassen. Der Weg in das zuständige psychiatrische Krankenhaus gestaltet sich mühsam, die Patienten kommen entsprechend seltener zur Aufnahme und bleiben dann notgedrungen länger. Dem entsprach schon zum damaligen Zeitpunkt die Wiederaufnahmerate, die bei allen Diagnosen in der Stadt Offenbach höher lag als im Landkreis Offenbach (1986: 1,51 zu 1,23) und im Zeitraum von 1982–1986 in Offenbach anstieg, im Kreis jedoch gleich hoch blieb. Dies ist ein Indikator für das gut ausgebaut extramurale Versorgungssystem Offenbachs: Krisen werden frühzeitiger erkannt, und die räumliche Nähe zur Klinik bedeutet eine wesentlich geringere Hemmschwelle für Patienten (vgl. BERGER & ENGFER 1989).

8 Der Durchschnitt in Hessen liegt mit nur 3 % Abweichung (nach unten) sehr nahe beim Bundesdurchschnitt. Bundesweit lag 1999 die Spanne der Verweildauern von 21,6 Tagen in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern bis 36,6 Tage in Baden-Württemberg (vgl. SCHRÄDER et al. 2002: 165).

9 Die Gutachter des IGES-Gutachtens gehen für das Jahr 2007 von einer Reduzierung der Verweildauer von 29,8 (im Jahr 1999) auf 22 Tage für Gesamthessen aus (vgl. SCHRÄDER et al. 2002: 155).

Ambulante Versorgung

Klinik und Tagesklinik sind eingebettet in einen gemeindepsychiatrischen Verbund mit ambulanten und komplementären Einrichtungen und Diensten. Gab es bei der Eröffnung der Klinik im Stadtgebiet nur vier niedergelassene Nervenärzte, hat sich deren Zahl fast verdreifacht. Heute praktizieren elf Nervenärzte im Stadtgebiet, d.h. ein Arzt pro 10 600 Einwohner (vgl. Psychiatriebeirat Stadt und Kreis Offenbach 2002). Mit den niedergelassenen Nervenärzten besteht eine enge Kooperation. Sie weisen ihre Patienten in der Regel in die Klinik ein, und nach der Entlassung werden die Patienten von ihnen weiterbehandelt. Allein sieben der elf Nervenärzte haben vor ihrer Praxiseröffnung in der Offenbacher Klinik gearbeitet. Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten hat sich von 1981 bis zum Jahr 2000 sogar mehr als verzehnfacht. Gab es damals nur zehn Psychotherapeuten in der Stadt, so sind es heute 117. Das heißt auf rd. 1000 Einwohner kommt ein Therapeut (vgl. SCHRÄDER et al. 2002: 105). Offenbach hat damit den dichtesten Besatz an Psychotherapeuten in ganz Hessen. In den vergleichbaren kreisfreien Städten bewegt sich das Verhältnis Psychotherapeut zu Einwohner zwischen 1244 in Kassel und 1822 in Wiesbaden. Gemessen an dem Richtwert der vertragsärztlichen respektive psychologischen Bedarfsplanung für diese Städte, er beträgt 2577 Einwohner pro Psychotherapeut, herrscht also ein erhebliches Ausmaß an Überversorgung. Für die Versorgung der psychiatrisch erkrankten Menschen spielen die niedergelassenen Psychotherapeuten allerdings nur eine untergeordnete Rolle, es gibt in ihren Praxen diese Patienten nur ganz vereinzelt. Beispielsweise stellte sich auf einem Treffen aller Offenbacher Psychotherapeuten heraus, dass nur fünf davon bereit und in der Lage wären, eine ambulante Weiterbehandlung stationär oder tagesklinisch behandelter Menschen mit Psychosen oder schweren depressiven Störungen durchzuführen.

Auch die psychiatrische Klinik beteiligt sich in erheblichem Umfang an der ambulanten Versorgung. In den letzten Jahren kamen auf ca. 1300 stationäre Aufnahmen (pro Jahr) ca. 2000 Patienten, die zwar in der Klinik notfallmäßig ambulant versorgt, dann aber nicht stationär aufgenommen wurden. In der Notfallambulanz steht rund um die Uhr an sieben Tagen pro Woche ein Dienst habender Psychiater zur Verfügung, an den sich Patienten in Krisenzeiten wenden können. Dieser entscheidet je nach Behandlungsbedürftigkeit, ob ein Patient voll- oder teilstationär aufgenommen werden muss, oder ob er – ggf. medikamentös versorgt – nach einer Krisenintervention wieder nach Hause oder in eine der vorhandenen betreuten Wohneinrichtungen zurückgehen kann. Da am 01.04.2004 eine Institutsambulanz eröffnet worden ist, werden sich die Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung in der Klinik weiter verbessern. Dann werden auch vermehrt aufsuchende Interventionen (Hausbesuche) möglich werden. Bislang verfügte nur der Klinikleiter über eine Ermächtigungsambulanz, in deren Rah-

men im Durchschnitt etwa 150 zumeist besonders schwierige Patienten mit chronischen Leiden pro Quartal behandelt werden.

Komplementäre Einrichtungen und Dienste

Ebenfalls bereits 1981 wurde am Gesundheitsamt der Stadt Offenbach der Sozialpsychiatrische Dienst eingerichtet. Er ist mit einem Arzt, zwei Sozialarbeitern und jeweils einer Pflege- und Verwaltungskraft ausgestattet. Angeboten werden medizinische und soziale Beratung und Begleitung, Krisenintervention, Hausbesuche, Vermittlung und Einleitung weiterer Hilfen (vgl. Psychiatriebeirat Stadt und Kreis Offenbach 2002). Neben diesen Beratungs- und Betreuungsfunktionen nimmt der SpD als Teil des Gesundheitsamtes auch Begutachtungen im Rahmen von Betreuungs- oder Unterbringungsverfahren wahr und führt diese zum Teil auch selbst durch.

Die komplementären Dienste und Einrichtungen werden heute zum größten Teil von einem Träger betrieben: *Lebensräume gGmbH*, eine gemeinnützige Betreuungsgesellschaft mit beschränkter Haftung. Gegründet wurde Lebensräume als eingetragener Verein im Jahr 1980 auf Betreiben zukünftiger Klinikmitarbeiter und interessierter Bürger. Der Verein besteht heute weiter als Zusammenschluss von natürlichen Personen neben der Gemeinnützigen Gesellschaft, die aus diesem Kreis heraus gegründet wurde. »Der Name steht für ein Programm. Das Programm besagt, dass der gewöhnliche Wohn- und Aufenthaltsort eines psychisch erkrankten Menschen nicht die Klinik und schon gar nicht die Straße sein kann. Es besagt auch, dass Menschen noch andere Bedürfnisse haben außer zu wohnen und zu arbeiten, und es besagt schließlich, dass sich Lebensräume nicht wie von selbst ergeben, sondern dass sie aktiv, auch kontradiktorisch zu anderen, gegenläufigen Interessen in der Gesellschaft durchgesetzt werden müssen.« (vgl. BAUER & BERGER 1988: 27) Der Verein Lebensräume unterstützt Angehörigengruppen und die Selbsthilfegruppen der Betroffenen. Er organisiert Laienhilfe und Bürgerengagement und betreibt Öffentlichkeitsarbeit. Die *Lebensräume gGmbH* ist tätig im Bereich der Wohnungswirtschaft und unterhält einen Entschuldungsfonds. Der Verein finanziert sich aus Spenden, Bußgeldern, Beiträgen, Zuschüssen und Erlösen. *Lebensräume gGmbH* unterhält in Stadt und Kreis Offenbach 60 Plätze in Wohnheimen, 123 Plätze im betreuten Wohnen, 77 teilstationäre und 30 ambulante Plätze in drei Tagesstätten, 40 Plätze im Integrationsfachdienst, drei Kontakt- und Beratungsstellen. In der neu gegründeten Integrationsfirma werden 50 Mitarbeiter mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen beschäftigt. *Lebensräume gGmbH* beschäftigt insgesamt rund 100 Mitarbeiter auf 70 Vollzeitstellen und finanziert sich über Einnahmen aus Leistungsentgelten, Zuschüssen und Erstattungen.

Seit 1982 existieren Wohnheimplätze für psychisch Kranke in der Stadt Offenbach. Zunächst wurde auf dem Gelände des Stadtkrankenhauses ein Übergangswohnheim (ehemaliges Schwesternwohnheim) mit zunächst zwölf Plätzen eröffnet, 1987 konnte dann ein Haus in der Nähe der Klinik erworben werden, in dem heute 21 Bewohner leben, die 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche betreut werden. Es handelt sich dabei um chronisch psychisch kranke Menschen, die nicht in der Lage sind, ihr Leben eigenständig ohne Hilfen zu gestalten. Zu Beginn strebte man an, die Bewohner möglichst viel vom Alltagsgeschehen selbst gestalten zu lassen. Dazu gehörte die Beteiligung an gemeinsamen Mahlzeiten, Hausversammlungen, Küchen- und Reinigungsdienst. Wichtig war insbesondere lange Zeit die Tagesstrukturierung. Wenn ein Bewohner keinen Arbeitsplatz hatte, musste er die Werkstatt für Behinderte oder die Tagesstätte besuchen. Chronisch Kranke, die diese Anforderungen nicht erfüllen konnten, wurden im Wohnheim nicht aufgenommen. Nachdem sich aber im Laufe der Jahre gezeigt hat, dass es eine Gruppe insbesondere junger chronisch kranker Menschen in der Gemeinde gibt, die diese Anforderungen nicht erfüllen können oder wollen, leben derzeit auch Bewohner im Wohnheim, die keiner tagesstrukturierender Tätigkeit außerhalb der Wohneinrichtung nachgehen. Ergotherapeuten, die im Heim arbeiten, versuchen, diese Gruppe zu aktivieren und zu beschäftigen. Es gibt allerdings immer wieder Bewohner, die sich (fast) jeder Aktivität entziehen, und die sich den ganzen Tag in der Stadt oder in den psychiatrischen Einrichtungen herumtreiben.

Der Klinikleiter charakterisiert diese Gruppe am Beispiel von Christian B.: »Um es vorwegzuschicken: Herr B. ist kein besonders schwieriger Patient in der Gemeinde. Ich sehe ihn fast jeden Tag, seit 1981. Unsere Gespräche beschränken sich meist auf wenige Sätze, gelegentlich auch nur auf einige Worte. Im Sommer treffe ich ihn oft im Klinikgarten, er sitzt dort auf einer Bank und trinkt aus einer großen Flasche Coca Cola. Im Winter schlurft er durch die Gänge des Klinikums, besucht den einen oder anderen Patienten auf Station, isst gelegentlich dort zu Mittag oder auch zu Abend und trollt sich wieder. Christian ist unförmig dick, macht einen konstant verwahrlosten Eindruck, wäscht sich selten und geht noch seltener zum Friseur. Der Schlitz seiner Hose ist manchmal offen, und als er einmal auf der Straße onanierte, zeigte ihn ein Passant wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses an. Folgen hatte das Ganze nicht, denn auch die Polizei weiß inzwischen, dass Christian einer von ›unseren Leuten‹ ist und wenn die auf der Straße ihren Mitbürgern nichts Böses tun, sieht man über manches hinweg.« (Vgl. BAUER 2000 b: 3.) Christian B. gehört zu der Gruppe der jungen chronischen Patienten, die nicht mehr in der Klinik, sondern in der Gemeinde chronifizieren (vgl. dazu HOFFMANN 1993). Sie sind meistens zwischen 18 und 35 Jahre alt, leben überwiegend in Großstädten, leiden an einer Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörung und betreiben nicht selten Missbrauch von Alkohol oder anderen psy-

chotropen Substanzen. Aufgrund ihres auffälligen Sozialverhaltens leben sie häufig völlig randständig, zurückgezogen, ohne Arbeit und Bindungen und werden in therapeutischen Einrichtungen schnell zu unwillkommenen Patienten. Christian B. gehört zu der »Low-energy-low-demand-Gruppe«. Das heißt er ist schon früh, kurz vor dem Abitur, das er gerade noch schaffte, mit der Psychiatrie in Berührung gekommen, fühlt sich in der Patientenrolle wohl, akzeptiert ambulante Dienste und macht in psychiatrischen Programmen (teilweise) mit. Bei allem ist er aber meist passiv, wenig motiviert und früh ausgebrannt (vgl. HOFFMANN 1993).

Neben dem Wohnheim mit intensiver Betreuung gibt es in Offenbach weitere Wohneinrichtungen mit insgesamt 15 Plätzen, aufgeteilt in Wohngruppen von zwischen zwei und fünf Personen, die keiner Rund-um-die-Uhr Betreuung bedürfen. 56 psychisch kranke Menschen erhalten betreutes Wohnen in ihrer Privatwohnung. 15 Wohnungen davon hat *Lebensräume gGmbH* selbst angemietet, der Rest sind Privatwohnungen der Betroffenen. Je nach Hilfebedarf werden die Klienten unterschiedlich intensiv betreut, meist in Form von Hausbesuchen. Chronisch kranke Menschen, die aus den institutionellen Hilfeformen (wie Wohnheimen) aufgrund der Art ihrer Störung herausfallen, sind durch dieses niedrigschwellige, unkomplizierte Angebot eher zu erreichen. Dazu gehört auch die Gruppe der schwierigen neuen chronischen Patienten in der Gemeinde, die häufig in wohnortfernen Einrichtungen untergebracht werden oder aber als Wohnungslose keine fachspezifische Hilfe erhalten (vgl. LÄNGLE et al. 2001). In Offenbach konnten einige Patienten durch diese Betreuungsform davor bewahrt werden. Ein Beispiel dafür ist Herr V. A. ein etwa 45-jähriger Mann mit einer chronischen Schizophrenie und Alkoholismus. Er lebt in einer eigenen Wohnung in der Stadt, geht keiner Arbeit nach, bezieht Sozialhilfe und wird in seiner Wohnung regelmäßig von Mitarbeitern des betreuten Wohnens aufgesucht, die sich so gut es geht, mit ihm unterhalten, nachschauen, ob genügend Lebensmittel vorhanden sind und den Grad der Vermüllung und Verschmutzung der Wohnung feststellen. Herr V. A. sammelt alle Reste, er vermeidet, den Müll zu entsorgen, wäscht sich so gut wie nie, ist völlig ungepflegt, unrasiert, mit langen Haaren. Er läuft den ganzen Tag durch die Stadt, redet meistens ununterbrochen vor sich hin, wird häufig laut ohne aber tötlich zu werden. Er ist in der Stadt bekannt, die meisten Leute machen einen großen Bogen um ihn, da er fürchterlich stinkt. Wegen Ruhestörung und unerträglichen Gerüchen, die häufig aus seiner Wohnung dringen, kam es schon oft zu Beschwerden der Hausbewohner und Nachbarn sowie zu Kündigungen der Wohnung. Es gab auch schon Artikel in der Lokalpresse, in denen die Frage der Zumutbarkeit solcher Menschen für die Gemeinde thematisiert wurde. Herr V. A. hat jetzt neben dem Mitarbeiter des betreuten Wohnens einen gesetzlichen Betreuer, der ihn, wenn der Zustand der Wohnung nicht mehr für die Umwelt und ihn erträglich erscheint, gegen seinen Willen in die Klinik

einweist. In dieser Zeit wird die Wohnung gesäubert und renoviert. Der Sozialpsychiatrische Dienst überwacht die regelmäßige Medikamentengabe in Form von einer Depot-Medikation (Spritze). Einen niedergelassenen Nervenarzt kann und will Herr V.A. nicht aufsuchen, da er nicht fähig ist, Termine einzuhalten, nicht warten kann, und aufgrund seines Erscheinungsbildes und aufgrund der Ausdünstungen in keinem Wartezimmer erträglich wäre.

Im Jahr 1988 wurde eine Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB) eröffnet, die folgende Aufgaben erfüllt: Beratung von psychisch Kranken und deren Angehörigen, Vermittlung von speziellen, fachlichen Hilfeangeboten und Übernahme kurzzeitiger Betreuungen. Die in Offenbach tätigen Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen haben hier ein Forum für Kontakte und Begegnungen, Gruppentreffen und Freizeitmaßnahmen. Wie in allen anderen Städten und Kreisen in Hessen, ist auch in Offenbach die PSKB in Zukunft in ihrem Bestand bedroht, weil im Zuge von Sparmaßnahmen ab 2004 diesem Typ von Beratungseinrichtung sämtliche Landesmittel gestrichen worden sind.

Tagesstrukturierung und Integration in Arbeit

Im Bereich Arbeit teilen sich zwei Träger die Versorgung in Stadt und Kreis Offenbach: die *Arbeiterwohlfahrt* und *Lebensräume gmbH*. Alle Einrichtungen befinden sich in der Stadt, Kreisbewohner werden jedoch auch aufgenommen. Seit 1982 existiert eine Werkstatt für seelisch behinderte Menschen mit heute 120 Arbeitsplätzen. Träger ist die *Arbeiterwohlfahrt*, die zuvor bereits Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt hatte, da sie seit langem eine Werkstatt für geistig behinderte Menschen in Offenbach betrieben hatte. Der überwiegende Teil der Mitarbeiter leidet an chronisch schizophrenen Erkrankungen und hat keinerlei Chancen mehr, auf dem freien Arbeitsmarkt vermittelt zu werden.

Nicht alle psychisch kranken Menschen können oder wollen jedoch in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten. Für zwei Gruppen besteht ein besonderer Bedarf an Sonderarbeitsplätzen: Zum einen für solche Menschen, die aufgrund ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, acht Stunden am Tag die Anforderungen der Werkstatt zu erfüllen, zum anderen handelt es sich um Personen, die zwar so beeinträchtigt sind, dass sie nicht auf dem freien Arbeitsmarkt vermittelbar sind, jedoch von den Anforderungen der Werkstatt unterfordert wären. *Lebensräume* hat für diese Gruppe schon sehr früh Alternativen entwickelt. In drei vereinseigenen Firmen waren insgesamt sechs Menschen mit psychischen Behinderungen beschäftigt (einem Blumenladen, einer Schreinerei, einer Cafeteria in einem Altenheim). Vor einigen Jahren wurde eine Integrationsfirma gegründet, die zunächst Büroarbeiten für verschiedene Firmen erledigte, und die sich heute zu einem Unternehmen mit insgesamt 50 Arbeitsplätzen

entwickelt hat. Die Arbeitsleistungen der Mitarbeiter sind sehr unterschiedlich, danach richtet sich auch die Arbeitszeit. Vier behinderte Menschen arbeiten auf Vollzeitstellen, andere sind in Teilzeit beschäftigt und ca. 30 Mitarbeiter arbeiten stundenweise gegen Entgelt dort. *Lebensräume* unterhält auch einen Integrationsfachdienst, der zurzeit 40 psychisch behinderte Menschen, die noch im Arbeitsleben stehen, betreut.

Im Bereich tagesstrukturierender Hilfen betreibt *Lebensräume gGmbH* in der Stadt Offenbach seit 1987 eine Tagesstätte für seelisch Behinderte mit angegliederter psychosozialer Kontakt- und Beratungsstelle, in der Arbeits- und Beschäftigungsangebote gemacht werden. Diese Einrichtung verfügt über insgesamt 40–50 Plätze, 29 entfallen davon auf den Arbeits- und Beschäftigungsbereich, der Rest auf den Kontakt- und Beratungsbereich. Diese Hilfe wird gerne von denjenigen chronisch kranken Menschen angenommen, die nicht mehr in der Lage sind, volle acht Stunden einer Beschäftigung nachzugehen. Es ist ein niedrighelwiges Angebot. Man kann stundenweise leichte Tätigkeiten verrichten, für die man auch geringfügig entlohnt wird. Oder aber man hält sich dort nur auf, um sich zu unterhalten, Kaffee zu trinken oder gegen einen geringen Betrag eine warme Mahlzeit zu erhalten. Die Tagesstätte ist werktags von 9–17 Uhr geöffnet. »Es scheint, dass die Tagesstätte vor allem für solche chronisch Kranke ein Gewinn ist, denen die Regelmäßigkeit eines Tuns primär nicht einleuchtet und die ihre sonstigen Freiheitsspielräume durch eine «Therapie» gefährdet sehen.« (BAUER & BERGER 1988: 31)

Institutionelle Eigenlogiken als Problem

Der Ausbau der psychiatrischen Infrastruktur erfolgte von Anfang an nicht nach einem Masterplan. Es gab zu Beginn (und bis heute) kein spezifisches Interesse der Stadt, eine bestimmte Bevölkerungsgruppe mit psychischen Problemen gezielt zu versorgen. Zunächst war es lediglich die Entscheidung, am Klinikum eine psychiatrische Abteilung aufzubauen. Alles andere entwickelte sich zunächst ausschließlich von der Psychiatrischen Klinik aus. Später traten andere Akteure nach eigenem Ermessen und mit jeweils spezifischen Zielsetzungen dazu. Heute gibt es ein ausdifferenziertes Angebot unterschiedlicher Institutionen, die jeweils nach eigenen Rationalitätskriterien funktionieren, und die Kooperation und Koordination in diesem Geflecht wird zu einem Problem.

Aus den städtischen Gremien und der Verwaltung hat es zwar während des gesamten Aufbauprozesses nie Widerstände oder Vorbehalte gegen die Institutionalisierung gemeindeintegrierter Versorgung gegeben, aber in den letzten zwanzig Jahren hat es auch keine Psychiatriekoordination oder -steuerung im engeren Sinne für die Versorgungsregion gegeben. Lediglich der *Psychiatrie-Beirat* beschäf-

tigt sich mit der Psychiatrieplanung und -entwicklung. In ihm sind alle sozialen Organisationen der Stadt und des Kreises Offenbach vertreten, die Verantwortung im sozialpsychiatrischen Netzwerk tragen. Der Beirat tagt vierteljährlich unter Federführung des Gesundheitsamtes. Allerdings hat diese Gruppe keinerlei Entscheidungskompetenz, sie kann nur Empfehlungen geben.

Eigentlicher Motor der Entwicklung war lange Zeit der Leiter und Chefarzt der Psychiatrischen Klinik, der sich zum Ziel gesetzt hatte, die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete von 1975 und der Expertenkommission von 1988 in Offenbach umzusetzen. Dies lag allein schon deswegen nahe, weil er selbst Mitglied beider Kommissionen war und die dort formulierten Leitlinien/Empfehlungen mit beriet und zum Teil sogar selbst verfasste. Ein großer Teil davon ist heute in Offenbach Realität geworden. Allerdings hat die institutionelle Vielfalt zum jetzigen Zeitpunkt ein Ausmaß erreicht, dass einzelne Akteure nicht mehr den vollen Überblick über die Versorgungsangebote haben. Erleichtert wird die Kooperation und Vernetzung allein dadurch, dass sich nur drei Trägerorganisationen die Versorgung teilen, die *Stadt*, die *Arbeiterwohlfahrt* und *Lebensräume*. Diese Träger sind durch personelle Überkreuzverflechtungen miteinander verbunden. Der Vorsitzende von *Lebensräume* ist gleichzeitig Oberarzt der Klinik, der Chefarzt ist Mitglied des Beirates. Dieser Oberarzt ist im bezahlten Nebenamt auch zuständiger Psychiater für die Wohneinrichtungen von *Lebensräume* und Supervisor für die dort tätigen Mitarbeiter. Er war anfänglich außerdem Betriebsarzt der Werkstatt für geistig Behinderte, die von der *Arbeiterwohlfahrt* getragen wird. Ein weiterer Oberarzt ist Betriebsarzt der Werkstatt für seelisch behinderte Menschen. Zu Beginn der Entwicklung kannten sich die Mitarbeiter der psychiatrischen Institutionen noch fast alle persönlich. Entscheidungen über die Platzierung von Patienten nach der Klinikentlassung erfolgten in der Regel »auf dem kurzen Dienstweg« telefonisch oder persönlich. Man traf sich bei gemeinsamen Fallkonferenzen oder Fortbildungen und konnte schwierige Entscheidungen gemeinsam kurzfristig treffen. Heute sind an der Versorgung mehrere hundert Menschen beteiligt, man kennt sich nicht mehr persönlich, die Personalfuktuation ist groß. Viele Mitarbeiter wissen gar nicht mehr, welche Einrichtungen es in Offenbach überhaupt gibt. Sie arbeiten in »ihrer« Einrichtung und interessieren sich nicht (mehr) für das, was außerhalb geschieht. Der Elan und das gemeinsame Bewusstsein, psychisch kranke Menschen angemessen in der Gemeinde versorgen zu wollen, das die Initiatoren noch einte, hat im Laufe der Jahre nachgelassen, und es treten die zu erwartenden Koordinations-, Kooperationsprobleme und Zielkonflikte auf (vgl. dazu ENGFER & BAUER 1991).

Ähnliche Probleme stellen sich auch in der Psychiatrischen Klinik selbst. Lange Jahre herrschte Aufbruchstimmung unter den Mitarbeitern, da man gemeinsam ein Reformprojekt umsetzte, das in anderen Regionen der Republik in dieser Form noch nicht in Angriff genommen worden war. Die Leitlinien der Sozialpsychiatrie

waren allen Mitarbeitern vertraut, und jeder achtete in seinem Umfeld darauf, dass bestimmte Grundprinzipien eingehalten wurden. Dazu gehörte die Abkehr von der kustodialen Anstaltsverwahrung hin zu einer patientenorientierten, humanen Umgangsweise mit psychisch Kranken. In den Anfangsjahren war es beispielsweise eine besondere Ausnahme, wenn die Türen der Stationen verschlossen waren. Heute ist die geschlossene Tür mehr Regel als Ausnahme, und der Chefarzt muss häufig intervenieren, um das in Vergessenheit geratene Prinzip der offenen Tür in Erinnerung zu rufen. War es früher für alle Beteiligten selbstverständlich, dass nur in Ausnahmefällen Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen von Patienten vorgenommen werden, kommt es heute sogar vor, dass Patienten fixiert auf dem Stationsgang liegen, um sie besser beobachten zu können. Besonders schwierige Patienten, die in der akuten Krankheitsphase verbal aggressiv, laut und potenziell gewalttätig sind, werden schneller als früher aus Sicherheitsgründen fixiert und hochdosiert medikamentös behandelt. Die Angst der Mitarbeiter ist größer, und die Toleranz ist geringer geworden. Früher waren alle stolz, dass kein Offenbacher Bürger in ein anderes Krankenhaus aufgenommen oder verlegt werden muss. Heute wird schnell die Frage aufgeworfen, ob ein Patient nicht »zu schwierig« sei und deshalb verlegt werden sollte. Auch wenn diese Frage bisher nahezu immer verneint wurde, ist die Frage selbst doch ein Indiz für den atmosphärischen Wandel in der Klinik. Die hohe personelle Fluktuation insbesondere bei den Ärzten und Pflegekräften verhindert, dass sich gemeinsame Wertorientierungen verfestigen, und sogar formelle Anweisungen und Regeln lassen sich zum Teil nur schwer durchsetzen.

Auch im außerstationären Bereich haben sich im Laufe der Jahre Eigenlogiken einzelner Einrichtungen entwickelt. So ist es heute nicht mehr möglich, wie selbstverständlich einen Wohnheimplatz für einen Patienten zu bekommen, wenn das Klinikpersonal, die Angehörigen und der Patient dies wünschen. Denn die Teams der einzelnen Einrichtungen haben ihrerseits bestimmte Kriterien entwickelt, nach denen sie über die Aufnahme eines Patienten entscheiden. Manche Patienten fallen durch dieses Raster, weil sie entweder nicht das Maß an Selbstständigkeit mitbringen, das verlangt wird, oder aber ein Krankheitsbild aufweisen, das nicht in das Konzept der betreffenden Einrichtung passt. Lange Zeit gehörten dazu beispielsweise die Menschen mit einer Psychose und gleichzeitiger Suchtmittelabhängigkeit. Sie wurden von den Wohneinrichtungen prinzipiell abgelehnt. Heute trifft es vorwiegend die Gruppe der Abhängigkeitskranken und Mehrfachbehinderten, für die keine geeignete Wohn- und Betreuungseinrichtung in Offenbach existiert. Diese Gruppe wird weiterhin in wohnortferne Wohn- oder Pflegeheime verlegt. Unter den Mitarbeitern des außerstationären Bereichs zeigt sich ebenfalls die Tendenz, dass die zu Beginn noch geteilte Wertorientierung im Laufe der Zeit schwindet. So sind bestimmte Standards der Betreuung und Versorgung der Bewohner bei den Mitarbeitern nicht immer so wie die Konzeption es vor-

sah. *Lebensräume gGmbH* ist dieser Tendenz dadurch entgegengetreten, dass eigens eine Mitarbeiterin eingestellt wurde, die die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten organisiert. In unregelmäßigen Abständen besucht der Geschäftsführer die einzelnen Einrichtungen und prüft die Zustände vor Ort.

Psychisch kranke Menschen, insbesondere solche mit einer chronischen Erkrankung, erhalten in der Stadt Offenbach umfangreiche Hilfe und Unterstützung.⁸ Diese ist jedoch bisher stark von den Zielsetzungen und Kapazitäten der jeweiligen Institutionen geprägt. Inwieweit die Angebote den Bedürfnissen der Betroffenen tatsächlich gerecht werden, bleibt eine offene Frage. Eine Gefahr hat sich jedoch bereits gezeigt: die Verdrängung natürlicher sozialer Netzwerke durch künstliche (vgl. ENGFER & BAUER 1991). Je mehr ein Patient in das Netzwerk der Psychiatrie integriert ist, desto weniger Kontakte und Beziehungen hat er außerhalb dieses Systems. Sind die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Freizeitgestaltung innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems organisiert, bleibt kaum noch Zeit für Kontakte außerhalb der Psychiatrie. Hinzu kommt auch, dass die Fähigkeit, mit »gesunden« Menschen umzugehen, im Laufe der Zeit verloren geht. Die sehr geschützten Bedingungen in den Institutionen machen eine Ablösung von der Psychiatrie für viele Patienten zunehmend schwerer.

8 Seit Sommer 2003 gibt es einen neuen Bestandteil der psychiatrischen Infrastruktur: die Psychiatrie-Stiftung Offenbach. Sie wurde unter Federführung des Chefarztes der Psychiatrischen Klinik Prof. Dr. Manfred Bauer, der gleichzeitig der Stiftungsvorsitzende ist, gegründet und hat sich zum Ziel gesetzt, psychisch kranke und behinderte Personen zu unterstützen, ihre Benachteiligungen zu mildern und ihnen eine möglichst weitgehende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

5 Die Tagesklinik in Offenbach

Das folgende Kapitel berichtet über die eigenen empirischen Erhebungen im Rahmen der Fallstudie zur Offenbacher Tagesklinik. Auf der Grundlage einer sorgfältig editierten Version der Basisdokumentation sowie qualitativen Interviews und Dokumentenanalysen wird – meines Wissens erstmals für die Bundesrepublik Deutschland – in einer Langfristbetrachtung von über einem Jahrzehnt (1992–2002) analysiert, welche Funktionen eine allgemeinpsychiatrische Tagesklinik innerhalb eines voll ausgebauten gemeindeintegrierten Versorgungssystems erfüllt.

Nach einer Darstellung des Versorgungskonzepts der Einrichtung wird in den folgenden Abschnitten untersucht, ob die Hauptzielgruppe, die schwerwiegend akut und langfristig chronisch erkrankten Menschen, dauerhaft erreicht worden sind. Dazu wird das Diagnosespektrum analysiert, und die Zugangswege sowie Weiterbehandlungen werden dargestellt. Anhand von Fallbeispielen sollen die strukturellen Merkmale von Kooperation und Konflikt innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems heraus gearbeitet werden. Darüber hinaus soll gezeigt werden, dass in einem avancierten gemeindeintegrierten Versorgungsnetzwerk die Tagesklinik nicht auf eine bestimmte der oben analytisch unterschiedenen Funktionen festgelegt ist, sondern im Routinebetrieb die Funktionen Akutversorgung, Diagnoseabklärung, Nachbehandlung und Rehabilitation stets gleichzeitig erfüllt werden können. Oft vermischen sich die Funktionen innerhalb einer einzigen Behandlungsepisode.

Die Frage, ob Veränderungen in der Zeit beobachtbar sind, hat in jeder Untersuchungsdimension einen zentralen Stellenwert. Dabei wird bemerkenswerten Kontinuitäten ebenso Beachtung geschenkt wie den Anzeichen eines dramatischen Anpassungsdrucks, dem die Institution Tagesklinik unter dem Einfluss der Ökonomisierungsstrategien der Gesundheitspolitik in jüngster Zeit ausgesetzt ist. Wichtigster Indikator dafür ist der deutliche Rückgang der Behandlungsdauern.

5.1 Versorgungskonzept, Ausstattung, Personal

Die psychiatrische Tagesklinik in Offenbach behandelt 18–20 Patienten täglich an fünf Tagen in der Woche von 8.30 bis 17 Uhr. Räumlich befindet sie sich auf dem Gelände des Städtischen Klinikums, liegt aber am Rande und ist mit einem separaten Eingang direkt von einer viel befahrenen Straße aus zugänglich. In un-

mittelbarer Nähe befinden sich zentrale Bushaltestellen sowie diverse Einkaufsmöglichkeiten. Zwischen psychiatrischer Klinik und Tagesklinik erstreckt sich ein Park mit Bänken und Skulpturen, das ganze Gelände ist verbunden mit dem parkähnlich angelegten Außenbereich des Gesamtklinikums. Das Haus war ursprünglich Wohnhaus des früheren ärztlichen Direktors des Klinikums. Auf drei Etagen und im Kellergeschoss verteilen sich die Arbeits- und Funktionsräume für Patienten und Personal. Im Erdgeschoss befinden sich die Aufenthaltsräume für die Patienten mit einer kleinen angegliederten Küche, ein Stationszimmer, in dem die notwendigen Medikamente und sonstiges medizinisches Material sowie die Patientenakten untergebracht sind. Hier finden auch die täglichen Teambesprechungen statt. Ferner gibt es Räume für die Ärztin, die Psychologin und das Sekretariat. Im ersten Stock befinden sich neben großen Gruppenräumen auch das Büro des Chefarztes der psychiatrischen Klinik und seines Sekretariats. Das obere Stockwerk und auch die Kellerräume werden für arbeits- und beschäftigungstherapeutische Gruppen genutzt. Die Gruppenräume stehen sowohl für die eigentlichen Tagesklinik-Angebote als auch für andere Sitzungen und für Veranstaltungen der Klinik zur Verfügung. Es gibt regelmäßig wöchentliche Ärztekonzferenzen, Fortbildungsveranstaltungen, Sitzungen von Sucht- und Angehörigengruppen und ähnliche Nutzungen. In unregelmäßigen Abständen gibt es beispielsweise Kunstausstellungen, zu deren Eröffnung neben Patienten, Personal und Angehörigen meist auch zahlreiche Bürgerinnen und Bürger, Persönlichkeiten der Kommunalpolitik und Sponsoren kommen.

Das zeitliche Grundgerüst der therapeutischen Aktivitäten in der Tagesklinik wird durch den Wochenplan (vgl. Abbildung 5.1-1) festgelegt. Im Regelfall nehmen alle Patienten am gesamten Programm teil. Diese verbindliche Tagesstruktur ist in den Grundzügen seit Gründung der Tagesklinik gleich geblieben. Innerhalb dieses Rahmens erhält jeder Patient eine individuelle Behandlung, in der Bausteine aus dem allgemeinen Programm mit situativ und flexibel vereinbarten Einzeltherapien kombiniert werden.

Multiprofessionelles Team

Die Personalausstattung der Tagesklinik veränderte sich im Laufe der letzten 20 Jahre mehrfach. Zu Beginn bestand das Team aus einem Arzt, einer Krankenschwester, einer Beschäftigungstherapeutin und einem Sozialarbeiter. Mitte 1983 kamen Stellen für eine(n) Diplom-Psychologen/-in sowie ein Sekretariat hinzu. Im Laufe der Jahre wurde der Stellenplan erweitert um eineinhalb Krankenpflege-Stellen und eine zusätzliche Ergotherapeuten-Stelle. Heute besteht das Team der Tagesklinik aus acht Mitgliedern für die Behandlungen und einem Sekretariat für die administrativen Arbeiten. Assoziiert sind ein Musiktherapeut und ein

Wochenplan – Psychiatrische Tagesklinik Offenbach

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00	Öffnung der Tagesklinik, Eintreffen der Patienten				
8:30	gemeinsames Frühstück, Zeitungslektüre, Blutentnahme				
9:00	Tagesplanung (Ergotherapie, Aufnahmegespräch, Einführung)				
9:15	Ergotherapie	Ergotherapie	Ergotherapie	Ergotherapie	Ergotherapie
9:30	(4)	Kochen	(4)	Kochen	Backen
10:00	(3)	(4) (1)			
10:30	Pause	Pause	Pause	Pause	Pause
11:00	Ergotherapie	Ergotherapie	Sport	Ergotherapie	Ergotherapie
12:10		Kochen		Kochen	Backen (2)
12:15	gemeinsames Mittagessen				
13:00	Pause – Mitarbeiterbesprechung/Fallbesprechung/Fortbildung				
14:00	Situationsspiel	Hausparlament	Ergotherapie	Außenaktivität	Gesprächsgruppe
15:00					
15:15	Musiktherapie	Entspannung			
15:30	Spielen	(2)	gemeinsames		
16:00	Kaffeetrinken				
16:15					
16:30	Aufräumen, Spülen, Abreise				
17:00	Ende der Tagesklinik				
Nach Vereinbarung		(1) Chefarztvisite	(3) Tanz- u. Bewegung	Ergotherapie umfasst:	
– Einzelgespräche		Di. 10:00–12:00	(nach Vereinbarung)	– Holzgruppe	
– Familiengespräche			Mo. 10:00–11:30	– Papiergruppe	
– med. klin. Diagnostik				– Textilgruppe	
– Sozialberatung		(2) Gesprächsgruppe	(4) kognitives Training	– bezahlte Arbeit	
– Hausbesuche		Für Abhängige	am Computer	– Schreibbüro	
– Physiotherapie		Di. 15:00–16:00	(nach Vereinbarung)	– Praktika	
– Angehörigengruppe		Fr. 11:00–12:00	Mo.–Mi. 9:30–10:30	– Alltagsbewältigung	
– Diätberatung etc.					

Abb. 5.1-1: Wochenplan – Psychiatrische Tagesklinik Offenbach

Krankengymnast, die stundenweise in der Tagesklinik arbeiten. Die Mitarbeiter verfügen über langjährige Psychiatrieerfahrung. Der Sozialarbeiter¹ und eine Beschäftigungstherapeutin arbeiten seit Gründung der Tagesklinik dort, die Psychologin und der Krankenpfleger sind ebenfalls fast 15 Jahre in der Tagesklinik tätig, die zwei Krankenschwestern haben zuvor langjährig in der psychiatrischen Klinik gearbeitet und wechselten vor fünf Jahren in die Tagesklinik. Die zweite Ergotherapeutin ist als einzige Berufsanfängerin und seit drei Jahren in der Tagesklinik beschäftigt. Fluktuation besteht lediglich bei den Arztstellen. Die Assistenten der Klinik befinden sich fast alle in der psychiatrischen Facharztweiterbildung und haben meist befristete Arbeitsverhältnisse. Im Rahmen dieser Ausbildung wechseln sie – nach längerer Tätigkeit auf den Stationen der Psychiatrischen Klinik – für eine befristete Zeit in die Tagesklinik. Die Funktion des Oberarztes der Tagesklinik nimmt der Chefarzt der gesamten psychiatrischen Abteilung wahr. Für alle Mitarbeiter werden regelmäßig interne und externe Fortbildungsveranstaltungen organisiert.

Die Therapieplanung für einzelne Patienten wird durch das multidisziplinär zusammengesetzte Team insgesamt vorgenommen. Im Normalfall wird die Situation und der Behandlungsfortschritt der einzelnen Patienten auf täglichen einstündigen Teamsitzungen besprochen. Bei Problemen oder Unklarheiten wird der Chefarzt zu Fallbesprechungen oder Einzelgesprächen hinzugezogen. Für bestimmte problematische Patienten werden darüber hinaus Fallkonferenzen eingerichtet, an denen alle beteiligten Mitarbeiter der Kliniken und des gemeindepsychiatrischen Netzes teilnehmen.

Schizophreniebehandlung als Kern des Versorgungskonzepts

Da sich die Offenbacher Psychiatrie von Anfang an zum Ziel gesetzt hatte, vorrangig die Gruppe der chronisch psychisch kranken Menschen in der Gemeinde zu versorgen, zielte auch die Arbeit der Tagesklinik besonders auf diese Gruppe ab. Im Wesentlichen sind das Menschen, die an einer Schizophrenie leiden. Diese Krankheit beginnt in der Regel zwischen dem 20. und 30 Lebensjahr, d. h. in einer biografischen Phase, in der die Weichen für die berufliche Entwicklung gestellt werden, und in der in der Regel Ehen geschlossen und Familien gegründet werden. In dieser entscheidenden Phase sind die Betroffenen von der sich entwickelnden Krankheit schwer behindert.² Bereits Jahre vor dem Ausbruch der Erkrankung (Prodromalphase) sind Frühsymptome feststellbar: depressive Verstimm-

1 Der Sozialarbeiter ist zugleich Vorsitzender der *Hessischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* (HeGSP) und Mitglied der Verbandsversammlung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

2 Zur Charakteristik, Verlauf und Therapie der Schizophrenie vgl. HÄFNER 2001.

mungen, Schuldgefühle, Selbstzweifel, Selbstmordversuche, Konzentrationsstörungen, Energieverlust, Ängste sowie sozialer Rückzug. Die Akutphase der Erkrankung ist geprägt durch Störungen in den Bereichen Denken, Fühlen, Handeln, Erleben, Antrieb sowie Stimmung. »Auf dem Höhepunkt einer solchen psychotischen Episode ist der Kranke – meist bei klarem Bewusstsein – oft nicht mehr in der Lage, klar zu denken, besonnene Urteile zu fällen und mit anderen Menschen angemessen umzugehen. Die intimsten Gedanken, Gefühle und Handlungen werden mitunter so wahrgenommen, als wüssten andere Menschen davon, ohne sie je ausdrücklich mitgeteilt bekommen zu haben. Oftmals stellt sich die Überzeugung ein, Freunde, Feinde oder außerirdische Kräfte seien am Werk, welche Gedanken, Handlungen, Gefühle und Empfindungen auf übernatürliche Weise beeinflussen. Ausdruck, Sprache und Handlungen des Kranken wirken in diesem Zusammenhang oft eigenartig, bizarr und schwer verständlich. Der Kranke fühlt sich häufig als Mittelpunkt der Ereignisse und bezieht auf diese Weise wahrgenommene, auch alltägliche Beobachtungen auf sich. Sinnestäuschungen, besonders akustischer Art – Stimmenhören –, sind häufig und kommentieren zuweilen alles Denken und Tun des Kranken. ... Bei Denkstörungen, die charakteristisch für die Schizophrenie sind, drängen sich unwesentliche Inhalte in den Vordergrund und erschweren die Konzentration auf die wichtigeren Inhalte. ... Mitunter glauben die Kranken, ihre Gedanken würden ihnen durch fremden Einfluss »entzogen«. Gleichzeitig ist die Stimmung zur Depression oder zur Erregung hin verändert, die Gefühlsintensität gesteigert oder auch abgeschwächt und das Verhalten durch raschen Wechsel von Zugänglichkeit und Ablehnung oder von Passivität, Gleichgültigkeit oder auch Negativismus geprägt.« (HÄFNER 2001: 19) Der Verlauf der Erkrankung ist sehr unterschiedlich. Das Spektrum reicht von erfolgreicher Ausheilung ohne Spätfolgen bis hin zu chronischen Psychosen mit erheblichen Verhaltensstörungen und sozialer Entwurzelung.

Bei ca. 20 % heilt die erste psychotische Episode ohne Folgen aus. Ungefähr 35 % der Betroffenen erleben mehrere Phasen, die jedoch auch ohne gravierende Einschränkungen ausheilen. Bei den restlichen Patienten bleiben Folgeschäden. Circa 8 % weisen bereits nach der ersten Krankheitsphase dauerhafte Einschränkungen auf, meist Negativsymptome, die sich nach weiteren Rückfällen dann jedoch nicht mehr verschlechtern. Circa 38 % jedoch haben einen ungünstigen Verlauf. Sie erleiden immer wieder Rückfälle mit fortschreitender Verschlimmerung der funktionellen und sozialen Einschränkungen.

Die Behandlungsverfahren umfassen drei Säulen: die medikamentöse Therapie, psychotherapeutische Interventionen sowie soziale Hilfen. Die akute Phase einer Psychose ist in der Regel gut durch antipsychotisch wirksame Medikamente sog. Neuroleptika zu behandeln. Problematischer ist die Behandlung der Negativsymptomatik sowie der psychosozialen Folgen dieser Erkrankung. Bewährt haben sich psychosoziale Therapieverfahren wie Social-Skills-Training, kogniti-

ve Verhaltenstherapie, Familien- und Angehörigenarbeit sowie soziale Hilfen im Bereich Wohnen, Arbeit und Freizeit. Ziel der Behandlung ist es, »die von der Psychose bedrohten kognitiven, emotionalen und instrumentellen Fähigkeiten nach Möglichkeit zu erhalten, um wiederum deren soziale Folgen zu minimieren« (HÄFNER 2001: 351). Psychoanalytisch/psychodynamisch orientierte Therapien haben dagegen den geringsten Effekt bei der Behandlung schizophrener Erkrankungen, wie eine große amerikanische Meta-Analyse einschlägiger Studien nachwies (vgl. dazu HÄFNER 2001: 334).

Das Konzept der Offenbacher Tagesklinik war ganz auf die Behandlung dieser Erkrankung ausgerichtet. Allerdings wäre es übertrieben zu behaupten, es hätte ein systematisch ausgearbeitetes Programm therapeutischer Interventionen gegeben. Die Gründungsgeschichte war eher durch Pragmatismus als durch intensive theoretische Diskussionen gekennzeichnet. »Die Diskussionen bezogen sich hauptsächlich auf das anschauliche Buch von Finzen (1977) über die Tübinger Tagesklinik. Zur praktischen Anschauung wurden die Tageskliniken in Mönchengladbach, Tübingen und am Bamberger Hof in Frankfurt besucht. Diese Besichtigungsfahrten, die ein mehrstündiges Gespräch mit dem jeweiligen Team einschlossen, konnten aber nur einen kursorischen Eindruck, einen Einblick in die Atmosphäre vermitteln. Die besuchten Tageskliniken hatten alle einen sehr ähnlichen Tages- und Wochenplan entwickelt, auch die Offenbacher hatten bis zur Eröffnung einen solchen Plan erstellt. ... Ein besonderer Stellenwert sollte der produktorientierten Beschäftigungstherapie bzw. Arbeitstherapie eingeräumt werden. Hier war auch eine enge Kooperation mit der neu gegründeten Werkstatt für psychisch Behinderte vorgesehen.« (POLLAK 1985: 14)

Soziotherapie in der Offenbacher Tagesklinik

Wie in den meisten Tageskliniken ist die Soziotherapie das Zentrum des Behandlungsprogramms. Der angloamerikanische Begriff der »psychosocial therapy« für diese Interventionsformen hat sich auch in Deutschland durchgesetzt. Der Entwurf der DGPPN für eine Praxisleitlinie »Psychosoziale Therapie« versteht darunter Casemanagement, Ergotherapie und Maßnahmen der Arbeitsrehabilitation, psychoedukative Verfahren, Bewegungstherapie und Sport und Maßnahmen zur Unterstützung in den Bereichen Wohnen sowie Teilhabe am sozialen Leben (vgl. REKER 2004a). Diese Therapieformen sollen den Patienten unterstützen, mit der Krankheit und ihren Folgen eigenverantwortlich umgehen zu lernen (vgl. PFAMMATTER et al. 2000). »Damit liegt der Schwerpunkt auf der Förderung von sozialen, lebenspraktischen und beruflichen Fähigkeiten, die für die einzelne Person notwendig ist, um in ihrem jeweiligen Umfeld möglichst selbstständig und zufrieden zu leben.« (REKER 2004)

Schwerpunkt der Tagesstrukturierung ist bis heute die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie geblieben. Auf sie werden täglich mehrere Stunden verwendet. In den ersten Jahren wurden zwei Gruppen angeboten, eine Holzgruppe und eine Textilgruppe. In den Kellerräumen der Tagesklinik wird bis heute eine Holzwerkstatt betrieben, in der vor allem Spielzeug hergestellt wird, das bei verschiedenen Veranstaltungen auch verkauft wird. Teils arbeiten die Patienten auch auf Bestellung von Angehörigen, Mitarbeitern oder Bürgern, die in Verbindung mit den psychiatrischen Einrichtungen stehen. Das Dachgeschoss ist von Anfang an das Domizil der Textilgruppe, in der geknüpft, gestickt, gehäkelt, gestrickt, genäht oder auch Seidenmalerei betrieben wird. Zehn Jahre nach Gründung der Tagesklinik wurde die Arbeitstherapie um eine Papiergruppe erweitert. In dieser Werkstatt werden Schmuckkästen, CD-Kästen, Schreibmappen, Gruß- und Weihnachtskarten sowie dekorative Pappschachteln aller Art hergestellt. Teils werden diese Produkte verkauft, teils nutzen die Patienten diese Angebote auch, um etwas für sich oder ihre Familie herzustellen oder um Geschenke anzufertigen. Das eingenommene Geld wird für gemeinsame Unternehmungen der Patienten verwendet.

Neueren Datums ist auch das Schreibbüro mit fünf Computerarbeitsplätzen. Hier können Patienten zum einen ihre Kenntnisse im Umgang mit dem PC erweitern oder auffrischen. Zum anderen werden die Computer aber auch dazu genutzt, um die Auffassungsgabe und die Konzentrationsfähigkeit der Patienten zu testen. Dafür wurde ein spezielles kognitives Trainingsprogramm installiert, das Aufgaben aus den Bereichen Konzentration, Reaktion, Informationsverarbeitung, strategisches Denken, Merkfähigkeit, mathematische Operationen und logisches Denken enthält. Im Rahmen des tagesklinischen Aufenthaltes besteht auch die Möglichkeit zu einem Praktikum außerhalb der Tagesklinik, um die Belastungsfähigkeit in einem nicht geschützten Rahmen zu überprüfen. Diese Praktika finden in der Regel innerhalb des Gesamtklinikums statt, vorwiegend in der Gärtnerei oder der Wäscherei.

Neben der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, die in der Regel vormittags stattfindet, ist der Nachmittag durch sozialkommunikative Gruppenangebote strukturiert. Ein wichtiges Element ist dabei das Situationsspiel, eine Art Rollenspiel, in dem alltagsnahe Situationen von den Patienten unter Beteiligung und Anleitung zweier Mitarbeiter nachgespielt werden. Beispiele dafür sind: Bewerbung um eine Arbeitsstelle, Konflikt zwischen Arzt und Patient über ein Medikament, ein Verkäufer möchte einem ein Produkt aufschwätzen, man wehrt sich dagegen, man möchte abends ausgehen, die Eltern argumentieren dagegen usw. Am Ende jeder Spielsituation geben alle anderen Patienten, die zugeschaut haben, ihre Einschätzung zu dem Spiel ab, die allerdings nur positiv sein darf. Hier lernen die Patienten, in einem angstfreien Raum ohne negative Kritik, realistische Situationen einzuüben und ihre sozialen Kompetenzen zu verbessern.

Jeden Freitag finden unter der Moderation von zwei Mitarbeitern Gesprächsgruppen mit acht bis zehn Patienten statt. Die Patienten entscheiden, worüber sie sich in dieser Stunde unterhalten möchten. Jeder Themenkomplex kommt in Frage: Wetter, Politik, Probleme in der Tagesklinik, Probleme zu Hause, Umgang mit Medikamenten, Umgang mit Ängsten, Krankheitsbewältigung etc. Hier haben die Patienten eine Gelegenheit, sich offen auszutauschen oder ihre Probleme untereinander zu besprechen. So können sie von den anderen Mitpatienten lernen oder haben Gelegenheit, sich gezielt von Professionellen beraten zu lassen. Das behandelnde Team kann Einzelne in einer Gruppensituation aufklären, und umgekehrt haben die Patienten hier die Möglichkeit, Anregungen und Kritik loszuwerden. Je nach Patientenzusammensetzung sind diese Gruppen entweder turbulent, unruhig und schwer zu strukturieren oder aber auf der anderen Seite schleppend und von zähen Schweigern geprägt.

Am Donnerstag Nachmittag finden »Außenaktivitäten« statt, d.h. alle Patienten und zwei Mitarbeiter verlassen die Tagesklinik und unternehmen gemeinsam etwas. Das kann ein Spaziergang im Wald oder in der Stadt sein mit anschließendem Kaffeetrinken oder ein Museums-, Kino- oder Veranstaltungsbesuch. Hier sollen die Patienten wieder lernen, sich außerhalb des beschützten Rahmens der Tagesklinik in der Gemeinde zu bewegen. Der Blick soll geschärft werden für Gelegenheiten zu Begegnungen und für neue soziale Kontakte.

Am Montag Nachmittag werden Gesellschaftsspiele gespielt, die sich die Patienten aussuchen können. Unter Beteiligung des behandelnden Teams werden in unterschiedlichen personellen Konstellationen Kleingruppen gebildet, um beispielsweise bei Karten- oder Brettspielen ein Sozialverhalten zu trainieren, das gleichermaßen Elemente zwangloser Geselligkeit wie konzentrierter, zielgerichteter (und potenziell konflikträchtiger) Strategie enthält. Parallel dazu erhält eine kleine Gruppe von sechs Patienten Musiktherapie. Dabei geht es nicht darum, Musikinstrumente zu lernen oder bestehende Fertigkeiten zu üben. Durch den Gebrauch der Instrumente sollen die Patienten versuchen, Gefühle zu äußern, um sich selbst und anderen einen neuen Zugangsweg zu ihrem Innenleben zu erschließen und gemeinsame Gespräche zu stimulieren.

Ein wichtiges Element der Therapie ist das Training sozialer Fertigkeiten, mit denen die Patienten ihren Alltag besser zu bewältigen lernen sollen. In der Vollversammlung oder dem »Hausparlament« werden wöchentlich Dienste vergeben, die von den Patienten übernommen werden. Hier werden Gruppen gebildet, die zuständig sind für Backen, Kochen, Kaffee kochen, Tische ein- und abdecken, Blumen gießen, Zeitung holen, Kühlschranksdienst, Einführung neuer Patienten u. Ä. Der Zweck dieser Dienste ist Einübung elementarer Alltagsfertigkeiten, die aber trotzdem gewissen Anforderungen der Gruppe im Hinblick auf Verantwortlichkeit, Termingebundenheit und Qualitätsstandards genügen müssen. Alle diese Aktivitäten des täglichen Lebens werden in der Tagesklinik ge-

meinsam verrichtet und von Mitarbeitern angeleitet. So wird zweimal die Woche das Mittagessen für alle Patienten und das Personal in der Tagesklinik-Küche zubereitet. Dazu überlegen die Patienten in der Gruppe, welches Gericht gekocht werden soll. Die Zutaten werden teilweise von der Klinikküche bereitgestellt, der Rest wird selbstständig von den Patienten eingekauft. Unter Anleitung der Krankenschwester oder des Sozialarbeiters bereiten jeweils vier Patienten die Mahlzeiten zu. Eine andere Gruppe ist dafür zuständig, die Tische zu decken, nach dem Essen gemeinschaftlich zu spülen und die Küche aufzuräumen. Regelmäßig Freitags bäckt eine Gruppe von drei Patienten unter Anleitung der Krankenschwester Kuchen. Zur anschließenden gemeinsamen Kaffee-Runde erscheinen häufig auch ehemalige Patienten und Angehörige als Besucher. Vielen Patienten fehlt jegliche Erfahrung in diesen alltagspraktischen Tätigkeiten, manche haben sie im Verlauf der Erkrankung verlernt oder trauen sie sich nicht mehr zu. Dinge, die für viele Menschen außerhalb der Klinik pure Selbstverständlichkeiten sind, werden von den Patienten als Erfolg und als Zeichen für die Möglichkeit einer Rückkehr ins normale Leben erfahren. Die Tagesklinik wird, um den unübertrefflichen Begriff von FINZEN (1977) zu zitieren, zur »Lebensschule«.

Die Förderung der körperlichen Aktivität ist ein weiteres Therapieziel. Unter Anleitung eines Krankengymnasten wird einmal in der Woche Sport getrieben. Neben diesem professionell strukturierten Angebot gibt es in den Mittagspausen die Möglichkeit für die Patienten, sich informell zu Jogging- oder Walking-Gruppen zusammenzufinden. Ferner gibt es die Möglichkeit, dass auch die Tagesklinik-Patienten an den Frühsportgruppen teilnehmen, die für die Patienten der psychiatrischen Abteilung insgesamt organisiert werden. Auch die Tanz- und Bewegungstherapie auf den Betten-Stationen wird von einigen Patienten der Tagesklinik genutzt. In den Kontext der körperbezogenen Aktivitäten gehört schließlich auch eine unter Anleitung der Krankenschwester oder der Ergotherapeutin stattfindende Gruppe am Dienstag, in der Entspannungstechniken praktiziert werden.

Als letzter, aber wesentlicher Baustein des Therapieprogramms sollen die Interventionen im sozialen Umfeld der Patienten erwähnt werden. Von Beginn an erhob die Tagesklinik den Anspruch, Behandlungen nur in Kenntnis der Lebensumstände des Patienten außerhalb der Klinik vorzunehmen. So ist es selbstverständlich, die Patienten zu Hause aufzusuchen und die Wohnsituation kennen zu lernen. Gespräche mit Angehörigen oder Freunden finden zu Beginn der Therapie in der Regel zu Hause statt, im weiteren Therapieverlauf kommen Angehörige zu Gesprächen auch in die Tagesklinik und stehen häufig in regelmäßigem telefonischen Kontakt mit dem behandelnden Team. Wenn Patienten noch einen Arbeitsplatz haben, und es dort zu Konflikten oder Schwierigkeiten kommt, wird auf Wunsch des Patienten Kontakt zu den Vorgesetzten oder Kollegen aufgenommen, und es werden vor Ort am Arbeitsplatz Gespräche geführt, in denen

über die Erkrankung aufgeklärt wird. Häufig gelingt es dann, Arbeitsabläufe und Einsatzbedingungen im Sinne der Patienten zu optimieren. Nicht selten wird hier auch der Integrationsfachdienst eingeschaltet, der Patienten mit einer psychischen Behinderung im Arbeitsleben unterstützt.

Einzeltherapie und Medikation

Obwohl die sozio- und gruppenpsychotherapeutischen Angebote den Tag stark dominieren, darf die eigentliche psychiatrische Behandlung der Patienten nicht vergessen werden. Diese findet in der Regel in Form von Einzeltherapien statt. Während der Ergotherapiezeiten haben die Patienten regelmäßig Einzelgespräche bei ihren Bezugstherapeuten. Die Ärztin und die Psychologin teilen sich die Patienten auf: jede von ihnen ist für jeweils acht bis zehn Patienten zuständig. Sie sind verantwortlich für die therapeutischen Gespräche, führen die Krankenakte im ärztlich/psychologischen Teil und formulieren die Entlassungsberichte.

Zu Beginn der tagesklinischen Arbeit wurde sehr viel Wert darauf gelegt, die Gespräche mit den Patienten nicht als Zweiergespräch zu führen. Um den Informationsfluss im Team transparenter zu machen, sollte immer ein weiteres Teammitglied anwesend sein. In der Praxis hat sich dieses Prinzip jedoch nicht immer einhalten lassen. Häufig äußern Patienten den Wunsch, sich bei intimen Angelegenheiten oder stark belastenden Problemen dem Arzt oder Psychologen im Vier-Augen-Gespräch anzuvertrauen. So hat sich die Regel eingespielt, dass es Dreiergespräche mit dem Therapeuten und einem weiteren Teammitglied, das sich als Bezugsperson für einen Patienten versteht, dann gibt, wenn es um allgemeine Fragen der tagesklinischen Behandlung oder um Probleme geht, die keine vertrauensvolle Zweierbeziehung erfordern. Die therapeutischen Einzelgespräche dagegen dienen dem Ziel, ein Behandlungsbündnis mit dem Patienten aufzubauen, das auch über einen längeren Zeitraum tragfähig ist. Zum Aufbau dieses Vertrauens ist eine Gesprächsatmosphäre, die jeden Anschein von Öffentlichkeit vermeidet und unter dem uneingeschränkten Schutz der Schweigepflicht steht, oft sehr hilfreich.

Ein besonderes Augenmerk wird auf das Verständnis von Krankheitsverlauf und Therapieansätzen gelegt. Die Patienten sollen in die Lage versetzt werden, eigenständig mit ihrer Krankheit umzugehen. Dazu gehört, dass sie Frühsymptome erkennen können, Bewältigungsmechanismen lernen und vor allem auch die Wirkung und Nebenwirkung ihrer Medikamente an sich selbst zu beobachten wissen. Wichtig ist die Stärkung des Selbstbewusstseins und der noch vorhandenen Fähigkeiten. Gemäß dem Selbstverständnis des Tagesklinik-Teams werden die Patienten nicht als Objekte von Behandlungsmaßnahmen angesehen, die nur danach beurteilt werden, ob sie Therapieanweisungen befolgen. Die ganze

Person mit all ihren Fähigkeiten und Handlungsoptionen steht im Blickpunkt. Die Krankheitssymptomatik ist in diesem Verständnis nur ein Ausschnitt des Gesamtbildes. Diese Sichtweise wird den Patienten von Anfang an vermittelt. Die Krankheit und die Symptome sind nicht das Wichtigste in der Therapie, und die Behandlungsregeln sind nur Vorschläge von Professionellen, die die Betroffenen eigenverantwortlich umsetzen müssen. Im Rahmen eines solchen Behandlungskonzeptes wird vom Patienten nicht die passive Bereitwilligkeit erwartet, den Anweisungen des medizinischen Personals Folge zu leisten, sondern die aktive partnerschaftliche Mitwirkung an einem ausgehandelten Plan zur Bekämpfung der Krankheit und zur Förderung der Gesundheit. Im neueren angelsächsischen Schrifttum wird dieser Perspektivenwechsel mit den Begriffen »*compliance*« und »*concordance*« abgebildet (vgl. MULLEN 1997).

Zum Tragen kommt dieses Behandlungsverständnis vor allem bei der Medikation. Die Patienten werden beraten, welche Medikamente aus medizinischer Sicht eingesetzt werden können. Aber in der Regel verfügen die meisten der Patienten auch über eigene Erfahrungen mit Medikamenten, und sie können häufig klar benennen, was ihnen hilft und was nicht. Dieses subjektive Empfinden ist häufig ein gleichwertiger Faktor bei der Entscheidung über die Medikation. Die Patienten werden in diesem Sinne als vollwertige Partner akzeptiert. Ein solches partnerschaftliches Behandlungskonzept basiert nicht allein auf bestimmten ethischen Prinzipien, sondern es ist auch Ausdruck einer realistischen Einsicht in die Art und Weise, wie Patienten mit den verordneten Medikamenten umgehen. So wird bei Behandlungen nach stationärem Aufenthalt häufiger berichtet, dass nicht nur die verordnete Dosierung eigenständig herabgesetzt wurde, sondern sogar Infusionen heimlich abgeschraubt wurden. Ursache ist in der Regel die Angst vor den Nebenwirkungen. Die Tagesklinik erfüllt hier eine wichtige Funktion als Übergangseinrichtung. Im stationären Bereich sind häufig medikamentöse Dosierungen notwendig, die im tagesklinischen Rahmen nicht mehr einzusetzen sind, da die Patienten bspw. zu müde werden oder aber durch motorische Einschränkungen³ gar nicht in der Lage sind, den täglichen Weg zwischen zu Hause und der Tagesklinik zu bewältigen. Dieses Austesten des optimalen Niveaus der Medikation im Hinblick auf pharmakologische Wirkung einerseits und Akzeptanz durch die Patienten andererseits ist ein wichtiges (und oft zeitintensives) Tätigkeitsfeld der Tagesklinik.

In den Einzelgesprächen wie in den anderen Therapien wird versucht, die noch vorhandenen Fähigkeiten der Patienten jenseits der Krankheitssymptome zu erkennen und zu stärken. Die Patienten werden angeleitet und unterstützt, an den verschiedenen Programmelementen teilzunehmen, auch wenn sie sich vieles zu

3 Viele der Neuroleptika machen Nebenwirkungen in Form von Sitzunruhe, Steifigkeit, motorische Gebundenheit, Zittern, innere Unruhe sowie Sedierung.

Anfang gar nicht zutrauen. Dabei helfen sich die Patienten immer auch gegenseitig, die Schwachen werden von den Stärkeren »mitgenommen«. Selbst kleinste Erfolge werden von den behandelten Menschen als Fortschritt gewertet, der Hoffnung gibt. Auch in akuten Krankheitsphasen sind die Patienten in der Lage, an dem Programm teilzunehmen, wenn sie auch nur einfachste Verrichtungen leisten können, viele Pausen und starke Anleitung brauchen. Das Konzept der Tagesklinik orientiert sich an den Grundprinzipien psychosozialer Rehabilitation, die PFAMMATTER et al. (2000), wie folgt beschreiben: »Sie versucht, chronisch psychisch Kranke soweit als möglich selbst über sich bestimmen zu lassen (Prinzip der Selbstbestimmung). In ihrem Brennpunkt steht die ganze betroffene Person und nicht allein ihre Krankheit (Prinzip der Gesundheitsförderung). Sie richtet sich nach den lebenspraktischen, alltäglichen Bedürfnissen des Erkrankten (Prinzip der Bedürfnisorientierung). Ihre Maßnahmen finden in der Umgebung des Betroffenen statt und Hospitalisierungen werden, soweit möglich, vermieden (Prinzip der Nähe und Normalisierung der Betreuung).« (S. 62)

Insgesamt besteht ein sehr offenes Klima in der Tagesklinik. Alle Türen stehen in der Regel auf (die Ärztin oder Psychologin schließen ihre Türen nur, wenn sie telefonieren, diktieren oder Gespräche führen), jeder Patient hat immer sofort einen Ansprechpartner vom Personal. Viele Gespräche werden auch in den Gemeinschaftsräumen, auf dem Flur oder zwischen Tür und Angel geführt. In der Akutphase der Erkrankung sind viele Patienten gar nicht in der Lage, ein strukturiertes therapeutisches Einzelgespräch durchzuführen, deshalb hat diese offene Atmosphäre große Bedeutung für die Therapie.

Durch die Nähe und die Anbindung an ein Allgemeinkrankenhaus ist auch die somatische Abklärung und Behandlung immer regelhafter Bestandteil tagesklinischer Therapie. Untersuchungen konnten zeigen, »dass bei 40–80 % der ... im ambulanten wie im stationären Bereich untersuchten psychisch Kranken auch körperliche Leiden nachweisbar waren« (HEWER et al. 1992: 175). Ein großer Teil der somatischen Erkrankungen ist bei Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus nicht bekannt und wird dort erstmals festgestellt (vgl. ebenda). Angesichts dieser Größenordnung kommt der Diagnose und Behandlung auch der körperlichen Leiden in einer psychiatrischen Tagesklinik große Bedeutung zu. In der Umfrage von KALLERT et al. (2003) gehörten die körperliche und neurologische Untersuchung sowie Blutuntersuchungen zu den routinemäßig durchgeführten diagnostischen Maßnahmen in Tageskliniken. EEG, CT und alle anderen speziellen Untersuchungsverfahren der somatischen Fachgebiete dagegen gehörten nicht zum üblichen Programm. Das routinemäßige Untersuchungsprogramm der Offenbacher Tagesklinik hat folgende Bestandteile: Blut- und Urinuntersuchungen, körperliche und neurologische Untersuchung, EKG und EEG (CT oder MRT bei klinischer Indikation). Bei bedeutsamen körperlichen Erkrankungen werden die Ärzte der anderen Krankenhausabteilungen konsiliarisch hinzu gezogen.

5.2 Patienten 1992–2002: Soziodemographie und Diagnosen

Quantitative Datenbasis und Auswertungsmethoden

Grundlage der folgenden Analysen sind die als prozessproduzierte Daten erhobenen Informationen aus der Basisdokumentation der Offenbacher Tagesklinik. Die Angaben werden routinemäßig bei Entlassung eines Patienten vom behandelnden Arzt oder Psychologen in einen standardisierten Erfassungsbogen eingetragen. Dadurch, dass unterschiedliche Personen unter den Alltagsbedingungen des Klinikbetriebes die Eintragungen vornehmen, sind diese Rohdaten mit einer Reihe systematischer Fehler behaftet. Es war deshalb notwendig, die Rohdaten in einem aufwändigen Prüf- und Editierprozess für die wissenschaftliche Datenanalyse aufzubereiten.⁴

Im ersten Schritt wurden – Aufnahme für Aufnahme – die Rohdaten auf Plausibilität und Vollständigkeit überprüft. Jeder Patient erhielt eine Identifikationsnummer, so dass unterschiedliche Aufnahmen einer Person miteinander verknüpft werden können.⁵ Lücken und Unstimmigkeiten wurden nach eigenem Kenntnisstand korrigiert oder nach Einsicht in die Krankenakten ergänzt. Die so geprüften Daten wurden anschließend in eine SPSS-Systemdatei eingegeben. Die Fälle dieser Datei sind *Aufnahmen* in einer rein administrativen Definition. Ein Patient beispielsweise, der in einer Krisensituation für zwei Tage vollstationär untergebracht werden muss, wird formal aus der Tagesklinik entlassen, und nach diesen zwei Tagen wieder als Neuaufnahme mit einem zweiten Datenbogen erfasst. Ähnlich wird mit Patienten verfahren, die die Tagesklinik-Behandlung z. B. für eine Woche unterbrechen, um mit Angehörigen auf eine Reise zu gehen. Für die Zwecke einer korrekten Kostenabrechnung ist dieses Verfahren unerlässlich, für die Zwecke der wissenschaftlichen Analyse von Behandlungsvorgängen ist es dagegen grob verfälschend.

In einem zweiten Schritt wurde die Datei der *Aufnahmen* daher editiert und in eine Datei von *Behandlungsepisoden* überführt. Dazu war es nötig, alle Aufnahmen nach Personen zu sortieren, und dann für jede Person zu entscheiden, ob mehrere Aufnahmen zu derselben Behandlungsepisode gehören oder als ge-

4 Da die Autorin während des gesamten hier betrachteten Zeitraums 1992–2002 als Psychologin/Soziologin in der Tagesklinik beschäftigt und an der Behandlung (fast) aller Patienten beteiligt war, kannte sie zum einen alle Patienten persönlich und hatte zum anderen Zugang zu allen Krankenakten. Beides erwies sich als sehr hilfreich bei der Komplettierung und Überprüfung der Rohdaten. Datenerfassung, Korrekturen, Ergänzungen und die erforderliche Daten-Editierung hat die Autorin selbst durchgeführt. Die Aufbereitung der Daten erfolgte zeitnah zu den Behandlungsprozessen.

5 Allein wegen der unterschiedlichen Schreibweise des gleichen Namens in verschiedenen Rohdatensätzen ist diese Verschlüsselung ein mit viel Arbeitsaufwand verbundener Vorgang.

trennte Behandlungsepisoden anzusehen sind. Die Entscheidung wurde anhand des folgenden Kriteriums getroffen: Wenn zwischen Entlassung aus der Tagesklinik und Wiederaufnahme ein bis 14 Tage lagen, dann wurden beide (oder ggf. mehrere) Aufnahmen zu einer Behandlungsepisode verschmolzen. Die Gründe für solche kurzfristigen Unterbrechungen sind vielfältig, und sie sind allgemein weder als Indikatoren für einen positiven noch für einen negativen Behandlungsverlauf anzusehen.⁶ Diese Datenedition hatte zur Folge, dass aus den 1018 Aufnahmen 801 unterscheidbare Behandlungsepisoden wurden. Diese reduzierte Datei der Behandlungsepisoden ist die zentrale Basis der folgenden deskriptiv-statistischen Auswertungen. Bei der Interpretation (und dem Vergleich) von *Verweildauern* und ähnlichen Variablen ist daher zu beachten, dass es sich nicht um die – in vielen Fällen erheblich kürzeren – buchhaltungs-technischen Verweildauern der Kostenrechnung handelt. In einem dritten Schritt wurde die Datei der *Behandlungsepisoden* in eine *Personendatei* umgewandelt.⁷ Diese Datei enthält 529 Personen. Sie ist die zweite Basis für die folgenden statistischen Auswertungen und erlaubt Aussagen darüber, wie häufig und wie lange insgesamt einzelne Personen in der Tagesklinik behandelt wurden. Echte Verlaufsdaten enthält diese Datei allerdings nicht, da über die Zeiten zwischen den (ggf.) verschiedenen Aufenthalten in der Tagesklinik nichts bekannt ist.

Zur Neubildung und Transformation von Variablen sowie zur Berechnung der statistischen Kennziffern, Tabellen und der Analyse-Grafiken wurde das Programmpaket SPSS verwendet.⁸ Da es sich um eine Totalerhebung der Grundgesamtheit aller Behandlungsepisoden in der Offenbacher Tagesklinik in den Jahren 1992 bis 2002 handelt, stützt sich die Argumentation im Wesentlichen auf die in der deskriptiven und explorativen Statistik üblichen Kennziffern und Graphiken. Unterschiede zwischen Prozentsätzen oder in der mit Koeffizienten gemessenen Stärke von Zusammenhängen sind direkte Abbildungen der entsprechenden Verhältnisse in der Grundgesamtheit und können unmittelbar als theoretisch relevant oder sachlich unerheblich interpretiert werden. Die bei (Zufalls-)Stichprobenerhebungen üblichen inferenzstatistischen Absicherungen durch Konfidenzintervallberechnungen oder statistische Tests sind beim vorliegenden Datensatz unangebracht.

6 Beispiele sind: Kurzfristiges Wechseln in vollstationäre Behandlung, tageweises Ausprobieren eines selbstständigen Lebens ohne klinische Behandlung, vollstationäre Aufnahme wegen einer körperlichen Erkrankung, Urlaubsreisen mit der Familie, kurzfristige Abwesenheit wegen familiärer Verpflichtungen, usw.

7 Seit dem Erscheinen der Version 11 des Programmpakets SPSS in 2002 gibt es mit dem »Umstrukturierungs-Assistenten« eine einfach zu handhabende Software für diese Art der Datentransformation.

8 Präsentationsgraphiken wurden dagegen mit EXCEL erstellt.

Demographie und Erwerbsbeteiligung

Im gesamten Untersuchungszeitraum wurden mehr Männer als Frauen in der Tagesklinik behandelt (vgl. Tabelle 5.2-1). Dieser Überschuss männlicher Behandlungsfälle variiert dabei in den einzelnen Jahren relativ stark, ohne dass jedoch eine Tendenz erkennbar ist. Im Durchschnitt sind die behandelten Patienten 35,7 Jahre alt (arith. Mittel), fünfzig Prozent sind 34 Jahre und jünger (Median). Die Schwankungen des Durchschnittsalters sind nicht sehr stark, und eine Tendenz ist hier ebenfalls nicht erkennbar. Rund zwei Drittel der Patienten sind ledig, das restliche Drittel teilt sich zur Hälfte in die Verheirateten einerseits und die nach Scheidung, Trennung oder Tod des Partners/der Partnerin wieder allein Stehenden andererseits. Nur jeder fünfte Patient hat also zurzeit der Tagesklinik-Behandlung einen festen (Ehe-)Partner, dies ist ein deutlicher Indikator für den Schweregrad der Erkrankungen, denn die Schwierigkeit, einen Lebenspartner zu finden (oder zu behalten), kann als eine der gravierendsten negativen Auswirkungen schwerer psychischer Störungen angesehen werden. Allerdings leben nur ca. 40–50 % der Patienten allein; ein Viertel lebt mit anderen Verwandten (oft den Eltern) zusammen. Der Anteil aller drei Kategorien (allein Lebende, mit Partner Lebende und bei Verwandten Lebende) bleibt im Untersuchungszeitraum in etwa konstant. Leicht rückläufig ist der Anteil derjenigen, die mit Verwandten zusammenleben.

Der Anteil von Personen, die beschützt wohnen oder in Heimen leben (die also mit nicht verwandten Personen leben) geht in den letzten Jahren eindeutig zurück. Dafür gibt es zwei Gründe. Zum einen gab es Mitte der 90er-Jahre den Sondereffekt der Behandlung von Flüchtlingen, die häufiger in Heimen wohnen. Zum anderen sind viele Patienten, die beschützt in Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Infrastruktur leben, häufig so schwer chronisch erkrankt, dass sie nicht mehr »tagesklinikfähig« sind. Das heißt, das strukturierte Therapieprogramm wäre für sie eine Überforderung.

Der Anteil der Patienten ohne deutschen Pass liegt bei etwa 20 %, er entspricht damit in etwa dem Anteil in der Bevölkerung der Versorgungsregion, der in der Stadt Offenbach bei rd. 33 % im Landkreis Offenbach allerdings nur bei rd. 13 % liegt. Wie in der Gesamtbevölkerung steigt der Anteil in den 1990er-Jahren leicht an. Der hohe Wert von 25,5 % in den Jahren 1996/97 steht im Zusammenhang mit der Behandlung der Opfer von Krieg und Gewalt während der Auseinandersetzungen im ehemaligen Jugoslawien. Der damals in der Tagesklinik tätige Arzt hatte sich stark in der Betreuung und Behandlung traumatisierter Opfer engagiert.

Grunddaten zu Ausbildungsstand und Berufssituation sind in Tabelle 5.2-2 zusammen gestellt. Etwa 6 % der Patienten haben keinen Schulabschluss erworben. Knapp die Hälfte besitzt nur den Hauptschulabschluss. Ebenfalls knapp die Hälfte hat Mittlere Reife oder Abitur. In Übereinstimmung mit der allgemeinen

Tab. 5.2-1: Geschlecht, Alter, Familienstand und Wohnsituation der Patienten (1992–2002)

	Insgesamt	1992/93	1994/95	1996/97	1998/99	2000/01	2002
N	801	120	107	110	151	182	131
Geschlecht (in %)							
männlich	55,3	53,3	62,6	53,6	58,3	53,8	51,1
weiblich	44,7	46,7	37,4	46,4	41,7	46,2	48,9
Alter							
arith. Mittel	35,7	37,6	37,2	33,2	35,2	34,9	36,2
Median	34	35	34	31,5	33	33	35,8
Familienstand (in %)							
Ledig	63,7	65	58,9	66,4	63,6	62,6	65,6
verheiratet	18,6	16,7	20,6	16,4	16,6	19,2	22,1
geschied./verwitw.	17,7	18,3	20,6	17,3	19,9	18,1	12,9
Mit wem lebt der Patient zusammen? (in %)							
lebt allein	43,4	39,2	38,3	40	45	49,5	44,3
mit Partner(in)	24	21,7	23,4	20,9	24,5	23,1	29,8
mit Verwandten	28,1	30,8	32,7	27,3	27,2	27,5	24,4
mit Nicht-Verwandt.	4,5	8,3	5,6	11,8	3,3	0	1,5
Wohnsituation (in %)							
Heim/Beschützt	5,1	10,1	4,7	10	4,6	2,2	1,5
Privatwohnung	94,9	89,9	95,3	90	95,4	97,8	98,5
Nationalität (in %)							
deutscher Pass	80,4	86,7	82,2	74,5	80,1	79,7	79,4
anderer Pass	19,6	13,3	17,8	25,5	19,9	20,3	20,6

Anteilszunahme höherer Abschlüsse in der Gesellschaft ist dieser Anteil auch unter den Patienten der Tagesklinik im Untersuchungszeitraum leicht angestiegen. Der hohe Anteil von Personen, die nur den niedrigsten allgemeinbildenden Schulabschluss erreicht haben, bleibt aber der heraus ragende Sachverhalt. Unabhängig von den Auswirkungen der Erkrankung, gehört ein Großteil allein wegen des unterdurchschnittlichen Bildungsniveaus zu den Personen mit den schlechtesten Chancen im Erwerbsleben.

Die Daten zu Berufsbildung und zur Stellung im Erwerbsleben ergänzen dieses Bild. Etwa zwei von fünf Patienten haben keine Berufsausbildung abgeschlos-

Tab. 5.2-2: Ausbildung und Erwerbsbeteiligung der Patienten (1992–2002)

	Insgesamt	1992/93	1994/95	1996/97	1998/99	2000/01	2002
N	801	120	107	110	151	182	131
Allgemein bildender Schulabschluss (in %)							
ohne Abschluss	6,1	5,0	5,6	5,5	4,6	8,8	6,1
Hauptschule	46,1	53,3	51,4	55,5	44,4	38,5	39,7
Mittl. Reife/Abitur	47,8	41,7	43	39,1	51	52,7	54,2
Berufsbildung (in %)							
mit Abschluss	56,8	55,5	53,3	57,3	59,6	59,9	52,7
in Ausbildung	5,8	2,5	2,8	8,2	7,9	5,5	6,9
ohne Abschluss	37,5	42	43,9	34,5	32,5	34,6	40,5
Status im Erwerbsleben (in %)							
berufst./in Ausbildung	40,1	50,8	23,4	47,4	37,1	42,9	37,4
beschützt beschäftigt	4,2	5,8	4,7	6,4	4	3,3	2,3
in Rente	12,2	9,2	19,6	7,3	15,9	8,2	14,5
nicht erwerbstätig	43,4	34,2	52,3	39,1	43	45,6	45,8

sen. Etwa 6 % befinden sich während der Zeit ihrer Erkrankung in einer beruflichen Ausbildung oder in einem Studium. Nur etwas über die Hälfte der Patienten kann also eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen. Die Zahlenverhältnisse zwischen diesen drei Kategorien verändern sich im Zeitverlauf nicht gravierend. Auch diese Indikatoren zeigen, dass die Tagesklinik dauerhaft eine Population von schwer erkrankten Personen versorgt, die durch ihre Erkrankung zum großen Teil daran gehindert wurden, die elementaren Zugangsvoraussetzungen für eine erfolgreiche Beteiligung am Erwerbsleben zu erwerben.

Die Zahlen zur Erwerbsbeteiligung unterstreichen diesen Befund. Etwa 12 % der Patienten sind im Durchschnitt bereits in Rente. Meist handelt es sich dabei um eine Erwerbsunfähigkeitsrente, Altersrentner sind unter den Patienten eher die Ausnahme. Der Anteil dieser schwer chronifizierten Patienten schwankt zwischen rd. 7 und fast 20 %, allerdings ist auch hier keine systematische Zu- oder Abnahme zu beobachten. Das kann man für die – relativ kleine – Gruppe der beschützt Beschäftigten nicht sagen. Ihr Anteil lag in der ersten Phase des Untersuchungszeitraums bei etwa 5–6 %, in den letzten Jahren jedoch nur noch bei der Hälfte: 2–3 %. Der Hauptgrund für diese Abnahme ist, dass für diese ebenfalls zu den Schwerstkranken zählende Personengruppe die Indikation einer Tagesklinik-Behandlung heute seltener als früher befürwortet wird. Der Alltag dieser Personen

ist bereits dauerhaft durch die Institutionen des psychiatrischen Netzwerkes strukturiert, sodass zum einen wichtige Ziele einer Tagesklinik-Behandlung erfüllt sind, zum anderen sind Menschen, die sich in diesem Stadium der Erkrankung befinden, häufig auch nicht mehr in der Lage, das Programm in der Tagesklinik zu absolvieren. Bei schweren Krisen werden diese Personen meist vollstationär aufgenommen und nach der Akutbehandlung wieder in die WfbM entlassen.

Lange nicht alle Patienten, die eine Berufsausbildung haben, üben diesen oder einen anderen Beruf auch aus. Nur zwei von fünf Patienten sind erwerbstätig (oder noch in Ausbildung). Auch hier gibt es keine Hinweise auf eine Abnahme (wie man angesichts der Krise auf dem Arbeitsmarkt vielleicht erwarten könnte) oder Zunahme. Zwar war im Jahr 1992/1993 der Anteil der Erwerbstätigen mit über 50 % am höchsten, aber gleich in der folgenden Periode 1994/95 mit rd. 23 % dann am niedrigsten. Seither pendelt er um den Mittelwert von 40 %. Eine Erklärung für die großen Ausschläge in den Jahren 1992 bis 1995 kann nicht gegeben werden.

Rund 43 % aller Patienten sind nicht erwerbstätig, aber auch nicht in Rente oder geschützt beschäftigt. Nur ein kleiner Teil davon bezeichnet sich als »Hausfrau« oder hat in ähnlicher Funktion einen strukturierten Arbeitsalltag außerhalb der Erwerbsarbeit. Damit ergibt sich als zentraler soziodemographischer Befund, dass (rechnet man die Erwerbsunfähigkeits-Rentner dazu) sich die Mehrzahl der in der Tagesklinik behandelten Personen zwar im erwerbsfähigen Alter befindet, aber keiner regelmäßigen Beschäftigung im Erwerbssystem oder im Bereich der Haus- und Familienarbeit nachgeht bzw. nachgehen kann, weil die Schwere der psychischen Störungen es verhindert hat, dass in der formativen biografischen Phase Lebenspartnerschaften gegründet und den Lebensunterhalt sichernde Positionen auf dem Arbeitsmarkt erreicht werden konnten.

Diagnosespektrum

Wie vom Versorgungskonzept vorgesehen, liegt der Anteil der Patienten mit F0- und F1-Diagnosen zusammen nur bei etwa 3–4 %.⁹ Die Diagnosekategorien F5 und F7 sowie die kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen kommen in den

⁹ Aus Platzgründen werden im folgenden die Abkürzungen des ICD-10 Schlüssels für die Diagnosen verwendet. Es handelt sich um die Oberkategorien aus dem Abschnitt V. (Psychische und Verhaltensstörungen) mit folgender Bedeutung: F0: Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2: Schizophrenie, schizoaffektive und andere psychotische Störungen; F3: Affektive Störungen; F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F7: Intelligenzminderung; F8: Entwicklungsstörungen; F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Tagesklinik nicht vor. Dies liegt z. T. daran, dass Menschen mit diesen Diagnosen nicht aufgenommen wurden. Zum Teil wurden diese Diagnosen (beispielsweise F5) auch nur als Zweitdiagnosen vergeben, sie tauchen deshalb in den hier gezeigten Übersichten, die allein die Erstdiagnose berücksichtigen, nicht auf (vgl. Tabelle 5.2-3).¹⁰

Eine interessante Veränderung wird in den Daten zur Medikation sichtbar (vgl. Tabelle 5.2-3). Hier lassen sich deutlich zwei Perioden unterscheiden. Während bis etwa 1996/97 von zehn Patienten ein oder zwei *ohne* Medikamente behandelt wurden, ist seither eine Behandlung ohne Medikamente die große Ausnahme geworden. Nur einer von zwanzig Patienten erhält heutzutage keine Medikamente. Hier kann man vermuten, dass im Zuge der Markteinführung der atypischen Neuroleptika mit ihren geringeren Nebenwirkungen, die Ablehnung von Medikamenten bei den Patienten zurückgegangen ist.¹¹

Tab. 5.2-3: Diagnosen und Medikation der Patienten (1992–2002)

	Insgesamt	1992/93	1994/95	1996/97	1998/99	2000/01	2002
N	801	120	107	110	151	182	131
Diagnosen (in %)							
F0	2,5	4,2	1,9	0,9	3,3	2,7	1,5
F1	1,1	0,8	0,9	0	1,3	1,1	2,3
F2	66,2	60,8	68,2	73,6	65,6	66,5	63
F3	16,1	16,7	18,7	13,6	17,2	13,2	18,3
F4	5,4	9,2	5,6	6,4	4,6	4,4	3,1
F6	8,7	8,3	4,7	5,5	7,9	12,1	11,5
Medikation (in %)							
ja	91,8	82,5	86	90	98,7	94	95,4
nein	8,2	17,5	14	10	1,3	6	4,6

10 Bei allen weiteren Auswertungen wurden auch alle Patienten mit F0 und F1 Diagnosen nicht mehr berücksichtigt, da sie nicht zur regulären Klientel der Tagesklinik in Offenbach zählen.

11 Die Medikation hängt außerdem stark von der Diagnose ab. Von allen Patienten mit den Diagnosen F2 und F3 bekamen nur 4 % keine Medikamente. Dagegen wurden 23 % aller Patienten mit Diagnose F4 und sogar 27 % derjenigen mit Diagnose F6 *ohne* Medikamente behandelt.

Gleich bleibend über den gesamten Zeitraum sind an Schizophrenie erkrankte Menschen (F2) mit zwei Drittel aller Behandlungsepisoden die mit großem Abstand wichtigste Gruppe in der Tagesklinik. Daran wird deutlich, dass der selbst gestellte Versorgungsauftrag mit großer Konstanz erfüllt wird. Von Chronifizierung bedrohte oder schon dauerhaft erkrankte Menschen mit schizophrenen Störungen sind die Population, die auch unter den Bedingungen eines voll ausgebauten gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzwerkes auf die Behandlungsangebote der Tagesklinik angewiesen ist und sie auch nutzt. Eine ähnliche Konstanz lässt sich auch bei den anderen drei Diagnosegruppe beobachten. Allenfalls gibt es hier graduelle Veränderungen. Der Anteil der Patienten mit affektiven Störungen (F3) bleibt über die Jahre mit durchschnittlich 16 % die zweitwichtigste Gruppe. Neurotische Störungen (F4) wurden zu Beginn des Untersuchungszeitraums dagegen häufiger behandelt als in den letzten Jahren, in denen sie mit unter 5 % der Behandlungsepisoden eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Hier spiegelt sich wahrscheinlich auch der rapide Anstieg der Psychotherapeuten im Versorgungsgebiet wider. Zur drittgrößten Patientengruppe sind – mit etwa 12 % in den letzten Jahren – Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (F6) geworden.

Vergleicht man die Diagnosen-Verteilung der Offenbacher Tagesklinik mit der anderer Tageskliniken¹² wird erkennbar, dass es in Deutschland offenbar zurzeit eine große Bandbreite von Behandlungskonzepten gibt. Einerseits gibt es Tageskliniken mit sehr ähnlichen Anteilsverteilungen wie z. B. die Tagesklinik in Mannheim und die Tagesklinik atriumhaus in München.¹³ Andererseits gibt es Tageskliniken, in denen die Versorgung der an Schizophrenie Erkrankten nicht in gleicher Weise im Zentrum der Behandlungen steht. So wird aus der Tagesklinik in Hannover berichtet, dass 1972/73 zwar noch 53 % der Patienten Menschen mit psychotischen Störungen waren, dieser Anteil aber bis 1999/2000 auf 38,1 % gesunken sei (vgl. SEIDLER et al. 2001). Die Autoren geben dafür als Erklärung, dass in gut ausgebauten komplementären und ambulanten Versorgungssystemen die »traditionell« von Tageskliniken versorgte Patientengruppe anderweitig ver-

12 Zu dieser Frage wurde keine systematische Erhebung durchgeführt. Als Beispiele zum Vergleich werden hier nur die Tageskliniken in Hannover (vgl. SEIDLER et al. 2001), in München (Jahresbericht atriumhaus 2001), in Mannheim (Jahresbericht 2001) sowie die Daten von KALLERT et al. 2003 herangezogen.

13 Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnosen in ausgewählten Tageskliniken in Deutschland in %:

	<u>Mannheim 2000</u>	<u>Mannheim 2001</u>	<u>München 2001</u>	<u>Hannover 1999/2000</u>
F2	66,4	60,0	48,6	38,1
F3	12,0	16,0	21,7	16,7
F4	8,0	6,0	8,7	11,9
F6	8,0	10,0	15,2	20,2
sonstige	5,6	8,0	5,8	13,1

sorgt wird. Diese Hypothese kann anhand der Daten zur Offenbacher Tagesklinik eindeutig falsifiziert werden, denn auch zu Beginn des hier betrachteten Zeitraums war das gemeindepsychiatrische Netzwerk voll ausgebaut. Auch bei einem guten Entwicklungsniveau der psychiatrischen Versorgung in einer Gemeinde gibt es offensichtlich einen gleich bleibend großen Bestand an schwer psychotisch erkrankten Personen, die eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen müssen. Es wäre auch sehr verwunderlich, wenn die Abgänge eines Zeitraums nicht durch die Inzidenz-Fälle des entsprechenden Intervalls in etwa ausgeglichen würden. Wenn sich das Diagnose-Spektrum in einer Tagesklinik zuungunsten der »traditionellen« Klientel verändert, dürfte das eher auf veränderte Indikationsstellung und Prioritätensetzung der Tagesklinik zurückzuführen sein, als auf gewandelte Bedarfslagen in der versorgten Region. Dass es mittlerweile eine große Zahl von Tageskliniken in Deutschland gibt, in denen die Schizophrenie nicht mehr die dominierende Erkrankung ist, wird auch durch die Umfrage-Daten von KALLERT et al. (2003: 79) nahe gelegt. Den Schätzungen der Befragten zufolge ist die Schizophrenie (nur) noch von annähernd gleichem Gewicht wie die affektiven Störungen und die Neurosen.¹⁴ Im bundesdeutschen Spektrum dieser unterschiedlichen Behandlungsprioritäten gehört die Offenbacher Tagesklinik also zu denjenigen Einrichtungen, in denen nach wie vor die Schizophrenie-Behandlung im Zentrum steht.

Soziodemographie und Diagnosen

Die Diagnosegruppen haben ein unterschiedliches soziodemographisches Profil. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede bei der Altersverteilung (vgl. Abbildung 5.2-1). Personen mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) sind zu 43 % nicht älter als 28, nur 4 % sind älter als 48 Jahre. Eine ähnlich junge Klientel sind die Menschen mit Schizophrenien (F2), allerdings ist von ihnen auch jeder Vierte älter als 38 Jahre. Den Gegenpol bilden die Patienten mit affektiven Störungen (F3), häufig mit depressiven Störungen, sie sind zu 37 % älter als 48 Jahre, und nur 17 % von ihnen sind jünger als 29 Jahre. Die Gruppe mit neurotischen Störungen (F4) nimmt im Hinblick auf die Altersverteilung eine mittlere Position ein.

14 Genauer ist die entsprechende Tabelle bei KALLERT et al. (2003: 79) kaum wiederzugeben, da die prozentuale Aufgliederung sich für die Gesamt-BRD zu 125,3 % addiert (für die alten Bundesländer zu 127,5 %, für die neuen Bundesländer zu 119,2 %). Angaben zur Basis der Prozentuierung werden nicht gemacht. Die Tagesklinik-Umfrage von DIEBELS et al. (2004) zeigt ähnliche Ergebnisse: Psychotische Störungen 18 %, affektive Störungen 19 %, Ängste, Zwänge, Belastungsreaktionen, somatoforme Störungen 19 %, Persönlichkeitsstörungen 18 %.

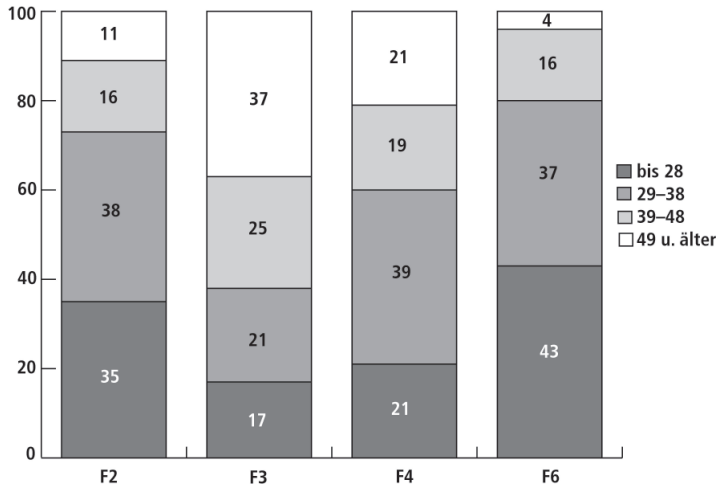


Abb. 5.2-1: Altersverteilung in Diagnosegruppen

Auch bei anderen soziodemographischen Variablen nehmen die Patienten mit Diagnose F6 eine gewisse Sonderstellung ein (vgl. Tabelle 5.2-4). Es ist die einzige Diagnosegruppe, in der die Frauen in der Überzahl sind (53 %). Da die Menschen an diesen Störungen schon in sehr jungen Jahren erkranken, sind 80 % von ihnen (noch) ledig und nur 30 % sind bei Aufnahme in die Tagesklinik erwerbstätig. Im Bildungsstand unterscheiden sie sich jedoch nicht wesentlich von den Patienten mit F2- und F3-Diagnosen.

Tab. 5.2-4: Soziodemographische Merkmale von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen (in %)

	F2	F3	F4	F6
N (= 100 %)	529	131	43	70
weiblich	43	49	47	53
ledig	69	41	47	80
kein deutscher Pass	24	12	14	9
Mittl.Reife/Abitur	50	45	37	51
Erwerbstätig	44	54	44	30

Beim Ausländeranteil gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Während von den Menschen mit schizophrenen Störungen jede(r) Vierte keinen deutschen Pass hat, ist der Anteil bei den anderen drei Diagnosegruppe nur etwa halb so hoch (9–14 %). Angesichts von über 30 % Ausländeranteil in

Offenbach bedeutet dies aber nicht, dass Schizophrenien, die in dieser Bevölkerungsgruppe auftreten, besonders häufig in der Tagesklinik behandelt werden, sondern umgekehrt: Von den Menschen ohne deutschen Pass nutzen nur verhältnismäßig wenige die Tagesklinik, wenn sie an Störungen vom Typ F3, F4 oder F6 leiden.

5.3 Zugangswege in die Tagesklinik 1992–2002

Als Schnittstelle zwischen dem ambulanten, stationären und komplementären Versorgungssystem einer Gemeinde ist die Tagesklinik stärker als andere Institutionen des Netzwerks auf gute Kooperationsbeziehungen angewiesen, zumal ihre Angebote durchaus in Konkurrenz zu den Angeboten der anderen Akteure stehen und die Entscheidungen der einweisenden Institutionen sich bisweilen an anderen Rationalitätskriterien orientieren als es aus Sicht der Tagesklinik angemessen wäre. Im folgenden Abschnitt sollen deshalb nicht nur die Zugangswege in die Tagesklinik beschrieben werden, sondern auch der dahinter stehende nicht immer unproblematische Abstimmungsprozess zwischen den Schnittstellen des gemeindepsychiatrischen Verbunds.

Ein in der Literatur über Tageskliniken häufig erwähntes Phänomen, die zum Teil beträchtliche Unterauslastung tagesklinischer Einrichtungen, lässt sich in Offenbach (im Untersuchungszeitraum) nicht beobachten. Stets liegt die Belegung bei etwa 100 % Auslastung, und Schwankungen um diese Marke betragen nur wenige Prozentpunkte. Insofern kann die Tagesklinik in rein formaler Betrachtung als gut etablierte und zu jedem Zeitpunkt voll ausgelastete Institution charakterisiert werden, die im Prinzip von den einweisenden Instanzen als eine Form der Regelbehandlung akzeptiert ist.

Aufnahmeverfahren und Kontraindikation

Die Aufnahme in die Tagesklinik erfolgt in der Regel erst nach einem so genannten Probetag. Da die Patienten meist aus einer Vorbehandlung kommen, werden sie von dort angemeldet, und es werden Vorabinformationen angefordert. Gelegentlich melden sich Patienten auch selbst an und bitten um einen Probetag mit Gespräch oder um einen »Besichtigungstermin«. Der Probetag beginnt mit einem Gespräch zwischen den Betroffenen, der Ärztin oder Psychologin sowie jeweils einem weiteren Teammitglied. Gemeinsam wird von den beteiligten Mitarbeitern über die Indikation einer Tagesklinik-Behandlung entschieden. Der Patient wird über die Besonderheiten dieser Behandlungsform aufgeklärt und

kann sich entscheiden, ob er einen Probetag in der Klinik verbringen möchte. Meist erhält er oder sie dann auch eine »Einführung« von einem bereits aufgenommenen Patienten. Die Räumlichkeiten werden vorgestellt und der Tagesablauf erläutert. Dann nimmt er oder sie einen Tag lang am gesamten Programm teil und kann sich am Ende entscheiden, ob diese Behandlungsform für sie oder ihn in Frage kommt.

Tagesklinische Behandlung ist immer eine freiwillige Behandlung, sie kann jederzeit vom Betroffenen abgebrochen werden. Jedoch kommt es in der Offenbacher Tagesklinik nur in wenigen Fällen zu Abbrüchen vonseiten der Patienten. Frühzeitige Entlassungen müssen meistens erfolgen, wenn die Patienten krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, die Tagesklinik täglich zu erreichen, oder wenn suizidale Krisen drohen, die eine vollstationäre Behandlung erforderlich machen. In Einzelfällen kommt es auch vor, dass eine Aufnahme von den Mitarbeitern abgelehnt wird, da keine Indikation für eine tagesklinische Behandlung vorliegt.

Die Offenbacher Tagesklinik nimmt alle psychisch kranken erwachsenen Menschen aus dem Versorgungsgebiet der Stadt und dem Kreis Offenbach auf, für die eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, eine vollstationäre Behandlung jedoch nicht (mehr) angezeigt ist. Voraussetzung für eine Aufnahme ist allerdings, dass die Patienten in der Lage sind, nachts und am Wochenende zu Hause zu sein. Der Weg in die Tagesklinik wird in der Regel von den Patienten selbstständig bewältigt. Falls dies krankheitsbedingt nicht möglich ist, werden Patienten von den Angehörigen begleitet oder in Ausnahmefällen von einem Taxi geholt und gebracht (was von den Krankenkassen zur Verhinderung einer vollstationären Behandlung bisher meist auch finanziert wurde). Kommt ein Patient morgens nicht in die Tagesklinik und ruft auch nicht an, fahren Mitarbeiter zur Wohnung des Patienten und holen ihn ggf. ab. Von der Behandlung ausgeschlossen sind im Prinzip Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung, weil die Kosten einer Behandlung in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik nicht von den Krankenkassen übernommen werden, sowie Menschen mit gerontopsychiatrischen Störungen. Diese Kriterien müssen jedoch manchmal flexibel gehandhabt werden, weil es im Bereich der Suchterkrankungen immer mehr Menschen mit Doppeldiagnosen gibt, z. B. Psychose oder Persönlichkeitsstörung in Kombination mit dem Missbrauch abhängig machender Substanzen. Auch über 65-jährige Menschen werden gelegentlich aufgenommen, wenn eine Behandlung sinnvoll erscheint. Nur ältere Menschen mit ausgeprägter Demenz und Orientierungsstörungen bleiben ausgeschlossen.

Behandlungen vor der Aufnahme in die Tagesklinik

Wie Tabelle 5.3-1 ausweist, stammen die Patienten der Tagesklinik zu 62,5 % aus der Stadt Offenbach und zu 37,5 % aus dem Kreisgebiet. Im Zeitverlauf hat es dabei keine gravierenden Verschiebungen der Anteile gegeben. Inwiefern der Anstieg der Patienten aus dem Kreisgebiet im Jahre 2002 in Zusammenhang steht mit dem Anstieg der Aufnahmezahlen in den letzten Jahren (vgl. dazu Kapitel 5.4), wird sich erst in Zukunft klären lassen.

Aus Tabelle 5.3-1 wird auch ersichtlich, dass – quer durch alle Diagnosegruppen – vorwiegend Patienten behandelt werden, die sich wegen ihrer Erkrankung schon mehrfach in Krankenhausbehandlung begeben mussten. Im Durchschnitt der Jahre waren 41 % schon mehr als fünfmal in einer Klinik. Rund 54 % hatten ein bis fünf vorhergehende Klinikaufenthalte. Nur für 5 % war die Tagesklinik der erste Kontakt mit der Krankenhaus-Psychiatrie. Veränderungen in der Zeit lassen sich nicht feststellen. An der hohen Zahl früherer Aufnahmen in psychiatrische Kliniken lässt sich damit ebenfalls ablesen, dass die Offenbacher Tagesklinik vor allem Menschen behandelt, deren Erkrankung chronisch geworden ist, und die insofern zum Kreis der am schwersten Betroffenen in der Versorgungsregion zählen.

Tab. 5.3-1: Vorbehandlung, frühere Aufnahmen und Wohnort der Patienten (1992–2002)

	Insgesamt	1992/93	1994/95	1996/97	1998/99	2000/01	2002
N	801	120	107	110	151	182	131
	Wohnort (in %)						
Stadt OF	62,5	60,8	61,7	60,9	67,5	65,4	56,5
Kreis OF/sonstige	37,5	39,2	38,3	39,1	32,5	34,6	43,5
	Zahl der früheren Aufnahmen in einer Psychiatrischen Klinik (in %)						
Keine	5,2	4,2	4,7	7,3	6	3,3	6,9
1 bis 5	53,7	60,8	49,5	52,7	51	48,4	61,8
mehr als 5	41,1	35	45,8	40	43	48,4	31,3
	Vorbehandelnde Institution (in %)						
Ambulanz/niederg. Arzt	43,6	43,3	57	35,5	38,4	37,9	53,4
Station Klinikum OF	46,4	50,8	32,7	50,9	50,3	47,8	43,5
and. Krankenhaus	10	5,8	10,3	13,6	11,3	14,3	3,1
	Kostenträger (in %)						
Sozialhilfe	4,7	3,3	6,5	6,4	3,3	2,7	7,6
Gesetzliche Kasse	87,6	95,8	79,4	91,8	86,1	86,8	86,3
Private KV	7,6	0,8	14	1,8	10,6	10,4	6,1

Die Kosten der Tagesklinik-Behandlung tragen zu 88 % die gesetzlichen Krankenkassen und zu etwa 8 % die Privatkassen. Bei etwa jedem zwanzigsten Behandlungsfall übernehmen die Sozialämter die Kosten. Diese Verteilung auf unterschiedliche Kostenträger schwankt zwar von Jahr zu Jahr stark, die Relationen haben sich aber nicht in eine bestimmte Richtung verändert.

Im Durchschnitt der Jahre kommen rund 44 % der Patienten aus der ambulanten Behandlung, d. h. sie wurden durch einen niedergelassenen Nervenarzt oder die Ambulanz der Offenbacher Klinik oder durch eine sonstige Arztpraxis in die Tagesklinik eingewiesen. 56 % kommen aus der stationären Versorgung meist (46 %) von den Stationen des Offenbacher Klinikums, zum geringeren Teil (10 %) aus anderen Krankenhäusern (vgl. Tabelle 5.3-1). Bei diesen anderen Krankenhäusern handelt es sich in vielen Fällen um das Fachkrankenhaus in Riedstadt. In den Jahren 1996 bis 2001 lag der Anteil der aus der Ambulanz kommenden Patienten mit 35 %–38 % unter dem Durchschnitt. Der Grund dafür war die hohe Belegung der Tagesklinik in dieser Zeit. Es musste eine Warteliste geführt werden, sodass kurzfristige Aufnahmen nur schwer möglich waren. Für Spontan-einweisungen durch Ärzte und andere Formen der Krisenintervention gab es nicht genügend Plätze. In 2002 lag der Anteil der aus der Ambulanz kommenden Patienten wieder deutlich höher. Zum einen weil die niedergelassenen Ärzte darüber informiert wurden, dass die früheren Engpässe bei den Aufnahmemöglichkeiten nicht mehr bestehen, zum anderen, weil das Fachkrankenhaus Riedstadt dazu übergegangen ist, nicht mehr direkt in die Tagesklinik einzuweisen, sondern die Patienten zunächst in die ambulante Versorgung zu entlassen. Jetzt gelangen sie erst über diesen Umweg in die Tagesklinik. Insofern ist auch Vorsicht geboten, anhand dieser Zahlen eine Schätzung vorzunehmen, wie häufig die Tagesklinik in der Funktion einer Anschlussbehandlung an einen stationären Aufenthalt tätig wird. Als grober Richtwert kann aber gelten, dass etwa die Hälfte aller Behandlungsperioden diesem Verlaufsmuster folgt.

Tabelle 5.3-2 zeigt, dass sich die aus dem ambulanten Bereich eingewiesenen Patienten im Hinblick auf die Diagnoseverteilung von den aus Krankenhäusern kommenden Patienten unterscheiden. Aus dem ambulanten Sektor werden etwas weniger Patienten mit der Diagnose Schizophrenie eingewiesen, dieser Anteil ist zudem in den letzten Jahren gesunken. Dafür ist der Anteil von Patienten mit affektiven Störungen angestiegen, während er bei den Überweisungen aus dem stationären Bereich gesunken ist. Aus beiden Versorgungssystemen werden in den letzten Jahren vermehrt Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen in die Tagesklinik überwiesen. Insgesamt unterscheidet sich das Diagnosespektrum aber nur graduell, sodass festzustellen ist, dass aus dem ambulanten und dem stationären Versorgungssystem in etwa die – im Hinblick auf Diagnosen – gleiche Art von Patienten kommt, und dass es dabei nur zu geringfügigen Anteilsverschiebungen im Untersuchungszeitraum gekommen ist.

Tab. 5.3-2: Diagnosen nach einweisender Institution 1992–1998 und 1999–2002 im Vergleich (in %)

	aus ambulanter Versorgung		aus Krankenhaus	
	1992–1998	1999–2002	1992–1998	1999–2002
F2	66,5	60	71,6	73,6
F3	15,3	20,6	19,4	12,4
F4	9,4	4,1	5,2	4
F6	8,8	15,3	3,9	10
N	170	170	232	201

Zwischen der Zahl der früheren Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und dem Zugangsweg (d. h. stationärer versus ambulanter Bereich) gibt es keinen nennenswerten Zusammenhang. Personen mit mehr als fünf stationären Aufenthalten in der Psychiatrie sind unter den aus der ambulanten Versorgung kommenden Patienten genauso häufig anzutreffen wie bei den von Krankenhäusern eingewiesenen (39 % bzw. 43 %). Bei diesen Menschen mit chronifizierter Erkrankung wird die Tagesklinik also gleichermaßen als Institution der Akutversorgung wie als Übergangseinrichtung nach stationärem Aufenthalt tätig. Gleich bleibend über die Jahre sind allerdings gut 10 % der aus dem ambulanten Bereich kommenden Patienten, Menschen, die bisher noch nie stationär in der Psychiatrie aufgenommen worden waren. Welche Funktion die Tagesklinik in diesen Fällen erfüllt, ist Gegenstand des folgenden Abschnitts.

Patienten ohne frühere Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik

Die 5 % aller Behandlungsfälle, die vor ihrem Aufenthalt in der Tagesklinik noch keinerlei Kontakt zu einem psychiatrischen Krankenhaus hatten, sind von besonderem Interesse, um einerseits die Vielfalt der Funktionen zu beschreiben, die eine Tagesklinik in einem ausgebauten gemeindepsychiatrischen Netzwerk erfüllt. Sie sind andererseits auch gut geeignet, um zu zeigen, wie schwierig es ist, solche Funktionen trennscharf zu unterscheiden, weil die Tagesklinik im Einzelfall in mehreren Funktionen gleichzeitig in Aktion tritt. Bei den 42 Behandlungsfällen dieses Typs handelt es sich um zwei Gruppen von Patienten. Die eine Gruppe wird von niedergelassenen Nervenärzten (oder auch von Hausärzten) eingewiesen mit der Bitte, eine vorläufige Diagnose auf dem Wege intensiverer Beobachtung endgültig abzuklären. Die andere Gruppe sind Menschen, bei denen in Zuständen, in denen sich die Krankheit verschlimmert, die normale ambulante

Behandlung durch Psychotherapeuten und niedergelassene Nervenärzte nicht mehr ausreicht, eine erstmalige Einweisung in vollstationäre Einrichtungen aber vermieden werden soll.

Ein Fallbeispiel aus der ersten Gruppe ist Herr H. A., er steht für die Patienten, in denen die ambulante Versorgung nicht ausreicht, um eine Diagnose hinreichend zu validieren, bei denen aber andererseits auch keine Notwendigkeit einer vollstationären Aufnahme besteht:

Der niedergelassene Nervenarzt, der Herrn H. A. behandelte, konnte das Störungsbild des Patienten nicht zuverlässig einschätzen. Er schwankte zwischen der Diagnose ›hebephrene Schizophrenie‹ und ›Persönlichkeitsstörung‹ und bat die Tagesklinik um Abklärung. Herr H. A. war bei Aufnahme 28 Jahre alt. Er ist Einzelkind und wohnt bei den Eltern. Nach dem Abitur studierte er mehr als 15 Semester Betriebswirtschaft, hatte alle Leistungsnachweise erworben und musste nur noch die Abschlussarbeit schreiben. Im Jahr 1998 stellten die Eltern fest, dass er gar nicht mehr studierte, sondern sich nur noch pro forma in der Universität aufhielt. Auf Druck der Eltern stellte er sich beim Arbeitsamt zwecks Berufsberatung vor. Hier wurde ihm dringend geraten, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben. Er sei unsicher gewesen, habe unkonkrete Antworten gegeben oder mit Allgemeinplätzen geantwortet. An die Vergangenheit erinnerte er sich nur bruchstückhaft, und er beklagt, den Studienstoff nicht behalten zu können. Eine Verbesserung seines Zustands konnte nicht erreicht werden. Zukunftsperspektiven für sein Leben ließen sich nicht entwickeln.

Als Herr H. A. in die Tagesklinik kam, zeigte sich ein ähnliches Bild. Er konnte sich nicht an seine Biografie erinnern, antwortete nur in unvollständigen Sätzen auf Fragen oder stellte Gegenfragen. Er war von Misstrauen geprägt und umständlich im Denken. Die Eltern berichteten, ihr Sohn sei schon seit Kindheit auffällig, habe nie mit anderen Kindern spielen wollen und sei sozial völlig isoliert. In Schule und Studium habe er vom Vater sehr viel Unterstützung gebraucht. Seine Kommilitonen hätten ihn abgelehnt, weil er skurril sei und ständig Fragen zu Selbstverständlichkeiten stellte. Die erste Behandlungsphase bestand zunächst darin, den Patienten in allen sozialen Situationen genau zu beobachten. Auffällig war sein Sozialverhalten. Er konnte sich nicht in Situationen oder in andere Menschen hineinversetzen, fragte immer alles nach, akzeptierte keine Grenzen. Wenn man versuchte, ihn einzugrenzen, wurde er laut und aggressiv, kratzte sich blutende Wunden im Gesicht und brauchte lange Gespräche, um dann wieder ruhig zu werden. Seine Behandlerin akzeptierte er wie eine Auskunftsstelle. Was sie sagte, machte er schließlich, auch wenn er es nicht einsah. Nach einem psychologischen Test, bei dem ein normales Intelligenzniveau, aber erhebliche Störungen in Sozialverhalten und Empathie festgestellt wurden, vermutete man eine Störung im Bereich Autismus. Nach langen Recherchen und Gesprächen mit Autismus-Experten erhärtete sich die Diagnose des Asperger-Syndroms, einer seltenen Störung, die sich bereits im frühen Kindesalter entwickelt, und die mit Auffälligkeiten in den Bereichen Sprache, Kontaktfähigkeit und Gewohnheiten einhergeht. Diese Menschen sind

sonderbar auffällig und können in psychoseartige Zustände geraten, wenn sie aufgrund unüberwindbarer äußerer Anforderungen unsicher, verwirrt, ratlos, übermäßig angespannt und chaotisch werden. Diese »Chaos-Zustände« vergehen erst wieder, wenn sich sichere Routinen im Alltag wieder eingestellt haben.

Herr H. A. hat in der Tagesklinik gelernt, seine Unfähigkeit, sich in soziale Situationen ein zu denken, zu überwinden, konnte Reaktionen von anderen besser antizipieren und verstehen, und konnte sich mit seiner Neugier zurückhalten. Er akzeptiert jetzt besser Zurückweisungen und Einschränkungen durch andere, ohne aggressiv zu werden. Neue Situationen müssen jedoch immer gut vorbereitet werden, da er in Chaos zu geraten droht.

Nach einigen Monaten konnte eine Zukunftsperspektive für den Patienten entwickelt werden. Herr H. A. stellte einen Reha-Antrag beim Arbeitsamt, um eine Berufsfindungsmaßnahme in einem Berufsbildungswerk absolvieren zu können. Die lange Aufenthaltsdauer musste immer wieder durch Berichte an die Krankenkasse gerechtfertigt werden. Nach sechs Monaten wurde die Behandlung jedoch vonseiten des MDK nach einer Prüfung vor Ort beendet, obwohl auch der prüfenden Ärztin klar war, dass die errungenen Fortschritte der Behandlung sehr schnell wieder verloren gehen würden, wenn der Patient sich zu Hause wieder völlig zurückzieht. Aber da die Behandlung von einer Diagnoseabklärung und akuten Krisenintervention in eine rehabilitative Maßnahme übergegangen sei, wären nun andere Kostenträger zuständig. Herr H. A. besuchte daraufhin weiterhin als »Gast« die Tagesklinik und nahm am Behandlungsprogramm teil. In Rahmen der Ermächtigungsambulanz des Chefarztes wurde lediglich eine ambulante Behandlung pro Woche abgerechnet, bis nach weiteren vier Monaten dann die Berufsfindungsmaßnahme begann.

Das Fallbeispiel von Herrn H. A. illustriert, in welcher Weise sich selbst in den Fällen, in denen zum ersten Mal eine psychiatrische Behandlung in einer Klinik nötig wird, die Funktionen der Ergänzung ambulanter Behandlung, der Akutbehandlung und der rehabilitativen Behandlung verschränken, und das Fallbeispiel zeigt überdies, wie leicht die finanziellen und terminlichen Vorgaben der Kostenträger und Anschlussbehandlungseinrichtungen kollidieren und den Behandlungserfolg einer Tagesklinik gefährden können.

Das folgende Beispiel illustriert, wie innerhalb einer einzigen Behandlungsepisode die volle Sequenz von erstmaliger Aufnahme in eine psychiatrische Klinik bis hin zur Eingliederung in eine Einrichtung für behinderte Menschen mit den Mitteln tagesklinischer Behandlung organisiert werden kann, wenn es gelingt, die unterschiedlichen Beteiligten gut zu koordinieren:

Herr B. Y. wurde ohne vorherige Behandlung von seinem Hausarzt mit der Diagnose »schwere psychische Erkrankung« in die Tagesklinik überwiesen. Bei der Aufnahme war er 24 Jahre alt. Herr B. Y. wurde in der Türkei geboren und kam mit neun Jahren nach Deutschland. Er besuchte in der Türkei und in Deutschland verschiedene Schulen, zuletzt eine Sonderschule. Über das Berufsvorbereitungsjahr erreichte er einen

Hauptschulabschluss. Sein Ziel war es, in der chemischen Industrie eine Ausbildung zu beginnen. In einer arbeitsamtspsychologischen Untersuchung wurde er jedoch für nicht ausbildungsfähig befunden, sodass er in der Folgezeit nur verschiedene Anlern-tätigkeiten ausführte.

Nach Schilderung seiner Familie sei Herr B. Y. schon immer anders gewesen als andere Kinder: schreckhaft, ängstlich, zurückgezogen, umständlich, lernbehindert. Er sei viel gehänselt worden. In den letzten Jahren sei er immer skurriler geworden, er habe nur noch auf türkisch vor sich hin gezählt, habe zwanghaft seine Taschen durchsucht, sich immer mehr zurückgezogen, kaum noch gesprochen und schließlich auch nicht mehr gearbeitet.

In der ersten Phase der Behandlung suchten Mitarbeiter der Tagesklinik die Familie auf und führten Gespräche zur Aufklärung der biografischen und verhaltensmäßigen Vorgeschichte. In der Tagesklinik wurde er von verschiedenen Berufsgruppen intensiv beobachtet, und seine Leistungsfähigkeit wurde eingeschätzt. In Einzelgesprächen war er sehr verschlossen und zurückhaltend. Organische Gründe für sein Verhalten konnten ausgeschlossen werden. Eine testpsychologische Untersuchung ergab eine deutliche Minderbegabung. Die Verhaltensbeobachtungen wiesen auf eine Zwangsstörung hin, die Stimmungslage war depressiv. Im Verlauf der Behandlung, die auch eine medikamentöse Therapie einschloss, wurde Herr B. Y. aufgeschlossener, redete mehr, und freute sich, in der Ergotherapie einfache Industriearbeiten zu verrichten. Daraufhin besprachen die Therapeuten mit ihm und der Familie, ihn in der Werkstatt für behinderte Menschen anzumelden, womit alle Beteiligten einverstanden waren. Nach vier-einhalb Monaten Behandlung konnte er übergangslos in die Werkstatt wechseln. In der Beteiligungsambulanz der Klinik wird er weiterhin psychiatrisch behandelt. Nach ausführlichen Berichten und Kontrollen hat die Krankenkasse alle Behandlungskosten übernommen.

Das dritte Fallbeispiel einer Aufnahme ohne jegliche Vorbehandlung in einer psychiatrischen Klinik soll zeigen, welchen Beitrag Tageskliniken leisten können, wenn eine stationäre Aufnahme nicht indiziert ist, aber eine rein ambulante Behandlung nicht ausreicht, um eine akute psychische Krise zu meistern. Es zeigt zudem, wie allein durch die Dichte der Behandlungen und durch die Intensität des therapeutischen Milieus in manchen Fällen das Maß an Vertrauen aufgebaut werden kann, das erforderlich ist, um zu den Ursachen einer schweren psychischen Störung zu gelangen.

Bei Aufnahme in die Tagesklinik war Herr D. D. 60 Jahre alt, verheiratet und arbeitslos. Die Familie stammt aus Griechenland, und dort hatte der Patient auch über lange Jahre sein in Deutschland verdientes Geld angespart. Davon wollte er jetzt in Deutschland ein Reihenhaus kaufen. Der Kaufvertrag war schon unterschrieben. Als es darum ging, das Geld aus dem Ausland nach Deutschland zu transferieren, bekam Herr D. D. Bedenken, dass das deutsche Finanzamt ihm nachträglich Steuern abziehen könnte und er sich sogar strafbar gemacht haben könnte, da er das Vermögen im Ausland

hier nicht deklariert hatte. Darüber wurde er völlig verzweifelt, umtriebig, durcheinander, er wollte das Haus wieder verkaufen, obwohl schon eine große Summe angezahlt war, und er stritt sich mit seiner Familie, die seine Ängste als krankhaft interpretierten und ihn zum Nervenarzt schickten. Über die Details der Finanzbiografie der Familie wurde der Arzt nicht informiert. Im Rahmen des Praxisbetriebs gab es keine Möglichkeiten zu ausführlichen familientherapeutischen Explorationen. Herr D.D. wurde von dem niedergelassenen Nervenarzt schließlich mit der Diagnose »wahnhafte Depression« eingewiesen, nachdem in der ambulanten Behandlung keine Verbesserung des Zustands erreicht werden konnte.

Bei Aufnahme in die Tagesklinik zeigte sich ein völlig verzweifelter Patient, der nachts nicht mehr schlafen konnte, angezogen im Wohnzimmer sitzen blieb und darüber nachgrübelte, dass sein ganzes Leben sinnlos gewesen sei. Sein Traum von einem Eigenheim, auf das er jahrzehntelang gespart hatte, drohte zu einem Alptraum mit Gefängnisstrafe und Armut zu werden. Er schämte sich sehr, in die Tagesklinik kommen zu müssen, da er sich nicht für psychisch krank hielt, und noch niemals zuvor Kontakte zur Psychiatrie gehabt hatte. Nachdem ihm zugesichert wurde, ihm bei der Klärung der Angelegenheit zu helfen, wurde er wesentlich zugänglicher und hoffte, endlich jemanden gefunden zu haben, der seine Befürchtungen ernst nimmt. In langen Gesprächen mit der Ehefrau und weiteren Verwandten wurde ihnen geraten, einen Steuerberater aufzusuchen. Dazu sahen sie jedoch keinerlei Anlass, weil sie sich nicht vorstellen konnten, dass es in Deutschland Gesetze geben könnte, die einen Grund für die depressive Verzweiflung von Herrn D.D. abgeben könnten. Sie waren vom Krankheitsgehalt der Befürchtungen des Patienten überzeugt.

Herr D.D. war schließlich bereit, Schlafmedikamente und tagsüber Beruhigungsmittel zu nehmen, um die Situation zu entschärfen. Nachdem die Therapeuten sich mit einem Steuerberater über die Angelegenheiten beraten hatten, der die Befürchtungen des Herrn D. bestätigte, konnte die Familie davon überzeugt werden, dass sie gemeinsam einen Rechtsanwalt für Steuerrecht aufsuchen müssen. Nach diesem Termin war Herr D.D. wesentlich ruhiger, da ein Weg gefunden wurde, das Geld legal, ohne allzu große Verluste nach Deutschland zu transferieren. Er konnte schließlich in deutlich stabilisiertem psychischen Zustandsbild nach zehn Tagen in ambulante Weiterbehandlung entlassen werden.

Aufnahmen aus den psychiatrischen Stationen des Klinikums

Der größte Teil der Tagesklinik-Patienten kommt im Anschluss an einen vollstationären Aufenthalt von den Stationen der psychiatrischen Klinik in Offenbach. Dieser Zugangsweg entspricht am ehesten dem klassischen Bild von der Tagesklinik als Übergangseinrichtung und kann als typische Sequenz einer Regelbehandlung angesehen werden. Allein aus dem Zahlenverhältnis von 80 statio-

nären zu 18 teilstationären Plätzen wird aber klar, dass aus Sicht der behandelnden Ärzte auf den Stationen nur für einen kleinen Teil der Patienten eine Tagesklinik-Nachbehandlung in Erwägung gezogen werden kann. Dabei muss entschieden werden, wie viele Patienten der Station in die Tagesklinik überwiesen werden sollen, und zu welchem Zeitpunkt im Verlauf einer Behandlung eine solche Überweisung indiziert ist. Meist läuft dieser Entscheidungsprozess routinemäßig und in vollem Einvernehmen beider Seiten ab, aber in vielen anderen Fällen gibt es auch Kooperationsprobleme. Diese Probleme entsprechen auch in Offenbach voll dem Muster, das aus der »Underutilization-These« der Tagesklinik-Literatur bekannt ist: Von den Ärzten der Stationen wird die Tagesklinik zu selten und dann häufig zu spät als Behandlungsoption angesehen.

Da die Institution Tagesklinik generell von der Zielsetzung bestimmt ist, stationäre Behandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen, steht sie in einer Dauerkonkurrenz zu den Stationen – und sitzt dabei strukturell am kürzeren Hebel. Denn es gilt nach wie vor die Feststellung von BOSCH & STEINHART (1983: 35). »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 Administration, auch gefüllt, wenn die in ihnen liegenden Patienten nicht in sie gehören. Bettenabbau aber – hier deckt sich die Sicht von Chefärzten und Verwaltung – bedeutet Prestige- und Machtverlust.« Das Auslastungsproblem der Tagesklinik hatte sich in Offenbach lange Zeit nicht gestellt, es musste sogar eine Warteliste geführt werden, da für angemeldete Patienten aktuell kein Platz zur Verfügung stand. Im Verlauf der letzten Jahren hat sich (wegen des in Kapitel 5.4 beschriebenen Rückgangs der Verweildauern) die Situation aber gewandelt. Die Tagesklinik ist jetzt jederzeit aufnahmebereit, und sobald die Situation einer Unterauslastung droht, wird aktiv auf den Stationen dafür geworben, Patienten an die Tagesklinik »abzugeben«. Dies führt dann zu Diskussionen auf der morgendlich stattfindenden Konferenz der Ärzte und Psychologen, welche Patienten für einen solchen Wechsel geeignet sind. Die in der Literatur häufig erwähnten Vorbehalte der Ärzteschaft gegenüber der Tagesklinik werden dort in schöner Regelmäßigkeit in zwei Standardargumenten virulent: Entweder wird der Patient noch für »zu krank« gehalten, um in die Tagesklinik wechseln zu können, oder er sei schon »zu gesund« und könne gleich nach Hause entlassen werden. Zu krank für die Tagesklinik heißt in der Regel, dass noch eine psychotische Symptomatik besteht, oder dass die Medikamentendosis noch zu hoch für das Übernachten zu Hause ist. Bis heute sind viele Ärzte der Ansicht, bei einer Psychose sei allein die Station zuständig für die Behandlung der Akutphase, während die Tagesklinik der Ort der Nachbehandlung, Erholung und Rehabilitation sei. Es herrscht häufig die Meinung vor, tagesklinische Behandlung mit einem Programm von acht Stunden am Tag sei zu anspruchsvoll und anstrengend für die betref-

fenden Patienten. Dies führt dann dazu, dass Patienten aus der Sicht der Tagesklinik viel zu spät überwiesen werden, zu einem Zeitpunkt, zu dem keine Notwendigkeit einer so intensiven Behandlung mehr besteht. Diese Konstellation führt dann oft zu sehr kurzen Behandlungsdauern in der Tagesklinik. Die Fälle von Frau S.R. und Herrn J.N. illustrieren diesen Sachverhalt.

Frau S.R. wurde in die Tagesklinik aufgenommen, weil die Mitarbeiter der Station entschieden hatten, eine weitere rehabilitative Behandlung in der Tagesklinik sei sinnvoll. Zuvor hatte sich auf Station die psychische Symptomatik während eines mehrmonatigen Aufenthaltes vollständig gebessert. Frau S.R. war bei Aufnahme 34 Jahre alt. Sie leidet an einer schizophrenen Psychose. Ihre Berufsausbildung hat sie mit einem Hochschulabschluss beendet, war dann aber krankheitsbedingt zunächst unterhalb ihres Ausbildungsniveaus und später zwei Jahre vor dem stationären Aufenthalt gar nicht mehr erwerbstätig. Bei Aufnahme in die Tagesklinik bestand keinerlei psychotische Symptomatik mehr, die Patientin war affektiv ausgeglichen und schwingungsfähig, konnte allein in ihrer Wohnung sein, und wusste nur nicht, welche Arbeit sie sich langfristig zutrauen könnte. Da ihr das Programm der Tagesklinik in dieser Situation überhaupt nicht schwer fiel, sondern sie eher langweilte, ließ sie sich bereits nach wenigen Tagen entlassen, um an den Wohnort ihrer Eltern zu fahren und sich dort zu erholen.

Herr J.N. kam nach einem mehrmonatigem stationären Aufenthalt zur Aufnahme in die Tagesklinik. Er war 40 Jahre alt und litt an einer schizophrenen Psychose mit einer deutlichen Antriebsminderung. Nachdem auf der Station die psychotische Symptomatik erfolgreich behandelt worden war, die sozialen Belange geregelt worden waren und eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde, kam er in die Tagesklinik, um die weitere berufliche Perspektive zu planen. Herr J.N. lebte in einem Hotel, hatte kaum soziale Kontakte und war sehr in sich gekehrt. Er selbst hatte die Vorstellung, sich einen Job als Verkäufer zu suchen. Angebote, die Tagesstätte oder die WfbM zu besuchen, lehnte er entschieden ab. In die Tagesklinik fügte er sich schnell ein und hatte keine Schwierigkeiten, an dem Programm teilzunehmen. Die Psychose war vollständig remittiert. Nachdem klar war, dass keine beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen zu planen waren, diskutierten die Mitarbeiter der Tagesklinik mit dem Patienten nach einer zweiwöchigen Behandlungszeit die Entlassung. Der Patient war damit auch einverstanden. Daraufhin schritt die Betreuerin jedoch entschieden ein und verlangte eine langfristige Behandlung. Ihrer Ansicht nach wäre Herr J.N. allein und ohne Tagesstruktur nicht in der Lage, in dem Hotel zu leben. Nach intensiven Auseinandersetzungen und Erklärungen, dass die Tagesklinik keine Einrichtung zur bloßen Tagesstrukturierung sei, konnte Herr J.N. nach insgesamt vier Wochen in ambulante nervenärztliche Behandlung entlassen werden.

Für die Kooperationsbeziehungen zwischen Tagesklinik und Stationen sind Behandlungsverläufe dieser Art wenig förderlich, denn die Mitarbeiter, die die Überweisung veranlasst hatten, fühlen sich bisweilen einer Fehlentscheidung überführt. Das Gleiche gilt, wenn die Tagesklinik schon vorab eine Übernahme

dieser »zu gesunden« Patienten ablehnt. Um klimatische Störungen dieses Typs möglichst gering zu halten, kommt es so immer wieder zu tagesklinischen Behandlungen, die eigentlich nicht mehr nötig sind, die aber zu einem früheren Zeitpunkt sehr sinnvoll gewesen wären.

Die Darstellung der strukturellen Kooperationsprobleme einer Tagesklinik mit dem zugehörigen stationären Bereich darf natürlich nicht vergessen machen, dass in der Mehrzahl der Behandlungsfälle der Austausch reibungslos funktioniert. Außerdem bietet die enge Zusammenarbeit der Tagesklinik mit den Stationen unter einem organisatorischen Dach und in enger räumlicher Nähe Optionen für ein besonders flexibles Zusammenspiel beider Behandlungsmodalitäten: Je nach den aktuellen Bedürfnissen des Patienten kann in Krisensituationen das Therapie-Angebot der Tagesklinik mit dem Betten-Angebot der Stationen verkoppelt werden. Ein Beispiel für einen solche Behandlung ist Frau R.H.:

Frau R.H. leidet an einer schizoaffektiven Psychose und wurde wegen einer manischen Episode mehrere Monate lang vollstationär behandelt. Da das weitere Ziel eine Behandlung in der Tagesklinik war, wurde die Patientin schrittweise in die neue Behandlungsform eingeführt. Die Patientin war auf der Station nur schwer einzugrenzen und sehr umtriebig, deshalb empfahl man ihr, das klar strukturierte Tagesklinik-Programm zu absolvieren. Nachts konnte sie jedoch weiter auf der Station schlafen. Durch die engmaschige Betreuung und das stark strukturierte Programm kam es zu einer schnellen Remission der manischen Symptomatik, sodass die Patientin bald regulär in die Tagesklinik aufgenommen und Zuhause schlafen konnte.

Nach einer mehrwöchigen Behandlungszeit schlug die Symptomatik jedoch sehr rasch um in einer schwere depressive Phase mit Suizidalität, sodass die Übernachtung zu Hause nicht mehr möglich war. Allerdings konnte die Patientin weiterhin, engmaschig überwacht, tagsüber das Programm der Tagesklinik erfüllen, da eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Personal der Tagesklinik bestand. Die Nächte verbrachte Frau R.H. dann wieder auf einer Station. Die Kooperation und der Austausch zwischen Station und Tagesklinik erfolgte regelmäßig und problemlos.

Auch wenn stationäre und teilstationäre Versorgung bislang nur in Ausnahmefällen so unkonventionell verzahnt werden, ist diese Option ein gewichtiges Argument für die enge räumliche Nachbarschaft beider Behandlungsformen. Eine systematischere Nutzung dieser Hybridbehandlung stößt gegenwärtig zwar noch auf vielfältige Hindernisse (Kostenabrechnung, Gewohnheitsdenken der Mitarbeiter, usw.), wäre aber ein gangbarer Weg, Tagesklinien stärker als bisher in die Akutbehandlung von Patienten mit schweren psychischen Störungen einzu beziehen. Das Fallbeispiel illustriert außerdem, wie eng innerhalb einer Behandlungsepisode die tagesklinischen Funktionen der Nachsorge und der Akutbehandlung beieinander liegen können.

Probleme des Informationsaustauschs

Die Weitergabe von Informationen über die Patienten ist ein weiterer Bereich, in dem die Qualität der Abläufe im klinischen Alltag deutlich gesteigert werden könnte. Wenn Patienten aus den Stationen des Klinikums oder aus dem Fachkrankenhaus übernommen werden, sollte eigentlich ein Verlegungsbericht vorliegen, aus dem die Vorgeschichte und die aktuelle Situation des Patienten hervorgeht. Ein solcher Bericht liegt in der Praxis aber nur in den seltensten Fällen zum Zeitpunkt der Aufnahme vor. In der Regel kommt der Patient lediglich mit einem handschriftlichen Brief, in dem nur Diagnose und aktuelle Medikation mitgeteilt werden. Der endgültige Entlassungsbericht folgt meistens erst Wochen bis Monate später, häufig erst dann, wenn der Patient schon aus der Behandlung der Tagesklinik entlassen wurde. Da dieses Problem praktisch mit allen vorbehandelnden Krankenhäusern besteht, kann vermutet werden, dass es nicht nur in Offenbach, sondern generell ein Schwachpunkt in den Kooperationsbeziehungen von Tageskliniken ist.

Unter diesen Rahmenbedingungen ist die enge Anbindung an den stationären Bereich unter demselben organisatorischen Dach dann ein erheblicher Vorteil. Es entsteht zwar Doppelarbeit, aber die Brüche im Informationsfluss gehen nicht zu Lasten des Patienten. Denn die vorbehandelnden Ärzte können leicht persönlich befragt werden, und die Krankenakte kann ohne datenschutzrechtliche Probleme eingesehen werden. In der Offenbacher Tagesklinik wurde an dieser Schnittstelle zu den Stationen ein formalisiertes Übergabeverfahren eingeführt. Es wurde zur Bedingung gemacht, dass ein Arzt/eine Ärztin – möglichst gemeinsam mit jemandem vom Pflegepersonal – den neuen Patienten auf einer Sitzung des Tagesklinik-Teams vorstellt und Auskünfte zu Einzelfragen der Behandlung erteilt. Die Angaben zur Vorgeschichte, zur Behandlung und zur aktuellen Situation werden in einem Protokoll festgehalten. Dieses Verfahren gewährleistet eine optimale Verzahnung der Therapien in beiden Behandlungsmodalitäten. Es ist allerdings im klinischen Alltag ein weiterer Grund für gelegentliche Spannungen zwischen Tagesklinik und den Stationen, da die Berichterstatter sich häufig »vorgeführt« und »ausgefragt« vorkommen, und die Tagesklinik als Kontrollinstanz empfinden.

Im Zusammenspiel mit den entfernten Fachkrankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten ist eine solche Feinabstimmung des Informationsstandes nur in Ausnahmefällen möglich. Meist ist nur ein kurzes Telefongespräch mit dem behandelnden Arzt möglich, oft nicht einmal das. Besonders schwierig ist der Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten, die wenig Erfahrung mit Tageskliniken haben. Hier blocken zum Teil schon die Sekretariate Nachfragen zu den Patienten ab, oft mit dem Hinweis auf den Datenschutz. Besser ist der Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten, die zuvor in der Offenbacher Klinik gearbeitet hatten,

und die die Mitarbeiter der Tagesklinik persönlich kennen. In all den Fällen, in denen ein Informationsaustausch mit den einweisenden Institutionen nicht möglich ist, beginnt die Tagesklinik-Behandlung mit der ausführlichen Informationserhebung bei den Patienten und bei ihren Angehörigen. Häufig sind die medikamentösen Vorbehandlungen aber nicht genau bekannt, sodass im schlimmsten Fall in der Tagesklinik wieder Medikamente eingesetzt werden, die in der Vergangenheit ihre Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit bereits gezeigt hatten.

Aufnahmen aus dem ambulanten Bereich

Wie Tabelle 5.3-1 zeigt, kommen im Schnitt über 40 % der Patienten mit einer Einweisung eines niedergelassenen Arztes zur Aufnahme in die Tagesklinik. Die Funktion der tagesklinischen Behandlung besteht dann entweder in der Intensivierung ambulanter Behandlung, Krisenintervention und Alternative zur vollstationären Behandlung oder – bei weniger akuten Krankheitsphasen – in der Aktivierung und Abklärung der Belastungsfähigkeit sowie der Rehabilitationsmöglichkeiten.

Es lassen sich zwei Typen von Patienten unterscheiden. Zum einen sind es die Personen, die die Behandlungsmöglichkeiten der Tagesklinik nicht kennen, deren Arzt aber eine solche Therapie für indiziert hält und der die Patienten schickt. Zum anderen sind es Patienten, die bereits Vorerfahrungen mit den Behandlungsmöglichkeiten im Klinikum Offenbach haben oder dort sogar schon in tagesklinischer Behandlung waren, und die von sich aus eine solche Behandlung wünschen, wenn sie feststellen, dass ein neuerlicher Ausbruch der Krankheit oder eine gravierende Verschlechterung ihres Zustandes drohen. Sie suchen einen Arzt dann nur auf, um sich eine Einweisung geben zu lassen, oder sie werden von der Ermächtigungsambulanz in die Tagesklinik eingewiesen. Da die Offenbacher Tagesklinik schon seit über 20 Jahren existiert, kennen die meisten chronisch kranken Menschen in der versorgten Region diese Therapieform.

Frau F.F. und Herr G.H. sind Fallbeispiele für die erste Gruppe von Patienten, sie kamen auf Anraten ihres Nervenarztes in die Tagesklinik, um eine aktuelle Krise zu bewältigen.

Frau F.F. kam von einem niedergelassenen Nervenarzt mit der Diagnose einer schweren depressiven Störung in Verbindung mit somatischen Symptomen erstmals in tagesklinische Behandlung, nachdem die ambulante Behandlung nicht mehr ausreichte. Frau F.F. war zum Aufnahmezeitpunkt 52 Jahre alt und lebte mit ihrem verrenteten, zuckerkranken Ehemann zusammen. Drei Jahre zuvor wurde ihr Arbeitsplatz in einer Reinigung gekündigt. Seitdem hatte sie das Gefühl, ihr Leben sei von anderen völlig verpfuscht worden, und man habe ihr schweres Unrecht zugefügt. Sie zog sich immer mehr zurück, grübelte nur noch über dieses Unrecht nach und entwickelte diverse

körperliche Beschwerden ohne organisches Korrelat. Zur Aufnahme kam es, als die Patientin auch nicht mehr schlafen konnte, Tag und Nacht grübelte und unaufhörlich weinte. Hinzu kam, dass ein Rentenantrag abgelehnt wurde. Frau F.F. war aber trotzdem fest entschlossen, nie wieder arbeiten zu gehen, weil sie Angst hatte, erneut die Kränkung einer Kündigung erleben zu müssen. Verschiedene Behandlungsversuche mit Antidepressiva und auch mit einem atypischen Neuroleptikum brachten keinerlei Veränderung des psychischen Befindens. Auch eine ambulante Psychotherapie besserte das Zustandsbild nicht. Während des tagesklinischen Aufenthaltes, der zwei Monate andauerte, wandelte sich das Verhalten und die Klagsamkeit zum Positiven. Frau F.F. war durch die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie durch das permanente Zusammensein mit anderen Menschen von ihren Problemen abgelenkt und musste nicht mehr ständig darüber nachgrübeln. Allerdings waren die Zeiten zu Hause noch schwierig für sie. Den Besuch der Tagesstätte lehnte die Patientin jedoch innerlich weiterhin ab. Sie wurde schließlich in gebessertem Zustand nach Hause in ambulante Behandlung entlassen. Eine erneute kurzfristige vierwöchentliche tagesklinische Behandlung erfolgte fast ein Jahr später mit ähnlicher Symptomatik zur Entschärfung der häuslichen Situation und um die latente Suizidalität zu behandeln.

Herr G.H. wurde von seinem behandelnden Nervenarzt mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung überwiesen, nachdem er fast drei Monate krankgeschrieben war und die antidepressive Medikation keine Besserung gebracht hatte. Der Patient war 36 Jahre alt, verheiratet, hatte zwei Kinder und war als promovierter Chemiker leitender Angestellter bei einer großen Firma. Aufgrund von Stress am Arbeitsplatz sei er erstmals vor drei Jahren in eine depressive Episode geraten, die vom Hausarzt behandelt wurde. Er fühlte sich nicht mehr in der Lage, einfachste Tätigkeiten zu verrichten, traute sich nichts mehr zu, bekam Schweißausbrüche auf dem Weg zur Arbeit aus Angst, dort zu versagen. Aufgrund dieser Insuffizienzgefühle hatte er auch Suizidgedanken. Er wurde für einige Wochen krankgeschrieben und begann eine ambulante Psychotherapie. Zwei Jahre später folgte die zweite depressive Phase mit gleicher Symptomatik wie zuvor. Sie wurde wiederum vom Hausarzt mit einer antidepressiven Medikation erfolgreich behandelt, allerdings dauerte die Episode bereits mehrere Monate. Die dritte Episode folgte dann ein Jahr später. Diesmal brachte die ambulante hausärztliche, psychotherapeutische und nervenfachärztliche Behandlung auch nach neun Wochen keinerlei Verbesserung. Schließlich schlug der Nervenarzt ihm eine tagesklinische Behandlung vor. Die Medikation wurde angepasst. Das strukturierte Milieu und die regelmäßigen Gespräche unter Einbeziehung der Familie führten relativ rasch zur Besserung des psychischen Befindens. Herr G.H. konnte bereits nach einer dreiwöchigen Behandlungszeit in ambulante Behandlung entlassen werden. Er nahm seine berufliche Tätigkeit wieder auf.

Die folgenden beiden Beispiele zeigen, wie chronisch kranke Patienten aus eigener Initiative den Zugang zu den therapeutischen Möglichkeiten der Tagesklinik suchen, wenn sie bereits mit den Angeboten vertraut sind.

Herr S.N. kam im Jahr 1995 erstmals nach einem stationären Aufenthalt zur Behandlung in die Tagesklinik. Er war zu dem Zeitpunkt 35 Jahre alt, verheiratet, lebte mit Frau und zwei Kindern in einem Eigenheim zusammen und arbeitete als Dekorateur. Seit 1992 leidet er an einer schizoaffektiven Störung und wurde deshalb mehrfach vollstationär behandelt. In den letzten acht Jahren kam es zu häufigen voll- und teilstationären Behandlungen jeweils mit schweren schizomanischen oder schizodepressiven Zuständen. Teilweise wurde er auch mit Polizeigewalt eingewiesen und musste auf der Station fixiert werden. Zwischenzeitlich trennte sich die Ehefrau von ihm, was zu einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufs führte. Er lebte für einige Zeit in einer Wohneinrichtung des Vereins Lebensräume und erhielt eine gesetzliche Betreuung. Seit dem Jahr 2000 lebt er wieder allein in einer eigenen Wohnung und bezieht Erwerbsunfähigkeitsrente. Bis zur Trennung von seiner Ehefrau wurde Herr S.N. vorwiegend teilstationär behandelt, weil seine Frau ihn regelmäßig frühzeitig drängte, die Tagesklinik aufzusuchen. Psychopathologisch standen manische und auch depressive Zustände im Vordergrund, allerdings bestand keine Eigen- oder Fremdgefährdung. Seit der Scheidung wartete Herr S.N. dann jedoch immer so lange bis die Krankheit voll ausgebrochen war und eine vollstationäre Behandlung, häufig mit Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz, nicht zu umgehen war. Nach der letzten vollstationären Behandlung im Jahr 2001 wurde er erneut für vier Wochen in der Tagesklinik behandelt. Seither stellt er sich aus eigener Initiative regelmäßig bei den Mitarbeitern der Tagesklinik vor. Herr S.N. hört chronisch Stimmen und fühlt sich immer in Kontakt zu Außerirdischen. In der Regel leidet er unter diesen Symptomen aber nicht sehr, sondern fühlt sich im Gegenteil dadurch »nie allein«. Wenn diese Außerirdischen aber völlig von ihm Besitz einnehmen, quäle ihn das sehr und er werde heftig krank. Da er diesen Prozess selber zu spät bemerke, brauche er die Unterstützung der Mitarbeiter der Tagesklinik, die ihn seit Jahren sehr gut kennen würden. Er schaut zeitweilig täglich kurz in der Tagesklinik vorbei, um festzustellen, ob er noch »geerdet« sei. Es reicht ihm völlig aus, wenn ihn jemand vom Stammpersonal sieht und ihn *nicht* anspricht, denn dann wisse er, dass er gesund sei. Wenn die Stimmen ihn jedoch zu sehr quälen, wird er auf eigenen Wunsch hin in die Tagesklinik aufgenommen, und die Medikamente werden so eingestellt, dass er wieder ambulant behandelbar ist.

Herr O.S. leidet seit 1993 an einer manisch-depressiven Krankheit und wurde in diesem Jahr erstmals nach einem schweren Suizidversuch stationär psychiatrisch behandelt. Damals war er 37 Jahre alt, verheiratet, hatte zwei Kinder und arbeitete als Beamter im gehobenen Dienst. Nach dem ersten stationären Aufenthalt wurde er für zweieinhalb Monate in der Tagesklinik behandelt. Im Vordergrund stand eine schwere depressive Symptomatik mit einer starken Antriebshemmung, einer deutlichen Kontaktstörung sowie Konzentrations- und Belastungsminderung. Er konnte stabilisiert in ambulante Behandlung entlassen werden und nahm seine berufliche Tätigkeit wieder auf. In den nächsten Jahren kam es jährlich zu weiteren vollstationären Aufenthalten immer mit schweren manischen Zustandsbildern. 1997 trennte sich die Ehefrau von

ihm, anschließend lebte Herr O.S. allein. Im Jahr 2000 wurde Herr O.S. nach einem stationären Aufenthalt in einer depressiven Phase zum zweiten Mal in die Tagesklinik aufgenommen. Bereits nach drei Wochen konnte er wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren. Einige Monate später kam es zu einer erneuten manischen Episode, die zunächst tagesklinisch behandelt wurde. Nachdem die Stimmung aber in eine Depression mit Suizidalität kippte, war ein stationärer Aufenthalt nötig. Im Anschluss wurde er wieder für fünf Wochen in der Tagesklinik behandelt und ging anschließend wieder arbeiten. Seit 2001 wechselte die Stimmungslage ständig zwischen Manien und Depressionen hin und her, stationäre Aufenthalte konnten aber vermieden werden, da Herr O.S. zwischenzeitlich eine neue Lebenspartnerin gefunden hat und auf Zeit pensioniert ist. Seither ist es möglich, auch schwere manische oder depressive Episoden in enger Kooperation mit seiner Partnerin ambulant oder im tagesklinischen Rahmen zu behandeln. Er stellt sich regelmäßig ambulant in der Tagesklinik vor, in Krisenzeiten kommt er stundenweise zur Ergotherapie und zu Einzel- und Paargesprächen in die Tagesklinik, manchmal ohne formal aufgenommen zu werden, bei schwereren Krankheitszuständen aber auch mit formeller Einweisung. Herr O.S. gehört zu den intensiven Nutzern des tagesklinischen Rahmens und schätzt dieses Behandlungsangebot sehr. In den Gesprächen betont er immer wieder, wie wichtig für ihn die feste Struktur, die bekannten Gesichter, die vertraute Umgebung der Tagesklinik sei. Dass man sich darauf verlassen könne, nichts verändert vor zu finden, helfe ihm in Krisenzeiten am meisten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Tagesklinik in Offenbach zu einem erheblichen und über die Jahre gleich bleibenden Anteil als Alternative zur stationären Behandlung genutzt wird – wie es das ursprüngliche Versorgungskonzept vorsah. Im Vordergrund steht bei diesen Behandlungen die Akutbehandlung in Krisensituationen. In dieser Funktion wird die Tagesklinik sowohl von den niedergelassenen Ärzten als auch von den psychiatrie-erfahrenen Betroffenen geschätzt als eine »minimalinvasive« Behandlungsform, die einer vollstationären Unterbringung vorzuziehen ist, solange der Schweregrad der akuten Störung es zulässt.

5.4 Änderungen der Behandlungsdauer 1992–2002

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, wie sich die Länge der Behandlungszeiten in der Tagesklinik Offenbach im Untersuchungszeitraum verändert hat. Dabei ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Behandlungszeiten zum Teil nicht um die Verweildauern handelt, die mit den Kostenträgern abgerechnet wurden, sondern um zusammengefasste Behandlungsepisoden, bei denen kurze Unterbrechungen der Behandlung mitgezählt wurden.¹⁵ Der Vorteil dieser Betrachtungsweise ist, dass ein zutreffenderes Bild vom tatsächlichen Behandlungsverlauf gezeichnet werden kann; der Nachteil besteht in der eingeschränkten Vergleichbarkeit dieser Angaben mit den Zahlen aus anderen Untersuchungen, die Verweildauern aus der Kostenabrechnung verwenden. Um diese Vergleichbarkeit herzustellen, werden in einem gesonderten Abschnitt dieses Unterkapitels – auf Basis der nicht editierten Aufnahmen-Datei – auch die administrativen Verweildauern berichtet.

Behandlungsdauer

Wie aus Tabelle 5.4-1 ersichtlich wird, haben sich die Behandlungsdauern im Untersuchungszeitraum erheblich verändert. Nimmt man das getrimmte arithmetische Mittel als Indikator,¹⁶ dann lag die durchschnittliche Behandlungsdauer von 1992 bis 1997 relativ konstant bei ca. 90 bis 100 Tagen. Die Streuung der Behandlungszeiten ist in dieser Periode sehr groß. Auf der einen Seite sind 25 % (1. Quartil) aller Behandlungszeiten kürzer als ca. 30–40 Tage, auf der anderen Seite sind 25 % aller Behandlungen (3. Quartil) länger als vier oder sogar fünf Monate.

Nach 1998 verändert sich dieses Muster dramatisch. Die durchschnittliche Behandlungszeit sinkt seit 1998 kontinuierlich von den früheren drei Monaten auf etwa 41 Tage im Jahr 2002. Abbildung 5.4-1 zeigt den Rückgang der durch-

¹⁵ Lagen zwischen Entlassung aus der Tagesklinik und Wiederaufnahme in die Tagesklinik nur ein bis 14 Tage, dann wurden beide Behandlungszeiträume zu einem verschmolzen. Das Kriterium erwies sich als trennscharf und sehr gut anwendbar, weil es nur sehr wenige Fälle gab, in denen die Unterbrechung knapp über 14 Tage betrug. Auch gibt es praktisch keine Fälle, in denen die Summe der Unterbrechungszeiten größer ist als die Dauer der eigentlichen Tagesklinikbehandlung. Als Behandlungszeit gilt immer die 7-Tage-Woche (und nicht die Öffnungszeit-Woche mit fünf Tagen von Mo.–Fr.).

¹⁶ Beim normalen arithmetischen Mittel haben – angesichts der relativ kleinen Fallzahlen in den betrachteten Zeiträumen – Extremwerte einen zu starken Einfluss auf den numerischen Wert. Deshalb wird hier das arithmetische Mittel betrachtet, das sich ergibt, wenn die 5 % der Fälle mit den höchsten und den niedrigsten Behandlungsdauern aus der Berechnung ausgeschlossen werden.

Tabelle 5.4-1 Behandlungsdauer und Behandlungsunterbrechungen (1992–2002)

	Insgesamt	1992/93	1994/95	1996/97	1998/99	2000/01	2002
N	801	120	107	110	151	182	131
Behandlungsdauer in Tagen unter Einschluss kurzer Unterbrechungen (max. 2 Wochen)							
arithm. Mittel	77,6	96	109,6	104,7	74,5	57,3	45,1
5% getrimmtes Mittel	69,6	88,8	99,3	96,8	69,2	52,2	41,3
Median	57	80	73	86	64	41	36
1. Quartil	25	34	30	43	30	20	18
3. Quartil	106	126	162	154	106	84	64
Standardabweichung	73,9	80,1	103,9	85,4	59,9	52,4	37,4
Interquartilsbereich	81,5	92	132	111	76	64	46
Behandlungsepisoden mit kurzzeitigen Verlegungen auf die Station (in %)							
1 oder mehr	8,8	14,2	6,5	10	9,3	8,8	4,6
Behandlungsepisoden mit kurzzeitigen Entlassungen in amb. Versorgung (in %)							
1 oder mehr	7	10,9	8,4	10	7,9	4,4	2,3

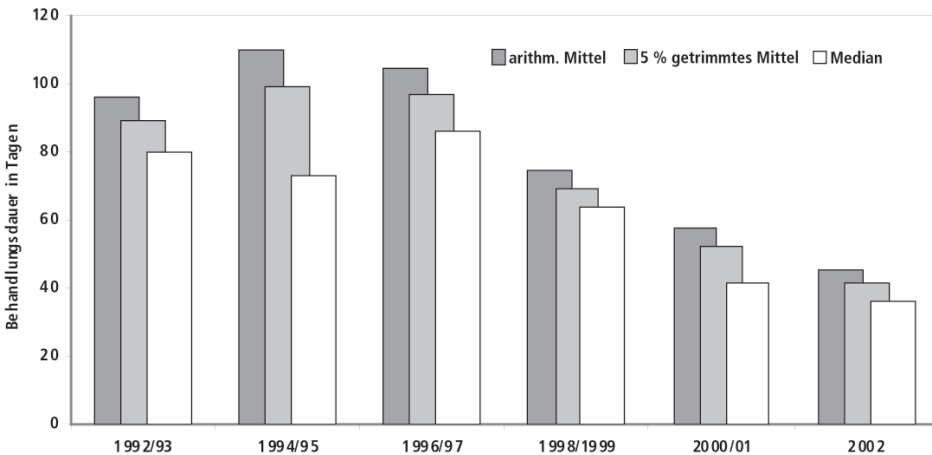


Abb. 5.4-1: Durchschnittliche Dauer der Behandlung in der Tagesklinik Offenbach

schnittlichen Behandlungszeiten anhand von drei Maßzahlen zur zentralen Tendenz (arithmetisches Mittel, 5 % getrimmtes arithmetisches Mittel und Median). Die zweite wichtige Veränderung ist der Rückgang der Streuung der Behandlungszeiten, d. h. die große Vielfalt unterschiedlich langer Behandlungszeiten am Beginn des Untersuchungszeitraums weicht einer stärker standardisierten Behandlungsdauer. Die Spanne zwischen den Quartilen beträgt nicht mehr wie in 1992/97 drei bis vier Monate sondern nur noch etwa eineinhalb Monate (Interquartilsbereich: 46 Tage in 2002). Im letzten Jahr des Untersuchungszeitraumes sind 75 % aller Behandlungen in zwei Monaten abgeschlossen (3. Quartil 2002: 64 Tage), und 25 % sind sogar bereits nach 18 Tagen beendet.

Parallel dazu nimmt auch der Prozentsatz der Behandlungsepisoden, in denen es kurzfristige Unterbrechungen gibt, ab. Insbesondere gibt es in den letzten Jahren kaum noch Behandlungen, bei denen Patienten kurzfristig zur Erprobung, wegen eines Urlaubs oder aus sonstigen Gründen in die ambulante Versorgung entlassen werden. In 2002 sind auch erstmals in weniger als 5 % der Fälle kurzfristige Kriseninterventionen auf der Station vorgekommen.

Der Trend zu deutlich verkürzten und in der Dauer stark standardisierten Behandlungszeiten kommt plastisch in der Box-Plot-Darstellung (vgl. Abbildung 5.4-2) zum Ausdruck: Bei absinkendem Median wird der Interquartilsbereich immer schmaler, und auch die obere Grenze zu den Extremwerten ist stark gesunken. Behandlungszeiten von 130–160 Tagen lagen 1994/95 noch innerhalb des Interquartilsbereichs; 2002 zählen die Fälle mit diesen Behandlungszeiten schon zu den Extremwerten.

Da die soziodemographische Zusammensetzung und das Diagnosespektrum im Untersuchungszeitraum relativ konstant geblieben ist, scheiden diese Merkmale als Ursache für den dramatischen Wandel der Behandlungszeiten aus.¹⁷ Als Grund für die Veränderungen kommen nur die neuen Rahmenbedingungen in Betracht, unter denen die Tagesklinik seit Einführung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) 1998 arbeitet. Immer strikter ist der MDK in den letzten Jahren dazu übergegangen, bei Überschreitung einer bestimmten Verweildauer die Erforderlichkeit einer tagesklinischen Behandlung kritisch zu prüfen.

¹⁷ Es ist unbekannt, ob in anderen Tageskliniken ähnliche Veränderungen in der Länge von Behandlungsepisoden zu beobachten sind. Die Tagesklinik des *Zentralinstituts für Seelische Gesundheit* in Mannheim hat dankenswerter Weise Daten zur Verfügung gestellt, die auf einem vergleichbaren Konzept von ›Behandlungsepisoden‹ beruhen (bis zu 14-tägige Unterbrechungen werden ignoriert), und die einen ähnlichen Zeitraum abbilden (1993–2002). Folgende Vergleichszahlen lassen sich errechnen: Das arithmetische Mittel der Behandlungsdauer betrug in Mannheim 1993: 78,6, 1994/95: 87,4, 1996/97: 111,5, 1998/99: 79,3, 2000/01: 79,3, 2002: 71. Im Niveau und in der Tendenz der Veränderungen ähneln die Mannheimer Zahlen den unseren bis ca. 1997 sehr stark. Der Rückgang der Behandlungszeiten seit 1998 ist in Mannheim jedoch wesentlich weniger stark und das niedrige Niveau von ca. 40 Tagen in Offenbach wird nicht annähernd erreicht.

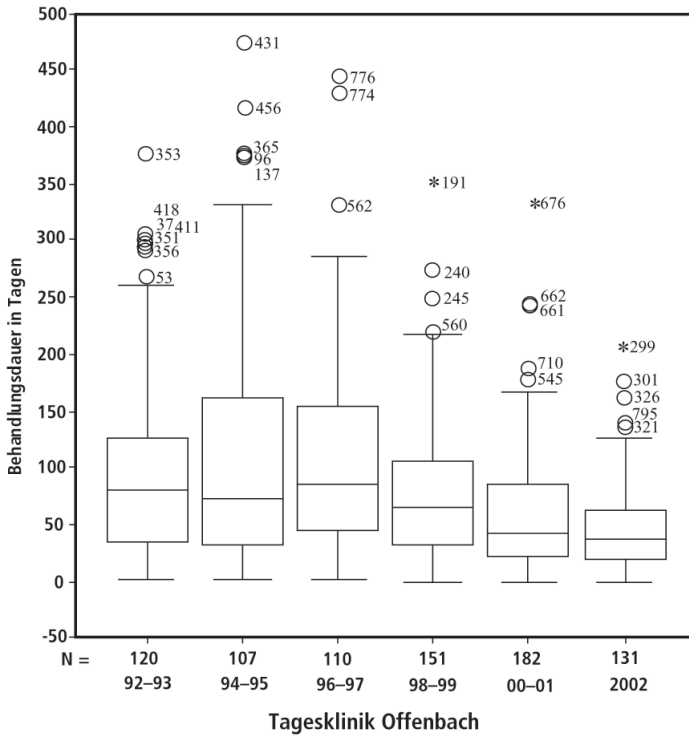


Abb. 5.4-2: Box-Plot der Behandlungsdauer 1992–2002

Das Prüfverfahren läuft folgendermaßen ab: Der MDK schickt an die Verwaltung des Klinikums die Aufforderung, zu begründen, warum eine achtstündige, multiprofessionelle, fachpsychiatrische Behandlung an fünf Tagen in der Woche nötig ist, und warum sie nicht durch eine ambulante Behandlung ersetzt werden kann. Daraufhin müssen Ärztin oder Psychologin der Tagesklinik eine schriftliche Begründung erarbeiten, in der auch eine Zeitperspektive bis zum Abschluss der Behandlung entwickelt werden muss. Der MDK überprüft diese Begründungen und kommt in Zweifelsfällen vor Ort in die Tagesklinik, um die Krankenakte und den Patienten selbst zu begutachten. Je nach Ausgang des Verfahrens wird die fragliche Behandlung dann genehmigt oder plötzlich abgebrochen. Es kommt sogar vor, dass rückwirkend eine Erstattung abgelehnt wird, sodass bereits entstandenen Aufwendungen keine Einnahmen folgen. Mit diesem Verfahren verfolgt der MDK eine doppelte Zielsetzung. Zum einen sollen die Behandlungszeiten verkürzt und damit die Kosten gesenkt werden, zum anderen sollen Tageskliniken dazu gedrängt werden, nur noch Akutbehandlungen vorzunehmen, da für die rehabilitativen Behandlungen – nach Ansicht des MDK – ein anderer Kostenträger als die Krankenkassen zuständig ist.

Unabhängig von der Frage, ob das neue Verfahren im Einzelfall therapeutisch sinnvoll, rechtmäßig und wirklich kostensenkend ist (was alles mit guten Gründen bezweifelt werden kann), hat es einen erheblichen Wandel der Behandlungsmodalitäten in der Tagesklinik (nicht nur in Offenbach) herbeigeführt. Von Jahr zu Jahr stärker werden den Behandelnden die Kriterien deutlicher bewusst, und die möglichen Einwendungen des MDK werden antizipiert bei jeder Entscheidung über die Aufnahme eines neuen Patienten. Wo abzusehen ist, dass eine kurzfristige Behandlung ohne Erfolg bleiben wird, eine langfristige aber vielleicht nicht durchsetzbar sein wird, werden Patienten gar nicht erst in die Tagesklinik aufgenommen. Oder es werden Patienten, bei denen eine längere Behandlung Kostenrisiken birgt, in schlechtem Zustand entlassen – auch auf die Gefahr hin, dass die erreichten Behandlungsfortschritte nicht stabilisiert werden können, und die Patienten wenig später wieder das Krankenhaus aufsuchen müssen.

Zwei Fallbeispiele sollen den durch äußere Zwänge induzierten Wandel der Behandlungsmöglichkeiten verdeutlichen. Der erste Fall, Herr L. W. steht für die zu Beginn des Untersuchungszeitraumes noch möglichen Langzeitbehandlungen, die – bei ex ante völlig ungewissen Erfolgchancen – ein flexibles und individuelles Eingehen auf die Erfordernisse des Patienten ermöglichten. Der zweite Fall, Herr P. Z., illustriert die negativen Konsequenzen der heute in solchen Fällen üblichen Behandlungsabbrüche.

Herr L. W. war bei Aufnahme in die Tagesklinik 50 Jahre alt. Er war geschieden, hatte ein Kind und erhielt zeitlich befristet eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Nach der Scheidung lebte er wieder bei seinen Eltern. Bereits Jahre zuvor hatte er aufgrund beruflicher Überforderung als Journalist in leitender Stellung bei einem Rundfunksender diverse psychosomatische Beschwerden entwickelt und ist mehrfach in psychosomatischen Kliniken gewesen. Nach der Scheidung bekam er zusätzlich eine schwere Depression, und war deshalb in verschiedenen psychiatrischen Kliniken über mehrere Jahre immer wieder behandelt worden – allerdings ohne jeden Erfolg. Schließlich lag er fast nur noch im Bett und ließ sich von seinen Eltern versorgen. Ein Freund der Familie wandte sich an die Offenbacher Tagesklinik. Hier wurde er für einige Monate behandelt. Eine Besserung der depressiven Stimmungslage und des völligen Antriebsverlustes konnte jedoch nicht erreicht werden. Nachdem er den Weg in die Tagesklinik nicht mehr schaffte und das Bett nicht verlassen wollte, wurde ein vollstationärer Aufenthalt notwendig, der sich über ein ganzes Jahr hinzog. Herr L. W. lag den ganzen Tag über im Bett, verweigerte jede Art von Aktivierung und Beteiligung, nahm keine Medikamente ein und regredierte vollständig. Die einzige Behandlung, die er akzeptierte, waren tägliche psychotherapeutische Gespräche, die von der Psychologin der Tagesklinik und dem Chefarzt der Klinik geführt wurden, um ihn zu einer Behandlung dort zu motivieren.

Nachdem sich der Zustand langsam besserte und Mitarbeiter der Tagesklinik ihm eine kleine Wohnung besorgt und mit ihm zusammen eingerichtet hatten, konnte er in tages-

klinische Behandlung übernommen werden. Dieser Aufenthalt dauerte wiederum ein ganzes Jahr. Herr L. W. musste sämtliche Alltagsfertigkeiten wieder neu erlernen und brauchte bei allem ständige Motivierung und Unterstützung. Nur sehr langsam zeigte er wieder Interesse am Leben und begann, in der Tagesklinik zu lesen und auch Geschichten zu schreiben. Alle notwendigen Alltagsverpflichtungen wie z. B. das Einkaufen konnte er sehr lange Zeit nur in Begleitung eines Mitglieds des Tagesklinik-Teams schaffen. Der sehr lange Orientierungsprozess führte schließlich dazu, dass Herr L. W. wieder Kontakt zu seinem früheren Arbeitgeber aufnahm. Er konnte dort stundenweise wieder als Journalist arbeiten.

Schließlich konnte Herr L. W. nach insgesamt zwei Jahren voll- und teilstationärem Aufenthalt in ambulante Behandlung entlassen werden, die weiterhin in der Tagesklinik stattfand. Heute ist Herr L. W. seit mehr als sechs Jahren wieder halbtags als Journalist tätig. Die Depression ist vollständig remittiert, eine psychiatrische Behandlung benötigt er ebenfalls nicht mehr. Allerdings steht er weiterhin in regelmäßigem Kontakt zu den Mitarbeitern der Tagesklinik. Er selbst sieht heute seinen Heilungsprozess als Folge von Geduld mit ihm und Akzeptanz seiner völligen Regression an. Die vorbehandelnden Krankenhausärzte hätten ihn immer wieder entlassen, wenn er für notwendig erachtete Behandlungsmaßnahmen wie Medikation oder auch Elektroschocks abgelehnt habe. Die Tagesklinik sei für ihn ein Stück Heimat geworden, er schätze die Kontinuität, die Vertrautheit, die Gleichförmigkeit, auf die man sich verlassen könne.

Unter den heutigen Bedingungen wäre diese Art von Langzeit-Aktivierung und Rehabilitation sicher nicht mehr möglich, obwohl unbestritten ist, dass der Patient ohne diese Therapie dauerhaft schwerstkrank, erwerbsunfähig und ohne Lebensqualität geblieben wäre. Dass selbst in Ausnahmefällen eine solche Behandlung mit ungewissen Erfolgsaussichten heute nicht mehr möglich ist, illustriert das strukturell ähnliche Beispiel von Herrn P. Z.:

Herr P. Z. war bei Aufnahme in die Tagesklinik 34 Jahre alt. Er hatte nach dem Abitur Elektrotechnik studiert, dieses Studium jedoch abgebrochen. Nach dem Tod des Vaters 1995 ging er gar nicht mehr an die Uni, sondern verbrachte die meiste Zeit zu Hause am Computer, meistens im Internet. Er lebt ohne eigenes Einkommen mit seiner Mutter, die seinen Lebensunterhalt von ihrer Witwenrente bestreitet, in einem kleinen Haus zusammen. Seit dem Jahr 1999 fühlte er sich von einer Detektei im Auftrag des Fußballvereins »Offenbacher Kickers« beobachtet, da er im Internet die »OK« einmal beschimpft hatte. Er glaubte, dass der Verfassungsschutz hinter diesen Machenschaften stünde. Sowohl in Zeitungen als auch im Fernsehen werde extra über ihn berichtet. Das Fernsehen würde ihm auch ganz bestimmte Dinge zu verstehen geben. Die Mutter forsche ihn aus, seine Wohnung werde mit Fernsehkameras und Richtmikrofonen überwacht. Im Januar 2000 versuchte er, sich in der Badewanne die Pulsadern aufzuschneiden. Er fühlte sich als Versager und wollte deshalb (und auch aus Angst, für die Beschimpfungen der Kickers bestraft zu werden) nicht mehr leben.

So kam es zum ersten stationär-psychiatrischen Aufenthalt für fünf Wochen. Unter der neuroleptischen Behandlung legte sich die Symptomatik und Herr P.Z. wurde wieder nach Hause entlassen. Er begab sich in ambulante nervenärztliche Behandlung und nahm die Medikamente zunächst weiter ein. Allerdings setzte er sie nach ca. vier Wochen eigenständig ab, sodass es zu einer erneuten stationären Behandlung kurze Zeit später kam. Er hatte seit Tagen nichts mehr gegessen und getrunken, fühlte sich völlig verblödet, könne nicht mehr sprechen, nicht schlafen, nicht mehr denken, sein Kopf funktioniere nicht mehr. Er glaubte, andere Leute würden über ihn lachen und reden. Er war misstrauisch und litt unter erheblichen Insuffizienzgefühlen. Nach einer psychischen Stabilisierung und der erneuten Einstellung auf Medikamente wurde er nach mehr als zwei Monaten in die Tagesklinik übernommen.

Zunächst prägten ihn noch erhebliches Misstrauen, das Gefühl, nichts mehr leisten zu können, und auch in Alltagsdingen nicht mehr tauglich zu sein, eine deutliche Antriebsminderung und eine schwer depressive Stimmungslage. Er profitierte vom tagesklinischen Angebot erheblich. Er nahm Kontakte zu Mitpatienten auf, lernte wieder alltagspraktische Dinge in der Gruppe zu erledigen, trainierte seine Konzentration am Computer und war schließlich in testpsychologischen Untersuchungen überdurchschnittlich leistungsfähig mit einem IQ von 111 Punkten. Er entschloss sich während des Aufenthaltes, eine Ausbildung unter beschützten Bedingungen zu machen, und stellte einen Reha-Antrag beim Arbeitsamt. Das Ergebnis konnte jedoch nicht mehr abgewartet werden, da der MDK zur Prüfung vor Ort erschien und dem Patienten mitteilte, er würde nach Hause entlassen, da keine medizinische Begründung mehr für den Tagesklinikaufenthalt vorliege. Herr P.Z. protestierte heftig und berichtete der Ärztin, er werde zu Hause wieder krank, da er keine sozialen Kontakte habe und den ganzen Tag am Computer sitzen würde. Er bat um Weiterbehandlung bis er eine Ausbildung antreten könne, um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden. Dieses wurde jedoch abgelehnt. Herr P.Z. war darüber sehr gekränkt, zog sich zu Hause wieder völlig zurück und verfiel nach einigen Monaten wieder in schwerstes paranoides Erleben. Die Mutter ist mit dieser Situation allein gelassen. Um eine Ausbildung hat Herr P.Z. sich nicht mehr gekümmert. Eine erneute tagesklinische oder vollstationäre Behandlung lehnt er ab, da er schließlich »rausgeschmissen« wurde. Das würde beim nächsten Mal ja auch wieder passieren.

Diese tagesklinische Behandlung war einerseits erfolgreich, was die Stabilisierung des Patienten anging, sie war im Endeffekt aber überflüssig, denn man hätte den Patienten auch nach dem stationären Aufenthalt nach Hause entlassen können. Eine medizinische Behandlungsnotwendigkeit acht Stunden am Tag fünf Tage die Woche im Sinne der Krankenkasse gab es bereits nach dem stationären Aufenthalt nicht mehr. Aufgabe der Tagesklinik war die Aktivierung des chronischen Patienten, die Stabilisierung und die Rehabilitationsvorbereitung. Die Aktivierung und Stabilisierung waren erfolgreich, die Rehabilitationsvorbereitung konnte jedoch aufgrund der Intervention des MDK nicht zu Ende geführt werden.

Administrative Verweildauer

In Tabelle 5.4-2 sind die wichtigsten Maßzahlen der zentralen Tendenz und der Streuung für den Indikator ›Administrative Verweildauer‹ zusammengestellt. Es handelt sich dabei um die Differenz zwischen Entlassungstag und Aufnahmetag.¹⁸ Im Vergleich zu den Zahlen für die Behandlungsepisoden in Tabelle 5.4-1 ergeben sich kaum Unterschiede bei den Veränderungen in der Zeit. Auch auf der Basis der 1018 Aufnahmen in den Jahren 1992 bis 2002 wird sichtbar, dass sowohl die mittlere Verweildauer als auch die Streuung stark zurückgehen. Für die drei Mittelwerte zeigt Abbildung 5.4-3 den Wandel in Analogie zum Abbildung 5.4-1.

Tab. 5.4-2: Administrative Verweildauer (7-Tage-Woche) (1992–2002)

	Insgesamt	1992/93	1994/95	1996/97	1998/99	2000/01	2002
N	1018	169	139	143	199	221	147
arithm. Mittel	60,4	63,6	81	79,8	55,2	50	40,4
5 % getrimmtes Mittel	54,1	59,5	70,5	74,8	50,2	44,8	36,8
Median	42	52	53	63	39	36	30
1. Quartil	18	16	23	29	17	16	17
3. Quartil	84	95	102	113	80	73	53
Standardabweichung	59	55	88	64	50	49,5	35
Interquartilsbereich	62	79	79	84	63	57	36

Das Niveau der durchschnittlichen Verweilzeiten ist naturgemäß in dieser Aufbereitung der Daten wesentlich niedriger. Dies trifft allerdings vor allem auf die Jahre zu Beginn des Untersuchungszeitraums zu. Das 5 % getrimmte Mittel beträgt in den Jahren 1992 bis 1997 nur noch 60–75 Tage statt 90–95 Tage (auf Basis der Behandlungsepisoden). Am Ende des Untersuchungszeitraums (2002) sind die Werte allerdings praktisch gleich, d. h. heute entspricht eine administrative Aufnahme meist auch einer Behandlung, während früher häufiger während einer Behandlungsperiode aufgenommen (und entlassen) wurde. In dieser Aufbereitung der Daten der Basisdokumentation lassen sich leichter Vergleiche zu den Zahlen aus anderen Tageskliniken ziehen.

¹⁸ Zu dieser Differenz wurde jeweils die Zahl 1 addiert, weil sich sonst bei eintägigen Aufenthalten eine Verweildauer von Null ergeben hätte. Die Verweildauer wird hier also auf der Basis einer vollen 7-Tage-Woche dargestellt. Für die Tage Samstag und Sonntag fallen für die Kostenträger freilich keine Kosten an.

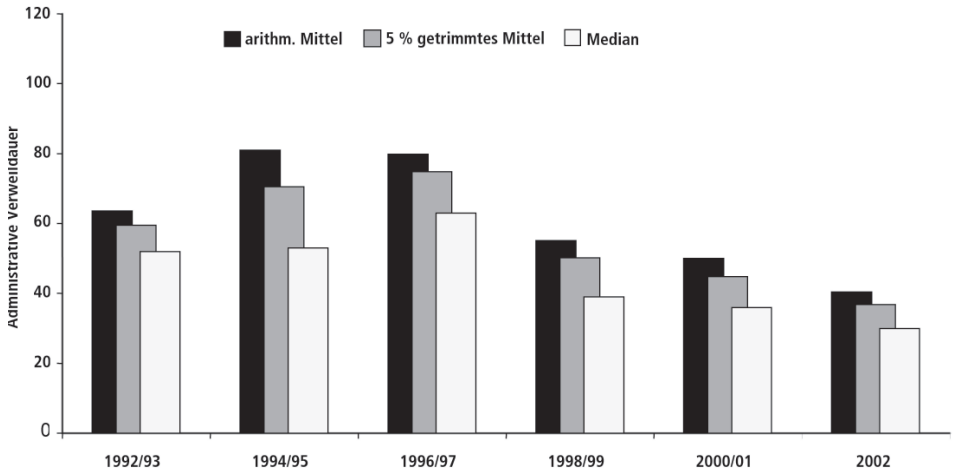


Abb. 5.4-3: Administrative Verweildauer in der Tagesklinik Offenbach

Insgesamt behandelte Personen und kumulierte Behandlungsdauer 1992 bis 2002

Auf der Basis der Personendatei lässt sich die Frage beantworten, wie viele Patienten im Untersuchungszeitraum insgesamt in der Tagesklinik behandelt wurden. Sind es immer wieder andere Patienten, die hier versorgt werden, oder gibt es Anzeichen für eine Konzentration der Behandlungen auf einen kleinen Kreis von Intensiv-Nutzern? Tabelle 5.4-3 gibt die Antwort.

Tab. 5.4-3: Zahl der Tagesklinik-Aufenthalte pro Patient 1992–2002

	<u>absoluteHäufigkeit</u>	<u>relativeHäufigkeit (%)</u>	<u>kumuliert</u>
<u>1 Aufnahme</u>	<u>384</u>	<u>72,5</u>	<u>72,5</u>
<u>2 Aufnahmen</u>	<u>86</u>	<u>16,3</u>	<u>88,8</u>
<u>3 Aufnahmen</u>	<u>28</u>	<u>5,3</u>	<u>94,1</u>
<u>4 und mehr A.</u>	<u>31</u>	<u>5,9</u>	<u>100,0</u>
insgesamt	529	100,0	

Die 801 Behandlungen verteilen sich auf 529 Patienten. Annähernd 89 % der Patienten wurden nur ein oder zwei Mal in die Tagesklinik aufgenommen.¹⁹ Auf der anderen Seite gibt es etwa 6 % der Patienten, die bereits vier Mal oder öfter tagesklinisch in Offenbach behandelt wurden. Weniger als zehn Personen waren mehr als fünf Mal in der Tagesklinik. Bislang finden sich also keine Anhaltspunkte dafür, dass die Tagesklinik im Sinne einer »Drehtür-Psychiatrie« genutzt wird. Die geringe Zahl der Intensiv-Nutzer lässt auch keine Analysen zur Veränderung in der Zeit zu. Ob die Verringerung der Verweildauern in jüngster Zeit zu häufigeren Wiederaufnahmen führt, muss erst die Zukunft zeigen.

Tabelle 5.4-4 weist aus, wie lange – alle Aufenthalte zusammengerechnet – die Patienten insgesamt in tagesklinischer Behandlung waren. Bei mehr als drei Viertel aller Patienten betrug die Behandlungszeit maximal ein halbes Jahr. Auch hier ist die Gruppe von Patienten, die besonders lange Behandlungszeiten von insgesamt über einem Jahr hat, mit unter 5 % vergleichsweise klein. Wenn innerhalb von elf Jahren nur 26 Personen Behandlungszeiten von über einem Jahr angehäuft haben, ist es gerechtfertigt, hier von Ausnahmefällen zu sprechen, deren Behandlungsbedarf sich deutlich von dem der regulären Klientel der Tagesklinik unterscheidet. Weitere Auswertungen haben ergeben, dass es sich bei diesen Personen fast ausschließlich um Patienten mit F2-Diagnosen handelt.

Tab. 5.4-4: Kumulierte Behandlungszeiten pro Patient in der Tagesklinik Offenbach 1992–2002

	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit (%)	kumuliert
weniger als 1 Monat	108	20,4	20,4
über 1 bis 3 Monate	179	33,8	54,2
über 3 bis 6 Monate	130	24,6	78,8
über 6 bis 12 Monate	86	16,3	95,1
über 12 Monate	26	4,9	100,0
	529	100,0	

¹⁹ Diese Aussagen beziehen sich natürlich nur auf den hier betrachteten Zeitraum. Es ist anzunehmen, dass ein Teil der hier erfassten Patienten auch schon im ersten Jahrzehnt des Bestehens der Tagesklinik behandelt wurde.

5.5 Weiterbehandlung und Tagesstruktur nach dem Tagesklinikaufenthalt

Wie in den meisten anderen Tageskliniken werden auch in Offenbach am Ende der Behandlungszeit keine systematischen Erhebungen zum Outcome der Behandlung durchgeführt. Auch routinemäßige oder stichprobenhafte follow-up-Erhebungen gibt es nicht. Die einzigen verfügbaren Indikatoren, aus denen sich Hinweise über den weiteren Verlauf der Behandlung ablesen lassen, sind zum einen die Informationen über die Weiterbehandlung und zum anderen die – zusätzlich zu den Variablen der Basisdokumentation – erhobenen Angaben zur Art der Tagesstruktur, in die der betreffende Patient entlassen wird.

Wohin gehen die Patienten nach dem Tagesklinik-Aufenthalt?

Wie Tabelle 5.5-1 zeigt, ist die Struktur der Anschlussbehandlungen im Untersuchungszeitraum bemerkenswert konstant geblieben. Über 80 % der Patienten werden nach dem Aufenthalt in der Tagesklinik ambulant weiterbehandelt. Gänzlich ohne Weiterbehandlung ist heute kaum jemand, während zu Beginn des Zeitraums noch etwa 4–5 % keine psychiatrische Weiterbehandlung erhielten. Etwa 16 % der Patienten müssen nach der Tagesklinikbehandlung vollstationär weiterbehandelt werden.

Tabelle 5.5-1 Weiterbehandlung und anschließende Tagesstruktur (1992–2002)

	<u>Insgesamt</u>	<u>1992/93</u>	<u>1994/95</u>	<u>1996/97</u>	<u>1998/99</u>	<u>2000/01</u>	<u>2002</u>
<u>N</u>	<u>801</u>	<u>120</u>	<u>107</u>	<u>110</u>	<u>151</u>	<u>182</u>	<u>131</u>
Weiterbehandlung nach Tagesklinikaufenthalt (in %)							
<u>ambulant</u>	<u>81</u>	<u>76,3</u>	<u>82,1</u>	<u>80</u>	<u>83,5</u>	<u>80,2</u>	<u>83,2</u>
<u>stationär</u>	<u>16,5</u>	<u>19,5</u>	<u>13,2</u>	<u>15,5</u>	<u>15,2</u>	<u>18,7</u>	<u>16</u>
<u>keine</u>	<u>2,5</u>	<u>4,2</u>	<u>4,7</u>	<u>4,5</u>	<u>1,3</u>	<u>1,1</u>	<u>0,8</u>
Tagesstruktur bei Entlassung aus der Tagesklinik (in %)							
<u>Beruf & Ausbildung</u>	<u>28,2</u>	<u>34,2</u>	<u>23,4</u>	<u>29</u>	<u>23,2</u>	<u>30,8</u>	<u>28,2</u>
<u>WfbM & Tagesstätte</u>	<u>10,9</u>	<u>13,3</u>	<u>18,7</u>	<u>15,5</u>	<u>9,9</u>	<u>6,6</u>	<u>5,3</u>
<u>Behandlung Station</u>	<u>16,5</u>	<u>19,2</u>	<u>13,2</u>	<u>15,5</u>	<u>15,2</u>	<u>18,7</u>	<u>16</u>
<u>ohne Struktur</u>	<u>44,4</u>	<u>33,3</u>	<u>44,7</u>	<u>40</u>	<u>51,7</u>	<u>44</u>	<u>50,5</u>

Der Erfolg einer Behandlung lässt sich an diesen Indikatoren nur sehr indirekt ablesen. Denn weder sind alle Verlegungen in den stationären Bereich als Misserfolge anzusehen noch bedeutet eine ambulante Weiterbehandlung, dass der Tagesklinikaufenthalt erfolgreich abgeschlossen wurde. Aufschlussreicher ist das Merkmal »Tagesstruktur nach Entlassung«. Eine Vermittlung in Beruf, Ausbildung oder eine Werkstatt für behinderte Menschen (und selbst in die Tagesstätte) entspricht hier sicher eher den Zielsetzungen einer Tagesklinik als eine Entlassung in eine Lebenssituation ohne klare Tagesstrukturierung, in der die Gefahr besteht, dass die Patienten die in der Tagesklinik erworbenen Fähigkeiten wieder verlieren. Wie Tabelle 5.5-1 ausweist, war die Offenbacher Tagesklinik in diesem Sinne zu Beginn des Untersuchungszeitraums erfolgreicher als in den letzten Jahren. Zwar können (mit Schwankungen) nach wie vor im Durchschnitt 28 % der Patienten im Anschluss an die Tagesklinik wieder in ihre Erwerbsarbeit zurückkehren oder eine Ausbildung fortsetzen oder aufnehmen, aber der Anteil der Patienten, der direkt in eine beschützte Beschäftigung vermittelt wird, ist drastisch zurück gegangen. In der Periode 1992–1998 betrug dieser Anteil 15,1 %, in der Periode 1999–2002 nur noch 5,7 %. Auf der anderen Seite ist der Anteil der ohne Tagesstrukturierung Entlassenen entsprechend angestiegen. Er betrug 1992–1998 41,2 % und liegt 1999–2002 bei 48,5 %.

Welche Entwicklungen sich hinter diesen Zahlen verbergen, soll im Folgenden unter Rückgriff auf Aktenanalysen und am Beispiel von Fallstudien für jede Ausprägung des Merkmals »Tagesstruktur« gesondert näher analysiert werden.

Verlegung in vollstationäre Behandlung

Wie aus Tabelle 5.5-1 hervor geht, endet einer von sechs Behandlungsfällen damit, dass der Patient in eine Vollzeitbehandlung überwiesen wird. Dieser Anteil ist über die Jahre sehr konstant, und es kann unterstellt werden, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um ungeplante und meist auch um schwer zu verhindernde Abbrüche der Tagesklinik-Behandlung handelt. Weitere statistische Analysen haben ergeben, dass gut 26 % dieser Verlegungen schon nach sehr kurzen Tagesklinik-Behandlungen von ein bis zwei Wochen erfolgen. Es sind die Fälle, wo sich schnell heraus stellt, dass die Patienten zu krank sind, um zu Hause zu wohnen oder um das stringente Programm der Tagesbehandlung zu absolvieren. Fälle dieser Art sind schwerlich als Misserfolge der Behandlung zu werten, denn sie spiegeln nur das unausweichliche Risiko wider, das jede therapeutische Strategie eingeht, die es in Krisensituationen zunächst mit einer tagesklinischen Behandlung versucht, oder die – im Fall der Übergangsbehandlung – frühzeitig eine Wiedereingliederung in den häuslichen Alltag erprobt. Herr W. S. ist ein typisches Beispiel für Behandlungsabbrüche dieser Art:

Bei Aufnahme in die Tagesklinik war Herr W.S. 39 Jahre alt, verheiratet, hatte drei Kinder und war von Beruf Friseur. Die Diagnose lautete Schizophrenie. Herr W.S. kam nach einem stationären Aufenthalt, weil er es selbst so wünschte, in die Tagesklinik. Ziel sollte die weitere psychische Stabilisierung sein sowie die Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in sein Berufsleben. Bei Aufnahme war Herr W.S. depressiv gestimmt, antriebsgemindert, selbstunsicher, ängstlich, gleichzeitig hatte er aber den starken Wunsch, möglichst schnell wieder arbeiten zu gehen. Die Therapie bestand in häufigen Gesprächen über seine Insuffizienzgefühle und seine gleichzeitige Ungeduld. An Medikamenten erhielt er ein Neuroleptikum und ein Antidepressivum. Weitere Therapien waren Konzentrations- und Ausdauertraining sowie regelmäßige Gespräche mit der Ehefrau, damit Herr W.S. im häuslichen Milieu nicht überfordert wird. Er klagte immer wieder über Insuffizienzgefühle, über das Gefühl ausgebrannt, müde und erschöpft zu sein und über die Unfähigkeit, die Langsamkeit der Gesundung zu akzeptieren. Schließlich kam es nach einer 14-tägigen tagesklinischen Behandlung am Wochenende zu einer Verschlechterung des Zustandsbildes. Die depressive Symptomatik verschlimmerte sich, und es drohte die Gefahr von Impulskontrollverlust mit akuter Suizidalität. Daraufhin musste Herr W.S. einsehen, dass er weiter eine Vollzeitbehandlung braucht.

Ansonsten kommen Verlegungen auf die Station praktisch bei allen Arten von Verweildauern zu einem bestimmten Prozentsatz vor. Zum Beispiel endeten auch Behandlungen, die schon mehr als vier Monate (in der Tagesklinik) gedauert hatten, zu etwa 13 % mit einer Verlegung in Vollzeitbehandlung. Offenbar gibt es in jedem Stadium der Behandlung ein nicht auszuschließendes Risiko, einer plötzlichen Zustandsverschlechterung, die eine Tagesklinik-Behandlung im Misserfolg enden lässt. Der Fall von Frau J.D. illustriert einen solchen Verlauf:

Frau J.D. kam nach einem zweimonatigem stationären Aufenthalt im Philipppshospital Riedstadt in die Tagesklinik. Ziel sollte die weitere Stabilisierung sowie die Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in den Beruf sein. Sie arbeitete als Bürokauffrau bei einer Spedition, lebte bei ihren Eltern, und war bei Aufnahme 31 Jahre alt. Diagnose: schizoaffective Störung. In der Tagesklinik zeigte sich keinerlei produktiv-psychotische Symptomatik. Sie wies noch Konzentrations- und Ausdauerstörungen auf und war sehr ungeduldig, da sie möglichst schnell wieder arbeiten gehen wollte. Gleichzeitig hatte sie Angst, die Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht erfüllen zu können. Die Behandlung in der Tagesklinik bestand aus intensivem Training von Konzentration, Auffassungsgabe und Ausdauer, Gesprächen über ihre Ansprüche und Insuffizienzgefühle, einer medikamentösen Therapie sowie sozialem Kompetenztraining. Während des zehnwöchigen Aufenthaltes besserten sich Stimmung, Konzentration und Ausdauer, sodass ein Wiedereingliederungsversuch am Arbeitsplatz geplant wurde. Völlig überraschend kam es an einem Wochenende dann jedoch zu einem schweren Suizidversuch mit Tabletten, die Frau J.D. sich auf dem Schwarzmarkt besorgt hatte. Sie habe Angst gehabt vor dem Arbeitsbeginn, und die Tagesklinik habe sie zuletzt sehr belastet, da

sie sich dort immer mit anderen Menschen habe auseinander setzen müssen, was ihr sehr schwer falle. Deshalb und wegen des Suizid-Versuchs wurde Frau J.D. vollstationär weiterbehandelt.

Ein weiterer Typ von Verlegungen auf die Station hat weder etwas mit Zustandsveränderungen des Krankheitsbildes noch mit mangelndem Ertrag der tagesklinischen Behandlung zu tun, sondern ist Resultat von Engpässen im Bereich Wohnen. Beispielsweise gibt es Fälle, die erfolgreich tagesklinisch behandelt werden, aber die dann – aus unterschiedlichen Gründen – nicht mehr allein zu Hause übernachten können – z.B. weil sie die Wohnung verlieren. Dann müssten eigentlich ausreichend Wohnheimplätze in der Gemeinde zur Verfügung stehen. Dies ist allerdings nicht immer der Fall. Um die Obdachlosigkeit abzuwenden, müssen diese Patienten dann solange auf die Station verlegt werden bis ihnen eine Unterkunftsmöglichkeit geboten werden kann. In der Vergangenheit war dies nicht immer im eigenen Versorgungsgebiet möglich, sodass Patienten in einen anderen Sektor wechseln mussten. Der Fall von Frau A.N. ist ein Beispiel für diesen Typ.

Frau A.N. kam nach einem stationären Aufenthalt in die Tagesklinik, um eine weitere psychische Stabilisierung zu erreichen und die Rehabilitation zu planen. Sie war bei Aufnahme 27 Jahre alt, litt an einer Epilepsie und einer Psychose und war nicht mehr in der Lage, in ihrer eigenen Wohnung zu leben. Sie lebte vorübergehend wieder bei ihren Eltern und beschloss während der tagesklinischen Behandlungszeit, in Zukunft die WfbM besuchen zu wollen. Die entsprechenden Anträge wurden gestellt, und die Entlassung war geplant. Nachdem die Eltern jedoch darauf bestanden, dass Frau A.N. wieder in ihrer eigenen Wohnung übernachten sollte, kam es zu einer erneuten Krise, weil sich heraus stellte, dass Frau A.N. nicht mehr in der Lage war, allein zu wohnen. Da es in Offenbach keine Chance gab, einen Platz in einem Wohnheim zu bekommen, musste Frau A.N. auf die Station aufgenommen werden. Ein Wohnheimplatz wurde außerhalb des Versorgungssektors gesucht und schließlich in Frankfurt gefunden. Der ganze Prozess dauerte mehrere Monate. In Absprache mit dem MDK blieb Frau A.N. während der ganzen Zeit in der Obhut des Krankenhauses. Schließlich konnte Frau A.N. in eine Wohneinrichtung in Frankfurt entlassen werden. Inzwischen arbeitet sie dort auch in einer WfbM.

Vermittlung in beschütztes Arbeiten

Der Rückgang der direkten Übergänge von der Tagesklinik in die Werkstatt für behinderte Menschen ist die augenfälligste Veränderung im Untersuchungszeitraum. Dieser Wandel steht in engem Zusammenhang mit dem Rückgang der Behandlungszeiten (vgl. Kapitel 5.4), denn zwischen der Dauer einer Tagesklinik-Behandlung und dem Übergang in die WfbM besteht ein enger statistischer Zusammenhang. Bei kurzzeitigen Behandlungen gibt es nur wenige Fälle, die an-

schließend in die Werkstatt gehen. Oft sind es die Patienten, die chronisch erkrankt sind, schon in der Werkstatt arbeiten, und die die Tagesklinik bei akuten Krisen nutzen. Bei langen Behandlungen (über vier Monaten) beträgt der Anteil der Patienten, die anschließend in die WfbM gehen, dagegen fast 25 %. Diese typische Sequenz von (mehrfachem) vollstationärem Aufenthalt und langer tagesklinischer Rehabilitation in eine WfbM kommt jedoch in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums kaum noch vor, weil der MDK diese rehabilitativen Behandlungen zunehmend unterbindet. Der Fall von Herrn K.L. illustriert diesen früher in einem kleinen Prozentsatz aller Behandlungsfälle üblichen Weg der tagesklinischen »Durchbehandlung«:

Herr K.L. wurde von Dezember 1994 bis Juli 1996 in der Tagesklinik behandelt. Zwischenzeitlich musste Herr K.L. für drei Monate vollstationär untergebracht werden. Herr K.L. wurde von seinem Hausarzt überwiesen, nachdem eine vom Arbeitsamt finanzierte Rehabilitationsmaßnahme gescheitert war. Diagnostisch war das Bild unklar. Bei Aufnahme war Herr K.L. 44 Jahre alt. In der DDR geboren, absolvierte er dort die Schule und nach dem Abitur eine Lehre. Anschließend studierte er Medizin und arbeitete als Arzt. Nach dem Tod der Mutter kam er nicht mehr richtig mit dem Leben zurecht, und nach dem Tod des Vaters wurde er völlig einsam. Schließlich bekam er auch Probleme im Beruf. Im Zuge der »Familienzusammenführung« übersiedelte er nach Westdeutschland zu seiner Stiefschwester. Dort arbeitete er zunächst in der Tischlerei des Schwagers.

Bald hat er die erwarteten Leistungen nicht mehr bringen können, sodass er längere Zeit arbeitslos blieb, bis das Arbeitsamt ihm die Rehabilitationsmaßnahme genehmigte, zu deren Abschluss er nicht mehr in der Lage war. Herr K.L. war immer ein Einzelgänger und hatte noch nie eine Partnerschaft und auch keine Freunde. Die stetig nachlassende Leistungsfähigkeit erklärte der Patient damit, dass er oft in Gedanken versunken sei, Tagträume habe, in denen er sich nicht mehr im Hier und Jetzt befinde. Bei Aufnahme in die Tagesklinik war der Kontakt zum Patienten nur schwer herzustellen. Er sprach einsilbig, meist kurze, wenig aussagekräftige Sätze, wirkte affektiv vermindert modulationsfähig, indifferent und schaute meist zu Boden. Körperlich war er völlig ungepflegt, die Brille war so verschmutzt, dass man die Augen nicht sehen konnte. Bei dem ersten Hausbesuch fiel der katastrophale Zustand der Wohnung auf. Unrat lag verstreut in der ganzen Wohnung, saubere und schmutzige Wäsche lagen durcheinander, das Bett war nicht bezogen und verschmutzt. Die Schränke waren voll mit alten Zeitungen, er sammelte Seife, Papiertaschentücher und Küchenmesser. Die Post war nicht geöffnet. Mitarbeiter der Tagesklinik halfen dem Patienten zunächst dabei, die Wohnung überhaupt bewohnbar zu machen. Herr K.L. hatte große Schwierigkeiten, pünktlich in die Tagesklinik zu kommen, und er nahm kaum Kontakt zu Mitpatienten oder Personal auf. Während der Beschäftigungstherapiezeiten sackte er häufig in sich zusammen, sinnierte vor sich hin und war völlig abwesend. Eine testpsychologische Untersuchung stützte die Einschätzung, dass es sich um eine schizo-

phrene Psychose handelt. Medikamentöse Behandlungsversuche mit Neuroleptika und auch Antidepressiva erbrachten lange Zeit keinerlei Veränderung, sodass eine vollstationäre Behandlung zur medikamentösen Einstellung eingeleitet wurde. Diese Entlastung von allen alltagspraktischen Verpflichtungen und die Einstellung auf ein Neuroleptikum brachten eine deutliche Besserung des Zustandsbildes.

Herr K.L. war anschließend im Kontakt besser erreichbar und konnte Fragen sehr differenziert beantworten. Es zeigte sich noch einmal, dass er sich in der Vergangenheit jahrelang vorwiegend mit Vorgängen und Gestalten des Mittelalters beschäftigt hatte und so den Kontakt zur Realität verlor. Er selbst empfand deutliche subjektive Erleichterung durch die medikamentöse Therapie und den stationären Rahmen. Im Anschluss daran wurde er wieder zur Klärung der beruflichen und sozialen Perspektive in die Tagesklinik übernommen. Bei diesem Aufenthalt waren die alltagspraktischen Fertigkeiten erheblich gebessert und die Kommunikationsstörungen waren ebenfalls deutlich zurückgetreten. Zunächst wurde der *Verein Lebensräume* eingeschaltet, um den Patienten zu Hause betreuen zu lassen. Dann besprachen die Therapeuten mit Herrn K.L. die Möglichkeit, langfristig unter beschützten Bedingungen in der WfbM arbeiten zu können. Mit Abschluss der Tagesklinik-Behandlung wechselte Herr K.L. in die Werkstatt und arbeitet dort seither kontinuierlich mit. Herr K.L. kam seither nur noch zu einem kurzfristigen vollstationären Aufenthalt zur Krisenintervention, ansonsten wird Herr K.L. ambulant von einem Nervenarzt behandelt. Die Tagesklinik besucht er regelmäßig »auf einen Kaffee«.

Der Rückgang direkter Vermittlungen in die WfbM bedeutet also weder, dass es heute in der versorgten Population weniger Menschen geben würde, für die diese Art der Therapie indiziert wäre, noch bedeutet er, dass quantitativ unzureichende Möglichkeiten für beschützte Beschäftigung vorhanden wären. Heute tritt nur häufig die problematische Situation ein, dass Patienten zunächst ohne Struktur aus der Tagesklinik entlassen werden, um dann sehr viel später (vielleicht) einen Platz in der WfbM zu erhalten. Nicht immer gelingt es an dieser Bruchstelle der Behandlungskette, die in der Tagesklinik erreichten Fortschritte zu stabilisieren. Ein Beispiel für den typischen Ablauf einer Überleitung in die WfbM unter den restriktiveren Finanzierungsmodalitäten der letzten Jahre ist der Fall von Frau V.R.:

Frau V.R. leidet an einer schizotypen Störung und wurde bisher drei Mal stationär psychiatrisch behandelt. Bei Aufnahme war sie 28 Jahre alt. Sie hatte ein Studium abgebrochen, lebte mit ihren Eltern zusammen und hatte nach dem letzten stationären Aufenthalt eine Ausbildung zur Gärtnerin in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke absolviert. Eine Stelle fand sie in diesem Beruf jedoch nicht, sodass sie ohne Tagesstruktur zu Hause blieb. Nachdem sie dort nicht mehr zurechtkam und die Nervenärztin eine ambulante Behandlung für nicht mehr ausreichend ansah, kam sie in die Tagesklinik, um die Belastungsfähigkeit zu erproben und eine Perspektive zu entwickeln. Unter beschützten Bedingungen zeigte sich eine gute Leistungsfähigkeit. Defizite bestanden allerdings im sozialkommunikativen Bereich. Da sie sich nicht vor-

stellen konnte, auf dem freien Arbeitsmarkt tätig zu werden, entschloss sie sich zum Besuch der WfbM. Sie wurde dort auch angemeldet. Die Zeit bis zur Bewilligung der Kosten und bis zum endgültigen Beginn der Tätigkeit dauert jedoch mehrere Monate. Die Krankenkasse weigerte sich, für diese Zeit Kosten einer tagesklinischen Behandlung zu übernehmen. So wurde sie nach einer sechswöchigen Behandlungszeit in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Um für die Zwischenzeit ein Minimum an Tagesstruktur zu organisieren, wurde der Kontakt zu einer neuen Integrationsfirma von *Lebensräume gGmbH* hergestellt. Die Patientin arbeitete dort für zwei Stunden am Tag, bis sie ihren Platz in der WfbM erhielt.

Früher wäre diese Patientin durchgehend in der Tagesklinik behandelt worden, um die Fähigkeit, einen Achtstundentag durchzuhalten, zu stabilisieren. Diese Fähigkeit wird auch bei Mitarbeiterinnen der WfbM vorausgesetzt. Denn auch unter beschützten Bedingungen wird dort produktiv gearbeitet, und die Beschäftigten erhalten den vollen Schutz einer sozialversicherungsrechtlichen Absicherung. In der Integrationsfirma dagegen werden nur prekäre Arbeitsverhältnisse angeboten, die reine Zuverdienstmöglichkeiten bieten. Der sozialversicherungsrechtliche Schutz ist minimal, und das Angebot von Arbeitsmöglichkeiten schwankt je nach Auftragslage und Arbeitsanfall. Die Patienten sind diesen Marktrisiken unmittelbar ausgesetzt und müssen immer damit rechnen, nicht gebraucht zu werden. Auf der anderen Seite ist die Entscheidung, ob sie ihre Arbeitskraft in der Integrationsfirma anbieten, ebenfalls völlig freiwillig, und die Lage der zweistündigen Tätigkeit können sie meist selbst bestimmen. Angesichts dieser Unwägbarkeiten und angesichts des Fehlens von Kontrollen und (hilfreichen) Zwängen, ist die Gefahr sehr groß, dass die Patienten der krankheitsbedingten Antriebsminderung und Lustlosigkeit nachgeben. Die Erfahrung hat gezeigt, dass einige Patienten es nicht schaffen, diese Überbrückungszeit eigenständig so weit durchzustehen, dass sie am Ende noch die in der WfbM erwarteten Fähigkeiten besitzen. Die Zwänge zu größerer Kosteneffizienz bedeuten so in vielen Fällen eine Verschlechterung der Behandlungsqualität zu Lasten der Patienten.

Allerdings sind nicht nur die von den Kostenträgern auferlegten Sparzwänge Ursache für den problematisch gewordenen Übergang in die WfbM. Die Krankenkassen können durchaus zu Recht ihrerseits darauf hinweisen, dass in den letzten Jahren die Bearbeitungszeiten der von Patienten und Tagesklinik gestellten Anträge in den Arbeitsämtern länger geworden sind. Die Kostenträger sind verständlicherweise nicht bereit, diese durch bürokratische Schwerfälligkeit bedingten Übergangszeiten zu finanzieren. Die Vermittlung der Patienten in überörtliche Reha-Einrichtungen ist in dieser Situation keine Lösung des Problems, denn zum einen sind viele Patienten nicht bereit, wohnortfern betreut zu arbeiten, und zum anderen brauchen auch die überörtlichen Einrichtungen eine längere Vorbereitungszeit, um einen Patienten übernehmen zu können. Die Zusammenarbeit mit der WfbM in Offenbach selbst ist weitgehend problemlos. Es gibt

einen regen Kontakt zur Tagesklinik in Form von »Werkstattgesprächen« des Sozialarbeiters vor Ort.

Wiedereingliederung in Beruf und Ausbildung

Bei – im Durchschnitt der Jahre – etwas unter 30 % aller Behandlungsepisoden können die Patienten nach dem Tagesklinikaufenthalt wieder in ihren Beruf oder ihre Ausbildung zurückkehren. Es gibt keinen Zusammenhang mit der Dauer der Behandlungszeit, die Quote der erfolgreichen Vermittlungen in Arbeit ist bei allen Verweildauern in etwa gleich.

Dass diese Erfolgsquote in den zurückliegenden Jahren stets auf gleicher Höhe ist, obwohl die Situation am Arbeitsmarkt sich deutlich verschlechtert hat, mag auf den ersten Blick erstaunlich erscheinen. Aber vielleicht liegt dies einfach auch nur daran, dass schon zu Beginn des Untersuchungszeitraums die Chancen auf dem Arbeitsmarkt für die hier in Rede stehende Personengruppe vergleichsweise schlecht war. Insofern gelingt damals wie heute die Rehabilitation in Arbeit nur für den relativ kleinen Kern derjenigen, die das Privileg relativ geschützter Arbeitsverhältnisse genießen. Ein solcher Schutz basiert teils auf arbeitsrechtlichen Verträgen (z. B. bei Beschäftigten des öffentlichen Dienstes), teils aber auch auf besonderen normativen Verpflichtungen, die Arbeitgeber aus verschiedenen Gründen freiwillig übernehmen. Im Falle von Frau Z.P. ist es die Familiensolidarität, die ihr den Arbeitsplatz – trotz einer Vielzahl von psychiatrischen Episoden – garantiert:

Frau Z.P. leidet seit 1989 an einer schizoaffektiven Psychose und wurde deshalb häufig stationär psychiatrisch in verschiedenen Kliniken behandelt. Im Jahr 1994 kam sie nach einem stationären Aufenthalt erstmals in die Tagesklinik, damals war sie 25 Jahre alt und lebte allein. Es bestand intensiver Kontakt zu den Eltern, in deren Firma sie auch als Bürokraft beschäftigt war. Nach dem ersten viermonatigen tagesklinischen Aufenthalt wurde sie seit 1994 ambulant im Rahmen der Tagesklinik weiterbehandelt. Seither wird sie in Krisensituationen immer wieder kurzfristig in die Tagesklinik aufgenommen, um eine vollstationäre Behandlung zu verhindern. In den letzten neun Jahren musste Frau Z.P. zwei Mal vollstationär behandelt werden, die übrigen Krankheitsepisoden wurden tagesklinisch abgefangen. Frau Z.P. gerät in Überforderungssituationen immer wieder in schizomanische oder schizodepressive Zustände, in denen sie nicht mehr in der Lage ist, ihrer Berufstätigkeit nachzugehen. Der Arbeitsplatz im Familienbetrieb ist ihr aber bis heute erhalten geblieben. Die kurzfristigen teilstationären Aufenthalte stabilisieren sie immer wieder so weit, dass sie ihr Leben selbstständig mit einer medikamentösen Rezidivprophylaxe und regelmäßigen ambulanten Gesprächsterminen führen kann. Sie gehört mit acht Aufnahmen im Untersuchungszeitraum zu den heavy usern der Offenbacher Tagesklinik.

Patienten, die an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, gehören in der Mehrzahl zu den Menschen, für die eine schwere psychische Störung eine einmalige Episode in der Biografie darstellt. Sie werden durch die Krankheit aus dem Arbeitsalltag gerissen, werden erfolgreich behandelt und können anschließend aber wieder das gewohnte Leben weiterführen. Die Geschichte von Herrn M. B. steht stellvertretend für diesen Typus von Krankheitsverlauf:

Herr M. B. kam nach einem sechswöchigen stationären Aufenthalt im Philipppshospital Riedstadt zur Aufnahme in die Tagesklinik. Es handelte sich um die erste psychotische Episode überhaupt. Herr M. B. war damals 39 Jahre alt, verheiratet, ein Kind, von Beruf Diplom-Kaufmann in gehobener Position. Bei Aufnahme in die Tagesklinik bestand keine psychotische Symptomatik mehr, im Vordergrund stand eine Minus-symptomatik mit Antriebsminderung, Anhedonie, innerer Leere und einer gedrückten Stimmungslage. Nach Absetzen der neuroleptischen Medikation, die den Patienten subjektiv zu sehr einschränkte, und einem differenzierten Belastungs- und Trainingsprogramm in der Tagesklinik sowie intensiven Einzelgesprächen besserte sich die Stimmung sowie die Konzentrations- und Ausdauerfähigkeit des Patienten deutlich. Er konnte nach fünf Wochen stabilisiert nach Hause entlassen werden und nahm seine Berufstätigkeit wieder auf.

Ein halbes Jahr später kam Herr M. B. erneut in die Tagesklinik. Die Psychose war wieder ausgebrochen, und er hatte einen fünfwöchigen stationären Aufenthalt in Riedstadt hinter sich. Unter der Behandlung mit einem atypischen Neuroleptikum und der erneuten intensiven sozio- und psychotherapeutischen Behandlung wurde er nach fünf Wochen tagesklinischer Behandlung nach Hause entlassen und konnte wieder arbeiten gehen. Seither wird Herr M. B. im Rahmen der Teilnehmungsambulanz weiterhin regelmäßig gesehen und erhält eine niedrig dosierte Rezidivprophylaxe mit einem Atypikum. Seit über zwei Jahren ist er psychisch stabil und geht weiter arbeiten.

Wenn die Krankheit sich über längere Zeit hin zieht und die Gefahr besteht, dass eine Rückkehr an den alten (oder an einen neuen) Arbeitsplatz zum Problem werden könnte, arbeitet die Tagesklinik z. T. mit dem Integrationsfachdienst *von Lebensräume gGmbH* zusammen. Die Mitarbeiter dieses Dienstes kommen dann schon während der Behandlungszeit zu Gesprächen mit den Patienten in die Tagesklinik und planen die Schritte nach der Entlassung. Die Patienten werden sowohl direkt am Arbeitsplatz als auch zu Hause und in den Büros des Integrationsfachdienstes betreut, wenn sie aus der Tagesklinik entlassen worden sind. Der Integrationsfachdienst bringt in Erfahrung, welche Probleme es mit der Arbeit, den Kollegen und Vorgesetzten gibt, und versucht dann in Verhandlungen mit dem Arbeitgeber Lösungswege für diese Probleme zu finden. Wenn ehemaligen Patienten gekündigt wird, dann schaltet das Integrationsamt ebenfalls den Dienst ein, um durch Beratung vielleicht die Kündigung abzuwenden. Ein Beispiel für eine berufliche Eingliederung in Kooperation mit dem Integrationsfachdienst ist Frau G. J.:

Frau G.J. wurde von einem niedergelassenen Nervenarzt mit dem Verdacht auf eine schizophrene Psychose eingewiesen, da sie verschiedene paranoide Ideen äußerte und sich körperlich zu schwach fühlte, um arbeiten zu gehen. Sie war bei Aufnahme 42 Jahre alt und arbeitete als Sekretärin in einer großen Bank. Sie ist geschieden, hat keine Kinder und lebt sehr zurückgezogen allein in einer kleinen Wohnung. Nach der Trennung von ihrem Mann habe sie keine Beziehungen mehr gehabt, sondern sich in eine Traumwelt zurückgezogen und sich auf Fernsehstars konzentriert, mit denen sie sich ein gemeinsames Leben vorstellt. Den Krankheitsbeginn datiert die Patientin schon Jahre vorher. Sie habe geglaubt, an negativen Dingen, die um sie herum passierten, schuld zu sein. Außerdem glaubte sie schon lange, dass sie andere Menschen steuern könne. Mit diesen Gedanken sei sie immer allein zurechtgekommen, in Behandlung habe sie sich deshalb nie begeben. Nachdem jetzt aber auf der Arbeit merkwürdige Dinge passiert seien, die sie sich nicht erklären könnte (der Computer habe gestrahlt, und ihr die Energie genommen; die Arbeitskollegen bildeten ein Komplott gegen sie), sei sie erstmal zu einem Heilpraktiker gegangen, der sie mit Hypnose behandelt habe. Seither habe sie aber das Gefühl, sie stehe telepathisch in Kontakt mit diesem Heilpraktiker, und dieser würde sie steuern. Deshalb sei sie zu einem Psychiater gegangen, der sie jetzt zwei Monate ambulant behandelt habe. Es ginge ihr aber nicht besser, sodass der Arzt sie in die Tagesklinik überwiesen habe. Unter der Behandlung mit hochpotenten Neuroleptika kam es zu leichten motorischen Einschränkungen, die die Patientin nicht akzeptierte, sodass lediglich mit niederpotenten Neuroleptika weiterbehandelt werden konnte. Unter dieser Behandlung legte sich die paranoide Symptomatik nicht vollständig, die Patientin fühlte sich aber subjektiv wieder in der Lage, arbeiten zu gehen und wurde nach einem halben Jahr tagesklinischer Behandlungszeit nach Hause entlassen. Drei Monate später wurden die Beeinträchtigungen durch das paranoide Erleben jedoch wieder so massiv, dass sie für sechs Wochen vollstationär behandelt werden musste und dann erneut in die Tagesklinik kam. Hier hatte sie aber das Gefühl, ihr Leben nicht mehr meistern zu können, hatte die Vorstellung, dauerhaft in einem Heim leben zu müssen, da sie ihren Haushalt und die Arbeit nicht mehr schaffen könne. Ihrem Körper würde Kraft entzogen, sie sei völlig schwach und zu nichts mehr fähig. Sie regredierte immer mehr, sodass es zu einer erneuten vollstationären Aufnahme nach drei Wochen tagesklinischer Behandlung kam. Dieser Aufenthalt dauerte schließlich ein halbes Jahr. Bei Wiederaufnahme in die Tagesklinik bestanden die existenziellen Ängste nicht mehr, Frau G.J. fühlte sich wieder dazu in der Lage, allein in ihrer Wohnung zu leben. Die paranoiden Vorstellungen waren deutlich in den Hintergrund getreten, aber nicht vollständig remittiert. Die Patientin hatte immer genaue Vorstellungen darüber, welche Medikamente ihr helfen würden und verweigerte während der gesamten voll- und teilstationären Behandlungszeiten hochpotente Neuroleptika, sie akzeptierte lediglich Atosil, ein niederpotentes Neuroleptikum.

Nachdem Frau G.J. in der Tagesklinik wieder auf ihre Tätigkeit als Sekretärin vorbereitet wurde, und sie sich wieder an den Computer gewöhnt hatte, konnte sie nach

weiteren drei Monaten tagesklinischer Behandlung entlassen werden. Schon während des Aufenthaltes wurde der Integrationsfachdienst eingeschaltet, um die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit vorzubereiten. Der Patientin wurde geraten, einen Behindertenausweis zu beantragen, um eine bessere Arbeitsplatzsicherheit zu erhalten. In Gesprächen mit dem Arbeitgeber konnten die Mitarbeiter zudem besondere Arbeitsbedingungen aushandeln: Frau G.J. kann jetzt in einem kleinen Büro allein für sich arbeiten, und sie fühlt sich so von den Kollegen weniger beeinträchtigt. Wegen ihrer Schwierigkeiten, morgens rechtzeitig aufzustehen, hat sie flexiblere Möglichkeiten zur Wahl der Lage der Arbeitszeit eingeräumt bekommen.

Frau G.J. wird jetzt seit über zehn Jahren im Rahmen der Beteiligungsambulanz regelmäßig ambulant in der Tagesklinik gesehen, erhält ihre Medikamente und Gespräche, geht regelmäßig arbeiten und war nirgends wieder in voll- oder teilstationärer Behandlung. Die Behandlungsepisode hat sich über den langen Zeitraum von fast zwei Jahren hingezogen, mit nur einer kurzen dreimonatigen Unterbrechung, in der sie versuchte, arbeiten zu gehen.

Entlassung ohne Tagesstruktur

Wenn man es als ein erstrebenswertes Ziel tagesklinischer Behandlung ansieht, dass jeder Patient in eine geregelte Tagesstruktur entlassen wird, damit das in der Klinik Erreichte weitergeführt und stabilisiert wird, dann muss der Anteil von – im Mittel – 44 % der Behandlungsfälle, in denen dieses Ziel nicht erreicht wird, als unbefriedigend hoch angesehen werden (vgl. Tabelle 5.5-1).

Für die meisten Menschen ist Arbeit und Beschäftigung eine wichtige Quelle von Anerkennung, Bedeutsamkeit und materieller Sicherheit. Ein wichtiges Ziel der Offenbacher Tagesklinik war es von Anfang an, Patienten in eine sinnvolle Tätigkeit zu entlassen. Im Beobachtungszeitraum ist dieses Ziel jedoch für eine relativ große Gruppe von Menschen nicht erreicht worden, und der Anteil steigt in den letzten Jahren eher noch an. Die Gründe dafür liegen sicherlich zum einen in den schlechten Arbeitsmarktchancen von kranken und behinderten Menschen allgemein, zum anderen aber auch an den immer noch unzureichenden Angeboten tagesstrukturierender Maßnahmen im gemeindepsychiatrischen System Offenbachs. Bei genauerer Betrachtung dieser Gruppe lassen sich drei Untergruppen unterscheiden, die subjektiv jeweils ganz verschieden mit der Situation eines unstrukturierten Tages umgehen:²⁰ (a) Patienten, die mit ihrer beschäftigungslo-

²⁰ Zur Unterscheidung benutze ich die beiden Dimensionen: *Zufriedenheit* mit der gegebenen Situation (hoch oder niedrig) und *freiwillige Nutzung von Behandlungsangeboten* (ja oder nein). Ein Feld dieser Vier-Felder-Tafel scheint empirisch nicht sehr häufig zu sein und wird deshalb nicht berücksichtigt: Personen, die mangels Krankheitseinsicht immer erst nach Zwangsmaßnahmen behandelt werden, die aber zufrieden mit ihrer Situation sind.

sen Situation zufrieden sind, damit auch gut zurechtkommen, und im Bedarfsfall die Hilfen der gemeindenahen Psychiatrie bereitwillig in Anspruch nehmen; (b) Patienten, die in dieser unstrukturierten Situation vollkommen unzufrieden sind, deshalb häufiger krank werden, und die zu ›heavy users‹ der Psychiatrie werden; schließlich (c) die Patienten, die jede Art von Zuwendung, Behandlung und Tagesstrukturierung offensiv ablehnen.

Zu (a): Ein Teil der Patienten hat sich damit arrangiert, keinen Arbeitsplatz mehr zu finden. Sie wünschen auch keine Tagesstrukturierung innerhalb des psychiatrischen Systems und beschäftigen sich lieber selbst. Häufig sind dies Menschen, die durch eine frühere Berufstätigkeit eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten, und die deshalb finanziell relativ unabhängig sind. Je nach Alter sind diese Renten zwar nicht üppig, aber meistens liegen sie über dem Sozialhilfeniveau. Zwei Beispiele für diese Form des Umgangs mit der Krankheit sind Frau K.A. und Frau C.I.:

Frau K.A. ist 46 Jahre alt und leidet seit 1995 an einer Schizophrenie. Deswegen wurde sie seither drei Mal vollstationär in unserer Klinik behandelt, mehrfach auch längere Zeit in der Tagesklinik. Sie wurde in der Türkei geboren, machte dort das Abitur und arbeitete einige Jahre in einem Büro. Sie heiratete einen Landsmann und kam 1978 mit ihm nach Deutschland. Die Ehe scheiterte, und Frau K.A. zog 1984 nach Offenbach. Hier arbeitete sie als angelernte Arbeiterin mehrere Jahre in einer Fabrik. Nach der zweiten Krankheitsepisode 1998 war die Patientin deutlich belastungsgemindert, ausdauer- und konzentrationsgeschwächt, sodass die Arbeitsfähigkeit verloren ging. Zunächst lebte sie von Sozialhilfe, dann stellte sie einen Rentenantrag, der bewilligt wurde. Sie erhält zusätzlich noch eine kleine Rente in der Türkei. Frau K.A. lebt in einer kleinen Wohnung in der Innenstadt, hat sehr viele Freunde und Bekannte und hat keine Probleme, ihren Tag zu gestalten. Sie braucht sehr viel Schlaf und Ruhephasen, hat häufig Besuch von ihren Freundinnen und hilft regelmäßig bei den Seniorentreffen der Caritas aus. Freitags kommt sie immer zu einem ambulanten Gesprächstermin in die Tagesklinik und bleibt dann noch länger dort, um am gemeinsamen Kaffeetrinken teilzunehmen.

Frau C.I. ist 44 Jahre alt, verheiratet und leidet seit 1988 an einer schizophrenen Psychose. In den ganzen Jahren wurde sie mehrfach stationär und teilstationär psychiatrisch in der Offenbacher Klinik behandelt. Sie ist von Beruf Rechtsanwaltsgehilfin, ihr wurde wegen der Krankheit jedoch im Jahr 1990 gekündigt. Nach mehreren gescheiterten Rehabilitationsversuchen (Berufsfindungsmaßnahme und Besuch der WfbM) reichte sie die Rente ein. Seither erhält sie Erwerbsunfähigkeitsrente und eine private Berufsunfähigkeitsrente. Nach dem letzten tagesklinischen Aufenthalt im Jahr 1999 entschloss sie sich, gar keiner geregelten Beschäftigung mehr nach zu gehen. Ihr Ehemann ist ebenfalls psychisch krank und besucht die WfbM. Sie selbst führt den Haushalt, schläft sehr viel und verbringt häufig die Zeit mit ihrer Mutter, die in unmittelbarer Nähe lebt. Ein verhältnismäßig großer Teil der Patienten ohne formale Tagesstrukturierung

hat sich in dieser oder ähnlicher Form mit der Krankheit arrangiert und nutzt die psychiatrische Infrastruktur nur in Ausnahmesituationen. Von diesen Fällen kann schwerlich behauptet werden, dass sie ohne Erfolg behandelt worden wären, denn sie sind in der Lage, selbstständig ein Leben in der Gemeinde zu führen, und das reduzierte Niveau an materieller Lebensqualität und sozialen Teilhabechancen hat nicht zum völligen Verlust der Lebenszufriedenheit geführt.

Zu (b): Andere Patienten können sich mit der Situation, ohne jede Beschäftigung zu sein, nicht arrangieren. Sie fühlen sich wertlos, nicht mehr gebraucht und suchen häufig den Kontakt zur Psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik, in der Hoffnung, Hilfe zu finden, die ihnen aus einem Leben, das sie nicht aushalten können, heraushilft. Typische Patienten sind Frau M.E. und Herr V.J.

Frau M.E. erkrankte mit 46 Jahren an einer wahnhaften Störung und erhielt krankheitsbedingt die Kündigung ihres Arbeitsplatzes als Verkäuferin in einem gehobenen Geschäft für Damenoberbekleidung. Sie war fest davon überzeugt, dass die Scientology-Sekte Schuld an dieser Kündigung war, und sie setzte sich zum Ziel, diese Sekte zu verfolgen. Sie nahm Kontakt mit der Staatsanwaltschaft, verschiedenen Sektenbeauftragten und Anwälten auf und reiste in der Bundesrepublik umher, um die Machenschaften der Sekte anzuprangern. Darüber verlor sie ihre Wohnung und wurde zwangsgeräumt. Da sämtliche Fristen und Zahlungen versäumt wurden, musste sie schließlich in das psychiatrische Fachkrankenhaus nach Riedstadt eingewiesen werden. Hier wurden die sozialen Angelegenheiten neu geregelt. Sie erhielt einen gesetzlichen Betreuer und wurde medikamentös eingestellt. Seitdem lebt sie wieder in einer kleinen eigenen Wohnung.

In die Tagesklinik kam sie zur weiteren Planung der beruflichen Perspektive. Frau M.E. war nicht krankheitseinsichtig. Sie fühlte sich ungerecht im Leben behandelt und wollte möglichst schnell wieder eine Stelle als Verkäuferin in einem Bekleidungshaus der gehobenen Klasse finden. Da sie in der Vergangenheit alle Fristen für die Beantragung des Arbeitslosengeldes versäumt hatte, lebte sie von der Sozialhilfe. Bis zu ihrer Erkrankung war sie eine sehr gepflegte Frau, die viel Wert auf die äußere Erscheinung legte und nur Markenkleidung trug. Da sie sich diese Ausgaben von der Sozialhilfe nicht mehr leisten kann, kommt es immer wieder zu depressiven Phasen mit Suizidalität. Sie bewirbt sich seit mindestens drei Jahren immer wieder, findet aber keine Stelle. Zunächst war sie nicht bereit, unterhalb ihres Anspruchsniveaus arbeiten zu gehen. Allmählich aber wäre sie sogar bereit, im Lager zu arbeiten oder auch Regale im Supermarkt aufzufüllen. Trotz aller Bemühungen gelang ihr bisher kein Neueinstieg in die Erwerbstätigkeit. Eine Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen lehnt sie entschieden ab, da sie sich nicht als »Behinderte« fühlt, und sie es als Herabsetzung empfinden würde, nur unter psychisch Kranken zu sein. Schließlich hoffte sie, eine sinnvolle Beschäftigung bei der neuen Integrationsfachfirma von *Lebensräume GmbH* zu finden. Hier arbeitete sie aber nur einige Tage und war dann empört, denn dort würden auch nur schwer psychisch Kranke arbeiten, und die Atmosphäre sei

genauso wie in der Werkstatt, wenn nicht schlimmer. Da bleibe sie lieber zu Hause. Frau M.E. ist so verzweifelt über ihre Situation, dass sie sich immer häufiger an die Klinik wendet und wegen schwerer depressiver Zustände stationär oder auch in die Tagesklinik aufgenommen werden muss.

Herr V.J. stammt aus der Sowjetunion, hat dort das Abitur gemacht und kam mit seinen Eltern nach Deutschland. Hier arbeitete er als ungelernter Arbeiter für einige Jahre. Er hat geheiratet und hat inzwischen zwei kleine Kinder. Die Familie lebte bis zu seiner Erkrankung im Jahr 2000 von seinem Einkommen als Kraftfahrer. Nach einer akuten Psychose, die stationär behandelt wurde, kam er in die Tagesklinik. Hier zeigte sich eine deutliche Minussymptomatik, die sich auch während der Behandlungszeit nur unwesentlich besserte. Herr V.J. versuchte nach der Entlassung noch einmal zu arbeiten. Wegen einer deutlichen Verlangsamung und Antriebsarmut konnte er die geforderten Leistungen jedoch nicht mehr erbringen. Die Familie lebt von Arbeitslosenhilfe und ergänzender Sozialhilfe. Die Ehefrau ist sehr enttäuscht von ihrem Mann und überlegt, sich zu trennen, wenn er keinen Beitrag zum Familieneinkommen mehr leisten kann. Patient und Angehörige sind völlig verzweifelt über ihre Situation, aber weder der Arbeitsmarkt noch die psychiatrischen Beschäftigungseinrichtungen bieten gangbare Wege, aus ihr herauszukommen.

An Patienten dieses Typs werden die prinzipiellen Grenzen der psychiatrischen Versorgungssysteme deutlich. Einerseits verhindert die Schwere der Erkrankung, dass die Patienten eine normale Arbeit aufnehmen können, andererseits haben die von den Patienten bereitwillig in Anspruch genommenen psychiatrischen Angebote nur eine Form von Tagesstrukturierung zu bieten, die von den Patienten subjektiv als stigmatisierend und finanziell unattraktiv wahrgenommen werden.

Zu (c): Eine dritte Gruppe von Patienten, die aus der Tagesklinik ohne jede Struktur entlassen werden, sind diejenigen, die das psychiatrische Hilfesystem ablehnen und in der Regel keine Krankheitseinsicht haben. Je nach Schwere der Erkrankung und dem Ausmaß aggressiven oder fremdgefährdendem Verhaltens bestehen rechtliche Behandlungsaufgaben, die die Patienten zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung zwingen. Besonders problematisch sind Menschen mit einer Doppeldiagnose von Psychose und Sucht. Bei ihnen verschlimmert sich die psychotische Symptomatik aufgrund ständigen Drogenkonsums noch zusätzlich. Beispiel für diese Gruppe sind Herr E. A. und Herr V. K.

Herr E. A. ist 24 Jahre alt. Die Familie stammt aus Lateinamerika, er selbst ist aber in Offenbach geboren. Er machte den Realschulabschluss, begann eine Lehre zum Kfz-Mechaniker, die er jedoch nach drei Monaten abbrach. Er jobbte vorübergehend lediglich für einige Monate in einem Schuhgeschäft. Im Jahr 1996 stellten sich nach vorausgegangenem Haschisch- und LSD-Konsum erstmals psychotische Erlebnisse ein, die er jedoch nicht als Krankheitszeichen interpretierte. Er begab sich in keinerlei Behandlung. Drei Jahre lang war er davon überzeugt, dass Musikgruppen wie die »Spice Girls« oder »Madonna« Songs über ihn schreiben würden, um ihm damit Botschaf-

ten zukommen zu lassen. Erst im Jahr 1999 kam es auf Intervention der Familie zur ersten Aufnahme in die psychiatrische Klinik, nachdem Herr E. A. zu Hause aggressiv geworden war. Nach insgesamt vier Monaten voll- und teilstationärer Behandlung wurde er nach Hause entlassen. Er wollte einen Computerkurs vom Arbeitsamt absolvieren und sich weiter ambulant psychiatrisch behandeln lassen. Beides fand jedoch nicht statt, da Herr E. A. schnell wieder Haschisch konsumierte und den ganzen Tag nichts machte. Immer wieder kam es zu Auseinandersetzungen mit den Eltern und den Geschwistern. Schließlich wurde er im März 2000 gegen seinen Willen nach dem Betreuungsgesetz erneut stationär aufgenommen. Nach fünf Monaten voll- und teilstationärer Behandlung konnte er entlassen werden. In der Zwischenzeit hatte die Betreuerin für ihn eine eigene Wohnung gefunden, in die er einzog. In den letzten drei Jahren kam es unter dem Einfluss von Haschisch jedoch immer wieder zu psychotischem Erleben und zu gefährlichen Handlungen. Herr E. A. zündelte mehrfach in seiner Wohnung oder im Fahrstuhl des Hauses, warf Gegenstände aus dem Fenster und gefährdete dadurch Passanten. Mehrfach wurde er stationär gegen seinen Willen aufgenommen. Ein Behandlungsbündnis konnte jedoch nie geschlossen werden. Herr E. A. lehnt jede Hilfemaßnahme ab und lässt sich nicht vom Haschischrauchen abhalten. Inzwischen hat er seine Wohnung verloren und lebt obdachlos auf der Straße. Die Betreuerin, die ihm die Sozialhilfe in bar zuteilt, hat kaum noch die Möglichkeit, ihn zu finden, sodass er häufig auch über kein Geld verfügt und bettelt oder stiehlt.

Herr V.K. lehnte in ähnlicher Form in akuten Phasen jede Behandlung ab. Er konnte dazu erst motiviert werden als ihm infolge selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens die Unterbringung in einer Einrichtung der Forensik drohte:

Herr V.K. ist 27 Jahre alt, stammt aus dem ehemaligen Jugoslawien und lebt heute mit seiner Mutter zusammen. Früher hatte er einige Jahre als ungelerner Arbeiter gearbeitet, und hatte eine eigene Wohnung, ein Auto und eine Freundin. Vor einigen Jahren erkrankte er erstmals an einer Manie mit psychotischen Symptomen. Er hörte die Stimme Gottes, die ihm sagte, er sei auserwählt und könne die Menschen in Serbien retten. Er machte sich sofort auf den Weg und fuhr mit seinem Auto Richtung Süden. Auf der Autobahn hätten ihm die Stimmen immer gesagt, er solle noch schneller fahren, um keine Zeit zu verlieren. So sei er mit über 200 km/h gerast. Wenn ein Auto ihm nicht schnell genug Platz gemacht habe auf der linken Spur, habe er den Vordermann »touchiert« und weggeschoben. Nachdem er das mit mehreren Autos gemacht habe, sei ein Polizeiauto gekommen und habe ihn stoppen wollen. Dieses habe er aber auch wieder weggeschoben. Schließlich seien acht Polizeiautos auf der Autobahn gewesen, alle hätten – ohne Erfolg – versucht, ihn zum Stoppen zu bringen. Erst nachdem seine Reifen zerschossen wurden, musste er anhalten. Glücklicherweise sei es zu keinem Unfall auf der Autobahn gekommen. Die Polizei habe ihn mit Handschellen in eine psychiatrische Klinik gebracht, wo er erstmals behandelt wurde.

Nach der manischen Phase geriet er in einen schweren depressiven Zustand und wurde in die Offenbacher Klinik verlegt. Anschließend besuchte er die Tagesklinik, um

wieder arbeitsfähig zu werden. In einem Gerichtsverfahren wegen der Vorfälle auf der Autobahn wurde Herr V.K. für nicht schuldig befunden und deshalb freigesprochen. Die Möglichkeit einer Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB wurde vom erkennenden Gericht verworfen. Der Führerschein wurde ihm entzogen. Nach dieser Krankheitsphase erlangte der Patient nicht mehr seine ursprüngliche Arbeitsfähigkeit. Er zog wieder zur Mutter zurück und verbringt seine Zeit mit Nichtstun. Da er die Medikamente für seine Antriebslosigkeit verantwortlich machte, setzte er schließlich heimlich alle Tabletten ab und wurde erneut manisch. Die niedergelassene Nervenärztin versuchte ihn zu überreden, in die Klinik zu gehen, was er aber ablehnte. Nachdem er zu Hause aggressiv wurde und den Bruder und die Mutter zusammenschlug, kam er mit Polizeigewalt in die Klinik und wurde dort erneut behandelt. Nachdem die akute manisch-psychotische Phase abgeklungen war, kam er in die Tagesklinik. Dort wurde eine Betreuung beantragt, um im Falle eines drohenden Rückfalls eine sofortige Unterbringung veranlassen zu können. Betreuerin wurde die Mutter. Da Herr V.K. nur wenig Krankheitseinsicht zeigt und davon überzeugt ist, dass seine Antriebsminderung von den Medikamenten kommt, ist die weitere Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme fraglich. So vereinbarte die niedergelassene Nervenärztin mit dem Patienten und der Mutter eine regelmäßige Bestimmung des Blutspiegels, um die Einnahme des Medikaments kontrollieren zu können. Da diese engmaschige Kontrolle in einer Nervenarztpraxis nur schwer zu leisten ist, bat die Psychiaterin darum, diese Kontrollfunktion ambulant in der Tagesklinik durchzuführen.

An der kleinen Gruppe von Patienten, zu der die beiden zuletzt dargestellten Fallbeispiele zählen, zeigen sich die Herausforderungen künftiger gemeinde-integrierter psychiatrischer Versorgung besonders deutlich. Durch die Interaktion von Suchtabhängigkeit und chronischen psychotischen Störungen ist eine Population von Schwerkranken entstanden, die im bestehenden Versorgungssystem nicht optimal behandelt werden kann. Mit der notwendigen Langfrist-Rehabilitation ist das ambulante System überfordert, und in der Tagesklinik (und erst recht im vollstationären Bereich) scheitern Rehabilitations-Behandlungen zunehmend am Widerstand der Kostenträger.

6 Tageskliniken im Wandel: Chancen und Gefahren

Tageskliniken in der Allgemeinpsychiatrie sind international seit Jahrzehnten ein fester Bestandteil der Versorgungslandschaft. Ihr Aufschwung ist eng verbunden mit der Psychiatrie-Reform: der Idee und der Praxis einer in die Gemeinde integrierten Psychiatrie. In Deutschland hat sich diese institutionelle Innovation zunächst nur zögerlich, seit den 1980er-Jahren dann aber beschleunigt ausgebreitet, und es scheint, als ob diese Expansion derzeit noch längst nicht abgeschlossen ist. Die deutsche Entwicklung steht damit in deutlichem Kontrast zu der eher skeptischen Einschätzung, die seit rund einem Jahrzehnt die anglo-amerikanische Diskussion über Tageskliniken dominiert. So konstatierten Hoge und Kollegen schon 1992 für die USA: »For half a century, partial hospitalization has been touted as a treatment of promise. (...) For many years, observers have expected that the number of partial hospitals would soon begin to increase exponentially. But the promise of partial hospitalization never materialized in the ways its advocates envisaged. (...) Departments of mental health in many states have withdrawn both commitment to and financial support for this form of treatment.« (HOGE et al. 1992: 345) Ähnliches stellt MARSHALL (2003: 116) ein Jahrzehnt später mit Blick auf das UK und die USA fest: »Acute day hospitals are among the earliest forms of psychiatric community care, but they are definitely not in fashion. In the NHS Plan they are not targeted for investment, whereas in the United States, under managed care, they have been in steady decline since the 1980s.« Vor diesem Hintergrund stellen sich unweigerlich einige Fragen: Wie ist es um die Zukunft der Tageskliniken in Deutschland bestellt? Welche Fehlentwicklungen im Bereich der Tageskliniken gab es im Ausland, die in Deutschland vermieden worden sind (oder die in Zukunft vermieden werden sollten)? Welchen Einfluss haben die verschärften Bestrebungen, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, auf die Situation von Tageskliniken in Deutschland (Stichwort: »managed care«²¹)? Diesen Fragen soll im abschließenden Kapitel dieser Arbeit nachgegangen werden. Bei dem Versuch, Antworten auf die aufgeworfenen Fragen zu finden, sind die zusammenfassenden Folgerungen aus der empirischen Fallstudie zur Stadt Offenbach jeweils ein geeigneter Ausgangspunkt.

Tageskliniken sind Teil der kostenintensivsten und spezialisiertesten Stufe des psychiatrischen Versorgungssystems. Von treffsicher ausbalancierten gemeinde-

21 Einen Überblick zu Zielen und Methoden der *Managed Care-Konzepte* gibt WIECHMANN (2003 a, und 2003 b), speziell zur Anwendbarkeit in der Psychiatrie vgl. MAYLATH & STARK (1999).

psychiatrischen Verbänden muss erwartet werden, dass in Tageskliniken die Menschen mit den schwersten Störungen behandelt werden. Bei der Behandlung dieser Patienten erfüllen Tageskliniken drei Funktionen: Sie sind (a) eine Alternative zur vollstationären Behandlung in der Akutversorgung, (b) eine Übergangseinrichtung nach einem vollstationären Aufenthalt und (c) eine Einrichtung zur Intensivierung einer ambulanten Behandlung insbesondere bei der diagnostischen Abklärung eines unklaren Störungsbildes. Bevor die Zukunft der Tageskliniken im Hinblick auf diese Funktionen analysiert wird, soll vorab auf eine früher häufig genannte vierte Funktion, (d) die langfristige Rehabilitation und Tagesstrukturierung für Menschen mit schweren dauerhaften Behinderungen eingegangen werden.

Versorgung der neuen chronischen Langzeitpatienten

Nach der Abschaffung der Langzeithospitalisierung in wohnortfernen Anstalten als Regelbehandlung für die dauerhaft schwer erkrankten Patienten hat sich in allen Ländern relativ schnell gezeigt, dass eine neue Gruppe von Patienten entsteht, die zwar in der Gemeinde lebt, deren Krankheit aber einen ähnlich schweren Verlauf nimmt, und die mit Chronifizierung und dauerhaften Behinderungen endet. Die Hoffnungen, dass ohne die Hospitalismus-Schädigungen und mit einem Verbleib der Menschen im vertrauten Lebensumfeld auch die schwersten Formen psychischer Erkrankungen zurückgehen würden, haben sich also nur zum Teil erfüllt. In der Anfangszeit der dritten Phase der Psychiatrie-Reform, als die gemeindenahen Einrichtungen erst rudimentär entwickelt waren, ist Tageskliniken die Aufgabe der Versorgung dieser Menschen ungeplant zugewachsen. Als solche »Day care«-Einrichtungen sind Tageskliniken in Verruf geraten. Langzeitaufenthalte mit gering qualifizierten Angeboten zur reinen Tagesstrukturierung sind als neuartige Form der »Institutionalisierung«, als schlechte medizinische Behandlung und als wenig effektive berufliche und soziale Rehabilitation heftig kritisiert worden (vgl. PRYCE 1982, McGRATH & TANTAM 1987) »Day care«-Programme dieses Typs waren ein wesentlicher Grund für die abnehmende Wertschätzung der Tageskliniken in den USA und im UK.

Es ist empirisch wenig darüber bekannt, in welchem Ausmaß die Tageskliniken in Deutschland in ähnlicher Weise mit diesem Problem der Fehlplatzierung von Patienten zu kämpfen haben. Nach der PsychPV ist die Personalausstattung zwar auf rehabilitative Aufgaben zugeschnitten, und ein Teil des für Akutbehandlungen nötigen medizinischen und pflegerischen Personals ist deshalb nicht vorgesehen, aber insgesamt ist doch unstrittig, dass es sich um medizinische Rehabilitation im engen Kontext von Akutbehandlungen handeln muss. Reine Beschäftigung zur Tagesstrukturierung und langfristige berufliche Rehabilitationen gehören

nicht zu den Aufgaben der Tagesklinik, und die Kostenträger achten mit Recht darauf, dass diese Formen der Behandlung nicht im tagesklinischen Setting zu ihren Lasten stattfinden. Jede tagesklinische Behandlung muss immer ein definiertes Ziel haben: Stabilisierung im Sinne einer Symptomreduzierung, Frühintervention, um die Verschlimmerung des Zustands zu verhindern, Abbau bestimmter Funktionseinbußen (Ausdauer, Konzentration, Belastungsfähigkeit, usw.) oder Vorbereitung einer beruflichen Rehabilitation. Immer dann, wenn die Behandlung kein übergeordnetes Ziel mehr hat, weil der Patient so chronifiziert ist, dass lediglich eine Tagesstrukturierung angezeigt ist, sind andere Einrichtungen im gemeindepsychiatrischen Verbund zuständig.

Wie die Fallstudie zur Tagesklinik in Offenbach zeigt, ist in einem gut ausgebauten GPV diese day-care-Funktion heute vollständig aus der Tagesklinik verschwunden. Diese Funktion wird von *Tagesstätten*, von *Werkstätten für behinderte Menschen*, von *Integrationsprojekten* und im Rahmen des *betreuten Wohnens* in Kooperation mit den ambulanten sozialpsychiatrischen Diensten und den niedergelassenen Nervenärzten erfüllt. Die Tagesklinik ist für diesen Personenkreis nur eine manchmal hilfreiche Ergänzung, wenn sie gelegentlich, oft informell, als leicht zugängliche Anlaufstelle genutzt wird. Regulär aufgenommen werden chronisch kranke Patienten – wie alle anderen Personen – nach einem vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus oder wenn ihr Zustand sich so verschlechtert, dass eine Akutbehandlung nötig wird.

Allerdings bedeutet das Vorhandensein eines differenzierten Betreuungsangebots für die schwer chronisch erkrankten Menschen nicht, dass deren Versorgungsprobleme damit endgültig gelöst wären. Trotz des Vorhandenseins von Einrichtungen bleibt ein Teil der in der Gemeinde lebenden Patienten sich selbst überlassen und ohne Tagesstrukturierung. In der Fallstudie zur Offenbacher Tagesklinik konnten dabei drei Gruppen identifiziert werden. Sie decken sich im wesentlichen mit den von SHEETS et al. (1982) hypothetisch unterschiedenen Typen. Die »*Low-energy-low-demand*«-Gruppe; sie fühlt sich in der Patientenrolle wohl, nimmt psychiatrische Hilfsangebote bereitwillig an, aber ist »ausgebrannt«, passiv und wenig motiviert, sodass die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft auf ein Minimum reduziert bleibt (vgl. auch HOFFMANN 1993). Eine zweite Gruppe ist der »*High-functioning-high-aspiration*«-Typ. Dies sind häufig Personen aus der gehobenen Sozialschicht, die in der Öffentlichkeit nicht als Patienten wahrgenommen werden wollen, sich von den bestehenden Einrichtungen für chronisch kranke und behinderte Menschen in keiner Weise angesprochen fühlen und oft unrealistisch hohe Ansprüche haben, welche Art der Teilhabe am Berufsleben für sie noch erreichbar ist. Die dritte Gruppe wird als »*High-energy-high-demand*«-Typ bezeichnet. Sie nimmt die Angebote der Psychiatrie im Bedarfsfall fordernd und aggressiv-gestimmt in Anspruch, verweigert aber ansonsten jegliche Kooperation mit den Einrichtungen. Personen dieser Gruppe haben eine

geringe Frustrationstoleranz, kommen oft mit dem Gesetz in Konflikt, sind in der Öffentlichkeit auffallend und leben ohne stabile Beziehungen. Im Extremfall leben sie auf der Straße. Da sie meist keine Krankheitseinsicht und Bereitwilligkeit zur Kooperation haben, werden sie auch von den Mitarbeitern der psychiatrischen Dienste oft abgelehnt. Diese Gruppe der »schwierigen« Patienten (vgl. BAUER 2000b, HOFFMANN 1993) stellt eine unbewältigte Herausforderung der Gemeindepsychiatrie dar. Am geeignetsten scheinen personalintensive Formen aufsuchender Arbeit zu sein, die es in Deutschland jedoch nicht gibt.

Tageskliniken als medizinische Rehabilitationseinrichtungen

Die Fallstudie zur Offenbacher Tagesklinik belegt, dass auch in einem vergleichsweise sehr gut ausgebauten GPV die Notwendigkeit besteht, für Menschen mit schweren psychischen Störungen Behandlungsmöglichkeiten im tagesklinischen Setting bereitzuhalten. Im betrachteten Zeitraum von elf Jahren waren stets rd. zwei Drittel aller Patienten Menschen mit psychotischen Störungen, und die restlichen Patienten hatten schwere affektive oder Persönlichkeitsstörungen. Circa 41 % waren bereits mehr als fünf Mal in einem psychiatrischen Krankenhaus, rd. 54 % hatten eine bis fünf stationäre Vorbehandlungen. Das heißt bei der Mehrzahl der Patienten ist eine Chronifizierung bereits eingetreten, bei den meisten anderen droht eine dauerhafte Behinderung. Bei diesen schweren Formen der Erkrankung muss zeitgleich oder möglichst zeitnah mit der Behandlung der akuten Symptome auch die medizinische Rehabilitation einsetzen.

Wie an anderer Stelle ausgeführt (Kapitel 2.2), umfasst die medizinische Rehabilitation bei psychischen Krankheiten die seelische und körperliche Stabilisierung, den Aufbau von Motivation, die Stärkung des Willens und der Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung, die Förderung von Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung sowie die Abklärung von Neigungen und Eignungen im Hinblick auf weiterführende (insbesondere berufliche) Maßnahmen. Psychotherapie und Soziotherapie sind die *Mittel*, die regelmäßig eingesetzt werden müssen, um die spezifischen *Ziele* der medizinischen Rehabilitation zu erreichen. Gemeinsam mit der Pharmakotherapie zur Behandlung der Symptome der Krankheit sind sie die drei Elemente aus denen jede fachgerechte psychiatrische Krankenhausbehandlung bei Vorliegen schwerer Störungen oder dauerhafter Behinderungen bestehen muss. Medizinische Rehabilitation ist insofern der Kernbereich tagesklinischer Tätigkeit. Wenn die Tagesklinik in ihrer Funktion als Alternative zur vollstationären Akutbehandlung tätig wird, dann sollte die frühzeitige rehabilitative Therapie integraler Bestandteil sein; wenn sie als Übergangseinrichtung nach einem stationären Aufenthalt tätig wird, dann stehen die rehabilitativen Behandlungen sowieso im Zentrum.

Während die psychische Stabilisierung nach akuten Episoden und die Eindämmung der Krankheitssymptome heute in relativ kurzer Frist und ohne gravierende Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen erreicht werden kann, ist die Art, die Intensität und der Zeitbedarf der medizinischen Rehabilitation, da es insbesondere während der Behandlung immer auch wieder zu Rückfällen oder Zustandsverschlechterungen kommen kann, von Fall zu Fall sehr unterschiedlich und weder für bestimmte Typen von Patienten, für bestimmte Diagnosen oder andere vorab zu definierende Kriterien im Voraus genau planbar. Dies ist die Ursache für die große Variabilität der Behandlungsdauern in Tageskliniken. Als spezialisierte Einrichtungen für die medizinische Rehabilitation auf der kostenintensivsten Stufe des psychiatrischen Versorgungssystems stehen Tageskliniken daher unter einem besonderen Rechtfertigungsdruck, inwiefern ihre Leistungen erforderlich sind.

In den USA und im UK sind die speziellen rehabilitativen »day treatment«-Programme der Tageskliniken, die typischerweise drei bis sechs Monate dauern, mit dem Argument kritisiert worden, sie seien *zu lang*, um nur die akute Symptomremission zu bewirken (dies sei in wenigen Tagen oder wenigen Wochen zu erreichen), sie seien aber *zu kurz*, um eine nachhaltige (besonders berufliche) Rehabilitation durch zu führen (vgl. HOGE et al. 1992: 349) Mit diesem Argument wurden die Finanzmittel umgeschichtet zugunsten von Tageskliniken mit dem Schwerpunkt auf kurzfristiger Akutbehandlung (»day hospitals«) einerseits und auf langfristig angelegte ambulante Rehabilitationsprogramme andererseits.

Wie die Analyse des Rückgangs der Behandlungszeiten in der Offenbacher Tagesklinik zeigt (vgl. Kapitel 5.4), sind in Deutschland ähnliche Entwicklungen zu beobachten. Bis Mitte der 1990er-Jahre gab es in der Offenbacher Tagesklinik eine große Variation in den Behandlungszeiten, und rd. ein Viertel der Behandlungen dauerte fünf Monate oder länger. Bis 2002 hat sich die durchschnittliche Behandlungsdauer etwa halbiert (auf im Median etwa fünf Wochen), die Streuung ist noch stärker gesunken, und drei Viertel aller Behandlungen sind innerhalb von zwei Monaten abgeschlossen. Der Grund dafür sind die neu eingeführten Elemente einer »Managed Care«-Versorgung durch den Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenkassen. Die Dauer der tagesklinischen Behandlung wird in jedem Einzelfall genau geprüft, und wenn die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung nicht plausibel gemacht werden kann, wird keine Zusage für die Kostenübernahme erteilt. Dies hat den direkten Effekt, dass Patienten, bei denen eine längere Rehabilitationsbehandlung wahrscheinlich bzw. notwendig, aber eine erfolgreiche Rückkehr in den Alltag unsicher ist, gar nicht erst in die Tagesklinik aufgenommen werden.

Der Rückgang der Behandlungszeiten infolge der strikteren Kostenkontrolle ist sicher kein temporäres Phänomen, denn erstens steht weder zu erwarten, dass in Zukunft die Finanzmittel der Krankenkassen üppig anschwellen werden, noch

wäre – zweitens – die Restaurierung einer psychiatrischen Versorgung mit möglichst langen voll- und teilstationären Behandlungszeiten gleich bedeutend mit einer Qualitätsverbesserung. Als einzig vernünftiger Weg bleibt, den »Wandel als Chance« (KUNZE 2003) zu begreifen, und zu versuchen, Ressourcenoptimierung und Qualitätsverbesserung in Einklang zu bringen.

Die längeren Behandlungszeiten in der Vergangenheit waren zum Teil ja nicht Ergebnis eines besonders ausgefeilten Behandlungskonzepts, sondern sie waren teils Folge des traditionellen einrichtungsbezogenen Denkens gemäß dem Konzept der »Rehabilitationskette«, teils negative Konsequenz der fragmentierten Träger- und Finanzierungsstrukturen im Versorgungssystem. Früher war es möglich, Patienten von der Akutbehandlung bis zur Wiedereingliederung in Beruf oder Arbeit »durch« zu behandeln (in Ausnahmefällen auch über einen Zeitraum von einem Jahr und länger). Zum Teil resultierten die langen Behandlungszeiten aus den begrenzten Möglichkeiten einer wohnortnahen Rehabilitation. Die größte in der Offenbacher Tagesklinik behandelte Gruppe sind die Patienten mit einer Psychose oder psychosenahen Störungsbildern. Meistens sind diese Menschen jung, haben keine berufliche Ausbildung und sind wegen ihrer Erkrankung auf dem Arbeitsmarkt fast chancenlos. Möglichkeiten einer wohnortnahen beruflichen Rehabilitation sind kaum vorhanden. Entscheiden sie sich für eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme in einem Berufsförderungswerk oder einem beruflichen Trainingszentrum, so dauert das Antragsverfahren bei der Arbeitsverwaltung regelmäßig noch mehrere Monate.²² Die Antragsbearbeitungszeiten für einen Platz in der WFbM sind ähnlich Zeit raubend. Ein Besuch in der Tagesstätte setzt zwar kein kompliziertes Antragsverfahren voraus, aber die Plätze dort sind immer besetzt, sodass eine lange Warteliste geführt werden muss. In den betreffenden Fällen hatte die tagesklinische Behandlung dann oft eine Überbrückungsfunktion, die zunehmend entfällt. Derzeit besteht ein Dilemma: Einerseits kann von den Krankenkassen nicht erwartet werden, dass sie diese durch Friktionen im System verursachten Aufenthaltszeiten in der Klinik finanzieren sollen, andererseits gerät der Erfolg tagesklinischer Behandlung bei einer Entlassung ohne Anschlussbehandlung in Gefahr. Patienten werden mit einem achtstündigen Behandlungsprogramm darauf vorbereitet, ihren Tag wieder sinnvoll zu strukturieren. Die Entlassung erfolgt jedoch schon zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keine Arbeits- oder Beschäftigungsmöglichkeit gefunden wurde. Dies führt häufig zu einer Verschlechterung des psychischen Befindens nach Entlassung, zu einer Minussymp-

22 Falls die Zuständigkeit (Arbeitsverwaltung oder Rentenversicherungsträger) klar ist, prüft die Arbeitsverwaltung zunächst die Rehabilitationsfähigkeit (Beratungstermin beim Reha-Sachbearbeiter der zuständigen Agentur für Arbeit), anschließend folgt eine medizinische Eignungsprüfung durch den Amtsarzt, der ggf. ein Gutachten der behandelnden Ärzte einholt. Wenn die Kostenübernahme befürwortet wird, beginnt die Suche, wann ein entsprechender Ausbildungsgang beginnt, und ob überhaupt ein Platz vorhanden ist.

tomatik mit Antriebslosigkeit oder aber einer erneuten Exazerbation der Erkrankung mit der Folge einer späteren Wiederaufnahme.

Als künftige Auswege aus diesem Dilemma kommen mehrere Möglichkeiten in Betracht. Zum einen müsste die Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren zumindest in den Fällen verbessert werden, in denen bürokratiebedingte Wartezeiten den Erfolg der medizinischen Rehabilitation zunichte machen würden. Zum anderen müssten stärker auf den persönlichen Hilfebedarf der Patienten abgestimmte Formen der Behandlung eingeführt werden. Gemäß dem Grundsatz: So viel ambulant wie möglich, so wenig teilstationär (und vollstationär) wie nötig, müsste es möglich sein, Patienten in einer abgestuften Form aus dem tagesklinischen Setting zu entlassen. In einem fortgeschrittenen Stadium der medizinischen Rehabilitation ist es oft nicht nötig, Patienten acht Stunden am Tag und fünf Tage in der Woche zu behandeln. Vorstellbar ist genauso gut ein chronometrisch und chronologisch flexibilisiertes Anwesenheitsprogramm.²³ Ein solches Programm könnte in enger Kooperation mit einer Institutsambulanz, in der auch stundenweise behandelt werden kann, konzipiert werden. Wünschenswert wäre ebenfalls eine größere Flexibilität hinsichtlich der Aufnahme von Patienten zur Krisenintervention in der psychiatrischen Abteilung des Klinikums, z. B. nur für eine Nacht oder ein Wochenende (bei personeller Kontinuität in der Betreuung durch die Tagesklinik). Eine solche Flexibilität könnte auch die komplementären Einrichtungen einschließen. Denkbar wäre der vorübergehende Besuch der WfbM oder der Tagesstätte, ohne den vollen Umfang des Antragsverfahrens und des Wartens auf die Kostenzusage. Auch wenn solchen Flexibilisierungen derzeit noch viele Hindernisse im Weg stehen – von eingefahrenen Denktraditionen bis hin zu fragmentierten Zuständigkeiten –, scheint die Entwicklung und Implementation solcher Reformkonzepte für die medizinische Rehabilitation in Tageskliniken auch innerhalb der gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen vorstellbar.

Tageskliniken als Einrichtungen zur Akutbehandlung

In den USA und im UK führte die Kritik an den »day care« und den »day treatment« Programmen zu einem neuen Verständnis von Tageskliniken: »Due to these trends a more narrow definition of partial hospitalization is emerging. This definition focuses on short-term day hospitalization for the management of

²³ In der bestehenden Form orientiert sich das Zeitprogramm einer Tagesklinik am alten Muster der Normalarbeitszeit einer 40-Stunden-Woche. Insofern wäre es nur konsequent, wenn das Zeitregime der Tagesklinik den Veränderungen in Lage, Dauer und Flexibilität, die inzwischen die Erwerbsarbeit erfahren hat, Rechnung tragen würde.

acutely ill patients.« (HOGE et al. 1992: 351) Wie im Kapitel 3.3 ausgeführt, sind Tageskliniken in dieser Funktion am häufigsten Gegenstand von Evaluationsstudien geworden. Weil diese Studien im Großen und Ganzen für die Effektivität der Tageskliniken sprechen, wurden sie für Kostenträger und Krankenhäuser im privaten Sektor des Medizinsystems attraktiv als kostengünstigere Alternative zur vollstationären Krankenhausbehandlung (ebenda). Wenn im Rahmen von Managed-Care-Konzepten Betten abgebaut werden mussten, nutzten die Krankenhäuser die tagesklinische Behandlung als Ersatzlösung: »The expansion of day hospital services enables private hospitals to respond to demands from managed care companies for decreased inpatient utilization while offering patients a continued form of acute treatment after discharge from inpatient care.« (HOGE et al. 1992: 351)²⁴

Auch die Fallstudie zur Offenbacher Tagesklinik belegt die große Bedeutung der Akuthandlung. Im Durchschnitt der elf Jahre werden über 40% der Tagesklinik-Patienten aus dem ambulanten Bereich übernommen; ein systematischer Anstieg oder Rückgang dieser Quote ist allerdings nicht festzustellen. Außerdem ist dieser Indikator mit einigen Unschärfen behaftet: Einige dieser Aufnahmen sind faktisch Behandlungen nach stationärem Aufenthalt (mit kurzem Umweg über die Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt), und umgekehrt werden einige Patienten, die aus dem stationären Bereich kamen, faktisch »akut« behandelt, weil es während des Tagesklinik-Aufenthaltes zu Rückfällen kommt. Dass die Bedeutung der Akutbehandlungen in Tageskliniken zugenommen hat, ist auch eine der Hauptthesen der Tagesklinik-Umfrage von KALLERT et al. (2003). Die Daten dieser Umfrage beruhen zwar nicht auf tatsächlichen Auswertungen der jeweiligen Basisdokumentationen, sondern auf subjektiven Schätzungen der Befragungsteilnehmer, aber das Meinungsbild hat ein klares Profil:²⁵ Die Mehr-

24 Eine ähnliche Rechnung macht KUNZE (2003: 100) für die von ihm geleitete Klinik auf: »Falls Sie das noch nicht für sich gerechnet haben, möchte ich darauf hinweisen, dass das Ressourcenvolumen für tagesklinische Behandlung weniger als 50 % des Ressourcenvolumens für vollstationäre Behandlung ausmacht, wenn Sie berücksichtigen, dass der Pflegesatz für tagesklinische Behandlung niedriger ist, und i. d. R. für fünf statt für sieben Tage berechnet wird. Nur um als Rechenbeispiel zu verdeutlichen: Wenn z. B. als Budgetkürzungsziel das Finanzvolumen von zehn Betten angestrebt wird, dann können sie dieses Ziel auch ohne Platzzahlabsenkung durch Umwandlung von 20 Betten in 20 tagesklinische Plätze erreichen.«

25 Die systematische Auswertung der Basisdokumentationen einer repräsentativen Stichprobe von Tageskliniken (nach dem Muster der vorliegenden Fallstudie zu Offenbach) wäre ein lohnendes Forschungsthema, denn es spricht viel dafür, dass diese Daten zwar überall erhoben, aber nur manchmal auch ausgewertet werden. Vor diesem Hintergrund ist die Erhebung von Meinungen über eine »empfundene« Realität nur ein schwacher Notbehelf. Für die stärkere Nutzung von prozess-produzierten Daten sprechen sich mit drei Argumenten auch PRIEBE & SLADE (2002a) aus: »The use of routinely collected data and data systems for research would be beneficial in more than one way. It would save research funding, because in research projects only additional

zahl der Tageskliniken sieht sich vor allem als Alternative zur stationären Behandlung, die medizinische Rehabilitation spielt im Selbstverständnis der Befragungsteilnehmer eine wesentlich geringere Rolle.

Wenn im Zuge der Optimierung der Ressourcennutzung Tageskliniken gegenwärtig oder in der Zukunft eine größere Rolle in der Akutversorgung spielen, dann entspricht das voll dem Grundsatz »teilstationär vor vollstationär«, der im Prinzip von allen Akteuren der Psychiatrie-Planung geteilt werden müsste. Ein schlüssiges Argument für die vollstationäre Aufnahme von Patienten, die auch in der Tagesklinik behandelt werden könnten, lässt sich zumindest weder aus den Rationalitätskriterien der Sozialpsychiatrie noch denen der Gesundheitsökonomie herleiten. Allerdings reichen rationale Gründe unter Umständen nicht aus, einen entsprechenden Präferenzen-Wandel im Hinblick auf die Behandlungsmodalität zu bewirken. Denn Erfahrungen, die im Ausland gemacht wurden, lehren: »... (clinicians, consumers and payers) ... have had a strong bias in favor of inpatient treatment. The underutilization of partial hospitals, even in systems with minimal barriers to access to this modality, provides evidence that this bias has been largely resistant to change.« (HOGE et al. 1992: 352) Es ist zumindest fraglich, ob in Deutschland der Wandel hin zu Akut-Tageskliniken darauf beruht, dass die genannten Beharrungskräfte hier zu Lande schwächer und der Reformeifer größer wäre.

Die zentrale Frage lautet doch: Bleiben Tageskliniken, wenn sie sich stärker der Akut-Versorgung zuwenden, noch Einrichtungen zur Behandlung der Menschen mit den schwersten psychischen Störungen und Behinderungen, oder suchen sie sich eine neue Klientel aus der Population der weniger schwer Erkrankten? Lassen sich, anders formuliert, die seit Jahrzehnten bekannten und mit dem Stichwort »*creaming-off*« auf den Begriff gebrachten, Fehlentwicklungen in gemeindeintegrierten Einrichtungen auch bei den deutschen Tageskliniken beobachten?

Die neueren Tagesklinik-Umfragen sprechen, so sie denn die Realität halbwegs valide abbilden, eine deutliche Sprache: »Im Diagnosespektrum von Tageskliniken haben affektive Störungen offenbar zugenommen und stehen (...) nunmehr vor den ehemals so genannten »neurotischen Störungen« sowie fast gleichauf mit den (1982 noch dominierenden) schizophrenen Störungen.« (KALLERT et al. 2003: 80) In den neuen Bundesländern ist die Sache noch klarer: Hier bilden affektive Störungen, Angst- und Anpassungsstörungen sowie somatoforme oder psychosomatische Störungen den Schwerpunkt des Diagnosespektrums (KALLERT et al. 2003: 78). Schon die Erhebung von HALTENHOF et al. (2004) zur Situation im

data collection would have to be paid for. It would also produce bigger and more complete data sets with substantially improved external validity. Finally, it would help to assess outcomes over long periods of time, rather than the 2 or 3-year period that follow-ups in research studies are usually funded for.« (S. 231)

Jahre 1997 brachte einen ähnlichen Befund: In den alten Bundesländern hatte jeder fünfte Patient (20,2 %) eine Diagnose aus der Kategorie F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), in den neuen Bundesländern lag dieser Anteil sogar bei 33,9 %. In der Umfrage von DIEBELS et al. (2004) wird der gleiche Tatbestand ermittelt: Nach ihren Zahlen hat sich das Diagnosespektrum stark in Richtung affektiver und neurotischer Störungen entwickelt. Deutsche Tageskliniken behandeln demnach nur noch zu 18 % psychotische Störungen, aber zu jeweils 19 % affektive Störungen sowie Ängste, Zwänge, Belastungsreaktionen und somatoforme Störungen. Der Anteil der Persönlichkeitsstörungen liegt ebenfalls bei 18 %. Überraschend ist auch der Befund, dass 10 % der Klientel der Tageskliniken als Hauptdiagnose eine Suchtmittelabhängigkeit aufweist. Wenn diesen Zahlen vertraut werden kann, sind sie ein starker Beleg für einen Trend hin zur Behandlung der »leichteren« Störungsbilder in den teuersten Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems.

Diese Zahlen stehen in einem scharfen Kontrast zu den Ergebnissen der vorliegenden Offenbacher Fallstudie, in der eine große Konstanz der diagnostischen Zusammensetzung der Patienten sichtbar wird. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass sich auch in Offenbach die diagnostische Zusammensetzung ungeplant ändert. Der Mechanismus ist leicht benannt: Die Verkürzung der Behandlungszeiten erhöht den Patientendurchlauf – sowohl auf den Betten-Stationen als auch in der Tagesklinik. Da die Belegung von Betten betriebswirtschaftlich vernünftiger ist als die Besetzung von Tagesklinik-Plätzen, werden Akut-Aufnahmen eher in die bettenführenden Stationen eingewiesen, und auch die Bereitschaft, frühzeitig in die Tagesklinik zu verlegen, sinkt. Die Folge sind Belegungsprobleme in der Tagesklinik. In einer solchen Situation liegt es nahe, auch Patienten aufzunehmen, die zwar nicht der herkömmlichen Klientel entsprechen, die man aber – angesichts der überlasteten Praxen und langen Wartezeiten im ambulanten System – auch nicht zurückweisen möchte. Eine Klientel mit leichteren Störungen und energischer Aktivität bei der Hilfesuche tritt so an die Stelle derjenigen, für die das System eingerichtet wurde.

Substitutionsvorgänge dieser Art führen einen großen Teil der Tagesklinik-Forschung zur Gleichwertigkeit von Tageskliniken und bettenführenden Stationen ad absurdum. So zitieren ESSOCK et al. (2003: 117) die Tagesklinik-Forschung als Paradebeispiel dafür, wie die RCT-basierte Evidenz die gesundheitspolitische Planung in die Irre führen kann: Die Sozialexperimente zeigen zwar, dass schwer kranke Patienten mit gleichem Erfolg in beiden Settings behandelt werden können, ein Umsteuern auf Tageskliniken also Kosteneinsparungen verheißt. Aber: Systematische Beobachtungen der tagesklinischen Aufnahme-Praxis ergaben, dass zum großen Teil Patienten aufgenommen wurden, die gar nicht so krank waren, um für eine vollstationären Behandlung überhaupt in Betracht zu kommen. Im Lichte dieser Befunde bedeutet ein Umsteuern auf Tageskliniken eine Kostenin-

flationierung (vgl. MORRISON et al. 1985). Die in RCTs gezielt für die Randomisierung ausgewählten Patienten unterschieden sich von den tatsächlichen Nutzern in der Praxis erheblich. Und das »high-intensity/high-cost treatment« in den Tageskliniken brachte den Menschen mit den leichten Störungen keinerlei messbaren zusätzlichen Ertrag.

Die Chancen und Gefahren einer Intensivierung der Akut-Funktion von Tageskliniken liegen somit klar auf der Hand. Abgesehen von möglichen Kosteneinsparungen, besteht die *Chance*, dass durch die vermehrte Nutzung tagesklinischer Settings zur Akutbehandlung die psychiatrische Behandlung noch ein Stück weiter entstigmatisiert und den Wünschen der Patienten und Angehörigen angepasst wird. Denn es hat sich erwiesen, dass die engere Verzahnung von Alltag und Krankenhaus mit einer stärkeren Verantwortlichkeit der Patienten und der Angehörigen nicht nur therapeutisch sinnvoll ist, sondern auch die von den Betroffenen bevorzugte Behandlungsmodalität ist (vgl. SCHENE et al. 1997, BRENNER et al. 2000, SIMPSON & HOUSE 2003). So ist es auch nur konsequent, wenn neue Ansätze der psychiatrischen Krankenhausbehandlung auch für die *bettenführenden Stationen* eine Behandlung nach dem Muster der Tageskliniken zu organisieren versuchen (vgl. KUNZE 2003). Allerdings ist dabei noch ein ungeklärtes Problem, wie das spezifische therapeutische Milieu einer Tagesklinik mit ihrem Schwerpunkt auf Gruppenaktivitäten hergestellt werden kann. Unter den derzeit geltenden Rahmenbedingungen ist eine Akutversorgung der bisher in Tageskliniken behandelten Klientel jedoch kaum zu realisieren. Zum einen sind die räumlichen Bedingungen in den Tageskliniken häufig nicht so, dass auch akut psychotisch dekompensierte oder schwer depressive Patienten behandelt werden können, da es häufig keine Möglichkeit zum sozialen Rückzug gibt. Zum anderen ist die Personalausstattung in Tageskliniken immer noch – als A6-Kategorie der PsychPV – an der Aufgabe der medizinischen Rehabilitation orientiert. Eine intensive persönliche (u.U. 1:1-)Betreuung ist damit nicht möglich.

Die *Gefahr* einer Schwerpunktverlagerung auf die Akutbehandlung ist – unter den gegebenen Rahmenbedingungen der Ausstattung von Tageskliniken – der allmähliche Rückzug aus der Versorgung der Menschen mit den schwersten Störungen. Als Quintessenz der Forschung zu Akut-Tageskliniken ergibt sich nämlich ein neues Profil der dafür in Frage kommenden Patienten: Man kann festhalten, »dass geeignete Patienten sich meist dadurch auszeichnen, dass sie sich freiwillig behandeln lassen, weniger gestört, nicht homizidal, nicht süchtig, ohne körperlich bedingte Störung, unter 65 Jahre alt, compliant und nicht allein stehend sind« (BRENNER et al. 2000: 697). Wenn Tageskliniken, wie die oben erwähnten Umfrageergebnisse andeuten, in Zukunft die leichteren Fälle »abschöpfen«, dann verschlechtert sich zum einen die Versorgung der Menschen mit den schwersten Leiden, und zum anderen geraten Tageskliniken dann möglicherweise in den berechtigten Verdacht, bald nur noch Patienten zu behandeln, die eine

Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V gar nicht benötigen. Eine solche Ausweitung der Zielpopulation auf Menschen mit leichten Störungen, die bislang ambulant und vorwiegend psychotherapeutisch behandelt wurden ist jedenfalls in den USA, im UK und auch den Niederlanden²⁶ beobachtet worden – mit dem Ergebnis, dass dort die Kostenträger sich aus der Finanzierung zurückgezogen haben, und die Tageskliniken ins Abseits geraten sind.

Tageskliniken als psychotherapeutische Intensivambulanz?

In der Offenbacher Tagesklinik gab es im Durchschnitt der betrachteten elf Jahre etwa 5 % Patienten, die noch nie in stationärer psychiatrischer Behandlung waren, und bei denen die Tagesklinik zur Intensivierung einer ambulanten Behandlung (vor allem zur endgültigen Abklärung einer Diagnose) tätig wurde. Insgesamt ist diese Funktion tagesklinischer Behandlung also im Einzelfall sehr wichtig, aber insgesamt doch eher randständig. Insofern steht das Behandlungskonzept im Einklang mit den – auch in Meta-Analysen bestätigten (vgl. MARSHALL et al. 2001) – Untersuchungen, die zum Ergebnis kommen, dass eine Intensiv-Behandlung in Tageskliniken keine zusätzlichen Vorteile in den Fällen bringt, in denen die Patienten im Prinzip auch ambulant versorgt werden könnten. Diese – evidenzbasierte – Regel psychiatrischer Behandlungspraxis: »Tageskliniken sind eine Alternative zur vollstationären Aufnahme, aber nicht zur ambulanten Behandlung« wird gegenwärtig offenbar in Zweifel gezogen.

So erheben schon ROSIE und Kollegen (1995) als »Lektion aus der Geschichte« (der Tageskliniken) das, was hier bislang als Fehlentwicklung thematisiert wurde, zum Programm: Angesichts der ungelösten Probleme in der Akut-Behandlung und der Rehabilitation sowie den chronischen »underutilization«-Problemen im Kontext von Krankenhäusern einerseits, und den spezifischen Vorzügen eines bestimmten therapeutischen Milieus in Tageskliniken andererseits, sollten Tageskliniken einen neuen Typ von *day treatment* anbieten: »It is a specialized, intensive, psychodynamically orientated milieu treatment for 35 to 40 patients. Most have a diagnosis of affective disorder or personality disorder. A smaller number have anxiety disorders. The program excludes patients who are psychotic, and most have no history of psychotic episodes.« (ROSIE et al. 1995: 1022) Das Programm läuft ganztägig, fünf Tage die Woche über 18 Wochen. Ihr Ansatz ist

26 Für die Niederlande beschreibt RICHARTZ (1991) *creaming-off-Prozesse* in sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Interessant ist, dass selbst in Werkstätten für behinderte Menschen diese Fehlentwicklungen zu beobachten waren: »In den letzten Jahren wurden die Werkstätten und die Arbeitsstellen für Behinderte zunehmend mit in ihrer Erwerbsfähigkeit vergleichsweise wenig eingeschränkten psychosozial Behinderten, teilweise sogar mit voreilig medikalisierten Arbeitslosen besetzt.« (S. 132)

also der Vorschlag, dass Tageskliniken die psychiatrische Grundversorgung der Menschen mit den schwersten Störungen anderen Institutionen überlassen sollten, und stattdessen ein attraktives Angebot für eine spezielle Klientel mit leichteren und nicht akuten Störungen unterbreiten sollte. Kern des Angebots ist eine psychodynamische Gruppentherapie.

Der in Kapitel 2 vorgestellte Public-Mental-Health-Ansatz zur Planung »gut ausgerichteter« psychiatrischer Versorgungssysteme wird in Vorschlägen wie dem von Rosie und Kollegen für irrelevant erachtet. Die Frage lautet nicht mehr: »Wie müssen Tageskliniken als Teil der ›high-intensity/high-cost‹-Ebene des Versorgungssystems beschaffen sein, um angemessen dem Bedarf der Menschen mit den schwersten Störungen und Behinderungen Rechnung zu tragen?« Sondern sie lautet jetzt: »Für welche Kunden könnte das von Tageskliniken angebotene Paket psychotherapeutischer Dienstleistungen nützlich und attraktiv sein?« Gemäß der Logik dieses Vorschlags sollten Tageskliniken sich von sozialstaatlichen Daseinsvorsorge-Einrichtungen zu marktwirtschaftlich orientierten Dienstleistungs-Betrieben wandeln.

Auch in Deutschland gibt es ohne Zweifel eine wachsende Nachfrage nach psychotherapeutischen Dienstleistungen. Psychische Störungen, die früher hingenommen, oder die in den alltäglichen sozialen Netzwerken abgefangen wurden, werden heute sowohl von den Betroffenen als auch von den Ärzten eher als Krankheiten wahrgenommen, die einer spezialisierten Therapie bedürfen (vgl. FINZEN 2002 a). Bereits heute sind die Kapazitäten der ambulanten Praxen der niedergelassenen Therapeuten mehr als ausgelastet, sodass die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz fast fünf Monate beträgt (ZEPF et al. 2003). Angesichts dieser Engpässe ist es sehr wahrscheinlich, dass sich in zunehmender Zahl auch Patienten mit eher milden Formen von psychischen Störungen Hilfe suchend an die höchste, intensivste und teuerste Stufe des Systems wenden. Die entstigmatisierten Einrichtungen der etablierten Gemeindepsychiatrie, insbesondere die Tageskliniken, werden attraktiv für eine neue Klientel. Die starke Zunahme von Depressionen, Ängsten, Zwängen, Belastungsstörungen und somatoformen Störungen im Diagnosespektrum einiger Tageskliniken (vgl. DIEBELS et al. 2004, HALTENHOF et al. 2004) deutet darauf hin, dass Tageskliniken sich schon in großem Umfang dieser durch das ambulante System unbefriedigten Nachfrage zugewandt haben. Da bei den genannten Störungen nur ein sehr kleiner Teil der epidemiologisch messbaren Inzidenz so akut oder so schwer ist, dass eine achtstündige tägliche Behandlungsdauer im Krankenhaus nötig ist, erhebt sich hier die Frage, ob eine solche Intensivierung der ambulanten Behandlung medizinisch erforderlich ist.

In jedem Fall müsste eine solche Ausweitung des Tätigkeitsfelds von Tageskliniken auf neue und leichtere Störungsbilder auch mit einer Veränderung der therapeutischen Ansätze einher gehen. Das bisherige Konzept von Tageskliniken,

die Trias von (a) Bereitstellung einer stützenden Struktur täglicher Routine, (b) Gleichzeitigkeit von professioneller Behandlung und Interaktion mit peers und (c) Management der Medikation (vgl. HOGE et al. 1992: 352) funktioniert nur dann, wenn alle Patienten *schwerwiegende* Störungen aufweisen, dadurch ein gemeinsames Verständnis untereinander für die Auffälligkeiten des anderen entwickeln, gleichberechtigt voneinander lernen und sich von gleich zu gleich helfen. Patienten mit leichteren Störungen, die auch vorher nie am eigenen Leibe die Erfahrung schwerer Krankheitsphasen gemacht haben, werden sich in dieser Atmosphäre nicht wohl fühlen. Das strukturierte Tagesprogramm erscheint ihnen »wie Kindergarten«, und die Verhaltensweisen und Auffälligkeiten der schwerer Erkrankten machen ihnen Angst im Hinblick auf die eigenen Krankheit. Die neue Nachfrage wird ein anderes Angebot einfordern: Intensive psychotherapeutische Angebote, möglichst spezialisiert auf das eigene Störungsbild, und einen weniger strukturierten Tag mit Freiraum für Kreativität. Tageskliniken wandeln sich dann zu spezialisierten psychotherapeutischen Einrichtungen. Mit den sozialpsychiatrischen Intentionen der Psychiatrie-Reform und dem zähen Ringen um den Aufbau gemeindeintegrierter Versorgungseinrichtungen für die Menschen mit den schwersten Formen psychischen Leidens hätte diese Neuausrichtung von Tageskliniken allerdings nur noch wenig zu tun.

Schlussbemerkung: Diversifizierung der Tageskliniken?

Die tagesklinische Versorgung befindet sich in Deutschland offensichtlich seit einigen Jahren im Umbruch. Weder verläuft dieser Prozess nach einem Plan noch gibt es ein aussagekräftiges Monitoring durch die Versorgungsforschung, das ihn transparent machen würde (vgl. KALLERT et al. 2003: 81). Ein Resümee kann deshalb nur mit der gebotenen Vorsicht gezogen werden, und es bleibt vorläufig. Die Ergebnisse der Fallstudie, die ausländischen Erfahrungen und die vorliegenden Umfragen neueren Datums legen jedoch den Schluss nahe, dass die allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken von mehreren Seiten unter Druck kommen (oder bereits gekommen sind). Je nachdem, in welchem Kontext sie agieren und welche Strategie sie einschlagen, wird es in Zukunft eine deutliche Diversifizierung, eventuell sogar Polarisierung dieses Einrichtungstyps geben.

Auf der einen Seite gibt es eine – offenbar wachsende – Zahl von Tageskliniken, die sich von den Zielsetzungen der Psychiatrie-Reform stillschweigend verabschiedet hat. Sie bieten psychotherapeutische Dienstleistungen für eine neue Klientel von Personen mit eher leichten psychischen Störungen aus der Mitte der Gesellschaft. Wie epidemiologische Studien zeigen, wächst der psychotherapeutische Behandlungsbedarf dieser Gruppe an, und er wird vom überlasteten ambulanten System nicht ausreichend befriedigt. Da auch leichtere Störungen mit per-

sönlichem Leiden verbunden sind und Chronifizierung droht, besteht in Deutschland in diesem Bereich ein ungelöstes Public-Mental-Health-Problem. Die Frage ist nur, ob Tageskliniken hier als Lückenbüßer aktiv werden sollten. Ja, Tageskliniken könnten sogar mehr als ein Lückenbüßer sein: als gemeindeintegrierte, entstigmatisierte und durch Versicherungen finanzierte Angebote werden sie regelrecht attraktiv für »aktive Konsumenten« auf ihrer Suche nach möglichst intensiven Therapieformen. Allerdings ist fraglich, inwieweit dieser Wandel, der bislang eher im Verborgenen abgelaufen ist, in Zukunft auch offiziell ratifiziert wird. Die gesetzlichen Krankenkassen müssten bereit sein, das Erfordernis einer Krankenhausbehandlung auch bei leichteren psychischen Störungen anzuerkennen. Gegenwärtig ist nicht zu erkennen, dass es eine solche Bereitschaft zur Ausweitung der Leistungen gibt – zumal die »teilstationäre Psychotherapie« in Wirksamkeitsstudien keinen zusätzlichen Ertrag gegenüber einer ambulanten Behandlung erbrachte.

In dieser Situation stehen Tageskliniken, die ihren Versorgungsauftrag neu definieren wollen, vor der Alternative, dauernd am Rande der Legalität operieren zu müssen (indem sie schwerere Störungen diagnostizieren als eigentlich vorliegen), oder aber sich neue Finanzierungsquellen zu suchen. Letzteres scheint in Deutschland ein durchaus erreichbares Ziel zu sein. Denn bereits heute hat sich in Tageskliniken dieses Typs das Diagnosespektrum stark an die aus psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitationskliniken bekannten Verhältnisse angenähert. Das System der stationären psychotherapeutischen Rehabilitation (in der Kostenträgerschaft der Rentenversicherung), das im Ausland keine Parallelen hat, wird wahrscheinlich in Zukunft seinerseits von Grund auf reformiert: Die Reha-Behandlungen für die Menschen mit den leichteren psychischen Störungen sollen – so die Vorstellung – »ambulantisiert« werden. Ziel ist eine gemeindenahe Therapie im Umfang von etwa 30 Std. pro Woche mit dem Schwerpunkt auf Psychotherapie. Zugunsten solcher – z.T. noch zu schaffender Einrichtungen – könnten die Kliniken für die stationäre Rehabilitation dann aufgelöst (oder umgewandelt) werden. Es ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der bestehenden Tageskliniken anstrebt, in Zukunft in dieses – andere – Versorgungssystem in der Trägerschaft der Rehabilitationsträger überzuwechseln.

Das absehbare Nebeneinander von zwei gemeindeintegrierten teilstationären Versorgungsangeboten ist derzeit Gegenstand einer Kontroverse zwischen der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (vgl. BERGER et al. 2003 und GERKE 2003). Die Rehabilitationsträger halten das Nebeneinander für vertretbar und sachlich geboten, denn: »Während die psychiatrischen Tageskliniken die sozialtherapeutische und ergotherapeutische Komponente wesentlich stärker betonen, liegt der Akzent der ambulanten Rehabilitation eindeutig im Bereich der Psychotherapie. Die zu wahrende Unterschiedlichkeit der Angebote zielt letztendlich auf andere Patienten-

gruppen (z. B. Psychosekranken, emotional instabile Persönlichkeitsstörungen mit schwerer akuter Symptomatik in psychiatrischen Krankenhäusern; Störungen der Gruppen F4 und F5 etc. in Rehabilitationseinrichtungen, wenn nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen rehabilitativ zu behandeln sind).« (GERKE 2003: 952) Die DGPPN sieht demgegenüber in den sich abzeichnenden zukünftigen Strukturen die große Gefahr, dass die eigentlichen sozialmedizinischen Rehabilitationsaufgaben nicht mehr ausreichend bewältigt werden können. Wenn einerseits klar ist, dass das neue Netz teilstationär-psychotherapeutischer Einrichtungen für die große Zahl gewichtig erkrankter Personen keine adäquate Versorgung mehr bieten wird, andererseits die Krankenkassen und der MDK alles daran setzen, die medizinische Rehabilitation im Krankenhaus möglichst einzuschränken oder sogar ganz zu unterbinden, dann bleiben die Menschen mit den schwersten Erkrankungen auf der Strecke. Im Krankenhaus wird ihnen nur noch eine kurze pharmakologische Akut-Therapie verabreicht, und in den speziellen Rehabilitationseinrichtungen sind Fälle wie sie nicht mehr vorgesehen.

Vor dem Hintergrund dieser sich abzeichnenden Fehlentwicklungen und Gefahren wird klar, warum in der vorliegenden Arbeit entschieden für einen anderen Typ von Tageskliniken plädiert wird: Tageskliniken, die den Zielsetzungen der Psychiatrie-Reform weiterhin verpflichtet bleiben, und die sich als Motor einer Fortsetzung der Reformanstrengungen verstehen. Tageskliniken, mit anderen Worten, die sich der Gefahr der Herausbildung von »poorly targeted models« (THORNICROFT & TANSELLA 1999) bewusst bleiben und die zu verhindern versuchen, dass Leichtkranke überversorgt und Schwerkranke unterversorgt werden.

Tageskliniken in »well targeted models« müssen in ihrem Behandlungskonzept auf die schwersten Störungen ausgerichtet sein. Dabei ist nicht die Diagnose ausschlaggebend, denn auch bei neurotischen oder affektiven Störungen kann es zu schwersten Krankheitsverläufen und dauernden Behinderungen kommen, sondern – gemäß dem WHO-Gesundheitsbegriff – Art und Umfang der Funktionseinbußen. Der Schweregrad einer Erkrankung bemisst sich am Ausmaß, in dem die körperliche, psychische und soziale Funktionsfähigkeit einer Person bereits verloren gegangen ist. Angesichts der hohen Chronifizierungsrate von Störungen aus dem Formenspektrum der Schizophrenie dürfte aber klar sein, dass in allen »gut auf das Ziel ausgerichteten« Tageskliniken die Behandlung von Personen mit F2-Diagnosen auch in der Zukunft das Zentrum der Tätigkeit bilden wird.

Unter den gewandelten Bedingungen einer restriktiven Gesundheitspolitik und angesichts des »fehlenden(n) politische(n) Willen(s), eine Benachteiligung psychisch Kranker unbedingt zu vermeiden« (PRIEBE 2003: 53) droht den Menschen mit den größten Funktionseinbußen die Unterversorgung. Die akuten Symptome werden zwar notdürftig pharmakologisch kuriert, aber bei der Bewältigung der Folgen der Erkrankung werden sie zunehmend allein gelassen. Um das zu

verhindern, müssten stationäre und teilstationäre Einrichtungen gleichermaßen neue Lösungen finden, wie die Funktion der medizinischen Rehabilitation erhalten werden kann. In gut ausgebauten gemeindepsychiatrischen Verbänden kommt es dabei weniger darauf an, neue Einrichtungen zu schaffen, sondern es geht vor allem darum, die Arbeitsweise der bestehenden Institutionen gemäß dem persönlichen Hilfebedarf des einzelnen Menschen zu flexibilisieren und besser zu koordinieren.

Wie in der Psychiatrie-Planung seit längerem im Grundsatz festgeschrieben, ist der zweckmäßigste Rahmen für eine wohnortnahe Versorgung die in die allgemeine Medizin integrierte psychiatrische Abteilung mit angeschlossener Tagesklinik und Institutsambulanz. In einem solchen institutionellen Rahmen könnte den Erfordernissen eines sparsameren Ressourceneinsatzes (z. B. weiterer Abbau von Betten) und eines stärker personenzentrierten Behandlungskonzeptes gleichermaßen Rechnung getragen werden. Die Tageskliniken könnten sich stärker in der Akut-Versorgung der Menschen mit schwersten Erkrankungen engagieren, weil sie auf nahe gelegene Krisenbetten zurückgreifen und die konsiliarische Hilfe der somatischen Disziplinen in Anspruch nehmen können. Mit einem chronometrisch und chronologisch flexibilisierten Angebot an Leistungen der medizinischen Rehabilitation könnten sie – in enger Kooperation mit der Institutsambulanz – dem (auch ökonomisch sinnvollen) Grundsatz »ambulante Behandlung vor teilstationärer und stationärer Behandlung« mehr Geltung verschaffen, und sie könnten gleichzeitig die Qualität der Leistungen durch bessere Anpassung an den individuellen Bedarf steigern. Voraussetzung einer solchen Qualitätsverbesserung wäre das Absenken oder Einreißen derzeit noch bestehender Barrieren zwischen den einzelnen Einrichtungen eines Versorgungsverbundes: eine bessere Kommunikation zwischen den Einrichtungen über einzelne Patienten, möglichst weit gehende Kontinuität der behandelnden Personen über die Grenzen eines »Settings« hinaus und die Überwindung einrichtungs-egoistischen Denkens.

Literaturverzeichnis

- AARON KW & SMITH S (1953) *The Bristol psychiatric day hospital*. In *Journal of Mental Science*, 99, 564–571
- ADAMS C & GELDER M (1994) *The case for establishing a register of randomized controlled trials of mental health care*. In *British Journal of Psychiatry*, 164, 433–436
- AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V., DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT & SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (Hg) (1998) *Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung*. Baden-Baden: Nomos
- ALBERS M (1999) *Architektur, Lage und Aufbau psychiatrischer Tageskliniken*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg.) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart und New York: Thieme, 51–59
- ALTMAN DG (1996) *Better reporting of randomized controlled trials: the CONSORT statement*. In *British Medical Journal*, 313, 570–571
- ALTMAN DG, SCHULZ KF, MOHER D, EGGER M, DAVIDOFF F, ELBOURNE D, GOTTSCHKE PC & LANG T for the CONSORT Group (2001) *The revised CONSORT Statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration*. In *Annals of Internal Medicine*, 134, 663–694
- ALTMAN DG & BLAND JM (1995) *Absence of evidence is not evidence of absence*. In *British Medical Journal*, 311, 485
- ANGERMEYER MC & KLUSMANN D (1989) *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin et al.: Springer
- ANGERMEYER MC & SIARA CS (1994) *Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 1: Die Entwicklung im Jahr 1990*. In *Der Nervenarzt*, 65, 41–48
- ANTHONY WA & LIBERMAN PL (1986) *The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base*. In *Schizophrenia Bulletin* 12, 542–559
- ARBEITSGRUPPE PSYCHOEDUKATION (2003) *Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen*. In BÄUML J & PITSCHEL-WALZ G (Hrsg) *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*, Stuttgart: Schattauer, 3–35
- ARBEITSGRUPPE PSYCHIATRIE DER OBERSTEN LANDESGESUNDHEITSBEHÖRDEN (2003) *Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren*. Bericht im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz. Von der 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003 verabschiedet.
- AROLT V (2003) *Psychiatrische Erkrankungen*. In SCHWARTZ FW et al. (Hrsg) *Das Public Health Buch*, 2. Aufl., München & Jena: Urban & Fischer, 605–613
- AUERBACH P, BAUER M, FÄHNDRICH E et al. (2000) *Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie – Positionspapier*. Für den Arbeitskreis der Chefärzte und Chefärztin-

- nen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland. In *Psychiatrische Praxis*, Beilage zu Heft 2, 1–12
- AXEL M (1959) *Treatment of schizophrenia in a day hospital*. In *The International Journal of Social Psychiatry*, 5, 174–181
- BACHRACH LL (1991) *Community mental health centers in the USA*. In BENNETT DH & Freeman HL (eds) *Community psychiatry. The principles*. Singapore, 543–569
- BACHRACH LL (1996) *Deinstitutionalisation: promises, problems and prospects*. In KNUDSEN HC & THORNICROFT G (eds) *Mental health service evaluation*. Cambridge: University Press, 3–18
- BADURA B (1981) *Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und aus sozial-epidemiologischer Sicht*. In BADURA B & VON FERBER C (Hrsg) *Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen*, München & Wien: Oldenbourg, 147–160
- BADURA B (1999) *Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben?* In BADURA B & SIEGRIST J (Hrsg) *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim und München, 15–42
- BADURA B & STRODTOLZ P (2003) *Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften*. In HURRELMANN K & LAASER U (Hrsg) *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*, 3. Aufl., Weinheim & München: Juventa, 145–174
- BÄUML J, PITSCHEL-WALZ G & SCHAUB A (2002) *Psychosoziale Therapien*. In SCHMAUSS M (Hrsg) *Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie*. Bremen et al.: Uni-Med Verlag, 194–263
- BÄUML J & PITSCHEL-WALZ G (Hrsg) (2003) *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«*. Stuttgart und New York: Schattauer
- BAG (2003) Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (Hrsg) *Verzeichnis der psychiatrischen Krankenhäuser/Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland. Stand Juli 2003*. Köln: Landschaftsverband Rheinland
- BAKER GHB et al. (1986) *Psychiatric day hospitals: The patients and their preferences in treatment*. In: *International Journal of Social Psychiatry*, 32, 64–72
- BANDELOW B, RÜTHER E & SCHMAUSS M (2002) *Psychopharmakologische Behandlung*. In Schmauß M (Hrsg) *Schizophrenie. Pathogenese, Diagnostik und Therapie*, Bremen: Uni-Med, 170–192
- BAR (Hrsg) (2000) *Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter. RPK-Bestandsaufnahme*. Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
- BAR (Hrsg) (2003) *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und Behinderter Menschen*. Frankfurt a. M.: Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 9
- BAUER M (1992) *Impressionen einer Dienstreise durch psychiatrische Einrichtungen in den neuen Bundesländern*. In *Sozialpsychiatrische Informationen*, 17–20
- BAUER M (1994) *Psychiatry in former East- and West-Germany since Reunification*. In *Psychiatric Bulletin*, 18
- BAUER M (1997) *Woher wir kommen, wo wir stehen, wohin wir gehen (sollen). Zur Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik*. In HOFFMANN-RICHTER

- U, HASSELBECK H & ENGFER R (Hrsg) *Sozialpsychiatrie vor der Enquete*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 109–121 (zuerst erschienen 1996)
- BAUER M (2000a) *Mißerfolg vorprogrammiert? Psychotherapeutische Intervention bei Chronifizierung*. In Kerbe, Heft 1, 4–6
- BAUER M (2000b) *Der »schwierige« Patient in der Gemeindepsychiatrie*. In Psychiatrische Praxis, 27, 1–5
- BAUER M (2000c) *Zum Tode von Walter Picard*. In Psychiatrische Praxis, 27, 159–160
- BAUER M (2003) *Reform als soziale Bewegung: Der »Mannheimer Kreis« und die Gründung der »Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie«*. In KERSTING F-W (Hrsg) *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform*. Paderborn et al.: Schöningh, 155–164
- BAUER M (2004) *Epidemiologie psychischer Störungen*. In MACHLEIDT W, BAUER M, LAMPRECHT F, ROSE HK & ROHDE-DACHSER C (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 7. Auflage. Stuttgart & New York: 17–20
- BAUER M & BERGER H (1988) *Kommunale Psychiatrie auf dem Prüfstand. Das Beispiel Offenbach*. Stuttgart: Enke Verlag
- BAUER M & BERGER H (1990) *Aufbau eines sektorsierten Versorgungssystems in Offenbach*. Modellverbund »Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung«. Schriftenreihe des BMJFFG Band 226. Stuttgart et al. Kohlhammer
- BAUER M & ENGFER R (1990) *Entwicklung und Bewährung psychiatrischer Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. In THOM A & WULFF E (Hrsg) *Psychiatrie im Wandel*. Bonn, 413–429
- BAUER M & ENGFER R (1991) *Anmerkungen zur Situation der Psychiatrie in der BRD*. In BAUER M, ENGFER R & RAPPL J (Hrsg) *Psychiatrie-Reform in Europa*. Bonn, 219–242
- BAUER M, ENGFER R & RAPPL J (Hrsg) (1991) *Psychiatrie-Reform in Europa*, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- BAUER M, KUNZE H, VON CRANACH M, FRITZE J & BECKER T (2001) *Psychiatric reform in Germany*. In Acta Psychiatrica Scandinavica, 104 (Suppl. 410), 27–34
- BECHDOLF A, MAIER S, KNOST B & HAMBRECHT M (2003) *Psychologisches Frühinterventionsprogramm bei psychosefernen Prodromen. Ein Fallbericht*. In Der Nervenarzt, 74, 436–439
- BECKER T (1998) *Gemeindepsychiatrie. Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland*. Stuttgart und New York: Thieme Verlag
- BECKER T & SARTORIUS N (1999) *Ökologie und Psychiatrie*. In HELMCHEN H, HENN F, LAUTER H & SARTORIUS N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, 4. Aufl. Band 1, Berlin & Heidelberg: Springer, 473–506
- BECKER T, BAUER M, RUTZ W & AKTION PSYCHISCH KRANKE (eds) (2001) *Psychiatric reform in Europe*. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum, Vol. 104
- BECKER T & VÁZQUEZ-BARQUERO J L (2001) *The European perspective of psychiatric reform*. In Acta Psychiatrica Scandinavica, 104 (Suppl. 410), 8–14
- BECKER T, KLUGE H & ANGERMEYER MC (2002) *Psychiatrische Versorgung und Public Health: Rahmenbedingungen, aktueller Stand, Perspektiven*. In FLICK U (Hrsg) *Innovation durch New Public Health*. Göttingen u. a.: Hogrefe, 195–223

- BENNETT DH (1972) *Day hospitals, day centers and workshops*. In WING JK & HAILEY M (eds) *Evaluating a community psychiatric service*. London: O.U.P
- BENNETT DH (1991) *The international perspective*. In BENNETT & FREEMAN (eds) *Community Psychiatry. The Principles*. Singapore, 626–649
- BENNETT DH & FREEMAN HL (eds) (1991) *Community Psychiatry. The Principles*. Singapore: Churchill Livingston
- BERGER H & ENGFER R (1989) *Gemeindenabe und gemeindeferne psychiatrische Versorgung im Vergleich*, Offenbach, unveröffentlichter Projektbericht für das Hessische Sozialministerium
- BERGER H & ENGFER R (1992) *Krankheitsbewältigung und Versorgungsangebot aus der Sicht von Patienten*. In: ANDRESEN B, STARK FM & GROSS J (Hrsg) *Mensch, Psychiatrie, Umwelt. Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis*, Bonn: Psychiatrie Verlag, 325–334
- BERGER M, BERGMANN F & ROTH-SACKENHEIM C (2003) *An die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur »Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychosomatischen und psychischen Erkrankungen« vom 15.01.2003*. In *Der Nervenarzt*, 948–950
- BERGER M (Hrsg) (2004a) unter Mitarbeit von HECHT H: *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Unter systematischer Berücksichtigung von Übersichtsarbeiten der Cochrane-Collaboration und des Centre for Reviews and Dissemination*. München & Jena: Urban & Fischer
- BERGER M (2004b) *Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches »Psychiatrie und Psychotherapie«*. In *Nervenarzt*, 75, 195–204
- BERO L & RENNIE D (1995) *The Cochrane Collaboration. Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care*, In *JAMA*, 274, 1935–1938
- BIERER J (1951) *The day hospital: An experiment in social psychiatry and psychoanalytic psychotherapy*, London: Washburn & Sons
- BLASIUS D (2001) *Deutsche Erinnerung. Wegstrecken der Psychiatriegeschichte*. In WOLLSCHLÄGER M (Hrsg) *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen, 29–41
- BLOCK BM & LEFKOVITZ PM (1991) *Standards and guidelines for partial hospitalization*. Alexandria, VA: American Association for Partial Hospitalization
- BOAG T J (1960) *Further development in the day hospital*. In *American Journal of Psychiatry*, 116, 801–806
- BOCK T (1985) *Möglichkeiten und Grenzen teilstationärer Psychiatrie*. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag
- BOSCH G (1967) *Psychotherapie und Soziotherapie*. In *Social Psychiatry*, 2, 111–124
- BOSCH G (1971) *Zur Indikation tagesklinischer Behandlung*. In *Der Nervenarzt*, 42, 457–466
- BOSCH G & STEINHART I (1983) *Entwicklung und gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland*. In BOSCH G, VELTIN A & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*, Köln: Rheinland Verlag, 11–36

- BOYDELL J, VAN OS J, LAMBRI M, CASTLE D, ALLARDYCE J, MCCREADIE RG & MURRAY RM (2003) *Incidence of schizophrenia in south-east London between 1965 and 1997*. In *British Journal of Psychiatry*, 182, 45–49
- BREAKEY WR (ed) (1996) *Integrated mental health services. Modern community psychiatry*. New York & Qxford: University Press
- BREAKEY WR (1996a) *The rise and fall of the state hospital*. In BREAKEY WR (ed) *Integrated mental health services. Modern community psychiatry*. New York & Qxford, 15–28
- BREAKEY WR (1996b) *Prevention*. In BREAKEY WR (ed) (1996) *Integrated mental health services. Modern community psychiatry*. New York & Qxford, 323–336
- BRENNER HD, JUNGHAN U & PFAMMATTER M (2000) *Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen*. In *Der Nervenarzt*, 71, 691–699
- BROCKLEHURST J (1979) *The development and present status of day hospitals*. In *Age and Ageing*, 8, 76–79
- BÜHRING P (2001) *Psychiatrie Reform. Auf halbem Wege stecken geblieben*. In *Deutsches Ärzteblatt*, 98, B256–B259
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (1991) *Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Bestandsaufnahme und Empfehlungen*. Typoskript 30.05.1991 Bonn
- Bundesregierung (1990) *Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich« – auf der Grundlage des Modellprogramms »Psychiatrie« der Bundesregierung*. Deutscher Bundestag 11. Wahlperiode. Drucksache 11/8494 vom 27.11.90
- BURNS T (2000) *Models of community treatments in schizophrenia: do they travel?* In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Suppl. 407), 11–14
- BURTI L (2001) *Italian psychiatric reform 20 plus years after*. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (Suppl. 410), 41–46
- BUTTS HF (1964) *The organization of a psychiatric day hospital*. In *Journal of the National Medical Association*, 56, 381–389
- CAMERON DE (1947) *The day hospital. an experimental form of hospitalization for psychiatric patients*. In *The Modern Hospital*; 69, 60–62
- CHALMERS I (1993) *The Cochrane Collaboration: Preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care*. In *Annals of the New York Academy of Science*, 703, 156–165
- CHELIMSKY E (1997) *The coming transformations in evaluation*. In CHELIMSKY E & SHADISH WR (eds) *Evaluation for the 21st century*. Thousand Oaks et al., 1–29
- CIOMPI L (2001) *Welche Zukunft hat die Sozialpsychiatrie? Hoffnungen, Befürchtungen und Leitbilder*. In WOLLSCHLÄGER M (Hrsg) *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen, 755–767
- COCHRAN B (1977) *Partial hospitalization: Trends and approaches*. In *Hospital and Community Psychiatry*, 28, 451–458
- CONWELL M, ROSEN BM, HENCH CL & BAHN AK (1964) *The first national survey of psychiatric day-night services*. In EPPS RL & HANES LD (eds) *Day care of psychiatric patients. From the National Day Hospital Workshop held in Kansas City, Missouri*. Springfield, Ill.: 106–115

- COOK TD (1997) *Lessons learned in evaluation over the past 25 years*. In CHELIMSKY E & SHADISH WR (eds) *Evaluation for the 21st century*. Thousand Oaks et al., 30–52
- COOPER B (2003) *Evidence-based mental health policy: a critical appraisal*. In *British Journal of Psychiatry*, 183, 105–113
- COWEN EL (1978) *Some problems in community program evaluation research*. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 792–805
- CRAFT M (1958) *An evaluation of treatment of depressive illness in a day hospital*. In *Lancet*, July 19, 2, 140–151
- CREED F, ANTHONY P, GODBERT K & HUXLEY P (1989a) *Treatment of severe psychiatric illness in a day hospital*. In *British Journal of Psychiatry*, 154, 341–347
- CREED F, BLACK D & ANTHONY P (1989b) *Day-hospital and Community treatment for acute psychiatric illness: a critical appraisal*. In *British Journal of Psychiatry*, 154, 300–310
- CREED F, BLACK D, ANTHONY P, OSBORN M, THOMAS P & TOMESON B (1990) *Randomized controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment*. In *British Medical Journal*, 300, 1033–7
- CREED F, BLACK D, ANTHONY P, OSBORN M, THOMAS P, FRANKS D, POLLEY R, LANCASHIRE, SALEEM P & TOMESON B (1991) *Randomized controlled trial of day and in-patient psychiatric treatment 2: Comparison of two hospitals*. In *British Journal of Psychiatry*, 158, 183–189
- CREED F, MBAYA P, LANCASHIRE S, TOMESON B, WILLIAMS B & HOLME S (1997) *Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomized controlled trial*. In *British Medical Journal*, 314, 1381 ff.
- CUMMING J (1964) *Day hospital and community needs*. In EPPS RL & HANES LD (eds) *Day care of psychiatric patients*. Springfield Ill., 127–140
- DANIELS RS (1964) *Issues in the origin, organization and operation of a day hospital*. In EPPS RL & HANES LD (eds) *Day care of psychiatric patients*. Springfield Ill., 20–33
- DAVIDSON L, KRAEMER, TEBES J, RAKFELDT J & SLEDGE WH (1996) *Differences in social environment between inpatient and day hospital – crisis respite settings*. In *Psychiatric Services*, 47, 714–720
- DEAR MJ & WOLCH JR (1987) *Landscapes of despair. From deinstitutionalization to homelessness*. Oxford: Polity Press
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1975) *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquete)*. Drucksache 7/4200. Deutscher Bundestag.
- DiBELLA GAW, WEITZ GW, POYNTER-BERG D & YURMARK JL (1982) *Handbook of partial hospitalization*. New York: Brunner & Mazel
- DICK PH, CAMERON L, COHEN D, BARLOW M & INCE A (1985) *Day and full time psychiatric treatment: A controlled comparison*. In *British Journal of Psychiatry*, 147, 246–250
- DICK PH, SWEENEY ML & CROMBIE IK (1991) *Controlled Comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression*. In *British Journal of Psychiatry*, 158, 24–27

- DIEBELS E, TSCHUSCHKE V, BENZ C, GÜNTHER A & SCHMITZ H-J (2004) *Elemente einer aktuellen Bestandsaufnahme tagesklinischer Arbeit in der BRD*. In Eikelmann B & Reker T (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*, Kohlhammer in Vorbereitung
- DGPPN (1997) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: *Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland*. Berlin & Heidelberg: Springer
- DÖRNER K (1975) *Nationalsozialismus und Lebensvernichtung*. In DÖRNER K, *Diagnosen der Psychiatrie*. Frankfurt a. M.: Campus, 59–95 (zuerst 1967)
- DÖRNER K (1995) *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt, 3. Auflage (zuerst 1969)
- DÖRNER K & PLOG U (1999) *Anfänge der Sozialpsychiatrie. Bericht über eine Reise durch die sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen der Bundesrepublik im Jahre 1968*. Bonn: Edition Das Narrenschiff (zuerst 1968)
- DOSE M (2000): *Psychopharmakologische Langzeittherapie der Schizophrenie: Wie ist der neueste Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis?* In EIKELMANN B & PHILIPP M (Hrsg) *Langzeittherapie der Schizophrenie*. Berlin et al.: Springer, 37–54
- DOSE M (2002) *Die schöne Welt der neuen Neuroleptika – eine kritische Betrachtung*. In *Schizophrenie*, 18
- DUNN RJ, STALEY D & SEXTON DL (1982) *Psychiatric day hospitalization: multiple perspectives on outcome*. In *International Journal of Partial Hospitalization*, 1, 287–299
- DZAGHAROV MA (1937) *Experience in organizing a day hospital for mental patients*. In *Neuropathologi Psikhiiatri*, 6, 137–146
- DZHAGAROV MA (1944) *Day hospitals and the mentally ill*. Moscow
- DZIEWAS H, BOCK T & JOHN U (1983) *Die Tagesklinik als Instrument der Krisenintervention*. In BOSCH G, VELTIN A & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*, Köln: Rheinland Verlag, 67–78
- ECKMAN TA (1979) *Behavioral approaches to partial hospitalization*. In LUBER RF (ed) *Partial hospitalization. A current perspective*. New York & London, 21–46
- EIKELMANN B (1991) *Gemeindenaher Psychiatrie. Tagesklinik und komplementäre Einrichtungen*. München et al.: Urban & Schwarzenberg
- EIKELMANN B (1994) *Die psychiatrische Tagesklinik – Klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Evaluation*. In RUDOLF GAE, LEGGRAF N & WINDGASSEN K (Hrsg) *Psychiatrie heute. Aspekte und Perspektiven*, München, 31–46
- EIKELMANN B (1999a) *Zur Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart und New York, 35–40
- EIKELMANN B (1999b) *Psychotherapie in der tagesklinischen Behandlung*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart und New York, 73–82
- EIKELMANN B (1999c) *Zur Evaluation psychiatrischer Tagesbehandlung*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart und New York, 107–112
- EIKELMANN B & REKER T (1993) *Die psychiatrische Tagesklinik – Übersicht bisheriger*

- Erfahrungen und eigene Ergebnisse.* In Fortschritte der neurologischen Psychiatrie, 61, 71–76
- EIKELMANN B & REKER T (1996) *Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – historische, konzeptuelle und wissenschaftliche Aspekte.* In Gesundheitswesen, 58, Sonderheft 1, 72–78
- EIKELMANN B & REKER T (Hrsg) (2004) *Psychiatrie und Psychotherapie der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis.* Kohlhammer in Vorbereitung
- EIKELMANN B & SEIFERT D (1990) *Effektivität und Indikation tagesklinischer Behandlung anhand einer Ein-Jahrgangs-Evaluation.* In EIKELMANN B & TÖLLE R (Hrsg) *Praxis der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie.* Neuss, 79–130
- EIKELMANN B & TÖLLE R (Hrsg) (1990) *Praxis der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie.* Neuss: Jansen
- ENDICOTT J, HERZ MI & GIBBON M (1978) *Brief versus standard hospitalization: The differential costs.* In American Journal of Psychiatry, 135, 707–712
- ENGELKE W (1989) *Die Funktion der unabhängigen Tagesklinik in der psychiatrischen Behandlung.* In Psychiatrische Praxis, 16, 218–221
- ENGFER R & BAUER M (1990) *Essentials of a comprehensive community mental health care system: From the big mental state hospital to community orientated services in the catchment area of the city Offenbach.* In STEFANIS CN et al. (eds) *Psychiatry: A World Perspective, Vol 4, Proceedings of the VIII World Congress of Psychiatry, Athens 1989, Amsterdam et al.: Excerpta Medica, 518–522*
- ENGFER R & BAUER M (1991) *Verbundsysteme in der Versorgung psychisch Kranker.* In DEWE B & WOHLFAHRT N (Hrsg) *Netzwerkförderung und soziale Arbeit,* Bielefeld: Kleine Verlag
- ERNST K (1998) *Psychiatrische Versorgung heute. Konzepte, Konflikte, Konsequenzen.* Stuttgart et al.: Kohlhammer
- EPPS RL & HANES LD (eds) (1964) *Day care of psychiatric patients. From the National Day Hospital Workshop held in Kansas City, Missouri.* Springfield, Ill.: Charles C Thomas Publisher
- ESOCK SM, DRAKE RE, FRANK RG & MCGUIRE G (2003) *Randomized controlled trials in evidence-based mental health care: Getting the right answer to the right question.* In Schizophrenia Bulletin, 29, 115–123
- ETTLINGER R, BEIGEL A & FEDER S (1972) *The partial hospital as a transition from inpatient treatment: A controlled follow-up study.* In Mount Sinai Journal of Medicine, 39, 251–257
- Expertenkommission (1988) *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung.* Herausgegeben vom BMJFFG, Bonn: Typoskript
- FARNDAL J (1961) *The day hospital movement in Great Britain.* London: Pergamon Press
- FEINSTEIN AR (1995) *Meta-analysis: Statistical alchemy for the 21st century.* In Journal of Clinical Epidemiology, 48, 71–79
- FIELD MG (1960) *Approaches to mental illness in Soviet society: Some comparisons and conjectures.* In Social Problems, 7, 277–297

- FINK EB, LONGABAUGH R & STOUT R (1978) *The paradoxical underutilization of partial hospitalization*. In *American Journal of Psychiatry*, 135, 713–716
- FINK EB, LANDAU HECKERMAN C & MCNEILL D (1979) *An examination of clinician bias in patient referrals to partial hospital settings*. In *Hospital & Community Psychiatry*, 30, 631–632
- FINZEN A (1977) *Die Tagesklinik. Psychiatrie als Lebensschule*. München: Piper Verlag
- FINZEN A (1986) *Tags in die Klinik – abends nach Hause*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- FINZEN A (1988) *Das Ende der Anstalt. Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag (2. Auflage, zuerst 1985)
- FINZEN A (1990) *Tagesbehandlung – Modell psychiatrischer Therapie*. In EIKELMANN B & TÖLLE R (Hrsg) *Praxis der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie*. Neuss, 1–13
- FINZEN A (1997) *Vom Stadtasyl zur psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus*. In HOFFMANN-RICHTER U, HASELBECK H & ENGFER R (Hrsg) *Sozialpsychiatrie vor der Enquete*. Bonn, 17–29
- FINZEN A (1999) *Tagesklinische Behandlung – Modell psychiatrischer Therapie*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart und New York, 19–25
- FINZEN A (2001) *Sozialpsychiatrie zwischen Medizin und Sozialwissenschaften – Eine Bestandsaufnahme*. In WOLLSCHLÄGER M (Hrsg) *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen, 625–636
- FINZEN A (2002) *Influence of evidence on mental health care over the last 200 years*. In PRIEBE S & SLADE M (eds) *Evidence in mental health care*, Hove and New York, 21–27
- FINZEN A (2002 a) *Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Räsonieren über das Heilen*. Bonn: Edition Das Narrenschiff
- FINZEN A (2003) *Eine kurze Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik*. Bonn: Psychiatrie Verlag
- FISCHER F (1969) *Irrenhäuser. Kranke klagen an*. München et al.: Verlag Kurt Desch
- FLECKENSTEIN W (2002) *Lebensraum für das Seelenheil*. In STORZ W (Hrsg) *Visite in Rhein-Main und Hessen*. Frankfurt am Main, 32–35
- FORSTER R (1997) *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- FORSTER R (1999) *Von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie: Empirische Befunde und theoriegeleitete Interpretation eines Wandlungsprozesses*. In *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 24, 56–75
- FORSTER R (2000) *Die vielen Gesichter der Deinstitutionalisierung – soziologisch gedeutet*. In *Psychiatrische Praxis*, 27, Sonderheft 2: S39–S43
- FOUCAULT M (1969) *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (zuerst französisch 1961)
- FOX R, RUTTER M & SMITH EBO (1960) *Psychiatric day hospitals*. In *The Lancet*, 824–825
- FREEMAN HL & BENNETT (1991) *Origins and development*. In BENNETT & FREEMAN (eds) *Community Psychiatry. The Principles*. Singapore, 40–70
- FREEMAN HL (1996) *The evolution of community psychiatry in Britain*. In BREAKEY

- WR (ed) *Integrated mental health services. Modern community psychiatry*. New York & Qxford, 53–68
- FRITZE J & BERGER M (2003) *Weitere vollstationäre Kapazitäten für Psychosomatik?* In *Nervenarzt*, 74, 387–393
- FRITZE J, SASS H & SCHMAUSS M (2001) *Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Über-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Pulheim u. a.*
- GARLIPP P, SEIDLER K-P, AMINI K, MACHLEIDT W & HALTENHOF H (2001) *Behandlungsabbruch in der psychiatrischen Tagesklinik. Plädoyer für eine differenzierte Betrachtungsweise*. In *Psychiatrische Praxis*, 28, 262–266
- GATERMANN R (2004) *Psychiatrie in Schweden. Kranke sitzen zwischen den Stühlen*. In *Deutsches Ärzteblatt*, 101, B268–B269
- GEBHARDT RP & SCHMIDT-MICHEL PO (2002) *Eine psychiatrische Akut-Station zieht in die Gemeinde. Das Satellitenmodell auf dem empirischen Prüfstand*. In *Der Nervenarzt*, 73, 1088–1093
- GEDDES J (2003) *Generation evidence to inform policy and practice: The example of the second generation »atypical« antipsychotics*. In *Schizophrenia Bulletin*, 29, 105–114
- GERKE U (2003) *Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen*. In *Der Nervenarzt*, 951–952
- DE GIROLAMO G & COZZA M (2000) *The Italian psychiatric reform: A 20-year Perspective*. In *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 197–214
- GITTELMAN M (2001) *Tertiary prevention of mental disorders*. In THORNICROFT G & SZMUKLER G (eds) *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford, 509–516
- GLICK ID, FLEMING L, DECHILLO N, MEYERKOPF N, JACKSON C, MUSCARA D & GOOD-ELLIS M (1986) *A controlled study of transitional day care for non-chronically-ill patients*. In *American Journal of Psychiatry*, 143, 1551–1556
- GODLEE F (1994) *The Cochrane Collaboration*. In *British Medical Journal*, 309, 969–970
- GOFFMAN E (1961) *Asylums: essays on a social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books
- GOLDBERG D (1997) *Community psychiatry in Europe: assessment and evaluation*. In TANSSELLA M (ed) *Making rational mental health services*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 217–227
- GOLDBERG D & HUXLEY P (1980) *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. London & New York: Tavistock Publications
- GOLDBERG D & HUXLEY P (1992) *Common mental disorders. A bio-social model*. London & New York: Tavistock/Routledge
- GOLDBERG FD & PERRAULT J (1979) *Funding partial hospitalization programs*. In LUBER RF (ed) *Partial hospitalization. A current perspective*. New York & London, 173–181
- GOLDMAN HH & MORRISSEY JP (1985) *The alchemy of mental health policy: homelessness and the fourth cycle of reform*. In *American Journal of Public Health*, 75, 727–731

- GRAWÉ K, DONATI R & BERNAUER F (1994) *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe
- GREENE LR & DE LA CRUZ A (1981) *Psychiatric day treatment as alternative to and transition from full-time hospitalization*. In *Community Mental Health Journal*, 17, 191–202
- GUDEMAN JE, MILES FS & DICKEY B (1983) *Day hospitalization and an inn instead of inpatient care for psychiatric patients*. In *New England Journal of Medicine*, 308, 749–753
- GUDEMAN JE, DICKEY B, APRIL EVANS MSW & MILES FS (1985) *Four-Year Assessment of a Day Hospital-Inn Program as an Alternative to Inpatient Hospitalization*. In *American Journal of Psychiatry*, 142, 1330–1333
- Guidry LS, WINSTEAD DK et al. (1979) *Evaluation of day treatment effectiveness*. In *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 221–224
- GUILETTE W, CROWLEY B, SAVITZ SA & GOLDBERG FD (1978) *Day hospitalization as a cost-effective alternative to inpatient care: a pilot study*. In *Hospital & Community Psychiatry*, 29, 525–527
- GUY W & GROSS GM (1967) *Problems in the evaluation of day hospitals*. In *Community Mental Health Journal*, 3, 111–118
- GUY W, GROSS M, HOGARTY GE & DENNIS H (1969) *A controlled evaluation of day hospital effectiveness*. In *Archives of General Psychiatry*, 20, 329–338
- HÄFNER H (1997) *Ein Vierteljahrhundert Rehabilitation psychisch Kranker in Deutschland*. In *Gesundheitswesen* 59, 69–78
- HÄFNER H (2000) *Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts*. In *Krankenhauspsychiatrie*, 11, 145–157
- HÄFNER H (2001) *Das Rätsel Schizophrenie*, 2. Aufl., München: CH Beck
- HÄFNER H (2003) *Die Inquisition der psychisch Kranken geht ihrem Ende entgegen. Die Geschichte der Psychiatrie-Enquete und Psychiatriereform in Deutschland*. In KERSTING F-W (Hrsg) *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform*. Paderborn et al., 113–140
- HAGGERTY RJ & HAMBURG BA (1994) *Preface*. In: MRAZEK PJ & HAGGERTY R J (eds) *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, v–vii
- HALTENHOF H, GARLIPP P, MACHLEIDT W & SEIDLER, K-P (2004) *Die Klientel allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage*. Typoskript (zur Veröffentlichung eingereicht)
- HAMBRECHT M (2001) *Präventive Ansätze in Prodromalstadien schizophrener Störungen*. In *Schizophrenie*, 16, 14–22
- HAMBRECHT M, KLOSTERKÖTTER J & HÄFNER H (2002) *Früherkennung und Frühintervention schizophrener Störungen*. In *Deutsches Ärzteblatt*, 99, B2491–B2494
- HANRATH S (2003) *Strukturkrise und Reformbeginn: Die Anstaltspsychiatrie in der DDR und der Bundesrepublik bis zu den 60er Jahren*. In KERSTING F-W (Hrsg) *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform*. Paderborn et al., 31–61
- HARRINGTON JA & MAYER-GROSS W (1959) *A day hospital for neurotics in an industrial community*. In *Journal of Mental Science*, 224–234
- HARRISON J, POYNTON A, MARSHALL J, GATER R & CREED F (1999) *Open all hours*:

- extending the role of the psychiatric day hospital.* In *Psychiatric Bulletin*, 23, 400–404
- HASELBECK H (1997) *Zur Sozialgeschichte der »Offenen Irren-Fürsorge«.* Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. In HOFFMANN-RICHTER U, HASELBECK H & ENGFER R (Hrsg) *Sozialpsychiatrie vor der Enquete.* Bonn, 62–83 (zuerst erschienen 1985)
- HAUTH I (2003) *Psychotherapie in der Tagesklinik.* In WOLFERSDORF M, RITZEL G & HOCKE V (Hrsg) *Psychotherapie als Haltung und Struktur in der klinischen Psychiatrie,* Regensburg, 45–64
- HEISE H (1983) *Die Tagesklinik als Alternative zur vollstationären Behandlung.* In BOSCH G, VELTIN A & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung,* Köln, 105–110
- HEITGER B & SAAMELI W (1995) *Wirksamkeit einer psychiatrischen Tagesklinikbehandlung.* In *Schweiz. Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 145, 33–38
- HELD T (1990) *Frankreich oder: Die Unverzichtbarkeit der Ideologie.* In THOM A & WULFF E (Hrsg) *Psychiatrie im Wandel.* Bonn, 462–478
- HEMPFLING FH (1986) *Zur historischen Entwicklung und gegenwärtigen Situation der Tagesklinik als eines psychotherapeutischen Behandlungsmodells.* In HEIGL-EVERS A et al. (Hrsg) *Die Vierzigstundenwoche für Patienten.* Göttingen, 21–29
- HERSON M (1979) *Research considerations.* In LUBER RF (ed) *Partial hospitalization. A current perspective.* New York & London, 105–135
- HERZ MI (1982) *Research Overview in day treatment.* In *International Journal of Partial Hospitalization*, 1, 33–44
- HERZ MI, ENDICOTT J, SPITZER RL & MESNIKOFF A (1971) *Day versus inpatient hospitalization: a controlled study.* In *American Journal of Psychiatry*, 127, 107–118
- HERZ MI, ENDICOTT J & SPITZER RL (1977) *Brief hospitalization: A two-year follow-up.* In *American Journal of Psychiatry*, 134, 502–507
- HINTERHUBER H, LIENSBERGER D, TASSER A, SCHWITZER J, RIZZUTI E & MEISE U (2001) *Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien. 22 Jahre nach Franco Basaglias Reformgesetz Nr. 180.* In *Der Nervenarzt*, 7, 501–510
- HEWER W, BIEDERT S, FÖRSTL H & ALM B (1992) *Unentdeckte körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Neuenaufnahmen.* In *Psychiatrische Praxis*, 19, 171–177
- HOFFMANN H (1993) *Junge chronische Patienten: Wie können wir die schwierigsten unter ihnen besser behandeln. Eine Literaturübersicht.* In *Der Nervenarzt*, 64, 62–69
- HOFFMANN-RICHTER U, HASELBECK H & ENGFER R (Hrsg) (1997) *Sozialpsychiatrie vor der Enquete,* Bonn: Psychiatrie-Verlag
- HOGUE MA, FARRELL SP, MUNCHEL ME & STRAUSS JS (1988) *Therapeutic factors in partial hospitalization.* In *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes*, 51, 199–210
- HOGUE MA, DAVIDSON, L, HILL WL, TURNER VE & AMELI R (1992) *The promise of partial hospitalization: a reassessment.* In *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 345–354
- HOLLINGSWORTH J (1991) *Falling through the cracks: care of the chronically mentally*

- ill in the United States, Germany and the United Kingdom.* In *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17, 899–928
- HOLLOWAY F (1988) *Psychiatric day care: the users' perspective.* In *International Journal of Social Psychiatry*, 35, 252–264
- HORNUNG WP (2000) Psychotherapeutische Konzepte in der Schizophreniebehandlung. In EIKELMANN B & PHILIPP M (Hrsg) *Langzeittherapie der Schizophrenie*, Berlin et al., 132–148
- HOTOPF M, CHURCILL R & LEWIS G (1999) *Pragmatic randomized controlled trials.* In *British Journal of Psychiatry*, 175, 217–233
- HSU L, RIDLEY C & HINDE R (1983) *How psychiatric patients view their own treatment: A study of 50 day hospital patients.* In *International Journal of Social Psychiatry*, 29, 60–64
- HURRELMANN K (2003) *Gesundheitssoziologie.* Weinheim & München: Juventa
- HURRELMANN K & LAASER U (2003) *Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften.* In HURRELMANN K & LAASER U (Hrsg) *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*, 3. Aufl., Weinheim & München: Juventa, 17–45
- HURRELMANN K & LAASER U (Hrsg) (2003) *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* Weinheim & München: Juventa, 3. Auflage
- HYDE RW (1959) *Butler health center – First full year of operation.* In *Rhode Island Medical Journal*, 42, 515–519 + 534–538
- JADAD AR (1998) *Randomized controlled trials. A user's guide.* London: BMJ Books
- JADAD AR & HAYNES RB (1998) *The Cochrane collaboration – Advances and challenges in improving evidence-based decision making.* In *Medical Decision Making*, 18, 2–9
- JAKUBASCHK K (1979) *Zehn Jahre Tagesklinik in Heidelberg.* In *Psychiatrische Praxis*, 6, 1–6
- JAMES P & BURNS T (2002) *The influence of evidence on mental health care developments in the UK since 1980.* In PRIEBE S & SLADE M (eds) *Evidence in mental health care*, Hove & New York, 28–39
- JANÉ-LLOPIS E et al. (2003) *Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis.* In *British Journal of Psychiatry*, 183, 384–397
- JENKINS R (1994) *Principles of prevention.* In PAYKEL ES & JENKINS R (eds) *Prevention in Psychiatry.* London, 11–24
- JOST U & SAAMELI W (1998) *Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Tagesklinik.* In *Psychiatrische Praxis*, 25, 296–302
- KALLERT TW & SCHÜTZWOHL M (2002 a) *Wirkfaktoren der Behandlung in psychiatrischen Tageskliniken aus Patientensicht.* In *Krankenhauspsychiatrie*, 13, 46–53
- KALLERT TW & SCHÜTZWOHL M (2002 b) *Klientel, Bewertung und Effektivität tagesklinischer psychiatrischer Behandlung: Konsequenzen aus vorliegenden Forschungsergebnissen.* In *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 153, 144–152
- KALLERT TW & SCHÜTZWOHL M (2004) *Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität tagesklinischer akutpsychiatrischer Behandlung: Eine Ergebnisübersicht.* In EIKELMANN B & REKER *Psychiatrie und Psychotherapie der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis.* Kohlhammer in Vorbereitung

- KALLERT TW, SCHÜTZWOHL M & MATTHES C (2003) *Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland*. In *Psychiatrische Praxis*, 30, 72–82
- KALLERT TW, SCHÜTZWOHL M, KIEJNA A, NAWKA P, PRIEBE S & RABOCH J (2003 a) *Efficacy of psychiatric day hospital treatment: Review of research findings and design of a European multi-centre study*, Typoscript
- KATSCHNIG H (1999) *Mental Health*. In WEIL O, MCKNEE M, BRODIN M & OBERLÉ D (eds) *Priorities for public health action in the European Community*. Projektbericht ohne Orts-, Verlags- und Jahresangabe
- KATSCHNIG H (2002) *Zur Geschichte der Angehörigenbewegung in der Psychiatrie*. In *Psychiatrische Praxis*, 29, 113–115
- KERSTING F-W (2001) »1968« als psychiatriegeschichtliche Zäsur. In WOLLSCHLÄGER M (Hrsg) *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen, 43–56
- KICKBUSCH I (2003) *Gesundheitsförderung*. In SCHWARTZ FW, BADURA B, BUSSE R, LEIDL R, RASPE H, SIEGRIST J & WALTER U (Hrsg) *Das Public Health Buch*, 2. Aufl., München & Jena: Urban & Fischer, 181–189
- KIENLE GS, KARUTZ M, MATTHES H, MATTHIESSEN P, PETERSEN P & KIENE H (2003) *Evidenzbasierte Medizin. Konkurs der ärztlichen Urteilskraft?* In *Deutsches Ärzteblatt*, 100, A2142–A2146
- KLOSTERKÖTTER J, HELLMICH M & SCHULTZE-LUTTER F (2000) *Ist die Diagnose schizophrener Störungen schon in der initialen Prodromalphase vor der psychotischen Erstmanifestation möglich?* In *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 68, Sonderheft 1, S13–S21
- KLOSTERKÖTTER J, HELLMICH M, STEINMEYER EM & SCHULTZE-LUTTER F (2001) *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*. In *Arch General Psychiatry*, 58, 158–164
- KLUITER H, GIEL R, NIENHUIS FJ, RÜPHAN M & WIERSMA D (1992) *Predicting Feasibility of day treatment for unselected patients referred for inpatient psychiatric treatment: Results of a randomized trial*. In *American Journal of Psychiatry*, 149, 1199–1205
- KLUITER H & WIERSMA D (1996) *Randomized controlled trials of programmes*. In KNUDSEN HC & THORNICROFT G (eds) *Mental health service evaluation*, Cambridge University Press, 259–280
- KRAMER BM (1962) *Day hospital: A study of partial hospitalization in psychiatry*, New York: Grune & Stratton
- KRAUSZ M (1992) *Versorgungssituation und Behandlung von Patienten mit schizophrener Psychose und stofflichem Missbrauch*. In *Krankenhaupsychiatrie*, 3, 53–57
- KRIS EB (1965) *Day hospitals*. In *Current Therapeutic Research*, 7, 320–323
- KRÜGER M & SCHMIDT-MICHEL PO (1998) *Die Psychiatrische Tagesklinik in Friedrichshafen – eine Beschreibung und erste Auswertung der innovativen Konzeption*. In *Krankenhaupsychiatrie*, 9, 22–27
- KRUCKENBERG P, KUNZE H & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) (1997) *Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*, Tagungsberichte Bd 24, Köln: Rheinland-Verlag

- KRUSE G & SIEVERS K (1987) *Tagesklinische Behandlung von Abhängigkeitskranken*. In *Psychiatrische Praxis*, 14, 174–178
- KÜCHENHOFF J (1998) *Teilstationäre Psychotherapie. Theorie und Praxis*. Stuttgart & New York: Schattauer
- KULENKAMPFF C (1997) *Erkenntnisinteresse und Pragmatismus. Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970*. In HOFFMANN-RICHTER U, HASELBECK H & ENGFER R (Hrsg) *Sozialpsychiatrie vor der Enquete*. Bonn, 84–96 (zuerst erschienen 1984)
- KUNZE H (1997) *Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund*. In KRUCKENBERG P, KUNZE H & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) *Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*. Tagungsberichte Bd 24, Köln, 17–26
- KUNZE H (2001) *De-Institutionalisierung im Kopf – vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen*. In *Krankenhauspsychiatrie*, 12, 48–55
- KUNZE H (2003) *Wandel als Chance – neue Wege in der psychiatrischen Krankenhausversorgung*. In *Psychiatrische Pflege heute*, 9, 95–101
- KUNZE H & KALTENBACH L (Hrsg) (2003) *Psychiatrie-Personalverordnung*. 4. überarbeitete und aktualisierte Ausgabe, Stuttgart et al.: Kohlhammer
- LAASER U & HURRELMANN K (2003) *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention*. In HURRELMANN K & LAASER U (Hrsg) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim & München, 395–424
- LÄNGLE G & BUCHKREMER B (1997) *Veränderungen im stationären und ambulanten Leistungsgeschehen: Psychiatrie*. In ARNOLD M & PAFFRATH D (Hrsg) *Krankenhaus-Report '97*. Stuttgart et al.: Gustav Fischer, 35–50
- LÄNGLE G, MAYENBERGER M & GÜNTHER A (2001) *Gemeindenaher Rehabilitation für schwer psychisch Kranke?* In *Rehabilitation*, 40, 21–27
- LÄNGLE G, BORBÉ R & KÖSTER M (2003) *Konzepte beruflicher Rehabilitationsvorbereitung für schizophrene Patienten während der Akutbehandlung*, In *Rehabilitation*, 42, 314–318
- LAMBERT M, STARK F-M & NABER D (1999) *Pharmakotherapie schizophrener Störungen im tagesklinischen Setting*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart und New York, 83–100
- LANGE E (1983) *Zur Entwicklung und Methodik der Evaluationsforschung in der Bundesrepublik Deutschland*. In *Zeitschrift für Soziologie*, 12, 253–270
- LEDER S & PIOTROWSKI A (1990) *Zur Entwicklung und Bewährung der psychiatrischen Versorgung in Polen*. In THOM A & WULFF E (Hrsg) *Psychiatrie im Wandel*. Bonn, 538–550
- LEIBENLUFT E & LEIBENLUFT RF (1988) *Reimbursement for partial hospitalization: A survey and policy implications*. In *American Journal of Psychiatry*, 145, 1514–1520
- LEISSE M & KALLERT TW (2003) *Individueller Hilfebedarf und Platzierung in gemeindepsychiatrischen Versorgungsangeboten. Eine Analyse am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens*. In *Der Nervenarzt*, 74, 755–761
- LEWIS GH, THOMAS HV, CANNON M & JONES PB (2001) *The application of epide-*

- miology to mental disorders*. In THORNICROFT G & SZMUKLER G (eds) *Textbook of Community Psychiatry*. New York, 82–100
- LIBERMAN RP (1982) *What is schizophrenia?* In *Schizophrenia Bulletin*, 8, 435–437
- LIEBERMAN JA & STROUP TS (2003) *Guest editor's introduction: What can large pragmatic clinical trials do for public mental health care?* In *Schizophrenia Bulletin*, 29, 1–6
- LINN MW, CAFFEY EM, KLETT CJ, HOGARTY GE & LAMB HR (1979) *Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. A Veterans Administration cooperative study*. In *Archive of General Psychiatry*, 36, 1055–1068
- LIPSITT DR (2003) *Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty*. In *World Psychiatry*, 2, 87–92
- LUBER RF (ed) (1979) *Partial hospitalization. A current perspective*. New York & London: Plenum Press
- LUBER RF (1979a) *The growth and scope of partial hospitalization*. In LUBER RF (ed) *Partial hospitalization. A current perspective*. New York & London, 3–20
- MACCARTHY B, LESAGE A, BREWIN CR, BRUGHA TS, MANGEN S & WING JK (1989) *Needs for care among the relatives of long-term users of day care. A report from the Camberwell high contact survey*. In *Psychological Medicine*, 19, 725–736
- MARSHALL M, CROWTHER R, ALMARAZ-SERRANO A, CREED F, SLEDGE W, KLUITER H et al. (2001) *Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care*. In *Health Technology Assessment*, 5 (21)
- MARSHALL M (2002) *Randomised controlled trials – misunderstanding, fraud and spin*. In PRIEBE S & SLADE M (eds) *Evidence in mental health care*, Hove and New York, 59–71
- MARSHALL M (2003) *Acute psychiatric day hospitals. Are not in fashion, but evidence shows that they provide feasible and effective care*. In *British Medical Journal*, 327, 116–117
- MASON JC, LOUKS JL, BURMER GC & SCHER M (1982) *The efficacy of partial hospitalization: A review of recent literature*. In *International Journal of Partial hospitalization*, 1, 251–269
- MATAKAS F (1984) *Aus der Arbeit einer Tagesklinik für psychisch Kranke*. In *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 35, 91–97
- MAYLATH E, STARK F-M (1999) *Würde Managed Care die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland verbessern?* In *Psycho*, 25, 744–751
- MAYLATH E, SPANKA M & NEHR R (2003) *In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankenhaufälle der DAK im Vorfeld der DRGs*. In *Gesundheitswesen*, 65 (Supplement), 486–494
- MAYRING P (1983) *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Technik*. Weinheim und Basel: Beltz
- MBAYA P, CREED F & TOMESON B (1998) *The different uses of day hospitals*. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 283–287
- MCGORRY P (2001) *Secondary prevention of mental disorders*. In THORNICROFT G & SZMUKLER G (eds) *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford, 495–508

- McGRATH G & TANTAM D (1987) *Long-stay patients in a psychiatric day hospital: a case note review*. In *British Journal of Psychiatry*, 150, 836–840
- McLEAN AH (2000) *From ex-patient alternatives to consumer options: consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement*. In *International Journal of Health Services*, 30, 821–847
- McMILLAN TM & AASE BH (1964) *Analysis of first 500 patients at San Diego day treatment center*. In EPPS RL & HANES LD (eds) *Day care of psychiatric patients*. Springfield Ill., 91–105
- MECHANIC D (2001) *The scientific foundations of community psychiatry*. In THORNICROFT G & SZMUKLER G (eds) *Textbook of community psychiatry*. Oxford & New York, 41–52
- MELTZOFF J & BLUMENTHAL RL (1966) *The day treatment center. Principles, application and evaluation*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas
- MINTO A (1983) *Changing clinical practice 1950-1980*. In BEAN P (ed) *Mental illness: Changes and trends*. Chichester et al., 163–178
- MOHER D, SCHULZ KF & ALTMAN DG for the CONSORT Group (2001) *The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials*. In *The Lancet*, 357, 1191–1194
- MORRISON LJ, JANSSEN TJ & MOTTER JL (1985) *Medicare mental health demonstration. Final evaluation report. Executive summary*. Silver Spring: MACRO Systems, Inc.
- MOSHER LR (1983) *Alternatives to psychiatric hospitalization. Why has research failed to be translated into practice?*. In *The New England Journal of Medicine*, 309, 1579–1580
- MOSCOWITZ IS (1980) *The effectiveness of day hospital treatment: A review*. In *Journal of Community Psychology*, 8, 155–164
- MRAZEK PJ & HAGGERTY RJ (eds) (1994) *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington: Institute of Medicine. National Academy Press
- MULLEN PD (1997) *Compliance becomes concordance*. In *British Medical Journal*, 314, 691v692
- MUNK-JORGENSEN P (1999) *Has deinstitutionalization gone too far?* In *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 136–143
- NEFFINGER GG (1981) *Partial hospitalization: An overview*. In *Journal of Community Psychology*, 9, 262v269
- NESTADT G (1996) *Partial hospitalization*. In BREAKEY WR (ed) *Integrated mental health services. Modern community psychiatry*. New York & Oxford, 252–263
- NEWCOMBE RG (1988) *Evaluation of treatment effectiveness in psychiatric research*. In *British Journal of Psychiatry*, 152, 696–697
- NIEHOFF J-U & BRAUN B (2003) *Sozialmedizin und Public Health. Ein Wörterbuch zu den Grundlagen der Gesundheitssicherung, der Gesundheitsversorgung, des Gesundheitsmanagements, der Steuerung und der Regulation im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos
- NIENHUIS FJ, GIEL R, KLUITER H, RÜPHAN M & WIERSMA D (1994) *Efficacy of psychiatric day treatment. Course and outcome of psychiatric disorders in a*

- randomized trial*. In European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 244, 73–80
- NISKANEN P (1974) *Treatment results achieved in psychiatric day hospital care: a follow-up of 100 patients*. In Acta Psychiatrica Scandinavica, 50, 401–409
- NOUVERTNÉ K, WESSEL T & ZECHERT C (Hrsg) (2002) *Obdachlos und psychisch krank*. Bonn: Psychiatrie Verlag
- ODENHEIMER JF (1965) *Day hospital as an alternative to the psychiatric ward. Attitude and responses of relatives*. In Archives of General Psychiatry, 13, 46–53
- OLBRICH H, LEUCHT S, FRITZE J, LANCI H & VAUTH R (2004) *Schizophrenien und andere psychotische Störungen*. In Berger M (Hrsg) *Psychische Erkrankungen*. 2. Auflage, München & Jena, 453–540
- PAAR C, BECK U & BONSELS B (1996) *Zur Rehabilitation langjährig psychisch Kranker im tagesklinischen Setting*. In Krankenhauspsychiatrie, 7, 72–76
- PARKER S & KNOLL JL (1990) *Partial hospitalization: An update*. In American Journal of Psychiatry, 147, 156–160
- PAYK TR & WACHENDÖRFER M (1987) *Untersuchungen zur Effizienz tagesklinischer Behandlung*. In Psychiatrische Praxis, 14, 46–51
- PAYKEL ES (1994) *Introduction*. In PAYKEL ES & JENKINS R (eds) *Prevention in Psychiatry*. London, 3–10
- PAYKEL ES & JENKINS R (1994) (eds) *Prevention in Psychiatry*. London: The Royal College of Psychiatrists
- PFAMMATTER M, HOFFMANN H, KUPPER Z & BRENNER HD (2000) *Arbeitsrehabilitation bei chronisch psychisch Kranken. Eine Standortbestimmung*. In Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 68, 61–69
- PHILIPP M (2000) *Atypische Neuroleptika – Begriffsbestimmung und Datenlage*. In EIKELMANN B & PHILIPP M (Hrsg) *Langzeittherapie der Schizophrenie*, Berlin et al., 55–69
- PIPER WE, ROSIE JS, AZIM HFA & JOYCE AS (1993) *A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders*. In Hospital and Community Psychiatry, 44, 757–763
- PIPER WE, JOYCE AS, AZIM HFA & ROSIE JS (1994) *Patient characteristics and success in day treatment*. In Journal Nerv. Ment. Dis., 182, 381–386
- PIRO S (1990) *Entwicklung und Bewährung psychiatrischer Versorgungsformen in Italien*. In THOM A & WULFF E (Hrsg) *Psychiatrie im Wandel*. Bonn, 490–509
- POLLAK T (1985) *Chancen und Probleme tagesklinischer Behandlung am Beispiel Offenbach*. Dissertation an der Medizinischen Hochschule Hannover
- PRIEBE S (2003) *Zukunft psychiatrischer Versorgung – Träume und Alpträume*. In Psychiatrische Praxis, 30, Supplement 1, S48–S53
- PRIEBE S & SLADE M (eds) (2002) *Evidence in mental health care*, Hove and New York: Brunner-Routledge
- PRIEBE S & SLADE M (eds) (2002a) *Evidence in the twenty-first century: the way forward*. In PRIEBE S & SLADE M (eds) *Evidence in mental health care*, Hove and New York, 229–234
- PRYCE I (1982) *An expanding ›stage army‹ of long-stay psychiatric day-patients*. In British Journal of Psychiatry, 141, 595–601

- PSYCHIATRIEBEIRAT STADT UND KREIS OFFENBACH (Hrsg.) (2002) *Psychiatrischer Wegweiser für Stadt und Kreis Offenbach*, Offenbach: Selbstverlag
- Psychiatrische Praxis (1974) *Rahmenthema Tagesklinik*, Jg. 1, 35–74
- RANGACHARI PK (1997) *Evidence-based medicine: old French wine with a new Canadian label?* In *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 280–284
- RAVE-SCHWANK M & HÜNEKE H (1979) *Zur Rehabilitation chronisch Kranker. Eine Nachuntersuchung von psychiatrischen Tagesklinikpatienten*. In *Der Nervenarzt*, 50, 800–805
- REISCH T, THOMMEN M, CSONTOS Z & TSCHACHER W (2002) *Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik: Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette*. In *Psychother Psych Med*, 52, 56–63
- Regionalatlas Rhein-Main (2000) *Regionalatlas Rhein-Main. Natur, Gesellschaft, Wirtschaft*. Rhein-Mainische Forschung des Instituts für Kulturgeographie, Stadt- und Regionalforschung der J. W. Goethe-Universität Frankfurt a. M.: Selbstverlag
- REKER T (1999 a) *Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart u. a., 27–34
- REKER T (1999b) *Soziotherapie in der tagesklinischen Behandlung*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg) *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart und New York, 61–71
- REKER T (2004 a) *Soziotherapie in der tagesklinischen Behandlung*. In EIKELMANN B & REKER T (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer in Vorbereitung
- REKER, T (2004b) *Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung*. In EIKELMANN B & REKER T (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer in Vorbereitung
- RENNERT H & KÜHNE GE (1968) *Erfahrungen mit der Tages- und Nachtambulanz in der Psychiatrie*. In *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. 20, 266–269
- RICHARTZ M (1991) *Die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie in den Niederlanden – vom institutionellen zum funktionalen Bezugsrahmen eines Versorgungssystems*. In BAUER M, ENGFER R & RAPPL J (Hrsg) *Psychiatrie-Reform in Europa*. Bonn, 113–139
- RICHTER D & EIKELMANN B (1999) *Das bio-psychosoziale Modell in der Psychiatrie – seine Auswirkungen auf Theorie und Behandlungspraxis*. In EIKELMANN B, REKER T & ALBERS M (Hrsg) *Die psychiatrische Tagesklinik*, Stuttgart & New York, 1–17
- ROCKSTROH D (1984) *Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover*. In *Sozialpsychiatrische Informationen*, 14, 19–25
- RÖSSLER W (2000) *Rehabilitation Schizophreniekranker*. In EIKELMANN B & M PHILIPP (Hrsg) *Langzeittherapie der Schizophrenie*, Berlin et al., 88–101
- RÖSSLER W & SALIZE H J (1996) *Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker – Daten, Fakten, Analysen*. Baden-Baden: Nomos
- RÖSSLER W, SALIZE HJ & BAUER M (1996) *Psychiatrische Abteilungen an Allgemein-krankenhäusern – Stand der Entwicklungen in Deutschland*. In *Psychiatrische Praxis*, 23, 4–9
- RÖSSLER W, HORST A & SALIZE H-J (1996a) *Bürgerhilfe in der Psychiatrie*. In *Psychiatrische Praxis*, 23, 168–171

- ROICK C, GÄRTNER A, HEIDER D & ANGERMEYER MC (2002) *Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste – Ein Überblick über den Stand der Forschung*. In *Psychiatrische Praxis*, 29, 334–342
- ROLLIN HR (2003) *Psychiatry in Britain one hundred years ago*. In *British Journal of Psychiatry*, 183, 292–298
- ROSE HK (1999) *Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese affektiver Syndrome*. In MACHLEIDT W, BAUER M, LAMPRECHT F, ROSE HK & ROHDE-DACHSER C (Hrsg) *Psychiatrie Psychosomatik Psychotherapie*, 6. Aufl., Stuttgart & New York, 267–275
- ROSE N (2001) *Historical changes in mental health practice*. In THORNICROFT G & SZMUKLER G (eds) *Textbook of community psychiatry*. Oxford u.a., 13–28
- ROSIE JS (1987) *Partial hospitalization: A review of recent literature*. In *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1291–1299
- ROSIE JS, AZIM HFA, PIPER WE & JOYCE AS (1995) *Effective psychiatric day treatment: Historical lessons*. In *Psychiatric services*, 46, 1019–1026
- ROSSI PH & FREEMAN HE (1982) *Evaluation. A systematic approach*. 2nd ed. Beverly Hills, CA: Sage
- RUBIN B (1969) *Community psychiatry. An evolutionary change in medical psychology in the United States*. In *Archives of General Psychiatry*, 20, 497–507
- RUDAS S (1990) *Zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich*. In THOM A & WULFF E (Hrsg) *Psychiatrie im Wandel*. Bonn, 528–537
- RUTZ W (2003) *Rethinking mental health: a European WHO perspective*. In *World Psychiatry*, 2, 125–127
- SACKETT DL (1994) *The Cochrane Collaboration*. In *ACP Journal Club*, 120, Supplement 3, A–11
- SARACENO B (2004) *Mental health: scarce resources need new paradigms*. In *World Psychiatry*, 3, 3–5
- SARTORIUS N (2001) *Primary prevention of mental disorders*. In THORNICROFT G & SZMUKLER G (eds) *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford, 487–494
- SCHENE AH (2001) *Partial hospitalization*. In THORNICROFT G & SZMUKLER G (eds) *Textbook of community psychiatry*. Oxford & New York, 283–293
- SCHENE AH & GERSONS BPR (1986) *Effectiveness and application of partial hospitalization*. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 335–340
- SCHENE AH, VAN LIESHOUT P & MASTBOOM J (1986) *Development and current status of partial hospitalization in the Netherlands*. In *International Journal of Partial Hospitalization*, 3, 237–246
- SCHENE AH, VAN LIESHOUT P & MASTBOOM J (1988) *Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands*. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 515–522
- SCHENE AH, VAN WIJNGAARDEN B, POELIJOE NW & GERSONS BPR (1993) *The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment*. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 427–436
- SCHENE AH, VAN WIJNGAARDEN B & GERSONS BRP (1997) *Partial or full-time hospitalization: patients' preference*. In TANSELLA M (ed) *Making Rational Mental Health Services*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 145–154

- SCHMAUSS M (Hrsg) (2002) *Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie*. Bremen, London, Boston: Uni-Med Verlag
- SCHMAUSS M & MESSER T (2003) *Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen*. In Fortschritte Neurologie und Psychiatrie, 71, 341–357
- SCHMITT W (1997) *Über sozialpsychiatrische Konzepte in älterer und neuerer Zeit*. In HOFFMANN-RICHTER U, HASELBECK H & ENGFER R (Hrsg) *Sozialpsychiatrie vor der Enquete*. Bonn, 38–61 (zuerst erschienen 1969)
- SCHRÄDER WF, REHBERG W & ZICH K (2002) *Psychiatrische Versorgung in Hessen. Entwicklung bis 2007*. Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen Bd. 29. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (Hrsg), Berlin: IGES-Eigenverlag
- SCHÜTZWOHL M & KALLERT TW (2004) *Zur Methodik evaluativer Untersuchungen zur Wirksamkeit tagesklinischer psychiatrischer Behandlung*. In EIKELMANN B & REKER T (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer in Vorbereitung
- SCHULZ J (2003) *Die Rodewischer Thesen von 1963 – ein Versuch zur Reform der DDR-Psychiatrie*. In KERSTING F-W (Hrsg) *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform*. Paderborn et al., 87–100
- SCHWARTZ FW, SIEGRIST J, VON TROSCHKE J & SCHLAUD M (2003) *Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung*. In SCHWARTZ FW, BADURA B, BUSSE R, LEIDL R, Raspe H, Siegrist J & Walter U (Hrsg) *Das Public Health Buch*, 2. Aufl., München & Jena, 23–47
- SCRIVEN M (1980) *The logic of evaluation*. Inverness, CA: Edgepress
- SEIDEL R (1983) *Die Tagesklinik als Bestandteil eines gemeindepsychiatrischen Vollversorgungssystems*. In BOSCH G, VELTIN A & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*, Köln, 153–166
- SEIDLER K-P, GARLIPP P, BRÜGGEMANN B & HALTENHOF H (2001) *Evaluation und Qualitätskontrolle tagesklinischer Behandlung*. In Sozialpsychiatrische Informationen, Sonderheft, 36–44
- SEMMLER W (1998) *Qualitätssicherung unter teilstationären Bedingungen*. In Krankenhauspsychiatrie, 9, 120–124
- SHEETS JL, PREVOST JA & REIHMAN J (1982) *Young adult chronic patients: three hypothesized subgroups*. In Hospital and Community Psychiatry, 197–203
- SHEPHERD G (1991 a) *Day treatment and care*. In BENNETT & FREEMAN (eds) *Community Psychiatry. The Principles*. Singapore, 386–415
- SHEPHERD G (1991 b) *Veränderungen der psychiatrischen Versorgung in Großbritannien aus nationaler und lokaler Perspektive*. In BAUER M, ENGFER R & RAPPL J (Hrsg) *Psychiatrie-Reform in Europa*. Bonn, 141–178
- SIEGRIST J (1999) *Soziologie und Psychiatrie*. In HELMCHEN H, HENN F, LAUTER H & SARTORIUS N (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, 4. Aufl. Band 1, Berlin & Heidelberg: Springer, 429–440
- SIEGRIST J (2002) *Gesundheit und Krankheit: Medizinsoziologische Perspektiven*. In FLICK U (Hrsg) *Innovation durch New Public Health*. Göttingen u. a., 63–75
- SIEGRIST J (2003) *Welchen Nutzen haben Präventions- und Rehabilitationsforschung für die Gesundheitspolitik?* In Gesundheitswesen, 65, 537–541

- SIEGRIST J & MÖLLER-LEIMKÜHLER AM (2003) *Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit*. In SCHWARTZ FW, BADURA B, BUSSE R, LEIDL R, RASPE H, SIEGRIST J & WALTER (Hrsg) *Das Public Health Buch*, 2. Aufl., München & Jena, 125–138
- SIMPSON EL & HOUSE AO (2003) *User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science*. In *British Journal of Psychiatry*, 183, 89–91
- SKAPINAKIS P & LEWIS G (2001) *Epidemiology in community psychiatric research: common uses and methodological issues*. In *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 18–26
- SLADE M & PRIEBE S (2002) Conceptual limitations of randomized controlled trials. In PRIEBE S & SLADE M (eds) *Evidence in mental health care*, Hove and New York, 101–108
- SLADE M, PHELAN M, THORNICROFT G & PARKMAN S (1996) *The Camberwell assessment of need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill*. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109–113
- SLEDGE WH, TEBES J, RAKFELDT J, DAVIDSON L, LYONS L & DRUSS B (1996) *Day hospital/Crisis Respite Care Versus Inpatient Care, Part I: Clinical Outcomes*. In *American Journal of Psychiatry*, 153, 1065–1073
- SLEDGE WH, TEBES J, WOLF N & HELMINIAK W (1996) *Day hospital/Crisis Respite Care Versus Inpatient Care, Part II: service utilization and costs*. In *American Journal of Psychiatry*, 153, 1074–1083
- SMITH S & CROSS EGW (1957) *Review of 1,000 patients treated at a psychiatric day hospital*. In *The International Journal of Social Psychiatry*, 2, 292–298
- SPENGLER A (2003) *Psychiatrische Institutsambulanzen. Ein Überblick*. In *Der Nervenarzt*, 74, 476–480
- Stadt Offenbach am Main (Hrsg.) (2001) *Statistisches Jahrbuch 1998/1999*. 24. Auflage. Offenbach am Main
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2003) *Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001*. In *Fachserie 12/Reihe 6.1*, Wiesbaden: Metzler & Poeschel
- STEINHART I & BOSCH G (1983) *Die Tagesklinik als wesentlicher Bestandteil eines Versorgungssystems aus teilstationären, komplementären und ambulanten Diensten*. In BOSCH, VELTIN & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*, Köln, 167–183
- STOFFELS H & KRUSE G (1996) *Der psychiatrische Hausbesuch. Hilfe oder Überfall?* Bonn: Psychiatrie-Verlag
- STUART H (2003) *Violence and mental illness: an overview*. In *World Psychiatry*, 2, 121–124
- SWALES J (2000) *The troublesome search for evidence: three cultures in need of integration*. In *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93, 402–407
- TANSELLA M (1991) *Gemeindenaher Psychiatrie und Psychiatriereform in Italien*. In BAUER M, ENGFER R & RAPPL J (Hrsg) *Psychiatrie-Reform in Europa*. Bonn, 5–25
- TANSELLA M (2002) *The scientific evaluation of mental health treatments: an historical perspective*. In *Evidence-based Mental Health*, 5, 4–5

- TANTAM D & MCGRATH G (1989) *Psychiatric day hospitals: another route to institutionalization?* In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 96–101
- THOITS PA (1995) *Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?* In *Journal of Health and Social Behavior (Extra Issue)*, 53–79
- THOM A & WULFF E (Hrsg.) (1990a) *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- THOM A & WULFF E (1990b) *Vergleichende Betrachtungen: Gemeinsamkeiten, Divergenzen und erkennbare Perspektiven struktureller Wandlungen der psychiatrischen Versorgungssysteme*. In THOM A & WULFF E (Hrsg) *Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn, 587–602
- THORNICROFT G & TANSELLA M (1999) *The mental health matrix. A manual to improve services*. Cambridge: University Press
- THORNICROFT G & TANSELLA M (2001) *The planning process for mental health services*. In THORNICROFT G & SZMUKLER G (eds) *Textbook of community psychiatry*. Oxford & New York, 179–192
- THORNICROFT G & TANSELLA M (2002) *Balancing community-based mental health care*. In *World Psychiatry*, 1, 84–90
- TRESS W, KRUSE J, HECKRATH C, SCHMITZ N & ALBERTI L (1999) *Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen*. In BADURA B & SIEGRIST J (Hrsg) *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim und München, 325–338
- TYRER P, REMINGTON M & ALEXANDER J (1987) *The outcome of neurotic disorders after out-patient and day hospital care*. In *British Journal of Psychiatry*, 151, 57–62
- UCHTENHAGEN A (1983) *Die Tagesklinik als Instrument der Rehabilitation*. In BOSCH G, VELTIN A & AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg) *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*, Köln, 79–89
- UNREIN G (1990) *Ergebnisse eines teilstationären, mittelfristigen Behandlungsprogrammes für schizophrene Patienten – Prospektive 2-Jahres-Untersuchung*. In EIKELMANN B & TÖLLE R (Hrsg) *Praxis der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie*. Neuss, 62–78
- VAITL P, BENDER W, HUBMANN W, HUMMEL C, KRÖNER A & KRÖNER M (1989) *Vollstationäre versus halbstationäre psychiatrische Anschlussbehandlung – Eine vergleichende retrospektive Studie*. In *Psychiatrische Praxis*, 16, 214–217
- VAUGHAN P J (1983) *Day care of confusion?* In *The Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 184–185
- VELTIN A (1986) *Leitfaden zur tagesklinischen Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer
- VELTIN A (1990) *Zur konzeptionellen und organisatorischen Vielfalt tagesklinischer Behandlung*. In Eikelmann B & Tölle R (Hrsg) *Praxis der tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie*. Neuss, 14–34
- VIDALIS AA, PRESTON TD & BAKER GHB (1990) *Is day hospital treatment effective, and can success be predicted?* In *International Journal of Social Psychiatry*, 36, 137–142
- VOGES B & BECKER T (2004) *Sozialpsychiatrie, Gemeindepshychiatrie und psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation*. In BERGER M (Hrsg) *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. Unter systematischer Berücksichtigung von Über-

- sichtsarbeiten der Cochrane-Collaboration und des Centre for Reviews and Dissemination. München und Jena, 253–278
- VOIGTLÄNDER W (2002) *Das Satellitenmodell aus der Sicht Psychiatrischer Abteilungen*. In Sozialpsychiatrische Informationen, 38–42
- WALTER U & SCHWARTZ FW (2003) *Prävention*. In SCHWARTZ FW, BADURA B, BUSSE R, LEIDL R, RASPE H, SIEGRIST J & WALTER U (Hrsg) *Das Public Health Buch*, 2. Aufl., München & Jena, 189–214
- WALTZ EM (1981) *Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit – ein Überblick über die empirische Literatur*. In BADURA B (Hrsg) *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Frankfurt/M., 40v119
- WANCATA J, RITTMANNBERGER H, WINKLER J & JAUREGG W (2001) *Leistungen und organisatorische Aspekte psychiatrischer Tageskliniken in Österreich*. In Neuro-psychiatrie, 15, 10–17
- WARNER R (2001) *The prevention of schizophrenia: What interventions are safe and effective?* In Schizophrenia Bulletin, 27, 551–562
- WASHBURN S, VANNICELLI M, LONGABAUGH R & SCHEFF B-J (1976a) *A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization*. In Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 665–675
- WASHBURN S, VANNICELLI M & SCHEFF B-J (1976b) *Irrational determinants of the place of psychiatric treatment*. In Hospital & Community Psychiatry, 27, 179–182
- WASHBURN S & CONRAD M (1979) *Organization of the therapeutic milieu in the partial hospital*. In LUBER RF (ed) *Partial hospitalization. A current perspective*. New York & London, 47–70
- WEIG W (2002) *Rehabilitation*. In SCHMAUSS M (Hrsg) *Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie*. Bremen et al., 264–271
- WEIG W (2003) *Rehabilitation psychisch Kranker unter den Bedingungen des deutschen Sozialrechts in Abgrenzung von der Soziotherapie*. In Krankenhauspsychiatrie, 14, 134–137
- WEISE K (1991) *Psychiatrie-Reform in der DDR – am Beispiel der sektoralisierten Betreuung eines Leipziger Stadtbezirks*. In BAUER M, ENGER R & RAPPL J (Hrsg) *Psychiatrie-Reform in Europa*. Bonn, 59–87
- WEISS C (1998) *Evaluation. Methods for studying programs and policies*. 2nd edition. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall
- WEISS KJ & DUBIN WR (1982) *Partial hospitalization: State of the art*. In Hospital and Community Psychiatry, 33, 923–928
- WELDON E & FRANCES A (1977) *The day hospital: Structures and functions*. In Psychiatric Quarterly, 49, 338–342
- WELDON E, CLARKIN JE, HENNESSY JJ & FRANCES A (1979) *Day hospital versus outpatient treatment: a controlled study*. In Psychiatric Quarterly, 51, 144–150
- WERNER W (Hrsg) (1998) *Auflösung ist machbar. Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- WHO (2001) *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Genf: World Health Organization
- WIECHMANN M (2003a) *Managed Care – Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Gabler Verlag

- WIECHMANN M (2003b) *Chancen und Risiken von Managed Care*. In *Gesundheitswesen*, 65, 432–437
- WIERSMA D, GIEL R & KLUITER H (1994) *Day treatment and community care in the Netherlands*. In Sensky T (ed) *Psychiatry in Europe: Directions and Developments*, London, 152–160
- WIERSMA D, KLUITER H, NIENHUIS FJ, RÜPHAN M & GIEL R (1995) *Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders*. In *British Journal of Psychiatry*, 166 (suppl. 27), 52–59
- WILDER JF, LEVIN G & ZWERLING I (1966) *A two-year follow-up evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital*. In *American Journal of Psychiatry*, 122, 1095–1101
- WILLIAMS DDR & GARNER J (2002) *The case against the evidence: a different perspective on evidence-based medicine*. In *British Journal of Psychiatry*, 180, 8–12
- WING JK & BROWN GW (1970) *Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960–1968*, Cambridge: University Press
- WING JK & HAILEY M (1972) *Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell register 1964–1971*. London: Oxford University Press
- WITTCHEN HU (2000) »Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen« *Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten*. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, München
- WITTCHEN HU, MÜLLER N & STORZ S (1998) *Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen*. In *Gesundheitswesen*, 60, Sonderheft 2, S95–S100
- WITTCHEN HU & JACOBI F (2001) *Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998*. In *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44
- WOBROCK T et al. (2004) *Schizophrenie. Epidemiologie, Ätiopathogenese, Symptomatologie*. In *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 72, 98–113
- WOLFF N (2001) *Randomized trials of socially complex interventions: promise or peril?* In *Journal of Health Service Research Policy*, 6, 123–126
- ZEEK A, HERZOG T, KUHN K, HARTMANN A, SCHEIDT C & WIRSCHING M (2002) *Teilstationäre Psychotherapie. Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik*. In *Psychother Psych Med*, 52, 492–499
- ZEPF S, MENGELE U & HARTMANN S (2003) *Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland*. In *Psychother Psych Med*, 53, 152–162
- ZUBIN J & SPRING B (1977) *Vulnerability – A New View of Schizophrenia*. In *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126
- ZWERLING I & WILDER JF (1962) *Day hospital treatment for acutely psychotic patients*. In MASSERMAN J (ed) *Current psychiatric therapies*. Grune Station, N. Y.
- ZWERLING I & WILDER JF (1964) *An Evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients*. In *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 2, 162–185

Zusammenfassung

In allen entwickelten Ländern der Welt ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Psychiatrie grundlegend reformiert worden. Im Zentrum dieser Reform steht die allmähliche Auflösung der alten Anstalten, in denen Menschen mit schweren psychischen Störungen von ihrem sozialen Umfeld isoliert, von der Allgemeinmedizin separiert und meist für lange Zeit hospitalisiert wurden. An ihre Stelle treten neue gemeindeintegrierte Einrichtungen. Die psychiatrische Tagesklinik ist in diesen neuen Versorgungsstrukturen der Gemeindepsychiatrie ein zentrales Element: Die Patienten leben in ihrem normalen sozialen Umfeld und erhalten gleichzeitig eine intensive Krankenhausbehandlung (acht Stunden, fünf Tage die Woche). Vor rund 50 Jahren in den USA, der UdSSR und im UK entstanden, hat sich dieser Einrichtungstyp in Deutschland verspätet, aber in den letzten 15 Jahren stürmisch entwickelt. Derzeit bestehen in Deutschland etwa 350 Kliniken mit 8500 Plätzen.

Trotz der großen empirischen Bedeutung dieser Institution für die psychiatrische Versorgung fehlt in Deutschland seit Jahren eine monographische Darstellung dieses Einrichtungstyps. Die vorliegende Untersuchung will diese Lücke schließen. Ziel der Studie ist es, die theoretische und empirische Forschung zu Tageskliniken umfassend unter Berücksichtigung der internationalen Literatur aufzuarbeiten, durch eine eigene Fallstudie zu ergänzen und auf dieser Basis Folgerungen für die weitere Entwicklung von Tageskliniken in Deutschland abzuleiten. Eine solche Bestandsaufnahme ist vor allem deshalb dringlich, weil Tageskliniken in anderen Ländern infolge gravierender Fehlentwicklungen »aus der Mode« gekommen sind, und die Gefahr besteht, dass in Deutschland ähnliche Fehler wiederholt werden.

In den Kapiteln 1 und 2 werden die theoretischen Grundlagen dargestellt, die heute Ausgangspunkt jeder Analyse einer speziellen Institution psychiatrischer Versorgung sein sollten. Kapitel 1 behandelt den historischen Kontext. Die Übersicht über Ziele und Verlauf der Psychiatrie-Reform dient dem Zweck, die Probleme zu benennen, die sich in einer fortgeschrittenen Phase der Reform stellen. So hat sich in vielen Ländern herausgestellt, dass die Gefahr besteht, gerade die Menschen mit den schwersten Erkrankungen und Behinderungen nur unzureichend zu versorgen. In Kapitel 2 werden aus einer *Public Mental Health*-Perspektive die theoretischen Grundlagen der psychiatrischen Versorgung behandelt: die Epidemiologie psychischer Störungen, die (begrenzten) Möglichkeiten der Prävention, die Ursachen und Verläufe der Erkrankungen (biopsychosoziales Modell), die Spezifika der psychiatrischen Rehabilitation sowie die Elemente eines umfassenden regionalen Versorgungssystems.

Kapitel 3 gibt eine Übersicht zum Stand der internationalen Tagesklinik-Forschung. Zunächst wird die historische Entwicklung von den ersten prototypischen Einrichtungen bis zum derzeit in Deutschland erreichten Ausbaustand nachgezeichnet. Dann werden das für Tageskliniken spezifische Behandlungskonzept (die Kombination von Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie) und die Funktionen tagesklinischer Behandlungen in der Akutversorgung und in der Rehabilitation vorgestellt. Den Abschluss bildet eine Bestandsaufnahme zur internationalen Evaluationsforschung mit besonderer Berücksichtigung der Fragestellungen und Ergebnisse der *Evidence Based Medicine* (EBM).

Kapitel 4 und 5 basieren auf eigenen empirischen Erhebungen. In einer Fallstudie zur Tagesklinik der psychiatrischen Abteilung des Klinikums Offenbach wird im ersten Schritt der Aufbau eines modernen gemeindepsychiatrischen Verbunds geschildert (Kapitel 4). Im zweiten Schritt (Kapitel 5) werden Arbeitsweise, Patientenstruktur und Behandlungsverläufe analysiert. Dabei wird – erstmals in Deutschland – eine Längsschnittauswertung der Basisdokumentation für die Jahre 1992–2002 vorgestellt. Auf der Basis der quantitativen und qualitativen (Fallbeispiele zu einzelnen Patienten) Daten werden Erfolgsfaktoren und Probleme tagesklinischer Behandlung rekonstruiert. Ein wichtiges Ergebnis ist, dass sich unter dem Einfluss von *Managed Care*-Konzepten die Behandlungszeiten deutlich verringert haben.

Das 6. Kapitel enthält die Schlussfolgerungen der theoretischen und empirischen Analysen. Die Bedingungen für die Arbeit von Tageskliniken sind im Begriff, sich drastisch zu verändern. Einerseits gibt es in dieser Situation die Chance, dass durch neue Konzepte die Versorgung der traditionellen Zielgruppe der Tageskliniken, Menschen mit schwersten Erkrankungen, im Sinne der alten Ziele der Psychiatrie-Reform verbessert wird. Andererseits besteht die Gefahr, dass Tageskliniken sich zu psychotherapeutischen Dienstleistungsbetrieben wandeln und sich einer anderen Klientel mit leichteren Formen psychischer Störungen zuwenden (»*creaming off*«). Die Versorgungssituation der Menschen mit dem größten Hilfebedarf würde sich in diesem Fall einschneidend verschlechtern.

Summary

In the highly developed countries all over the world psychiatry has followed a policy of reform throughout the second half of the 20th century. The most significant factor contributing to this reform is the gradual decline of the old asylums, in which people with serious mental disorders had been isolated from their everyday life, separated from general medicine and where they became victims of hospitalism. New institutions of community psychiatry little by little took the place of the old asylums. Psychiatric day hospitals are an element of paramount importance within the institutional structure of community psychiatry. Patients stay living in social environments they are accustomed to and are given an intense hospital treatment (eight hours, five days a week) at the same time. Launched about 50 years ago in the USA, the USSR and the UK day hospital treatment arrived late in Germany but expanded rapidly during the last 15 years. At present there are 350 day treatment facilities with 8500 places all over Germany.

In spite of the significant contribution this institution is making to psychiatric care, a recent monographic account is missing in Germany. The intention of this study is to fill in the gap. The objective is to critically incorporate the results of theoretical and empirical research (taking into account the international debate about partial hospitalization), to supplement findings by conducting a case study and to delineate the consequences with respect to future development of day hospitals in Germany. Such an account is urgently needed, because in other countries partial hospitalisation went »out of fashion« due to serious mistakes, and one cannot rule out the possibility that similar mistakes will be replicated in Germany.

In chapters 1 and 2 the analysis takes as its point of departure a survey of theoretical foundations which should serve as a basis for any effort to scrutinise a particular institutional setting in community psychiatry. Chapter 1 brings light to the historical context. The intention of turning attention to the aims and vicissitudes of psychiatric reform is to identify the problems arising in an advanced phase of change. In many countries it turned out that patients with the most serious mental disorders and impairments are in danger of getting insufficient psychiatric treatment and care. Chapter 2 is an outline of the *Public Mental Health* approach to community psychiatry. It deals with the theoretical foundations of psychiatric treatment and care: epidemiology of mental disorders, (limited) feasibility of prevention, causes and courses of mental diseases (bio-psycho-social model), peculiarities of psychiatric rehabilitation, and the elements of a comprehensive institutional network designed to cope with mental illness and to promote mental health.

Chapter 3 contains a survey of international day hospital research. The first part is an outline of the historical development from early experiments with this type of treatment to the contemporary state of affairs in this field in Germany. The second part presents in detail the features that characterize a typical day hospital treatment (a combination of pharmac-, psycho- and socio-therapy), and it reveals the different functions of acute day hospitals, day care institutions and day treatment in the context of psychiatric rehabilitation. The chapter ends with a synopsis of evaluation research in this area giving special attention to contributions from *Evidence Based medicine* (EBM).

Chapters 4 and 5 rest on own empirical data ascertained for this study. The case study of the day hospital in Offenbach/Main (which is part of a psychiatric department attached to a General Hospital) starts with an outline of the evolution of community psychiatry in this City (chapter 4). The next chapter analyses the working methods of this clinic, the characteristics of patients and the courses of treatment. For the first time in Germany a thorough analysis of longitudinal data derived from the monitoring register of admissions and discharges (1992–2002) is presented. Based on these quantitative data and additional qualitative data (case histories of patients) conditions of success and failure are reconstructed. The analysis furnishes proof of the fact that duration of treatment has plummeted as a result of *Managed Care* approaches enacted by health insurance agencies.

Chapter 6 draws the conclusions suggested by theoretical and empirical analysis. The circumstances of day hospital operation are in the process of being remoulded. On the one hand there is the chance that the required new concepts for treatment and care will improve the situation of the traditional target population of day hospitals, the patients with aggravated forms of mental disorder and impairment, – well in accord with the spirit of the original psychiatric reform movement. But on the other hand there is the danger that day hospitals will turn into psycho-therapeutic services and will become preoccupied with a new clientele disturbed by just mild forms of mental disorders (*»creaming off«*). In that case the situation for patients in the most urgent need of treatment and care would deteriorate drastically.