

Die Psychiatrische Tagesklinik in Friedrichshafen – eine Beschreibung und erste Auswertung der innovativen Konzeption

M. Krüger, P. O. Schmidt-Michel

Tagesklinik Friedrichshafen (Leiter: Prof. Dr. P. O. Schmidt-Michel)

Zusammenfassung

In Friedrichshafen wurde 1995 eine Psychiatrische Tagesklinik mit 20 Behandlungsplätzen eröffnet, bei deren Konzeption in mehrerer Hinsicht neue Wege gegangen wurden. Diese beziehen sich auf die innenarchitektonische Gestaltung, die Art der Vernetzung der Klinik in die bestehende psychiatrische Infrastruktur, die Leitungs- und Teamstruktur und die „Behandlungskultur“ der Klinik.

Im ersten Teil dieses Beitrags wird die Konzeption der Klinik beschrieben; im zweiten werden die wichtigsten empirischen Daten der ersten 20 Monate Betrieb dargestellt.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Tagesklinik – Kundenorientierung – Teamstruktur

The Psychiatric Daytreatment Clinic in Friedrichshafen – Description and first Evaluation of its Innovative Conception

The daytreatment clinic in Friedrichshafen started in June 1995 with a capacity of 20 patients. Its conception is innovative in different ways: its architecture, its function in the community care system, its team- and leading structure and its „treatment culture“.

The first part of this paper describes the concept of the clinic; the second reports on the empirical data of the first 20 months.

Key words: Psychiatric Daytreatment Clinic – Client-orientation – Team-structure

Konzeption der Klinik

Eikelmann (3) beschreibt Standards Psychiatrischer Tageskliniken im allgemeinen; hier wird auf die Konzeption der Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen eingegangen, sofern sich hierzu relevante Unterschiede beschreiben lassen.

Die architektonische Gestaltung¹

Die Leitideen dabei waren Funktionalität und Anregung (3, 6). Die physischen Merkmale der Klinik (Objekte, Farben, Raumaufteilung) sollten den Nutzern (Patienten, Personal, Besucher) Sinnesreichtum bieten und die Schwelle reduzieren, ab der Alltagswahrnehmung vom automatischen zum bewußten Akt wird; sie sollten über markante „Sensationen“ (außergewöhnliche Gestaltung der Möbel, Farbgebung, ...) dazu einladen, genauer hinzuschauen, evtl. darin auch einen Kommunikationsanlaß mit anderen zu sehen.

Die Auswirkung der außergewöhnlichen Innenarchitektur auf die Nutzer der Tagesklinik ist schwer einschätzbar: Explizite Rückmeldungen gibt es weniger von Patientenseite, mehr von seiten der Besucher und der Professionellen. Die Patienten scheinen der dinglichen Umwelt weniger bewußte Beobachtung zu schenken bzw. die

se nicht in Worte zu fassen. Eine Hypothese dazu wäre, daß die internen Sensationen der Patienten die äußeren dominieren und diese weniger relevant werden lassen. Rückmeldungen i.S. einer Überforderung durch die zu reichhaltige Umwelt blieben ebenso aus.

Ohne exakte empirische Absicherung beanspruchen zu können, denken wir, daß die Tagesklinik – auch aufgrund ihrer räumlichen Besonderheit und Ausgestaltung – zu einem einladenden Ort werden konnte, der seinen Teil dazu beiträgt, das Bild von Psychiatrie insgesamt zu verändern.

Trägerschaft und Vernetzung in die psychiatrische Infrastruktur

In der Zeit der Aufbauphase der Tagesklinik (in den Jahren 1990, als erste Gespräche mit dem Sozialministerium stattfanden, bis Juni 1995, als die Tagesklinik eröffnet wurde) waren zum einen Psychiatrische Tageskliniken in

¹ Unsere Klinik erhält von der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung Fördermittel für die „Einführung systemischer Therapieansätze in der Tagesklinik“ (Bewilligungsnummer: 59018.01.1/495).

² Wir danken der Stadt Friedrichshafen und der Zeppelin Stiftung für ihre finanzielle Unterstützung unserer Tagesklinik in der Aufbauphase; mit ihr war es möglich, die Ravensburger Künstlerin U. Kiderlen für die Ausgestaltung der Räume zu engagieren.

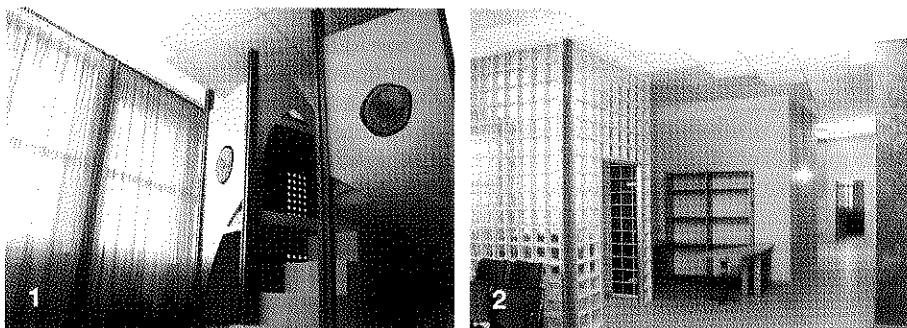


Abb. 1 Die „Bettensburg“
im Ruheraum

Abb. 2 Der Blick in den
Aufenthaltsbereich

Baden-Württemberg politisch gewollt, zum anderen waren zum damaligen Zeitpunkt die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in ihrer Funktion auf den vollstationären Versorgungsbereich festgelegt. Dies änderte sich erst mit der Umwandlung der PLKs in Anstalten des öffentlichen Rechts im Jahr 96.

Diese Konstellation ermöglichte es den Anbietern der ambulanten Sozialpsychiatrischen Dienste in der Region Bodensee-Oberschwaben, sich um die Trägerschaft einer Psychiatrischen Tagesklinik beim Landeskrankenhause Ausschuß zu bewerben. Zu diesem Zweck schlossen sich die drei Vereine zusammen, die in der Region den Großteil an sozialpsychiatrischer Infrastruktur stellten: Die Arkade e. V. (sozialpsychiatrische Angebote im Kreis Ravensburg), die Pauline 13 e. V. (sozialpsychiatrische Angebote im Bodenseekreis) und der Sprungbrett e. V. (Betreiber zweier Werkstätten für psychisch Behinderte) und gründeten die Arkade-Pauline 13 gGmbH. Diese gGmbH fungiert als Träger der Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen und der Berufsbegleitenden Dienste (Psychosozialer Dienst und Fachdienst für die Eingliederung Behinderter).

Damit startete die Tagesklinik mit einer deutlichen sozialpsychiatrischen Ausrichtung und Identität. Zumindest vom Anspruch der Gründerzeit her sollte bei jedem Tagesklinikpatienten bewußt die Nähe und Kommunikation zu den ambulanten Vor- und Wieder-Nachbehandlern gesucht werden. Den Sozialpsychiatrischen Diensten wurde dabei das gleiche Gewicht beigemessen wie den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten.

Dieser Anspruch wurde z. T. umgesetzt, z. T. revidiert: Die in der Tagesklinik gewachsene Grundhaltung im Behandler-Klient-Verhältnis sieht letzteren als autonomes Subjekt, welches Einfluß darauf nimmt, ob Kontakte hergestellt und mit welcher Funktion diese versehen werden. Bezogen auf die Kooperation bei gemeinsamen Klienten rückte die Tagesklinik daher von „routinemäßigen“ Kontakten mit den ambulanten Vor- und Wieder-Nachbehandlern ab und sucht Kooperation dann, wenn es einen begründeten Anlaß gibt. Dies geschieht in aller Regel unter Einbeziehung des Patienten, um ihn auf diesen Wege mehr zum Mitgestalter des Prozesses und nicht zum „Erleider“ von Kooperation zu machen.

Die Zusammenarbeit mit dem für die Region zuständigen „Zentrum für Psychiatrie“ ist in mehrerer Hinsicht intensiv. Dieses intensivere miteinander Kommunizieren basiert strukturell auf folgenden Faktoren: Der leitende

Arzt der Tagesklinik ist in Personalunion in ebenfalls leitender Position im Zentrum für Psychiatrie; die beiden (Teilzeit-)Arztstellen der Tagesklinik sind Rotationsstellen des ZfP Weißenau; d. h. sie werden jeweils von ÄrztInnen besetzt, die mit dem ZfP Weißenau einen Ausbildungsvertrag haben und im Laufe ihrer Facharztausbildung mehrere psychiatrische Bereiche durchlaufen. Die in der Tagesklinik arbeitenden Ärzte sind weiterhin im ZfP Weißenau beschäftigt (wobei die Lohnkosten die Arkade-Pauline 13 gGmbH trägt). Alle übrigen Tagesklinikmitarbeiter sind Angestellte der GmbH.

Dieses „Sich-Aneinander-Binden“ auf der Ebene des medizinischen Personals ist über einen Kooperationsvertrag geregelt und wurde auch von seiten des Ministeriums gewünscht, um ein produktives Kooperieren zwischen ZfP und Tagesklinik wahrscheinlich zu machen. Dies ist – die ersten 20 Monate bilanzierend – auch eingetroffen: Tagesklinik und ZfP verhalten sich nicht wie um Marktanteile kämpfende Konkurrenten, sondern wie Anbieter einer Dienstleistung, die ihr Verankertsein in der sozialpsychiatrischen Infrastruktur zum Nutzen der Betroffenen einsetzen. Ausdruck davon ist die monatlich stattfindende „Sektorkonferenz“, bestehend aus Vertretern der für den Bodenseekreis Ost zuständigen Stationen des ZfP, der ambulanten psychiatrischen Dienste und der Psychiatrischen Tagesklinik.

Leistungsstruktur

Es gibt drei Leitungsfunktionen: Die ökonomische Verantwortlichkeit für die Tagesklinik liegt beim Geschäftsführer der GesamtGmbH. Er ist die letzte Instanz bei Personalfragen und erster Verhandlungspartner der Krankenkassen bei den Pflegesatzverhandlungen. Des weiteren steht der Tagesklinik ein leitender Arzt vor, der die fachärztliche Verantwortung trägt. Der leitende Psychologe hat eine Doppelfunktion: Er ist für einen Teil der Patienten der verantwortliche Therapeut (s. u.), hat die Budgetverantwortung vor Ort (in diesem Bereich in Absprache mit dem Geschäftsführer) und trifft (dann in Absprache mit dem leitenden Arzt) inhaltliche und personelle Entscheidungen, die das therapeutische Konzept der Tagesklinik betreffen.

Ein Großteil der zu treffenden Entscheidungen (Aufnahme-, Öffentlichkeits-, Kooperationspolitik) wird unter koordinierender Funktion des leitenden Psychologen vom Team selbst diskutiert und entschieden.

Ein Effekt der Leitungs-Dreiteilung ist, daß nach zwei Jahren Betrieb die Tagesklinik nicht als Kind einer einzelnen oder einiger weniger Personen gesehen wird. In der Aufbau- und Anfangsphase war das der Fall. Inzwischen wurde sie zu einem „Selbstläufer“ (im positiven Wortsinn), auf den einige Personen zwar mehr Einfluß als andere haben, einige sich auch mehr als andere mit ihm identifizieren – dennoch steht und fällt die Tagesklinik nicht mit diesen Personen. In diesem Sinne entstand eher eine teambezogene und weniger eine patriarchalische Klinikidentität und -kultur.

Teamstruktur

Zum Team mit einem (an die Personalverordnung Psychiatrie angelehnten) Stellenumfang von 10,5 Vollkräften gehören Mitarbeiter aus den Bereichen Verwaltung/Sekretariat, Medizin, Psychologie, Krankenpflege, Sozialarbeit sowie Ergo- und Kunsttherapie; einige Dienstleistungen (Musiktherapie, Raumpflege) werden extern eingekauft.

Das „therapeutische Kernteam“² teilt sich in ein Bezugspersonen- und Bezugstherapeutensystem auf.

Jeder Patient gehört einer Patientengruppe mit bis zu sieben Patienten an. Diese wird jeweils von zwei MitarbeiterInnen auf der Bezugspersonenebene betreut (dazu gehören die beiden Krankenpflegekräfte, die beiden Sozialpädagoginnen und die Ergo- und Kunsttherapeutinnen). Jeder Patient hat dazu noch einen zuständigen Mitarbeiter auf der Bezugstherapeutenebene, zu der die ärztlichen MitarbeiterInnen und der Psychologe gehören.

Mit diesem Modell ist es immer eine Mitarbeitertriade (zwei Bezugspersonen und ein Bezugstherapeut), die für einen Patienten zuständig ist. Diese Triade diskutiert wöchentlich die Verläufe der Patienten, die von ihr betreut werden. Die Bezugspersonen – bei denen bezüglich eines Patienten die eine mehr im Vordergrund, die andere mehr im Hintergrund bleibt – sind durch die regelmäßigen täglichen Kontakte mehr in Interaktion mit dem Patienten als der Bezugstherapeut. Mit ihm/ihr hat der Patient in der Regel einen ausführlichen Gesprächskontakt in der Woche, Abweichungen davon werden gesondert ausgehandelt. Die Bezugstherapeuten formulieren jeweils den Aufnahme- und Entlaßbericht.

Vorteile dieses Behandlungsmodells:

- Diese „wechselnden „Triaden“ wurden zu in sich „demokratisch organisierten“ Subteams: Die Bezugspersonen – jeweils am nächsten am Geschehen – haben großen Einfluß auf therapeutische Entscheidungen; in den „Triadengesprächen“ sind – in dieser Situation – drei hierarchisch gleichrangige Mitarbeiter miteinander in Diskussion, um Beobachtungen und Einschätzungen auszutauschen und nach Ideen zu suchen, wie der the-

rapeutische Prozeß bei einem Patienten produktiv gefördert werden kann. Die „akademische“ (Arzt/Psychologe) Beobachtung, Interpretation und Empfehlung setzt sich nicht über den Status des „Einbringers“, sondern die Stringenz des Arguments durch – oder eben nicht. Diese flache Hierarchie produziert u. E. ideenreichere Entscheidungen und Interventionen, als es das klassische psychiatrische Kooperationsmodell tun würde, bei dem die nicht-akademischen Berufsgruppen im wesentlichen als Informationszuträger und ausführende Organe fungieren. Die Hierarchie in der Tagesklinik kommt zum Tragen, wenn es gilt, die therapeutische Strategie und Entscheidung (v. a. nach außen) zu vertreten. Diesbezüglich bleibt die Verantwortung auf der Ebene der Bezugstherapeuten und des leitenden Arztes.

- Abwesenheitszeiten eines Mitarbeiters sind aus Patientensicht gut kompensierbar, weil es immer noch zwei andere gibt, die in den therapeutischen Prozeß involviert sind.
- Es gibt für den Patienten Alternativen für einen Beziehungs- und Vertrauensaufbau, wenn dies aus irgendwelchen Gründen mit dem zuständigen Teammitglied nicht möglich ist.
- Das „Zu-Dritt“ oder zumindest „Zu-Zweit-Sein“ ermöglicht es, sich gegenseitig zu supervidieren und auch Anregungen i. S. eines „Reflecting-Teams“ (1) zu geben: Der Bezugstherapeut führt mit dem Patienten das Gespräch unter Anwesenheit der Bezugsperson und diskutiert mit dieser anschließend den Gesprächsprozess. Solche Gesprächsformen, die im (tages-)klinischen Kontext im Gegensatz zum ambulanten Kontext schon aus ökonomischen Gründen viel eher möglich sind und routinemäßig eingesetzt werden können, erwiesen sich als sehr wirksam und hilfreich: der Patient ist präsent, wenn zwei andere Menschen „laut über ihn nachdenken“ und kann das so geschaffene und angereicherte „Sinnesangebot“ für sich nutzbar machen.

Die Tages- und Wochenstruktur aus der Sicht des Patienten

Jeder Tag beginnt und endet mit dem Zusammensein in der Kleingruppe unter Anwesenheit der Bezugspersonen; morgens hat dieses Zusammensein die Gestalt des Mit-einander-Frühstückens, des Planens, was an diesem Tag ansteht, welche Probleme auf welche Art angegangen werden können; am Ende des Tages hat es die Form einer Abschlußrunde, in der ein Resümee des Tages gezogen wird. Hier können sich die Bezugspersonen nochmals einen Eindruck verschaffen, ob der Patient ausreichend stabil ist, um den Abend/die Nacht in seinem gewohnten Wohnumfeld zu verbringen. Diese Morgen- und Abschlußrunden erleben die Patienten in ihrer Kleingruppenstruktur; in der Zeit dazwischen sucht der Patient individuell die Gruppen- und Einzelangebote auf, die er sich vorgenommen hat. Da meistens zu jeder Zeit zwei Angebote im Wochenplan existieren, muß er/sie zwischen diesen und der Option, etwas eigenes oder nichts zu tun, wählen. Als Bedingung für eine Weiterbehandlung in der Tagesklinik geben wir nur die Teilnahme an der Morgen- und Abschlußrunde, am Plenum und die Anwesenheit in der Tagesklinik vor. Abweichungen davon müssen mit einem zuständigen Teammitglied abgesprochen werden.

² Zusätzlich zum Kernteam arbeiten in der Patientenbetreuung PraktikantInnen, die wichtige Beiträge zum Tagesklinikalltag leisten: zum einen stellen sie für Patienten ein niedrigschwelliges Kommunikationsangebot dar, zum anderen hinterfragen sie als „Externe“ routinierte Klinikabläufe immer wieder kritisch.

Wie die sonstige Zeit zu füllen ist, geben wir bewußt in die Verantwortung des Patienten. Therapeutisch sehen wir das als eine „Einladung zur Verantwortungsübernahme“, bzw. als eine Einladung, eher gestaltend als erleidend mit seiner Umwelt – und in diesem Falle mit dem Aufenthalt in unserer Psychiatrischen Tagesklinik – umzugehen.

Als Mitgestalter sind die Teammitglieder weiterhin beteiligt, indem sie kommentieren, beraten, motivieren und teilweise auch Druck ausüben – aber all das in dem auch ausgesprochenen Verständnis, daß die Macht in Form der Entscheidung, sich so oder anders zu verhalten, beim Patienten liegt.

Nach diesem Vergabemodus kann der Patient verschiedene therapeutische Angebote nutzen: Ergo- und Kunsttherapie, Gesprächsgruppen, themenorientierte Gruppen, Tanz-, Bewegungs- und Musiktherapie. Die Freiwilligkeit der Gruppen hat ihren Preis in der Unverbindlichkeit: Durch die Fluktuation in den Gruppen, die teilweise durch Neuaufnahmen und Entlassungen bedingt ist, teilweise aber auch dadurch, daß die Patienten die Gruppenangebote nicht kontinuierlich besuchen, sondern sich pro Termin neu entscheiden, ist es nur selten der Fall, daß sich kontinuierliche Gruppenprozesse beobachten lassen oder daß ein Thema über mehrere Sitzungen kontinuierlich bearbeitet werden kann.

Therapeutische Grundhaltung – „Kultur“ der Klinik

Im Tagesklinikteam herrscht therapeutische Multikulturalität: Es gibt MitarbeiterInnen mit einer verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologischen, integrativen und familientherapeutisch systemisch orientierten Ausbildung und einige, die sich als freigeistig eklektisch verstehen. Die Planungs- und Aufbaugruppe, im wesentlichen bestehend aus dem leitenden Arzt, dem leitenden Psychologen und dem Geschäftsführer, machten keine Vorgaben bezüglich der anzustrebenden therapeutischen Ausrichtung im Sinne einer bestimmten therapeutischen Schule. Hier gab es eine Favorisierung systemischer Behandlungselemente, wobei – wie die Einstellungspolitik zeigt – die Offenheit für andere Ansätze betont wurde.

Zum Facettenreichtum trägt auch bei, daß jeweils die zuständige Behandlungstriade darüber entscheidet, wie ein Problem/ein Störungsbild angegangen wird, mit welchen Haltungen und Interventionen auf das Verhalten des Patienten reagiert wird.

Diese Faktoren machen es schwer, von durchgängigen, für die gesamte Tagesklinik gültigen therapeutischen Grundhaltungen zu sprechen. Dennoch ist das, was gemacht wird, nicht beliebig; es hat sich – wenn schon keine therapeutische Grundhaltung, so doch eine bestimmte therapeutische Kultur entwickelt, wie auf Patienten und deren „Störungen“ reagiert wird.

In diesem Sinne gehören zur Tagesklinikkultur:

- Eine ausführliche Klärung des Auftrags und des Überweisungsweges, um nicht „ins Blaue hinein“ zu the-

rapieren. Es wird gefragt, „wer was von wem für wie lange Zeit will“ (8). Darauf aufbauend wird entschieden, ob die Tagesklinik der geeignete Adressat für diesen Kundenwunsch ist oder ob es geeignetere Orte dafür gibt.

- Ein Patient-Behandler-Verhältnis, das den Patienten als mündigen und entscheidungsfähigen Dialogpartner begreift bzw. ihn zu Mündigkeit und Entscheidungsfähigkeit einlädt und ermuntert.
- Eine Definition von „Therapieerfolg“, die sich eher an einer „konstruktivistischen Ethik“ (10) als an Symptomfreiheit bzw. -reduktion orientiert; in diesem Sinne sehen wir einen Klinikaufenthalt bei uns retrospektiv dann als erfolgreich an, wenn der Patient am Ende der Behandlung mehr Handlungsoptionen und „Einfluß auf das Geschehen“ sieht als zu Beginn. Das kann, muß aber nicht mit einem Weniger an psychopathologischen Symptomen korrespondieren.
- Die Suche nach dem optimalen Grad an Irritation (analog dem Piaget'schen „gemäßigten Mißverständnis“); wir versuchen, weder von unserer Seite schematisch zu reagieren, noch uns an die Muster des Patienten anzupassen. Die Anpassungsleistungen sollen beide Interaktionspartner – Tagesklinik und Patient – erbringen.
- Die Suche nach Medien, über die der Betroffene am ehesten erreichbar bzw. irritierbar ist. Daher wurde Wert auf eine Mischung aus sprachlichen und nicht-sprachlichen Kommunikations- und Ausdrucksformen gelegt. Über die Gruppenangebote (und auch entsprechende Einzelkontakte) soll der Patient dazu eingeladen werden, das Medium zu wählen, über das er am ehesten zu neuen Erfahrungen angeregt werden kann.
- Die Suche nach Sinn: Der Glaube an die Verstehbarkeit von Lebens- und Leidensprozessen (i. S. einer kausalen Erklärbarkeit) gehört nicht zum Ideologierepertoire der Tagesklinik; eher die Überzeugung, daß es hilfreich sein kann, den Lebens- und Leidensprozessen einen Sinn abzurufen, über den diese erträglicher werden. Eine Fundgrube, in der sich solche – auch für das Leiden – sinnstiftende Zusammenhänge finden und konstruieren lassen, ist die Familie, weshalb Familientherapie in der Tagesklinik einen hohen Stellenwert hat. Dabei geht es – in Anlehnung an die Jasper'sche Unterscheidung – eher um ein erhellendes als ein entlarvendes Verstehen dieser Prozesse.

Therapeutische Multikulturalität

Auf der Basis dieser vom Gesamtteam getragenen Behandlungskultur wird in der zuständigen Behandlertriade (und evtl. im Großteam; dazu siehe später) um die darüber hinausgehende therapeutische Haltung und Intervention bezogen auf ein präsentiertes „Störungsbild“ und Problem gerungen.

Je nach Einzelfall und Zusammensetzung der Behandlertriade kommt es zum Zusammentragen und auch Aufeinanderprallen von Ideen, die aus verschiedenen therapeutischen Schulen stammen und in verschiedenen Ideologien beheimatet sind: der Tiefenpsychologie, der Verhaltenstherapie, der integrativen und schließlich der systemisch orientierten Therapie.

Häufig und mit wechselndem Ausgang diskutierte Grundfragen, quasi die „Konflikt-Klassiker“ unserer Tagesklinik, sind:

- Das Konzept der Lebens- und Leidensgeschichte als Geschichte mehr oder weniger relevanter Traumatisierungen versus das Konzept der Lebens- und Leidensgeschichte als mehr oder weniger subjektiv „konstruierter narrativer Entwurf“ (2); analog dazu
- der Glaube an die Wirksamkeit von „Aufarbeitung leidvollen Geschehens“ versus der Glaube daran, daß es den Patienten „nur“ anzuregen gilt, seinen „Lebensroman“ und die Rolle, die er darin spielt – umzuschreiben.
- Ein am medizinischen Modell orientiertes Therapeut-Patient-Verhältnis, das ein eher hierarchisches „Behandeln“ impliziert – wonach sich Patienten nach erfolglosen Lösungsversuchen auch sehnen – versus eine am systemischen Modell orientierte Beziehung, die ein Miteinander-Verhandeln impliziert, was die gerade erwähnte Sehnsucht frustriert, dafür aber zu mehr Verantwortungübernahme einlädt;
- Ein eher lösungsorientiertes Arbeiten (4) an den angebotenen Problemen versus ein eher ganzheitliches Vorgehen, das die gesamte Patientenpersönlichkeit in seiner biographischen Gewordenheit sieht;
- Der Entwurf von seelischer Gesundheit als einen positiv formulierbaren Zustand versus der Entwurf von seelischer Gesundheit als die Abwesenheit von Pathologie (9).

Über unsere Team- und Verantwortlichkeits-Organisation und die Art, wie das Gesamtteam abgerufen wird, gelang uns ein Umgang mit dieser therapeutischen Multikulturalität, der dafür sorgt, daß dieses Diskutieren nicht zum Selbstläufer und zum Selbstzweck erhoben, sondern in den Dienst der Patientenbetreuung gestellt werden konnte: die MitarbeiterInnen, die „am nächsten am Patienten dran“ sind, bestimmten die jeweilige therapeutische Strategie; das (jeweils) übrige Team dient als Informations- und Anregungslieferant, um anstehende Entscheidungen besser treffen zu können. Der Konsensdruck für die Teammitglieder beschränkt sich auf die oben beschriebene Behandlungskultur; in den konkreten therapeutischen Strategien bleibt die Triade aus Bezugstherapeut und Bezugspersonen entscheidungstragend und autonom: sie kann sich der Anregungen des übrigen Teams bedienen, ohne von ihnen dominiert zu werden.

Die empirischen Daten

Klientel

Wir hatten in den ersten 20 Monaten (Juni 95 bis März 97) 164 Aufnahmen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 47 Tagen. Das Durchschnittsalter unserer Patienten betrug 38,6 (16 bis 73) Jahre; zu uns gelangt der Großteil der Patienten (44%) über die Einweisung über niedergelassene Ärzte; 11% der Aufnahmen werden vom Sozialpsychiatrischen Dienst angeregt und 22% kommen zu uns als direkte Verlegungen vom Zentrum für Psychiatrie in Weißenau. In 10% sind es die Angehörigen, in 11% die Patienten selbst, die die Tagesklinikbehandlung initiierten.

Aufgeteilt nach ICD-10-Diagnosegruppen macht die Gruppe der schizophren, schizotyp oder schizoaffektiv erkrankten Personen den größten Anteil aus (46%), gefolgt von Patienten mit affektiven Störungen (24%) und neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen (12%). 11% der Patienten trugen als Hauptdiagnose die einer Persönlichkeitsstörung. Alle übrigen Diagnosegruppen (ICD-10: F1, F5, F8, F9) blieben Einzelfälle.

Zu den „Entlaßarten“:

In 54% der „Fälle“ kam es zu „normalen“ Entlassungen, in 14% der Fälle zu Verlegungen ins ZiP. Eine Patientin hat sich während der Behandlung suizidiert; eine andere ist während der Behandlung eines natürlichen Todes gestorben. In 13% der Fälle kann man von einem Abbruch seitens des Patienten sprechen (Beendigung des Tagesklinik-Aufenthalts gegen die Empfehlung der Behandler), in 3% kam es zu „disziplinarischen“ Beendigungen seitens der Tagesklinik und in 8% handelt es sich um „Beurlaubungen“ (bsp. eines Aussetzens der Behandlung für eine therapeutisch sinnvolle Freizeitmaßnahme).

Die Klienten der Tagesklinik kommen zum überwiegenden Teil aus der unmittelbaren Umgebung: 46% aus der Stadt Friedrichshafen, 30% aus den umliegenden Ortschaften des Kreisgebietes (Bodenseekreis); 14% aus dem benachbarten Kreis Ravensburg, 7% aus der Stadt Ravensburg.

Drei Ergebnisse der Auswertung der soziodemographischen Daten unseres Klientels möchten wir hervorheben:

1. Die Tagesklinik wird als niedrigschwelliges (teil-)stationäres Therapieangebot von Betroffenen angenommen, die trotz Behandlungsbedürftigkeit zu einem vollstationären Aufenthalt nicht bereit wären (30% hatten vor der Tagesklinikaufnahme keine Aufenthalte in psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken bei z.T. bereits länger dauernder psychiatrischer Problematik);
2. Die „Nachbehandlungsfunktion“ der Tagesklinik nimmt quantitativ (22%) nicht den Stellenwert ein, den wir erwartet hatten; für den Großteil der Klienten ist die Tagesklinik eine Alternative zum vollstationären Aufenthalt und keine Ergänzung dazu;
3. In der Tagesklinik wird ein diagnostisch sehr heterogenes Klientel behandelt, was zum einen große Anforderungen an das Klinikkonzept stellt, zum anderen aber auch zur Lebendigkeit des Tagesklinikalltags beiträgt.

Outcome-Messung

Zu Beginn und am Ende des Aufenthalts wird bei jedem Patienten/jeder Patientin die PANSS (Positive- and Negative-Symptome Scale) (7) erhoben. Um im statistischen Sinne mit unabhängigen Stichproben rechnen zu können, wurde dabei nur die Erstaufnahme mit dazugehöriger Erstentlassung (unabhängig davon, ob es sich um eine reguläre Beendigung des Klinikaufenthalts, einen Abbruch oder eine Verlegung handelte) berücksichtigt. Erfolgte eine Wiederaufnahme zu uns, wurden diese Daten nicht mehr für die Evaluationsstudie verwendet. Auf dem 1%-Niveau statistisch signifikante Effekte i.S. einer Sym-

ptomreduzierung zum Entlassungszeitpunkt zeigten sich in den Bereichen allgemeine Symptomatik und Negativsymptomatik. Im Bereich der positiven Symptomatik waren die Veränderungen nicht signifikant ($n=68$).

Zu Beginn der Evaluationsforschung wendeten wir auch einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit an; da zum einen der Rücklauf gering war, zum anderen eine deutliche Tendenz zu sozial erwünschten Antworten zu beobachten war, sahen wir von einer Auswertung dieser Daten und einem Weiterverwenden des Fragebogens ab; um die Funktion von „Behandeln“ und „Fragen nach der Zufriedenheit mit der Behandlung“ zu trennen, gaben wir letzteres in die Hände einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin. Über diese Ergebnisse wird an anderer Stelle berichtet.

Literatur

- ¹ Andersen, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team – Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Verlag modernes lernen. – 3. unveränd. Aufl., Dortmund 1994
- ² Anderson, H., H. Goolishian: Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. *Familiendynamik* 15 (1990) 212–243
- ³ Clair, R.: Psychiatric hospital design: special issue: Architecture and design in private psychiatric hospitals. *Psychiatric Hospital* 18 (1987) 17–22
- ⁴ De Shazer, S.: Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- ⁵ Eikermann, B.: Gemeindenahe Psychiatrie. Tagesklinik und Übergangshäuser. Urban und Schwarzenberg, München 1991
- ⁶ Gulak, M. B.: Architectural guidelines for state psychiatric hospitals. *Hosp. Community Psychiatry* 42 (1991) 705–707
- ⁷ Kay, S. R. et al.: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 13 (1987) 261–275
- ⁸ Schweitzer, J., D. Reuter: Wenn der Kunde König wäre. *Zeitschrift für systemische Therapie* 9 (1991) 269–275
- ⁹ Simon, F. B.: Die andere Seite der Gesundheit - Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl-Auer Systeme, Heidelberg 1995
- ¹⁰ von Foerster, H.: Sicht und Einsicht. Vieweg, Braunschweig 1985

Dr. Matthias Krüger
 Psychiatrische Tagesklinik
 Merkurstr. 3
 D-88046 Friedrichshafen